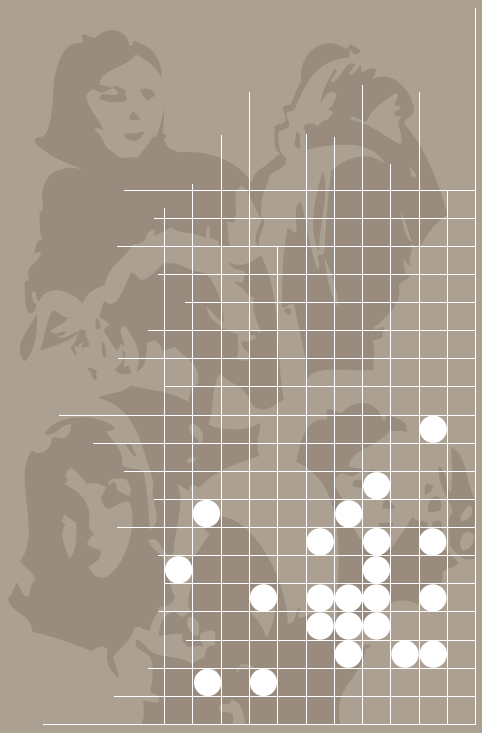


Jeux de hasard et d'argent

Contextes et addictions

Expertise collective

Instituts thématiques

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Jeux de hasard et d'argent

Contextes et addictions

Jeux de hasard et d'argent
Contextes et addictions

ISBN 978-2-85598-866-7

© Les éditions Inserm, 2008 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris

Dans la même collection

- Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risques et quelle prévention ? 2000
- Dioxines dans l'environnement. Quels risques pour la santé ? 2000
- Hormone replacement therapy. Influence on cardiovascular risk ? 2000
- Rythmes de l'enfant. De l'horloge biologique aux rythmes scolaires. 2001
- Susceptibilités génétiques et expositions professionnelles. 2001
- Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. 2001
- Alcool. Effets sur la santé. 2001
- Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? 2001
- Asthme. Dépistage et prévention chez l'enfant. 2002
- Déficits visuels. Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. 2002
- Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2002
- Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. 2003
- Hépatite C. Transmission nosocomiale. État de santé et devenir des personnes atteintes. 2003
- Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver. Expertise opérationnelle. 2003
- Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. 2003
- Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. 2004
- Psychothérapie. Trois approches évaluées. 2004
- Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. 2004
- Tuberculose. Place de la vaccination dans la maladie. 2004
- Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005
- Cancer. Approche méthodologique du lien avec l'environnement. 2005
- Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. 2005
- Cancers. Pronostics à long terme. 2006
- Éthers de glycol. Nouvelles données toxicologiques. 2006
- Déficits auditifs. Recherches émergentes et applications chez l'enfant. 2006
- Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. 2006
- La voix. Ses troubles chez les enseignants. 2006
- Dyslexie, dysorthographie, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. 2007
- Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. 2007
- Croissance et puberté. Évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques. 2007
- Activité physique. Contextes et effets sur la santé. 2008
- Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées. 2008
- Saturnisme.Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant ? 2008

DANGER
LE PHOTOCOPILLAGE TUE LE LIVRE

Ce logo rappelle que le code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants-droits.
Le non-respect de cette disposition met en danger l'édition, notamment scientifique.

Toute reproduction, partielle ou totale, du présent ouvrage est interdite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

Couverture: conception graphique © Frédérique Koulikoff, DISC Inserm

Jeux de hasard et d'argent

Contextes et addictions

Expertise collective

Instituts thématiques

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Cet ouvrage présente les travaux du groupe d'experts réuni par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective (annexe 1), pour répondre à la demande de la Direction générale de la santé sur la problématique de santé publique associée aux jeux de hasard et d'argent. Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du premier trimestre 2008. Près de 1 250 articles ont constitué la base documentaire de cette expertise.

Le Centre d'expertise collective de l'Inserm a assuré la coordination de cette expertise collective.

Groupe d'experts et auteurs

Jean ADÈS, Service de psychiatrie, Hôpital Louis Mourier, Colombes

Elisabeth BELMAS, Histoire moderne, Université Paris XIII, Maison des sciences de l'Homme, Paris-Nord

Jean-Michel COSTES, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis

Sylvie CRAIPEAU, Sociologie, Institut national des télécommunications, Évry

Christophe LANÇON, Service de psychiatrie adulte, CHU Sainte-Marguerite, Marseille

Michel LE MOAL, Neurogenèse et physiopathologie, unité Inserm 862, Neurocentre Magendie, Bordeaux

Jean-Pierre MARTIGNONI, Groupe de recherche sur la socialisation, Faculté d'anthropologie et de sociologie, Université Lumière-Lyon 2, Bron

Sophie MASSIN, Économie de la santé publique, Université du Panthéon-Sorbonne (Paris I), Paris

Jean-Pol TASSIN, Collège de France, Génétique moléculaire, neurophysiologie et comportement, unité Inserm UMR 7148, Paris

Marc VALLEUR, Psychiatrie, Hôpital Marmottan, Centre de soins et d'accompagnement des pratiques addictives, Paris

Martial VAN DER LINDEN, Unité de psychopathologie et neuropsychologie cognitive, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, Genève, Suisse

Jean-Luc VENISSE, Centre de référence sur le jeu excessif, Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU Nantes, Nantes

A rédigé une note de lecture

Michel LEJOYEUX, Unité fonctionnelle de psychiatrie d'urgences adultes, tabacologie, alcoologie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris

Ont présenté une communication

Christian BUCHER, Psychiatre des Hôpitaux, CH de Jury, Metz

Colas DUFLO, Philosophie, Université de Picardie Jules Verne, Amiens

Alain EHRENBERG, Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société (CESAMES), UMR 8136 CNRS, unité Inserm 611, Université René Descartes-Paris 5, Paris

Robert LADOUCEUR, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

Etienne MARIQUE, Président de la commission des jeux de hasard, Bruxelles, Belgique

Gilles PAGÈS, Laboratoire de probabilités et modèles aléatoires, UMR-CNRS 7599, Université Pierre et Marie Curie, Paris

Olivier SIMON, Centre du jeu excessif, Section d'addictologie, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie du CHUV, Lausanne

Serge TISSERON, Laboratoire de psychopathologie des atteintes somatiques et identitaires, Université Paris X, Nanterre

Coordination scientifique, éditoriale, bibliographique et logistique

Elisabeth ALIMI, chargée d'expertise, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Fabienne BONNIN, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Catherine CHENU, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Jeanne ÉTIEMBLE, directrice, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Cécile GOMIS, secrétaire, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Anne-Laure PELLIER, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Chantal RONDET-GRELLIER, documentaliste, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Note de lecture

Étape après étape, la question du jeu d'argent dans ses formes pathologiques intègre la médecine la plus scientifique. L'existence de relation d'emprise entre un individu et son besoin de jouer est de mieux en mieux reconnue. La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie a depuis peu fait figurer la question du jeu pathologique dans ses préoccupations. Le fait qu'une expertise collective de l'Inserm s'ouvre aussi à cette question valide encore davantage l'importance des conduites de jeu dans la clinique médicale mais aussi la recherche. L'expertise collective « Jeux de hasard et d'argent » ne manquera pas de représenter une date marquante dans la description et la compréhension du phénomène du jeu en France. Elle a su concilier ce qui apparaissait difficile à réunir dans une même dynamique de travail : les approches sociologiques, psychologiques et médicales. Le sous-titre est explicite. Cette expertise concerne tout d'abord le contexte du jeu ; c'est-à-dire le jeu social, le jeu culturel, le jeu libre de toute la légèreté et du ludisme des activités échappant à la contrainte. Parallèlement, elle décrit les signes cliniques d'une nouvelle toxicomanie. Elle en propose des explications psychopathologiques. Elle dessine des possibilités de traitement faisant appel au travail cognitif sur les croyances, les pensées automatiques. Elle suggère l'indication des traitements médicamenteux faisant tomber la fièvre du jeu.

Bien que le jeu se nourrisse du hasard, ce document ne doit pas être feuilleté de manière aléatoire ! Il réalise une synthèse dont aucun des éléments ne saurait être négligé. Cette leçon scientifique sur le jeu est aussi une leçon de méthode pour des chercheurs tentant de rendre compte d'un phénomène tout à la fois collectif et individuel, psychologique et biologique, social et parfois médical. La seule attitude scientifiquement défendable est celle de la pluralité des points de vue. Les historiens, les sociologues et les psychanalystes ont trouvé ici un espace dans lequel ils sont invités à travailler ensemble. Les articles épidémiologiques réalisent une synthèse jusqu'à maintenant inédite en France. Ils présentent les chiffres de l'économie du jeu. Ils soulignent aussi un nouveau jeu auquel sont particulièrement exposés les adolescents : le jeu en ligne et les offres de jeu sur Internet. Quand les références françaises manquent, l'apport québécois est considérable. Il l'est dans la conceptualisation du *gambling*. Les réflexions des équipes canadiennes sur l'évaluation du jeu, sur le jeu responsable et la prévention du jeu pathologique sont exposées en détail.

À ceux qui pourraient encore douter du risque addictif inhérent à la pratique des jeux d'argent, l'expertise collective apporte une réponse peu discutable.

Il est à espérer que ce travail connaîtra un double développement, dans le champ de l'évaluation et de la recherche bien sûr, et aussi du soin. Il est à souhaiter que des observatoires authentiquement épidémiologiques du jeu se mettent en place et que ceux-ci puissent rendre disponibles, en temps réel idéalement, la fréquence du jeu normal, du jeu pathologique et l'identification des profils des personnes à risque. L'autre développement possible et souhaitable de cette expertise Inserm est une structuration et une rationalisation du soin offert aux joueurs. Des techniques psychothérapiques, des approches standardisées existent. Elles gagneront à être généralisées et évaluées. Le chemin a été long de l'ivrognerie et du mythe du bon vivant à la reconnaissance de l'alcoolo-dépendance. Une démarche comparable s'engage autour du jeu. Elle ne prône ni l'ascétisme ni la prohibition, mais la reconnaissance et le traitement des formes les plus pathologiques de jeu d'argent.

Enfin, il n'est pas impossible que cette « nouvelle » addiction aide à la compréhension de l'ensemble du phénomène addictif. L'addiction comportementale est, en effet, un phénomène de dépendance particulièrement pur. Il n'est pas « pollué » par les effets d'un toxique sur la personnalité, sur le fonctionnement cognitif, sur l'état psychologique. Les travaux de recherche sur l'addiction au jeu, maintenant que cette dépendance est reconnue comme telle, portent bien sur le cœur de l'addiction. Ils éclairent l'ensemble du spectre addictif, de manière multidisciplinaire dans ses aspects sociaux, psychologiques, cliniques et biologiques. C'est en parcourant les limites du champ de l'addiction et les domaines de connaissance les plus variés que l'on comprendra cette étrange maladie qui fait passer du plaisir à la contrainte, du jeu léger à la dépendance.

Michel Lejoyeux
Professeur de psychiatrie et d'addictologie
UFR de Médecine Paris VII
Chef de Service de Psychiatrie et d'Addictologie
Hôpital Bichat-Claude Bernard

Sommaire

Avant-propos XIII

Analyse

I Approches historique et sociologique 1

1. Historiographie ancienne et récente 3
2. Différents types de jeux actuellement disponibles 17
3. Approches sociologiques 25

II Approches psychologique et neurophysiologique 49

4. Approches psychologiques et psychodynamiques 51
5. Impulsivité et capacité d'autorégulation 75
6. Approche psychologique des pratiques de jeux vidéo et sur Internet 103
7. Hypothèses neurophysiologiques 117
8. Apport des neurosciences 135

III Approches cliniques 155

9. Critères diagnostiques 157
10. Outils de dépistage et de diagnostic 171
11. Comorbidités addictives et psychiatriques 181
12. Traitements par approche cognitivo-comportementale 191
13. Traitements par approches psychosociales et psychodynamiques 199
14. Traitements psychotropes 211

IV Approche santé publique 221

15. Prévalence du jeu problématique et pathologique 223
16. Trajectoires et facteurs de risques 241
17. Coût social 253
18. Perspectives en termes de prévention et politiques publiques 269

Synthèse et recommandations 291

Communications 349

Approche philosophique du jeu 351

Hasard et duplicité 361

Santé mentale : transformations de la psychiatrie
et transformations de la société 377

Addiction au jeu : éléments psychopathologiques,
transgression, victimisation et rapport oblique à la loi 391

De la passion des images à l'addiction : le cas des jeux vidéo 403

Dispositifs spécialisés et pratiques émergentes en Suisse 419

Évaluation des approches de prévention 437

Politique publique des jeux de hasard en Belgique 447

Annexes 455

Expertise collective Inserm : éléments de méthode 457

South Oaks Gambling Screen 463

Section jeu pathologique du DSM-IV 467

Section jeu pathologique de la CIM-10 469

Gamblers Anonymous 20 items 471

CPGI (Canadian Problem Gambling Index) 473

Données de l'association « SOS joueurs » 475

Avant-propos

L'industrie du jeu de hasard et d'argent constitue un secteur économique et financier important qui draine de l'emploi (direct et indirect), de la fiscalité et concerne une population de joueurs qui se chiffre en millions de personnes. D'après l'Insee, en 2006, près de 30 millions de personnes en France, soit trois sur cinq en âge de jouer, ont tenté leur chance au moins une fois par an à un jeu d'argent. Depuis 1975, le montant global des enjeux a doublé. D'après le rapport Trucy, le chiffre d'affaires de l'industrie des jeux autorisés est passé de l'équivalent de 98 millions d'euros en 1960 à 37 milliards en 2006.

Les jeux de hasard et d'argent sont des pratiques sociales et culturelles inscrites dans une histoire très ancienne des loisirs. Aujourd'hui, ils tiennent une place importante dans la vie quotidienne, le temps libre ou festif. Alors que pour un grand nombre de personnes, ces jeux constituent une activité récréative, leur pratique peut être préjudiciable pour certains individus avec des conséquences au niveau individuel, familial et socio-professionnel. Chez certains joueurs, le jeu peut atteindre la dimension d'une conduite addictive.

Les méfaits possibles du jeu attirent de plus en plus l'attention des pouvoirs publics et des opérateurs de jeu eux-mêmes. La nécessité d'apporter aide, soutien et soin aux personnes en difficulté avec le jeu a motivé la demande faite à l'Inserm par la Direction générale de la santé, d'une expertise collective.

Afin de répondre à cette demande, l'Inserm a réuni un groupe pluridisciplinaire d'experts en histoire, sociologie, économie de la santé, épidémiologie, psychologie, neurobiologie, psychiatrie et addictologie. Ce groupe a structuré sa réflexion sur les jeux de hasard et d'argent ainsi que sur les jeux vidéo et Internet autour de plusieurs approches : historique et sociologique, psychologique et neurophysiologique, clinique et enfin une approche de santé publique. La manière d'appréhender les problèmes de jeu dans quelques pays a constitué un autre axe de réflexion.

Au cours de dix séances de travail, le groupe d'experts a analysé environ 1 250 articles rassemblant les données disponibles au plan national, européen et international sur le jeu, son contexte, les comportements ludiques et l'addiction. Il a conservé dans l'expertise les termes de jeu problématique et jeu pathologique[1] tels qu'ils sont utilisés dans la plupart des études pour désigner des pratiques de jeu à problèmes.

1. Le joueur pathologique répond aux critères d'un diagnostic clinique. Le joueur problématique, sans atteindre tous les critères du jeu pathologique, témoigne de difficultés avec le comportement de jeu.

Le groupe d'experts a consulté plusieurs rapports et auditionné 8 personnalités engagées sur ces problématiques. À l'issue de l'analyse critique de la littérature, il a élaboré une synthèse et proposé quelques recommandations d'action et de recherche.

I

Approches historique et sociologique

1

Historiographie ancienne et récente

La bibliographie concernant l'histoire du jeu et des jeux disponibles en France est très vaste ; c'est ainsi que la consultation de la base informatisée du Sudoc (Système universitaire de documentation) donne 589 références pour l'« Histoire des jeux » et 354 pour l'« Histoire du jeu », couvrant l'ensemble des périodes de l'Antiquité à nos jours, tous les continents étant concernés. Quatre discours historiographiques principaux se dessinent dans cette abondante production imprimée.

Historiographie des principaux discours sur les jeux de hasard et d'argent

Le discours le plus ancien est le discours moraliste qui a suscité une foule d'ouvrages depuis le Moyen-Âge.

Discours moraliste

Longtemps apanage des clercs, le discours moral sur le jeu se laïcise au cours de la période moderne, tout en se recentrant sur la question des jeux de hasard et d'argent (Mehl, 1990 ; Belmas, 2006). Ce discours, plein de méfiance envers le jeu en général, est franchement hostile aux jeux de hasard et d'argent, pour des raisons théologiques d'abord, morales ensuite. Le jeu en général est d'ailleurs considéré comme une médecine, « inventé[e] pour recréer l'esprit lassé des choses sérieuses » (Vivès, 1543), dont il faut user avec modération et le plus rarement possible. L'une des justifications de la condamnation des jeux de hasard et d'argent repose sur l'interprétation du troisième commandement – « Tu ne prononceras pas le nom de l'Éternel, ton Dieu, en vain » –, qui voit dans l'utilisation du sort un outrage à la providence divine. Lorsque des joueurs lancent leurs dés ou distribuent des cartes, ils s'en remettent au verdict du Créateur. Or, la Bible commande d'employer l'arbitrage divin dans les situations graves seulement, pour

maintenir la paix entre les hommes, ce qui n'est pas le cas des jeux de chance (de Joncourt, 1713). Cette position intransigeante s'infléchit progressivement à la fin du XVIIe siècle et au cours du XVIIIe siècle, sous l'influence des travaux mathématiques sur les probabilités (Thirouin, 1991 ; Duflo, 1997a). Dès lors, l'idée que le hasard, au sens usuel du mot, n'exerce aucune influence sur les jeux dits de chance finit par s'imposer chez les clercs et les laïques.

Le discours moraliste, relayé au XVIIIe siècle par les philosophes des Lumières, concentre désormais ses critiques sur les conséquences sociales néfastes des jeux de hasard et d'argent, accusés d'encourager deux vices humains, l'avarice et l'oisiveté (Encyclopédie, 1765, art. « Jeu »). La critique des mœurs débouche, à la fin du XVIIIe siècle, sur la remontrance politique : l'État royal est condamné pour avoir favorisé les progrès du jeu d'argent afin de remplir les caisses du Trésor (Dusaulx, 1779) ; en créant la Loterie royale de France en 1776, il a encouragé les jeux d'argent, qui entraînent la ruine des familles, et accéléré le déclin de la moralité publique qu'il aurait dû défendre. Néanmoins, depuis le XVIe siècle, l'État royal a tenté de limiter les conséquences sociales du jeu acharné, en annulant d'abord les dettes de jeu des mineurs et des incapables juridiques (Ordonnance de Charles IX, dite de Moulins, de février 1566, art. 59) puis toutes les dettes de jeu (Ordonnance de Louis XIII de janvier 1629, art. 138 à 141), dispositions qu'il reconduit intégralement en 1781 (Déclaration de Louis XVI du 1er mars 1781, art. 10).

Le discours moraliste reconnaît l'existence d'un jeu compulsif, qu'il considère comme un péché d'abord (XVIIe siècle) – que la religion doit aider le pécheur à combattre –, puis comme un vice (XVIIIe siècle) – dont l'État royal devrait préserver ses sujets, ce qu'il est loin de faire. Ce discours, qui déprécie les jeux de hasard et d'argent, perdure à l'époque contemporaine ; R. Caillois, tout en leur reconnaissant une fonction économique et sociale, nie leur valeur culturelle : « On les soupçonne, de développer la paresse, le fatalisme et la superstition… En outre, chez des populations relativement oisives, dont le travail est loin en tout cas d'absorber l'énergie disponible et où il ne règle pas l'ensemble de l'existence quotidienne, il est fréquent que les jeux de hasard et d'argent acquièrent une importance culturelle inattendue » (Caillois, 1958). Il conclut en se demandant « si un tel phénomène n'est pas caractéristique des sociétés intermédiaires… qui n'ont pas encore accédé à une vie collective fondée sur des institutions où la concurrence réglée et la compétition organisée jouent un rôle essentiel ».

Discours littéraire

Dans les dernières décennies du XVIIe siècle, le jeu d'argent et ses effets pervers deviennent le sujet principal d'un nombre non négligeable de pièces de théâtre et de romans (25 pièces et 37 romans au moins de 1670 à 1790). Destinées à distraire en instruisant, les premières pièces de théâtre cherchent

à faire rire en dénonçant le ridicule des joueurs (Dunkley, 1985) ; c'est au début du XVIIIe siècle que leurs auteurs commencent à peindre le jeu d'argent comme une passion dominante qui obscurcit la raison. Dans les années 1730-1745, cette évolution vers une représentation dramatique de la passion du jeu s'accentue dans le roman et sur la scène, avec « *The Gamester* » d'Edward Moore (1753), traduit en français par Diderot (1760), adapté également par Saurin sous le titre « Béverlei » (1768). Le roman, qui s'attache alors à reproduire des types de caractères contemporains, contribue à construire les stéréotypes du joueur acharné et du tricheur. L'académie de jeu et ses tenancières, mi-femmes du monde mi-femmes galantes, y devient un décor obligé, les tricheurs élégants et cyniques, les jeunes provinciaux naïfs et dupés en sont des acteurs familiers, tandis que l'intrigue mêle étroitement amour, jeu et déchéance.

La littérature du XIXe siècle conforte cette représentation tragique du joueur que sa passion destructrice mène à la déchéance, à la ruine et à la mort. La figure emblématique en est « Le Joueur » de F. Dostoïevski, joueur pathologique lui-même, dont S. Freud a décrypté ainsi le comportement : un fond pulsionnel pervers intriqué aux sentiments de culpabilité qu'il éprouve à la suite de ses fantasmes de parricide face à un père cruel et sadique. Cette culpabilité réactivée à la mort du père s'exprime par des crises d'épilepsie et une passion pathologique pour le jeu (Lejoyeux, 2006). Depuis, le jeu pathologique a inspiré de nombreux écrivains et cinéastes, tels S. Zweig[2] et S. Guitry[3] qui décrivent hommes et femmes rivés aux tapis verts des casinos jusqu'à ce que ruine et déshonneur s'ensuivent.

Discours philosophique et anthropologique

Ce discours, extrêmement fécond depuis le début du XXe siècle, s'attache principalement à définir l'activité ludique *per se*, ainsi qu'à dresser une typologie de différents jeux, à partir de l'observation du phénomène dans différentes aires géographiques et culturelles. Les jeux de hasard et d'argent ne préoccupent pas spécialement les philosophes qui les considèrent comme l'une des formes du « jouer ».

La pensée philosophique contemporaine sur le jeu prend naissance dans les analyses de Schiller, lui-même héritier de Kant. Jusqu'à ces deux philosophes, le jeu en général était perçu comme une activité mineure – l'« *eutrapalia* » d'Aristote –, ou la ruine des familles, même si les humanistes du XVIe siècle et les pédagogues du XVIIIe siècle en avaient reconnu l'intérêt pédagogique et bien que Pascal, puis les mathématiciens du XVIIIe siècle

2. ZWEIG S. Vingt-quatre heures de la vie d'une femme. 1929
3. GUITRY S. Le roman d'un tricheur. 1936

aient contribué à sa réévaluation conceptuelle. Kant, le premier, érige le jeu en objet de philosophie (Kant, 1790) ; il le range parmi les plaisirs de la sensation qui s'opposent aux plaisirs de la réflexion. C'est la vitalité de l'être humain qui le pousse à jouer et à y trouver de la satisfaction. À la suite de Kant, Schiller conçoit le jeu comme un vecteur d'harmonie dans l'homme, de beauté et d'équilibre tant spirituel que physique. L'homme qui joue est conçu dans sa totalité et, avec l'amour, c'est le lieu où il est le plus complet (Duflo, 1997a).

Après Kant et Schiller, « *Homo ludens* » de J. Huizinga (1951) marque un tournant dans l'historiographie du jeu ; l'ouvrage a relancé l'intérêt des philosophes contemporains pour le sujet. On ne peut réduire le jeu à une fonction biologique, dit J. Huizinga ; il faut le regarder comme une activité pourvue de sens. Il conçoit le jeu comme une action libre, limitée dans le temps et l'espace et qui obéit à des règles, il y voit une occupation dénuée de tout intérêt matériel et de toute utilité. Le jeu procure à l'homme un sentiment de tension et de joie, que renforce l'incertitude sur les issues de la partie. Tout provient du jeu ; plus ancien que la culture, il se retrouve partout dans la mesure où l'on peut considérer n'importe quelle activité sous l'angle du jeu (Huizinga, 1951).

À cette conception universaliste du jeu, s'oppose celle des psychanalystes freudiens, tels M. Klein ou DW. Winnicott, pour lesquels rien n'est dans la nature, pas même le jeu, puisque tout est déterminé. M. Klein y voit une conduite par laquelle tend à se réaliser un certain équilibre entre le monde intérieur et le monde extérieur et qui permet l'accomplissement symbolique du désir, la construction ou l'atténuation progressive de l'angoisse ; au bout du compte, le jeu constituerait un langage analogue à celui du rêve, qu'il s'agirait de déchiffrer.

Héritiers de J. Huizinga, J. Château et R. Caillois distinguent dans le jeu une activité à part entière, une forme de comportement. Le jeu c'est d'abord ce à quoi l'on joue, et qui présente deux types de structuration : dans l'espace et dans le temps. Le jeu est composé d'une suite d'éléments ou d'actes à exécuter selon un ordre, fixé sinon par une règle, du moins par des principes régulateurs. C'est aussi une réalité sociale : le système de règles qui définit un jeu existe et se transmet indépendamment des joueurs et de l'action par laquelle ils s'engagent dans le jeu. Pour J. Henriot, le jeu englobe une réalité multiforme ; le « jouer » est une idée, il porte en lui-même son sens, le « jouer » ne se définit que par lui-même (Henriot, 1983). LJ. Calvet et JM. Lhôte se caractérisent par une approche sémiologique du jeu ; s'inspirant de la sémiologie de la signification de R. Barthes, ils cherchent le connoté derrière le dénoté, le culturel derrière le naturel prétendu : le jeu n'existe pas, il n'y a que des jeux. Enfin, C. Duflo perçoit le jeu comme un contrat qui instaure le règne de la « légaliberté », acte par lequel chacun se soumet aux règles du jeu, créant par là un monde ludique (Duflo, 1997b).

Discours historique

L'histoire des jeux a suscité un certain nombre de travaux historiques que l'on peut regrouper en deux catégories.

Travaux d'érudition

L'inventaire et la description des divertissements des temps passés émanent le plus souvent des érudits de la fin du XIXe et du début du XXe siècle, tel le conservateur HR D'Allemagne, qui a consacré plusieurs ouvrages aux cartes, aux jeux d'adresse, aux récréations et passe-temps en faveur du Moyen-Âge au XIXe siècle. Les savants travaux de HJR. Murray (1913) et plus récemment ceux de RC. Bell (1960) sur les échecs et les tables, les recherches de collectionneurs comme T. Depaulis et JP. Seguin sur les cartes ou de P. Dietsch sur le jeu de l'oie se situent dans la continuité des recherches d'HR. D'Allemagne. Néanmoins, leurs travaux ne renseignent guère sur le « jouer » et « le jouant », selon l'expression de J. Henriot ; s'ils répertorient les jeux de hasard et d'argent, ils n'en considèrent jamais les excès et leurs conséquences.

Travaux d'anthropologie historique

L'ouvrage le plus complet sur le sujet est sans nul doute la monumentale histoire des « Jeux au royaume de France du XIIIe au début du XVIe siècle », due à JM. Mehl (1990) ; tous les aspects de l'activité ludique au Moyen-Âge y sont traités, y compris la passion pour les jeux de hasard et d'argent. Il faut également signaler deux autres livres, entièrement consacrés aux jeux de hasard et d'argent en vogue à Paris et à la Cour aux XVIIe et XVIIIe siècles : O. Grussi (1985) a beaucoup utilisé les Mémoires de l'époque et F. Freundlich (1995) les rapports des inspecteurs de police parisiens chargés de la police des jeux, conservés dans les archives de la Bastille. Le premier montre bien l'importance du jeu de hasard et d'argent dans le système curial ainsi que sa diffusion dans la capitale, le second analyse les structures du réseau d'académies clandestines qui se multiplient au XVIIIe siècle dans la capitale ; il en démonte les mécanismes, en recense les acteurs, en comptabilise les pertes et les profits. L'un et l'autre ont retrouvé dans les textes de l'époque la description du comportement de joueurs acharnés que l'on qualifierait aujourd'hui de compulsifs. Les joueurs qu'ils décrivent appartiennent à des milieux sociaux spécifiques – la Cour, la noblesse, l'armée –, qui disposent à la fois de temps et d'argent pour se livrer à leur passion, et dont l'« *ethos* » valorise la prodigalité. Leur conduite s'apparente aux pratiques du « *potlatch* » décrites par J. Huizinga (Huizinga, 1951) : une cérémonie solennelle en usage dans les tribus indiennes de Colombie britannique – que l'on retrouve sous diverses formes en Mélanésie, en Grèce, à Rome et dans la Germanie ancienne (Mauss, 1923-1924) –, au cours de laquelle deux groupes rivalisent de présents, avec force rites dramatiques et défis, afin de prouver leur supériorité. En participant à la cérémonie, l'autre clan s'engage implicitement à donner un « *potlatch* » plus généreux encore en contre-don. Dans et par le

« *potlatch* », on affirme sa supériorité non seulement par sa munificence mais aussi par la destruction de ses propres biens dont on souligne ainsi la superfluité. Le comportement des joueurs excessifs d'autrefois trouve une autre explication intéressante dans l'hypothèse ordalique formulée par M. Valleur et AJ. Charles-Nicolas (1991) ; ces derniers voient une démarche magique de passage et de renaissance dans la conduite qui consiste à s'engager de façon récurrente dans des épreuves à risque, à l'issue imprévisible, en s'en remettant à l'Autre – le hasard, le destin, la chance –, pour le maîtriser et ainsi affirmer son droit à la vie, établir sa singularité, voire tester son immortalité. Le phénomène du jeu-passion a-t-il touché des catégories sociales plus modestes que celles étudiées par O. Grussi et F. Freundlich ? La question reste pour le moment sans réponse, car les archives concernant les milieux populaires – en majorité des ruraux à l'époque –, font défaut. On peut toutefois remarquer qu'avec la multiplication et la « démocratisation » des loteries au XVIIIe siècle – en particulier avec la création de la Loterie royale de France en 1776 –, c'est-à-dire avec l'accroissement de l'offre de jeux, les populations laborieuses se sont alors adonnées aux jeux de hasard et d'argent d'une façon propre à éveiller l'inquiétude des philosophes et des politiques.

Il n'existe guère d'ouvrages historiques scientifiques sur les jeux de hasard et d'argent à l'époque contemporaine (XIXe-XXe siècles) en France. Les opérateurs des jeux de hasard et d'argent, propriétaires de leurs archives et qui les conservent par-devers eux, les ouvrent avec parcimonie aux historiens. Le délai légal de consultation (50, 70 voire 100 ans) constitue un autre obstacle aux recherches sur l'histoire récente du « *gambling* »[4], des casinos voire des loteries. Ces domaines sont investis par les sociologues qui l'abordent par le biais d'enquêtes auprès des usagers. Ajoutons que les méthodes de l'histoire orale ne peuvent venir qu'en complément de la consultation des archives. C'est pourquoi dans notre pays, les historiens se cantonnent à des périodes relativement lointaines, dont ils peuvent consulter sans restriction les archives épargnées par le temps. La situation est apparemment plus propice aux recherches dans les pays anglo-saxons, ce qui a favorisé les travaux sur l'histoire récente des jeux de hasard et d'argent. On peut toutefois retenir pour la France les synthèses de P. Coste, « Les loteries d'État en Europe et la loterie nationale, historique, caractéristiques » (1933), de J. Léonnet (1963), « Les Loteries d'État en France aux XVIIIe et XIXe siècles », et l'ouvrage d'un trésorier payeur général, spécialiste de l'histoire de la fiscalité en France, A. Neurisse, « Les jeux d'argent et de hasard » (1991) ; tous trois retracent l'histoire mouvementée des loteries, des casinos et des cercles de jeux sous l'angle institutionnel, sans jamais aborder la question du jeu excessif. Leur

4. *Gambling* : Terme anglophone désignant les jeux de hasard et d'argent

intérêt est de bien montrer que l'État français a constamment oscillé entre l'interdiction, assortie de tolérances, et l'autorisation limitée jusqu'en 1933.

Évolution des jeux de hasard et d'argent sur les quatre derniers siècles

L'étude de l'évolution des jeux de hasard et d'argent sur une période de 300 à 400 ans met en évidence trois points.

Inflation et diversification des jeux de hasard et d'argent

Le premier est l'inflation et la diversification de l'offre des jeux de hasard et d'argent à partir de l'époque moderne, phénomène lié à plusieurs facteurs :
• l'apparition de jeux nouveaux pouvant servir au hasard, telles les cartes à jouer, qui donnent lieu à des jeux de commerce mais aussi à une multitude de jeux de hasard comme le lansquenet, le pharaon, la barbacolle, la bassette et la dupe, lesquels se jouent entre un banquier et des pontes ;
• l'immense succès des jeux de pur hasard, le hocca au XVIIe siècle, le loto au XVIIIe siècle, le baccara au XIXe siècle.

Les principes de la plupart des jeux de hasard et d'argent apparus alors perdurent de nos jours : dans une machine à sous, la machine joue le rôle du banquier ; les casinos et les cercles de jeux sont une forme moderne et légale des académies de jeu tolérées ou clandestines, qui existaient dans la France moderne. Cependant, le jeu n'est plus un liant social aussi fort aujourd'hui : dans les casinos, les joueurs affrontent une machine et non un être humain. Un tournant décisif s'amorce avec les jeux vidéos et Internet, virtuels et largement désocialisés quoi qu'en disent leurs utilisateurs.

Cette augmentation de l'offre ludique s'accompagne d'une rupture avec la politique suivie par l'État royal pendant des siècles, à savoir l'interdiction des jeux de hasard et d'argent et l'annulation des dettes contractées au jeu en général : à partir de la création en 1776 de la Loterie royale de France, lointaine ancêtre de la Loterie nationale, l'État peut se faire opérateur de jeu, quand les besoins des finances publiques l'exigent. Supprimée le 25 Brumaire an II par la Convention, pour des raisons de moralité publique, la Loterie nationale de France est rétablie le 27 Fructidor an V, sous le Directoire, pour des raisons strictement financières, les caisses du Trésor se trouvant alors complètement vides. Ses principes d'organisation, largement inspirés de ceux régissant la Loterie royale de France, sont perfectionnés durant le Consulat et l'Empire, qui voient s'envoler les mises. La loterie, devenue impériale, est étendue aux pays nouvellement conquis, Bruxelles, Turin, Milan, Rome, Hambourg, Florence et Gênes. L'extension géographique des roues de la fortune, une gestion centralisée et rigoureuse, le contrôle

étroit exercé sur le personnel et le matériel employés ont assuré le succès de l'institution jusqu'à la chute de l'Empire. Cependant, l'érosion progressive des mises, le retour en force des moralistes, soucieux de protéger les classes laborieuses d'un impôt jugé immoral alors que la prospérité des finances publiques ne l'exigeait pas, aboutirent à une nouvelle abrogation de la loterie, entre-temps redevenue royale, le 17 mai 1832. Dorénavant et jusqu'en 1933, l'autorité publique, renouant avec les pratiques d'Ancien Régime, accorde l'autorisation de tenir des loteries au cas par cas et seulement pour des motifs de bienfaisance.

Enjeux

Le second point concerne les enjeux. La mise d'enjeux (d'argent ou de tout autre chose) n'est pas réservée aux jeux de hasard et d'argent, comme le montrent les paris sur les jeux d'exercice ou les paris sur l'issue d'une partie de cartes. En Angleterre, de nos jours comme autrefois, on parie sur n'importe quel événement. Néanmoins, la conjonction de l'argent et du hasard semble particulièrement dangereuse.

La croissance du volume des enjeux monétaires a commencé dans la France moderne. Elle tient en partie à des phénomènes économiques comme l'augmentation de la masse monétaire en circulation, en partie à l'essor de l'urbanisation, au goût de la population pour le risque et la spéculation, qu'il faut rapprocher du développement d'une économie capitaliste. Il est difficile d'évaluer cette croissance car on ne disposait pas, à l'époque, d'instruments de mesure. Lors du tirage inaugural de la Loterie royale de France en septembre 1776, la recette se montait à 2 millions de livres tournois, qui laissèrent un bénéfice de net de 600 000 livres tournois (Coste, 1933). En 1789, la Loterie royale rapportait plus de 12 millions de livres tournois (2 à 3 % du budget royal), alors que cet apport était seulement de 0,18 % au début du XVIIIe siècle (Léonnet, 1963). On connaît un peu mieux le volume des mises sous l'Empire (70 millions de francs en moyenne), qui ont atteint le montant record de 88,2 millions de francs en 1810. Dans un temps où la masse des dépenses de l'État s'élevait à 700 millions de francs, la Loterie impériale dégageait un produit moyen de 13 à 20 millions de francs selon les années, une fois payés les lots et les frais de gestion. Elle représentait un revenu supérieur à celui des Douanes et des Postes (Léonnet, 1963). Ainsi, plus une économie est-elle prospère, plus les sommes mises en jeu sont importantes.

Jeu excessif

Le troisième et dernier point concerne le phénomène du jeu excessif. Ce phénomène est resté cantonné à certaines catégories sociales jusqu'au

XVIIIe siècle, les milieux de la Cour, de la noblesse et de l'armée, des milieux oisifs, qui disposaient de temps et d'argent, dont l'« ethos » encourageait la prodigalité et les conduites à risque, quelles qu'elles soient. Les comportements « addictifs » se sont probablement répandus avec la « démocratisation » de la Loterie royale de France. Le prix du billet baissant, des couches plus larges et plus modestes de la population se sont passionnées au-delà du raisonnable pour ce jeu, ainsi que le dénoncent les philosophes des Lumières, d'autant plus qu'un réseau de receveurs et de colporteurs couvrant le pays facilitait l'achat des billets.

Quelle fut l'attitude de l'État – royal ou républicain – envers les jeux de hasard et d'argent ? Il a indéniablement mené une politique ambiguë. Dans la France moderne, les jeux de hasard et d'argent étaient interdits dans le pays et autorisés, sinon encouragés, à la Cour. L'Église étant opposée aux jeux de hasard et d'argent, l'État royal a mis longtemps à créer une loterie officielle. Les loteries ponctuelles qui existaient aux XVIe et XVIIe siècles étaient souvent liées à des œuvres de charité, censées racheter la faute qu'il y avait à pratiquer un jeu de hasard et d'argent. Pour officialiser la loterie, il fallut que sous l'influence de la réflexion mathématique, les théologiens laïcisent le sort, et que l'État royal, pressé par la concurrence étrangère, définisse les formules qui lui rapporteraient de l'argent ; l'argument avancé à l'époque étant que l'État garantissait de la sorte la régularité des jeux de hasard et d'argent. En revanche, les académies de jeux n'ont pratiquement jamais été tolérées, à quelques exceptions près (des concessions délivrées à de rares particuliers), et bien que le projet d'une Ferme des jeux ait été discuté à plusieurs reprises au XVIIIe siècle. La Révolution française n'a pas mieux résolu le dilemme : si la Convention a supprimé la Loterie nationale de France le 25 Brumaire an II, le Directoire l'a rétablie le 27 Fructidor an V. La Restauration est revenue à l'interdiction de la Convention, mais en 1836 elle légiférait pour déterminer les modalités selon lesquelles des loteries de charité seraient permises (loi générale sur les jeux du 21 mai 1836). En 1844, la Monarchie de juillet a entériné la mesure en l'étendant à l'encouragement des Arts (Descotils et Guilbert, 1993), une décision que n'a pas désavoué la IIe République : en 1850, le Ministre de l'Intérieur estimait à 543 millions de francs le montant total des agréments accordés à des tombolas pour des motifs de bienfaisance. Fin XIXe-début XXe siècle, le principe de la création d'une Loterie nationale était encore débattu dans les milieux parlementaires. À l'issue de la première guerre mondiale, la nécessité d'indemniser les victimes du conflit pousse les députés à déposer des propositions de loteries sur le bureau de la Chambre en 1921, 1923 et 1931. L'expérience réussie de la tombola des Gueules Cassées en 1931, qui se situait dans la longue tradition des loteries de bienfaisance, se conjugue alors aux effets de la crise économique pour décider le gouvernement de l'époque à proposer un nouveau texte ; l'article 136 de la loi de finance du 31 mai 1933 fixe le principe de la création d'une loterie nationale, dont le loto et les divers autres produits de la FDJ sont les descendants.

Aujourd'hui, l'État républicain français a toujours du mal à sortir du dilemme ludique que n'avaient pas résolu en leur temps la monarchie et les régimes qui lui succédèrent : protéger les sujets/citoyens tout en prélevant un impôt, en apparence indolore, par le biais du jeu. Le problème qui jusqu'ici n'avait guère été évoqué en France fait depuis longtemps l'objet de débats en Amérique du Nord.

Repères socio-historiques sur la dépendance aux jeux de hasard et d'argent

La prise de conscience de l'existence d'une dépendance au jeu est relativement récente. Ce phénomène est principalement décrit en Amérique du Nord.

Prise de conscience du phénomène de dépendance aux jeux de hasard et d'argent

Plusieurs facteurs concourent à la prise de conscience du phénomène de dépendance aux jeux de hasard et d'argent, parmi lesquels, l'acceptation sociale du *gambling* et sa légalisation, ainsi que la multiplication des accès aux espaces de jeu. La demande d'aide téléphonique par les citoyens ne cesse de progresser. Les populations les plus touchées sont les jeunes, les femmes, les groupes ethniques et les seniors. Comment expliquer cette croissance ? Comment en a-t-on pris conscience ?

L'histoire des législations sur le *gambling* montre que la politique en la matière a suivi des cycles selon lesquels les gouvernements ont tantôt promu tantôt prohibé le jeu aux États-Unis. Le jeu est officiellement légalisé en 1931 à Las Vegas dans l'État du Nevada, dans le contexte de la crise économique des années 1929. Le modèle du Nevada est devenu la norme sur le continent américain et dans le reste du monde ; les années 1980-1990 ont vu se multiplier les jeux établis (loteries d'État, machines, bingo). Des casinos sont alors ouverts dans les réserves indiennes ; des bateaux-casinos sont amarrés dans de nombreuses villes, proposant loteries et bingos aux populations. Les mises progressent, atteignant 1 300 $ par an et par personne en 1992 et 1 735 $ en 2002 (Welte et coll., 2002). Environ 8 personnes de plus de 18 ans sur 10 jouent de l'argent au moins une fois par année aux États-Unis (Welte et coll., 2002). Seuls les États d'Hawaï et de l'Utah continuent à interdire le jeu.

En réponse à cette expansion des jeux de hasard et d'argent, les « *Gamblers anonymes* » sont fondés à Los Angeles en 1957, et obtiennent le soutien des instances médicales du pays. L'année 1972 voit la formation officielle du Conseil national du joueur compulsif par les *Gamblers anonymous*, avec la

collaboration du corps médical, du clergé, d'associations d'avocats ; dès lors commence la diffusion d'un discours médical sur le jeu excessif qui est inscrit comme maladie psychiatrique en 1980.

Selon AJ. Suissa (2003), malgré le nombre impressionnant de recherches sur le *gambling*, le regard dominant passe principalement par la pathologie, en minorant les facteurs explicatifs de nature politique, historique, culturelle et psychosociale dans la construction d'un tel discours (considérer le jeu excessif comme une pathologie permet de légitimer la dépendance du joueur et d'exonérer l'industrie du jeu de tous blâme et responsabilité puisqu'il s'agit d'un malade). Pour certains, les théories dominantes s'appuient sur une « pathologisation » du jeu excessif avec comme valeur centrale grandissante, l'individualisme. Or, les facteurs sociaux et familiaux jouent ici un rôle décisif. L'État se désengage d'une part de ses responsabilités dans la mesure où il présente ce problème social complexe comme relevant plus d'une défaillance individuelle que collective, alors qu'il est le principal maître d'œuvre des casinos et des divers espaces de jeu. Le double standard et l'ambiguïté des rôles des gouvernements – promoteurs du jeu en même temps que protecteurs des citoyens au plan public –, constituent un obstacle majeur à la mise en place d'une politique efficace, socialement acceptable et légitime au plan éthique.

Jouer au Canada : du vice à la maladie puis à la responsabilité

L'analyse des discours qui ont façonné les lois et les politiques publiques au Canada au cours du XXe siècle montre que des groupes d'intérêt variés ont négocié et continuent à négocier les mutations historiques du *gambling* en différentes conjonctures (Campbell et Smith, 2003) :

- des arguments moraux, sociaux, politiques, médicaux et économiques ont été avancés pour tantôt censurer tantôt légitimer le *gambling* ;
- le discours politico-économique « *pro-gambling* » a visiblement dominé pendant la plus grande partie du XXe siècle comme en témoignent les amendements survenus dans le Code pénal et la libéralisation évidente des politiques des états en matière de *gambling* ;
- aussi longtemps que le *gambling* était strictement contrôlé, régulé et dans certains cas émanait du gouvernement, les canadiens ont accepté le passage du statut de vice à celui d'instrument de politique publique qui contribue au bien public par ses retombées économiques.

Cette position a été remise en cause à la suite des controverses issues de la rapide expansion du *gambling*, des dégâts des « *Video lottery terminals* » (VLTs) et des machines à sous, avec l'émergence également du discours médical sur le jeu.

Ces différents facteurs ont brisé le silence de l'industrie du jeu et des gouvernements provinciaux en attirant l'attention sur la nocivité potentielle du

gambling sur les individus et plus largement la société toute entière. À la suite du succès de la médicalisation du jeu excessif, l'action conjuguée des responsables gouvernementaux et de l'industrie du jeu, soutenus par de nouveaux alliés, experts et professionnels qui défendent la construction idéologique du jeu responsable, a redéfini les problèmes liés au jeu excessif. La construction du jeu responsable implique un ensemble d'arguments concernant le joueur excessif qui tournent autour de la faute morale, du *self-control*, d'explications médicales et sociales, de prises en charge thérapeutiques, laissant dans l'ombre les questions liées à l'accès au jeu, à ses formes et aux profits. La population à risque ainsi identifiée à la suite d'études de prévalence (adolescents, seniors, femmes, utilisateurs d'Internet, groupes ethniques), fait l'objet de programmes de prévention et/ou d'avertissements publics. Le concept de jeu responsable transforme les problèmes sociaux afférents au jeu excessif en problèmes individuels et les dépolitise. Ainsi, toute une série d'agissements de compromis facilite et soutient l'acceptation négociée du *gambling* à l'aube du XXIe siècle.

En conclusion, le jeu en général, et les jeux de hasard et d'argent en particulier, ont suscité une abondante littérature : moralistes, romanciers et auteurs de pièces de théâtre, philosophes, anthropologues, historiens ont donné diverses lectures du phénomène. Le discours moraliste, le plus ancien, semble avoir été le plus prégnant, marquant durablement l'autorité publique qui, durant des siècles, s'est efforcée de protéger la population des désordres d'un jeu excessif. La condamnation des jeux de hasard et d'argent par l'Église et leur interdiction par l'État monarchique ne paraissent pourtant pas avoir freiné leur expansion, au point qu'en 1776 ce même État devient opérateur de jeux. Dès lors, les phases d'interdiction alternent avec les périodes d'autorisation, témoignant de l'embarras du pouvoir, partagé entre de pressantes nécessités financières et son devoir de protection envers le citoyen. L'extraordinaire développement des jeux de hasard et d'argent autorisés depuis la re-création de la Loterie nationale en 1933, leurs mutations structurelles rendent aujourd'hui indispensable une évaluation scientifique des risques qu'ils peuvent générer en France, une démarche entreprise, il y a quelques années déjà, dans les pays d'Amérique du Nord.

BIBLIOGRAPHIE

BELL RC. Board and Table Games from Many Civilizations. Oxford University Press, Oxford, 1960

BELMAS E. Jouer autrefois. Essai sur le jeu dans la France moderne (XVIe-XVIIIe siècle). Éditions Champ Vallon, Seyssel, 2006 : 440p

CAILLOIS R. Les jeux et les hommes. Gallimard, Paris, 1958

CAMPBELL CS, SMITH GJ. Gambling in Canada – From vice to disease to responsability: A negociated history. *Canadian Bulletin of Medical History* 2003, **1** : 121-149

COSTE P. Les loteries d'État en Europe et la loterie nationale, historique, caractéristiques. Payot, Paris, 1933

D'HAUTHUILLE A. Les courses de chevaux. PUF, Paris, 1982

DE JONCOURT P. Quatre lettres sur les jeux de hasard. La Haye, 1713

DESCOTILS G, GUILBERT JC. Le grand livre des loteries. Histoire des jeux de hasard en France. L'Archipel, Paris, 1993

DUFLO C. Le Jeu de Pascal à Schiller. PUF, Paris, 1997a

DUFLO C. Jouer et philosopher. PUF, Paris, 1997b

DUNKLEY J. Gambling. A Social and Moral Problem in France, 1685-1792. The Voltaire Foundation, Oxford, 1985

DUSAULX J. De la passion du Jeu, depuis les temps anciens jusqu'à nos jours. Imprimerie de Monseigneur, Paris, 1779

FREUNDLICH F. Le Monde du jeu à Paris, 1715-1800. Albin Michel, Paris, 1995

GRUSSI O. La Vie quotidienne des joueurs sous l'Ancien Régime à Paris et à la cour. Hachette, Paris, 1985

HENRIOT J. Le Jeu. 3e éd. Éditions Synonyme, Paris, 1983

HUIZINGA J. Homo ludens. Essai sur la fonction sociale du jeu. Gallimard, Paris, 1951

KANT I. Critique de la faculté de juger. 1ère éd. 1790, éd. consultée, J. Vrin, Paris, 1965

LEJOYEUX M. Le jeu pathologique : aspects littéraires et culturels. *L'Autre, Cliniques, Culture et Sociétés* 2006, **7** : 231-242

LEONNET J. Les loteries d'État en France aux XVIIIe et XIXe siècles. Imp. Nationale, Paris, 1963

MAUSS M. Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. L'Année Sociologique, seconde série, 1923-1924, t. I

MEHL JM. Les jeux au royaume de France du XIIIe au début du XVIe siècle. Fayard, Paris, 1990

MURRAY HJR. A History of Chess. Oxford University Press, Oxford, 1913

NEURISSE A. Les jeux d'argent et de hasard. Hermé, Paris, 1991

SUISSA AJ. Jeux de hasard et enjeux psychosociaux en Amérique du Nord : repères socio-historiques. *Nervure* 2003, **16** : 8-11

THIROUIN L. Le hasard et les règles. Le modèle du jeu dans la pensée de Pascal. J.Vrin, Paris, 1991

VALLEUR M, CHARLES-NICOLAS AJ. L'ordalie aujourd'hui (en psychologie et psychopathologie). *In* : Le Serment. Vol II, Théories et devenir. CNRS, Paris, 1991

VIVÈS JL. Linguae latinae Exercitatio. Lugduni, apud Seb. Gryphum, 1543

WELTE JW, BARNES GM, WIECZOREK WF, TIDWELL MC, PARKER J. Gambling participation in the US – Results from a national survey. *J Gambl Stud* 2002, **18** : 313-337

2

Différents types de jeux actuellement disponibles

Les jeux de hasard et d'argent sont des jeux où le sujet mise de façon irréversible un bien (argent ou objet) et où l'issue du jeu aboutit à une perte ou un gain, en fonction partiellement ou totalement du hasard. Ces jeux sont connus depuis l'Antiquité, à partir du moment où une monnaie existe. Au-delà de leur fonction ludique individuelle, les jeux ont depuis longtemps représenté une dimension sociale et économique ; ils ont suscité l'opprobre de l'Église et fait l'objet d'un contrôle par l'État. L'histoire des relations entre l'État et les jeux de hasard et d'argent est d'ailleurs marquée par l'alternance entre des périodes de répression et de tolérance. L'évolution des jeux d'argent en France, tant dans leur forme que dans les publics qu'ils touchent ainsi que leurs conséquences sociales, a conduit la législation et les pouvoirs publics à des adaptations successives. Entre l'ancienne Loterie nationale et les nouveaux jeux sur Internet, l'enjeu du jeu est devenu à la fois économique, sociétal et médical.

Jeux de hasard et d'argent en France

Dès le XVIe siècle, la loterie d'État est introduite en France par François Ier, mais il faut attendre le règne de Louis XVI pour qu'elle devienne une institution permanente en 1776. La roulette et les machines à sous sont inventées aux États-Unis aux XVIIIe et XIXe siècles. Depuis 1806, par l'effet d'une mesure dérogatoire, les casinos sont autorisés dans les villes thermales et à Paris, disposition entérinée avec quelques modifications par les lois du 15 juin 1907, du 31 juillet 1920, du 31 mars 1931 et du 5 mai 1987. Mais c'est au XXe siècle que se développent en France les casinos, le PMU (Pari mutuel urbain apparu en 1931) et la Loterie nationale (refondée en 1933). Ce sont ces trois opérateurs de jeux qui perdurent actuellement en France et dont l'État est le premier bénéficiaire.

Casinos

Il existe 192 casinos en France, avec un chiffre d'affaire total de 18,66 milliards d'euros (en 2004). Un décret datant de 1806 permet leur installation dans les villes d'eau et à Paris. Ils proposent les tables de jeux, la roulette et les machines à sous qui représentent actuellement 93 % de leur chiffre d'affaire. Le nombre d'entrées dans les casinos était de 64 millions en 2004 (Trucy, 2006). La plupart des casinos français sont détenus par 5 groupes d'investissement privés (tableau 2.I) sous contrôle de l'État (ministères de l'Intérieur et des Finances) et des collectivités locales.

Tableau 2.I : Classement des casinos français (d'après Trucy, 2006, données 2001)

Groupe	Nombre de casinos	Chiffre d'affaires (millions d'euros)
Partouche	26	254,8
Européenne des casinos	18	233,9
Tranchant	16	124,8
Accor	14	119,8
Lucien Barrière	13	96,0

PMU et hippodromes

Le PMU gère les paris en dehors des hippodromes. Les sociétés de courses sont des associations sans but lucratif dont les statuts sont arrêtés par le ministère de l'Agriculture.

Le tiercé créé en 1954 a été suivi d'une augmentation du nombre de courses et une diversification des paris (quarté, quinté). Le chiffre d'affaire du PMU est estimé à 8 milliards d'euros en 2005 (Trucy, 2006). Il existait en 2005, 8 881 points de vente du PMU. Les paris à l'hippodrome représentent 4 % des paris hippiques en France.

Les moyens de parier se sont diversifiés ces dernières années avec la télévision interactive (chaîne Equidia créée en 1999), le pari sur Internet (depuis 2003) et sur téléphone mobile (depuis 2006). Au total, le nombre de parieurs était de 6,8 millions en 2005 (Trucy, 2006).

Française des jeux

La Française des jeux (FDJ) gère le Loto, successeur de la Loterie nationale en 1980, le Loto sportif, le Keno ainsi que les jeux de grattage. Il s'agit d'une société d'économie mixte dont l'État détient 72 % des parts sociales.

Son chiffre d'affaire est de 8,55 milliards d'euros en 2004 (Trucy, 2006). Le nombre de points de vente est de 39 962 en 2005. Il est possible de jouer sur Internet. Le nombre hebdomadaire de joueurs au Loto est de 5 millions.

Caractéristiques des joueurs

Les habitués des casinos sont pour 41 % des inactifs sans emploi ou retraités. Les adultes de 30 à 50 ans représentent 37 % des joueurs aux machines à sous, les plus de 50 ans et les moins de 30 ans représentent chacun 29 %.

Concernant le PMU, sur les 6 millions de parieurs, 55 % sont des clients réguliers qui jouent essentiellement le week-end, 40 % sont des joueurs occasionnels attirés par les grands événements hippiques et 5 % sont des passionnés qui jouent plusieurs fois par semaine (Trucy, 2002). Les parieurs sont à 65 % des hommes âgés de 35 à 49 ans issus de milieux socioprofessionnels généralement modestes.

En 2006, 29 millions de personnes ont joué à un jeu de la Française des jeux ; 49 % étaient des hommes, 51 % des femmes et 34 % avaient moins de 35 ans. Les joueurs présentent à peu près les mêmes caractéristiques socioprofessionnelles que la population générale avec une légère surreprésentation des ouvriers et des employés. Parmi les joueurs, il y a un peu plus de jeunes et un peu moins de séniors que dans la population générale[5].

Mises des joueurs

Les mises des joueurs ainsi que leurs dépenses nettes (leurs mises moins leurs gains) ont augmenté de façon importante au cours des dernières années (tableau 2.II). Les chiffres d'affaires des opérateurs de jeux ont également augmenté au cours des mêmes années. Les taux de retour aux joueurs représentent 59,7 % du chiffre d'affaire pour la FDJ, 72,7 % pour le PMU et 86 % pour les casinos (données 2005). La dépense en jeux de hasard et d'argent est estimée à 134 euros par an et par habitant en 2004 (Trucy, 2006).

5. Source des données : http://www.francaisedesjeux.com/groupe/essentiel-groupe/chiffres-cles

Tableau 2.II : Évolution des mises et dépenses nettes annuelles des joueurs auprès des trois opérateurs (d'après Trucy, 2006)

Année	FDJ		PMU		Casinos	
	Mises (euros)	Dépenses nettes (euros)	Mises (euros)	Dépenses nettes (euros)	Mises (euros)	Dépenses nettes (euros)
1999	175,35	74,16	656,09	202,37	1 776,80	213,55
2005	309,65	123,88	1 251,27	341,59	3 108,86	435,24

Nouveaux types de jeux : jeux vidéo et jeux sur Internet

L'entrée dans la vie sociale des jeux vidéo et d'Internet est un phénomène récent. Le premier jeu MMORPG[6] apparaît en 1984, le premier MMORPG commercial en 1991. La fiction interactive atteint son pic de popularité, en tant que produit commercial, dans les années quatre-vingt. Par ailleurs, les jeux de hasard et d'argent et sur Internet augmentent considérablement les pratiques de jeu.

Jeux vidéo

Les jeux vidéo représentent une masse financière supérieure à celle du cinéma. Il s'agit d'une véritable industrie. En 2005, ils figurent au 3e rang du marché des médias, derrière la TV, les CdRom et les DVD (Natkin, 2005). Les concepteurs de jeux cherchent le moyen d'attirer de nouveaux clients et de les fidéliser, ainsi en est-il pour *World of Warcraft*, le jeu en ligne le plus joué au monde avec 9 millions d'abonnés en 2007. Les jeux sont très divers dans leur pratique : diversité de contenus (jeux de stratégie, d'aventure, de rôle…), diversité de supports (sur console, sur PC, en ligne, en salle de réseau, sur téléphone portable…), diversité du nombre de joueurs (en solo, petit groupe, massivement multijoueurs).

Il y aurait en France 3,8 millions de personnes qui jouent quotidiennement aux jeux vidéo, les 2/3 sont des hommes, 13 millions déclarent avoir joué au cours du dernier mois et 54 % d'entre eux ont moins de 24 ans (de Hugo, 2008).

Concernant les jeunes, en 2002, 80 % des enfants de 8 à 14 ans disent jouer aux jeux vidéo, 53 % des enfants déclarent jouer 2 heures par semaine ou moins et 26 % passent plus de 4 heures par semaine à jouer[7].

6. *Massively Multiplayers Online Role Playing Game*

7. Source des données : http://www.tns-sofres.com/etudes/consumer/181202_jeuxvideo.htm

Selon l'Insee, 20 % des internautes en France jouent ou téléchargent des jeux (25 % d'hommes et 14 % de femmes, données 2005). Il s'agit donc d'un phénomène culturel et surtout, générationnel. C'est la première fois dans nos sociétés qu'apparaît ce type de jeu, tout à fait nouveau, entièrement lié à l'extension des techniques de communication. On peut donc analyser la jeunesse des personnes les plus joueuses comme un effet de génération, les jeux vidéo nécessitant des compétences qui relèvent d'une culture de l'écran et de l'informatique.

Les travaux tant qualitatifs que quantitatifs remarquent la prépondérance de la population masculine dans la pratique des jeux vidéo (Tremel, 2001 ; Roustan, 2005). Par ailleurs, son niveau socioculturel est généralement élevé. La moyenne d'âge serait de 26 ans, entre 22 ans et 30 ans pour Roustan (2005), 25 ans selon Yee (2001). Selon certains auteurs (Griffiths et Davies, 2005), la sur-représentation masculine s'explique parce que l'essentiel des jeux proposés correspond plus à la socialisation masculine (qui valorise l'agressivité, les jeux violents).

L'univers des jeux vidéo rassemble trois courants principaux : la science fiction, le jeu de rôle (notamment Donjons et Dragons) et la simulation (Turkle, 1984). Il s'agit d'un univers technique (informatique et simulation) autant qu'un univers imaginaire et une pratique de jeu. La nouveauté qu'apportent ces jeux consiste dans le fait qu'ils proposent un espace potentiel (Winnicott, 1971) où les joueurs agissent autant sinon plus qu'ils imaginent (Craipeau et Legout, 2003).

Jeux sur Internet

Les jeux sur Internet sont variés, ainsi que leur public et leurs pratiques : jeux de rôle multijoueurs, jeux de stratégie, de combat, jeux d'argent et de hasard, jeux de simulation, jeux sur téléphone portable. Ces jeux peuvent durer 20 minutes ou un an, se jouer contre d'autres joueurs ou contre la machine, nécessiter le développement de compétences particulières spécifiques. Ainsi, la pratique des MUD's, jeux sur Internet qui consistent à construire et participer à des histoires par l'écriture de texte, seraient beaucoup moins addictifs que les MMORPG, jeux à univers persistants et qui se jouent avec des avatars (Chen et Park, 2005). La pratique même d'Internet, avec les *chats* en particulier, peut devenir un jeu, alors que *Second Life* est moins considéré comme un jeu que comme un espace de simulation.

Parmi les jeunes utilisateurs d'Internet (15 à 18 ans), 34 % l'utilisent pour jouer (Insee, 2006). Mais il n'existe pas de données précises sur les populations et les pratiques ludiques ou sur l'addiction à ces jeux.

Aux États-Unis, 6 % des utilisateurs d'Internet seraient des « drogués du Web », les chiffres s'élèvent jusqu'à 9 % (Romo et coll., 2004). Selon Black et coll. (1999), le profil type du dépendant à Internet serait l'homme de

32 ans ayant fait des études supérieures, d'un bon niveau socioéconomique. Ces personnes éprouvent un intérêt majeur pour la navigation sur le net, les forums de *chat*, les jeux en ligne. Ils passent en moyenne 30 heures par semaine devant leur ordinateur, « ils se sentent excités, heureux et puissants quand ils sont connectés ».

Une étude récente auprès de parieurs sportifs sur Internet indique que plus de 91 % des joueurs sont des hommes, la moyenne d'âge est de 31 ans (Labrie et coll., 2007). Lejoyeux et coll. (2003) indiquent que 51 % des internautes se sont déjà connecté à un site de jeux gratuits. L'usage addictif des sites de bourse en ligne a été identifié en 2001 (Guyony).

En conclusion, la pratique des jeux de hasard et d'argent s'est intensifiée en France au cours des dernières années. Que ce soit pour la FDJ, le PMU ou au casino, les mises ont doublé en 5-6 ans. Les jeux vidéo et sur Internet concernent surtout les jeunes de sexe masculin. Ces jeux sont divers et certains sites mêlent la bourse et le jeu.

BIBLIOGRAPHIE

BLACK DW, BELSARE G, SCHLOSSER S. Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behaviour. *Clin Psychiatry* 1999, **60** : 839-844

CHEN JV, PARK Y. The differences of addiction causes between Massive Multiplayer Online Game and Multi User domain. *International Review of Information Ethics* 2005, **4** : 53-60

CRAIPEAU S, LEGOUT MC. La sociabilité mise en scène, entre réel et imaginaire. *In* : La pratique du jeu vidéo : réalité ou virtualité ? ROUSTAN M (ed). L'Harmatttan, Paris, 2003

DE HUGO C. Jeux : apprivoiser les mondes virtuels. *La Tribune*, 12 mars 2008, p39

GRIFFITHS M, DAVIES NO. Does video game addiction exist ? *In* : Handbook of Computer Game Studies. RAESSENS J, GOLDSTEIN J (eds). MIT Press Cambridge, Massachusetts Cambridge London, England. 2005 : 359-372

GUYONY S. Enquête sur la folie des jeux. *Le Monde « Argent »*, 24 juin 2001

INSEE. Internet au quotidien : un Français sur quatre. *Insee Première* 2006, 1076

LABRIE RA, LAPLANTE DA, NELSON SE, SCHUMANN A, SCHAFFER HJ. Assessing the playing field: A prospective longitudinal study of Internet sport gambling behavior. *Journal of Gambling Studies* 2007, **23** : 347-362

LEJOYEUX M, MORO L, ADES J. Addiction à Internet. Encyclopédie Médic chir, Editions scientifiques Elsevier SAS Psychiatrie, 2003

NATKIN S. Video Games and Interactive media. AK Peters LTD, Wellesley Massachusetts, 2005

NEURISSE A. Les jeux d'argent et de hasard. Hermé, Paris, 1991

ROMO L, AUBRY C, DJORDJIAN J, FRICOT E, ADÈS J. La dépendance à l'Internet et la prise en charge cognitivo-comportementale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2004, **14** : 117-123

ROUSTAN M. Sous l'emprise des objets ? Une anthropologie par la culture matérielle des drogues et dépendances. Thèse de sociologie, Paris V, septembre 2005

TREMEL L. Jeux de rôle, jeux vidéo, multimédia. Les faiseurs de mondes. PUF, Coll. « Sociologie d'aujourd'hui », Paris, 2001

TRUCY F. Les jeux de hasard et d'argent en France. Rapport d'information au Sénat, 2002

TRUCY F. L'évolution des jeux de hasard et d'argent. Rapport d'information au Sénat, 2006

TURKLE S. The second self ou Les enfants de l'ordinateur. Denoël, 1984

WINNICOTT DW. Jeu et réalité. Paris, Gallimard, 1971, traduction 1976

YAO-CHUNG C. Massively Multiplayer online role play role game-induced seizures : a neglected health problem in Internet addiction. *Cyber technology and behaviour* 2006, **9** : 451-456

YEE N. The norrathan Scrolls, a study of Everquest. 2001, http://www.nickyee.com/eqt/report.html

VENISSE JL, ADES J, VALLEUR M. Rapport pour la Mildt concernant le problème des addictions aux jeux. 2007

3

Approches sociologiques

Même si le cœur de l'activité de recherche d'une sociologie des jeux de hasard et d'argent (*gambling*) s'inscrit traditionnellement dans une approche classique, qui vise à la différenciation sociale des pratiques ludiques (qui joue, qui ne joue pas aux jeux de hasard et d'argent, dans quelles circonstances et pour quelles raisons ?) et à la compréhension du « fait social et culturel » qu'il représente, une complémentarité entre plusieurs axes (anthropologique, philosophique, historique…) est nécessaire sur la question spécifique du jeu problématique et à celle plus globale du jeu responsable.

Trop souvent, la sociologie du *gambling* est réduite à sa fonction socio-statistique (croisement de variables et d'indicateurs socioéconomiques sur des données produites par enquêtes ou analyse secondaire des données statistiques existantes) qui n'évite pas toujours le « sociologisme »[8] et la sur-interprétation. Trop souvent également, la sociologie des jeux d'argent est réduite à sa fonction critique, voire à sa fonction supposée naturelle de dénonciation. On parlera dans ce cas d'exploitation de la misère humaine et de la superstition par « l'État croupier » ou des intérêts privés, de l'aliénation et de l'ignorance des joueurs (Salazar-Ferrer, 1997), de « société ludique totale et de vie envahie par le jeu » (Cotta, 1980), de « république des jeux » (Brasey, 1992).

Autant dire que la sociologie des jeux de hasard n'échappe pas dans le meilleur des cas à la thèse (Yonnet, 1985), dans le pire des cas à la polémique, facilitée par le fait que de nombreux auteurs se positionnent pour ou contre les jeux d'argent, et plus souvent contre que pour. D'autres travaux montrent qu'une approche scientifique des jeux de hasard et d'argent est possible et féconde (Caillois, 1967). Pour d'autres encore, les bases d'une politique des jeux raisonnée et responsable peuvent être posées (Bégin, 2001a ; Martignoni, 2001, 2003a et b, 2004).

8. De *sociologie*, avec le suffixe *–isme* à valeur péjorative, pour suggérer un discours systématique et fermé sur lui-même

Pour éviter les dérives énoncées ci-avant, le travail sociologique contemporain sur les jeux d'argent doit emprunter et côtoyer d'autres disciplines (notamment l'anthropologie, l'histoire, l'économie, l'ethnologie…) pour comprendre le *gambling* dans son ensemble, mais également pour appréhender l'objet même de cette expertise, « l'abus de jeu ».

Cette posture épistémologique permet de montrer ce que les différentes disciplines en sciences humaines et sociales qui traitent du jeu peuvent apporter comme points de vue complémentaires sur le jeu problématique.

Approches anthropologique, philosophique et historique

Les approches anthropologique, historique et philosophique permettent de mieux appréhender les caractéristiques des jeux de hasard et d'argent dans nos sociétés contemporaines et d'avoir une vision plus étendue des problématiques d'excès.

Approche anthropologique

L'anthropologie est un axe de recherche sur le jeu qui est très fécond et très ancien. Tylor (1871) postule que les jeux (et notamment les jeux de hasard et d'argent) sont issus d'anciens rites divinatoires ou religieux, dépouillés de leurs enjeux sacrés. Pour d'autres anthropologues, le jeu est une parenthèse, une antithèse de la vie ordinaire. Les jeux d'argent reposent sur l'arbitraire, le risque, la transgression. Ils auraient pour effet, selon Mead (1963), de permettre à chacun de sortir de son rôle social.

Pour Leo Frobenius (1921), l'activité ludique est le creuset de toutes les aptitudes à manier les représentations et à jouer les rôles sociaux. Johan Huizinga (1938) généralise cette thèse dans « *Homo Ludens* : essai sur la fonction sociale du jeu ». Selon lui, le jeu est créateur de la culture, à travers les principes de compétition et de désintéressement.

Huizinga avait exclu les jeux d'argent de son essai, à cause de la « gratuité » supposée de toute activité ludique. Roger Caillois (1958) réintroduit les jeux de hasard et d'argent dans sa taxinomie, à travers la catégorie de l'*aléa*. Mais le fondateur de la revue Diogène montre que si les différents jeux ne font pas appel aux mêmes principes, ils combinent tous (et cela concerne également l'ensemble des jeux d'argent contemporains) une part de hasard (*aléa*), de compétition (*âgon*), de vertige (*ilinx*), de simulation (*mimicry*).

Ces approches anthropologiques rappellent que les pratiques de jeu (et notamment celles qui concernent les jeux de hasard) sont très anciennes et concernent tous les peuples, toutes les cultures. Le jeu est un fait social et culturel, qui a une fonction, voire une utilité, sociale et les jeux de hasard

et d'argent « modernes » n'échappent pas à cette définition. Il convient au final de ne pas couper le jeu d'argent contemporain (y compris dans sa dimension excessive) ainsi que le joueur de machines à sous, de loto, de poker (y compris quand il a des problèmes de jeu) de ces (ses) racines anthropologiques. Réduire les jeux d'argent actuels à une manie, une pathologie, ou à un simple acte de consommation répondant à une offre marketing, c'est avoir une position réductrice vis-à-vis de ces racines.

Les approches anthropologiques sont donc fondamentales pour une sociologie des jeux de hasard contemporains. Nonobstant leur intérêt intellectuel et leur fécondité, elles doivent être prises en compte pour traiter la question des jeux d'argent dans les sociétés occidentales, y compris dans leur aspect problématique.

Wendling (2002), dans l'introduction de son ouvrage « Ethnologie des joueurs d'échecs », montre l'intérêt théorique d'une anthropologie des jeux. Elle permet notamment de déplacer la problématique du joueur pensé dans son individualité vers la dimension sociale, par exemple celle de l'expression des croyances, ou vers le champ des sociabilités et socialités dans lequel s'inscrivent les joueurs.

Approche historique

L'histoire des jeux en général (Lhote, 1994 ; Pastoureau, 1998) et l'histoire des jeux de hasard et d'argent en particulier (par exemple Freundlich, 1995, qui étudie le monde du jeu à Paris au XVIIIe siècle) sont de la même manière indispensables pour comprendre le *gambling* contemporain et son inscription dans la vie sociale. Martignoni (1994a), synthétisant de nombreux articles, thèses, ouvrages consacrés à l'historique politique, juridique et législative des jeux de hasard, montre que l'histoire des jeux d'argent constitue avant tout l'histoire d'une prohibition et de dérogations successives. Il y a toujours eu une volonté publique (religieuse, laïque, politique) de prohiber, d'enfermer (maisons de jeu, cercles, casinos) et ensuite de contrôler le jeu (monopole, concession de service public, autorités de tutelle). Il est donc réducteur de faire de manière univoque le procès de « l'État croupier » contemporain car il y a historiquement une complicité entre les joueurs et les opérateurs de jeux. L'institutionnalisation de l'offre ludique s'est mise en place progressivement pour répondre à une demande et sécuriser des pratiques de jeux qui existaient sous d'autres formes. Par ailleurs, l'État s'est toujours intéressé aux conséquences du jeu sur l'individu et la société. Les jeux d'argent ont été perçus comme un fléau social à une époque pas si lointaine.

Tremblay (2003a et b), analysant l'historique des rapports entre l'État et le jeu pour le Québec, souligne que l'exploitation par les États des jeux de hasard et d'argent est un phénomène universel, dont la finalité originale

est humanitaire et vise au développement du bien commun. Mais il note également que dès l'origine, les rapports entre l'État et le jeu ne sont pas sans ambiguïté. Car si d'un point de vue politique, les jeux d'argent apparaissent comme un impôt démocratique (« ce sont des taxes volontaires voire enthousiastes » dit Tremblay), ils peuvent entraîner un état de dépendance des finances publiques.

Plus récemment, Belmas (2006) dans un travail consacré aux jeux d'autrefois (XVIe-XVIIIe siècles) envisage l'activité ludique comme « phénomène social global ». Elle montre notamment que si le jeu faisait vivre des corporations de métiers (par exemple les fabricants de cartes), s'il rapportait de l'argent à l'« État royal », il inquiétait déjà les autorités quant à ses conséquences sur l'équilibre social et la tranquillité publique. Mais, son analyse indique également « que le jeu déborde constamment les limites que la loi et la morale voudraient lui imposer », et cela est à prendre en compte dans la problématique contemporaine sur le jeu excessif.

Approche philosophique

L'approche philosophique sur le jeu, le « jouer », la praxis et l'imaginaire ludique est féconde, comme l'a montré Duflo (voir la partie Communications en fin de cet ouvrage). Elle doit être intégrée dans la problématique contemporaine sur le *gambling* et ses excès.

Henriot (1969 et 1989) donne la définition du joueur suivante : « le joueur, c'est celui qui joue, c'est-à-dire celui qui entre dans le cercle ludique (*in ludo*), se pénètre de l'idée de jeu (*illusio*) et ensuite ressort du jeu pour retrouver ses activités ordinaires et la vie courante ».

Fink (1966), analysant le jeu comme « symbole du monde », relie en un tout différencié « jeu humain et jeu cosmique » (« nous distinguons », dit-il, « le jeu humain du jeu cosmique, appelant le premier un phénomène et le deuxième une pensée spéculative »). Pour lui, tout jeu est réel-irréel. Les perspectives existentielles qui se dégagent de cette philosophie du jeu, permettent de réinterroger certaines caractéristiques des jeux d'argent contemporains (la répétition, les temporalités, le désespoir, l'euphorie, l'excitation du joueur, ses rapports avec le hasard…) sous un autre registre que celui de la pathologie ou de la psychologie. Pour le courant cognitivo-comportementaliste par exemple, le rapport que le « sujet » joueur contemporain instaure avec le hasard, la chance, le sort et le destin correspond à de simples superstitions, méconnaissances ou pensées erronées. Le fondement du processus thérapeutique cognitiviste (Ladouceur et coll., 2000) consiste à travailler sur ces pensées erronées qui alimentent l'envie de jouer. Les remplacer permettrait de contrôler ce besoin et de renoncer au jeu. Un tel processus est-il compatible avec une sociologie du *gambling* qui intègre une philosophie du jeu ?

Approches sociologiques du *gambling*

Outre les études classiques de l'approche sociologique qui apportent des éléments d'information sur les caractéristiques générales des joueurs, des études se sont intéressées plus précisément à certaines populations joueuses ou encore ont défini des profils de joueurs par rapport à certains types de jeux.

Approches socio-statistique, macro-statistique et socioéconomique

Les études classiques de l'approche sociologique sont centrées sur les objectifs suivants : tous les sujets ne jouent pas aux jeux d'argent et ceux qui jouent ont des caractéristiques (sociales, économiques…) qu'il convient de préciser. Ces recherches permettent de cerner les différentes « catégories » de joueurs en fonction de certaines variables sociologiques (tableau 3.I) et d'indicateurs, de dessiner des typologies, globales ou par type de jeux (sociologie des joueurs de machines à sous, des joueurs de loto…). Les études Ipsos de 1999 et 2000 (citées dans Trucy, 2002) montrent que les joueurs de la Française des jeux présentent les mêmes caractéristiques que le reste de la population française. On constate néanmoins une légère sur-représentation des ouvriers et des employés (tableau 3.II).

Tableau 3.I : Pratiques de jeu selon la catégorie socioprofessionnelle pour le PMU et le Loto (Insee, 1988)

Catégorie socioprofessionnelle	PMU (%)	Loto (%)
Ouvrier qualifié	25,8	48,3
Ouvrier non qualifié et agricole	17,4	48,1
Contremaître et agent de maîtrise	17,1	46,6
Employé du public	16,5	44,5
Commerçant	15,5	44,0
Personnel de service aux particuliers	15,0	43,5
Artisan	13,7	42,7
Technicien	13,6	39,2
Profession intermédiaire du privé	13,5	37,9
Employé administratif d'entreprise	11,2	36,7
Employé de commerce	10,7	35,6
Cadre d'entreprise	9,1	33,3
Inactif non retraité	8,7	31,9
Profession intermédiaire du public	8,0	31,4
Cadre	5,7	29,2
Profession libérale	4,0	19,1
Agriculteur exploitant	3,5	15,1

Tableau 3.II : Profil socioprofessionnel des joueurs (Ipsos, 1999 cité dans Trucy, 2002)

Catégorie socioprofessionnelle	Population française (%)	Joueurs à la FDJ (%)
Professions libérales	3	2
Cadres supérieurs	7	6
Professions intermédiaires	13	13
Employés	16	18
Ouvriers	13	15
Agriculteurs	2	3
Retraités	23	19
Inactifs	22	24

Ces approches socio-statistiques autorisent également : des comparaisons géographiques (joue-t-on plus aux jeux d'argent en Corse ou en Auvergne ?), le croisement des taux de prévalence au jeu dans telle région, avec d'autres indicateurs socioéconomiques (taux de chômage, d'épargne…) (Martignoni, 1992).

Ces études peuvent être réalisées :
• à partir de l'analyse secondaire des statistiques existantes (Insee, données de différents ministères concernés tels l'Intérieur, les Finances, statistiques internes aux opérateurs de jeu…), les rapports du sénateur Trucy (Trucy, 2002 et 2006) signalent les difficultés rencontrées pour réunir ces statistiques (quand elles existent) en l'absence d'organisme dédié ;
• à partir d'enquêtes quantitatives représentatives, réalisées en population générale ou spécifique.

La plupart des études existantes d'orientation socioéconomique soulignent généralement les bénéfices et les retombées économiques de l'industrie des jeux. Certaines recherches nationales font le bilan d'un secteur ludique particulier. Ginoux (1994), Bir (1994) et Lammens (1994) analysent la mutation et l'évolution des casinos français et leur incidence sur le développement touristique. Gazagne (1994) fait de même en ce qui concerne spécifiquement le groupe Lucien Barrière. Ces acteurs de l'industrie du jeu (professionnels, consultants…) soulignent au niveau économique une croissance très forte du produit brut des jeux, une concentration des casinos au sein de grands groupes, une évolution vers de nouveaux jeux, par exemple les machines à sous pour les casinos. D'orientation économique, financière et marketing, certaines de ces études permettent de comprendre comment les opérateurs de jeu positionnent leur offre, en fonction de l'évolution du marché. Ainsi, Chazaud (1994) s'interroge pour savoir si les changements sociologiques intervenus dans la culture des jeux d'argent (et plus globalement dans la culture du jeu contemporain) doivent entraîner un repositionnement de l'offre de jeu

proposée par les casinos. Ces changements se caractérisent par une médiatisation croissante des loisirs, une consommation individualisée au sein d'un grand choix de possibilités. Le positionnement des casinos par rapport à cette évolution peut être soit de se diversifier en matière d'offre touristique globale d'une station (organisation de manifestations, festivals…) soit de se spécialiser à travers la création de clubs destinés au tourisme de proximité, d'affaire ou de luxe.

Toujours dans le secteur casinotier, de nombreuses recherches sont régionales. Elles montrent comment les casinos sont impliqués dans la vie sociale, économique et culturelle locale (Méréo, 1994 ; Gaucher, 2001 ; Meyer, 2001) ou étudient les liens contractuels qui unissent casinos et communes (Moderne, 1994 ; Bégin, 2001b).

La revue Espaces (revue mensuelle de réflexion du tourisme et des loisirs) a consacré deux cahiers (1994, 2001) sur les casinos. Ces cahiers décrivent comment les casinos sont un secteur économique à part entière de l'industrie des loisirs. La revue a publié également un numéro spécial (2002) qui indique que l'hippodrome (le premier en France date de 1860) est un espace écologique de jeux et d'animation locale. Différentes contributions rappellent que le développement des 235 hippodromes français, et la pérennité de la filière cheval (67 000 emplois) sont directement liés aux paris hippiques sur les courses de chevaux (14 694 en 2007) effectués (quotidiennement ou hebdomadairement) par les 6,5 millions de turfistes. Par ailleurs, certaines courses prestigieuses participent au « rayonnement international de la France » et ont des conséquences économiques et financières importantes sur certains secteurs de la filière (vente de *yearling*, saillie). Le Grand Prix de l'Arc de Triomphe en est un bon exemple. En 2007, à Longchamp, il a attiré 70 000 spectateurs, dont 20 000 anglais. Le PMU a récolté à cette occasion plus de 54 millions d'euros et 1 milliard de téléspectateurs ont regardé cette course à la télévision dans 200 pays (Echegut, 2007).

D'autres études ou rapports sont plus internationaux et étudient les incidences du développement casinotier au niveau européen (Rapport de la communauté européenne, 1994), mondial (Eadington, 1994 et 2001) ou dans un pays particulier. Ainsi, Atherton (1994) analyse les casinos australiens, comme outils du développement touristique. Eadington (1994) souligne que dans les années 1990, aux États-Unis, Canada, Europe, Australie, Nouvelle-Zélande et dans certains pays en voie de développement, les jeux d'argent ont été mieux acceptés, sur le plan légal, social et du point de vue du public. Pour les gouvernements, ils sont devenus une source de recettes économiques et fiscales. La légalisation des casinos a entraîné leur intégration au développement touristique de nombreux sites.

Globalement, deux tendances concernant les jeux de hasard et d'argent se dégagent : un discours qui insiste sur les effets néfastes du *gambling* et les coûts sociaux de son exploitation ; un autre qui légitime l'industrie du jeu à cause du développement (économique, touristique, en termes d'emplois et

de recettes fiscales) qu'il induit, au niveau local et national. Le symposium de Whistler (Wynne et Anielski, 2000) qui s'est tenu au Canada il y a quelques années a tenté de poser les bases méthodologiques et épistémologiques permettant de réaliser des études d'impact et des recherches comparatives rigoureuses visant à évaluer scientifiquement les répercussions économiques et sociales des jeux de hasard et d'argent, ainsi que les coûts et bénéfices qui en découlent.

Sociologie du *gambling* spécialisée sur des populations homogènes et/ou sur des zones géographiques spécifiques

Un certain nombre d'études sociologiques sont centrées sur des populations homogènes spécifiques, par exemple en fonction de l'âge. Mc Neilly et Burke (2000 et 2001) étudient les motivations, les attitudes, les comportements et les représentations d'une population de 315 joueurs âgés de plus de 65 ans. Se relaxer et s'amuser, passer le temps, lutter contre l'ennui sont les motivations les plus citées par les joueurs dans cette étude.

À l'opposé, Moscowitch (2006) s'interroge sur les jeux de hasard et d'argent pratiqués par les jeunes et les mineurs. Le rapport au jeu pour ces populations constitue pour l'auteur un véritable enjeu de politique familiale.

D'autres recherches s'intéressent aux pratiques de jeu de communautés culturelles ou religieuses spécifiques. Papineau et coll. (2005b) étudient les perceptions et les habitudes ludiques de quatre communautés ethniques de Montréal (maghrébine, chinoise, haïtienne et centre-américaine). Pour ces différentes cultures, l'espoir de faire des gains significatifs et d'améliorer leur situation économique constitue une motivation importante au jeu. Le souhait de se rapprocher de la culture du pays d'accueil pour ne pas se sentir exclu est également une autre motivation pour le jeu, même si cette pratique est en contradiction avec la culture traditionnelle d'origine (par exemple maghrébine). Le fait de croire à la chance et au surnaturel intervient dans les représentations du jeu pour les cultures chinoise et haïtienne. Le jeu fait partie de la vie sociale et familiale dès le plus jeune âge dans les pays d'Amérique centrale.

Parfois, l'homogénéité de la recherche ne provient pas de la spécificité des populations mais de l'aire géographique concernée. Roehl (1999) analyse les coûts sociaux et l'impact du *gambling* sur la qualité de vie des résidents du Nevada. Ces derniers soulignent que la légalisation des jeux a apporté des bénéfices économiques, de nouveaux emplois, mais également des coûts sociaux. Selon les habitants du Nevada, certaines personnes jouent plus qu'elles ne peuvent se le permettre, mais dans le même temps, la légalisation des jeux a donné une meilleure qualité de vie à leur communauté. Cependant, la perception des avantages et inconvénients varie selon les sous-populations étudiées (niveau d'éducation, travaillant ou non dans l'industrie du jeu…).

Nichols et Stitt (2004) évaluent les conséquences de l'introduction d'un casino sur les taux de suicide et de divorce de huit régions américaines, entre 1991 et 1994. Il n'apparaît pas de différence significative entre les régions qui ont un casino et les communautés témoins, au niveau du taux de suicide et de divorce.

Toujours aux États-Unis, mais sur une période plus longue (1970-1990), Mc Cleary et coll. (2002) s'interrogent également pour savoir si la légalisation du *gambling* dans certaines régions et zones urbaines, augmente les taux de suicide. Dans cette étude, une corrélation positive modeste est observée entre le taux de suicide et la présence d'un casino dans des zones urbaines, mais ce résultat n'est pas retrouvé dans l'analyse des taux de suicide avant-après la légalisation des jeux.

Une majorité des études recensées (États-Unis, Nouvelle-Zélande, Australie, Angleterre, Suède, Allemagne…) étudient les impacts socioéconomiques de la libéralisation et du développement du *gambling*, soit au niveau d'une communauté ou d'une localité spécifique, soit au niveau national. Whyte (1998) étudie pour les États-Unis, les conséquences du *National Gambling Commission Act*, signé par le Président Clinton en 1996.

Notons que ces études s'intéressent majoritairement aux effets « problématiques » de l'exploitation du *gambling* : paupérisation accrue, surendettement, suicide, problèmes familiaux, divorce liés au jeu, concomitance du jeu avec des addictions « avec substance » (alcool, drogue…). Pour Brenner et Brenner (1993), le *gambling* entraînerait plus de problèmes sociaux chez les populations les plus pauvres car le pourcentage des dépenses ludiques y est plus important, même quand les sommes consacrées au jeu sont plus réduites. Castellani (1996) montre que le *gambling* peut démanteler les liens communautaires et familiaux qui font, dans le pire des cas, que des joueurs invétérés peuvent se ruiner dans le jeu et se retrouver sans ressources.

Signalons également de nombreuses études sur la criminalité associée au jeu. Elles cherchent à savoir si l'on observe un taux de prévalence au jeu pathologique élevé parmi des détenus australiens (*Queensland Government*, 2002). Dans cette étude, le jeu problématique serait 20 fois plus élevé chez les détenus que dans la population générale. Une autre étude concerne des suspects arrêtés dans deux villes américaines. Ils sont 3 à 4 fois plus joueurs pathologiques que la population générale (Mc Corkle, 2004).

Les sondages effectués auprès des populations délinquantes indiquent souvent des taux de prévalence élevés au jeu problématique. Comme pour la toxicomanie, la dépendance au jeu pourrait servir de catalyseur au fait de commettre des infractions (Brochu, 1995).

D'autres études (notamment aux États-Unis et au Canada) cherchent à établir s'il y a un lien causal entre la présence d'un casino dans une région et l'évolution des taux de criminalité. Les résultats obtenus sont contradictoires.

Certaines enquêtes associent la présence d'un casino et la criminalité (Gazel, 1996 ; Polzin et coll., 1998 ; Grinols et coll., 1999) alors que d'autres n'établissent pas ce lien (Reuter, 1997 ; Albanese, 1999 ; Room et coll., 1999 ; Stitt et coll., 2003 ; Philipps, 2004). Margolis (1997) souligne même que les taux de criminalité de certaines villes américaines réputées pour leur casino (Atlantic City, Baton Rouge, Las Vegas) sont parfois inférieurs à ceux d'autres villes, ou affichent une tendance à la baisse.

Sociologie des joueurs par type de jeu, sociologie des espaces de jeu

En France, Martignoni (1998) réalise la première étude sociologique quantitative (n=950) sur les joueurs de machines à sous et de vidéo poker, auprès d'un échantillon représentatif des casinos français. Papineau et Boisvert (2003) et Papineau et coll. (2001) entreprennent au Québec plusieurs études et expertises sur les appareils de loteries vidéo (ALV). Au Brésil, Oliviera et Silva (2001) comparent les principales caractéristiques sociodémographiques des populations de joueurs de bingo, de vidéo poker et de turfistes à Sao-Paulo. Dans cette étude, les joueurs de vidéo poker sont à la fois les plus jeunes des trois groupes et ont des scores plus élevés sur une échelle de mesure de jeu excessif.

Wassner (1982) et Martignoni (1992) analysent les ritualités et socialités qui s'expriment dans les espaces courses du PMU. Plus récemment, Leforestier (2003) fait de même en ce qui concerne les turfistes sur les hippodromes. Ainsi, l'espace de jeu constitue un cadre collectif où se créent des liens sociaux qui, bien que limités au temps du jeu, suscitent un sentiment d'appartenance. Les espaces et temporalités spécifiques du jeu, ses règles, codes et langages nécessitent un apprentissage qui participe progressivement à l'intégration de l'individu dans une « communauté de parieurs ». Le jeu est considéré comme un espace de liberté car le temps qu'il nécessite échappe à l'impératif utilitaire, c'est un temps choisi.

La sociologie du *gambling* n'est pas seulement quantitative mais comporte un volet qualitatif significatif. Il s'agit par exemple de décrire dans le détail les jeux d'argent, de comprendre leur logique et l'intérêt ludique qu'ils représentent (Oldman, 1974 ; Martignoni, 2000).

Il s'agit également de connaître les motivations des joueurs ; de les observer en situation de jeu pour rendre compte des comportements, rituels, circulations, échanges, conversations. L'étude fine des joueurs, en situation naturelle de jeu, est féconde pour comprendre la perspective sociale et culturelle des jeux d'argent contemporains, y compris quand leur pratique apparaît excessive, aux représentations de sens commun. Les études ethnographiques et microsociologiques sur les joueurs et les espaces de jeu sont nombreuses en Angleterre et aux États-Unis. Dans un article consacré à certains espaces de jeu du Royaume-Uni, Neal (1998) montre qu'il y a plusieurs types de

parieurs qui diffèrent selon le moment où ils viennent jouer, et la raison pour laquelle ils jouent. Le jeu aurait une fonction positive qui structure les jours de congé, constitue un temps en dehors de la vie domestique, du travail pour ceux qui viennent parier au moment du déjeuner.

En France, malgré certains travaux précurseurs, tout reste à faire en la matière (Martignoni, 1993a). Les fruits de ces recherches permettraient de faire dialoguer sociologues, psychologues, psychiatres… sur le *gambling* en général, et sur la question du jeu excessif en particulier. Répétition, excitation du joueur sur sa machine à sous, transpiration, tristesse ou euphorie du joueur de roulette, les sociologues et les psychologues font souvent les mêmes observations mais n'en tirent pas les mêmes conclusions.

Ces recherches qualitatives permettent également de mieux cerner les différentes « catégories » de joueurs, non pas d'un point de vue sociologique vis-à-vis de caractéristiques sociales, mais en fonction des pratiques de jeu. Lewy (1994) par exemple dessine une typologie des joueurs vis-à-vis d'une échelle de risque. À partir d'une enquête auprès de 929 personnes, il dégage huit catégories ou portraits psychosociologiques de joueurs représentant chacun 8 à 21 % de la population étudiée : l'individualiste, le décalé, le dilettante, l'élitiste, l'entreprenant, l'aventurier, le sérieux, le conservateur. Chacun de ces profils pouvant être positionné par rapport à deux axes : niveau de risque ou de sécurité, niveau d'implication dans l'acte de jouer (s'amuse/joue) (figure 3.1).

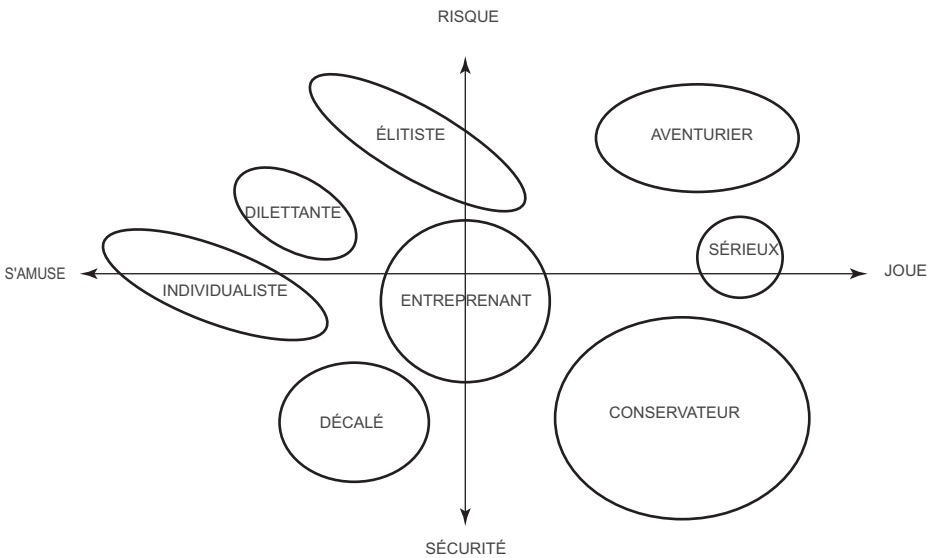


Figure 3.1 : Typologie psychosociologique des joueurs (d'après Lewy, 1994)

D'autres études permettent de rétablir la liaison qui existe entre le sujet social et le sujet joueur, afin de ne pas atomiser le joueur à son jeu. Martignoni (1994b) montre que le jeu, entre passion ludique et raison utilitaire, constitue un moyen permanent de « faire de l'argent », mais également une manière de « faire avec l'existence ». Par ailleurs, il souligne avec Lae (1986) que l'achat d'un billet de loterie peut représenter pour certains individus une façon d'exprimer leur besoin de succès, d'affirmation personnelle, sans en faire peser les risques sur la communauté. Ainsi, le joueur ne s'estime pas forcément « exploité » par « l'État croupier », car le jeu représente pour lui au contraire une chance de soustraire de l'argent à la puissance publique. Par ailleurs, la présence de « gros lot », de « pactole » dans les jeux d'argent contemporains, mobilise et fait ressurgir différents imaginaires ancestraux, notamment la croyance au miracle, à l'Eldorado, au trésor enfoui qu'il faut dénicher ou savoir saisir (Martignoni, 1994b).

La biographie, le témoignage, le portrait sont également sollicités dans ces études sociologiques qualitatives. Par exemple, Trépos (2005) engage une « conversation sociologique avec un joueur », qui montre que l'histoire de jeu du joueur problématique s'inscrit dans son histoire de vie et sa biographie. Par ailleurs, cette conversation illustre le va-et-vient dans lequel se débattent souvent certains joueurs excessifs, entre la mise à distance esthétique de la pratique problématique du jeu, et la douloureuse confrontation avec le réel.

La méthode qualitative autorise l'exégèse des nombreux « matériaux » (documents internes, publicités, flyers, support de jeu des différents opérateurs ; documents personnels, écrits diaristiques, correspondances….) produits par l'industrie des jeux, les médias ou les joueurs. Ainsi, Martignoni (1993b) analyse la correspondance des joueurs de loto, à partir d'un corpus de lettres envoyées à l'animatrice qui effectue le tirage du loto à la télévision. Plus récemment, Binde (2007) étudie les représentations que donne la presse suédoise des gros gagnants de jackpots ou de pactoles.

Construction sociale du « jeu pathologique »

La sociologie des jeux d'argent concerne également l'historique et la construction sociale de la pathologisation d'une pratique culturelle particulière (le jeu) dans certaines de ses manifestations (le jeu excessif ou problématique). Encore peu développé en France, malgré certains jalonnements (Martignoni, 2005), le recensement des textes internationaux indique que cette déconstruction/reconstruction du jeu pathologique est ancienne et apparaît incontournable pour aborder la question du jeu excessif. Dans un article récent, Bernhard (2007) interroge les 10 critères du DSM-IV appliqué au jeu pathologique. Il cite des travaux (en Angleterre et aux États-Unis) qui analysent la construction sociale et historique du jeu pathologique.

Les termes de chaque critère du DSM-IV sont analysés en lien avec des positions morales ou religieuses historiques qui auraient imprégné l'élaboration progressive des critères médicaux.

Le sociologue canadien Amnon Suissa (2003 et 2005) réinterroge le cadre qui permet de légitimer la pathologie du *gambling*, comme il l'avait fait auparavant pour l'alcoolodépendance (Suissa, 1998). Pour ce chercheur, la grille conceptuelle de la pathologie/maladie appliquée au jeu n'est pas valable car le paradigme de la dépendance est confondu avec celui de la maladie, dans le sens de maladie corporelle et physique. Selon Suissa, l'usage même de ce terme – pathologie/maladie – relève d'une idéologie de la médicalisation, en tant que modalité de contrôle social dans la gestion des rapports sociaux de déviance. Cet auteur souligne le fait que considérer le jeu comme une pathologie individuelle plutôt que comme un problème social, permet à l'État de se désengager d'une partie de ses responsabilités, tout en restant le principal maître d'œuvre des casinos, loteries et paris hippiques. Cette ambiguïté dans le rôle de l'État à la fois promoteur du jeu et protecteur des citoyens au plan public constitue un obstacle à la mise en place d'une politique efficace socialement et éthiquement acceptable (Suissa, 2003).

Conrad et Schneider (1980) estiment que l'inscription du jeu dans la nosologie psychiatrique, correspond à un vaste mouvement de médicalisation des comportements de la société nord-américaine, comme modalité de contrôle de la déviance. Blum (1985 et 1987) souligne que cette perception particulière du jeu relève d'un construit social relatif. Rosecrance (1985) note que la médicalisation du jeu est la conséquence de motivations sociales et politiques.

Soucieux d'inscrire cette tendance dans une perspective historique, Campbell et Smith (2003) constatent que le jugement qui est porté sur les jeux d'argent et les joueurs a évolué dès le milieu des années soixante en Amérique du nord. L'apparition du jeu excessif, comme problème de société qui entraîne une offre d'intervention thérapeutique, correspondrait à la coalition d'intérêts apparemment disparates qui cherchent à promouvoir le jeu responsable.

Rappelons que ce sont deux ex-joueurs qui ont crée *Gamblers Anonymous* en 1957 à Los-Angeles. L'association des joueurs anonymes fondant ensuite, en 1972, le Conseil national du joueur compulsif composé de médecins, d'avocats et de membres du clergé… C'est dans ce contexte que la dépendance au jeu s'inscrira ensuite (en 1980) comme une pathologie recensée dans le DSM. Signalons également l'ouvrage de Paula Joan Caplan (professeur de psychologie à l'Université de Toronto) : « *They say you're crazy : how the world's most powerful psychiatrists decide who's normal*[9] » (Caplan, 1996).

9. « Ils disent que vous êtes fous, ou comment les psychiatres les plus puissants au monde décident ce qui est normal »

Ces brefs rappels historiques soulignent que des débats scientifiques, des conflits d'intérêts, du lobbying, de l'idéologie jalonnent ces évolutions. Par ailleurs, certains chercheurs signalent que associer le *gambling* à une maladie, n'a pas empêché l'industrie des jeux nord-américaine de fortement se développer. Pour Dekker (1997), le modèle médical du jeu arrangerait en réalité l'industrie des jeux. Définir le joueur comme un malade une fois qu'il a tout perdu, viserait à effacer toutes traces de responsabilité des opérateurs de jeux.

Pour certains, le « modèle médical du jeu excessif » isole la déviance du contexte social qui lui a donné naissance. Suissa (2005), rejoignant l'hypothèse ordalique de Valleur (Valleur et Bucher, 1997 ; Valleur, 2005), souligne au contraire que le « milieu », loin d'être une dimension passive, participe activement à la création des conditions idéales pour jouer aux jeux de hasard et d'argent. Sous cet angle, la création du cycle de dépendance s'effectue en majorité dans un continuum de comportements, en réaction à des conditions générées dans un environnement social et culturel précis.

Pour Valleur (2005), le jeu problématique doit être ré-analysé en tenant compte de la notion de « conduite de risque subjective » qui diffère de la conduite à risque visée par la prévention et la santé publique. La conduite de risque ou conduite ordalique comprend la notion de risque choisi, une soumission à la chance, au destin, un sentiment d'emprise sur la situation et un caractère transgressif. Ce phénomène expliquerait pourquoi les actions préventives n'ont pas prise sur une part minoritaire des personnes pour lesquelles la relation au risque nécessite une approche spécifique.

La perception sociale du jeu excessif comme pathologie se retrouve au niveau du nombre de publications consacrées à cet aspect. En 2000, Castellani a analysé la nature des articles publiés par le *Journal of Gambling Studies* sur une période de 13 ans. Sur 204 articles recensés, 76 % concernaient les aspects pathologiques du jeu, les facteurs neurologiques, cognitifs, physiologiques, psychologiques…, 8 % traitaient des facteurs politiques, 7 % des facteurs démographiques, 5 % des aspects sociologiques, 3 % des conséquences sociales. Selon Suissa (2005), en ce qui concerne une politique d'information et de prévention (type information grand public, numéro vert…), en voulant informer une population sur le jeu pathologique, avant même d'avoir défini et mesurer le phénomène avec précision, on peut contribuer à « booster » le phénomène, voire à le créer chez certains individus. Peut-on ainsi favoriser un « marché » du traitement de la dépendance, voire « un business du jeu compulsif » créé par les opérateurs ludiques eux-mêmes ou d'anciens joueurs ?

On ne doit pas oublier que dans les champs du jeu et de l'alcoolodépendance, des milliers d'individus s'en sortent sans traitement (Toneatto, 2000 ; Sobell et coll., 2002). Par ailleurs, il ne faut pas minorer le concept de résilience (Cyrulnick, 2002), c'est-à-dire la capacité des êtres humains à rebondir devant l'adversité.

Exemple québécois d'une politique du jeu responsable

Une politique de jeu responsable apparaît particulièrement active au Québec depuis quelques années, notamment en matière d'information, de prévention, de formation et de recherches. Outre les actions d'information à destination du grand public ou de communautés spécifiques (jeunes, personnes âgées, groupes ethniques, joueurs en difficulté) dans différents lieux (les programmes de prévention se déploient à l'école, en milieu de travail, dans les communautés locales, dans les espaces de jeux), la formation d'intervenants spécialement formés au jeu problématique et l'ouverture de services spécialisés, le gouvernement du Québec a lancé un premier plan de recherches thématiques (2002/2005) sur les « impacts socioéconomiques des jeux de hasard ». Fruit d'un partenariat avec le ministère de la Santé et les services sociaux, il a été mis en œuvre par le Fonds Québécois de recherche sur la société et la culture (FQSC).

Ce plan de recherche a reçu une importante dotation (2,25 millions de dollars canadiens sur trois ans). Pluridisciplinaire, il découle d'une consultation préalable souhaitée par les pouvoirs politiques, et effectuée auprès des scientifiques, organismes sectoriels, représentants économiques, services sociaux… (Williams, 2003). Le gouvernement du Québec attend beaucoup de ces études scientifiques sur le jeu, pour être à même d'assurer un équilibre adéquat, entre revenus, accessibilité, prévention et traitement des problèmes liés au jeu.

Dans le même temps, Loto Québec a lancé son propre plan d'action 2003-2007 (Loto Québec 2002) pour prévenir le jeu pathologique mais également pour « redistribuer son offre de jeu ». Par exemple, pour limiter le jeu, Loto Québec a effectué des modifications sur les 14 000 appareils de loterie vidéo (ALV). Citons notamment les transformations suivantes : le cabinet des machines a été peint en noir pour les rendre moins attrayantes, le jeu maximal a été fixé à 60 $, le joueur doit indiquer sa séquence de jeu (15, 30, 45 ou 60 minutes), une horloge doit apparaître sur l'écran des ALV. Certaines de ces actions ont été immédiatement contestées par certains chercheurs et opposants au jeu (Papineau et Boisvert, 2003). Chevalier (2003) s'interroge de son côté sur « l'efficacité » et la « disparité » des mesures de prévention entreprises par Loto Québec sur ces jeux automatiques, les machines à sous n'étant pas concernées par les modifications imposées sur les ALV. Récemment en 2007, un débat s'est engagé au Québec au sujet des « salons de jeu » et du déménagement du casino de Montréal dans un quartier populaire. Ce projet économiquement très important a été annulé, après une violente polémique politique, scientifique et médiatique (Comité interministériel de l'évaluation du projet de relocalisation du casino de Montréal, 2006).

L'expérience québécoise montre que le débat sur le jeu dépasse la question du jeu excessif et sa dimension préventive et thérapeutique, et concerne la gestion responsable globale de l'économie des jeux de hasard et d'argent.

En conclusion, le jeu excessif s'inscrit dans un contexte social, économique, historique, culturel global, ainsi que dans le contexte biographique des sujets sociaux concernés. Autant dire que si le jeu excessif est un problème de santé publique, il a fondamentalement des causes et entraîne des conséquences qui se situent dans le social et donne donc à voir sur notre société.

La dichotomie joueur social/joueur pathologique, jeu récréatif/jeu compulsif, apparaît pour le sociologue comme une réduction naturaliste d'une réalité plus complexe. Cette dichotomie ne correspond pas à la pluralité des pratiques ludiques observées. On ne peut pas concevoir comme linéaire la vie du sujet joueur et la carrière du joueur en figeant des situations et des états alors que les rapports que le joueur entretient avec son jeu sont évolutifs, en fonction de multiples critères, qui se situent dans le jeu et en dehors du jeu. Par ailleurs, cette dichotomie peut s'avérer stigmatisante, auto-prophétique, et en final parfois déresponsabilisante.

L'approche sociologique spécialisée dans le *gambling* pose comme fondamental le constat que la plus ou moins grande « distance » ou « proximité », qui existe entre le joueur et son jeu (qui peut aller jusqu'à une proximité extrême dans le cas du jeu excessif), trouve sa source dans les rapports que le joueur instaure sur une certaine période avec son jeu, dans un contexte social, biographique… donné, et non dans le jeu lui-même, ou dans les caractéristiques, spécificités, situations, ambiances des différents espaces de jeu (terrestres ou virtuels) où s'exerce l'activité ludique.

Dans l'optique d'une politique des jeux responsable (cohérente, concertée, soucieuse de l'intérêt général et de l'ordre public mais qui inclut les logiques, intérêts et responsabilités de tous les acteurs du champ concerné), la question du jeu excessif ne peut être traitée indépendamment de l'économie des jeux de hasard et d'argent dans son ensemble.

La croissance contemporaine du *gambling*, sa démocratisation, sa massification, sa libéralisation et sa modernisation contrôlée entraînent des conséquences jugées positives (qui se traduisent en termes économiques, financiers, fiscaux, culturels….) et d'autres jugées négatives (qui se traduisent en termes de coût social, de santé publique, d'ordre public, de socialisation ludique précoce…).

Le fait que la France ait pris un grand retard en matière d'études sur le *gambling* et sur le jeu excessif, constitue une lacune mais également une opportunité. Cette situation invite à :

- revoir le cas échéant les mesures et actions déjà entreprises (parfois dans l'urgence) en faveur du jeu responsable ;
- poursuivre l'observation des mesures prises à l'étranger, sans forcément les copier ;
- favoriser les échanges internationaux (symposiums, missions à l'étranger…) ;

• se doter d'un organisme dédié (style observatoire des jeux) pour réaliser des programmes d'études spécifiques sur les jeux d'argent, les joueurs, les espaces de jeu ;
• moderniser et réglementer de manière homogène et concertée l'économie des jeux (Haute Autorité).

Par ailleurs, il s'agit pour « le savant et le politique » de trouver des solutions qui respectent l'ensemble des acteurs et organismes qui agissent dans le champ du *gambling*, y compris la population joueuse dans toute sa diversité.

Les recherches à mener en matière de jeu en population générale ou spécifique, les missions préalables ou organismes à mettre en place (susceptibles d'informer les politiques publiques et de répondre aux demandes des autorités) doivent s'inscrire dans une démarche transversale. Les études, expertises à mener en matière de *gambling*, de jeu excessif, de protection des mineurs et des personnes vulnérables… doivent également se situer dans une perspective pluridisciplinaire.

Au final, cette évolution structurelle et intellectuelle nécessaire au paysage ludique national et à la compréhension du fait social et culturel que représente le *gambling*, permettra à l'État de sortir du conflit d'intérêt ancestral dans lequel il se trouve en matière de jeux de hasard et d'argent, tout en crédibilisant fortement sa politique des jeux vis-à-vis des autorités européennes et tout en préservant ses prérogatives régaliennes (intérêt général, ordre public, protection des mineurs et des personnes vulnérables) (Délégation de l'Assemblée nationale pour l'Union européenne, 2008).

BIBLIOGRAPHIE

ALBANESE J. Casino gambling and white-collar crime: an examination of the evidence. Paper prepared for the American Gaming Association, Washington DC, 1999

ATHERTON T. Les casinos outils de développement touristique. *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 85-95

BÉGIN C. Pour une politique des jeux. L'Harmattan, Paris, 2001a

BÉGIN C. L'État, la commune et le casino. *Les Cahiers Espaces* 2001b, **70** : 10-29

BELMAS E. Jouer autrefois : essai sur le jeu dans la France moderne. Champ Vallon, Paris, 2006

BERNHARD BOJ. The voices of vices: sociological perspectives on the pathological gambling entry in the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *American Behavioral Scientist* 2007, **51** : 8-32

BINDE P. The good, the bad and the unhappy: the cultural meanings of newspaper reporting on jackpot winners. *International Gambling Studies* 2007, **7** : 213-232

BIR F. La mutation du marché des casinos français. *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 20-25

BLUM K. The collective representation of affliction : some reflections on disability and disease as social facts. *Theoretical medecine* 1985, **6** : 221-232

BLUM K. Compulsive gambling and the medical model. *Journal of Gambling Behavior* 1987, **3** : 237-247

BRASEY E. La république des jeux. Lafont, Paris, 1992

BRENNER R, BRENNER G. Spéculation et jeux de hasard. PUF, Paris, 1993

BROCHU S. Drogue et criminalité : une relation complexe. Collections perspectives criminologies, Presses de l'université de Montréal, Montréal, 1995

CAILLOIS R. Les jeux et les hommes. Gallimard, Paris, 1958, 1991

CAILLOIS R (sous la direction de). Jeux et sports. Gallimard, Paris, 1967

CAMPBELL CS, SMITH GJ. Gambling in Canada, from vice to disease to responsibility: a negotiated history. *Can Bull Med Hist* 2003, **20** : 121-149

CAPLAN PJ. They say you're crazy : how the world's most powerful psychiatrists decide who's normal. Addison Wesley Pub Co, 1996

CASTELLANI B. Homelessness, negative affect and coping among veterans with gambling problems who misused substance. *Psychiatric Services* 1996, **47** : 298-299

CASTELLANI B. Pathological gambling: the malink of a medical problem. State University of New York Press, 2000

CHAZAUD P. Faut-il repositionner l'offre des casinos ? *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 46-54

CHEVALIER S. La prise en compte des problèmes de jeu dans la détermination de l'offre des jeux de hasard et d'argent au Québec. *Ethique Publique* 2003, **5** : 100-109

COLLECTIF. Casinos et tourisme. *Espaces* 1994, **38** : 190p

COLLECTIF. Casinos loisirs et tourisme. *Espaces* 2001, **70** : 155p

COLLECTIF. Dossier hippodromes. *Espaces* 2002, **192** : 21-39

COMITÉ INTERMINISTERIEL DE L'ÉVALUATION DU PROJET DE RELOCALISATION DU CASINO DE MONTREAL. Rapport. Bibliothèque nationale du Québec, 2006, 350p

COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE. Le jeu dans les casinos européens (1991). *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 77-84

CONRAD P, SCHNEIDER J. Deviance and medicalization : from badness to sickness. Philadelphia Temple University Press, 1980

COTTA A. La société ludique : la vie envahie par le jeu. Grasset, Paris, 1980

CYRULNIK B. Un merveilleux malheur. Odile Jacob, Paris, 2002

DÉLÉGATION DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE POUR L'UNION EUROPÉENNE. Projet de rapport d'information sur le monopole des jeux au regard des règles communau-

taires, présenté par Blessig E et Myard J. députés, Assemblée Nationale, Février 2008, 70p

EADINGTON WR. Le développement des casinos dans le monde. *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 68-75

EADINGTON WR. Les casinos dans le monde : bilan et perspectives. *Les Cahiers Espaces* 2001, **70** : 61-64

ECHEGUT A. L'Arc valorise les chevaux à l'international. *Les Echos* 2007, 5/6 octobre : 11

FINK E. Le jeu comme symbole du monde. Minuit, Paris, 1966

FREUNDLICH F. Le monde du jeu à Paris 1715-1800. Albin Michel, Paris, 1995

FROBENIUS L. Paideuma. 1921

GAUCHER JF. Les casinos sur le littoral breton. *Les Cahiers Espaces* 2001, **70** : 61-64

GAZAGNE P. Stratégie et développement du groupe Lucien Barrière. *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 35-42

GINOUX P. Le renouveau des casinos français. *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 14-19

GRINOLS E, MUSTARD D, DILLEY C. Casinos and crime. Study prepared for the US National Gambling Studt Commission, Washington DC, 1999

HENRIOT J. Le jeu. PUF, Paris, 1969

HENRIOT J. Sous couleur de jouer : la métaphore ludique. José Corti, Paris, 1989

HUIZINGA J. Homo Ludens : essai sur la fonction sociale du jeu. Gallimard, Paris, 1938 rééd. 1995

INSEE. Enquête sur les Pratiques des loisirs des Français. Insee résultats, Consommation mode de vie 1988

LADOUCEUR R, SYLVAIN C, BOUTIN C, DOUCET C. Le jeu excessif : comprendre et vaincre le gambling. Les éditions de l'homme, 2000

LAE JF. La fortune du pauvre. *Actions et recherches sociales* 1986, **2** : 75-83

LAMMENS T. La métamorphose des casinos en France. *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 27-35

LEFORESTIER JC. Les turfistes, éléments pour une socio-anthropologie du pari hippique. *Socio-Anthropologie Jeux Sport* 2003, **13** : 105-123

LEWY R. Existe-t-il un profil psychosociologique du joueur ? *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 145-158

LHOTE JM. Histoire des jeux de société. Flammarion, Paris, 1994

MARGOLIS J. Casinos and crime: an analysis of the evidence. Report prepared for The American Gaming Association, 1997

MARTIGNONI JP. Jeux, joueurs, espaces de jeu : le course par course du PMU. *Ethnologie Française* 1992, **4** : 472-489

MARTIGNONI JP. Faites vos jeux : essai sociologique sur le joueur et l'attitude ludique. Ed L'Harmattan, Paris, 1993a

MARTIGNONI JP. Madame Loto : analyse de la correspondance des joueurs de loto. *L'Homme et la Société : Revue Internationale de Recherches et de Synthèses en Sciences Sociales* 1993b, **109** : 93-104

MARTIGNONI JP. Faites vos jeux: notes historiques et statistiques sur les jeux de hasard et d'argent contemporains. *Regards Sociologiques* 1994a, **8** : 57-75

MARTIGNONI JP. Le jeu : un moyen de faire de l'argent et une manière de faire avec l'existence. *Les Cahiers Espaces* 1994b, **38** : 136-144

MARTIGNONI JP. Sociologie des joueurs de machines à sous et de poker vidéo : analyse à partir d'un échantillon représentatif des casinos français. GRS/Lyon 2/Casinos de France, 1998 : 403p

MARTIGNONI-HUTIN JPG. Ethno-sociologie des machines à sous. « Que le hasard vous serve, mais préparez-vous à l'accueillir ». Ed L'Harmattan, Paris, 2000

MARTIGNONI JP. Pour la création d'un observatoire national des pratiques ludiques. *Cahier Espaces* 2001, **70** : 33-37

MARTIGNONI JP. Prohibition, dérogation, libéralisation, gestion, prévention : la politique des jeux d'argent en France, entre histoire et modernité. *Ethique Publique* 2003a, **5** : 73-84

MARTIGNONI JP. Un observatoire pour une politique des jeux. *Espace* 2003b, **210** : 16-20

MARTIGNONI JP. Dépassionner le débat sur le jeu. *Espace* 2004, **220** : 10-13

MARTIGNONI JP. Que peut apporter la sociologie dans le débat sur le jeu compulsif ? *Psychotropes* 2005, **11** : 55-86

MC CORKLE RC. Gambling and crime among arrestees: exploring the link. US Dept of justice, National Institute of justice, 2004: 13p

MCCLEARY R, CHEW KSY, MERRILL V, NAPOLITANO C. Does legalized gambling elevate the risk of suicide? An analysis of U.S. countries and Metropolitan areas. *Suicide Life Threat Behavior* 2002, **32** : 209-221

MCNEILLY DP, BURKE WJ. Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 393-415

MCNEILLY DP, BURKE WJ. Gambling as a social activity of older adults. *Int J Aging Hum Dev* 2001, **52** : 19-28

MEAD GH. L'esprit de soi et la société. 1934, rééd. Paris, PUF, 1963

MÉRÉO S. Les casinos de Deauville, Trouville. *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 114-120

MEYER B. Le casino d'Amnéville, un équipement phare de la station. *Les Cahiers Espaces* 2001, **70** : 59-64

MODERNE F. Les concessions des casinos municipaux. *Les Cahiers Espaces* 1994, **38** : 99-112

MOSCOVITCH A. Institut Vanier de la Famille. Mettre en jeu l'avenir (de nos enfants): les jeux de hasard, un enjeu de politique familiale. 2006, 31p. Accessible sur le site Internet : http://www.vifamily.ca/library/cft/gambling_fr.pdf

NEAL M. You Lucky Punters ! : a study of gambling in Betting Shops. *Sociology* 1998, **32** : 581-600

NICHOLS MW, STITT BG, GIACOPASSI D. Changes in suicide and divorce in new casino jurisdictions. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 391-404

OLDMAN D. Chance and skill: a study of roulette. *Sociology* 1974, **8** : 407-426

OLIVEIRA MP, SILVA MT. A comparison of horse-race, bingo, and video poker gamblers in Brazilian gambling settings. *J Gambl Stud* 2001, **17** : 137-149

PAPINEAU E, BOISVERT Y. Jeu pathologique et précaution: une nouvelle approche préventive. *Ethique Publique* 2003, **5** : 110-119

PAPINEAU E, BOISVERT Y, ROY H. Le jeu pathologique, état des lieux et enjeux éthiques. Montréal, INRS-UCS, 2001

PAPINEAU E, ALLARD D, KIMPTON MA, AUDET C. Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Le point de vue des intervenants. Direction de Développement et des Programmes, Unité Connaissance-Surveillance. 2005a, 160p. Accessible sur le site Internet : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/368-JeuPatho-Point-VueIntervenants.pdf

PAPINEAU E, CHEVALIER S, BELHASSEN A, SUN F, CAMPEAU L, et coll. Étude exploratoire sur les perceptions et les habitudes de quatre communautés culturelles de Montréal en matière de jeux de hasard et d'argent. Santé Publique du Québec, Institut National de la Recherche Scientifique. 2005b, 84p. Accessible sur le site Internet : http://www.inrs-ucs.uquebec.ca/pdf/JeuxDeHasard.pdf

PASTOUREAU M. À quoi joue-t-on ? Pratiques et usages des jeux et jouets à travers les âges. Colloque scientifique Montbrison, 1998

PHILIPPS AG. Crime and disorder, and houses sales and prices around the casino sites in Windsor Ontario Canada. *The Canadian Geographer* 2004, **48** : 403-432

POLZIN PE, BALDRIDGE J, DOYLE D, SYLVESTER JT, VOLBERG RA, MOORE WL. Final report to the montana gambling study commission on the economic and social impact of legal gambling in montana. Montana Legislative Service Division, 1998

QUEENSLAND GOVERNMENT. Problem gambling prevalence survey 2002. Department of corrective services, Brisbane, 2002 : 25p

REUTER P. The impact of casinos on crime and other social problems: an analysis of recent experiences. Report for the Greater Baltimore Committee, College Park, University of Maryland, 1997

ROEHL WS. Quality of life issues in a casino destination. *Journal of Business Research* 1999, **44** : 223-229

ROOM R, TURNER NE, IALOMITEANU A. Community effects of the opening of the Niagara Casino: a first report. *Addiction* 1999, **94** : 1449-1466

ROSECRANCE R. Compulsive gambling and the medicalisation of deviance. *Social problems* 1985, **32** : 1049-1059

SALAZAR-FERRER P. Une lecture psychologique des loteries d'État. *Agone* 1997, **17** : 61-91

SOBELL L, SOBELL MB, LEO GI, AGRAWAL S, JOHNSON-YOUNG L, CUNNINGHAM JA. Promoting self change with alcohol abusers: a community level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism : clinical and experimental research* 2002, **26** : 936-948

STITT GB, NICHOLS M, GIACOSPASSI D. Does the presence of casinos increase crime? An examination of casino and control communities. *Crime and delinquency* 2003, **49** : 253-284

SUISSA AJ. Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie. Montréal, Fides, 1998

SUISSA AJ. Jeux de hasard et enjeux psychosociaux en Amérique du Nord : repères socio-historiques. *Nervure* 2003, **16** : 8-11

SUISSA AJ. Le jeu compulsif : vérités et mensonges. Montréal, Fides, 2005

TONEATTO T. Untreated recovery from problem gambling. Congrès du RGCO (Responsable Gambling Council Ontario), Niagara Falls, Ontario, 2000

TREMBLAY A. Towards a social map of gambling: A historical approach to the relationship between gambling, the State and society. *Society and Leisure* 2003a, **26** : 503-531

TREMBLAY P. Finances publiques et jeux de hasard et d'argent : enseignement de l'histoire et considérations financières. *Ethique Publique* 2003b, **5** : 83-93

TREPOS JY. Conversation sociologique avec un joueur. *Psychotropes* 2005, **11** : 31-54

TRUCY F. Rapport d'information n°223 fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur la mission sur les jeux de hasard et d'argent en France. 2002, 337p. Accessible sur le site Internet : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000147/index.shtml

TRUCY F. Rapport d'information n°58 au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur l'évolution des jeux de hasard et d'argent. Commission des Finances, contrôle budgétaire et comptes économiques de la Nation. 2006, 362p. Accessible sur le site Internet : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000869/index.shtml

TYLOR EB. Primitive Culture. 1871

VALLEUR M. Jeu pathologique et conduites ordaliques. *Psychotropes* 2005, **11** : 9-30

VALLEUR M, BUCHER C. Le jeu pathologique. Que sais je ? PUF, Paris, 1997

WASSNER C. Jeux en sous solitude : le course par course. *Autrement* 1982, **45** : 25-29

WENDLING T. Ethnologie des joueurs d'échecs. PUF, Paris, 2002

WHYTE KS. Analysis of the National Gambling Impact Study Commission act. *J Gambl Stud* 1998, **14** : 309-318

WILLIAM R. Pour une gestion responsable des jeux de hasard et d'argent. *Ethique Publique* 2003, **5** : 93-100

WYNNE HJ, ANIELSKI M. Compte-rendu du symposium de Whistler. Premier symposium international sur les répercussions économiques et sociales des jeux de hasard. 2000, 45p

YONNET P. Jeux, modes et masses : la société française et le moderne (1945-1985). Gallimard, Paris, 1985

II

Approches psychologique et neurophysiologique

4

Approches psychologiques et psychodynamiques

Dans ce chapitre, plusieurs approches issues de disciplines différentes sont envisagées qui permettent d'aborder les relations du sujet au hasard, au destin et à la prise de risque. Ces approches constituent un laboratoire d'exploration des liens entre conduites de risque et addiction. Les différentes explications de la conduite des joueurs, considérées comme des modèles explicatifs, gagnent à être utilisées de manière conjointe pour éclairer les liens entre dépendances et conduites de risque.

Cependant, soulignons d'emblée, l'hétérogénéité de la littérature. Certains travaux utilisent des questionnaires standardisés auprès de grands échantillons (étudiants notamment). Les instruments utilisés sont majoritairement des questionnaires et auto-questionnaires validés. Reviennent avec une grande fréquence : le SOGS (*South Oaks Gambling Screen*), le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), la SSS (*Sensation Seeking Scale*). Il existe quelques synthèses et méta-analyses. Le thème principal abordé dans cette littérature est la recherche d'éléments distinctifs, notamment au niveau de traits de personnalité, entre les joueurs pathologiques et les non joueurs ou plutôt les joueurs non pathologiques. D'autres travaux sont plus ciblés, avec de très petits nombres de cas, notamment pour des recherches en laboratoire, avec simulation de séquences de jeu. Quelques grands thèmes constituent les principaux axes de ces recherches : cognitions erronées, croyances, perceptions ; excitation, éveil, « *arousal* » ; alexithymie ; stratégies de « *coping* » et modèles des addictions ; impulsivité ; recherche de sensations.

Les approches « de sens » constituent une catégorie à part, peu présente dans la littérature scientifique.

Cognitions erronées, croyances et perceptions

Le jeu de hasard et d'argent et apparaît comme un formidable laboratoire pour étudier les relations du psychisme humain au risque et au hasard.

Les probabilités mathématiques constituent une discipline complexe, qui produit des résultats souvent contre intuitifs. Autant la pratique du jeu est le plus souvent très simple, ne nécessitant aucune habileté particulière, autant l'étude des jeux, des chances de gains, des logiques ludiques, devient vite extrêmement complexe.

Les approches cognitives sont très représentées dans ces travaux, et portent sur les croyances « irrationnelles » des joueurs pathologiques, comparés à des joueurs normaux ou à des non joueurs.

Il faut des considérations pointues de mécanique quantique pour que le hasard retrouve une place dans la physique, dont il est généralement exclu : notre vision du monde diffère en cela de la physique d'Aristote, pour qui τυχη (la fortune, la rencontre) et αυτοματον (le hasard, ce qui se produit sans cause extérieure ni cause finale) faisaient partie des catégories causales. Le hasard a encore moins de place dans notre psychisme, qui, consciemment ou inconsciemment, tend à donner du sens à tous les événements. Le jeu comporte toujours une part d'attribution à soi-même ou à des puissances extérieures des résultats de séquences aléatoires, ce qui peut être considéré comme une « régression » ou un retour à une pensée « magique » ou « animiste ».

Les premiers travaux qui ont porté sur l'illusion de contrôle chez les joueurs sont ceux du sociologue nord américain James Henslin publiés en 1967. Henslin remarque que les joueurs de craps lancent les dés plus ou moins fort, selon le résultat attendu (faiblement pour obtenir un « un » ou un « deux », avec force pour obtenir un « cinq » ou un « six »). Les joueurs, non consciemment, s'attribuent donc le pouvoir d'influencer le résultat, faisant preuve d'une forme de « pensée magique », qui participe de la logique ludique. La psychologue Ellen Langer, professeur à Harvard, décrit cette illusion de contrôle, qui existe même pour les joueurs normaux (Langer, 1975). Langer et Roth (1975) montrent qu'à un jeu de type « pile ou face », il existe des différences d'attribution selon que la condition est « ascendante » ou « descendante » : dans une expérience de laboratoire, les gains sont manipulés pour faire gagner les sujets soit au début, soit à la fin de la séquence. Lorsque les gains sont groupés à la fin, il existe une illusion d'augmentation d'habileté, les joueurs pensant avoir appris à jouer mieux, alors qu'au contraire, si après une phase de gains, les pertes sont plus importantes, les résultats sont attribués à la malchance…

Cette illusion de contrôle est augmentée par tous les aspects « pseudo actifs » du jeu, qui sont très présents dans nombre de dispositifs ludiques, notamment les machines à sous. Pour les loteries par exemple (Ladouceur et Mayrand, 1987), le fait de choisir des numéros, de remplir les grilles, renforce plus cette illusion qu'un simple achat de ticket.

Un premier problème est que, dans certains dispositifs ludiques, il existe une réelle part de contrôle. L'illusion devient alors une simple surestimation de

ce contrôle. Par exemple, il est souvent souligné que c'est une illusion d'imaginer qu'il existe des machines « pleines », qui sont « prêtes à donner », et des machines « vides », qui ne feront pas gagner avant longtemps (Ladouceur, 2004). Les programmes de « restructuration cognitive » font une place importante à cette donnée centrale. Or, Parke et Griffiths (2004) remarquent qu'en Angleterre, il existe réellement des machines pleines et des machines vides, ce qui « justifie » au niveau logique, sinon au niveau moral, l'agressivité avec laquelle des joueurs se disputent le choix de telle ou telle machine…

Différentes croyances et cognitions

Il est possible de dresser une typologie des différentes sortes de distorsions cognitives, qui sont toutes très étudiées, notamment dans des expériences de type « laboratoire » (Toneatto, 1999).

Surestimation des habiletés du joueur et illusion de contrôle

Les travaux de Henslin et de Langer ont été largement confirmés, suivis et prolongés. Ladouceur a développé une technique, celle de la pensée à voix haute, avec enregistrement des joueurs pendant les séquences, afin d'étudier les diverses formes d'illusions (Gaboury et Ladouceur, 1988).

Ladouceur et Mayrand (1987) montrent que le fait de lancer soi-même la bille à la roulette augmente la prise de risque. Par ailleurs, les joueurs de loteries pseudo actives placent plus d'argent et surestiment plus leurs chances que dans les loteries passives (Ladouceur et coll., 1987).

Biais d'interprétation

L'erreur du joueur (*gambler's fallacy*) consiste, lors d'une séquence de résultats, à croire qu'une série identique implique une forte probabilité, lors du tirage suivant, d'avoir le résultat contraire : si « pile » est sorti 10 fois de suite, le joueur pense qu'il faut parier sur « face ».

L'erreur de la « série gagnante » (*hot hand fallacy*) consiste en la croyance symétrique et inverse : si « pile » est sorti 10 fois, c'est qu'il faut continuer à jouer pile.

Ces deux erreurs sont en fait deux aspects de la non reconnaissance de « l'indépendance des tours ». La notion est connue depuis longtemps des théoriciens des jeux : les joueurs « oublient » que la roulette n'a pas de mémoire.

Ladouceur et coll. (2000) indiquent que l'une des principales erreurs cognitives est cette non reconnaissance de « l'indépendance des tours ». Il y a une remise à zéro des probabilités, à la roulette russe, si l'on tourne à nouveau le barillet à chaque fois. Dans le cas contraire, la probabilité de « gain » augmente après chaque « perte ». Cette erreur est en effet très répandue,

d'autant qu'il est parfois difficile de savoir si cette indépendance est absolue, comme dans le cas des machines anglaises citées par Parke et Griffiths (2004 et 2005), qui n'ont pas la même chance de gain selon les séries précédentes.

Des expériences mettent en évidence ces erreurs cognitives : ainsi, Ayton et Fischer (2004) montrent que des étudiants (N=32) présentent à la fois l'erreur du joueur (*gambler's fallacy*) pour des séquence aléatoires, et l'erreur de la série gagnante (*hot hand fallacy*) quant à leur séquence de prédiction. Les « erreurs » sont donc différentes selon que l'attribution du résultat est faite à un être humain ou à une machine. Dans le même sens, des étudiants (N=33) attribuent des séries de résultats soit à un processus mécanique aléatoire, soit à des épreuves sportives humaines : plus il y a de « séries » (de séquences longues de résultats identiques), plus les résultats sont attribués à des événements humains.

Le fait de vouloir rejouer pour « se refaire » appelé « *chase* » (la « chasse »), qui est central dans la perte de contrôle d'une séquence de jeu, est considéré par nombre d'auteurs comme une erreur cognitive : c'est alors, en quelque sorte, une variante de l'erreur du joueur (« si j'ai perdu pendant une longue séquence, celle-ci doit être suivie par une série gagnante »).

Les croyances en la superstition et l'anthropomorphisme conduisent par exemple en l'attribution de qualités humaines à la machine, qui peut être plus ou moins « amicale » ou « hostile » (King, 1990). Cette croyance serait plus présente chez les femmes (Delfabbro et Winefield, 2000). L'agressivité se manifeste d'ailleurs plus souvent envers les machines que contre les autres joueurs (Parke et Griffiths, 2004).

Il est à noter que nombre de superstitions sont plus ou moins particulières à un joueur (choix de machine), d'autres sont répandues de façon générale, et exploitées par les promoteurs de jeux dans les publicités (« N'oubliez pas de jouer vendredi 13 »…). La clinique montre le caractère à la fois très répandu et très « privé » et non dit de ces superstitions.

D'autres biais d'interprétation sont liés à :
- la mémoire sélective, les joueurs tendent à retenir les séquences « significatives », et non les autres ;
- l'habileté prédictive, le joueur s'attribue, rétrospectivement, la faculté d'avoir prédit le résultat ;
- la corrélation illusoire, les éléments contigus d'un gros gain, par exemple, sont pris pour des causes. La couleur de la machine, le croupier, l'heure ou le voisin de jeu sont par la suite investis de façon superstitieuse.

Les « *near wins* » ou « *near misses* » (quasi gains ou « perdu de peu ») sont des situations où le joueur pense avoir « presque » gagné, par exemple si deux cloches et demi s'affichent sur une machine à sous, ou si le cheval joué gagnant arrive deuxième… (Wohl et Enzle, 2003). L'erreur consiste à croire que cette situation annonce un vrai gain. L'équipe de Ladouceur (Coté et

coll., 2003) a montré que les « *near wins* » poussent à jouer plus chez les joueurs normaux (N=72).

Cet effet des « *near misses* » peut être expliqué par un conditionnement positif (de type décrit par Skinner), mais aussi par un conditionnement négatif ou par distorsion cognitive.

Par ailleurs, Ladouceur et coll. (1988) montrent qu'il n'y aurait pas de lien entre des gains fréquents et l'occurrence de pensées irrationnelles.

Hardoon et coll. (2001) montrent une attitude aussi irrationnelle que répandue dans le choix des billets de loterie : les joueurs font le choix de « l'aléatoire » apparent, et refusent des séries qui apparaissent « logiques », comme 1, 2, 3, 4… Ceci serait plus net chez les joueurs réguliers que chez les joueurs occasionnels.

Cas des jeux de semi-habileté

Les courses de chevaux et les pronostics sportifs, qui sont cliniquement très en cause dans le jeu excessif, posent un problème particulier : il s'agit en effet de pratiques dans lesquelles le savoir, la connaissance des données, ont un impact sur les chances de gain. On ne peut donc les traiter tout à fait comme des jeux de hasard pur. Mais les systèmes de handicaps et de cotes rendent à peu près totalement aléatoires les chances de gains financiers au long cours.

Ladouceur et coll. (1998) et Allcock (1987) pensent que l'habileté influence, dans ce cas, les résultats, mais expérimentalement, la quantité d'information fournie n'augmente pas le pourcentage de gains.

Le poker pose un problème similaire : le hasard y joue un rôle important, voire (Ladouceur, sous presse) prépondérant, mais non exclusif. La clinique, comme la littérature, montrent qu'en fait le jeu pathologique ne concerne pas simplement les jeux de hasard « purs », et si l'objectif était de tracer une frontière entre jeux addictifs et non addictifs, ce facteur ne saurait être déterminant. Les « erreurs cognitives » sont relatives et non absolues, l'illusion de contrôle, par exemple, peut exister même lorsqu'un certain contrôle réel est possible. Il s'agit alors d'une simple surestimation de ce contrôle.

Erreurs cognitives et jeu excessif

Les « erreurs cognitives » sont le thème le plus fréquent dans la littérature étudiée, et on serait tenté d'y voir le cœur du problème, sinon la cause, du jeu excessif. Certains sujets seraient, plus que d'autres, enclins à commettre ces erreurs, et c'est ce qui les pousserait à trop jouer. Certains travaux portent par exemple sur le « *chasing* » (la persistance dans le jeu pour « se refaire ») et en font un « marqueur cognitif » du jeu compulsif (Breen et Zuckerman, 1999 ; O'Connor et Dickerson, 2003).

Cette place centrale dans la littérature est due à l'importance pratique des techniques de corrections cognitives proposées dans les traitements. Elle correspond également à un intérêt général pour les cognitions dans la psychologie scientifique actuelle.

Lorsque Skinner, en 1953, décrivait la machine à sous comme un modèle de conditionnement opérant, l'intérêt se portait sur les comportements « purs » et non encore sur les cognitions.

L'intérêt pour les cognitions est renforcé par deux facteurs : le fait, tout d'abord, que ces facteurs cognitifs sont au premier plan représente une spécificité du jeu pathologique par rapport à d'autres conduites d'excès ou d'addiction, ce qui encourage les « spécialistes du jeu » à les étudier particulièrement. Il y a également des techniques de laboratoires qui permettent d'explorer les attitudes et les croyances des joueurs, et de multiplier les recherches. Mais il est par ailleurs évident que, au moins pour une part, ces erreurs font partie intégrante de la logique ludique, et participent au plaisir du jeu.

Lorsque, dans le cadre d'approches de sens, on s'interroge sur les causes de la passion du jeu, on y fait, au moins depuis Pascal, une place à la « personnification » du hasard, au culte idolâtre envers la déesse fortune, bref à un mode de pensée « animiste » (ou « analogique » au sens de Descola), « magique », « régressif », qui comporte par définition une part de « cognitions erronées ».

Le « jeu responsable » est une évidence pour toute personne qui ne joue pas, et un paradoxe pour le joueur qui joue (comme une « fête raisonnable », une ivresse modérée, un excès calculé…).

Il est donc important de vérifier si les erreurs cognitives sont plus fréquentes et plus systématiques chez les joueurs excessifs, ce que tend à montrer la plupart des études, qui comparent, notamment par la méthode de la pensée à voix haute, les pourcentages d'erreurs cognitives chez des joueurs pathologiques, chez des joueurs réguliers, chez des joueurs occasionnels. Selon Giroux et coll. (2000), ces cognitions erronées seraient déterminantes dans le développement et le maintien du jeu excessif. Joukhador et coll. (2004) montrent que les joueurs pathologiques de machines à sous (N=56) ont plus de superstitions (corrélation positive) que les joueurs sans problème (N=74). Cette étude ne retrouve pas de différence selon le genre. Les joueurs à problème (N=56) ont plus de croyances erronées que les joueurs « sociaux » (N=52) (Joukhador et coll., 2003). Griffiths, en 1994, allait dans le même sens, retrouvant 2,5 % de cognitions erronées chez les joueurs non réguliers, 14 % chez les joueurs réguliers. Coulombe et coll. (1992) montrent un lien entre l'augmentation du rythme cardiaque et les cognitions erronées, qui est plus net chez des joueurs de haute fréquence. Goodie (2005) montre dans deux études (expérience en laboratoire, N=200) qu'il existe une plus grande confiance chez les joueurs pathologiques et les joueurs à problèmes,

conduisant à des paris plus risqués (il s'agit de parier sur sa confiance en des réponses à des questions de connaissances).

Il existe donc une convergence pour affirmer une corrélation positive entre cognitions erronées et jeu excessif. Cette corrélation est toutefois relative (les erreurs existant aussi chez les joueurs « normaux » et chez les non joueurs), et ne peut être conçue comme une cause du problème.

Coventry et Norman (1997) montrent sur des parieurs de courses de chevaux, qu'il n'y a pas de lien entre les prévisions de réussite à long terme et les pensées à voix haute, et soutiennent qu'il s'agit d'un processus d'apprentissage non conscient.

Delfabbro (2004) pose le problème des résultats d'un conditionnement, qui pourrait suffire à expliquer les « erreurs ». Un comportementalisme traditionnel, de type skinnérien ou pavlovien peut expliquer la persistance dans le jeu, malgré les conséquences négatives.

Les « erreurs cognitives » peuvent être secondaires, le sujet « rationalisant » après coup son comportement. Il faut souligner que la corrélation entre erreurs cognitives et jeu pathologique n'implique en effet pas un lien de causalité précis.

Cognitions irrationnelles et prises de risque

Les résultats d'expériences de type laboratoire sont ici conformes à ce qu'on en attend : les joueurs misent plus s'ils imaginent avoir des raisons de gagner. Par exemple, pour Delfabbro et Winefield (2000), chez les joueurs réguliers (N=20), il existe un lien entre la quantité de cognitions irrationnelles et la « prise de risque » (la mise moyenne définit ici le niveau de risque).

Pour Caron et Ladouceur (2003), chez des joueurs « normaux » (N=32), les verbalisations erronées d'un complice augmentent les prises de risque, en encourageant le joueur.

Savoir et conduites

Avec par exemple le travail de Gilles Pagès, nous avons des exemples historiques de grands joueurs, peut-être abusifs (comme le chevalier de Méré, le marquis de Dangeau), qui avaient une compréhension excellente des probabilités : contrairement au lien démontré entre la fréquence du jeu et les cognitions erronées, pour eux, la pratique intensive était liée à une meilleure perception des statistiques.

Une expérience de Williams et Connolly (2006) auprès d'étudiants (N=198+134+138) est particulièrement intéressante : certains reçoivent un cours sur les probabilités et le jeu, d'autres simplement un cours sur les probabilités, et un groupe témoin n'ayant pas de cours sur ces sujets. Six mois après, les premiers calculent mieux les probabilités de séquences

(notamment, ils ne commettent pas « l'erreur du joueur » ou *gambling fallacy*). Mais cela ne change pas la conduite de jeu réelle, et ne modifie pas les problèmes de jeu : les « erreurs cognitives » sont donc indépendantes du savoir sur les probabilités.

Giroux et coll. (2000) mesurent l'effet d'une intervention cognitive sur des joueurs normaux, dans une expérience de type « laboratoire » (N=4, 2 expériences) : l'intervention modifie les croyances erronées, mais de façon peu durable, et sans impact sur les modalités de jeu.

Pour Benhsain et coll. (2004), des avertissements sur l'indépendance des tours diminuent l'envie de continuer à jouer à la fin de la séquence (mais les auteurs admettent que ce résultat n'est probablement pas durable) (N=31, joueurs occasionnels).

De façon générale, bien que les interventions thérapeutiques de « restructuration cognitive » soient évaluées positivement dans les programmes thérapeutiques, les expériences tendent à montrer que l'apprentissage des « cognitions correctes » modifie peu les modalités de jeu.

Excitation, éveil ou *arousal*

Edmund Bergler (1957) a décrit l'excitation particulière, le « *mysterious thrill* » rapporté par les joueurs, et en fait un élément important de ses analyses. L'excitation produite par le jeu a depuis donné lieu à nombre de travaux, souvent liés à la notion de recherche de sensations (Sharpe, 2004). L'excitation est mesurée par des variables physiologiques simples : essentiellement la fréquence cardiaque, parfois la conductibilité cutanée ou la pression sanguine… Ou par des questionnaires subjectifs.

Anderson et Brown, en 1984, ont objectivé cette excitation par l'augmentation de la fréquence cardiaque de joueurs de black jack. Les joueurs qui jouent régulièrement sont plus excités pendant le jeu que les occasionnels (jusqu'à 58 battements par minute en plus). Cette expérience, pour être concluante, doit comporter des mises réelles et significatives, ce qui invalide ou du moins handicape toutes les recherches de type « laboratoire », et nécessite un dispositif d'étude en conditions « naturelles » (Coventry et Norman, 1997).

L'excitation a également été mise en évidence pour les courses de chevaux et les paris sportifs (Blaszczynski et coll., 1986 ; Coventry et Norman, 1997 ; Blanchard et coll., 2000).

Pour les machines à sous, Coventry et Constable (1999) montrent une augmentation de l'excitation – ici plus nette chez les femmes – lors du gain aux machines à sous, durant et après le jeu. Le gain est le facteur déterminant. Coventry et Hudson (2001) confirment ce résultat, mais sans différence de genre.

Pour différents auteurs (Leary et Dickerson, 1985 ; Dickerson et Adcock, 1987 ; Griffiths, 1993 ; Sharpe et coll., 1995), ces expériences en milieu naturel confirment l'augmentation du rythme cardiaque, mais ne montrent pas de différence selon la fréquence de jeu. Les joueurs réguliers retournent plus vite à la normale que les occasionnels, ce qui permet à Griffiths de soutenir l'hypothèse d'une tolérance, idée reprise par Powell et coll. (1999).

Pour Coventry et Norman (1997), chez des parieurs aux courses hors hippodromes, la recherche révèle l'augmentation du rythme cardiaque durant la course, surtout vers la fin (30/min en moyenne) mais infirme toute corrélation entre ce fait et le « statut » des joueurs (selon fréquence de jeu, pathologie, ou « chasse »…). Elle ne conforte pas l'hypothèse d'une tolérance (N=32).

Les travaux de Moodie et Finnigan (2005) (N=63, conditions de jeu réelles, joueurs de machines à sous) indiquent l'existence de l'excitation (rythme cardiaque) plus intense chez les joueurs fréquents, et lors des gains. Mais ici l'excitation est durable, contrairement à l'hypothèse de Griffiths. Par ailleurs, les « non joueurs » présentent un niveau d'excitation de départ plus élevé, ce fait est probablement dû dans leur cas à la nouveauté de l'expérience. Certaines expériences tendent à montrer un lien entre l'augmentation du rythme cardiaque et la fréquence des verbalisations erronées (Coulombe et coll., 1992 ; Coventry et Norman, 1997).

Au total, l'évidence d'une excitation physiologique est confirmée pour les diverses formes de jeu, durant des phases particulières (gain, fin de la course…), mais une différence selon le genre n'apparaît pas prouvée, ni surtout l'idée d'une tolérance à cette excitation, qui n'est pas non plus clairement infirmée.

Alexithymie

La notion d'alexithymie est dérivée de celle de « pensée opératoire » (Marty et de M'Uzan, 1963). Celle-ci désignait, pour l'école psychanalytique, une manière d'être ou une forme de relation propre aux patients présentant des troubles psychosomatiques, caractérisée par la pauvreté fantasmatique, la relation pragmatique aux autres. La notion d'alexithymie est reprise par plusieurs auteurs dans les théorisations psychanalytiques sur les addictions.

Peter Sifneos introduit en 1973 le terme d'alexithymie (incapacité à exprimer les émotions), qui est définie comme un « style cognitif ». Elle n'est pas spécifique d'une pathologie, ni d'ailleurs forcément signe de pathologie, et est distribuée selon un continuum.

L'alexithymie comporte plusieurs dimensions :
- l'incapacité à identifier et exprimer ses émotions ;
- la limitation de la vie imaginaire ;
- le recours à l'action ;
- la pensée pragmatique.

Elle est corrélée positivement à la dépression, et peut être conçue soit comme un trait de caractère inné, soit comme une réaction secondaire à une maladie, un traumatisme.

Certains auteurs distinguent une « alexithymie-trait » (ou primaire) d'une « alexithymie-état » (ou secondaire). La *Toronto Alexithymia Scale* (TAS), échelle d'évaluation de l'alexithymie, comporte une dimension émotionnelle et une dimension cognitive. La première version, TAS 26, est remplacée par la TAS 20.

Lumley et Roby (1995) mènent une enquête chez 1 147 jeunes adultes (TAS 26 et SOGS) et trouvent 3,1 % de joueurs pathologiques, et parmi eux, 31,4 % d'alexithymiques, contre 11 % chez les non joueurs pathologiques. Les résultats sont indépendants de la dépression et des maladies physiques, et du genre, mais seulement chez les caucasiens. Ce résultat de 31,4 % d'alexithymiques est moins élevé que pour les dépendances à une substance (42 à 50 % selon Haviland et coll., 1994 ; Taylor et coll., 1990).

Parker et coll. (2005) trouvent dans une enquête auprès de 562 étudiants (TAS, SOGS), à proximité d'offre de jeux, 8,7 % de joueurs pathologiques ; 22 % des joueurs pathologiques sont considérés comme alexithymiques contre 11 % des non pathologiques.

Bonnaire (2007) dans une enquête *in situ*, dans les lieux de jeu (N=64, TAS 20), trouve 44 % d'alexithymiques chez les joueurs pathologiques, 28 % chez les joueurs réguliers et 5 % chez les joueurs occasionnels.

Les joueurs pathologiques apparaissent donc significativement plus alexithymiques que les non joueurs. Toutefois, il faut souligner le caractère peu spécifique de l'alexithymie, qui est augmentée dans un grand nombre de pathologies, et qui l'est également dans l'ensemble des addictions.

Stratégies de « *coping* »

Le jeu excessif peut être compris comme une stratégie « *escapiste* » d'adaptation, et les protocoles thérapeutiques font généralement une place à l'apprentissage de nouvelles façons de supporter les frustrations ou de faire face à des situations difficiles.

Les sujets « addicts » chercheraient à fuir dans un « état dissociatif » (au sens de Jacobs, 1986, 1987, c'est-à-dire avant tout un état différent de

l'état normal) pour éviter des affects négatifs, notamment dépressifs, liés à des événements stressants de l'enfance ou de l'adolescence. Il s'agit donc d'une stratégie de fuite de la réalité. Les stratégies de « *coping* »[10] peuvent de façon générale être classées en trois grands groupes :

- adaptation centrée sur la résolution de problème (*problem focused coping*) ;
- adaptation centrée sur la régulation des émotions (*emotions focused coping*) ;
- adaptation par évitement et fuite (*avoidance oriented coping*) : cette dernière modalité inclut la recherche de soutien d'autres personnes, et la distraction par l'engagement dans une tâche de substitution.

Les deux dernières stratégies sont plus présentes chez les sujets enfants et adolescents ayant des problèmes de santé mentale.

Getty et coll. (2000) ont comparé la dépression et les stratégies de *coping* chez des joueurs pathologiques (N=30), définis par le SOGS, membres de *Gamblers Anonymous*, et des sujets témoins (N=30). La dépression est mesurée par la *Beck Depression Inventory*, le *coping* évalué par le « *Problem-Focused Styles of Coping Inventory* ». Les résultats montrent un niveau significativement plus élevé de dépression chez les joueurs pathologiques, ainsi qu'une prévalence significativement élevée de stratégies de *coping* inadaptées. Ce dernier élément reste évident, même après correction des variables liées à la dépression : le *coping* serait donc un facteur indépendant de la dépression.

Gupta et Derevensky (2001) ont étudié le jeu pathologique, les événements stressants, et les stratégies d'adaptation (*coping*) sur une grande cohorte d'adolescents (N=2 156) âgés de 11 à 20 ans en Ontario. Ils retrouvent (malgré l'interdiction de jeu aux mineurs) des niveaux de jeu régulier élevé chez ces adolescents : 63 % avaient joué au moins une fois dans l'année, dont 23 % de façon régulière (au moins une fois par semaine), 2,7 % étaient des joueurs pathologiques probables (selon les critères du DSM-IV-R), 6,6 % des joueurs « à risque ». Il existe un lien entre le jeu pathologique, l'usage de drogues, d'alcool, de tabac, et des conduites antisociales, ainsi qu'avec les conduites de prise de risque d'une manière générale. Des idéations suicidaires existent pour 28 % des joueurs pathologiques, 26 % des joueurs « à risque », contre 14 % chez les non joueurs, 16 % chez les joueurs « sociaux ».

Surtout, de façon significative, joueurs pathologiques et joueurs à risque recourent plus que les autres à des modalités de *coping* d'évitement et émotionnel, alors que les non joueurs et les joueurs sociaux recourent à des modalités de *coping* orientées vers la résolution de problème.

10. *Coping* : de l'anglais *to cope* : faire face, désigne le processus par lequel l'individu cherche à s'adapter à une situation problématique.

Wood et Griffiths (2007) ont étudié le jeu en tant que stratégie d'évitement chez 50 joueurs à problème (43 hommes et 7 femmes). Leur méthode est qualitative, fondée sur des entretiens semi-directifs, et met en évidence la conscience, chez une majorité de ces joueurs, du fait que le jeu a pour fonction de fuir la réalité ou des affects négatifs, à travers une modification de l'humeur ou de l'état de conscience. Il sert aussi à « remplir un vide », à tenir lieu de socialisation, à éviter les responsabilités, et une dimension de cercle vicieux apparaît aux joueurs eux-mêmes, l'illusion de contrôle jouant un rôle (secondaire) dans le maintien du processus.

Recherche de risque ou recherche de sécurité

Impulsivité et recherche de sensations sont des notions centrales en matière de jeu pathologique, et sont traitées dans un autre chapitre.

Il existe des débats quant à l'opportunité de créer une nouvelle catégorie de troubles addictifs dans laquelle se trouverait le jeu pathologique. Dans l'état actuel des choses, celui-ci est classé dans le DSM parmi les « troubles du contrôle des impulsions ».

L'impulsivité est souvent considérée comme un trait de caractère, caractérisé par la tendance à agir de façon spontanée, non réfléchie, et sans souci des conséquences au long cours. Elle est souvent associée à la recherche de sensations et à la prise de risque.

La recherche de sensations impulsive est une nouvelle proposition de Zuckerman (Mc Daniel et Zuckerman, 2003) pour tenter d'intégrer impulsivité et recherche de sensations, dans l'optique où ces deux dimensions apparaissent liées.

Zuckerman, dans la lignée des travaux d'Eysenk sur l'extraversion et l'introversion, voit dans la recherche de sensations un trait de caractère fixe, biologiquement déterminé. Cette notion est dérivée du concept de niveau optimum de stimulation, à partir d'expériences d'isolement sensoriel ou de sur-stimulation : il existe une variabilité des individus, qui cherchent plus ou moins de stimulations. Ce « trait » serait plus masculin, avec un pic au moment de l'adolescence. Il est en lien avec impulsivité, extraversion, agressivité, manque de sociabilité, prise de risque. Au-delà ou en deçà du trait de personnalité, Adès (1995) y voit un « facteur bio-psycho-comportemental », commun aux diverses conduites addictives. L'idée que le jeu soit lié à une recherche de sensations fortes s'impose comme une évidence. Elle est renforcée par le parallèle clinique entre le jeu et la drogue (Hickey et coll., 1986).

Mais les résultats des recherches sont hétérogènes quant au jeu pathologique, la recherche de sensations paraissant un indicateur de la tendance à jouer, mais ne permettant pas de distinguer les joueurs pathologiques des

autres joueurs. Nombre d'auteurs pensent qu'il est plus utile de relier le jeu pathologique à l'ensemble des addictions, que de le considérer comme un « trouble du contrôle des impulsions ».

Différencier les types de joueurs pathologiques, en recourant à une typologie (Blaszczynski, 2000 ; Blaszczynski et Nower, 2002) paraît s'imposer, surtout si l'on inclut le jeu pathologique dans les addictions, où l'on sait que l'hétérogénéité des profils de patients rend les typologies indispensables, même si elles sont minimales. Cloninger (1987) distingue deux types d'alcoolodépendance par exemple ; un seul type correspondrait à des sujets impulsifs et chercheurs de sensations.

Les types de réponses (« pathologiques » ou non) au « besoin » de stimulation vont donc dépendre de l'intrication de plusieurs facteurs : le niveau de ce besoin (ce que tente, initialement, de cerner la notion de recherche de sensations), la capacité à contrôler ses impulsions, et la diversité des conduites qui répondent à ce besoin. Nous sommes ici bien dans un schéma de facteurs de risque (ou de protection) multiples des addictions au sens large.

Or, selon les sujets et les moments, le jeu en soi peut avoir tantôt une fonction rassurante de « divertissement », tantôt de recherche de sensations et de prise de risque (sports et jeux avaient par exemple une fonction principale de divertissement pour des nobles dont le métier était la guerre et pour qui le duel était une réalité fréquente).

Dans le cadre d'une addiction, le sens et la fonction du jeu pour le sujet peuvent évoluer, au fil de l'installation de la dépendance : une conduite initialement « aventureuse » au moment de la découverte et de l'initiation, peut devenir, au fil de l'installation de l'habitude, un refuge dans une routine désormais prévisible.

Cette question sur le « sens » du jeu rejoint celle du sens de toutes les conduites addictives, qui, initialement, répondent souvent à la fois à un « besoin » de transgression et de prise de risque, et à un besoin de maîtrise et de « routine ». La fonction du jeu pathologique pour un sujet donné peut, elle aussi, rejoindre la question de la « désymbolisation » d'une conduite, de sa perte de sens au cours du processus addictif.

Le débat sur la recherche de sensations et les résultats en apparence paradoxaux des recherches sont ainsi un argument de plus pour inclure le jeu pathologique dans les addictions, ou du moins d'inclure les réflexions dans un champ commun.

Psychanalyse et approches « de sens »

Le clinicien oscille nécessairement dans ses références entre des explications issues du champ de la science, et des approches « de sens ». Parallèlement

aux diverses explications de l'addiction au jeu, une place doit être faite à des approches compréhensives, centrées sur le sens du jeu, et particulièrement à la psychanalyse, qui s'est de longue date penchée sur cette question.

Pourtant, peu de publications récentes correspondent à cette rubrique, et elles traitent soit de grandes généralités (Descamps, 1992) soit de questions de prise en charge (Bucher, 1993 et 1997). Bucher (2005) aborde la question de la dette et de la répétition et les problèmes liés à l'interdiction de casino. Valleur (2005) présente l'hypothèse ordalique, qui tente de rendre compte de la part de prise de risque active dans les addictions.

On pourrait mentionner ici des textes non psychanalytiques, mais « qualitatifs » et qui participent d'une interrogation sur le sens du jeu : Parke et Griffiths (2004), par exemple, traitent de l'agressivité des joueurs de machines à sous, avec une approche descriptive, Dow-Shull (2008) décrit le vécu d'habitants de Las Vegas…

Cette disproportion entre la quantité d'articles de type scientifique et la relative absence de textes de type psychanalytique peut avoir des causes diverses, parmi lesquelles sans doute le fait qu'il s'agit en France – particulièrement productrice de travaux psychanalytiques – d'un problème « en construction », et que très peu d'auteurs en ont traité.

Les travaux classiques de Freud et de ses élèves sont par ailleurs peut-être considérés comme suffisants, ce qui distinguerait le jeu des autres addictions, pour lesquelles il existe une littérature non négligeable (Corcos, 2004 ; Mac Dougall, 2004).

Il est à noter que des ouvrages sur la psychanalyse des addictions ne parlent pas du jeu pathologique (Magoudi et Ferbos, 1986 ; Chassaing, 1999 ; Le Poulichet, 2000).

De plus, un numéro récent de la Revue Française de Psychanalyse consacré aux addictions, n'aborde pas la question du jeu (Brusset, 2004). Dans cette revue, Brusset affirme même que le jeu ne doit pas entrer dans le cadre des addictions, contrairement aux toxicomanies et aux troubles des conduites alimentaires. Cette position n'est cependant guère étayée. Un compte-rendu de congrès (Bucher et coll., 2005) lui est toutefois consacré par l'Association Lacanienne Internationale, qui augure peut-être d'un renouveau d'intérêt.

Il est toutefois possible de dresser un rapide tableau des approches psychanalytiques du jeu. Le premier psychanalyste à avoir traité du jeu serait Von Hattinberg, qui, en 1914, met l'accent sur ce qu'il interprète comme une érotisation de la peur chez le joueur : le vertige, la fascination, le « *thrill* », trouveraient leur origine dans ce déplacement de la libido.

Simmel, à travers la description d'un cas, en 1920, fait le même lien entre le gain et l'orgasme, et d'autre part entre la perte et l'éjaculation, la défécation, la castration.

Reik fait un lien entre la conduite de jeu et le symptôme obsessionnel. Il voit dans le jeu une question au destin, une forme moderne de consultation des oracles.

Le texte psychanalytique le plus célèbre sur le jeu reste « Dostoïevski et le parricide » de Freud (1928) qui contient sans doute une part essentielle des réflexions psychanalytiques sur le jeu, dans lequel « on ne peut voir (…) autre chose qu'un accès indiscutable de passion pathologique ».

Cette passion, selon Freud, a la fonction psychique d'une conduite d'autopunition : « Quand le sentiment de culpabilité de Dostoïevski était satisfait par les punitions qu'il s'était infligées à lui-même, alors son inhibition au travail était levée et il s'autorisait à faire quelques pas sur la voie du succès ».

Le but de l'analyse est donc de chercher quelles sont les sources profondes du sentiment de culpabilité, que Freud situait dans le rapprochement des fantasmes œdipiens et de la masturbation : « Le fantasme tient en ceci : la mère pourrait elle-même initier le jeune homme à la vie sexuelle pour le préserver des dangers redoutés de l'onanisme. Les nombreuses œuvres traitant d'une rédemption ont la même origine. Le « vice » de l'onanisme est remplacé par la passion du jeu ; l'accent mis sur l'activité passionnée des mains révèle cette dérivation. »

Freud avait dès 1897 considéré les addictions comme une substitution de la première grande habitude problématique, ou addiction originaire (*Ursucht*), la masturbation. Mais la conduite d'autopunition et le sentiment conscient ou inconscient de culpabilité de Dostoïevski proviennent aussi de l'autre versant de la structure œdipienne : l'ambivalence envers le père, qui inclut l'agressivité meurtrière. Le parricide, qui hante l'œuvre de l'écrivain, serait la clé de voûte de sa conduite masochiste. La menace de castration s'articule autour de deux positions différentes du moi : d'une part, la menace directe de punition liée à la haine envers le père, le désir de le supprimer, de le remplacer. D'autre part, l'effet de la bisexualité universelle, une position passive de soumission, fantasme de tenir le rôle d'objet sexuel du père, qui raviverait l'angoisse de castration.

La pathologie, dans le cas de Dostoïevski tiendrait à une inhabituellement forte « constitution » à la bisexualité, et à la réalité d'un père anormalement sévère. La perte au jeu devient cette punition par l'entité paternelle : « 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. »

Ce texte propose, comme mécanisme profond de la conduite du joueur pathologique, une problématique qui est celle de l'intégration de la Loi, dans la mesure où le meurtre du père, et les mécanismes de son refoulement ou de son dépassement, sont à la fois à la base, pour l'individu, de la

constitution des instances morales, et pour l'humanité (selon la vision du père originel de la horde primitive de « Totem et Tabou »), une condition de l'intégration de l'individu comme membre de la communauté humaine, de la civilisation.

Fenichel (1945) est un psychanalyste européen, qui contribua au développement de cette discipline aux États-Unis et s'inscrit dans une optique d'utilisation clinique, thérapeutique, de la psychanalyse. Il décrit le jeu comme un « combat contre le destin », et le jeu pathologique comme une perte de contrôle : « Sous la pression des tensions internes, le caractère badin peut se perdre ; le Moi ne peut plus contrôler ce qu'il a mis en train, et est submergé par un cercle vicieux d'anxiété et de besoin violent de réassurance, angoissant par son intensité. Le passe-temps primitif est maintenant une question de vie ou de mort. »

Fenichel fait par ailleurs la distinction entre des névroses « compulsives », où le sujet est obsédé par l'idée, comme imposée de l'extérieur, de commettre un acte, et contre laquelle il lutte, et des « névroses impulsives », où l'acte est commis de façon syntone au moi. La base de la classification des « troubles du contrôle des impulsions » du DSM trouve ici son origine, et Fenichel classe d'ailleurs dans les névroses impulsives, outre le jeu, la pyromanie et les fugues impulsives. Proche des impulsions, se trouve pour lui la catégorie des « caractères dominés par leurs instincts », au premier rang desquels, les toxicomanes et alcoolodépendants. Il décrit également dans la même catégorie des « addictions sans toxique », toxicomanes sans drogue, boulimie et autres troubles des conduites alimentaires.

L'ouvrage « *The psychology of gambling* » de Bergler (1957) fit longtemps autorité en matière de ce qui aujourd'hui est jeu compulsif, pathologique ou addictif. Son étude s'appuie sur l'expérience du traitement de plus de soixante joueurs, et une bonne part de ses analyses reste d'actualité. Les motivations conscientes des joueurs, mises en avant par les patients, sont l'appât du gain, la croyance en leur propre intelligence ou leur habileté, l'idée que la vie, après tout, n'est qu'un jeu… Mais surtout, comme dans le cas de Dostoïevski, les joueurs pratiquent « le jeu pour le jeu », et pour le mystérieux frisson (*thrill*), sensation ineffable réservée aux initiés. Selon Bergler, le joueur est à considérer comme un névrosé, animé par un désir inconscient de perdre, donc par le masochisme moral, le besoin inconscient d'autopunition. Expression d'une « névrose de base » correspondant à une régression orale, le jeu serait la mise en acte d'une séquence toujours identique, représentant une tentative illusoire d'éliminer purement et simplement les désagréments liés au principe de réalité, au profit du seul principe de plaisir. Cette opération nécessite un retour à la fiction de la toute-puissance infantile, et la rébellion contre la loi parentale se traduit directement, chez le joueur, par une rébellion latente contre la logique. L'agression inconsciente (contre les parents, représentant la loi, et la réalité), est suivie d'un besoin d'autopunition, impliquant chez le joueur la

nécessité psychique de la perte. Le cynisme, la froideur apparente, la maîtrise affichée par les joueurs ne seraient que le masque d'un sentiment de faiblesse infantile. Le cynisme serait tentative de justification ou d'attribution à tous les autres de sentiments aussi hostiles que ceux qu'inconsciemment le joueur entretient vis-à-vis des figures parentales. La superstition, les rituels « magiques », seraient la règle, malgré les protestations véhémentes des joueurs à ce sujet. Au même titre que les systèmes ou martingales sensés conduire au gain, ces artifices ne seraient que l'expression brute de la croyance mégalomaniaque infantile dans la capacité à diriger le destin. Ce dernier étant, bien sûr, la projection des parents… Bergler classe parmi les joueurs les « *success hunters* », que l'on considèrerait aujourd'hui comme « *workoholics* » (bourreaux de travail pathologiques).

Lindner, en 1950, Galdston, en 1951 cité par Bergler, s'inscriraient dans un courant de pensée proche de Bergler. Galdston dit que la question du joueur aux figures parentales, au destin doit être formulée ainsi : « *is Lady Luck with me* ? » (Madame la Chance est-elle avec moi ?). Tous ces travaux se situant dans la continuité de l'approche freudienne gardent une pertinence en clinique, où l'on retrouve régulièrement, chez certains joueurs, une signification au choix du jeu, et notamment un lien « dostoïevskien » à la loi et à la fonction paternelle. Cette question de la relation à la loi est centrale dans un texte de Tostain (1967) qui aborde le jeu dans une optique lacanienne. Ici le hasard serait « Cet Autre supposé savoir auquel il peut se fier, se confier, tout comme le faisaient les Anciens quand ils lisaient dans le ciel l'heure de la bataille à livrer. » Reformulant les analyses freudiennes, la problématique de la castration devient clairement celle du rapport du sujet à la Loi, qui n'est pas simplement écrasement par la culpabilité, et simple besoin de punition : « En ce sens, il ne me paraît pas que le joueur désire inconsciemment perdre pour satisfaire à un bien hypothétique sentiment de culpabilité qui n'a nulle place dans la dynamique du désir. Ce qu'il veut, c'est se soumettre à la Loi. Cette Loi qui exige qu'il renonce à son avoir pour pouvoir donner. Il agit comme s'il savait qu'il n'y a de don que de ce qu'on a pas parce qu'on a renoncé à l'avoir ».

Il y a donc dans le cas du joueur une problématique très particulière, qui serait à situer dans une forme de négation et de reconnaissance de la nécessité de la castration, de l'accès à la Loi. L'origine de cette singulière attitude envers la Loi symbolique, « l'ordre symbolique, légal, celui du signifiant phallique » résiderait dans quelque dysfonctionnement de la fonction paternelle, et Tostain revient à Dostoïevski, pour tenter d'éclairer « ce qui, au niveau du nom du père, manque que son fils tente de combler en jouant ».

Jacques Lacan (1978), dans son séminaire sur la lettre volée, pose de façon plus philosophique et lapidaire la question du joueur : « Qu'es-tu, figure du dé que je retourne dans ta rencontre (τυχη) avec ma fortune ? Rien, sinon

cette présence de la mort qui fait de la vie humaine ce sursis obtenu de matin en matin ... »

Les signifiants, la réponse du dé, sont bien de l'ordre de l'ultime, de ce qui dépasse le simple désir humain : « Marquer les six côtés d'un dé, faire rouler le dé ; de ce dé qui roule surgit le désir. Je ne dis pas désir humain, car, en fin de compte, l'homme qui joue avec le dé est captif du désir ainsi mis en jeu. Il ne sait pas l'origine de son désir, roulant avec le symbole écrit sur les six faces ».

Dans cette approche « de sens », la psychanalyse rejoint des questions philosophiques, voire cosmologiques…

En conclusion, la notion de « modèles intégrés » est particulièrement difficile à mettre en œuvre, si l'on veut y inclure des apports provenant à la fois des approches scientifiques et des approches de sens. Le modèle des addictions de Sharpe (2002) est une tentative d'intégrer une partie de ce qui est énoncé dans ce chapitre (figure 4.1).

Mais, d'autres questions se posent :
• tout d'abord, dispose-t-on d'éléments suffisants pour trancher sur la question du continuum ou de la différence « qualitative » entre joueurs, joueurs excessifs, et joueurs pathologiques ?
• ensuite, le jeu pathologique peut-il être abordé dans le cadre plus large des addictions, et donc bénéficier des travaux qui ont conduit à l'élaboration, sinon à la prolifération, de modèles explicatifs ?

À ce dernier point, nous serions tentés de répondre par l'affirmative, tant la plupart des questions soulevées par le jeu pathologique rejoignent celles qui sont débattues dans les autres dépendances.

Sur le premier point, il ne semble pas que l'on dispose d'arguments « durs », pour trancher. Dans une majorité d'études, la définition du « joueur excessif » ou du « joueur pathologique » est d'ordre quantitatif, ce qui irait plutôt dans le sens d'un continuum entre jeu normal et jeu pathologique. Mais, il ne semble pas exister de critère absolu permettant de tracer la frontière, au point que des discussions ont toujours lieu quant au bien-fondé des normes admises, pour le DSM comme pour le SOGS.

Les recherches sont le plus souvent fondées sur une logique de continuité entre le normal et le pathologique, mais en même temps souvent sur un modèle implicite de discontinuité, avec l'idée d'une différence de vulnérabilité, sinon de nature, entre les joueurs pathologiques et les normaux.

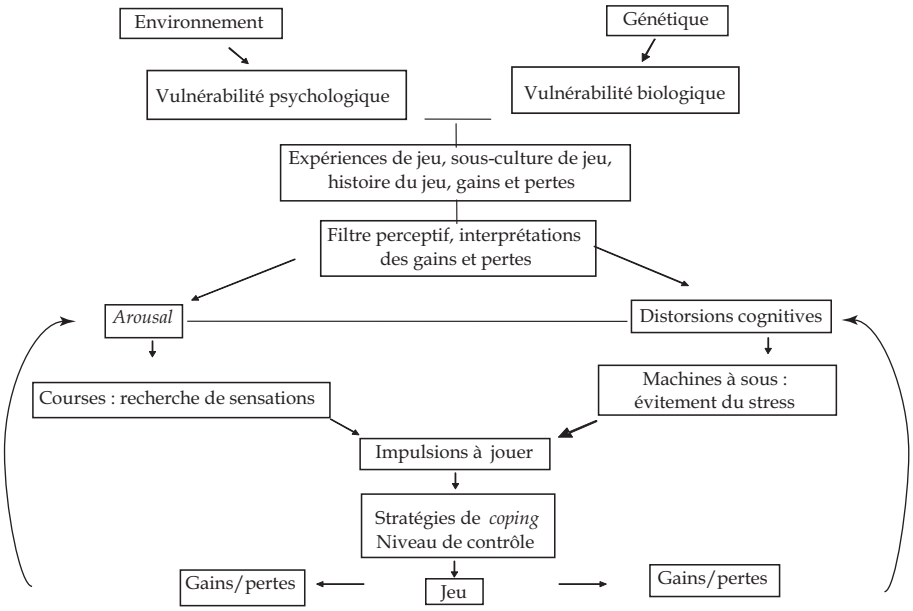


Figure 4.1 : Modèle des addictions selon Sharpe (2002)

La figure est faite en fonction de l'hypothèse qu'il y aurait une différence de motivation entre les joueurs de machines à sous et les joueurs aux courses de chevaux. Elle place donc d'un côté une motivation de type « recherche de sensations », de l'autre une motivation de type « rassurement ».

BIBLIOGRAPHIE

ADES J. Conduites de dépendance et recherche de sensations. *In* : Dépendance et conduite de dépendance. BAILLY D, VENISSE JL (eds). Masson, Paris, 1995

ANDERSON G, BROWN RI. Real and laboratory gambling, sensation-seeking and arousal. *British Journal of Psychology* 1984, **75** : 401-410

AYTON P, FISCHER I. The hot hand fallacy and the gambler's fallacy: two faces of subjective randomness? *Mem Cognit* 2004, **32** : 1369-1378

BENHSAIN K, TAILLEFER A, LADOUCEUR R. Awareness of independence of events and erroneous perceptions while gambling. *Addict Behav* 2004, **29** : 399-404

BERGLER E. The psychology of gambling. International Universities Press, USA, 1957, rééd. 1985

BLANCHARD EB, WULFERT E, FREIDENBERG BM, MALTA LS. Psychophysiological assessment of compulsive gamblers' arousal to gambling cues: A pilot study. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2000, **25** : 155-165

BLASZCZYNSKI AP. Pathways to pathological gambling: identifying typologies. *J Gambling Issues* 2000, 1-14 (http://www.camh.net/egambling/issue1/index.html)

BLASZCZYNSKI A, NOWER L. A pathways model of problem gambling. *Addiction* 2002, **97** : 487-499

BLASZCZYNSKI AP, WILSON AC, MCCONAGHY N. Sensation seeking and pathological gambling. *British Journal of Addiction* 1986, **81** : 113-117

BONNAIRE C. Recherche de sensations et alexithymie dans différents types de jeux : comparaison entre des joueurs pathologiques, réguliers, et occasionnels. Thèse de psychologie, Université Paris V, 2007

BREEN RB, ZUCKERMAN M. 'Chasing' in gambling behavior: Personality and cognitive determinants. *Personality Individual Differences* 1999, **27** : 1097-1111

BRUSSET B. Dépendance addictive et dépendance affective. *Revue Française de Psychanalyse* 2004, LXIII : 405-420

BUCHER C. Le jeu pathologique, une conduite addictive : le jeu, le joueur et la loi. *Nervure* 1993, VI : 15-26

BUCHER C. L'addiction au jeu ou l'éternel retour de la machine à perdre. *Psychotropes* 1997, **3** : 65-79

BUCHER C. Jouer à se faire interdire. *Psychotropes* 2005, **11** : 87-100

BUCHER C, CHASSAING J-L MELMAN C. Jeu, dette et répétition. Ed de l'Association Lacanienne Internationale, Paris, 2005

CARON A, LADOUCEUR R. Erroneous verbalizations and risk taking at video lotteries. *Br J Psychol* 2003, **94** : 189-194

CHASSAING JL, BALBURE B, DUFOUR A, FARGES F, PETIT P. Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies. Association Freudienne Internationale, Paris, 1999, 666p

CLONINGER C. Neurogenic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987, **236** : 410-416

CORCOS M. Conduites de dépendance à l'adolescence, le circulaire ou les métamorphoses secrètes de l'absence. *Revue Française de Psychanalyse* 2004, LXIII : 469-493

COTE D, CARON A, AUBERT J, DESROCHERS V, LADOUCEUR R. Near Wins Prolong Gambling on a Video Lottery Terminal. *J Gambl Stud* 2003, **19** : 433-438

COULOMBE A, LADOUCEUR R, DESHARNAIS R, JOBIN J. Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players. *Journal of Gambling Studies* 1992, **8** : 235-244

COVENTRY KR, NORMAN AC. Arousal, sensation seeking and frequency of gambling in off-course horse racing bettors. *Br J Psychol* 1997, **88** : 671-681

COVENTRY KR, CONSTABLE B. Physiological arousal and sensation-seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction* 1999, **94** : 425-430

COVENTRY KR, HUDSON J. Gender differences, physiological arousal and the role of winning in fruit machine gamblers. *Addiction* 2001, **96** : 871-879

DELFABBRO P. The stubborn logic of regular gamblers: obstacles and dilemmas in cognitive gambling research. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 1-21

DELFABBRO PH, WINEFIELD AH. Predictors of irrational thinking in regular slot machine gamblers. *J Psychol* 2000, **134** : 117-128

DESCAMPS MA. La psychologie des joueurs et des parieurs. *Etudes psychothérapiques* 1992 : 61-78

DICKERSON M, ADCOCK S. Mood, arousal and cognitions in persistent gambling: Preliminary investigation of a theoretical model. *Journal of Gambling Studies* 1987, **3** : 3-15

DOW-SCHULL N. Machine Life: Control and Compulsion in Las Vegas. Princeton University Press, 2008

FENICHEL O. La théorie psychanalytique des névroses. Tome 1 : Introduction. Le développement mental. Les névroses traumatiques et les psychonévroses. PUF, (3e éd), Paris, 1979, 392p

FREUD S. Dostoievski et le parricide. PUF, Paris, 1928

GABOURY A, LADOUCEUR R. L'étude des verbalisations pendant le jeu par la pensée à voix haute. *Tirés-à-part* 1988, **9** : 50-55

GETTY HA, WATSON J, FRISCH GR. A Comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 377-391

GIROUX I, LADOUCEUR R, NOUWEN A, JACQUES C. Modification des perceptions erronées relativement aux jeux de hasard et d'argent. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2000, **10** : 53-62

GOODIE AS. The role of perceived control and overconfidence in pathological gambling. *J Gambl Stud* 2005, **21** : 481-502

GRIFFITHS MD. Fruit machine gambling: the importance of structural characteristics. *Journal of Gambling Studies* 1993, **9** : 101-120

GRIFFITHS MD. The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology* 1994, **85** : 351-369

GUPTA R, DEREVENSKY J. An examination of the differential coping styles of adolescents with gambling problems. Report to the ministry of health and long-term care, Ontario, Mc Gill Univ. 2001

HAMMELSTEIN P. 31 Faites vos jeux! Another look at sensation seeking and pathological gambling. *Personality Individual Differences* 2004, **37** : 917-919

HARDOON KK, BABOUSHKIN HR, DEREVENSKY JL, GUPTA R. Underlying cognitions in the selection of lottery tickets. *J Clin Psychol* 2001, **57** : 749-763

HAVILAND MG, HENDRIX MS, SHAW DG, HENRY JP. Alexithymia in women and men hospitalised for psychoactive substance dependance. *Comprehensive psychiatry* 1994, **35** : 124-128

HENSLIN JM. "Craps and Magic". *American Journal of Sociology* 1967, **73** : 326

HICKEY JE, HAERTZEN CA, HENNINGFIELD JE. Simulation of gambling responses on the Addiction Research Center Inventory. *Addictive Behaviors* 1986, **11** : 345-349

JACOBS DF. A general theory of addictions: A new theorical model. *Journ Gambl Behav* 1986, **2** : 15-31

JACOBS DF. A general theory of the addictions: application to treatment and rehabilitation planning for pathological gamblers. *In* : Handbook of pathological gambling. GALSKI T. (ed). Springfield, Il, CC Thomas, 1987

JOUKHADOR J, MACCALLUM F, BLASZCZYNSKI A. Differences in cognitive distortions between problem and social gamblers. *Psychol Rep* 2003, **92** : 1203-1214

JOUKHADOR J, BLASZCZYNSKI A, MACCALLUM F. Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: preliminary data. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 171-180

KING KM. Neutralizing marginally deviant behavior : Bingo players and superstitions. *Journal of Gambling Studies* 1990, **6** : 43-61

LACAN J. Le Séminaire. Livre 2, Paris, Seuil, 1978

LADOUCEUR R. Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. *Addict Behav* 2004, **29** : 555-565

LADOUCEUR R, MAYRAND M. The level of involvement and the timing of betting in roulette. *Journal of Psychology* 1987, **121** : 169-176

LADOUCEUR R, MAYRAND M, TOURIGNY Y. Risk taking behavior in gamblers and non-gamblers during prolonged exposure. *Journal of Gambling Behavior* 1987, **3** : 115-122

LADOUCEUR R, GABOURY, A, DUMONT D, ROCHETTE P. Gambling: Relationship between the frequency of wins and irrational thinking. *Journal of Psychology* 1988, **122** : 409-414

LADOUCEUR R, SYLVAIN, C, LETARTE, H, GIROUX I, JACQUES C. Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behavior Research and Therapy* 1998, **36** : 1111-1120

LADOUCEUR R, SYLVAIN C, BOUTIN C, DOUCET C. Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling. Psychiat Ann, Les éditions de l'Homme, Québec, 2000

LADOUCEUR R, SEVIGNY S, BLASZCZYNSKI A, O'CONNOR K, LAVOIE ME. Video lottery: Winning expectancies and arousal. *Addiction* 2003, **98** : 733-738

LANGER EJ. The Illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology* 1975, **32** : 311-328

LANGER EJ, ROTH J. Heads I win, tails it's chance: the illusion of control as a function of the sequence of outcomes in a purely chance task. *Journal of Personality and Social Psychology* 1975, **32** : 951-955

LANGEWISCH MWJ, FRISCH GR. Gambling behavior and pathology in relation to impulsivity, sensation seeking, and risk behavior in male college students. *J Gambl Stud* 1998, **14** : 245-262

LE POULICHET S. Les addictions. PUF, Paris, 2000

LEARY K, DICKERSON MG. Levels of arousal in high and low frequency gamblers. *Behaviour Research and Therapy* 1985, **23** : 635-640

LUMLEY MA, ROBY KJ. Alexithymia and pathological gambling. *Psychother Psychosom* 1995, **63** : 201-206

MAC DOUGALL J. L'économie psychique de l'addiction. *Revue Française de Psychanalyse* 2004, LXIII : 511-527

MAGOUDI A, FERBOS C. L'approche psychanalytique des toxicomanes. PUF, Paris, 1986

MARTY P, DE M'UZAN M. La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse* 1963, 27 (n° spécial) : 345-355

MCDANIEL SR, ZUCKERMAN M. The relationship of impulsive sensation seeking and gender to interest and participation in gambling activities. *Personality Individual Differences* 2003, **35** : 1385-1400

MOODIE C, FINNIGAM F. A comparison of the autonomic arousal of frequent, infrequent and non-gamblers while playing fruit machines. *Addiction* 2005, **100** : 51-58

O'CONNOR J, DICKERSON M. Definition and measurement of chasing in off-course betting and gaming machine play. *J Gambl Stud* 2003, **19** : 359-386

PARKE A, GRIFFITHS M. Aggressive behaviour in slot machine gamblers: a preliminary observational study. *Psychol Rep* 2004, **95** : 109-114

PARKE A, GRIFFITHS M. Aggressive behaviour in adult slot machine gamblers : An interpretative phenomenological analysis. *J Community Appl Soc Psychol* 2005, **15** : 255-272

PARKE A, GRIFFITHS M, IRWING P. Personality traits in pathological gambling: Sensation seeking, deferment of gratification and competitiveness as risk factors. *Addict Res Theory* 2004, **12** : 201-212

PARKER JD, WOOD LM, BOND BJ, SHAUGHNESSY P. Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. *Psychother Psychosom* 2005, **74** : 51-55

POWELL J, HARDOON K, DEREVENSKY JL, GUPTA R. Gambling and risk-taking behavior among university students. *Subst Use Misuse* 1999, **34** : 1167-1184

SHARPE L. A reformulated cognitive behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clin Psychol Rev* 2002, **22** : 1-25

SHARPE L. Patterns of autonomic arousal in imaginal situations of winning and losing in problem gambling. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 95-104

SHARPE L, TARRIER N, SCHOTTE D, SPENCE SH. The role of arousal in problem gambling. *Addictions* 1995, **90** : 1529-1540

SIFNEOS PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973, **22** : 255-262

SKINNER BF. Science and human behavior. Appleton century crofts, 1953

TAYLOR GJ, PARKER JDA, BAGBY RM. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry* 1990, **147** : 1228-1230

TONEATTO T. Cognitive psychopathology of problem gambling. *Subst Use Misuse* 1999, **34** : 1593-1604

TOSTAIN R. Le joueur, essai psychanalytique. *L'inconscient* 1967, **1** :117-132

VALLEUR M. Jeu pathologique et conduites ordaliques. *Psychotropes* 2005, **11** : 9-30

WILLIAMS RJ, CONNOLLY D. Does learning about the mathematics of gambling change gambling behavior? *Psychol Addict Behav* 2006, **20** : 62-68

WOHL MJA, ENZLE ME. The effects of near wins and near losses on self-perceived personal luck and subsequent gambling behavior. *J Exp Soc Psychol* 2003, **39** : 184-191

WOOD R, GRIFFITHS M. A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice* 2007, **80** : 107-125

5

Impulsivité et capacité d'autorégulation

L'impulsivité (résultant d'une difficulté d'autorégulation ou d'autocontrôle) est au cœur de la définition du jeu problématique/pathologique. Un grand nombre d'études ont exploré les relations entre le jeu pathologique et les capacités d'autorégulation.

Une distinction importante a été établie entre les aspects automatiques (ou passifs) et les aspects contrôlés (ou actifs) de l'autorégulation (Derryberry et Rothbart, 1997 ; Posner et Rothbart, 2007). Les aspects automatiques de l'autorégulation correspondent à la réponse qu'apportent les systèmes motivationnels face à un stimulus signifiant. Ainsi, par exemple, dans le cas d'une personne présentant des problèmes liés au jeu, un stimulus signifiant (par exemple, le fait de passer à proximité d'un casino ou d'un bar dans lequel il est possible de s'adonner au jeu) sera susceptible d'activer automatiquement le système motivationnel d'approche, lequel modulera les différents traitements (perceptifs, moteurs…) impliqués dans les conduites d'approche et la recherche de renforcements. Les aspects contrôlés de l'autorégulation renvoient quant à eux aux processus exécutifs par lesquels une personne influence de manière volontaire ses pensées, comportements ou émotions. Ainsi, par exemple, une personne jouant quotidiennement dans un bar-tabac sur le chemin de retour de son travail utilisera ses capacités de régulation active lorsqu'elle voudra « inhiber » ce comportement devenu automatique.

Nous présenterons tout d'abord les recherches ayant exploré les liens entre le jeu problématique/pathologique et l'autorégulation contrôlée puis nous nous intéresserons aux aspects plus automatiques (motivationnels) de l'autorégulation.

Jeu problématique/pathologique et autorégulation contrôlée

Les relations entre le jeu pathologique et les aspects volontaires de l'autorégulation ont été explorées de deux façons : à partir de questionnaires

évaluant l'impulsivité (laquelle est ainsi considérée comme résultant de faibles capacités d'autorégulation ou d'autocontrôle) et via des tâches cognitives évaluant les fonctions exécutives, les capacités de prise de décision et de différer une récompense.

Jeu problématique/pathologique et impulsivité évaluée par questionnaire

L'impulsivité renvoie à une variété de comportements réalisés prématurément, excessivement risqués, peu appropriés à la situation et pouvant entraîner des conséquences indésirables (Daruna et Barnes, 1993). Dans cette perspective, les manifestations de l'impulsivité seraient à mettre en lien avec une faiblesse des mécanismes exécutifs impliqués dans la régulation active des comportements (voir par exemple Kalenscher et coll., 2006 ; Billieux et coll., 2008a). Un examen de la littérature scientifique nous a permis de répertorier 41 études qui se sont intéressées aux relations entre jeu problématique/pathologique et impulsivité, à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation tels que l'échelle d'impulsivité d'Eysenck (Eysenck et Eysenck, 1977) ou l'échelle d'impulsivité de Barratt (1985). La majorité de ces études ont été réalisées auprès de personnes ayant reçu le diagnostic de « joueurs pathologiques » ou considérées comme tels selon les critères du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Revision 4*). Néanmoins, quelques recherches ont également porté sur des joueurs à risque (personnes dont le jeu peut s'avérer problématique mais ne respectant pas l'ensemble des critères diagnostiques du jeu pathologique), sur des joueurs « sociaux » (personnes affectionnant le jeu mais dont les comportements de jeu ne sont pas problématiques) ou encore sur des personnes issues de la population générale (voir le tableau 5.I pour une synthèse des études sur les liens entre impulsivité et jeu pathologique).

Seules 4 études n'ont pas trouvé de lien entre jeu problématique/pathologique et impulsivité (Allcock et Grace, 1988 ; Langewisch et Frisch, 1998 ; Lejoyeux et coll., 1998 ; Vitaro et coll., 1998). Les résultats de ces études ont cependant été mis en question quant à leur méthodologie (notamment une disparité des âges et des genres et/ou une taille réduite des échantillons ; voir par exemple Nower et Blaszczynski, 2006, et Raylu et Oei, 2002, pour une analyse critique de ces travaux). Les autres études ont en revanche montré :

- des niveaux d'impulsivité plus élevés chez des joueurs pathologiques que chez des participants de contrôle (voir par exemple Blaszczynski et coll., 1997 ; Steel et Blaszczynski, 1998 ; Kim et Grant, 2001 ; Petry, 2001b ; Potenza et coll., 2003a ; Fuentes et coll., 2006) ;
- des liens positifs entre hauts niveaux d'impulsivité et profil de joueurs à risque au sein de la population générale ou dans des populations d'étudiants universitaires (voir par exemple Vitaro et coll., 1997 et 1999 ; Clarke, 2004 ; Cyders et coll., 2007 ; Smith et coll., 2007).

Les données de la littérature montrent également que l'impulsivité constitue un prédicteur de la sévérité des symptômes de jeu pathologique tels qu'évalués par le SOGS (*South Oaks Gambling Scale*) (voir par exemple Moore et Ohtsuka, 1997 ; Steel et Blaszczynski, 1998 ; Vitaro et coll., 1999 ; Lightsey et Husley, 2002 ; Clarke, 2004 ; Krueger et coll., 2005a ; Slutske et coll., 2005 ; Whiteside et coll., 2005 ; MacKillop et coll., 2006a). Il a été montré que l'impulsivité était liée, chez les joueurs pathologiques, à une plus grande probabilité d'abandonner une prise en charge psychothérapique (Leblond et coll., 2003) et à une moindre efficacité de cette dernière (Maccallum et coll., 2007). En outre, l'impulsivité permet de discriminer, au sein d'une population estudiantine, les personnes ayant tendance à adopter des comportements visant à « se refaire » après une perte monétaire (comportement de « *chasing* » ; Breen et Zuckerman, 1999). Enfin, une corrélation a été observée, chez des joueurs de loterie, entre la capacité d'autocontrôle (évaluée via la sous-échelle de l'Inventaire de personnalité de Californie, voir Gough et Bradley, 1996) et la fréquence de participation à la loterie (Cook et coll., 1998).

Jeu problématique/pathologique et fonctionnement exécutif

Le concept de « système exécutif » renvoie à un ensemble de processus (d'inhibition, de planification, de flexibilité, de mise à jour…) dont la fonction principale est de faciliter l'adaptation de la personne à des situations nouvelles, c'est-à-dire lorsque les routines d'action (des habiletés cognitives sur-apprises) ne peuvent suffire. Les fonctions exécutives semblent donc commencer là où la situation requiert la mise en œuvre de processus contrôlés.

Les études ayant exploré les fonctions exécutives chez les joueurs pathologiques au moyen de tâches cognitives ont obtenu des résultats beaucoup plus hétérogènes que les études à base de questionnaires. Ainsi, quelques recherches ont mis en évidence de moins bonnes performances chez des joueurs pathologiques que chez des participants de contrôle au « *Wisconsin Card Sorting Test* » (Rugle et Melamed, 1993 ; Goudriaan et coll., 2006a). En revanche, d'autres études ayant utilisé la même tâche (ou des variantes de cette épreuve) n'ont pas montré de différence entre joueurs pathologiques et participants de contrôle (Cavedini et coll., 2002 ; Brand et coll., 2005). De même, des déficits ont été observés chez des joueurs pathologiques à la tâche de Stroop (Regard et coll., 2003 ; Kertzman et coll., 2006 ; Kalechstein et coll., 2007), alors que d'autres études n'ont pas observé de différence dans cette tâche entre joueurs pathologiques et personnes de contrôle (Potenza et coll., 2003b ; Brand et coll., 2005). Il faut néanmoins noter que le « *Wisconsin Card Sorting Test* » est une tâche multidéterminée (c'est-à-dire faisant appel à une pluralité de mécanismes, exécutifs et non exécutifs ; voir Van der Linden et coll., 2000) et que les processus impliqués dans le test de Stroop sont encore mal spécifiés (voir MacLeod, 1991).

Tableau 5.I : Études ayant exploré les liens entre le jeu pathologique et l'impulsivité

Références	Population	Échelles	Résultats
Allcock et Grace, 1988	10 JP, 25 PC	BIS	IMP identique entre JP et PC
McCormick, 1993	2 171 patients abusant de substances	BIS, NEO-PI-R	Les patients avec comorbidité de JP ont une IMP plus élevée que les patients sans comorbidité de JP
Carlton et Manowitz, 1994	12 JP, 15 PC	BIS	Les JP ont une IMP plus élevée que les PC
Castellani et Rugle, 1995	843 patients (JP, alcoolodépendants, cocaïnomanes)	BIS	Les JP ont une IMP plus élevée que des alcoolodépendants et des cocaïnomanes
Steel et Blaszczynski, 1996	115 JP	EIS	IMP est liée au JP
Blaszczynski et coll., 1997	115 JP	EIS	IMP corrèle avec la sévérité du JP
Moore et Ohtsuka, 1997	1 017 jeunes adultes	EIQ	IMP corrèle positivement avec le SOGS
Vitaro et coll., 1997	754 adolescents	EIQ	IMP évaluée à 13 ans corrèle avec scores au SOGS évalués à 17 ans
Cook et coll., 1998	2 001 joueurs de loterie	CPI	Corrélation positive entre faible autocontrôle et fréquence de participation à une loterie
Langewisch et Frisch, 1998	144 étudiants (dont 25 sont considérés comme des JP)	ZKPS, MPQ, BPI, TPQ	IMP prédit la sévérité du jeu pathologique chez les étudiants qui ne sont pas considérés comme JP (SOGS<5 ; N=25), mais pas chez les étudiants considérés comme JP (SOGS≥5 ; N=119)
Lejoyeux et coll., 1998	30 alcoolodépendants (avec trouble du contrôle de l'impulsion, dont 7 JP), 30 alcooliques, 30 PC	BIS	IMP identique entre alcoolodépendants avec JP (N=7) et les PC
Steel et Blaszczynski, 1998	82 JP	EIS	Les JP ont une IMP plus élevée (en regard de données normatives). Corrélation entre IMP et SOGS
Vitaro et coll., 1998	765 adolescents (dont 38 sont considérés comme des JP)	EIQ	Les adolescents considérés comme JP à 17 ans n'ont pas une IMP (évaluée à 13 ans) plus élevée que les adolescents n'ayant pas de problème de JP
Breen et Zuckerman, 1999	248 étudiants	ZKPS	Les participants avec propension à vouloir « se refaire » après des pertes financières (« *chasing* ») ont une IMP plus élevée
Vitaro et coll., 1999	154 adolescents	EIQ	IMP évaluée à 13-14 ans corrèle avec scores au SOGS évalués à 17 ans
Petry, 2000	31 JP (avec abus de substances), 103 patients abusant de substances	EIQ	IMP identique entre les patients abusant de substances avec JP et les patients abusant de substances sans JP
Petry, 2001a	27 JP (avec abus de substances), 63 patients abusant de substances, 21 PC	EIQ, BIS	Les patients abusant de substances (avec ou sans comorbidité de JP) ont une IMP plus élevée que les PC
Petry, 2001b	39 JP, 26 PC	EIQ	Les JP ont une IMP plus élevée que les PC
Kim et Grant, 2001	33 JP, 40 PC	TPQ	Les JP ont une IMP plus élevée que les PC

Langenbucher et coll., 2001	323 patients abusant de substances (sans JP), 49 patients abusant de substances (avec JP)	EIQ	Les patients abusant de substances avec JP ont une IMP plus élevée que les patients abusant de substances mais sans JP
Lightsey et Hulsey, 2002	207 étudiants	EIS	IMP prédit le score au SOGS
Leblond et coll., 2003	112 JP	EIS	Les JP ayant mené un traitement psychothérapique à terme ont une IMP plus basse que les JP ayant abandonné le traitement en cours
McDaniel et Zuckerman, 2003	790 adultes	ZKPS	IMP corrèle positivement avec l'intérêt pour le jeu et le nombre de jeux différents pratiqués
Potenza et coll., 2003a	10 JP, 11 PC	ZKPS	Les JP ont une IMP plus élevée que les PC
Clarke, 2004	147 étudiants	EIQ	IMP plus élevée chez les étudiants présentant des problèmes de JP
Skitch et Hodgins, 2004	162 étudiants	BIS	IMP plus élevée chez les étudiants présentant des problèmes de JP
Krueger et coll., 2005b	29 joueurs de Black-Jack	EIS	IMP corrèle positivement avec le SOGS
Slutske et coll., 2005	899 jeunes adultes	MPQ	IMP (à 18 ans) prédit le score au SOGS (à 21 ans)
Tavares et coll., 2005	49 JP, 101 alcooliques	TCI	Les JP ont une IMP plus élevée que les alcoolodépendants
Whiteside et coll., 2005	20 JP	UPPS	IMP prédit le score au SOGS
Clarke, 2006	159 étudiants	EIQ	IMP corrèle positivement avec le SOGS
Fuentes et coll., 2006	214 JP, 82 PC	BIS	Les JP ont une IMP plus élevée que les PC. IMP permet de discriminer entre JP et PC
MacKillop et coll., 2006a	24 JP, 40 joueurs « à risques », 41 PC	EIQ	IMP corrèle positivement avec plusieurs mesures de JP (SOGS, GBQ, GPS)
MacKillop et coll., 2006b	24 JP, 40 joueurs « à risques », 41 PC	EIQ	JP ont une IMP plus élevée que les joueurs « à risques » et les PC
Nower et Blaszczynski, 2006	1 339 jeunes adultes	EIS	IMP plus élevée chez les jeunes adultes présentant des problèmes de JP
Rodriguez-Jimenez et coll., 2006	16 JP (avec ADHD), 39 JP, 40 PC	BIS	Les JP (avec ou sans ADHD) ont une IMP plus élevée que les PC
Bagby et coll., 2007	106 JP, 177 joueurs (ne respectant pas les critères DSM de JP)	NEO-PI-R	Les JP ont une IMP plus élevée que les joueurs ne respectant pas les critères DSM de JP
Cyders et coll., 2007	1 538 étudiants	UPPS	IMP prédit le score au SOGS
Maccallum et coll., 2007	60 JP	SDI	JP avec IMP répondent moins bien à un traitement psychothérapique de type TCC (thérapies comportementales et cognitives)
Nordin et Nylander, 2007	38 JP, 78 PC	TCI	Les JP ont une IMP plus élevée que les PC
Smith et coll., 2007	1 886 étudiants	UPPS	IMP prédit le score au SOGS

ADHD : *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* ; BIS : *Barratt Impulsivity Scale* ; BPI : *Basic Personality Inventory* ; CPI : *California Personality Inventory* ; EIQ : *Eysenck Impulsiveness Questionnaire* ; EIS : *Eysenck Impulsivity Scale* ; GBQ : *Gamblers Belief Questionnaire* ; GPS : *Gambling Passion Scale* ; IMP : impulsivité ; JP : jeu pathologique ; NEO-PI-R : NEO *Personality Inventory Revised* ; MPQ : *Multidimensional Personality Questionnaire* ; PC : participants de contrôle ; SDI : *Self-Description Inventory* ; SOGS : *South Oaks Gambling Scale* ; TCI : *Temperament and Character Inventory* ; TPQ : *Tridimensional Personality Questionnaire* ; UPPS : UPPS *Impulsive Behavior Scale* ; ZKPS : *Zuckerman-Kuhlman Personality Scale*

Par ailleurs, des déficits ont été observés chez des joueurs pathologiques et à risque dans d'autres tâches exécutives, complexes et mettant en œuvre des processus exécutifs mal spécifiés. Ainsi, deux études ont mis en évidence des déficits de planification chez des joueurs pathologiques au moyen du test de la « Tour de Londres » et de la tâche du « Labyrinthe de Porteus » (Rugle et Melamed, 1993 ; Goudriaan et coll., 2006a). D'autres travaux ont constaté des performances faibles chez les joueurs à risque dans une tâche de mémoire de travail faisant appel à l'apprentissage, au maintien et à la manipulation d'un nombre variable de stimuli (Leiserson et Pihl, 2007) ainsi que chez des joueurs pathologiques dans des tâches de fluence verbale et non verbale (Regard et coll., 2003 ; Kalechstein et coll., 2007). Un déficit d'attention sélective a été trouvé chez des joueurs pathologiques (Regard et coll., 2003) mais en revanche, aucune différence entre joueurs pathologiques et participants de contrôle n'a été identifiée dans une tâche évaluant l'attention soutenue (Rodriguez-Jimenez et coll., 2006).

De façon plus spécifique, quelques études ont examiné la capacité d'inhiber une réponse dominante (ou automatisée) en lien avec le jeu problématique/pathologique. Il a ainsi été montré que des joueurs pathologiques commettaient davantage d'erreurs dans des tâches « Go/No-go » (Fuentes et coll., 2006 ; Goudriaan et coll., 2006a) et qu'ils avaient besoin de plus de temps pour inhiber une réponse automatisée dans une tâche de « *Stop Signal Reaction Time* » (SSRT) (Goudriaan et coll., 2005 ; Rodriguez-Jimenez et coll., 2006). En revanche, une étude entreprise sur des personnes issues de la population générale n'a pas constaté de différences entre joueurs à problèmes et/ou à risque et participants de contrôle dans une tâche de type « Go/No-go » (Leiserson et Pihl, 2007). Cependant, comme le précisent les auteurs eux-mêmes, cette absence d'effet pourrait être liée au faible nombre de participants inclus dans cette recherche. Enfin, Goudriaan et coll. (2007) ont constaté que le temps nécessaire à l'inhibition d'une réponse automatisée (dans la tâche de SSRT), et les capacités de prise de décision, permettaient de prédire la rechute chez des joueurs pathologiques (contrairement aux auto-évaluations de l'impulsivité et de la sensibilité aux renforcements).

Capacités de prise de décision

Plusieurs études se sont intéressées au lien entre jeu pathologique et capacité de prise de décision évaluée par la tâche du Casino ou « *Iowa Gambling Task* » (IGT) (Bechara et coll., 1994). Il s'agit d'une tâche qui explore la prise de décision dans un contexte où il est difficile d'évaluer les conséquences de ses choix. La personne est placée face à quatre tas de cartes et reçoit une certaine somme en monnaie factice avec pour consigne de gagner le plus d'argent possible et d'en perdre le moins possible. Pour ce faire, elle est

invitée à retourner une à une les cartes des tas de son choix et à se conformer aux conséquences de chaque retournement. Toute carte retournée entraîne le gain d'une certaine somme d'argent mais, de temps à autre et de manière non prévisible, certaines cartes conduisent également à une perte d'argent, qui est variable. L'attribution de ces gains et pénalités répond à certaines règles que la personne ignore. En fait, le retournement de cartes dans les deux premiers tas entraîne des gains systématiquement élevés mais également des pertes très importantes ; par opposition à ces tas « à risque », les deux autres tas associent gains moins élevés mais pertes plus faibles. L'absence d'informations quant aux règles régissant les gains et pertes ainsi que l'incapacité de calculer les pertes et gains associés à chaque tas placent la personne dans une situation d'incertitude. Cette tâche a été conçue afin de tester la théorie des marqueurs somatiques développée par Damasio (1994) selon laquelle, dans certaines situations d'incertitude, les personnes peuvent prendre en compte, de façon non consciente, les conséquences positives ou négatives d'une décision à partir des réactions émotionnelles anticipatrices suscitées par cette décision et découlant des conséquences qui ont été associées à des décisions similaires dans le passé.

Il apparaît ainsi que les joueurs pathologiques obtiennent de moins bonnes performances à l'IGT que des participants de contrôle, à savoir qu'ils tirent préférentiellement dans les tas « à risque » (Petry, 2001b ; Cavedini et coll., 2002 ; Goudriaan et coll., 2005 ; Goudriaan et coll., 2006b ; Linnet et coll., 2006). Une seule étude (Tanabe et coll., 2007) n'a pas constaté de différence dans l'IGT entre joueurs pathologiques et participants de contrôle. Il convient toutefois de préciser que d'une part cette étude a été réalisée chez des patients abusant de substances et présentant des symptômes de jeu pathologique et d'autre part que cette étude a utilisé une version modifiée de l'IGT adaptée aux besoins de la neuroimagerie. Dans cette version, le choix des tas était prédéterminé (la personne devait simplement indiquer si elle acceptait ou non de tirer la carte proposée), ce qui était susceptible d'interférer avec une éventuelle tendance à persévérer sur les tas désavantageux. Par ailleurs, deux études (Lakey et coll., 2007 a et b) réalisées auprès de personnes issues de la population générale ont montré que la présence d'un profil de joueur pathologique (évalué au moyen du « *Diagnostic Interview for Gambling Severity* » ; Winters et coll., 2002) était associée à des choix plus risqués à l'IGT.

Des déficits de prise de décision ont également été mis en évidence chez des joueurs pathologiques au moyen d'autres tâches de prise de décision que l'IGT, et notamment la « *Game of Dice Task* » (une tâche dans laquelle, contrairement à l'IGT, des règles explicites régissent les gains et les pertes ; voir Brand et coll., 2005). En outre, Goudriaan et coll. (2005) ont montré que des joueurs pathologiques mettent davantage de temps que des personnes de contrôle à se désengager d'une tâche dans laquelle les probabilités de gains diminuent avec les essais (« *Card Playing Task* » ; Newman et coll.,

1987). Il faut également relever qu'un désengagement tardif à la « *Card Playing Task* » est associé, chez des joueurs pathologiques, à une plus grande probabilité de rechute (Goudriaan et coll., 2007). De plus, les difficultés à se désengager à la « *Card Playing Task* » (évaluées à l'âge de 14 ans) permettent de prédire, chez des participants issus de la population générale, la présence de symptômes de jeu pathologique (évalué au moyen du SOGS) à l'âge de 17 ans (Vitaro et coll., 1999). Deux autres études portant sur des participants issus de la population générale (Lakey et coll., 2007a et b) montrent qu'une prise de risque exagérée à une tâche dans laquelle les personnes sont amenées à parier de l'argent (« *Georgia Gambling Task* » ; Goodie, 2003) est associée à la présence d'un profil de joueur pathologique (évalué au moyen du « *Diagnostic Interview for Gambling Severity* »).

Aptitudes à différer une récompense et capacités d'estimation temporelle

Plusieurs travaux ont examiné les capacités à différer une récompense chez des joueurs pathologiques, au moyen d'une tâche de « *delay discounting procedure* » (tâche « de choix de montants hypothétiques » ; voir Reynolds, 2006). Dans ce type de tâche, le participant est amené à faire un choix parmi deux gains hypothétiques, lesquels diffèrent par leur importance (somme d'argent potentiellement accessible) et par le moment auquel ils peuvent être encaissés (aspect temporel). Ainsi, un essai type d'une tâche de choix de montants hypothétiques consiste à demander au participant de choisir s'il préfère « gagner 500 € tout de suite » ou « gagner 1 000 € dans 3 mois ». Sur la base de ce paradigme, Petry (2001a) a montré que des joueurs pathologiques, comparés à des participants de contrôle, choisissaient préférentiellement des récompenses immédiates plutôt que des récompenses plus importantes mais différées dans le temps.

Par ailleurs, des personnes alcoolodépendantes avec comorbidité de jeu pathologique montrent davantage de difficultés à différer une récompense que des personnes alcoolodépendantes sans comorbidité de jeu pathologique et des participants de contrôle, les personnes alcoolodépendantes sans comorbidité de jeu pathologique ayant néanmoins plus de difficultés que les participants de contrôle (Petry et Casarella, 1999). En outre, des joueurs pathologiques avec une histoire de troubles déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), identifiée via un questionnaire d'auto-évaluation, ont davantage de difficultés à différer une récompense que des joueurs pathologiques sans histoire de TDAH et que des participants de contrôle, ces deux derniers groupes ne différant pas l'un de l'autre (Rodriguez-Jimenez et coll., 2006). Enfin, il a été montré que la présence de difficultés à différer des récompenses chez des joueurs pathologiques était positivement reliée à la sévérité des symptômes évalués par le SOGS (Alessi et Petry, 2003).

Différentes études se sont penchées sur les liens entre jeu problématique/pathologique et capacités à différer des renforcements chez des personnes issues de la population générale ou de la population estudiantine. Les résultats montrent que des joueurs à risque (sur la base d'un score au SOGS supérieur à 4) ont davantage de difficultés à différer des récompenses que des participants de contrôle (Dixon et coll., 2003), et que ces difficultés s'accentuent dans un environnement dédié au jeu en comparaison avec un environnement neutre (Dixon et coll., 2006). De même, une relation positive entre le score au SOGS et des difficultés à différer des récompenses a été constatée dans une population d'étudiants (Mackillop et coll., 2006b). En revanche, une étude longitudinale (Vitaro et coll., 1999) n'a pas trouvé de lien significatif entre une tâche de choix hypothétiques (à 14 ans) et les symptômes de jeu pathologique mesurés ultérieurement (à 17 ans). Enfin, Holt et coll. (2003) n'ont pas observé de différence entre joueurs à problèmes (considérés comme tels sur la base d'un score de quatre ou plus au SOGS) et personnes non joueuses à une tâche de « *delay discounting* », mais ils ont en revanche observé que les joueurs à problèmes prenaient plus de risques dans une tâche de « *probability discounting* » dans laquelle la personne doit par exemple choisir entre « avoir 90 % de chance de gagner 100 € » ou « avoir 40 % de chance de gagner 400 € ».

Quelques recherches se sont penchées sur les liens entre jeu pathologique et capacités d'estimation temporelle et de projection dans le futur. Ainsi, Goudriaan et coll. (2006a) ont observé que des joueurs pathologiques obtenaient de moins bonnes performances que des participants de contrôle dans une tâche où on leur demandait de produire des intervalles de temps de 2, 4, 8, 12 ou 20 secondes. En revanche, l'aptitude à reproduire une durée ne différait pas entre les deux groupes. Par ailleurs, Hodgins et Engel (2002) ont montré que des joueurs pathologiques, comparés à des joueurs occasionnels, étaient davantage axés sur le moment présent que sur le passé ou le futur (sur la base de l'échelle de perspective temporelle de Zimbardo ; voir Zimbardo et Boyd, 1999) et avaient davantage de difficultés à se projeter dans le futur (prédiction d'événements futurs, remise en ordre d'événements dans une séquence temporelle logique). Selon Hodgins et Engel (2002), ces résultats indiquent que les joueurs pathologiques sont davantage axés sur le plaisir immédiat, ce qui les amène à ne pas considérer les conséquences à long terme de leurs comportements. Dans la même perspective, Petry (2001b) a mis en évidence que des joueurs pathologiques avec comorbidité d'abus de substances sont davantage axés sur le présent que des patients abusant uniquement de substances et que des participants de contrôle (sur base de l'échelle de perspective temporelle de Zimbardo). En outre, dans une étude portant sur des participants issus de la population générale, Mackillop et coll. (2006a) ont identifié un lien entre la tendance à être axé sur le présent (évaluée par l'échelle de perspective temporelle de Zimbardo) et les symptômes de jeu pathologique évalués par le SOGS. En revanche, dans une deuxième étude également réalisée auprès de participants issus de la population générale,

Mackillop et coll. (2006b) n'ont pas observé de différence dans la capacité à se projeter dans le futur (prédiction d'événements futurs, vignettes à compléter portant sur des événements futurs, remise en ordre d'événements dans une séquence temporelle logique) entre joueurs à problèmes et participants de contrôle (les groupes ayant été constitués sur la base du score au SOGS).

Jeu problématique/pathologique et autorégulation automatique

Les liens entre jeu problématique/pathologique et autorégulation automatique ont essentiellement été explorés par l'intermédiaire de questionnaires d'auto-évaluation évaluant la recherche de sensations ou des concepts qui y sont apparentés.

Recherche de sensations

La recherche de sensations est définie comme la tendance à rechercher des stimulations sensorielles variées, nouvelles, complexes et intenses (Zuckerman, 1994) et elle a été mise en lien avec une activation du système motivationnel d'approche (Cloninger et coll., 1996). La recherche de sensations a fréquemment été explorée dans ses liens avec les problèmes de dépendance (voir par exemple Miller et coll., 2003) et a fait l'objet d'un grand nombre de travaux dans le domaine du jeu pathologique (voir Hammelstein, 2004, pour une revue). Un examen de la littérature a permis de mettre en évidence 43 études ayant examiné les relations entre le jeu pathologique et la recherche de sensations, tant chez des patients considérés comme joueurs pathologiques selon les critères du DSM-IV que chez des personnes issues de la population générale (voir tableau 5.II pour une synthèse des études sur les liens entre recherche de sensations et jeu pathologique). Précisons toutefois que ce recensement a également pris en compte des concepts psychologiques proches de la recherche de sensations comme la recherche d'aventure (Eysenck et coll., 1985) ou encore la recherche de nouveauté (Cloninger et coll., 1993).

Il apparaît d'emblée que les liens entre jeu pathologique et recherche de sensations (généralement évaluée via l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman) sont beaucoup plus équivoques que les relations unissant le jeu pathologique et l'impulsivité dans ses aspects exécutifs et d'autocontrôle. Parmi les études ayant comparé la recherche de sensations de joueurs pathologiques (selon les critères du DSM) à des populations de contrôle, on en dénombre 11 indiquant que les joueurs pathologiques ont des niveaux de recherche de sensations plus élevés que les participants de contrôle (voir par exemple Kuley et Jacobs, 1988 ; Carrasco et coll., 1994 ; Kim et Grant, 2001 ; Potenza et coll., 2003a ; Linnet et coll., 2006 ; Martinotti et coll.,

2006). En revanche, 7 études ne trouvent aucune différence entre les niveaux de recherche de sensations des joueurs pathologiques et des participants de contrôle (voir par exemple Blaszczynski et coll., 1990 ; Raviv, 1993 ; Brand et coll., 2005 ; Mackillop et coll., 2006b). Par ailleurs, 2 études (Blaszczynski et coll., 1986 ; Bonnaire et coll., 2004) ont même mis en évidence que les joueurs pathologiques avaient des scores de recherche de sensations significativement moins élevés que des participants de contrôle.

Quelques travaux ont comparé les niveaux de recherche de sensations de joueurs à risque (considérés comme tels sur la base du SOGS), de joueurs réguliers et de personnes issues de la population générale. Deux études seulement ont mis en évidence que de jeunes adultes ayant des profils de joueurs à risque ont un niveau de recherche de sensations plus élevé que des personnes de contrôle (Powell et coll., 1999 ; Nower et coll., 2004). En revanche, d'autres études n'ont pas identifié de différence entre les groupes (Anderson et Brown, 1984 ; Clarke, 2004). En outre, plusieurs études ont même observé que des joueurs dits « réguliers » ont un niveau de recherche de sensations moins élevé que des personnes de contrôle (Coventry et Brown, 1993), que des joueurs jouant peu fréquemment (Dickerson et coll., 1991), ou que le niveau de recherche de sensations indiqué par des normes de référence (Dickerson et coll., 1987 ; Dickerson et coll., 1990).

Les recherches qui se sont penchées sur les liens entre la recherche de sensations et la sévérité des symptômes de jeu pathologique (généralement évalués par le SOGS) ont également obtenu des résultats hétérogènes. Certaines études ont mis en évidence des corrélations positives entre recherche de sensations et sévérité du jeu pathologique (Powell et coll., 1999 ; Martinotti et coll., 2006 ; Cyders et coll., 2007) alors que d'autres études n'ont pas retrouvé cette relation (Moore et Ohtsuka, 1997 ; Whiteside et coll., 2005 ; Mackillop et coll., 2006a ; Smith et coll., 2007). Par ailleurs, la recherche de sensations ne permet pas de distinguer des joueurs pathologiques qui vont au terme d'un traitement de ceux qui l'abandonnent prématurément (Leblond et coll., 2003). Enfin, la recherche de sensations ne permet pas de discriminer, au sein d'une population estudiantine, les personnes ayant tendance à adopter des comportements visant à « se refaire » après une perte monétaire (« *chasing* » ; Breen et Zuckerman, 1999).

L'absence de relation systématique entre la recherche de sensations et le jeu problématique/pathologique tient vraisemblablement, pour une part au moins, au fait que les échelles qui ont été utilisées pour évaluer la recherche de sensations (telle que l'échelle de Zuckerman) n'évaluent pas les activités spécifiques par lesquelles un joueur pathologique recherche des récompenses et/ou des stimulations. Il s'agirait dès lors d'aborder les liens entre le jeu problématique/pathologique et les aspects automatiques (ou motivationnel) de la régulation à l'aide de questionnaires plus appropriés tels que l'échelle BIS/BAS (Carver et White, 1994) ou l'échelle de sensibilité à la récompense et à

la punition (SPSRQ[11], Torrubia et coll., 2001). Dans cette perspective, une étude ayant utilisée l'échelle BIS/BAS (Goudriaan et coll., 2006b) a récemment mis en évidence que des joueurs pathologiques avaient des scores de BIS (« *Behavioral Inhibition System* ») et de BAS (« *Behavioral Action System* ») plus élevés que des personnes témoins. Selon les auteurs, ces résultats suggèrent que le jeu pathologique serait associé à un plus grand impact des récompenses et des punitions sur le comportement. Toutefois, ces résultats devront être confirmés par des études ultérieures. Il semble également important d'évaluer les liens entre jeu pathologique et régulation automatique (motivationnelle) par l'intermédiaire de tâches de laboratoire permettant d'évaluer de manière directe la sensibilité aux renforcements (voir Franck et coll., 2004, pour un exemple de procédure).

En dépit de leurs limites, les études ayant porté sur la recherche de sensations dans le jeu pathologique ont néanmoins fourni certaines données intéressantes, suggérant de futures pistes de recherche. Ainsi, plusieurs travaux ont identifié un lien positif entre la recherche de sensations (évaluée par les échelles de recherche de sensations de Zuckerman) et le nombre différent d'activités de jeu pratiquées (Coventry et Brown, 1993 ; Coventry et Norman, 1997 ; McDaniel et Zuckerman, 2003 ; Bonnaire et coll., 2004). Par ailleurs, il a été montré que la recherche de sensations est corrélée positivement avec l'augmentation du rythme cardiaque pendant le jeu (Anderson et Brown, 1984 ; Coventry et Hudson, 2001). Enfin, il a été observé que des joueurs réguliers se distinguaient quant à leur niveau de recherche de sensations selon les activités de jeu pratiquées. Ainsi, des joueurs privilégiant le jeu en casino ont une recherche de sensations plus élevée que les personnes pariant sur les courses de chevaux (Coventry et Brown, 1993) et les personnes faisant des paris sur les lieux de course ont une recherche de sensations plus élevée que des personnes jouant dans les cafés (Bonnaire et coll., 2006).

Jeu problématique/pathologique et conception multifactorielle de l'impulsivité

Un examen de la littérature indique que l'autorégulation, dans sa composante contrôlée, est en lien avec le jeu pathologique ou problématique. Les données qui permettent de tirer une telle conclusion sont issues de deux sources : des travaux ayant exploré le niveau d'impulsivité des joueurs (pathologiques ou à risque) au moyen d'un questionnaire d'auto-évaluation de l'impulsivité (laquelle est considérée comme la manifestation d'une difficulté d'autorégulation) et des recherches (moins nombreuses et aux résultats plus ambigus) ayant utilisé des tâches de laboratoire afin d'examiner les fonctions exécutives et la prise de décision.

11. *Sensitivity to Punishment / Sensitivity to Reward Questionnaire*

L'apport de ces différentes recherches est cependant assez limité, dans la mesure où elles ont été le plus souvent entreprises sans référence claire à un cadre théorique spécifiant à la fois les différentes facettes de l'autorégulation (ou de l'impulsivité) et la contribution de chacune de ces facettes au jeu problématique ou pathologique. Or, ces dernières années, des avancées importantes ont été observées dans ce domaine. Ainsi, Whiteside et Lynam (2001) ont récemment identifié quatre dimensions principales de l'impulsivité :

- l'urgence, qui est une mesure de la tendance à exprimer de fortes réactions, souvent en association avec un contexte émotionnel intense (négatif et/ou positif ; voir Cyders et coll., 2007) ;
- le manque de persévérance, ou difficulté à rester concentré sur une tâche et à résister aux pensées ou souvenirs intrusifs ;
- le manque de préméditation, qui renvoie au fait de ne pas prendre en compte les conséquences d'un acte avant de s'y engager ;
- la recherche de sensations, ou tendance à rechercher l'excitation et l'aventure.

Cette approche a abouti à la création d'un questionnaire destiné à cerner les différentes facettes de l'impulsivité (« UPPS *Impulsive Behavior Scale* ») (Whiteside et coll., 2001 et 2005), récemment traduit et validé en français chez de jeunes adultes (Van der Linden et coll., 2006). Par ailleurs, Bechara et Van der Linden (2005) ont proposé de relier ces différentes facettes de l'impulsivité à des mécanismes cognitifs et motivationnels spécifiques. En fait, les quatre facettes de l'impulsivité identifiées par Whiteside et Lynam (2001) peuvent être appréhendées selon deux niveaux d'analyse distincts. Le premier niveau, lié à la composante de recherche de sensations, correspondrait aux facteurs motivationnels (ou de régulation automatique) représentés par la tendance à l'approche ou à l'évitement, la sensibilité à la récompense ou punition ou encore la prépondérance des systèmes d'activation ou d'inhibition comportementale (BAS/BIS) (Gray, 1994 ; Elliot et Thrash, 2002 ; Whittle et coll., 2006). Le deuxième niveau d'analyse, reflété par les trois autres composantes de l'impulsivité (urgence, manque de persévérance et manque de préméditation), serait à mettre en relation avec l'efficacité des capacités exécutives (en particulier les capacités d'inhibition) et de prise de décision.

Cette proposition théorique a dès à présent permis d'identifier des relations spécifiques entre les facettes de l'impulsivité et le « *craving* » à la nicotine (Billieux et coll., 2007a), l'utilisation problématique et la dépendance au téléphone portable (Billieux et coll., 2007b et 2008b), les achats compulsifs (Billieux et coll., sous presse), ou encore l'insomnie (Schmidt et coll., sous presse). Ce cadre théorique devrait pouvoir servir de cadre de référence utile pour une exploration plus spécifique des liens entre autorégulation et jeu pathologique ou problématique. La figure 5.1 décrit les relations hypothétiques entre le jeu pathologique et les différents mécanismes exécutifs et motivationnels sous-tendant les différentes facettes de l'impulsivité. Il s'agirait de considérer également les relations complexes qu'entretiennent le niveau motivationnel et le niveau d'autorégulation contrôlée (fonctions exécutives et

Tableau 5.II : Études ayant exploré les liens entre le jeu problématique/pathologique et la recherche de sensations

Références	Population	Échelles	Résultats
Anderson et Brown, 1984	12 joueurs expérimentés, 12 PC	SSS	Pas de différence de RS entre joueurs expérimentés et PC En situation réelle, la RS est corrélée positivement avec l'ampleur des paris
Blaszczynski et coll., 1986	51 JP	SSS	Les JP ont une RS plus basse que des populations normatives de référence
Dickerson et coll., 1987	172 parieurs	SSS	Les parieurs ont une RS plus basse que des populations normatives de référence
Kuley et Jacobs, 1988	30 JP, 30 joueurs réguliers	SSS	les JP ont une RS plus élevée que les PC
Wolfgang, 1988	84 étudiants	SSS	Pas de lien entre RS et fréquence de jeu
Blaszczynski et coll., 1990	48 JP, 40 PC	SSS	Pas de différence de RS entre JP et PC
Dickerson et coll., 1990	381 parieurs	SSS	Les parieurs ont une RS plus basse que des populations normatives de référence
Dickerson et coll., 1991	60 joueurs réguliers	SSS	Les joueurs jouant fréquemment ont une RS plus basse que les joueurs jouant peu fréquemment
Coventry et Brown, 1993	79 parieurs, 96 PC	SSS	Les parieurs ont une RS plus basse que les PC. La RS diffère selon le type et le nombre de jeux pratiqués.
Raviv, 1993	32 JP, 38 PC	SSS	Pas de différence de RS entre les JP et les PC
Carrasco et coll., 1994	15 JP, 25 PC	SSS	Les JP ont une RS plus élevée que les PC
Castellani et Rugle, 1995	843 patients (JP, alcoolodépendants, cocaïnomanes)	NEO-PI-R	Pas de différence de RS entre JP, cocaïnomanes et alcoolodépendants
Blanco et coll., 1996	27 JP, 27 PC	SSS	Les PC ont une RS plus basse que les JP (la différence n'est plus significative après correction de Bonferroni)
Steel et Blaszczynski, 1996	115 JP	SSS	La RS n'est pas liée au JP
Coventry et Norman, 1997	32 parieurs	SSS	Corrélation positive entre RS et nombre de jeux pratiqués
Moore et Ohtsuka, 1997	1 017 jeunes adultes	EIQ	La recherche d'aventure est liée à la fréquence du jeu, mais pas à la sévérité des symptômes de JP évaluée par le SOGS
Allcock et Grace, 1998	10 JP, 25 PC	SSS	Pas de différence de RS entre JP et PC

Langewisch et Frisch, 1998	144 étudiants (dont 25 sont considérés comme des JP)	ZKPS, SSS	La RS prédit la sévérité du jeu pathologique chez les étudiants qui ne sont pas considérés comme JP (SOGS<5 ; N=25), mais pas chez les étudiants considérés comme JP (SOGS≥5 ; N=119)
Lejoyeux et coll., 1998	30 alcoolodépendants (avec trouble du contrôle de l'impulsion, dont 7 JP), 30 alcoolodépendants, 30 PC	SSS	Les alcoolodépendants avec JP ont une RS plus élevée que les alcoolodépendants sans JP et les PC
Vitaro et coll., 1998	765 adolescents (dont 38 sont considérés comme des JP)	EIQ	Les adolescents considérés comme JP à 17 ans ont un niveau de recherche d'aventure (évalué à 13 ans) plus élevé que les adolescents n'ayant pas de problème de JP
Breen et Zuckerman, 1999	248 étudiants	ZKPS	La RS ne permet pas de différencier les participants avec propension à vouloir « se refaire » après des pertes financières (« *chasing* »)
Coventry et Constable, 1999	32 joueurs (machines à sous)	SSS	Corrélation négative entre RS et fréquence de jeu
Powell et coll., 1999	63 étudiants	AISS, SSS	Les joueurs « à risques » ont une RS plus élevée que les non joueurs. La RS est corrélée positivement avec le score au SOGS
Coventry et Hudson, 2001	42 joueurs (machines à sous)	SSS	Corrélation positive entre RS et perte de contrôle pendant le jeu
Kim et Grant, 2001	33 JP, 40 PC	TPQ	Les JP ont un niveau de recherche de nouveauté plus élevé que les PC
Petry, 2001a	27 JP (avec abus de substances), 63 patients abusant de substances, 21 PC	SSS	Pas de différence de RS entre patients abusant de substances (avec ou sans JP) et PC
McDaniel et Zuckerman, 2003	790 adultes	ZKPS	La RS est corrélée positivement avec l'intérêt pour le jeu et le nombre de jeux différents pratiqués. La RS diffère selon le type de jeu pratiqué.
Potenza et coll., 2003a	10 JP, 11 PC	ZKPS	Les JP ont une RS plus élevée que les PC
Bonnaire et coll., 2004	57 JP, 40 joueurs réguliers, 97 PC	SSS	Les JP ont une RS moins élevée (la différence n'est plus significative après correction de Bonferroni). Dans le groupe de JP, la RS corrèle avec le nombre de jeux pratiqués.
Clarke, 2004	147 étudiants	EIQ	Pas de différence au niveau de la recherche d'aventure chez les étudiants présentant des problèmes de JP et ceux ne présentant pas de problème de JP
Brand et coll., 2005	25 JP, 25 PC	SSS	Pas de différence de RS entre JP et PC
Tavares et coll., 2005	49 JP, 101 alcoolodépendants	TCI	Les JP ont un niveau de recherche de nouveauté plus élevé que les alcoolodépendants

Whiteside et coll., 2005	20 JP, 29 PC	UPPS	Les JP ont une RS plus élevée que les PC, mais la RS ne permet pas de prédire le score au SOGS
Bonnaire et coll., 2006	97 adultes jouant dans les cafés (dont 57 JP), 72 adultes pariant sur des courses de chevaux (dont 42 JP)	SSS	La RS diffère selon les types de jeux pratiqués
Linnet et coll., 2006	61 JP, 39 PC	SSS	Les JP ont un score de recherche d'expériences plus élevé que les PC
MacKillop et coll., 2006a	24 JP, 40 joueurs « à risques », 41 PC	EIQ	La recherche d'aventure ne corrèle pas avec des mesures de JP (SOGS, GBQ, GPS)
MacKillop et coll., 2006b	24 JP, 40 joueurs « à risques », 41 PC	EIQ	Pas de différence au niveau de la recherche d'aventure entre les différents groupes
Martinotti et coll., 2006	27 JP, 38 joueurs réguliers, 45 PC	TCI	Les JP ont un niveau de recherche de nouveauté plus élevé que les joueurs réguliers et les PC. La recherche de nouveauté est corrélée positivement avec le SOGS.
Nower et coll., 2006	1 339 jeunes adultes	AISS	La recherche d'intensité est plus élevée chez les jeunes adultes présentant des problèmes de JP et est un prédicteur de la sévérité du JP
Bagby et coll., 2007	106 JP, 177 joueurs (ne respectant pas les critères DSM de JP)	NEO-PI-R	Pas de différence de RS entre les JP et les joueurs ne respectant pas les critères DSM de JP
Cyders et coll., 2007	1 538 étudiants	UPPS	La RS prédit le score au SOGS
Nordin et Nylander, 2007	38 JP, 78 PC	TCI	Les JP ont une RS plus élevée que les PC
Smith et coll., 2007	1 886 étudiants	UPPS	La RS ne permet pas de prédire le score au SOGS

AISS : *Arnett Inventory of Sensation Seeking* ; EIQ : *Eysenck Impulsiveness Questionnaire* ; GBQ : *Gamblers Belief Questionnaire* ; GPS : *Gambling Passion Scale* ; JP : jeu pathologique ; NEO-PI-R : NEO *Personality Inventory Revised* ; SOGS : *South Oaks Gambling Scale* ; PC : participants de contrôle ; RS : recherche de sensations ; TCI : *Temperament and Character Inventory* ; TPQ : *Tridimensional Personality Questionnaire* ; SSS : *Zuckerman Sensation Seeking Scale* ; UPPS : UPPS *Impulsive Behavior Scale* ; ZKPS : *Zuckerman-Kuhlman Personality Scale*

prise de décision), notamment à différents moments de la création d'habitudes de jeux. Dans cette perspective, Smith et coll. (2007) ont récemment montré que la recherche de sensations permettait de prédire la fréquence des comportements à risques comme le fait de jouer à des jeux d'argent ou de consommer de l'alcool, alors que l'urgence était liée aux comportements problématiques découlant de ces activités (comme l'occurrence de dettes et/ou de symptômes de dépendance). Ainsi, le passage du statut de joueur « social » à celui de joueur « à problèmes » pourrait résulter de l'interaction entre une hypersensibilité aux renforcements positifs liés au jeu (aspects motivationnels de l'impulsivité) et de faibles capacités exécutives (aspects exécutifs de l'impulsivité).

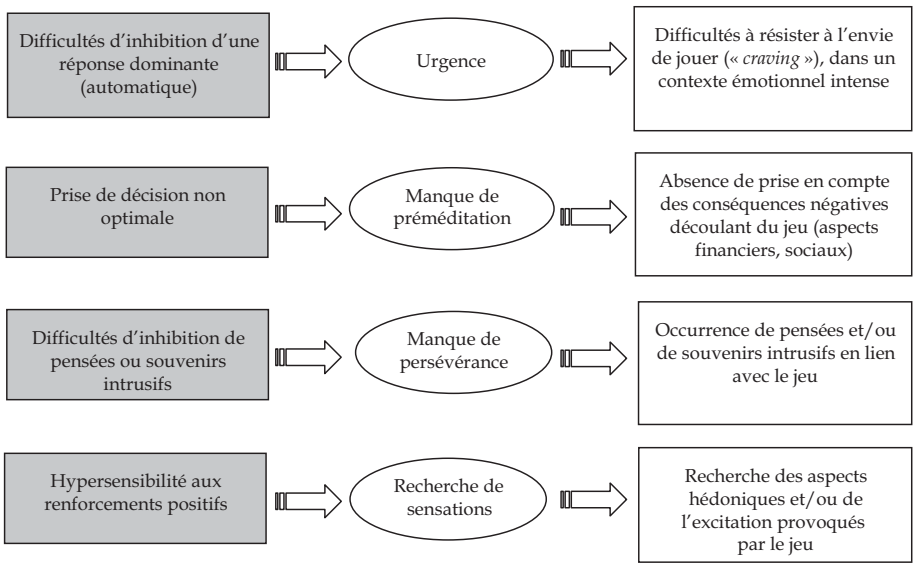


Figure 5.1 : Illustration des relations hypothétiques entre le jeu problématique/pathologique et les différents mécanismes exécutifs et motivationnels sous-tendant les différentes facettes de l'impulsivité

Il s'agirait également d'explorer les relations entre les aspects motivationnels et les aspects exécutifs de l'autorégulation en considérant le jeu problématique/pathologique, non pas comme une entité isolée, mais comme une des manifestations des troubles dits externalisés (incluant le comportement antisocial et les abus de substances). En effet, il existe une importante comorbidité entre les troubles externalisés, et de plus en plus de données plaident en faveur d'une conception dimensionnelle selon laquelle il existe un continuum normalement distribué de risque de présenter des troubles multiples au sein du spectre externalisé (Krueger et coll., 2005a).

Pour une exploration dynamique et multifactorielle du comportement de jeu

De façon plus générale, il apparaît que la recherche sur le jeu problématique/pathologique s'est par trop focalisée sur les aspects contrôlés de l'autorégulation (ainsi d'ailleurs que sur les croyances irrationnelles ou distorsions cognitives), au détriment d'autres dimensions impliquées dans le comportement de jeu. Cette focalisation sur la difficulté de contrôle de soi ou de contrôle des impulsions (difficulté qui est d'ailleurs au cœur de la définition du jeu pathologique) peut être interprétée en prenant en compte le contexte social et culturel dans lequel l'entité « joueur pathologique » est née.

Ainsi, selon Reith (2007), l'émergence de cette entité s'inscrit dans le cadre d'une société dans laquelle la liberté du consommateur constitue un principe organisateur et un moyen de régulation de la vie moderne. La personne doit ainsi démontrer qu'elle est capable d'exercer cette liberté de façon responsable en dominant ses impulsions irrationnelles (en manifestant du « *self-control* »). Dans cette perspective, le jeu pathologique est conçu comme une perte de contrôle qui mine l'idéal du consommateur libre. Ce contexte social et culturel va ainsi contribuer à façonner l'entité « joueur pathologique », selon les dimensions de perte de contrôle (comportement dirigé par les impulsions), de distorsions cognitives (renvoyant à une forme irrationnelle d'activité économique) et de dépendance (une dépendance physiologique faisant de la personne un malade chronique voué à l'abstinence, sur le mode de la dépendance aux substances). Ce sont précisément ces dimensions qui ont fait l'objet de la plus grande partie des recherches psychologiques entreprises sur le jeu problématique/pathologique.

Cette définition, socialement déterminée, du joueur pathologique comme un être impulsif, irrationnel et dépendant va considérablement limiter l'exploration des multiples facteurs qui motivent le joueur. Par ailleurs, cette conception a conduit à des explorations transversales et statiques de personnes considérées comme appartenant à une catégorie distincte et limitée, plutôt que de considérer le jeu problématique comme une étape particulière pouvant affecter un grand nombre de personnes dans leur trajectoire de joueur. Ainsi, des recherches devraient être entreprises afin d'examiner les variations du comportement de jeu au sein de la population générale, en se focalisant sur les moments de changement (début, accroissement, réduction, automatisation ou création d'habitudes, prise de conscience du problème, recherche ou non d'aide, interruption du traitement, rétablissement spontané). Slutske (2006) montre dans une étude en quoi le jeu pathologique ne suit pas nécessairement un décours chronique et persistant. Dans ce contexte, outre les processus d'autorégulation, il s'agirait notamment d'explorer

longitudinalement les buts et motivations, affects, attitudes et perceptions de soi (conscientes et non conscientes) des joueurs, en lien avec différents types d'activité de jeu et en prenant en compte différentes variables socio-démographiques.

En conclusion, il apparaît que les capacités d'autorégulation ou d'autocontrôle constituent des facteurs impliqués dans le jeu problématique/pathologique. Cependant, la contribution spécifique de ces capacités au développement, au maintien et à la récurrence du jeu problématique/pathologique reste à identifier. Par ailleurs, l'exploration du rôle des capacités d'autorégulation (dans leurs composantes automatiques et contrôlées) devrait être entreprise dans une perspective longitudinale et multifactorielle, prenant en compte les interactions complexes que ces capacités entretiennent avec d'autres facteurs psychologiques et sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

ALESSI SM, PETRY NM. Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behav Process* 2003, **64** : 345-354

ALLCOCK CC, GRACE DM. Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. *Aust Nz J Psychiat* 1988, **22** : 307-311

ANDERSON G, BROWN RIF. Real and laboratory gambling, sensation-seeking, and arousal. *Brit J Psychol* 1984, **75** : 401-410

BAGBY RM, VACHON DD, BULMASH EL, TONEATTO, T, QUILTY LC, COSTA PT. Pathological gambling and the five-factor model of personality. *Pers Indiv Differ* 2007, **43** : 873-880

BARRATT ES. Impulsiveness subtraits: arousal and information processing. *In* : Advances in personality assessment. SPENCE JT, BUTCHER J (eds). Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1985

BECHARA A, VAN DER LINDEN M. Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries. *Curr Opin Neurol* 2005, **18** : 734-739

BECHARA A, DAMASIO AR, DAMASIO H, ANDERSON SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 1994, **50** : 7-15

BILLIEUX J, VAN DER LINDEN M, CESCHI G. Which dimensions of impulsivity are related to cigarette craving ? *Addict Behav* 2007a, **32** : 1189-1199

BILLIEUX J, VAN DER LINDEN M, D'ACREMONT M, CESCHI G, ZERMATTEN A. Does impulsivity relate to perceived dependence and actual use of the mobile phone. *Appl Cognitive Psych* 2007b, **21** : 527-537

BILLIEUX J, ROCHAT L, VAN DER LINDEN M. Une approche cognitive, affective et motivationnelle de l'impulsivité. *In* : Traité de psychopathologie cognitive. VAN DER LINDEN M, CESCHI G (eds). Solal, Marseille, 2008a

BILLIEUX J, VAN DER LINDEN M, ROCHAT L. The role of impulsivity in actual and problematic use of mobile phone. *Applied Cognitive Psychology* 2008b, 8 epub

BILLIEUX J, ROCHAT L, REBETEZ MML, VAN DER LINDEN M. Are all facets of impulsivity related to compulsive buying. *Pers Indiv Differ* 2008, **44** : 1432-1442

BLANCO C, ORENSANZ-MUNOZ L, BLANCO-JEREZ C, SAIZ-RUIZ J. Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study. *Am J Psychiatry* 1996, **153** : 119-121

BLASZCZYNSKI A, WILSON AC, MCCONAGHY N. Sensation seeking and pathological gambling. *Brit J Addict* 1986, **81** : 113-117

BLASZCZYNSKI A, MCCONAGHY N, FRANKOVA A. Boredom proneness in pathological gambling. *Psychol Rep* 1990, **67** : 35-42

BLASZCZYNSKI A, STEEL Z, MCCONAGHY N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction* 1997, **92** : 75-87

BONNAIRE C, LEJOYEUX M, DARDENNES R. Sensation seeking in a French population of pathological gamblers: comparison with regular and nongamblers. *Psychol Rep* 2004, **94** : 1361-1371

BONNAIRE C, BUNGENER C, VARESCON I. Pathological gambling and sensation seeking. How do gamblers playing games of chance in cafés differ from those who bet on horses at the racetrack? *Addict Res Theor* 2006, **14** : 619-629

BRAND M, KALBE E, LABUDDA K, FUJIWARA E, KESSLER J, MARKOWITSCH HJ. Decision-making impairments in patients with pathological gambling. *Psychiat Res* 2005, **133** : 91-99

BREEN RB, ZUCKERMAN M. 'Chasing' in gambling behavior: personality and cognitive determinants. *Pers Indiv Differ* 1999, **27** : 1097-1111

CARLTON PL, MANOWITZ P. Factors determining the severity of pathological gambling in males. *J Gambl Stud* 1994, **10** : 147-157

CARRASCO JL, SÁIZ-RUIZ J, HOLLANDER E, CÉSAR J, LÓPEZ-IBOR JJ. Low platelet monoamine oxidase activity in pathological gambling. *Acta Psychiat Scand* 1994, **90** : 427-431

CARVER CS, WHITE TL. Behavioural inhibition, behavioural activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1994, **67** : 319-333

CASTELLANI B, RUGLE L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *Int J Addict* 1995, **30** : 275-289

CAVEDINI P, RIBOLDI G, KELLER R, D'ANNUCCI A, BELLODI L. Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients. *Biol Psychiat* 2002, **51** : 334-341

CLARKE D. Impulsiveness, locus of control, motivation and problem gambling. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 319-345

CLARKE D. Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Pers Indiv Differ* 2006, **40** : 5-15

CLONINGER CR, SVRAKIC DM, PRZYBECK TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiat* 1993, **50** : 975-990

CLONINGER CR, ADOLFSSON R, SVRAKIC NM. Mapping genes for human personality. *Nat Genet* 1996, **12** : 3-4

COOK M, MCHENRY R, LEIGH V. Personality and the national lottery. *Pers Indiv Diff* 1998, **25** : 49-55

COVENTRY KR, BROWN RI. Sensation seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction* 1993, **88** : 541-554

COVENTRY KR, NORMAN AC. Arousal, sensation seeking and frequency of gambling in off-course horse racing bettors. *Brit J Psychol* 1997, **88** : 671-681

COVENTRY KR, CONSTABLE B. Physiological arousal and sensation-seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction* 1999, **94** : 425-430

COVENTRY KR, HUDSON J. Gender differences, physiological arousal and the role of winning in fruit machine gamblers. *Addiction* 2001, **96** : 871-879

CYDERS MA, SMITH GT, SPILLANE NS, FISCHER S, ANNUS AM, PETERSON C. Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychol Assessment* 2007, **19** : 107-118

DAMASIO AR. Descartes'Error: emotion, reason, and the human brain. Grosset/Putnam, New York, 1994

DARUNA JH, BARNES PA. A neurodevelopmental view of impulsivity. *In* : The impulsive client: theory, research, and treatment. MCCOWN WG, JOHNSON JL, SHURE MB (eds). American Psychological Association, Washington DC, 1993

DERRYBERRY D, ROTHBART MK. Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Dev Psychopathol* 1997, **9** : 633-652

DICKERSON M, HINCHY J, FABRE J. Chasing, arousal and sensation seeking in off-course gamblers. *Brit J Addict* 1987, **82** : 673-680

DICKERSON M, WALKER M, ENGLAND SL, HINCHY J. Demographic, personality, cognitive and behavioral correlates of off-course betting involvement. *J Gambl Stud* 1990, **6** : 165-182

DICKERSON M, CUNNINGHAM R, ENGLAND SL, HINCHY J. On the discriminants of persistent gambling: III. Personality, prior mood, and poker machine play. *Int J Addict* 1991, **26** : 531-548

DIXON MR, MARLEY J, JACOBS EA. Delay discounting by pathological gamblers. *J Appl Behav Anal* 2003, **36** : 449-458

DIXON MR, JACOBS EA, SANDERS S. Contextual control of delay discounting by pathological gamblers. *J Appl Behav Anal* 2006, **39** : 413-422

ELLIOT AJ, THRASH TM. Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *J Pers Social Psychol* 2002, **82** : 804-818

EYSENCK SBG, EYSENCK HJ. Manual of the Eysenck personality questionnaire. Hodder & Stoughton, London, 1977

EYSENCK SBG, PEARSON PR, EASTING G, ALLSOPP JF. Age norms for impulsiveness, venturesomeness, and empathy in adults. *Pers Indiv Differ* 1985, **6** : 613-619

FRANCK MJ, SEEBERGER LC, O'REILLY RC. By carrot or by stick: cognitive reinforcement learning in Parkinsonism. *Science* 2004, **306** : 1940-1943

FUENTES D, TAVARES H, ARTES R, GORENSTEIN C. Self-reported and neuropsychological measures of impulsivity in pathological gambling. *J Int Neuropsychol Soc* 2006, **12** : 907-912

GOODIE AS. The effect of control on betting: paradoxical betting on items of high confidence with low value. *J Exp Psychol Learn* 2003, **29** : 598-610

GOUDRIAAN AE, OOSTERLAAN J, DE BEURS E, VAN DER BRINK W. Decision making in pathological gambling: a comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. *Cognitive Brain Res* 2005, **23** : 137-151

GOUDRIAAN AE, OOSTERLAAN J, DE BEURS E, VAN DER BRINK W. Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction* 2006a, **101** : 534-547

GOUDRIAAN AE, OOSTERLAAN J, DE BEURS E, VAN DER BRINK W. Psychophysiological determinants and concomitants of deficient decision making in pathological gamblers. *Drug Alcohol Depend* 2006b, **84** : 231-239

GOUDRIAAN AE, OOSTERLAAN J, DE BEURS E, VAN DER BRINK W. The role of self-reported impulsivity and reward sensitivity versus neurocognitive measures of disinhibition and decision-making in the prediction of relapse in pathological gamblers. *Psychol Med* 2007, **12** : 1-11

GOUGH HG, BRADLEY P. CPI Manual, third edition. Palo Alto: Consulting Psychology Press, 1996

GRAY JR. Personality dimensions and emotion systems. *In* : The nature of emotion. EKMAN P, DAVIDSON J (eds). Oxford, New York, 1994

HAMMELSTEIN P. Faites vos jeux! Another look at sensation seeking and pathological gambling. *Pers Indiv Differ* 2004, **37** : 917-931

HODGINS DC, ENGEL A. Future time perspective in pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 2002, **190** : 775-780

HOLT DD, GREEN L, MYERSON J. Is discounting impulsive? Evidence from temporal and probability discounting in gambling and non-gambling college students. *Behav Process* 2003, **64** : 355-367

KALECHSTEIN AD, FONG T, ROSENTHAL RJ, DAVIS A, VANYO H, NEWTON TF. Pathological gamblers demonstrate frontal lobe impairment consistent with that of methamphetamine-dependent individuals. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2007, **19** : 298-303

KALENSCHER T, OHMANN T, GÜNTÜRKÜN O. The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *Int J Psychophysiol* 2006, **62** : 203-211

KERTZMAN S, LOWENGRUB K, AIZER A, NAHUM ZB, KOTLER M, DANNON PN. Stroop performance in pathological gamblers. *Psychiat Res* 2006, **142** : 1-10

KIM SW, GRANT JE. Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiat Res* 2001, **104** : 205-212

KRUEGER RF, MARKON KE, PATRICK CJ, IACONO WG. Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *J Abnorm Psychol* 2005a, **114** : 537-550

KRUEGER THC, SCHEDLOWSKI M, MEYER. Cortisol and heart rate measures during-casino gambling in relation to impulsivity. *Neuropsychobiology* 2005b, **52** : 206-211

KULEY NB, JACOBS DF. The relationship between dissociative-like experience and sensation seeking among social and problem gamblers. *J Gambl Stud* 1988, **4** : 197-207

LAKEY CE, GOODIE AS, CAMPBELL WK. Frequent card playing and pathological gambling: The utility of the georgia gambling task and iowa gambling task for predicting pathology. *J Gambl Stud* 2007a, **23** : 285-297

LAKEY CE, GOODIE AS, LANCE CE, STINCHFIELD, WINTERS KC. Examining DSM-IV criteria for pathological gambling: psychometric properties and evidence from cognitive biases. *J Gambl Stud* 2007b, **23** : 479-498

LANGENBUCHER J, BAVLY L, LABOUVIE E, SANJUAN PM, MARTIN CS. Clinical features of pathological gambling in an addictions treatment cohort. *Psychol Addict Behav* 2001, **15** : 77-79

LANGEWISCH MWJ, FRISCH GR. Gambling behavior and pathology in relation to impulsivity, sensation seeking, and risky behavior in male college students. *J Gambl Stud* 1998, **14** : 245-261

LEBLOND J, LADOUCEUR R, BLASZCZYNSKI A. Which pathological gamblers will complete treatment? *Brit J Clin Psychol* 2003, **42** : 205-209

LEISERSON V, PIHL RO. Reward-sensitivity, inhibition of reward-seeking, and dorsolateral prefrontal working memory function in problem gamblers not in treatment. *J Gambl Stud* 2007, **23** : 435-455

LEJOYEUX M, FEUCHÉ N, LOI S, SOLOMON J, ADÈS J. Impulse-control disorder in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity. *Psychiat Res* 1998, **81** : 149-155

LIGHTSEY OR, HULSEY CD. Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students. *J Couns Psychol* 2002, **49** : 202-211

LINNET J, ROJSKJAER S, NYGAARD J, MAHER BA. Episodic chasing in pathological gamblers using the Iowa Gambling Task. *Scand J Psychol* 2006, **47** : 43-49

MACCALLUM F, BLASZCZYNSKI A, LADOUCEUR R, NOWER L. Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. *Pers Indiv Differ* 2007, **43** : 1829-1838

MACKILLOP J, ANDERSON EJ, CASTELDA BA, MATTSON RE, DONOVICK PJ. Convergent validity of measures of cognitive distortions, impulsivity, and time perspective with pathological gambling. *Psychol Addict Behav* 2006a, **20** : 75-79

MACKILLOP J, ANDERSON EJ, CASTELDA BA, MATTSON RE, DONOVICK PJ. Divergent validity of measures of cognitive distortions, impulsivity, and time perspective in pathological gambling. *J Gambl Stud* 2006b, **22** : 339-354

MACLEOD CM. Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychol Bull* 1991, **109** : 163-203

MARTINOTTI G, ANDREOLI S, GIAMETTA E, POLI V, BRIA P, JANIRI L. The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Compr Psychiat* 2006, **47** : 350-356

MCCORMICK RA. Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addict Behav* 1993, **18** : 331-336

MCDANIEL SR, ZUCKERMAN M. The relationship of impulsive sensation seeking and gender to interest and participation in gambling activities. *Pers Indiv Differ* 2003, **35** : 1385-1400

MILLER J, FLORY K, LYNAM DR, LEUKEFELD C. A test of the four-factor model of impulsivity-related traits. *Pers Indiv Differ* 2003, **34** : 1403-1418

MOORE SM, OHTSUKA K. Gambling activities of young Australians: developing a model of behaviour. *J Gambl Stud* 1997, **13** : 207-236

NEWMAN JP, PATTERSON CM, KOSSON, DS. Response perseveration in psychopaths. *J Abnorm Psychol* 1987, **96** : 145-148

NORDIN C, NYLANDER PO. Temperament and character in pathological gambling. *J Gambl Stud* 2007, **23** : 113-120

NOWER L, BLASZCZYNSKI A. Impulsivity and pathological gambling: a descriptive model. *Int Gambl Stud* 2006, **6** : 61-75

NOWER L, DEREVENSKY JL, GUPTA R. The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping, and substance use in youth gamblers. *Psychol Addict Behav* 2004, **18** : 49-55

PETRY NM. Gambling problems in substance abusers are associated with increased sexual risk behaviors. *Addiction* 2000, **95** : 1089-1100

PETRY NM. Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *J Abnorm Psychol* 2001a, **110** : 482-487

PETRY NM. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug Alcohol Depen* 2001b, **63** : 29-38

PETRY NM, CASARELLA T. Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems. *Drug Alcohol Depen* 1999, **56** : 25-32

POSNER MI, ROTHBART MK. Research on attention networks as a model for the integration of psychological science. *Ann Rev Psychol* 2007, **58** : 1-23

POTENZA MN, STEINBERG MA, SKUDLARSKI P, FULBRIGHT RK, LACADIE CM, WILBER MK, et coll. Gambling urges in pathological gambling: a functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiat* 2003a, **60** : 828-836

POTENZA MN, LEUNG HC, BLUMBERG HP, PETERSON BS, FULBRIGHT RK, LACADIE CM. An FMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. *Am J Psychiat* 2003b, **160** : 1990-1994

POWELL J, HARDOON K, DEREVENSKY JL, GUPTA R. Gambling and risk-taking behavior among university students. *Subst Use Misuse* 1999, **34** : 1167-1184

RAVIV M. Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers. *J Gambl Stud* 1993, **9** : 17-30

RAYLU N, OEI TPS. Pathological gambling: a comprehensive review. *Clin Psychol Rev* 2002, **22** : 1009-1061

REGARD M, KNOCH D, GÜTLING E, LANDIS T. Brain damage and addictive behavior: a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathological gamblers. *Cognitive Behav Neurol* 2003, **16** : 47-53

REITH G. Gambling and the contradictions of consumption. A genealogy of the "pathological" subject. *Am Behav Sci* 2007, **51** : 33-55

REYNOLDS B. A review of delay-discounting research with humans: relations to drug use and gambling. *Behav Pharmacol* 2006, **17** : 651-667

RODRIGUEZ-JIMENEZ R, AVILA C, JIMENEZ-ARRIERO MA, PONCE G, MONASOR R, JIMENEZ M. Impulsivity and sustained attention in pathological gamblers: influence of childhood ADHD history. *J Gambl Stud* 2006, **22** : 451-461

RUGLE L, MELAMED L. Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 1993, **181** : 107-112

SCHMIDT RE, GAY P, VAN DER LINDEN M. Facets of impulsivity are differentially linked to insomnia: Evidence from an exploratory study. *Behav Sleep Med*, sous presse

SKITCH S, HODGINS D. Impulsivity, compulsivity, and pathological gambling: an exploratory study of pathological gambling as an impulsivity-compulsivity spectrum disorder. *Int Gambl Stud* 2004, **4** : 175-188

SLUTSKE WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry* 2006, **163** : 297-302

SLUTSKE WS, CASPI A, MOFFITT TE, POULTON R. Personality and problem gambling. A prospective study of a birth cohort of young adults. *Arch Gen Psychiat* 2005, **62** : 769-775

SMITH GT, FISCHER S, CYDERS MA, ANNUS, A, SPILLANE, NS, MCCARTHY DM. On the validity and utility of discriminating among impulsivity-like traits. *Assessment* 2007, **14** : 155-170

STEEL Z, BLASZCZYNSKI A. The factorial structure of pathological gambling. *J Gambl Stud* 1996, **12** : 3-20

STEEL Z, BLASZCZYNSKI A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction* 1998, **93** : 895-905

TANABE J, THOMPSON L, CLAUS E, DALWANI M, HUTCHISON K, BANICH MT. Prefrontal cortex activity is reduced in gambling and nongambling substance users during decision-making. *Hum Brain Mapp* 2007, **28** : 1276-1286

TAVARES H, ZILBERMAN ML, HODGINS DC, EL-GUEBALY N. Comparison of craving between pathological gamblers and alcoholics. *Alcoholism Clin Exp Res* 2005, **29** : 1427-1431

TORRUBIA R, AVILA C, MOLTO J, CASERAS X. The sensivity to punishment and sensitivity to reward questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Pers Indiv Differ* 2001, **31** : 837-862

VAN DER LINDEN M, MEULEMANS T, SERON X, COYETTE F, ANDRES P, PRAIRIAL C. L'évaluation des fonctions exécutives. *In* : Traité de neuropsychologie clinique, Tome 1. SERON X, VAN DER LINDEN M (eds). Solal, Marseille, 2000

VAN DER LINDEN M, D'ACREMONT M, ZERMATTEN A, JERMANN F, LAROI F, WILLEMS S, et coll. A French adaptation of the UPPS Impulsive Behavior Scale: confirmatory factor analysis in a sample of undergraduate. *Eur J Psychol Assess* 2006, **22** : 38-42

VITARO F, ARSENEAULT L, TREMBLAY RE. Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *Am J Psychiat* 1997, **154** : 1769-1770

VITARO F, FERLAND F, JACQUES C, LADOUCEUR R. Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. *Psychol Addict Behav* 1998, **12** : 185-194

VITARO F, ARSENEAULT L, TREMBLAY RE. Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction* 1999, **94** : 565-575

WHITESIDE SP, LYNAM DR. The Five Factor Model and Impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Pers Indiv Differ* 2001, **30** : 669-689

WHITESIDE SP, LYNAM DR, MILLER J, REYNOLDS B. Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale: a four-factor model of impulsivity. *Eur J Personality* 2005, **19** : 559-574

WHITTLE S, ALLEN NB, LUBMAN DI, YÜCEL M. The neurobiological basis of temperament: towards a better understanding of psychopathology. *Neurosci Biobehav R* 2006, **30** : 511-525

WINTERS KC, SPECKER S, STINCHFIELD RS. Measuring pathological gambling with the Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS). *In* : The downside:

problem and pathological gambling. MARROTA J, CORNELIUS JA, EADINGTON WR (eds). University of Nevada, Reno NV, 2002

WOLFGANG AK. Gambling as a function of gender and sensation seeking. *J Gambl Stud* 1988, **4** : 71-77

ZIMBARDO PC, BOYD JN. Putting time in perspective: a valid, reliable individual-differences metric. *J Pers Soc Psychol* 1999, **77** : 1271-1288

ZUCKERMAN M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. Cambridge University Press, New York, 1994

6

Approche psychologique des pratiques de jeux vidéo et sur Internet

Les travaux portant spécifiquement sur les jeux vidéo (*playing*) et le *gambling* sur Internet sont peu nombreux et quasi inexistants en France. Les usages d'Internet donnent lieu à des pratiques ludiques, comme en témoignent le célèbre site de *Second Life*, les pratiques de *chat*, ou de discussion en temps réel (MSN). Les jeux vidéo sur console ou sur ordinateur et les jeux de rôle sont actuellement transposés ou créés spécifiquement pour un nouveau marché sur Internet qui donne accès à une nouvelle pratique multi-joueurs : jeux de rôle massivement multi-joueurs ou MMORPG et jeux massivement multijoueurs ou MMOG.

L'essentiel des travaux portent sur les nouveaux modes de jeux et s'intéressent plus particulièrement aux adolescents, sans doute parce que ces derniers pratiquent plus que les autres les jeux vidéo. Le champ d'analyse est vaste, nous tenterons donc d'identifier les points communs et les différences qui existent entre les pratiques de jeux vidéo et de jeux sur Internet, plus particulièrement avec le *gambling*, et analyserons également les pratiques d'Internet avec une attention particulière sur les jeux massivement multi-joueurs.

Fuite du réel ou perte de soi dans le virtuel

Nous aborderons tout d'abord, et essentiellement, la question des jeux vidéo, qui constituent le cœur de nouvelles pratiques ludiques avec les craintes que soulève leur usage excessif. La question des rapports entre réel et virtuel est essentielle dans les craintes qui s'expriment au sujet des jeux vidéo. Pour Stora (2004), « la représentation en image semble être le moyen pour de plus en plus d'individus de mettre à distance des affects trop déstructurants ». Stora souligne le pouvoir de captation des jeux vidéo sur certains enfants. Cet auteur s'appuie sur la théorie de Tisseron pour affirmer que « la télévision pour ce type de configuration a une valeur de schème d'enveloppe, mais vide

de sens ». Comme la plupart des objets d'addiction, indique-t-il, les images ont une valeur anti-dépressive.

« L'engloutissement passionnel dans un univers parallèle est le plus problématique pour certains sujets » (Valleur, 2006). Il est propre aux univers du MMORPG. Le sentiment d'identification est très puissant (Shulga, 2003), à tel point que l'univers virtuel, avec la force du sentiment d'immersion, peut devenir aussi important que le réel. La clinique, selon Valleur, met les thérapeutes en contact avec des jeunes devenus dépendants lors de phases existentielles difficiles. « On peut donc dire que le jeu a trop fortement une fonction de catharsis : les risques pris dans le virtuel… n'ont pas valeur d'apprentissage... Il s'agit d'une rencontre entre un produit, une personnalité, et un moment socio-culturel »[12]. C'est aussi ce que rappelle Jauréguiberry, qui constate qu'Internet peut devenir « une drogue du moi ». D'autres auteurs se demandent si l'usage du téléphone portable dans tous les interstices du quotidien ne vient pas pour rassurer dans son identité la personne qui joue. Ce besoin serait né de « l'état dans lequel les relations sociales sont principalement vécues, éprouvées sur le mode de la contrainte (sous une forme réifiée) c'est-à-dire sur un mode qui ne leur permet plus de supporter l'individu, de garantir sa singularité, mais au contraire la menacent » (Craipeau et Dubey, 2006).

Recherche de puissance et désir de contrôle

« Le jeu vidéo ou plus exactement l'interactivité, permettrait aux sujets déprimés d'enrichir leur Moi par une main-mise sur un environnement en puissance » (Jauréguiberry, 2004). On peut considérer cette recherche de toute puissance et de maîtrise, maîtrise technique, maîtrise du monde, de soi et de l'autre, comme un phénomène sociologique autant que psychologique (Young, 1996 ; Craipeau et coll., 2005). On retrouve, exprimé autrement, ce désir de « jouer pour refuser le hasard » (Bougeneaux, 1997). Ce sentiment de puissance donné par le jeu vidéo et la pratique d'Internet vient directement de l'extension de la capacité d'action à laquelle ils donnent accès et, dans le cas de certains jeux, des sensations procurées qui simulent l'action (Craipeau et coll., 2005).

Il y a pathologie dans la pratique des jeux vidéo, nous dit Tisseron, lorsque le joueur s'engage « dans le cauchemar d'un contrôle omnipotent ». La pathologie survient avec le désir de contrôle absolu (Tisseron, 2006). C'est aussi le contrôle et le sentiment de compétence que Schaffer (1996) met en avant

12. Valleur fait référence à l'approche trivariée d'Olievenstein. Seys insiste aussi sur la rencontre entre produit et personnalité.

dans le plaisir de la navigation sur Internet. Finalement, l'attrait du jeu vidéo ne vient-il pas de ce qu'il combine illusion de contrôle, voire de puissance, et de maîtrise du sens ? Car ces jeux se caractérisent par les règles sur lesquelles ils reposent, règles que l'on peut difficilement ignorer ou outrepasser puisqu'elles sont inscrites dans le système informatique. C'est finalement le monde de la simulation qui est le propre de ces jeux : « la philosophie du jeu Donjons et Dragons, avec ses livres de règles, semble plus attrayante et stimulante que l'histoire de la vraie vie et que les jeux de fiction dont les règles sont moins précises » (Turkle, 1984). La seule obligation dans ces jeux est la logique. Logique et cohérence, voici enfin un monde que l'on peut expliquer, qui répond à des règles connues.

Recherche de sensations et recherche de sens

Zuckerman (1979) soutient l'idée de l'importance de la recherche de sensations dans l'addiction, en particulier avec les jeux vidéo. Cependant, des recherches menées sur un éventuel lien entre dépendance à Internet et recherche de sensations concluent, contre toute attente, que les personnes dépendantes d'Internet ont un score significativement plus faible sur l'échelle de recherche de sensations (Scherer, 1997). Une explication serait que les utilisateurs d'Internet chercheraient plus des sensations non physiques (Lavin et coll., 1999). La réalité sensible est dédoublée, « on se retrouve à la fois dans la réalité externe et dans le virtuel. Cela amène à réfléchir sur le rapport entre réalité et imaginaire » (Gimenez et coll., 2003). Lin et Tsai (2002) rappellent que la recherche de sensations caractérise l'adolescence. Ils ont identifié des adolescents surfant sur Internet plus de 20 heures par semaine, utilisant surtout l'IRC[13], les jeux et la messagerie.

D'autres travaux sociologiques insistent, sans nécessairement faire le lien avec l'addiction, sur l'importance de l'univers sensoriel ouvert par les jeux vidéo. Ces jeux sont alors un moyen de combler l'ennui, le vide en soi, ou bien, paradoxalement, permettent d'évacuer une tension, un trop plein et d'une certaine façon de créer un vide considéré comme reposant. On retrouve la recherche d'excitation/apaisement près de la mère qu'évoque Tisseron. La recherche de sensations se trouve très souvent associée à une recherche de puissance, ou de maîtrise de soi, de l'environnement, voire des autres (Craipeau et coll. 2005 ; Roustan, 2005). C'est d'ailleurs à cette recherche de sensations que Tisseron associe le risque majeur

13. *Internet Relay Chat* ou discussion relayée par Internet

d'addiction (Tisseron, 2006). Parmi les quatre types de joueurs qu'il identifie, ce sont ceux qui recherchent l'excitation qui « sont probablement les plus menacés par le risque de devenir accros aux jeux vidéo, car ceux-ci sont comparables pour eux à n'importe quel autre toxique ». « Selon ce qu'il privilégie, le joueur de jeux vidéo s'engage soit du côté du bain d'excitations, soit du côté de sa maîtrise et de sa mise en sens » écrit encore Tisseron (2006). Cette recherche de « mise en sens » est très récurrente (Craipeau et coll., 2005). C'est ici que l'on peut d'ailleurs considérer la dimension sociologique, voire anthropologique majeure de ces jeux : ils correspondraient particulièrement aux caractéristiques de nos sociétés industrialisées, dans lesquelles le corps n'est plus tant le médiateur avec le monde réel que le réel immédiat (Balandier, 2001).

Repli sur soi ou forme de sociabilité particulière

La question de la sociabilité, ou plutôt de son opposé, le repli sur soi, noircit les colonnes des journaux sur les jeux vidéo et, plus globalement, sur les internautes ou les personnes dépendantes à Internet. Qu'en est-il ? Valleur souligne que ces pratiques ludiques peuvent « tantôt améliorer les échanges entre jeunes, tantôt au contraire contribuer à leur isolement ». C'est ce que analysent Seys et Bathany (2003) ainsi que Stora (2004) qui indiquent que cette pratique peut même être thérapeutique. Des enquêtes sociologiques ont montré que la pratique vidéo ludique ne signifie pas isolement, mais engagement dans une forme de sociabilité particulière, qui se caractérise par la faiblesse de son engagement et sa large extension, par son cantonnement, le plus souvent, dans l'univers de jeu (Craipeau et Legout, 2003 ; Seys et Bathany, 2003). Ces pratiques ludiques correspondent à une socialisation entre pairs et à une recherche identitaire (Trémel, 2001 et 2004).

La mise en danger des relations sociales est faible dans le jeu vidéo. Cela va à l'encontre des clichés sur le joueur désocialisé par l'univers virtuel.

Simon (2006) met en question la durée même de ces jeux, dont la mémoire est gardée informatiquement, « dans certains jeux MMORPG la notion même de gain est renvoyée à l'infini ». Pour Simon « l'impression clinique suggère une chronicité moindre par rapport aux jeux d'argent ».

Griffiths (2003) préconise de distinguer le jeu excessif selon les différents media supports. En fait de nombreux auteurs mettent l'accent sur la dimension ambiguë d'Internet et des jeux vidéo : positive pour les individus bien intégrés socialement, négative pour les isolés et pour les sujets souffrant de difficultés psychologiques. Par ailleurs, l'usage pathologique d'Internet semble être plus un trouble associé à un désordre psychiatrique que véritablement être à son origine (Seys et Bathany, 2003 ; Valleur, 2006).

Hallucination et adhésion

Déjà Turkle en 1984 signale « le pouvoir de fascination de l'ordinateur ». « L'emprise des jeux vidéo, la fascination quasi hypnotique qu'ils exercent, se retrouvent dans le pouvoir de l'ordinateur ». Le support technique du jeu a un rôle décisif : « bien qu'il soit devenu habituel de qualifier le jeu vidéo d'interactif, les joueurs décrivent leur expérience du jeu vidéo moins comme une conversation que comme l'impression d'habiter l'esprit d'une autre personne. La fusion remplace la conversation. Quand on joue au flipper, on agit sur la balle. Quand on joue à *Pac Man*, on est le personnage qui agit » (Turkle, 1984). Tisseron (2006) rappelle que les premières images, chez le bébé, sont des hallucinations, et que nous en avons tous la nostalgie. Les drogues diverses seraient recherchées comme des tentatives pour renouer avec cette expérience. C'est bien d'expérience hallucinatoire dont parle Roustan qui souligne la force adhésive de la pratique du jeu vidéo (Roustan, 2005). Jauréguiberry (2004) analyse les jeux d'identité sur Internet comme « l'essai de soi sur un autre ». Cela amène, comme d'autres travaux l'ont souligné, (Craipeau et coll., 2005), à des possibilités contradictoires, « d'un côté l'enfermement dans le virtuel à cause du réel social. De l'autre, à l'inverse, le questionnement du réel à cause du virtuel ».

Mais il est indispensable de différencier les situations de jeux, les types de jeux et de joueurs, Le contexte de jeu selon qu'il est pratiqué de manière solitaire ou non est un facteur important (Williams et Skoric, 2005).

Tisseron propose une typologie des joueurs :
- le premier groupe rassemble ceux qui recherchent l'excitation, les sensations ;
- le deuxième regroupe les joueurs qui aiment manipuler les figurines sur l'écran, les avatars représentant divers aspects d'eux-mêmes ;
- le troisième groupe rassemble les joueurs qui cherchent à être reconnus comme « grands joueurs » ;
- dans le quatrième groupe, ce sont les joueurs qui cherchent à nouer des liens.

Risques de pratique excessive

La cyberaddiction est un phénomène controversé et difficile à évaluer. Selon un rapport commandé par l'Association médicale américaine (AMA), la plus importante association de médecins, 15 % des jeunes qui vivent aux États-Unis (soit plus de 5 millions de personnes) auraient une pratique excessive des jeux vidéo. Notons que le directoire scientifique de l'AMA a refusé récemment de classer formellement l'usage excessif de jeux vidéo parmi les addictions d'ordre psychiatrique. Alors que le rapport, préparé à

l'occasion du congrès annuel de l'AMA, recommandait que la dépendance aux jeux vidéo soit inscrite dans le manuel de diagnostic psychiatrique (DSM), les délégués de l'AMA ont préféré adopter une position plus prudente, rappelant simplement que le fait de jouer très longtemps aux jeux vidéo et aux jeux en ligne peut créer des problèmes chez les enfants et les adultes. Ils ont appelé à approfondir la recherche, afin notamment de définir un temps d'exposition aux jeux vidéo « approprié » pour les enfants[14].

Nous tenterons, au-delà des approches en termes de pathologie ou d'addiction, de comprendre ce que signifient, sociologiquement, ces pratiques de jeu. Car la question de l'addiction pose la question des normes sociales. Valleur (2006) souligne ainsi que contrairement à ce qu'une forte médiatisation pourrait laisser croire, le phénomène d'addiction aux jeux vidéo est moindre que celui des drogues. Il estime que la crainte de l'addiction aux jeux vidéo est la manifestation de difficultés qui se situent ailleurs dans la famille[15], d'autant que cette pratique culturelle est nouvelle et peu connue des parents. Cette crainte est relayée par les médias qui mettent en avant la seule dimension pathologique des jeux vidéo. Il constate que les cas d'abus important ou de dépendance à ces jeux sont le fait des jeux en ligne et non des jeux de console ou sur ordinateur. Ce qui est pointé et redouté, c'est la perte de contact avec la réalité par l'immersion dans le virtuel, et la perte de contrôle de soi dans l'addiction.

Peut-on réellement parler d'addiction (Gimenez et coll., 2003) ? S'agit-il d'une addiction à Internet ou à l'ordinateur, se demandent différents auteurs. La cyberaddiction est parfois présentée comme une nouvelle forme de pathologie car elle est sans produit. Il s'agit d'ailleurs souvent d'une polyaddiction dans la mesure où il s'agit d'une addiction au jeu, à l'achat compulsif, ou à la communication. Les auteurs notent que l'on peut distinguer plusieurs formes d'addiction à Internet, selon les usages pratiqués, mais que c'est l'addiction à une forme de communication spécifique (IRC), aux jeux et à la cybersexualité qui est particulièrement étudiée. Ils parlent d'addiction à la relation virtuelle.

Thomas Gaon (psychologue à l'OMNSH[16]) repère des facteurs de dépendance spécifiques aux MMORPG :

- la durée illimitée ;
- le caractère évolutif en développement perpétuel du jeu et des personnages ;
- la volonté de rentabilisation de l'abonnement par le joueur ;
- l'illusion d'un contact social ;

14. Le Monde.fr avec AP mise à jour le 28.06.07

15. Pour M. Valleur le jeu devient un refuge dans les familles récemment recomposées, ou dans des situations de séparation, de fortes tensions, (article Enfances Psy 2006)

16. Observatoire des Mondes Numériques en Sciences Humaines

• la ressemblance entre le virtuel et le réel (substitution) ;
• la place du joueur définie dans le monde virtuel (et sa valorisation par les pairs).

Cette addiction a des traits communs avec d'autres, mais présente quelques spécificités. Certains chercheurs (Griffiths et coll., 2004) désignent comme « addiction technique » une interaction homme-machine excessive. Ils définissent l'addiction comportementale comme addiction sans produit, qui comprend les 6 caractéristiques clé de l'addiction : la salience (survalorisation du besoin), la modification de l'humeur, la tolérance, les symptômes de manque, le conflit (avec les proches ou soi-même), la rechute. Pour ces auteurs, l'addiction aux jeux vidéo existe mais ne concerne qu'une toute petite minorité de personnes. La notion d'addiction technique se retrouve dans les comparaisons faites par plusieurs auteurs entre machines à sous et jeux vidéo (Simon, 2006). Le critère de perte de contrôle, renvoyant à la dimension impulsive, présente une fréquence similaire entre jeux d'argent et jeux vidéo[17] (Billieux et coll., 2008). Certains auteurs distinguent les dépendants primaires qui sont passionnés par l'informatique, voire par leur ordinateur, et les dépendants secondaires pour qui Internet est un moyen d'accès à l'objet de leur passion. La plupart insistent sur la désinhibition que procure Internet dans les interactions (Craipeau, 2002 ; Gimenez et coll., 2003). L'accent est mis sur l'anonymat qui caractérise les échanges sur les IRC et les MUD[18] et la faiblesse du risque que l'on y trouve. Les échanges sont soutenus par la valorisation narcissique qu'ils apportent. La création et l'usage d'un code spécifique contribuent à créer un sentiment d'appartenance.

Pour d'autres auteurs, l'addiction ne réside pas dans l'objet. Ainsi, Schaffer (à la suite de Valleur et d'autres) signale que l'addiction n'est pas le fait des objets comme l'ordinateur ou l'électronique, mais de l'expérience subjective (Schaffer, 1996). L'expérience de l'ordinateur et d'Internet plaît en ce qu'elle stimule les sens et modifie l'état intérieur. Plusieurs travaux notent le caractère « phasique » (Griffiths et Hunt, 1998 ; Grohol, 1999 cité par Romo et coll., 2004) de l'addiction à Internet : passée une phase d'immersion totale, l'internaute revient à une pratique moins intense. Il paraît difficile de distinguer les joueurs en ligne dont l'engagement est très fort, mais inoffensif, des joueurs que l'on pourrait qualifier d'addicts (Griffiths et coll., 2004). Griffiths (2002) indique que la première étude britannique concernant le *gambling* sur Internet recense 1 % d'utilisateurs d'Internet ayant pratiqué le *gambling*.

Roustan (2005) se demande si le joueur est pris dans le jeu ou par le jeu vidéo, passant ainsi d'une activité ludique à une addiction. L'auteur identifie des similitudes dans les discours et les utilisations faites du jeu vidéo et de la

17. Le diagnostic du jeu d'argent pathologique servit de modèle à K. Young pour établir une liste de critères diagnostiques du trouble d'addiction à Internet (Seys et Bathany, 2003).
18. Jeux de donjons et dragons (*Multi User Dungeon*), jeu de rôle textuel sur Internet

drogue. « Dans l'engagement total du joueur nécessaire à son maintien dans une réalité virtuelle se dessine en creux son indisponibilité à autre chose ou à autrui » (Roustan, 2005). L'auteur attribue l'effet d'adhésion à l'image, à la logique interne du jeu vidéo. Les jeux en ligne à univers persistant sont parmi les plus addictifs. Le fait que le jeu ne s'arrête jamais est un facteur puissant d'addiction. Certains joueurs évitent de sortir d'un jeu qui vit sans eux. Leur départ, même momentané, est vécu comme une exclusion sociale (Craipeau et coll., 2003). On voit bien la proximité qui peut s'établir d'entrée de jeu entre drogue et usage excessif d'Internet et des jeux vidéo. Mais c'est aussi ce qui, paradoxalement, les distingue, selon Tisseron pour qui la dépendance aux jeux vidéo diffère de celle aux jeux d'argent ou aux drogues : « le joueur vidéo serait plus interactivo-dépendant, c'est-à-dire dépendant de la fantastique interactivité qu'il établit avec sa machine.» (Tisseron, 2006).

Le jeu devient problème lorsque les limites entre jeu et vie courante ne sont plus établies, lorsqu'il y a « contagion de la réalité ». Mais dans la pratique les joueurs font très bien la différence entre ces deux espaces (Craipeau et Koster, 2007). On assiste plutôt, avec les MMORPG, à un brouillage entre les frontières traditionnelles entre monde virtuel et monde réel, mais ce brouillage n'est pas le propre des jeux ni des personnes dépendantes. Il traverse maintenant l'ensemble de notre société ; pensons à l'importance de la bourse par exemple. À l'inverse, des joueurs parlent du jeu comme d'un travail[19] (Craipeau, 2002 ; Craipeau et Koster, 2007). D'ailleurs des entreprises recrutent des *hard core gamers* (les joueurs de haut niveau, jouant beaucoup), ceux-ci étant supposés avoir appris la gestion d'équipe et la compétition sociale (le journal *Wired* titre un de ses articles : « *you play world of warcraft ? you're hired* »[20]. On sait par ailleurs que bien des jeux MMORPG sont organisés en guildes, c'est-à-dire sur le modèle des entreprises (Largier, 2003).

L'usage du téléphone portable peut donner lieu à des pratiques excessives. Le rôle de l'impulsivité dans ces cas paraît déterminant (Billieux et coll., 2008). Pour ces auteurs, le sentiment d'urgence est la composante de l'impulsivité la plus étroitement corrélée aux problèmes de l'usage du téléphone mobile. Ces analyses psychologiques sont éclairées d'un point de vue sociologique par certains auteurs qui soulignent l'importance du sentiment d'urgence dans nos sociétés modernes (Jauréguiberry, 2004) mais également d'autres dimensions comme la place de la performance.

Griffiths et Davies[21] (2005) trouvent des points communs aux pratiques de machines à sous et des jeux vidéo :

- le besoin d'une réponse à des stimuli prévisibles et construits par des algorithmes ;

19. Un joueur dit qu'il vaut mieux ne pas flâner dans l'univers de jeu (Craipeau et Koster, 2007)

20. « Vous jouez à world of Warcraft ? Vous êtes recruté »

21. Griffiths a raison, nous semble-t-il de parler d'addiction technique (Griffiths et Davies, 2005)

• le besoin d'une totale concentration et d'une coordination œil-main ;
• un large éventail de jeux accessibles grâce à la performance du joueur ;
• un grand nombre de gratifications visuelles et auditives lorsqu'on gagne, des récompenses qui augmentent au fur et à mesure que l'on gagne et donc renforcent les comportements corrects ;
• l'affichage numérique des scores obtenus, l'occasion d'obtenir l'attention et l'agrément du groupe de pairs à travers la compétition, c'est ce que l'on retrouve avec les MMORPG (Craipeau, 2002 ; Craipeau et Koster, 2007).

La pratique du jeu vidéo conduit souvent à celle des machines à sous selon Griffiths (1991), les deux pratiques, lorsqu'elles sont excessives, sont souvent associées chez les adolescents (Wood et coll., 2004).

Schaffer (1996) indique que, comme les jeux d'argent et de hasard, l'utilisation de l'ordinateur permet une accélération du temps subjectif. Il n'est pas le seul à souligner l'importance de cette transformation du temps. Mais il ne cherche pas à comprendre ce que cela signifie.

Le risque nouveau introduit par la numérisation des jeux de hasard et d'argent depuis leur apparition est leur déterritorialisation qui introduit de nouvelles zones franches incontrôlables (Tremblay, 2003). En 2000, on répertorie plus de 600 sites, entre 2001 et 2002, la proportion d'américains ayant gagé sur Internet est passée de 1 % à 3 %.

Industrie du jeu et addiction

Ce qui est pointé et redouté dans l'addiction aux jeux, c'est la perte de contact avec la réalité par l'immersion dans le virtuel et la perte de contrôle de soi. Or, ces deux aspects interrogent deux dimensions centrales de notre société. Stora (2004) indique par exemple que les parents sur-stimulent de plus en plus leurs enfants. Plus globalement, ils donneraient trop de choix à leur enfant, faisant émerger des « affects dépressifs et une confusion quant à ses désirs, ceux-ci n'étant plus nommés par les parents ».

Par ailleurs, l'intérêt voire la passion que suscitent les jeux sur Internet, sont semble-t-il directement liés à leurs caractéristiques techniques combinées à des phénomènes sociaux typiques de notre modernité : rechercher les performances, les sensations, privilégier le temps présent, l'immédiat et l'urgent[22]. Ces caractéristiques modernes du jeu sont renforcées par les stratégies de

22. BALANDIER G. Le Grand Système, Fayard, 2001 : « La mobilité et la vitesse sont désormais des valeurs économiques, sociales, et individuelles prédominantes. Elles façonnent d'autant plus les manières d'être, l'économie des passions et l'astreinte à la servitude à la performance que les temporalités actuelles déprécient le différé à l'avantage de l'immédiat et de l'urgent ».

leurs concepteurs. Le jeu MMORPG *World of Warcraft* apparaît comme le prototype du jeu réussi (du point de vue des industriels).

La société *Blizzard Entertainement* a développé le MMORPG *World of Warcraft* (WoW) pour *Vivendi Games*. C'est le premier MMORPG qui s'adresse au grand public. Entrant dans un monde imaginaire nommé Azeroth, le joueur choisit son personnage parmi huit ou dix races disponibles divisées en deux factions : l'Alliance et la Horde. La personnalisation comprend également le choix d'une classe (guerrier, mage, voleur, prêtre, chasseur, druide, démoniste, paladin et chaman). Les joueurs sont invités à choisir entre différents métiers. WoW reprend les caractéristiques classiques d'un MMORPG : nombreuses quêtes, univers assez étendu divisé en zones de niveau et en « zones instanciées » (zones réservées à un groupe de joueurs). Ces dernières permettent à un groupe plus ou moins important (de 2 à 40 joueurs) de se retrouver seuls dans une partie du monde. C'est l'occasion de se confronter à des monstres divers plus difficiles à vaincre que le commun des créatures peuplant Azeroth. Tuer des monstres et faire des quêtes permettent d'acquérir de l'expérience. Outre l'expérience, les quêtes récompensent le joueur en équipement, réputation et en argent. WoW propose un système d'artisanat (dépeceur, forgeron…) et de compétences secondaires (pêche, secourisme, cuisine). Il est possible de soigner un autre joueur à l'aide de la compétence « premiers soins » ; les ingénieurs peuvent créer et utiliser diverses inventions loufoques et gadgets. Des quêtes peuvent être effectuées seul ou en groupe. Il faut compter des centaines d'heures pour arriver à un bon niveau et pour s'équiper à sa guise. WoW propose un panel relativement riche de règles du jeu et de possibilités permettant de couvrir les différentes attentes des joueurs. Ainsi, il est possible d'acquérir de l'équipement et de l'expérience en combattant d'autres joueurs dans les zones de combats, en affrontant des créatures avec un groupe dans un univers magique ou bien tout simplement en faisant du commerce (grâce à un système de ventes aux enchères des objets créés ou trouvés par les joueurs) (d'après *World of Warcraft*, Wikipedia).

Ce jeu a clairement une structure de récompense consciencieusement fabriquée et addictive. La récompense augmente doucement, tout comme la difficulté et le renforcement de l'engagement du joueur. Les joueurs sont toujours sur le point de parvenir à de nouvelles compétences, de découvrir de nouveaux contenus. De ce point de vue, WoW est une expérimentation sur la psychologie de la motivation et sur les facteurs de plaisir (Duchenaut et coll., 2006). Ainsi, au-delà de l'addiction en tant que telle, ce qui nous paraît pertinent et urgent à interroger, c'est le rôle et la place de l'industrie du loisir et des nouvelles technologies, ainsi que l'usage qui est fait des travaux en sciences humaines et sociales, travaux qui fournissent les modèles permettant de créer des mondes sociaux (économie, anthropologie, sociologie) et les modèles behavioristes de comportement.

Une enquête quantitative en ligne sur le jeu *World of Warcraft* (Duchenaut et coll., 2006) analyse la façon dont la conception du jeu récompense aussi

bien les joueurs qui consacrent 1 heure que ceux qui jouent 20 heures par semaine. Ainsi, les personnages sont considérés au repos lorsqu'ils ne sont pas dans le jeu. Quand les joueurs retournent à un personnage bien reposé, ils gagnent 50 % de points en plus. Plus le joueur passe du temps hors jeu, plus il obtient de bonus. Cela a été conçu pour permettre à des joueurs occasionnels de se mesurer à des « *hardcore* ». WoW débute avec des gratifications, mais lorsque les tâches deviennent triviales, elles sont remplacées par des tâches légèrement plus difficiles et des promesses de récompense plus importante. En fait l'apprentissage des joueurs répond à un concept de conditionnement. « Le fait que le jeu offre une lente progression indique à quel point les concepteurs ont cherché à concevoir une subtile mécanique du jeu » (Duchenaut et coll., 2006).

Second Life est un univers virtuel en 3D sorti en 2003. Il permet à l'utilisateur de vivre une sorte de « seconde vie ». La majeure partie du monde virtuel est créée par les résidents eux-mêmes qui y évoluent au travers des avatars qu'ils créent. L'univers se démarque également par son économie : les résidents peuvent créer et vendre leurs créations (vêtements, immobilier). Les échanges se font en dollars Linden, une monnaie virtuelle qui peut être échangée contre de la monnaie réelle. *Second Life* n'est pas un jeu *stricto sensu* mais un espace d'échanges (donc de jeu si les utilisateurs le désirent), visant à être aussi varié que la vie réelle. C'est un forum Internet où s'expriment les engagements sociaux et politiques de manière libre et internationale ; les débats, expositions, conférences, formations, recrutements, concerts, mariages sont des événements courants sur *Second Life* (Wikipedia, *Second Life*). Cet univers est fortement investi par les organisations, comme vitrine et moyen de marketing, on y trouve un site de Peugeot ou Adidas, des partis politiques, de grandes écoles… Il est significatif d'un certain effacement des frontières entre monde ludique, monde économique, lieu de sociabilité et lieu d'information.

En conclusion, les auteurs divergent dans leur évaluation et leur analyse du jeu excessif avec les technologies de l'information. La dépendance viendrait pour les uns du medium lui-même, ordinateur ou Internet, pour les autres elle relèverait du contenu (jeu vidéo, jeu d'argent, *chat*…), ou des caractéristiques individuelles des joueurs. Ceci se traduit par des divergences sur l'origine du problème : les caractéristiques du jeu sur ces nouveaux supports, les caractéristiques de la population concernée, l'articulation entre ces différentes dimensions (Venisse et coll., 2006). Les jeux vidéo se distinguent des jeux de hasard et d'argent. Ils ne sont pas affaire de hasard mais nécessitent un apprentissage concernant la motricité et le traitement de l'information en particulier (Peter, 2007). Néanmoins, des points communs apparaissent, qui mettent en avant la prépondérance de la recherche de sensations, de contrôle, de puissance. Dans quelle mesure ce qui est stigmatisé comme une perte de contrôle individuel (l'addiction), n'est-il pas dans le même temps

une recherche de contrôle individuel dans un monde qui échappe de plus en plus aux régulations sociales habituelles ? « Plus la vie quotidienne exige des individus de contenir leurs sentiments et l'expression corporelle, et plus les jeux prennent une part importante dans la quête d'émotions fortes. » (Gebauer et Wulf, 2004). On peut considérer par ailleurs que l'attrait grandissant pour les jeux vidéo (peut être aussi pour les jeux de hasard et d'argent) est un signe d'anomie, dont Durkheim indique qu'elle survient lorsque la société est incapable d'assurer ses régulations sociales, « l'état de dérèglement ou d'anomie est donc encore renforcé par le fait que les passions sont moins disciplinées au moment même où elles auraient besoin d'une plus forte discipline… Du haut en bas de l'échelle les convoitises sont soulevées sans qu'elles sachent où se poser définitivement. Rien ne saurait les calmer puisque le but où elles tendent est infiniment au-delà de tout ce qu'elles peuvent atteindre. Le réel paraît sans valeur au prix de ce qu'entrevoient comme possible les imaginations enfiévrées » (Durkheim, 1930). Ce texte, écrit en 1902, paraît concerner tout particulièrement les pratiques vidéo ludiques, voire les jeux de hasard et d'argent. Les jeux vidéo ne sont-ils pas l'espace où se révèlent et se travaillent des enjeux clé de nos sociétés industrielles modernes, tout particulièrement la question du contrôle, ou des règles sociales, la question de ce qui fait la société ?

BIBLIOGRAPHIE

BALANDIER G. Le Grand Système. Fayard, 2001 : 274p

BILLIEUX J, VAN DER LINDEN M, ROCHAT L. The role of impulsivity in actual and problematic use of mobile phone. *Applied Cognitive Psychology* 2008, 8 epub

BOUGENEAUX B. Jouer pour refuser le hasard. *Agone* 1997, **17** : 49-60

CRAIPEAU S. Les jeux en ligne : vers une rationalisation des jeux et de la sociabilité ? Journées d'Étude GET (INT ENST ENSTB), Jeu sociabilité et internet, 5 et 6 Décembre 2002

CRAIPEAU S, LEGOUT MC. La sociabilité mise en scène, entre réel et imaginaire. *In* : La pratique du jeu vidéo : réalité ou virtualité ? ROUSTAN M (ed). L'Harmatttan, Paris, 2003

CRAIPEAU S, DUBEY G. The ways mobile telephone games are used : marking out sociability spaces and 'taking back control' of time. Digifrance Helsinki, 2006

CRAIPEAU S, KOSTER R. Jeux vidéo, imaginaire et pratiques culturelles. Projet JEMTU, Rapport GET INT, 2007

CRAIPEAU S, DUBEY G, LEGOUT MC. Les jeux sur téléphone portable. Projet Méga Usages, Rapport GET INT, avril 2005

DUCHENAUT N, YEE N, NICKELL E, MOORE RJ. Alone together? Exploring the social dynamics of massively, multiplayer online games. CHI avril 2006 Montréal, ACM

DURKHEIM E. Le suicide. PUF, Paris, 1930

GEBAUER G, WULF C. Jeux, rituels, gestes, les fondements mimétiques de l'action sociale. Anthropos, Economica, Paris, 2004

GIMENEZ G, BALDO E, HORASSISUS N, PEDEINNIELLI JL. La dépendance à internet, une addiction nouvelle ? *Info Psy* 2003, **79** : 243-249

GRIFFITHS M. Amusement machine playing in childhood and adolescence: a comparative analysis of video games and fruit machines. *Journal of adolescence* 1991, **14** : 53-73

GRIFFITHS M. Internet gambling, preliminary results of the first UK prevalence studying. eGambling research, 24/6/2002

GRIFFITHS M. Internet gambling: issues, concerns, and recommendations. *Cyberpsychol Behav* 2003, **6** : 557-568

GRIFFITHS MD, HUNT N. Dependence on computer games by adolescents. *Psychological Reports* 1998, **82** : 475-480

GRIFFITHS M, DAVIES NO. Does video game addiction exist ? *In* : Handbook of Computer Game Studies. RAESSENS J, GOLDSTEIN J (eds). MIT Press Cambridge, Massachusetts Cambridge London, England, 2005 : 359-372

GRIFFITHS MD, DAVIES MNO, CHAPPELL D. Online computer gaming: a comparison of adolescent and adult gamers. *Journal of Adolescence* 2004, **27** : 87-96

JAURÉGUIBERRY F. Hypermodernité et manipulation de soi. *In* : L'individu hypermoderne. AUBER N (ed). Eres, Toulouse, 2004

LARGIER A. La guilde dorée, une organisation de joueurs en ligne. *In* : Les jeux en ligne. AURAY N, CRAIPEAU S (eds). Les Cahiers du Numérique, Hermès Lavoisier, 2003, 4(2)

LAVIN M, MARVIN K, MCLARNEY A, NOLA V. Sensation seeking and collegiate vulnerability to Internet dependance. *Cyber Psychology Behavior* 1999, **2** : 425-430

LIN SSJ, TSAI CC. Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior* 2002, **18** : 411-426

PETER C. Motricité virtuelle et communication médiatisée : des jeux vidéo, usages sociaux. Thèse de doctorat en sociologie, La Sorbonne Paris 5, février 2007

ROMO L, AUBRY C, DJORDJIAN J, FRICOT E, ADÈS J. La dépendance à l'internet et la prise en charge cognitivo-comportementale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2004, **14** : 117-123

ROUSTAN M. Sous l'emprise des objets ? Une anthropologie par la culture matérielle des drogues et dépendances. Thèse de sociologie, Paris V, septembre 2005

SCHAFFER HJ. Understanding the means and objects of addiction : Technology, The Internet and Gambling. *Journal of Gambling Studies* 1996, **12** : 461-469

SCHERER K. College life on line. Healthy and unhealthy Internet use. *Journal of College Student developpement* 1997, **38** : 655-665

SEYS B, BATHANY E. Approche psychologique des usages des jeux vidéo et d'internet. Projet GET, rapport ENST Bretagne, mars 2003

SHULGA T. Présence médiatisée et construction de l'espace d'interaction. Comparaison entre jeux de rôle classiques et MMORPG. *In* : Les jeux en ligne. AURAY, CRAIPEAU S (eds). Cahiers du Numérique 2003, 2

SIMON O. Addiction aux jeux vidéo, versus addiction aux jeux d'argent. *Dépendances* 2006, **28** : 16-20

STORA M. Addiction au virtuel, le jeu vidéo. *Adolescence*, 2004

TISSERON S. Les enjeux d'une passion. *Dépendances* 2006, **28** : 6-8

TREMBLAY A. Pour une carte sociale du jeu, une approche historique, des rapports entre le jeu, l'État et la société. *Loisir et société* 2003, **26** : 50-531

TREMEL L. Jeux de rôle, jeux vidéo, multimédia, les faiseurs de mondes. PUF, Paris 2001

TREMEL L. La socialisation des jeunes au travers de la pratique des jeux vidéo multimedia. Séminaire INRP, 27 janvier 2004

TURKLE S. The second self ou Les enfants de l'ordinateur. Denoël, 1984

VALLEUR M. L'addiction aux jeux vidéo, une dépendance émergente ? *Enfances et Psy* 2006, 31

VENISSE JL, ADES J, VALLEUR M. Rapport pour la MILDT concernant le problème de l'addiction aux jeux. 2006

WILLIAMS D, SKORIC M. Internet fantasy violence: a test of aggression on a online game. Communication monographs, 2005

WOOD RTA, GUPTA R, DEREVENSKY JL, GRIFFITHS M. Videogame Playing and Gaming in Adolescents: Common Risk Factors. *Journal of child and Adolescent substance Abuse* 2004, **14** : 77-100

YOUNG KS. Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder cyberpsychology and behavior. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada, August 15, 1996, **1** : 237-244

ZUCKERMAN M. Sensation seeking beyond theoretical level of arousal. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 1979

7

Hypothèses neurophysiologiques

Bien que l'existence de joueurs pathologiques ait été décrite dès 1929 dans les Annales médico-psychologiques (Doupouy et Chatagnon, 1929) et même dès 1902 (France, 1902), la notion de jeu pathologique – et son lien éventuel avec un processus addictif – n'est apparue dans la littérature scientifique que vers la fin des années 1980 (*American Psychiatric Association*, *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, DSM-III-R, 1987). Le joueur excessif a tout d'abord été considéré comme ayant des troubles des impulsions puis cette pathologie s'est trouvée incluse progressivement dans le groupe des addictions sans substances. C'est également à cette époque que Aviel Goodman a suggéré que la meilleure méthode pour étudier les troubles addictifs serait, non pas de considérer chacun d'entre eux comme une entité isolée, mais plutôt de « rechercher une origine ou un mécanisme communs aux addictions qui s'exprimeraient par une multitude d'expressions comportementales » (Goodman, 1990). Toujours à cette même époque, en 1988, une équipe italienne a montré que toutes les substances psychoactives qui déclenchent une pharmacodépendance chez l'Homme, comme l'amphétamine, la cocaïne, la morphine ou l'alcool, ont en commun la propriété de libérer une substance, la dopamine, dans une zone du cerveau de rongeur, le noyau accumbens (Di Chiara et Imperato, 1988). Qui plus est, en 1954, deux américains, Olds et Milner, avaient montré que la stimulation électrique d'une zone profonde du cerveau du rat, l'aire tegmentale ventrale, activait un circuit dit « de la récompense ». Ce circuit, composé de plusieurs structures cérébrales, fonctionne comme un baromètre qui indique à tout instant à l'animal ou à l'individu l'état psychique et physique dans lequel il se trouve. Olds et Milner ont montré que l'activation électrique de ce circuit à partir de l'aire tegmentale ventrale induisait chez l'animal un état de satisfaction si puissant qu'il en négligeait de se nourrir.

Il se trouve que l'aire tegmentale ventrale n'est autre que la structure cérébrale contenant les corps cellulaires des neurones dopaminergiques qui innervent l'avant du cerveau. La dopamine et les cellules dopaminergiques qui stimulent le circuit de la récompense semblent donc se trouver au centre de toutes les explications neurophysiologiques des processus de plaisir. Enfin, l'ensemble de ces résultats a conduit à considérer que puisque toutes les drogues qui entraînent une addiction procurent, au moins lors des premières

prises, du plaisir, la dopamine, responsable du plaisir, pourrait être le neuromédiateur dont la libération intense provoquerait la pharmacodépendance.

À partir du syllogisme selon lequel « la dopamine est responsable des processus addictifs » et « le jeu pathologique est analogue à un processus addictif », les recherches ont été tout naturellement dirigées vers les liens qui pouvaient exister entre la transmission dopaminergique et le jeu pathologique.

Données neurophysiologiques

Les données qui ont été obtenues en lien avec le jeu pathologique concernent donc essentiellement les neurones dopaminergiques. Des études génétiques et biochimiques ont cependant permis de mettre en évidence le rôle d'autres ensembles neuronaux, tels que les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques.

Traitement de la maladie de Parkinson et jeu pathologique

La maladie de Parkinson est un trouble neurologique qui regroupe trois symptômes : une akinésie (difficulté dans l'initiation d'un mouvement) et deux autres qui ne sont pas nécessairement présents de façon simultanée, une hypertonie plastique (résistance continue à l'étirement d'un membre) et un tremblement de repos. Dès 1960, il fût observé chez les patients parkinsoniens décédés qu'une grande partie de leurs neurones dopaminergiques avait subi une dégénérescence. On sait maintenant que cette dégénérescence dopaminergique est accompagnée d'une disparition des neurones noradrénergiques qui est au moins égale sinon supérieure à celle des neurones dopaminergiques (Zarow et coll., 2003). Les traitements chimiothérapiques les plus usuels consistent à tenter de rétablir, au moins partiellement, une transmission dopaminergique, soit en donnant le précurseur de la dopamine et de la noradrénaline, la L-DOPA, soit en donnant des produits qui stimulent les récepteurs dopaminergiques, des agonistes des récepteurs de type D2 ou D2/D3.

Les premières publications du développement d'un jeu excessif chez des malades parkinsoniens à la suite de leur traitement ont paru en 2000. Seedat et coll. (2000) et Molina et coll. (2000) ont montré que lorsque les malades parkinsoniens traités par un agoniste dopaminergique développaient une pathologie liée au jeu, l'arrêt du traitement ou l'administration d'un antagoniste dopaminergique permettait de faire disparaître ce trouble. Depuis cette date, plus d'une quinzaine de publications ont confirmé qu'un (faible) pourcentage de malades parkinsoniens traités par des agonistes dopaminergiques devenaient des joueurs excessifs (Gschwandtner et coll., 2001 ; Czernecki et coll., 2002 ; Driver-Dunckley et coll., 2003 ; Montastruc et coll., 2003 ;

Avanzi et coll., 2004 ; Brand et coll., 2004 ; Kurlan, 2004 ; Aarsland et coll., 2005 ; Dodd et coll., 2005 ; Perretta et coll., 2005 ; Avanzi et coll., 2006 ; Drapier et coll., 2006 ; Imamura et coll., 2006 ; Voon et coll., 2006 ; Weintraub et coll., 2006 ; O'Sullivan et Lees, 2007 ; Sevincok et coll., 2007 ; Voon et coll., 2007). Ces travaux ont également montré que ces effets indésirables du traitement sont plus fréquents lorsque le malade parkinsonien est jeune, la prévalence étant de toute façon très variable puisqu'elle se situe, selon les études, entre 0,045 % et 8 % des malades traités. Il est d'autre part intéressant de noter que ce ne sont pas les malades traités par la L-DOPA qui développent la pathologie mais ceux qui ont reçu des agonistes dopaminergiques de type D2 et particulièrement D2/D3, le pramipexole étant le produit dont les effets indésirables sont les plus fréquents. Notons que si l'on additionne tous les cas qui ont présenté ces troubles ayant donné lieu à ces publications, le nombre de joueurs excessifs dépasse à peine la trentaine. Enfin, il faut remarquer que depuis le début de l'année 2007, quinze nouvelles publications continuent à confirmer le lien entre le traitement de la maladie de Parkinson par les agonistes dopaminergiques et le jeu excessif.

Deux travaux très récents (Tippmann-Peikert et coll., 2007 ; Ondo et Lai, 2008) ne se sont pas limités à la maladie de Parkinson. Plus précisément, l'étude de Ondo et Lai indique que chez 300 patients souffrant de maladie de Parkinson, du syndrome des jambes sans repos ou des deux troubles associés, et traités par des agonistes dopaminergiques, 20 % ont remarqué que leur impulsivité avait augmenté mais seulement 4 % de façon désagréable ; parmi ceux dont l'impulsivité avait augmenté, 45 % sont devenus des joueurs excessifs, 40 % sont devenus des acheteurs compulsifs et 15 % des hypersexuels. Ce qui paraît intéressant dans cette étude est qu'elle montre que le jeu pathologique n'est qu'une des expressions comportementales d'une impulsivité peu contrôlée due à une transmission dopaminergique artificiellement exacerbée par un agoniste dopaminergique. S'il semble clair que le jeu excessif peut être associé à une impulsivité non contrôlée, il ne faudrait pas en conclure que le jeu pathologique est dû à un excès de dopamine. En effet, il est intéressant de noter que la L-DOPA, qui est à la fois précurseur de la dopamine et de la noradrénaline, n'induit que très peu, voire pas du tout, de jeu excessif chez les parkinsoniens alors que ce sont les agonistes dopaminergiques assez sélectifs qui le font. Ces résultats suggèrent que c'est le déséquilibre entre les transmissions dopaminergique et noradrénergique, induit par une stimulation dopaminergique exagérée sur des récepteurs déafférentés par la dégénérescence des fibres dopaminergiques, qui serait responsable du jeu excessif.

Très récemment, un travail qui confirme cette hypothèse de déséquilibre dû à la stimulation spécifique de certains récepteurs au détriment d'autres vient de paraître (Frank et coll., 2007). Cette équipe propose que les ganglions de la base possèdent deux populations neuronales qui ont des effets opposés sur les afférences corticales. Une activation des neurones « Go »

facilite l'exécution d'une réponse corticale, alors qu'une activation des neurones « No-Go » supprime les réponses. La dopamine libérée agirait par l'intermédiaire des récepteurs D1 (Go) pour apprendre et rechercher les actions récompensantes, alors que la stimulation des récepteurs D2 (No-Go) faciliterait l'apprentissage de l'aspect non récompensant de certaines réponses. Le noyau sous-thalamique permettrait de maintenir temporairement un contrôle évitant une réponse trop rapide en cas de décision conflictuelle (Frank et coll., 2007). Dans le cas particulier du jeu pathologique chez les parkinsoniens traités par des agonistes dopaminergiques, la stimulation permanente des récepteurs D2 conduirait à rendre ces récepteurs inefficaces. Cette hypothèse expliquerait que la stimulation spécifique et continue des récepteurs D2 par les agonistes dopaminergiques entraîne une incapacité à apprendre les conséquences négatives d'un choix. L'impulsivité qui en découle n'apparaîtrait pas lors d'un traitement avec la L-DOPA parce qu'elle stimule de façon naturelle à la fois les récepteurs D1 et D2.

La stimulation du noyau sous-thalamique a récemment été développée pour traiter certains des troubles de la maladie de Parkinson. Cette stimulation a semblé donner lieu à l'apparition chez un patient d'une pathologie de jeu excessif (Smeding et coll., 2007). Il faut cependant noter que ce patient était traité par un agoniste des récepteurs dopaminergiques et qu'une observation montrant le contraire de ce résultat avait été publiée précédemment pour deux autres patients (Witjas et coll., 2005).

C'est encore avec l'idée que la dopamine est impliquée dans le jeu excessif que Stojanow et coll. (2003) ont analysé l'inhibition du réflexe de sursaut chez les joueurs pathologiques. Cet index est souvent utilisé en clinique ; l'inhibition de ce réflexe est en particulier diminuée chez les patients schizophrènes. Stojanow et coll. interprètent la diminution de ce réflexe qu'ils ont constatée chez les joueurs comme une augmentation de l'activité dopaminergique. Notons cependant que le réflexe initial des joueurs excessifs (avant d'avoir testé l'inhibition) est supérieur à celui des témoins, ce qui suggère, comme le mentionnent les auteurs, qu'une augmentation de la réactivité des systèmes noradrénergiques peut également expliquer leurs résultats.

Indicateurs selon lesquels le jeu excessif est dû à un défaut de dopamine

Une étude récente en IRM (imagerie par résonance magnétique) fonctionnel a indiqué qu'un jeu de pari avec une récompense monétaire active le système de récompense méso-limbique aussi bien chez les joueurs excessifs que chez les témoins (Reuter et coll., 2005). Cette étude a montré que l'activation induite par le jeu était plus faible chez les joueurs excessifs que chez les témoins et que plus la pathologie était lourde, moins le système méso-limbique était activé. Les auteurs en ont conclu que les joueurs excessifs souffraient d'un syndrome de déficit de récompense (*Syndrome Deficiency*

Reward) (Blum et coll., 2000 ; Comings et Blum, 2000). Bien que ce travail le suggère par analogie avec les théories de la pharmacodépendance, la technique utilisée ne permet pas d'impliquer sans ambiguïté la dopamine. Une autre étude a montré que le jeu dans un casino entraîne chez les joueurs excessifs et non excessifs une augmentation de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysaire, avec une augmentation des taux sanguins de noradrénaline, de dopamine, de cortisol et du rythme cardiaque (Meyer et coll., 2004). Les augmentations des catécholamines et du rythme cardiaque étaient plus importantes chez les joueurs excessifs. Zack et Poulos (2004) ont montré que la D-amphétamine, qui augmente la libération de noradrénaline et de dopamine, induit une envie de jouer chez les joueurs excessifs, indiquant donc, d'après ces auteurs, un tronc commun entre les effets récompensants des psychostimulants et ceux du jeu excessif. Ces mêmes auteurs ont montré que l'halopéridol, un antagoniste des récepteurs dopaminergiques de type D2 et également des récepteurs α1-adrénergiques et 5-HT2 sérotoninergiques, augmentait le plaisir et l'envie de jouer chez les joueurs excessifs (Zack et Poulos, 2007). Bien que ces expériences mettent l'accent sur l'aspect « dopaminergique » des produits utilisés (amphétamine, halopéridol…), elles ne permettent pas d'exclure l'intervention d'autres neurotransmissions monoaminergiques ou non monoaminergiques.

Études génétiques

D'une façon générale, les auteurs considèrent que les facteurs non héréditaires jouent un rôle prépondérant dans la pathologie du joueur excessif et un certain nombre d'études tentent, malgré l'utilisation de cohortes relativement petites, d'analyser les interactions entre gènes et environnement (Lesieur et coll., 1986 ; Black et coll., 2006). Ces études sont d'autant plus délicates qu'il existe de fortes comorbidités entre le jeu excessif et d'autres pathologies comme les troubles bipolaires, la dépression (Potenza, 2005), ou l'abus d'alcool ou de tabac (Lesieur et coll., 1986 ; Krueger et coll., 2002 ; Black et coll., 2006 ; voir chapitre sur les comorbidités). Les liens génétiques qui ont pu être montrés sont donc entachés du fait que les effets mesurés ne sont pas nécessairement liés au jeu excessif mais à une autre pathologie fortement associée. Notons enfin que, même si des liens génétiques peuvent être statistiquement impliqués dans un trouble tel que le jeu excessif, il ne saurait être question d'une relation linéaire (un polymorphisme génétique responsable de jeu excessif) mais, au maximum, d'une vulnérabilité.

Les mêmes difficultés sont rencontrées lors des études utilisant une approche moléculaire ; les recherches se sont dirigées vers le principe qui consiste à définir des gènes candidats présentant des polymorphismes et à mesurer si certains polymorphismes sont plus associés au jeu excessif que d'autres. Compte tenu de « l'hypothèse dopaminergique », ce sont surtout les gènes des récepteurs dopaminergiques qui ont servi de gènes candidats et qui ont

donc été analysés. Les premiers résultats intéressants ont été obtenus par Comings et coll. (1996) qui ont montré que la possession de l'allèle TaqA1 du récepteur dopaminergique de type D2 rendait plus vulnérable au jeu pathologique. Posséder l'allèle TaqA1 de ce récepteur est également associé à une densité moins importante de récepteurs de ce type. Nous retrouvons ici l'hypothèse selon laquelle une plus faible transmission dopaminergique pourrait conduire à un déficit de récompense et à des troubles addictifs (Cohen et coll., 2005). Notons cependant que cet allèle TaqA1 est plus fréquemment retrouvé chez les joueurs ayant une forme plus sévère de jeu excessif, et chez ceux qui ont des conduites d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances toxicomanogènes (Slutske et coll., 2000). Comings et coll. (1997) ont retrouvé un lien entre un allèle du récepteur D1 et les comportements addictifs, le syndrome de Gilles de La Tourette, le fumeur et le jeu excessif. L'effet est encore plus significatif si l'on tient compte dans l'analyse de ces groupes de la nature de l'allèle du récepteur D2 qui est associé à celui du récepteur D1. Notons que cette interaction entre les allèles du récepteur D1 et ceux du récepteur D2 a été retrouvée par Miller et coll. (1999) à partir d'une population de 414 individus, comme étant fortement associée à l'âge de la première relation sexuelle. Les auteurs indiquent cependant que cette association est plus forte chez les hommes que chez les femmes. Le récepteur dopaminergique D4 a été associé au jeu pathologique par l'intermédiaire du trait de personnalité de la recherche de nouveauté (Cloninger et coll., 1994 ; Ebstein et coll., 1996). Perez de Castro et coll. (1997), en étudiant dans une population de 68 sujets le polymorphisme du récepteur dopaminergique D4, ont montré une association avec le jeu pathologique qui est plus forte chez les femmes que chez les hommes. Le récepteur D4 possède un polymorphisme avec sept allèles différents correspondant à 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 répétitions de paires de bases dans une de ses boucles cytoplasmiques. En étudiant ces différents allèles sur une plus grande cohorte, Comings et coll. (1999) n'ont pas obtenu de différence vis-à-vis du jeu excessif entre ceux qui portent les 7 allèles et ceux qui ne les portent pas. Néanmoins, un effet significatif a été obtenu en considérant ceux qui possèdent les allèles de 5 à 8 par rapport à ceux qui ne les possèdent pas. Cette étude, qui a analysé 737 sujets, conclut prudemment que « le rôle du gène du récepteur D4 dans les comportements impulsifs, compulsifs et addictifs est plus complexe que le simple fait de porter ou non les 7 allèles ». Enfin, une étude très récente a indiqué une plus grande impulsivité lorsque les présences de l'allèle TaqA1 du récepteur dopaminergique de type D2 et d'un variant du récepteur D4 étaient associées (Eisenberg et coll., 2007).

Le problème de la très forte comorbidité entre le jeu excessif et plusieurs pathologies a été analysé un peu plus précisément dans un article de Comings et coll. (2001). Au cours de leur étude de 31 gènes candidats, ils ont interrogé par questionnaire les 139 joueurs excessifs qu'ils avaient recrutés afin de savoir s'ils « abusaient de substances ». Seuls 81 (58 %) ont répondu au questionnaire. Parmi ces réponses, 43 (53 %) avaient un

problème d'addiction. Ce problème ne se posait pas pour les témoins car ils avaient été sélectionnés comme n'ayant pas de problème d'addiction. Parmi les 31 gènes candidats, 5 (récepteur D2, récepteur D4, transporteur de la dopamine, tryptophane hydroxylase, récepteur alpha2C-adrénergique) ont montré une association claire ($p<0,01$) avec le jeu excessif. Mais parmi ces 5 gènes candidats, seuls trois d'entre eux (récepteur D2, récepteur D4 et tryptophane hydroxylase) restaient significatifs si l'on ne considère que les joueurs excessifs sans addiction. Il aurait été intéressant de compléter cette étude en analysant les joueurs excessifs ne souffrant ni de dépression ni de troubles bipolaires. Rien ne permet d'assurer que la significativité des trois gènes restants se serait maintenue.

Signalons enfin que quelques autres gènes ont été impliqués dans le jeu pathologique. Nous ne citerons que les principaux : le gène du transporteur de la sérotonine (Perez de Castro et coll., 1999 ; Devor et coll., 1999) ainsi que ceux des monoamines oxydases (Ibanez et coll., 2000 ; Perez de Castro et coll., 2002 ; Ruchkin et coll., 2005).

Études biochimiques

Comme pour les études précédentes, c'est la dopamine qui a eu la faveur d'analyses des taux de métabolites dans le système nerveux central chez les joueurs excessifs et les témoins. Une diminution de la dopamine et une augmentation des métabolites tels que l'acide 3,4-dihydroxy-phénylacétique (DOPAC) et l'acide homovanillique (HVA) ont été trouvées dans le liquide céphalorachidien chez les joueurs excessifs (Bergh et coll., 1997) mais ces résultats furent remis en question lorsqu'ils ont été corrigés par le débit (Nordin et Eklundh, 1998 ; Nordin et Sjödin, 2006).

Les systèmes sérotoninergiques sont couramment impliqués dans ce qui a trait à l'impulsivité (Staner et Mendlewicz, 1998 ; Brewer et Potenza, 2007) ; pourtant, aucune différence de niveaux de sérotonine ni d'acide 5-hydroxy-indole-acétique (5-HIAA) n'a été détectée dans les liquides céphalorachidiens des joueurs excessifs. En fait, si ces données sont corrigées par le débit, qui est plus faible chez les joueurs excessifs, les taux de 5-HIAA apparaissent plus bas. La méta-chlorophénylpiperazine (m-CPP), un métabolite de la trazodone, agit comme un agoniste partiel sérotoninergique et présente une bonne affinité pour les récepteurs sérotoninergiques (en particulier le récepteur $5\text{-}HT_{2C}$ qui est impliqué dans différents aspects de l'humeur, l'anxiété et de la fonction endocrine) (Kennett et Curzon, 1988). L'administration de m-CPP a entraîné une sensation plus agréable et une plus grande augmentation des niveaux de prolactine (un processus généralement considéré comme dû à la stimulation des récepteurs $5\text{-}HT_{1A/2A/2C}$) chez les joueurs excessifs par rapport aux témoins (Pallanti et coll., 2006). Cette réponse subjective est identique à celle rapportée pour d'autres pathologies en lien avec l'impulsivité et la compulsion, comme la personnalité antisociale (Moss et coll.,

1990), *borderline* (Hollander et coll., 1994) et les dépendances à la cocaïne (Buydens-Branchey et coll., 1997) ou à l'alcool (Benkelfat et coll., 1991).

Une autre ligne de recherche considère qu'une dysfonction noradrénergique est très claire dans la pathologie du jeu excessif. Ce type de recherche s'appuie sur des études psychologiques sur la recherche de sensations, sur des travaux qui analysent les relations entre l'extraversion et l'éveil et la psychobiologie du jeu excessif (Roy et coll., 1989). Les premières recherches concernaient les activations comparées des systèmes autonomes chez des joueurs occasionnels, réguliers et excessifs. Les auteurs ont trouvé que les activations des systèmes autonomes étaient d'autant plus importantes que les joueurs se rapprochaient de la pathologie. Les théories de Zuckerman sur le rôle de la noradrénaline en tant que substrat biologique des processus d'activation corticale et d'alerte vont également dans le même sens (Zuckerman, 1993). Il a été trouvé que les joueurs excessifs ont une augmentation de leurs métabolites noradrénergiques urinaires ainsi qu'une augmentation de noradrénaline et de 3-méthoxy-4-hydroxy-phénylglycol (MHPG) dans leur liquide céphalorachidien (Roy et coll., 1988). Ces mêmes auteurs ont montré plus tard une corrélation entre l'extraversion et la fonction noradrénergique (Roy et coll., 1989). Une étude qui a utilisé la réponse de l'excrétion d'hormone de croissance en réponse à la clonidine, un agoniste alpha2-adrénergique, a montré que cette excrétion était plus importante chez les joueurs excessifs que chez les témoins (De Caria et coll., 1997).

Enfin, notons que les taux de béta-endorphines (des opiacés endogènes) semblent plus élevés dans le sang des joueurs excessifs (Shinohara et coll., 1999). En lien avec cette observation, la naltrexone, un antagoniste des récepteurs opiacés, a montré une supériorité au placebo dans une étude sur le traitement du jeu excessif (Kim et Grant, 2001).

Hypothèses neurophysiologiques

Quelles sont donc les hypothèses neurophysiologiques que l'on peut faire compte tenu des données disponibles à ce jour ?

Le jeu excessif est généralement considéré comme une « addiction sans drogues », avec l'idée que le risque de devenir dépendant au jeu en s'y adonnant s'apparenterait à celui que court un usager de drogues vis-à-vis de la pharmacodépendance. Cette question nous paraît centrale dans une réflexion sur le jeu excessif ; le jeu est-il une drogue au même titre que les psychostimulants, les opiacés, l'alcool ou le tabac ?

Nous avons vu que dans les mécanismes de consommation de drogues, le système dopaminergique est déterminant dans la mesure où il modifie le fonctionnement d'un ensemble neuronal particulier, le « circuit de la récompense » qui relaie toutes les informations externes et internes de

l'organisme et permet au sujet de reconnaître, par l'intermédiaire de perceptions extérieures, l'existence de satisfactions potentielles de toutes sortes : nourriture, chaleur, plaisir sexuel… Les neurones dopaminergiques ne font pas partie à proprement parler du circuit de la récompense, mais leur activation stimule ce circuit et provoque une sensation de satisfaction. Les résultats des recherches neurobiologiques de ces dernières années ont convaincu la majeure partie de la communauté scientifique que la dopamine était fondamentale dans tous les événements associés au plaisir.

L'étape qui reste encore peu étudiée est celle de l'intervention de la dopamine dans la pharmacodépendance. Il est en effet tentant de considérer que c'est le plaisir que procure la drogue qui justifie que le consommateur ne puisse plus s'en passer. Ce serait le plaisir, et donc la dopamine, qui pousserait le toxicomane à rechercher la consommation de son produit. En fait, les cliniciens ont observé depuis longtemps que les toxicomanes perdent assez rapidement le plaisir associé à la consommation de drogues au profit de la recherche d'un état qui ressemble plus à un soulagement nécessaire voire indispensable. Les anglo-saxons parlent du passage de « *liking* » (aimer) à « *wanting* » (vouloir). On sait que la vulnérabilité du toxicomane sevré vis-à-vis d'une reprise de consommation peut durer plusieurs mois voire plusieurs années. Or, jusqu'à présent, tous les index biochimiques mesurés chez l'animal à la suite d'administrations répétées de drogues revenaient à la normale au bout de quelques jours ou au plus tard au bout d'un mois après la dernière consommation.

En étudiant d'autres modulateurs que la dopamine, à savoir la noradrénaline et la sérotonine, il a été montré que ces deux derniers systèmes se régulaient l'un l'autre (étaient couplés) chez les animaux normaux, c'est-à-dire chez ceux qui n'ont jamais consommé de drogues. Ce couplage correspond à une interaction entre les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques telle que les deux ensembles neuronaux s'activent ou se limitent mutuellement en fonction des stimuli externes que perçoit l'animal ou l'individu (Salomon et coll., 2006). Après quatre injections d'amphétamine, de cocaïne, de morphine ou d'alcool, les systèmes noradrénergique et sérotoninergique sont découplés et chaque ensemble neuronal devient autonome et hyper-réactif (Salomon et coll., 2006 ; Lanteri et coll., 2007) (voir figure 7.1). De façon particulièrement intéressante, cette hyper-réactivité se maintient pendant des mois chez des animaux qui n'ont plus accès à la drogue. Le découplage obtenu par l'amphétamine par exemple, semble difficilement réversible. En cela au moins, ce phénomène paraît lié aux observations faites chez l'humain toxicomane sevré depuis une longue période : sa sensibilité au produit reste présente et tous les efforts de celui qui est un ancien toxicomane visent à ne pas reprendre du produit. En cas de reprise, les observations montrent, dans la majorité des cas, un retour rapide à une consommation abusive et à une réapparition des sensations de « *craving* ». C'est ce découplage – et l'hyper-réactivité incontrôlable qu'il induit – entre les systèmes

noradrénergique et sérotoninergique qui est responsable du malaise que ressentent les toxicomanes (Tassin, 2008). Reprendre de la drogue permettrait un recouplage artificiel de ces neurones, créant ainsi un soulagement temporaire susceptible d'expliquer la rechute. La drogue serait la façon la plus immédiate de répondre au malaise.

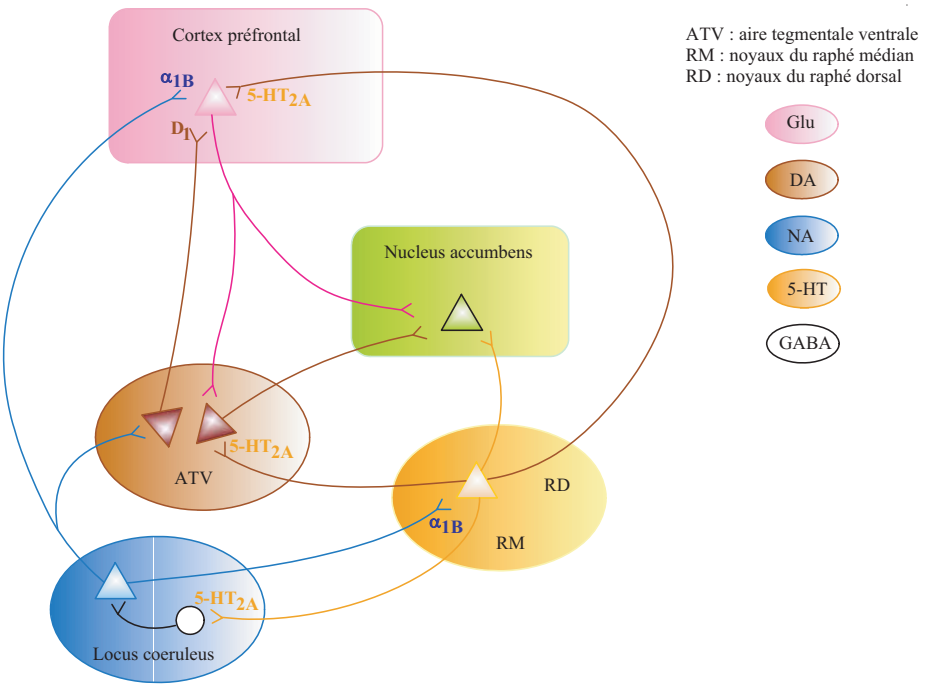


Figure 7.1 : Schéma des interactions entre les neurones monoaminergiques ascendants et les systèmes glutamatergiques descendants

Les neurones NA (noradrénergiques) sont couplés aux neurones DA (dopaminergiques) méso-limbiques par l'intermédiaire de la voie glutamatergique descendante (issue du cortex préfrontal). Les neurones NA et 5-HT (sérotoninergiques) activent les cellules DA de l'aire tegmentale ventrale (ATV) lors de la stimulation des récepteurs α_{1B}-adrénergiques corticaux et 5-HT_{2A} de l'ATV. Le découplage des neurones NA et 5-HT apparaît à la suite des stimulations répétées des récepteurs α_{1B}-adrénergiques et 5-HT_{2A} par les drogues d'abus. Ces récepteurs qui interviennent sur le couplage et le découplage peuvent être localisés dans les noyaux du raphé et le locus cœruleus, respectivement.

La question qui se pose maintenant est de savoir si le découplage qui est obtenu avec la cocaïne, la morphine, l'amphétamine ou l'alcool peut être obtenu par le jeu. Deux éléments développés au cours de cette expertise collective nous font penser que le jeu ne peut déclencher ce processus biochimique que de façon rare :

• d'une part, il est bien montré que la très grande majorité des joueurs excessifs souffre de pathologies associées. Il est donc possible que ce soit ces

pathologies, y compris la présence d'addiction à des produits comme le tabac et l'alcool, qui se développeraient parallèlement au symptôme de joueur excessif et expliqueraient que le jeu prenne une forme pathologique ;
• d'autre part, il semble admis que pour un même pourcentage de personnes ayant essayé le cannabis ou le jeu (de l'ordre de 50 % de la population), la proportion de joueurs pathologiques est de 1 %, c'est-à-dire bien inférieure à celle de fumeurs abusifs de cannabis qui est pourtant considéré comme ayant un faible potentiel addictif. Le « potentiel addictif » du jeu, si tant est qu'on puisse le mesurer, serait donc assez faible.

Les psychiatres nous indiquent qu'il existe des joueurs pathologiques n'ayant aucune addiction ni aucun autre trouble psychique associés. On ne peut donc exclure que le simple fait de s'adonner au jeu puisse, comme le ferait une drogue d'abus, entraîner des modifications du fonctionnement du système nerveux central telles que celles que nous venons de décrire. Une des hypothèses qui pourrait être proposée ici serait que, chez certaines personnes, le stress et l'angoisse que peut engendrer le jeu augmentent de façon chronique la sécrétion de glucocorticoïdes et reproduisent, en absence de produit, des activations neuronales et un découplage analogues à ce qui est obtenu avec les drogues addictives. L'action facilitatrice des glucocorticoïdes sur la prise de substances psychoactives est en effet parfaitement documentée (voir revue Van Craenenbroek et coll., 2005) et, comme dans les cas de toxicomanie avec drogues, des événements traumatisants vécus au cours de l'enfance facilitent le développement d'un comportement de jeu pathologique (Scherrer et coll., 2007). Des recherches pré-cliniques mériteraient d'être envisagées afin d'étudier si des situations de stress chronique ou la sécrétion de molécules endogènes comme les glucocorticoïdes peuvent, à elles seules, reproduire les effets neurochimiques que produisent les drogues d'abus.

En conclusion, les efforts qui ont été réalisés jusqu'à présent pour mieux comprendre le ou les processus conduisant au jeu pathologique ont insisté sur le fait que ce syndrome correspond à celui d'une « addiction sans drogues ». Par analogie avec les connaissances sur les addictions dues aux drogues, les recherches se sont focalisées sur les neurones dopaminergiques. Bien que les observations, devenues classiques, des malades parkinsoniens ayant déclenché ce syndrome à la suite d'un traitement avec des agonistes dopaminergiques conduisent à incriminer les systèmes dopaminergiques liés à la récompense, il semble que l'émergence de cette pathologie soit non spécifique : la stimulation excessive des récepteurs déafférentés entraînerait une perte de contrôle des impulsions et s'exprimerait sous différentes formes, dont le jeu pathologique. Enfin, la très forte comorbidité (alcoolodépendance, tabaco-dépendance, troubles bipolaires…) observée avec le jeu excessif conduit à penser que jouer de façon exagérée serait plutôt l'expression que la cause d'un trouble pathologique. Des recherches pré-cliniques

impliquant le rôle du stress dans le jeu pourraient apporter des indications sur cette dernière hypothèse.

BIBLIOGRAPHIE

AARSLAND D, ALVES G, LARSEN JP. Disorders of motivation, sexual conduct, and sleep in Parkinson's disease. *Adv Neurol* 2005, **96** : 56-64

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R, Washington DC, APA, 1987

AVANZI M, UBER E, BONFA F. Pathological gambling in two patients on dopamine replacement therapy for Parkinson's disease. *Neurol Sci* 2004, **25** : 98-101

AVANZI M, BARATTI M, CABRINI S, UBER E, BRIGHETTI G, BONFA F. Prevalence of pathological gambling in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2006, **21** : 2068-2072

BENKELFAT C, MURPHY DL, HILL JL, GEORGE DT, NUTT D, LINNOILA M. Ethanol like properties of the serotonergic partial agonist m-chlorophenylpiperazine in chronic alcoholic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 383

BERGH C, EKLUNDH T, SODERSTEN P, NORDIN C. Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychol Med* 1997, **27** : 473-475

BLACK DW, BLUM N, LETUCHY E, CARNEY DOEBBELING C, FORMAN-HOFFMAN VL, DOEBBELING BN. Borderline personality disorder and traits in veterans: psychiatric comorbidity, healthcare utilization, and quality of life along a continuum of severity. *CNS Spectr* 2006, **11** : 680-689

BLUM K, BRAVERMAN ER, HOLDER JM, LUBAR JF, MONASTRA VJ, et coll. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs* 2000, **32** (Suppl) : 1-112

BRAND M, LABUDDA K, KALBE E, HILKER R, EMMANS D, et coll. Decision-making impairments in patients with Parkinson's disease. *Behav Neurol* 2004, **15** : 77-85

BREWER JA, POTENZA MN. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochem Pharmacol* 2007, **75** : 63-75

BUYDENS-BRANCHEY L, BRANCHEY M, FERGESON P, HUDSON J, MCKERNIN C. The meta-chlorophenylpiperazine challenge test in cocaine addicts: hormonal and psychological responses. *Biol Psychiatry* 1997, **41** : 1071-1086

CLONINGER CR, PRZYBECK TR, SVRAKIC DM, WETZEL RD. The temperament and character inventory (TCI): a guide for its development and use. Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, 1994

COHEN MX, YOUNG J, BAEK JM, KESSLER C, RANGANATH C. Individual differences in extraversion and dopamine genetics predict neural reward responses. *Brain Res Cogn Brain Res* 2005, **25** : 851-861

COMINGS DE, BLUM K. Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Prog Brain Res* 2000, **126** : 325-341

COMINGS DE, ROSENTHAL RJ, LESIEUR HR, RUGLE LJ, MUHLEMAN D, et coll. A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics* 1996, **6** : 223-234

COMINGS DE, GADE R, WU S, CHIU C, DIETZ G, et coll. Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Mol Psychiatry* 1997, **2** : 44-56

COMINGS DE, GONZALEZ N, WU S, GADE R, MUHLEMAN D, et coll. Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviors: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *Am J Med Genet* 1999, **88** : 358-368

COMINGS DE, GADE-ANDAVOLU R, GONZALEZ N, WU S, MUHLEMAN D, et coll. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. *Clin Genet* 2001, **60** : 107-116

CZERNECKI V, PILLON B, HOUETO JL, POCHON JB, LEVY R, DUBOIS B. Motivation, reward, and Parkinson's disease: influence of dopatherapy. *Neuropsychologia* 2002, **40** : 2257-2267

DE CARIA C, HOLLANDER E, NORA R, STEIN D, SIMEON D, COHEN I. Gambling : biological/genetic treatment, government and gambling concerns : neurobiology of pathological gambling. Presented at the 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 1997, San Diego

DEVOR EJ, MAGEE HJ, DILL-DEVOR RM, GABEL J, BLACK DW. Serotonin transporter gene (5-HTT) polymorphisms and compulsive buying. *Am J Med Genet* 1999, **88** : 123-125

DI CHIARA G, IMPERATO A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci USA* 1988, **85** : 5274-5278

DODD ML, KLOS KJ, BOWER JH, GEDA YE, JOSEPHS KA, AHLSKOG JE. Pathological gambling caused by drugs used to treat Parkinson disease. *Arch Neurol* 2005, **62** : 1377-1381

DOUPOUY R, CHATAGNON P. Le joueur, esquisse psychologique. *Annales médico-psychologiques* 1929, **12** : 102-112

DRAPIER D, DRAPIER S, SAULEAU P, DERKINDEREN P, DAMIER P, et coll. Pathological gambling secondary to dopaminergic therapy in Parkinson's disease. *Psychiatry Res* 2006, **144** : 241-244

DRIVER-DUNCKLEY E, SAMANTA J, STACY M. Pathological gambling associated with dopamine agonist therapy in Parkinson's disease. *Neurology* 2003, **61** : 422-423

EBSTEIN RP, NOVICK O, UMANSKY R, PRIEL B, OSHER Y, et coll. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty Seeking. *Nat Genet* 1996, **12** : 78-80

EISENBERG DT, MACKILLOP J, MODI M, BEAUCHEMIN J, DANG D, et coll. Examining impulsivity as an endophenotype using a behavioral approach: a DRD2 TaqI A and DRD4 48-bp VNTR association study. *Behav Brain Funct* 2007, **3** : 2

FRANCE CJ. The gambling impulse (l'impulsion au jeu de hasard). *Am J Psychol* 1902 XIII, **3** : 364-408

FRANK MJ, SAMANTA J, MOUSTAFA AA, SHERMAN SJ. Hold your horses: Impulsivity, deep brain stimulation, and medication in parkinsonism. *Science* 2007, **318** : 1309-1312

GOODMAN A. Addiction : definition and implications. *Br J Addict* 1990, **85** : 1403-1408

GSCHWANDTNER U, ASTON J, RENAUD S, FUHR P. Pathologic gambling in patients with Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol* 2001, **24** : 170-172

HOLLANDER E, DE CARIA C, STEIN D, SIMEON D, COHEN L, HWANG M, ISLAM M. Behavioral response to m-CPP. *Biol Psychiatry* 1994, **35** : 426-427

IBANEZ A, DE CASTRO IP, FERNANDEZ-PIQUERAS J, BLANCO C, SAIZ-RUIZ J. Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Mol Psychiatry* 2000, **5** : 105-109

IMAMURA A, UITTI RJ, WSZOLEK ZK. Dopamine agonist therapy for Parkinson disease and pathological gambling. *Parkinsonism Relat Disord* 2006, **12** : 506-508

KENNETT GA, CURZON G. Evidence that mCPP may have behavioural effects mediated by central 5-HT1C receptors. *Br J Pharmacol* 1988, **94** : 137-147

KIM SW, GRANT JE. Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2001, **104** : 205-212

KRUEGER RF, HICKS BM, PATRICK CG, CARLSON RS, IACONO WG, MCGUE M. Etiologic connections among substance dependence, antisocial disorder and desinhibited personality: modelling the externalizing spectrum. *Journal of abnormal Psychology* 2002, **111** : 411-424

KURLAN R. Disabling repetitive behaviors in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2004, **19** : 433-437

LANTERI C, SALOMON L, TORRENS Y, GLOWINSKI J, TASSIN JP. Drugs of abuse specifically sensitize noradrenergic and serotonergic neurons via a non-dopaminergic mechanism. *Neuropsychopharmacology* 2007, Sep 5 [Epub ahead of print]

LESIEUR HR, BLUME SB, ZOPPA RM. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcohol Clin Exp Res* 1986, **10** : 33-38

MEYER G, SCHWERTFEGER J, EXTON MS, JANSSEN OE, KNAPP W, et coll. Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology* 2004, **29** : 1272-1280

MILLER WB, PASTA DJ, MACMURRAY J, CHIU C, WU H. Comings DE Dopamine receptor genes are associated with age at first sexual intercourse. *J Biosoc Sci* 1999, **31** : 43-54

MOLINA JA, SAINZ-ARTIGA MJ, FRAILE A, JIMENEZ-JIMENEZ FJ, VILLANUEVA C, et coll. Pathologic gambling in Parkinson's disease: a behavioral manifestation of pharmacologic treatment? *Mov Disord* 2000, **15** : 869-872

MONTASTRUC JL, SCHMITT L, BAGHERI H. Pathological gambling behavior in a patient with Parkinson's disease treated with levodopa and bromocriptine. *Rev Neurol (Paris)* 2003, **159** : 441-443

MOSS HB, YAO JK, PANZAK GL. Serotonergic responsivity and behavioral dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. *Biol Psychiatry* 1990, **28** : 325-338

NORDIN C, EKLUNDH T. Tapping time at lumbar puncture is longer in pathological male gamblers than in healthy male controls. *J Psychiatr Res* 1998, **32** : 421-422

NORDIN C, SJODIN I. CSF monoamine patterns in pathological gamblers and healthy controls. *J Psychiatr Res* 2006, **40** : 454-459

O'SULLIVAN SS, LEES AJ. Pathological gambling in Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2007, **6** : 384-386

OLDS J, MILNER P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol* 1954, **47** : 419-427

ONDO WG, LAI D. Predictors of impulsivity and reward seeking behavior with dopamine agonists. *Parkinson and related disorders* 2008, **14** : 28-32

PALLANTI S, BERNARDI S, QUERCIOLI L, DECARIA C, HOLLANDER E. Serotonin dysfunction in pathological gamblers: increased prolactin response to oral m-CPP versus placebo. *Cns Spectr* 2006, **11** : 956-964

PEREZ DE CASTRO I, IBANEZ A, TORRES P, SAIZ-RUIZ J, FERNANDEZ-PIQUERAS J. Genetic association study between pathological gambling and a functional DNA polymorphism at the D4 receptor gene. *Pharmacogenetics* 1997, **7** : 345-348

PEREZ DE CASTRO I, IBANEZ A, SAIZ-RUIZ J, FERNANDEZ-PIQUERAS J. Genetic contribution to pathological gambling: possible association between a functional DNA polymorphism at the serotonin transporter gene (5-HTT) and affected men. *Pharmacogenetics* 1999, **9** : 397-400

PEREZ DE CASTRO I, IBANEZ A, SAIZ-RUIZ J, FERNANDEZ-PIQUERAS J. Concurrent positive association between pathological gambling and functional DNA polymorphisms at the MAO-A and the 5-HT transporter genes. *Mol Psychiatry* 2002, **7** : 927-928

PERRETTA JG, PARI G, BENINGER RJ. Effects of Parkinson disease on two putative nondeclarative learning tasks: probabilistic classification and gambling. *Cogn Behav Neurol* 2005, **18** : 185-192

POTENZA MN. Advancing treatment strategies for pathological gambling. *J Gambl Stud* 2005, **21** : 91-100

REUTER J, RAEDLER T, ROSE M, HAND I, GLÄSCHER J, BÜCHEL C. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nat Neurosci* 2005, **8** : 147-148

ROY A, ADINOFF B, ROEHRICH L, LAMPARSKI D, CUSTER R, et coll. Pathological gambling. A psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry* 1988, **45** : 369-373

ROY A, DEJONG J, FERRARO T, ADINOFF B, GOLD P, et coll. CSF GABA and neuropeptides in pathological gamblers and normal controls. *Psychiatry Res* 1989, **30** : 137-144

RUCHKIN VV, KOPOSOV RA, AF KLINTEBERG B, ORELAND L, GRIGORENKO EL. Platelet MAO-B, personality, and psychopathology. *J Abnorm Psychol* 2005, **114** : 477-482

SALOMON L, LANTERI C, GLOWINSKI J, TASSIN JP. Behavioral sensitization to amphetamine results from an uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons. *Proc Natl Acad Sci USA* 2006, **103** : 7476-7581

SCHERRER JF, XIAN H, KAPP JM, WATERMAN B, SHAH KR, et coll. Association between exposure to childhood and lifetime traumatic events and lifetime pathological gambling in a twin cohort. *J Nerv Ment Dis* 2007, **195** : 72-78

SEEDAT S, KESLER S, NIEHAUS DJ, STEIN DJ. Pathological gambling behaviour: emergence secondary to treatment of Parkinson's disease with dopaminergic agents. *Depress Anxiety* 2000, **11** : 185-186

SEVINCOK L, AKOGLU A, AKYOL A. Quetiapine in a case with Parkinson disease and pathological gambling. *J Clin Psychopharmacol* 2007, **27** : 107-108

SHINOHARA K, YANAGISAWA A, KAGOTA Y, GOMI A, NEMOTO K, et coll. Physiological changes in Pachinko players; beta-endorphin, catecholamines, immune system substances and heart rate. *Appl Human Sci* 1999, **18** : 37-42

SLUTSKE WS, EISEN S, TRUE WR, LYONS MJ, GOLDBERG J, TSUANG M. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 666-673

SMEDING HM, GOUDRIAAN AE, FONCKE EM, SCHUURMAN PR, SPEELMAN JD, SCHMAND B. Pathological gambling after bilateral subthalamic nucleus stimulation in Parkinson disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007, **78** : 517-519

STANER L, MENDLEWICZ J. Heredity and role of serotonin in aggressive impulsive behavior. *Encephale* 1998, **24** : 355-364

STOJANOV W, KARAYANIDIS F, JOHNSTON P, BAILEY A, CARR V, SCHALL U. Disrupted sensory gating in pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2003, **54** : 474-484

TASSIN JP. Uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons as a molecular basis of stable changes in behavior induced by repeated drugs of abuse. *Biochem Pharmacol* 2008, **75** : 85-97

TIPPMANN-PEIKERT M, PARK JG, BOEVE BF, SHEPARD JW, SILBER MH. Pathologic gambling in patients with restless legs syndrome treated with dopaminergic agonists. *Neurology* 2007, **68** : 301-303

VAN CRAENENBROECK K, DE BOSSCHER K, VANDEN BERGHE W, VANHOENACKER P, HAEGEMAN G. Role of glucocorticoids in dopamine-related neuropsychiatric disorders. *Mol Cell Endocrinol* 2005, **245** : 10-22

VOON V, HASSAN K, ZUROWSKI M, DUFF-CANNING S, DE SOUZA M, et coll. Prospective prevalence of pathologic gambling and medication association in Parkinson disease. *Neurology* 2006, **66** : 1750-1752

VOON V, THOMSEN T, MIYASAKI JM, DE SOUZA M, SHAFRO A, et coll. Factors associated with dopaminergic drug-related pathological gambling in Parkinson disease. *Arch Neurol* 2007, **64** : 212-216

WEINTRAUB D, SIDEROWF AD, POTENZA MN, GOVEAS J, MORALES KH, et coll. Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. *Arch Neurol* 2006, **63** : 969-973

WITJAS T, BAUNEZ C, HENRY JM, DELFINI M, REGIS J, et coll. Addiction in Parkinson's disease: impact of subthalamic nucleus deep brain stimulation. *Mov Disord* 2005, **20** : 1052-1055

ZACK M, POULOS CX. Amphetamine primes motivation to gamble and gambling-related semantic networks in problem gamblers. *Neuropsychopharmacology* 2004, **29** : 195-207

ZACK M, POULOS CX. A D2 Antagonist enhances the rewarding and priming effects of a gambling episode in pathological gamblers. *Neuropsychopharmacology* 2007, **32** : 1678-1686

ZAROW C, LYNESS SA, MORTIMER JA, CHUI HC. Neuronal loss is greater in the locus coeruleus than nucleus basalis and substantia nigra in Alzheimer and Parkinson diseases. *Arch Neurol* 2003, **60** : 337-341

ZUCKERMAN M. Impulsive sensation seeking and its behavioural, psychophysiological and biochemical correlates. *Neuropsychobiology* 1993, **28** : 30-36

8

Apport des neurosciences

Les neurosciences apportent une connaissance sur « les bases neuronales de… » en raison de la thèse défendue selon laquelle rien de ce qui fait l'activité d'un individu n'a de traduction cérébrale. Si cette activité relève du « normal », elle ne laissera que des traces éphémères ou mémorielles. Si cette activité met en cause l'équilibre, menace l'intégrité du sujet, ou provoque des traumas, alors le système nerveux s'en trouvera affecté à des degrés divers, pour le court ou le long terme. Le dysfonctionnement cérébral agira pour son propre compte et induira des symptômes, permanents ou intermittents. La réparation ou le traitement des dysfonctionnements – objet de la psychiatrie et de la neurologie – aura pour objet de rétablir la relation structure/fonction dans le cadre d'une normalité théorique. Comme pour tout organe, à cerveau « normal » correspondent des activités normales chez les individus, à cerveau en état de « dysfonction » ou atteint correspondent des activités « anormales » ou pathologiques. Ce qui maintient le normal ou induit des dysfonctions relève de causes endogènes, exogènes, génétiques ou environnementales. Le principe à l'œuvre concerne la relation entre normal et pathologique, étayé depuis Claude Bernard dans « Introduction à l'étude expérimentale » (1865) puis par Cannon et le concept d'homéostasie et ses dérèglements (1935), enfin et surtout par Canguilhem (1979). La normalité est étayée par de multiples constantes et les variabilités admises, par des examens étalonnés et approuvés par la pratique, par la nature même de l'examen clinique. La subjectivité inhérente à l'examen en psychiatrie – seule discipline médicale sans examen complémentaire – est grandement encadrée par une approche raisonnée et scientifique de la symptomatologie : entre donc dans le champ médical ce qui s'écarte pour le malade de sa normalité au point de réduire l'une ou l'autre des activités mentales ou physiques et ses capacités adaptatives. La pathologie est la science (médicale pour ce qui concerne l'humain) des maladies ; la maladie est une altération de la santé qui de ce fait, rend une aide médicale souhaitable ou nécessaire. L'addiction est une maladie chronique à rechutes (Mc Lellan et coll., 2000). Aux symptômes cliniques correspondent des désordres neurologiques et les neurosciences permettent de décrire la neuro-physio-pathologie de la maladie selon l'hypothèse qu'à tout symptôme correspond un désordre neuronal qui en est la cause. Examinée dans ses aspects médicaux, l'addiction est une branche de la psychiatrie dont elle adopte le modèle médical. Il va sans dire que l'addiction est étudiée par de nombreuses autres branches du savoir (histoire, économie,

épidémiologie, sociologie…). La psychiatrie est concernée par les dysfonctionnements d'un organe (le cerveau) dont certains définissent l'Addiction.

Les neurosciences des addictions sont par essence expérimentales, ce qui veut dire qu'elles ont recours à des préparations animales représentées essentiellement par les rongeurs, le rat, la souris. Ces préparations sont moléculaires ou cellulaires ou correspondent à des « modèles animaux » mis en situation de consommation (de drogue essentiellement ; il n'y a pas encore de modèles pour les addictions sans drogue). Les animaux s'auto-administrent toutes les drogues que consomment les humains car elles sont appétitives. Les questions posées tournent autour de l'analogie faite entre les deux espèces et de savoir si ces modèles rongeurs sont des modèles d'addiction. Deux paradigmes opposés sont ici en jeu (Le Moal et Koob, 2007). Le clinicien considère le malade (addict) dans son histoire ; il est confronté au principe fondamental des différences inter-individuelles et il sait que certains individus peu à peu s'engageront dans le processus addictif, alors que d'autres, pour des consommations au départ similaires, garderont un contrôle sur leurs conduites. Les sources de ces différences, les vulnérabilités en cause, font partie du diagnostic clinique et du traitement et correspondent aux comorbidités psychopathologiques et même à des vulnérabilités génétiques (voir plus loin). L'action propre des objets de consommation se surajoute aux conditions du « terrain » de l'individu, quitte à le transformer. En bref cette approche est historique, centrée sur l'individu. Le second paradigme est celui qui gouverne la recherche expérimentale. Ce n'est pas l'individu qui est l'intérêt de la recherche mais les effets propres de l'objet, par exemple d'une drogue dans une perspective de neuropharmacologie du comportement ; ces effets sont alors aisément étudiés jusqu'aux niveaux cellulaires ou moléculaires : l'animal – en fait le groupe d'animaux – est par définition a-historique et n'est considéré que par comparaison avec un groupe dit témoin engagé parallèlement dans le protocole expérimental. Cette approche est centrée sur la recherche des actions diverses de la drogue. Ce n'est que ces dernières années que deux groupes de chercheurs ont tenté, à partir de ce paradigme, d'obtenir un modèle d'addiction caractérisé par un accroissement de la consommation avec le temps résultant d'une perte de contrôle et d'une compulsivité (Ahmed et Koob, 1998 ; Vanderschuren et Everitt, 2004). Cependant, une seule publication combine, après une consommation prolongée, les différences inter-individuelles et l'apparition chez un pourcentage réduit d'animaux (comme dans la vie réelle) de signes cardinaux de l'addiction humaine (Deroche-Gamonet et coll., 2004) ; ce modèle serait, en toute rigueur, le seul valide.

Processus addictif

Considérant l'évolution des manifestations phénotypiques et les changements cérébraux, le clinicien est confronté à la nécessité de définir précisément le stade du processus auquel il est référé et, en termes adéquats, les

manifestations comportementales propres à ce stade. Quelques aspects particuliers doivent être abordés. Tout d'abord, de nombreuses addictions sont décrites et étudiées en fonction des différents objets addictogènes, les drogues et les conduites se rapportant au jeu, sexe, boulimie… Du point de vue des neurosciences, il convient d'examiner si elles ont des bases neurobiologiques communes. Ensuite, le processus suit une évolution propre à chaque individu. Différentes voies de consommation (un objet d'addiction est toujours un objet de consommation) sont classiquement décrites : expérimentale, sociale, circonstancielle, intensifiée et impulsive, compulsive. Le passage d'un niveau de consommation à un autre concerne de moins en moins d'individus, et très peu, quel que soit l'objet, succomberont à une consommation compulsive, c'est-à-dire l'addiction. À chaque niveau d'intoxication ou de consommation correspondra un état cérébral particulier. Le dernier stade, ultime, de la maladie chronique à rechute caractérisant l'addiction présentera des modifications anatomo-fonctionnelles chroniques voire permanentes, même après arrêt plus ou moins long de la consommation. Enfin, il faut comprendre pourquoi certains sujets succombent et d'autres pas (jusqu'à une résilience apparente). Cette question concerne l'existence d'une vulnérabilité potentielle, et de la mise en évidence de sa traduction neurobiologique.

Cette vulnérabilité ne concerne pas seulement le fait généralement admis selon lequel un sujet développera d'autant plus aisément d'autres addictions qu'il ait auparavant succombé pour un objet donné ; une interchangeabilité des objets est classiquement observée. De plus, des symptômes propres à au moins une condition psychiatrique majeure ou à des troubles du comportement caractérisés sont présents, tels les désordres affectifs, les troubles de l'attention… Il est bien établi que nombre de ces troubles précèdent les premières consommations et sont observés dès le jeune âge, sans oublier le rôle des environnements familiaux et socioéconomiques (pour revue voir Goodman, 2008). Vulnérabilité et comorbidité ont des traductions neurobiologiques. L'imagerie cérébrale a enrichi ces dernières années les connaissances physiopathologiques pouvant correspondre à des signes cliniques, mais les progrès à accomplir sont énormes avant d'en faire des données scientifiques de référence. Cependant, par essence, ces modifications cérébrales existent nécessairement et rendent parfois problématiques les nombreuses données obtenues pour les addictions et les interprétations. Une surimposition et une addition de différentes atteintes existent, celles qui préexistaient (comorbidité) et celles induites par la consommation de l'objet.

Le processus addictif, comme tout trouble psychiatrique, doit être examiné dans une perspective vie entière et en raison d'une diathèse précoce à considérer dès le développement (Le Moal et Koob, 2007 ; Koob et Le Moal, 2008).

À terme, les neurosciences participeront – les techniques aidant – au dépistage des états prémorbides. Il faut rappeler que la plupart des maladies neurologiques ont des signes neuropathologiques bien avant qu'apparaissent les premiers symptômes ou manifestations comportementales. Il est maintenant

admis que les désordres addictifs partagent un processus biopsychologique sous-jacent. Il serait souhaitable d'écrire addiction (a) lorsqu'il s'agit d'une addiction à (objet) et Addiction (A) lorsque l'on caractérise la maladie chronique à rechute et le syndrome commun à toutes les addictions (Koob et Le Moal, 1997 et 2006). La co-occurrence des désordres psychiatriques à des taux élevés suggère que ces désordres sont bien des indicateurs de facteurs latents ou de processus physiopathologiques qui vont sous-tendre des conditions pathologiques diverses, dont l'Addiction (Shaffer et coll., 2004).

Leur détection et leur analyse en termes neurobiologiques permettent de mieux comprendre les facteurs de vulnérabilité en psychiatrie (Krueger et coll., 1998 ; Krueger, 1999), et plus précisément de proposer une théorie neurobiologique des processus qui sous-tendent l'Addiction.

Caractéristiques biologiques du processus

Le processus est représenté dans la figure 8.1.

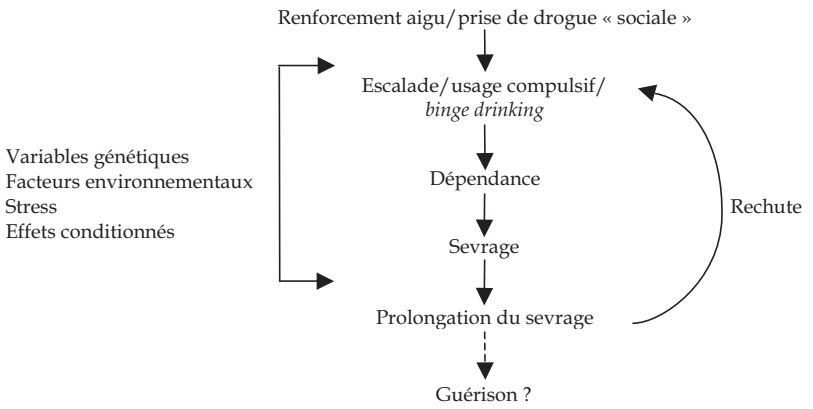


Figure 8.1 : Représentation schématique du cycle addictif (d'après Koob et Le Moal, 2006)

La poursuite de la consommation de l'objet, induite par divers facteurs, débouche sur l'usage compulsif qui traduit l'état de dépendance ou d'Addiction. La rechute peut survenir après un sevrage plus ou moins long, provoquée par les mêmes facteurs qui ont entraîné l'Addiction. Noter que la récupération neurobiologique totale est considérée comme peu probable.

Pour des raisons intrinsèques de vulnérabilité, des environnements délétères, des caractéristiques socioéconomiques peu favorables, des relations familiales pauvres, tout ce qui provoque du stress dont les conséquences hormonales et neurobiologiques favorisent des désordres psychopathologiques, mais également certaines variables génétiques, la rencontre avec l'objet,

en principe agréable, aura des effets particuliers propres à enclencher la répétition de la conduite. Il faut remarquer que les facteurs génétiques, trop souvent avancés, concernent des facteurs généraux de vulnérabilité neurobiologique. Il n'y a pas une vulnérabilité génétique à l'Addiction ou à l'une ou l'autre des addictions ; cependant ces facteurs peuvent favoriser la poursuite du processus.

L'usage occasionnel mais limité de l'objet ayant une particularité addictogène est distinct de l'émergence d'un usage chronique et d'Addiction. Les neuroadaptations résultant de ces différents usages, au sein de circuits spécifiques, sont de mieux en mieux connus, ainsi que les transitions d'un état à un autre. Le passage est cliniquement caractérisé par une perte progressive du contrôle sur la conduite consommatoire, la plongée dans une spirale aliénante centrée sur le seul objet, une pratique compulsive de la recherche de l'objet et de sa consommation en dépit des conséquences graves pouvant survenir à l'individu et à son entourage et le développement d'un état affectif négatif qui précipite la rechute (Koob et Le Moal, 1997 ; Goodman, 2008). Un élément majeur du processus addictif est la désactivation des systèmes motivationnels naturels de telle sorte que le fonctionnement normal des systèmes de récompense est compromis et que des systèmes anti-récompense sont recrutés (Koob et Le Moal, 2008).

L'état motivationnel varie avec le niveau d'activation du sujet ; il guide le comportement en relation avec les changements de l'environnement interne (états motivationnels et pulsions centraux) ou externe (incitations variées) et donc évolue sans cesse dans le temps ; il est inextricablement lié avec les états hédoniques, affectifs, émotionnels (pour définitions voir Winkielman et coll., 2007) présents dans l'Addiction. La motivation est une fonction organismique fondamentale de l'individu ayant pour but de produire une activité organisée. Elle inclut d'une part le moteur et sa cohérence, et d'autre part le motif, le but, l'insertion dans l'histoire, la prise de décision, la volonté. Il est important de comprendre que ces états affectifs, dès leur initiation par le système nerveux, sont automatiquement modulés par des mécanismes centraux opposants afin de réduire leur intensité (Solomon et Corbit, 1974 ; Solomon, 1980). En d'autres termes, une réponse hédonique positive ou négative déclenchée par des stimuli ou des représentations (Koob et Le Moal, 2008), corrélée avec leur intensité et leur durée sera suivie par une réaction, contraire donc, lente d'apparition, retardée, et de plus longue durée. Concrètement, considérant les systèmes motivationnels centraux, l'effet initial et immédiat de l'objet (addictogène pour certains sujets uniquement, voir plus haut) est « opposé », contrecarré par des changements homéostatiques dans le cerveau, à la manière d'un feedback négatif qui va s'opposer à l'état affectif initial déclenché par l'objet afin de rétablir un équilibre homéostatique (Poulos et Capell, 1991 ; Koob et Le Moal, 2008). Le fait essentiel est que si l'effet initial, de nature inconditionnelle, perdure sans changement pour chaque consommation, l'effet opposé, conditionné donc car déclenché par l'effet

initial, se sensibilise peu à peu, s'accroît en intensité et durée au point d'être de plus en plus présent dans le temps (Larcher et coll., 1998 ; Laulin et coll., 1999 ; Célérier et coll., 2001). L'euphorie, l'effet hédonique positif, va se réduire en intensité, dominé peu à peu par un état émotionnel aversif-négatif de plus en plus présent dans la vie du sujet. À un stade avancé d'une pratique consommatoire qui devient de plus en plus impulsive, l'individu s'installe dans une spirale (figure 8.2).

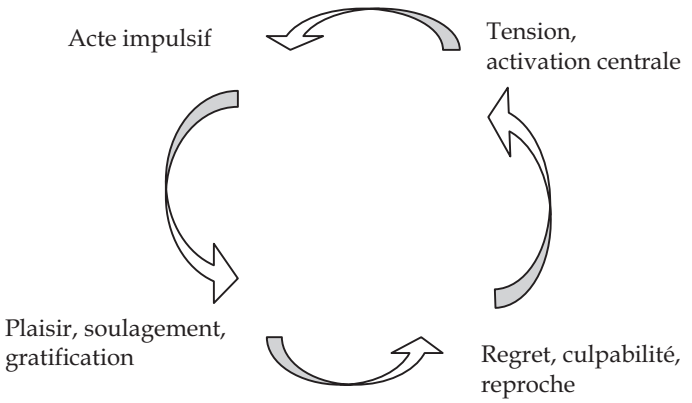


Figure 8.2 : Pratique consommatoire impulsive

Le renforcement positif (initial) existe donc encore après la consommation de l'objet, mais le renforcement négatif s'accroît, se sensibilise. L'Addiction étant installée, c'est-à-dire un état compulsif, le sujet s'enferme dans une autre spirale (figure 8.3).

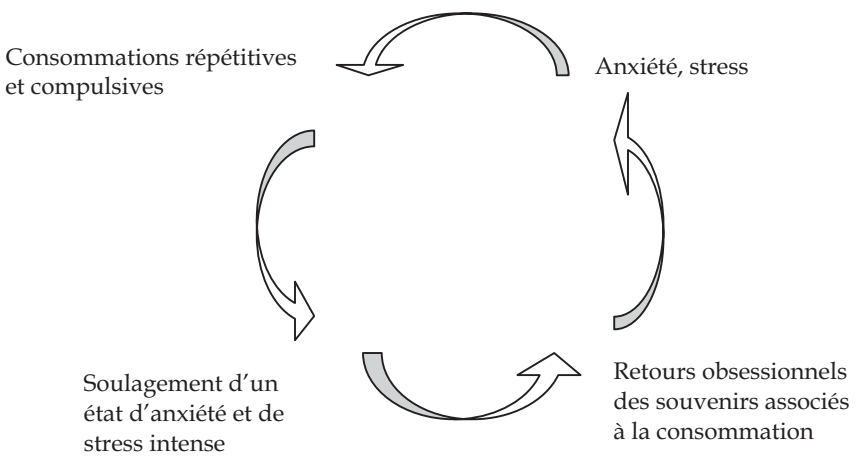


Figure 8.3 : Pratique consommatoire compulsive

À ce stade ultime du processus, l'individu, malade, est submergé par des renforcements négatifs et l'état affectif négatif. L'addict est un être en grande souffrance et douloureux. L'état de manque-sevrage qui domine la boucle compulsive est le reflet des multiples neuroadaptations survenues au cours du temps en raison de l'action directe (pharmacologique) ou indirecte (boucles comportementales sensori-motrices dans le cas des addictions sans drogue) de l'objet. Peu à peu, le processus passe par trois états :

• un état dominé par la mise en jeu du système de récompense, hédonique (*reward system*), avec une réactivité homéostatique vers l'équilibre ;

• une modification progressive des fonctionnements physiologiques des systèmes motivationnels, hors équilibre dans un état allostatique (Koob et Le Moal, 2004) associé à une vulnérabilité à la rechute ;

• l'état final où les changements cérébraux sont plus difficilement réversibles pour produire un état chronique de maladie qu'est l'Addiction (Koob et Le Moal, 2006 ; Le Moal et Koob, 2007).

Ces considérations sont généralisables aux autres conditions psychopathologiques (Koob et Le Moal, 2001).

Le système cérébral de récompense (*reward system*) correspond à des circuits impliqués dans le renforcement positif associé à des valeurs hédoniques appétitives. Les neuroadaptations induites par la consommation de l'objet correspondent par définition (homéostasie) à des changements d'état internes impliquant d'une part la dopamine (Le Moal et Simon, 1991) et d'autre part les systèmes d'activation et de stress (système périphérique hypothalamo-hypophyso-surrénalien) avec la sécrétion de l'hormone cortisone (glucocorticoïde). Cette hormone franchit la barrière hémato-encéphalique, active ses récepteurs centraux et en particulier ceux localisés dans les neurones à dopamine (Piazza et coll., 1989 et 1993 ; Piazza et Le Moal, 1996 et 1998). Le tableau 8.I (Koob et Le Moal, 2008) montre que chaque drogue (addictions) met en jeu des neurotransmetteurs et structures spécifiques mais que des substrats communs sont activés (Addiction).

Les résultats expérimentaux convergent pour montrer que les systèmes centraux du stress (circuits intracérébraux du facteur de libération de la corticotropine – *Corticotropin-Releasing Factor*, CRF – et de la noradrénaline) et des émotions sont recrutés alors que le processus addictif progresse en conséquence d'une activation excessive du système de récompense, ce qui accroît la valence hédonique négative. Ces systèmes ont été appelés les systèmes anti-renforcements (*anti-reward systems*) (Koob et Le Moal, 2005 et 2008) ; ils participent à un ensemble cette fois inter-systémique (et non plus intra-système) dont le fonctionnement physiopathologique va définir un état motivationnel puissant reflété par le passage des conduites impulsives aux conduites compulsives et dominé par le syndrome de sevrage. Le tableau 8.II résume les neurotransmetteurs impliqués dans ces états motivationnels.

Tableau 8.I : Neurotransmetteurs mis en jeu par l'abus de drogue

Abus de drogue	Neurotransmetteur	Site
Cocaïne et amphétamines	Dopamine Acide γ-aminobutyrique	Nucleus accumbens Amygdale
Opiacés	Peptides opioïdes Dopamine Endocannabinoïdes	Nucleus accumbens Aire tegmentale ventrale
Nicotine	Acetylcholine nicotinique Dopamine Acide γ-aminobutyrique Peptides opioïdes	Nucleus accumbens Aire tegmentale ventrale Amygdale
Δ9-tetrahydrocannabinol	Endocannabinoïdes Peptides opioïdes Dopamine	Nucleus accumbens Aire tegmentale ventrale
Alcool	Dopamine Peptides opioïdes Acide γ-aminobutyrique	Nucleus accumbens Aire tegmentale ventrale Amygdale

Tableau 8.II : Neurotransmetteurs impliqués dans les effets motivationnels de sevrage d'abus de drogues

Neurotransmetteur	Effet fonctionnel
↓ Dopamine	Dysphorie
↓ Sérotonine	Dysphorie
↓ Acide γ-aminobutyrique	Anxiété, panique
↓ Neuropeptide Y	Antistress
↑ Dynorphine	Dysphorie
↑ Facteur de libération de corticotropine	Stress
↑ Noradrénaline	Stress

Les circuits neurobiologiques impliqués dans l'évolution du processus sont schématisés dans la figure 8.4.

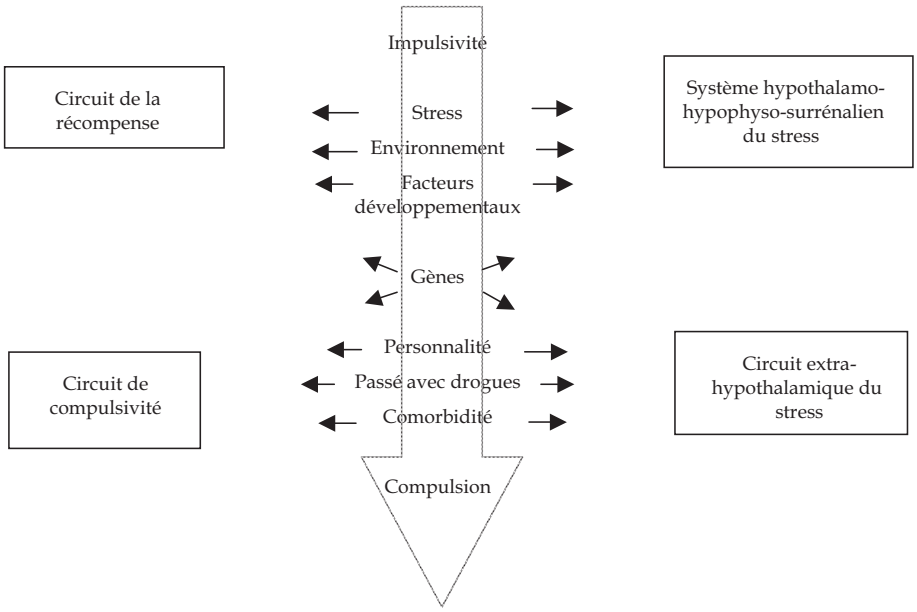


Figure 8.4 : Circuits cérébraux recrutés à différentes étapes du cycle addictif alors que la pathologie progresse et passe du renforcement positif au renforcement négatif et d'une conduite devenue impulsive au stade terminal de la compulsivité incontrôlée (Koob et Le Moal, 2004 et 2008 ; Le Moal et Koob, 2007)

Haut, gauche : l'activité propre du système de récompense (nucleus accumbens, neurones à dopamine) décroît mais d'autres systèmes sont recrutés en particulier la boucle : cortex préfrontal-amygdale basolatérale → amygdale étendue-pallidum ventral → pallidum ventro-médian → thalamus médio-dorsal puis → cortex préfrontal. L'activation des régions cortex préfrontal-amygdale basolatérale produit impulsivité et renforcement positif. Bas, gauche : le circuit de récompense s'inactive pour faire place à l'activation dominante d'un circuit de compulsivité et de sortie comportementale (cortex préfrontal → striatum ventral puis dorsal → pallidum ventral puis dorsal → thalamus médio-dorsal → cortex préfrontal), accompagnée de renforcement et d'affectivité négatifs. Haut, droite : l'axe du stress périphérique avec ses rétroactions et ses autorégulations ; il active le circuit de récompense (activation directe des neurones à dopamine). Bas, droite : circuits intracérébraux du stress et ses boucles d'activation. Ces transitions sont facilitées par différents facteurs, dont des facteurs de vulnérabilité et les comorbidités. Les facteurs génétiques agissent vraisemblablement par des mécanismes épigénétiques.

Le processus addictif résulte pour une bonne part de l'accroissement progressif (sensibilisation) de tous les mécanismes qui, au départ, s'opposaient à l'effet aigu de l'objet ; ils se développent pour leur propre compte et correspondent aux physiopathologies à l'œuvre, conséquences des consommations mais également causes des besoins impérieux. Ces phénomènes ne sont pas encore entièrement compris. L'usage du terme tolérance (et le concept), issu de la pharmacologie du comportement (une consommation aurait progressivement

moins d'effet et doit être donc accrue en quantité et dans le temps pour un effet similaire), est un non-sens physiologique. La consommation a de plus en plus d'effets non sur la cible neurobiologique initiale de l'objet (système de récompense), mais sur d'autres circuits (dont le cortex préfrontal), ceux qui sont à l'origine des mécanismes neuropathologiques. D'autres neurotransmetteurs et ensembles neuronaux sont recrutés qui vont précipiter la transition de la consommation impulsive vers la compulsion et la perte de contrôle.

Au niveau cellulaire et moléculaire, les recherches ont démontré le rôle de deux molécules. La première est un facteur de transcription, une protéine qui régule l'expression et l'activité des gènes et, partant, l'activité globale des cellules nerveuses : CREB *(cAMP Response Element-Binding)*, qui résulte de l'activation de l'AMP cyclique dont la production augmente dans le système mésolimbique et le noyau accumbens en raison de l'utilisation accrue de dopamine (effet initial de l'objet). Cet accroissement est la conséquence de la consommation de drogue ou de l'activation comportementale. L'activation soutenue de CREB accroît l'expression de ses gènes cibles, dont certains codent pour la production de protéines qui vont, en conséquence, accroître l'activité des circuits du système de récompense, par exemple la synthèse de dynorphine, laquelle en retour inhibera les neurones dans l'aire tegmentale ventrale (siège des neurones à dopamine) et donc réduira l'activité du système de récompense. L'activation de CREB, de nature inconditionnelle, est de courte durée et disparaît en peu de jours après la consommation. Les effets prolongés des consommations d'objets addictogènes, les altérations cérébrales à long terme – en années et décennies – et qui subsistent après abstinence relèvent d'autres mécanismes, dont des changements structuraux. Il a été montré un accroissement du nombre des épines dendritiques (Robinson et Berridge, 2003), et ces remodelages peuvent rendre compte de l'hypersensibilité des régions impliquées dans l'Addiction aux neurotransmetteurs libérés soit par une consommation ou sa représentation mentale, soit par des signaux activant des mémoires spécifiques. Des données récentes (Nestler, 2001 et 2004) suggèrent que la molécule delta FOS-B joue un rôle dans l'augmentation des épines dendritiques. Cet effet est l'une des nombreuses conséquences des sensibilisations à long terme mentionnées ci-dessus. Le facteur de transmission delta FOS-B est le reflet de ces changements moléculaires à long terme qui rendent compte de la chronicité de la maladie. Lors d'une consommation accrue (chronique), ce facteur s'accroît lentement et régulièrement dans les régions impliquées dans le processus addictif. Chez l'animal, cette protéine est extrêmement stable et reste active dans les neurones durant des mois après la consommation, maintenant de ce fait très longtemps les changements dans l'expression des gènes même après l'arrêt d'une consommation, ce qui contribue à la rechute (Nestler et coll., 2001 ; Nestler, 2001 et 2004 ; Koob et Le Moal, 2008). Cet accroissement a été observé également à partir de conduites répétitives comme l'activité motrice excessive ou la consommation incontrôlée de sucre, ce qui indique une implication générale dans la physiopathologie des conduites compulsives.

Il a été montré que plusieurs régions cérébrales impliquées dans l'Addiction, comme l'hippocampe, l'amygdale, le cortex préfrontal, communiquent (dans les deux sens) avec le système de récompense, dont le noyau accumbens et les neurones à dopamine par l'intermédiaire des voies glutamatergiques. Ces voies sont l'un des composants majeurs des systèmes opposants conditionnés qui induisent des sensibilisations à long terme (Kalivas, 2004 ; Ungless et coll., 2001). Les neurones, à dopamine par exemple, ont une sensibilité accrue à ce transmetteur excitateur, libéré par des voies longues reliant différentes régions du cerveau ; ses récepteurs sont augmentés dans les neurones cibles (Ungless et coll., 2001).

Toutes ces données doivent être intégrées selon une dynamique temporelle et selon les mécanismes qui régissent les différences inter-individuelles. Nous avons vu que les mêmes mécanismes physiologiques qui permettent des réponses motivationnelles rapides et adaptées à une consommation sont également à l'origine d'états pathologiques si les ressources nécessaires ne sont pas disponibles pour arrêter ces réponses. Les mécanismes allostatiques permettent une stabilité fonctionnelle en dépit de changements neuroadaptatifs au sein des systèmes de renforcement. Ces mécanismes ont un coût et débouchent sur l'hyperactivation des systèmes de renforcement et le recrutement des systèmes anti-renforcements et du stress (Koob et Le Moal, 2006).

Neuropsychologie de l'Addiction

L'essentiel des données publiées concerne les addictions dues aux drogues d'abus. Cependant, comme les addictions sans drogue présentent les mêmes symptômes et même un syndrome de sevrage, il est logique d'admettre que ces manifestations cliniques reflètent les mêmes dysfonctionnements cérébraux qui relèvent donc d'une physiopathologie commune, celle de l'Addiction. Différents schémas ont été présentés dans la littérature spécialisée (pour une revue exhaustive, voir l'ouvrage Koob et Le Moal, 2006). Il ne sera jamais assez répété que le syndrome d'Addiction est la fin d'un processus qui s'insère dans un cycle (ou une spirale) dans la mesure où après sevrage, dans 80 % des cas, il y a rechute (voir figure 8.1). La position présentée ici (pour détails, voir Koob et Le Moal, 1997) est :

- que de l'initiation du processus jusqu'au stade terminal d'Addiction, le trouble majeur est la perte des capacités d'autorégulation à des degrés variables, pour s'achever dans la perte totale des mécanismes de contrôle ;
- que ces caractéristiques comportementales reflètent l'altération de mécanismes neurobiologiques faisant intervenir le cortex préfrontal. Nous y voyons le *primum movens* ou le mécanisme pathognomomique de nombreux troubles biocomportementaux et psychopathologiques dont les addictions.

Cliniciens et neurobiologistes doivent définir et maîtriser le vocabulaire dans le but de faire coïncider le contenu des mots qui définissent symptômes et syndromes et les mots qui définissent physiologiquement et physiopathologiquement les fonctions des structures cérébrales identifiées.

Le syndrome commun est défini par :
• la perte de contrôle et des capacités d'autorégulation ;
• une recherche et un usage compulsif de l'objet, l'instauration de boucles motrices déclenchées par les représentations mentales et les stimuli environnementaux ;
• une rupture de l'homéostasie hédonique avec un état affectif négatif en l'absence de l'objet ;
• conséquemment, un rétrécissement des conduites et la mise en danger du principe biologique fondamental : conservation de l'individu et préservation de l'espèce.

Une proposition neuropsychologique des relations structure-fonction est représentée dans la figure 8.5.

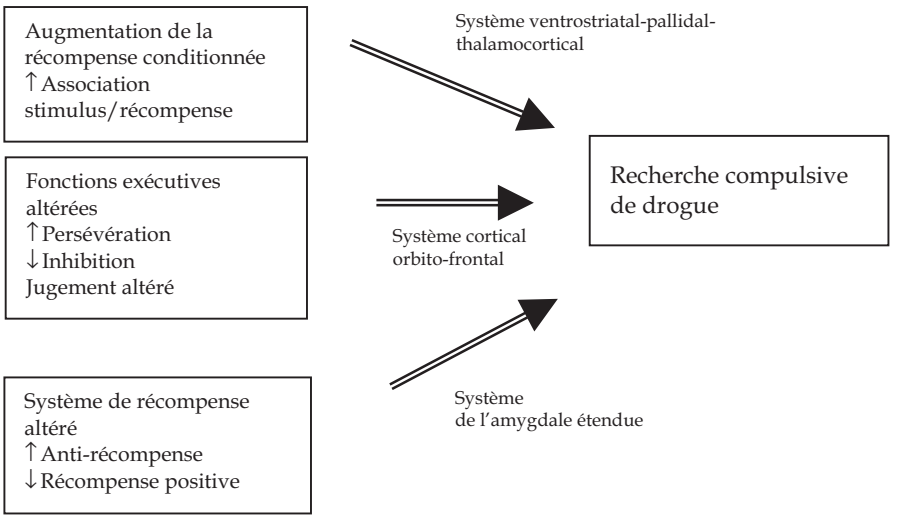


Figure 8.5 : Représentation neuropsychologique du syndrome commun de l'Addiction : mise en relation des symptômes tels qu'ils sont décrits en termes cliniques et les régions et systèmes qui correspondraient, connaissant les fonctions qu'ils modulent (d'après Koob et Le Moal, 2001, 2006 et 2008)

Les différentes propositions neurobiologiques communes au syndrome d'Addiction sont synthétisées dans la figure 8.6 (Koob et Le Moal, 2006). On y trouve un ensemble de régions, telles le noyau central de l'amygdale, le noyau de la strie terminale, la partie externe périphérique – *shell* – du noyau accumbens, souvent appelé amygdale étendue, comprenant par ailleurs des

neurotransmetteurs tels que la dopamine et les opioïdes issus de l'aire tegmentale ventrale et du noyau arqué et les messagers du stress (glucocorticoïdes périphériques, CRF, noradrénaline).

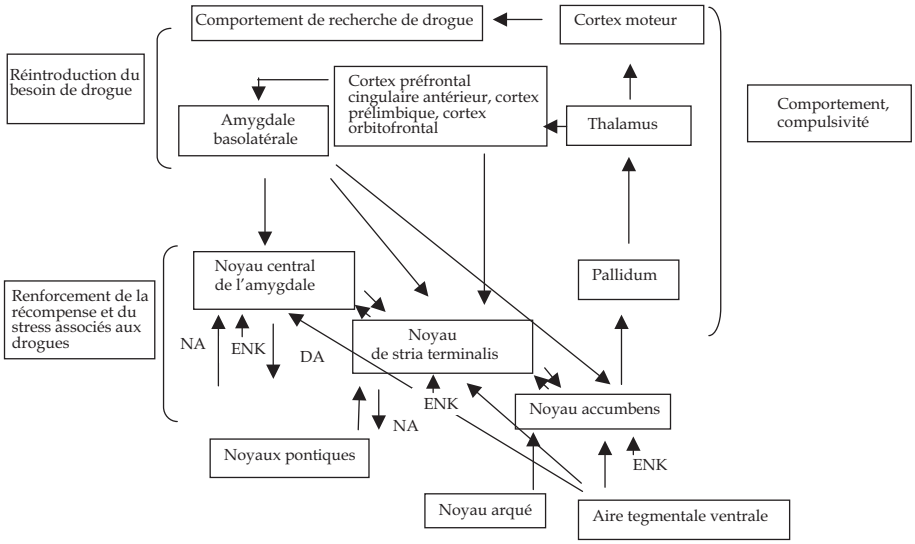


Figure 8.6 : Synthèse des circuits dont le dysfonctionnement produit le syndrome commun de l'Addiction (d'après Koob et Le Moal, 2006)

ENK : enképhalines ; DA : dopamine ; NA : noradrénaline ; β-END : bêta-endorphine

Ces régions intègrent les stimuli renforçants, ou les stimuli à signification aversive ou appétitive. Au début de la consommation, la valence globale est appétitive et positivement hédonique ; à mesure que le comportement devient impulsif, puis compulsif, les valeurs négatives ou aversives dominent. Les différentes parties sont inter-régulées par des modulations glutamatergiques. Un second circuit comprend les cortex et la région basolatérale de l'amygdale. Le cortex préfrontal est en position de régulation de l'ensemble cérébral ; il a une fonction inhibitrice de contrôle, défaillante dans l'Addiction. La consommation de l'objet, intégrée au niveau cortical, déclenche le cycle addictif (rechute) ; la perception des signaux ou indices associés à l'objet, intégrés dans le noyau basolatéral, enclenche de même la consommation incontrôlée. Ici encore, la plupart des voies descendantes sont de nature glutamatergiques. Enfin, le circuit moteur (pallidum, thalamus, cortex moteur) à l'œuvre dans la compulsion est régulé également par le cortex préfrontal. Ce schéma n'a pas inclus la région hippocampique qui intègre les mémoires associées à l'objet et à sa consommation (mais voir Koob et Le Moal, 2001).

Dans la mesure où le syndrome clinique observé dans le jeu pathologique correspond à celui de l'Addiction, syndrome de sevrage inclus, il est admis que

les fondements neuro- et physiopathologiques sont similaires. Qu'il s'agisse de la consommation d'aliments ayant des qualités hédoniques, de drogues qui envahissent les régions de renforcements positifs et usurpent leur fonctionnement normal, de conduites procurant plaisir et récompenses (ou leur attente), les mécanismes induits sont les mêmes, au niveau des mêmes structures, tout comme la capacité ou non de s'autoréguler. L'addiction aux jeux, et selon leurs multiples formes, présente bien évidemment des caractéristiques spécifiques. Il est admis que les sources de vulnérabilité sont identiques (Goodman, 2008). Très peu est connu sur les voies sensorielles impliquées, sur les circuits associés aux réponses déclenchées par des indices, visuels ou autres. Le rôle du cortex préfrontal est bien documenté (Bechara et coll., 1995 et 1998 ; Damasio et coll., 2000 ; Kahneman, 2003 ; Bechara, 2005) en particulier pour ce qui concerne la prédiction, la prise de décision (et les voies glutamatergiques descendantes) et le contrôle émotionnel. L'imagerie cérébrale montre une perte d'activation préférentielle de ces régions chez les sujets dépendants lors de situations reproduisant une situation de jeux (Potenza et coll., 2003).

L'addiction au jeu pose aux neurosciences un problème à résoudre du plus grand intérêt. En effet, cette addiction est la seule qui soit « non métabolique », en d'autres termes dont l'objet n'est pas consommé dans le cadre des systèmes biologiques et de leurs limites métaboliques. Les drogues sont ingérées (ou administrées) et mettent en route les métabolismes biochimiques au sein des systèmes qui ont leurs propres limites homéostatiques et temporelles, de même pour le sexe, la boulimie. L'objet, dans le jeu pathologique, ici des stimuli sensoriels, a peu de limites temporelles, emprunte des voies et met en jeu des systèmes qui lui seront spécifiques, comme pour toute « addiction à ». Les structures en cause dans un syndrome addictif qui progresse sont par nature les mêmes, celles de l'Addiction. Cependant, la caractéristique essentielle est la rapidité entre perception et exécution, bien illustrée avec les joueurs d'échec qui mènent plusieurs parties en même temps et à l'œuvre chez les joueurs d'argent ou les « cyberjoueurs » par exemple. La prise de décision repose bien évidemment sur des connaissances, un savoir-faire, des mémoires dont la qualité et la pertinence rendent vraisemblablement compte de la rapidité de décision et d'action. La mise en jeu de schémas mentaux préétablis existe également avec les drogues d'abus et sont à l'origine des rechutes ; les indices de l'environnement mais aussi des représentations mentales déclenchent quasi immédiatement une consommation impérieuse, impulsive, compulsive, et même un syndrome de sevrage chez un sujet n'ayant pas consommé depuis plusieurs semaines. Les recherches neurobiologiques s'orientent vers l'identification des substrats mis en jeu dans les deux situations qui semblent reposer sur des associations stimuli-réponses dans le cadre de mémoires et de connaissances, de systèmes cognitifs donc. Dans le cas des drogues d'abus, il a été proposé le rôle central d'habitudes, de schémas sensori-moteurs (« *habits* »), de mémoires routinières et procédurales autonomes, localisés dans le striatum et sans grandes interférences,

curieusement avec les mécanismes (ou non-contrôles) corticaux (Robbins et Everitt, 1999). Leur déclenchement et mise en route sont mal compris. *A contrario*, Kahneman et son école (pour revue récente voir Kahneman, 2003) ont bien analysé les mécanismes impliqués lors des prises de décisions dans des situations à risques ou chargées d'incertitudes (jeu, bourse…) fréquentes dans le monde réel, y compris les drogues et le sexe (Tversky et Kahneman, 1974 et 1981 ; Kahneman et Tversky, 1979) et pour lesquelles le rôle de certaines régions du cortex préfrontal a été bien analysé (Bechara et coll., 2000 ; Tranel et coll., 2002 ; Gehring et Willoughby, 2002). La figure 8.7 résume les caractéristiques d'une part d'un système rapide (système 1), implicite, émotionnel et non soumis à l'introspection, gouverné par des procédures et habitudes, et d'autre part d'un système réflexif (système 2), de contrôle, de raisonnement et qui serait plus lent. Un concept central sous-tend ces deux systèmes, celui de l'accessibilité, l'effort – ou l'aisance – avec lequel des contenus mentaux particuliers viennent à l'esprit ; l'accessibilité d'une pensée est déterminée à la fois par les caractéristiques des mécanismes cognitifs qui la produisent et par les caractéristiques des stimuli ou événements qui l'évoquent. Comment ces mécanismes corticaux se dérèglent est une question qui stimule la recherche en neurosciences.

	PERCEPTION	INTUITION SYSTÈME 1	RAISONNEMENT SYSTÈME 2
PROCESSUS	Rapide En parallèle Automatique Sans effort Associatif Apprentissage lent		Lent En série Contrôlé Avec effort Gouverné par des règles Flexible
CONTENUS	Perceptions Stimulations courantes	Représentations conceptuelles Passé, présent, futur Peut être évoqué par le langage	

Figure 8.7 : Caractéristiques des deux systèmes cognitifs impliqués dans une prise de décision lors de la présentation d'un stimulus de l'environnement (d'après Kahneman, 2003)

Au plan du processus, le système 1, qui suit très vite la perception, est émotionnel, intuitif, rigide, rapide et associatif. Le second est réflexif, contrôlé, demande de l'effort, neutre émotionnellement, flexible. Les contenus sont également différents voire opposés : de nature stimulus-réponse, lié à la perception dans le premier système, lié à l'histoire du sujet, aux contenus des représentations dans le second.

En conclusion, un objet d'addiction n'est addictogène que dans la mesure où il est consommé par un individu préalablement vulnérable. Cette vulnérabilité résulte des comorbidités psychopathologiques diverses, de conditions environnementales et éducationnelles délétères, de troubles de la personnalité, de trajectoires de vie stressantes. Ces sujets vulnérables sont en général polyconsommateurs d'objets d'addiction. Les troubles développés sont donc complexes : propres à l'objet et propres aux comorbidités. La consommation est souvent une auto-médication. Comment prédire en amont une vulnérabilité est l'un des challenges de l'addictologie.

De la consommation occasionnelle et contrôlée à la consommation compulsive, un processus complexe, pathologique, s'engage s'achevant par le stade d'Addiction, maladie chronique à rechute. L'Addiction, maladie grave, concerne relativement peu de sujets au regard du nombre des consommateurs occasionnels.

Il est admis que pour chaque « addiction à », il y a des symptômes ou caractéristiques comportementales propres à la consommation de l'objet déterminé. Toutefois, il existe un syndrome clinique commun, le syndrome d'Addiction. Ce syndrome est analysé selon un modèle médical : recherche de l'étiologie, de la physiopathologie, élaboration du traitement. L'étiologie est en discussion : soit la comorbidité prémorbide, soit les caractéristiques propres à l'objet ; seule la première position est acceptable. Les traitements sont encore limités en efficacité.

La physiopathologie est de mieux en mieux connue. Une perspective neuropsychologique est proposée pour laquelle les termes de la description clinique sont rapportés aux termes utilisés en physiologie du cerveau pour caractériser la fonction et la dysfonction des structures et réseaux.

Les addictions ne sont qu'une part d'un ensemble de perturbations psychopathologiques et comportementales, toutes caractérisées par une perte des capacités d'autorégulation.

Le jeu pathologique rejoint les addictions aux drogues licites (tabac, alcool), lesquelles coûtent à la société et aux systèmes de soin et, sans commune mesure, bien plus que les addictions illicites.

Le traitement, difficile comme pour toutes les pathologies psychiatriques, demande une grande expertise. La prévention sera possible sur la base d'une conception solide du pourquoi des différences inter-individuelles et du comment de l'entrée dans le processus addictif. Les neurosciences, avec les autres disciplines, doivent y concourir.

BIBLIOGRAPHIE

AHMED SH, KOOB GF. Transition from moderate to excessive drug intake: change in hedonic set point. *Science* 1998, **282** : 298-300

BECHARA A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nat Neurosci* 2005, **8** : 1458-1463

BECHARA A, TRANEL D, DAMASIO H, ADOLPHS R, ROCKLAND C, DAMASIO A. Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdale and hippocampus in humans. *Science* 1995, **267** : 115-1118

BECHARA A, DAMASIO H, TRANEL D, ANDERSON SW. Dissociation of working memory from decision making within the human prefrontal cortex. *J Neurosci* 1998, **18** : 428-437

BECHARA A, DAMASIO H, DAMASIO AR. Emotion, decision-making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex* 2000, **10** : 295-307

BERNARD C. L'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Éditions JB Baillère et fils, 1865

CANGUILHEM G. Le normal ou le pathologique.1979, PUF, 1943, 4e ed.

CANNON WB. Stresses and strains of homeostasis. *Am J Med Sci* 1935, **189** : 1-14

CÉLÉRIER E, LAULIN JP, CORCUFF JB, LE MOAL M, SIMONNET G. Progressive enhancement of delayed hyperalgesia induced by repeated heroin administration: a sensitization process. *J Neurosci* 2001, **21** : 4074-4080

DAMASIO AR, GRABOWSKI TJ, BECHARA A, DAMASIO H, PONTO LL, et coll. Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nat Neurosci* 2000, **3** : 1049-1056

DEROCHE-GAMONET V, BELIN D, PIAZZA PV. Evidence for addiction-like behavior in the rat. *Science* 2004, **305** : 1014-1017

GEHRING WJ, WILLOUGHBY AR. The medial frontal cortex and the rapid processing of monetary gains and losses. *Science* 2002, **295** : 2274-2282

GOLDSTEIN RZ, VOLKOW ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002, **159** : 1642-1652

GOODMAN A. Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochem Pharmacol* 2008, **75** : 266-322

GUZE SB. Why psychiatry is a branch of medicine. Oxford University Press, New York, 1992, 147p

KAHNEMAN D. A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *Am Psychol* 2003, **58** : 697-720

KAHNEMAN D, TVERSKY A. Prospect theory: An analysis of decisions under risk. *Econometrica* 1979, **47** : 263-291

KALIVAS PW. Glutamate systems in cocaine addiction. *Current Opin Pharmacol* 2004, **4** : 23-29

KOOB GF, LE MOAL M. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science* 1997, **278** : 52-58

KOOB GF, LE MOAL M. Drug addiction, dysregulation of reward and allostasis. *Neuropsychopharmacology* 2001, **24** : 97-129

KOOB GF, LE MOAL M. Drug addiction and allostasis. *In* : Allostasis, homeostais and the costs of physiological adaptation. SCHULKIN J (ed). Cambridge University Press. New York, 2004 : 150-163

KOOB GF, LE MOAL M. Plasticity of reward neurocircuitry and the 'dark side' of drug addiction. *Nat Neurosci* 2005, **8** : 1442-1444

KOOB GF, LE MOAL M. Neurobiology of Addiction. Elsevier, 2006, 570p

KOOB GF, LE MOAL M. Addiction and the brain anti-reward system. *Ann Rev Psychology* 2008, **59** : 29-53

KRUEGER RF, CASPI A, MOFFITT TE, SILVA PA. The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study. *J Abnorm Psychology* 1998, **107** : 216-227

KRUEGER RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999, **56** : 921-926

LE MOAL M, SIMON H Mesocorticolimbic dopaminergic network: functional and regulatory roles. *Physiol Rev* 1991, **71** : 155-234

LE MOAL M, KOOB GF. Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *Eur Neuropsychopharmacology* 2007, **17** : 377-393

LARCHER A, LAULIN JP, CÉLÉRIER E, LE MOAL M, SIMONNET G. Acute tolerance associated with a single opiate administration: involvement of N-methyl-D-aspartate-dependent pain facilitatory systems. *Neuroscience* 1998, **84** : 583-589

LAULIN JP, CÉLÉRIER E, LARCHER A, LE MOAL M, SIMONNET G. Opiate tolerance to daily heroin administration: an apparent phenomenon associated with enhanced pain sensitivity. *Neuroscience* 1999, **89** : 631-636

MCLELLAN AT, LEWIS DC, O'BRIEN CP, AND KLEBER HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000, **284** : 1689-1695

NESTLER EJ. Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nat Rev Neurosci* 2001, **2** : 119-128

NESTLER EJ. Historical review: Molecular and cellular mechanisms of opiate and cocaine addiction. *Trends Pharmacol Sci* 2004, **25** : 210-218

NESTLER EJ, BARROT M, SELF DW. DeltaFosB: a sustained molecular switch for addiction. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001, **98** : 11042-11046

PIAZZA PV, LE MOAL M. Pathophysiological basis of vulnerability to drug abuse: role of an interaction between stress, glucocorticoids, and dopaminergic neurons. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 1996, **36** : 359-378

PIAZZA PV, LE MOAL M. The role of stress in drug self-administration. *Trends Pharmacol Sci* 1998, **19** : 67-74

PIAZZA PV, DEMINIÈRE JM, LE MOAL, M SIMON H. Factors that predict individual vulnerability to amphetamine self-administration. *Science* 1989, **245** : 1511-1513

PIAZZA PV, DEROCHE V, DEMINIÈRE JM, MACCARI S, LE MOAL M, SIMON H. Corticosterone in the range of stress-induced levels possesses reinforcing properties: implications for sensation-seeking behaviors. *Proc Natl Acad Sci USA* 1993, **90** : 11738-11742

POTENZA MN, STEINBERG MA, SKUDLARSKI P, FULBRIGHT RK, LACADIE CM, et coll. Gambling urges in pathological gambling: A functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2003, **60** : 828-836

POULOS CX, CAPPELL H. Homeostatic theory of drug tolerance: a general model of physiological adaptation. *Psychol Rev* 1991, **98** : 390-408

ROBBINS TW, EVERITT BJ. Drug addiction: bad habits add up. *Nature* 1999, **398** : 567-570

ROBINSON TE, BERRIDGE KC. Addiction. *Annu Rev Psychol* 2003, **54** : 25-53

SHAFFER HJ, LAPLANTE DA, LABRIE RA, KIDMAN RC, DONATO AN, STANTON MV. Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology. *Harv Rev Psychiatry* 2004, **12** : 367-374

SOLOMON RL. The opponent-process theory of acquired motivation: the costs of pleasure and the benefits of pain. *Am Psychol* 1980, **35** : 691-712

SOLOMON RL, CORBIT JD. An opponent-process theory of motivation. I. Temporal dynamics of affect. *Psychol Rev* 1974, **81** : 119-145

TRANEL D, BECHARA A, DENBURG NL. Asymmetric functional roles of right and left ventromedial prefrontal cortices in social conduct, decision-making and emotional processing. *Cortex* 2002, **38** : 589-612

TVERSKY A, KAHNEMAN D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science* 1974, **185** : 1124-1131

TVERSKY A, KAHNEMAN D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science* 1981, **211** : 453-458

UNGLESS MA, WHISTLER, JL, MALENKA RC, BONCI A. Single cocaine exposure in vivo induces long-term potentiation in dopamine neurons. *Nature* 2001, **411** : 583-587

VANDERSCHUREN LJ, EVERITT BJ. Drug seeking becomes compulsive after prolonged cocaine self-administration. *Science* 2004, **305** : 1017-1019

WINKIELMAN P, KNUTSON B, PAULUS M, TRUJILLO JL. Affective influence on judgments and decisions: Moving towards core mechanisms. *Rev Gen Psychol* 2007, **11** : 179-192

III

Approches cliniques

9

Critères diagnostiques

Ce chapitre introduit la partie clinique de l'expertise par la question de l'appartenance du jeu pathologique à la catégorie nosographique des addictions. L'étude de la littérature montre que les débats nosographiques, concernant les conduites morbides de jeu, s'articulent autour de trois hypothèses : appartenance au « spectre » des troubles obsessionnels compulsifs, à la catégorie du « trouble du contrôle des impulsions » telle qu'elle apparaît depuis le DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, *Third edition*), à celle des troubles addictifs enfin. Des arguments cliniques, psychopathologiques, biologiques, thérapeutiques sont évoqués à propos de chacune de ces hypothèses. L'objet de cette présentation est de proposer une revue de ces arguments, conduisant à considérer l'hypothèse la mieux étayée : l'appartenance du jeu pathologique à la catégorie des addictions, au sein du sous-groupe des addictions dites « comportementales » ou « addictions sans drogue ».

Notion d'addiction

Le terme d'addiction est ancien, mais ce concept a surtout été développé, à propos des conduites de dépendance, depuis les années 1960-1970 aux États-Unis et plus particulièrement par Goodman (1990).

Origines du concept

Le mot d'addiction, vieux terme juridique français signifiant « contrainte par corps » est utilisé par les auteurs anglo-saxons à partir des années 1950 pour caractériser les dépendances : Jellinek parle « d'addiction à l'alcool » (Jellinek, 1960). Les premières descriptions cliniques sont dues à deux auteurs américains, Peele en 1977 et Orford en 1978. Pour Peele, l'addiction, envisagée en termes de psychologie du comportement, est liée à un conditionnement opérant : les sentiments d'incompétence poussent à la recherche de gratifications à court terme et prévisibles par le produit ou le comportement. Le pouvoir renforçateur immédiat entraîne l'addiction, qui

accentue elle-même le sentiment d'incompétence (Peele et Brodsky, 1977). Les premiers critères de l'addiction sont dus à Orford. L'addiction se décomposerait en compulsions (à prendre le produit, à s'engager dans le comportement), maintien du comportement malgré ses conséquences négatives, obsession du produit ou du comportement, culpabilité au décours de l'action, enfin symptômes de sevrage en cas d'interruption brutale.

Critères de l'addiction : modèle de Goodman

Le psychiatre Goodman a publié en 1990, dans le *British Journal of Addiction*, des critères du trouble addictif, critères très proches des critères DSM de la dépendance et qui font aujourd'hui autorité. Ces critères ont été élaborés par Goodman pour théoriser les pratiques sexuelles addictives, mais sont applicables à toutes les addictions comportementales ou non (Goodman, 1990 et 1998 ; tableau 9.I). L'addiction, définie par Goodman, est une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés :

- échec répété de contrôler ce comportement (« perte du contrôle » de Jellinek) ;
- poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives.

Tableau 9.I : Critères du trouble addictif (d'après Goodman, 1990)

A. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
B. Tension croissante avant d'initier le comportement
C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action
D. Perte du contrôle en débutant le comportement
E. Cinq des critères suivants ou plus :
1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter
4. Temps considérable passé à réaliser le comportement
5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
7. Poursuite malgré les problèmes sociaux
8. Tolérance marquée
9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement
F. Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période

Critères de Goodman repris et complétés dans les travaux récents sur l'addiction

Tous les travaux récents (Shaffer et coll., 1999 ; Maddux et Desmond, 2000 ; Petry, 2006 ; Potenza, 2006 ; West, 2006) reprennent les critères de

Goodman, avec quelques légères modifications : ajout de « *craving* » avant de réaliser le comportement, compulsion, poursuite du comportement malgré les conséquences négatives. Au terme de « perte du contrôle », certains préfèrent celui d'« altération du contrôle » (Maddux et Desmond, 2000). Selon Potenza (2006), les critères diagnostiques de l'addiction sont en partie communs avec ceux de la dépendance à une substance dans le DSM. Le terme d'addiction est considéré comme préférable à celui de dépendance (exemple fourni de dépendances purement pharmacologiques à un produit – ou médicament – sans les effets négatifs ou destructeurs de l'addiction). Plus général que celui de dépendance, le concept d'addiction permet d'inclure les addictions comportementales. Le NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) aux États-Unis, incitait, dès 2002, la mise en place de recherches portant sur les addictions comportementales et l'inclusion de ces dernières dans la catégorie des addictions. Selon Goodman, l'addiction se situerait entre impulsion et compulsion : si l'impulsion implique la recherche d'un plaisir ou d'une gratification immédiate, la compulsion, le soulagement des tensions et la réduction des affects pénibles, l'addiction partage, selon les moments évolutifs, les caractéristiques de l'impulsion et de la compulsion (Goodman, 1998).

Jeu pathologique : une addiction ?

Pour formuler une réponse à cette question, des arguments en faveur ou en défaveur de l'hypothèse addictive seront envisagés ainsi que les avantages et désavantages de cette conception.

Les débats nosographiques, dans la littérature, portent sur l'appartenance du jeu pathologique au spectre des troubles obsessionnels compulsifs, à la catégorie « trouble du contrôle des impulsions » ou à la catégorie des addictions.

Trouble du contrôle des impulsions et jeu pathologique

Le jeu pathologique est situé, dans le DSM-IV-TR, dans la catégorie « trouble du contrôle des impulsions », avec la trichotillomanie, la pyromanie, le trouble explosif intermittent. Les critères DSM-IV-TR du jeu pathologique sont proches de ceux de la dépendance, dans cette même classification (5 des 7 critères de la dépendance DSM-IV-TR sont retrouvés de façon identique dans ceux du jeu pathologique). À noter que le nombre de critères nécessaires pour faire le diagnostic de jeu pathologique n'a cessé d'augmenter au fil des versions du DSM (3 dans le DSM-III, 5 dans le DSM-IV-TR) (tableau 9.II). Ces critères sont donc devenus très restrictifs.

On trouve ainsi dans la littérature récente évoquée l'existence de formes « subsyndromiques », n'atteignant pas le nombre de critères nécessaires pour

le diagnostic. Potenza propose, en 2006, de considérer ces formes comme des « abus de jeu », en relation avec la notion d'abus de substances (Potenza, 2006).

Tableau 9.II : Critères DSM-IV-TR du jeu pathologique

Comportement persistant et inadapté de jeu indiqué par 5 (ou plus) des critères suivants :
1. Préoccupation par le jeu
2. Nécessité de sommes d'argent croissantes pour atteindre l'excitation
3. Efforts infructueux pour arrêter-contrôler
4. Agitation, irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt (sevrage)
5. Comportement réalisé pour échapper aux difficultés ou soulager une humeur dysthymique
6. Mensonges
7. Actes illégaux
8. Mise en danger d'une relation affective importante, d'un emploi…

La catégorie « trouble du contrôle des impulsions » est caractérisée, selon le DSM-IV-TR, par l'impossibilité de résister à l'impulsion, ou à la tentation de commettre un acte nuisible au sujet lui-même ou à autrui. Le sujet ressent, avant l'acte, « un sentiment croissant de tension », puis éprouve « plaisir, gratification, ou soulagement dès que l'acte est commis ». On retrouve parfois, mais non constamment, des sentiments de culpabilité au décours de l'acte.

L'appartenance du jeu pathologique à la catégorie « trouble du contrôle des impulsions » peut être justifiée par l'importance de l'impulsivité chez les joueurs pathologiques. Plusieurs études confirment cette donnée.

Les joueurs ont des scores d'impulsivité plus élevés que les sujets alcoolodépendants ou toxicomanes (Castellani et Rugle, 1995) ; on retrouve une corrélation, chez 82 joueurs pathologiques, entre niveau d'impulsivité et scores de jeu pathologique (Steel et Blaszczynski, 1998). Impulsivité et perte du contrôle apparaissent comme des éléments fondamentaux de la poursuite du jeu (Zuckerman, 1999). Selon Moeller et coll. (2001), les symptômes centraux de l'addiction sont proches de la définition globale de l'impulsivité : prédisposition à des réactions rapides, non planifiées, à des stimuli internes ou externes sans considération pour les conséquences négatives de ces réactions sur les sujets impulsifs eux-mêmes ou les autres.

L'appartenance du jeu pathologique à la catégorie « trouble du contrôle des impulsions », justifiée par l'importance de la dimension impulsive de ce comportement, est très discutée. On évoque notamment le caractère hétérogène de cette catégorie dans le DSM, et surtout, dans plusieurs travaux de la littérature, l'appartenance des troubles du contrôle des impulsions à la catégorie des addictions comportementales ou « sans drogues », qui regrouperait donc jeu pathologique, kleptomanie, pyromanie, trichotillomanie, trouble

explosif intermittent, mais aussi les achats compulsifs, les comportements sexuels compulsifs, l'usage compulsif d'Internet (Potenza et Hollander, 2002 ; Grant et Potenza, 2004 ; Potenza, 2006). Il faut ajouter que l'impulsivité est un trait comportemental largement répandu dans de nombreux troubles psychiatriques, parmi lesquels les abus de substances, les troubles de la personnalité sociopathique et *borderline*, les troubles bipolaires, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (Potenza, 2006). Selon la théorie intégrative développée par Goodman enfin, les troubles addictifs recouvrent en partie les troubles du contrôle des impulsions, dans un ensemble appelé « spectre des troubles du comportement » (Goodman, 1998).

Troubles obsessionnels compulsifs et jeu pathologique

De nombreux travaux ont été consacrés à discuter de l'appartenance du jeu pathologique au spectre des troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Sont notamment en faveur de cette hypothèse les travaux de Stein et Hollander (1993), Hollander et Wong (1995), Mc Elroy et coll. (1994), Linden et coll. (1986). Les approches théoriques de Mc Elroy, spécialiste des addictions, sont en fait plus complexes, le jeu pathologique appartenant selon elle au vaste « spectre des troubles affectifs », une famille de troubles incluant l'alcoolodépendance, la boulimie, l'addiction sexuelle, les troubles obsessionnels compulsifs, le trouble panique, les dépressions majeures. Selon cette théorie, ces troubles seraient les manifestations diverses d'une diathèse génétique commune, modifiée par les conditions d'environnement (Mc Elroy et coll., 1994). Cette théorie n'a reçu aucun commencement de preuve clinique ni génétique dans la littérature ultérieure.

L'appartenance du jeu pathologique au spectre des TOC est soutenue par des arguments essentiellement cliniques : le joueur est victime, comme l'obsédé, de pensées intrusives répétitives, incoercibles, concernant le jeu, l'amenant à jouer malgré les conséquences négatives (Linden et coll., 1986).

Des données plus récentes suggèrent des arguments contraires. Deux études (Blanco et coll., 2001 ; Moreyra et coll., 2002) soulignent les différences cliniques entre jeu pathologique et TOC : les idées de jeu sont égosyntoniques alors que les idées obsédantes par définition intrusives, sont égodystoniques. On ne retrouve chez les joueurs pathologiques, ni lutte anxieuse contre les envies de jeu, ni doute. On trouve enfin, dans les comportements compulsifs, une anxiété anticipatoire, un sens accru de l'évitement du danger, une aversion pour le risque, tous traits au contraire présents chez les joueurs pathologiques. Selon Blaszczynski (1999), l'étude comparative d'un groupe de joueurs pathologiques en traitement et d'un groupe de non joueurs, au moyen du « *Padua Inventory* » montre que les joueurs pathologiques ont des scores significativement plus élevés que les témoins sur les sous-échelles « perte du contrôle sur les activités mentales » et « besoins urgents d'action ». Frost et coll. (2001) utilisent l'échelle d'obsessions *Yale Brown*

Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) chez des joueurs de loterie et de jeux de grattage : les joueurs pathologiques ont des scores plus élevés que les joueurs modérés aux items d'obsessions, compulsions, évitement. La co-occurrence entre jeu pathologique et TOC n'est pas retrouvée dans l'étude ECA (*Epidemiological Catchment Area*) : absence d'augmentation des *odds ratio* pour le TOC chez les joueurs pathologiques comparés à la population générale (Kessler et coll., 1994 ; Cunningham-Williams et coll., 1998). Les études neuropsychologiques donnent des résultats contrastés : déficits des fonctions exécutives reliées au lobe frontal semblables chez les sujets porteurs de TOC et les joueurs pathologiques (Behar et coll., 1984 ; Christensen et coll., 1992). D'autres travaux neuropsychologiques ne montrent pas ces similarités (Boone et coll., 1991 ; Zielinski et coll., 1991). Aucune donnée génétique, enfin, ne paraît rapprocher TOC et jeu pathologique.

Pour conclure, la plupart des arguments n'autorisent pas à inclure le jeu pathologique dans le spectre des TOC. Le jeu pathologique, s'il n'appartient pas au spectre des TOC, peut être un trouble hétérogène, plus proche dans certains cas d'un trouble obsessionnel et dans d'autres d'un trouble addictif. Il n'existe, par ailleurs, aucune incompatibilité entre TOC, impulsivité et addiction (Blanco et coll., 2001).

Jeu pathologique et addiction

Il est d'usage, dans la littérature récente, de considérer, même si c'est avec certaines réserves, le jeu pathologique comme une addiction comportementale.

Arguments cliniques

Certains critères du jeu pathologique sont identiques à ceux de la dépendance (DSM-IV-TR) :
- préoccupation par le jeu ;
- besoin de jouer des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré (tolérance) ;
- efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter ;
- agitation et irritabilité lors des tentatives de réduction et d'arrêt du jeu.

Les phénotypes du jeu pathologique et de la dépendance à une substance sont donc assez proches. Plusieurs travaux ont décrit chez les joueurs pathologiques, en cas d'arrêt brutal du jeu, de véritables symptômes de sevrage, psychologiques et dans 30 à 50 % des cas, physiques (Wray et Dickerson, 1981 ; Meyer, 1989 ; Rosenthal et Lesieur, 1992 ; Orford et coll., 1996). Beaucoup discutent le fait que ces symptômes correspondent à d'authentiques phénomènes de sevrage, et tendent à les attribuer plutôt aux récentes expériences de perte, aux inquiétudes concernant les dettes de jeu ou ses conséquences négatives (Orford et coll., 2003).

Le caractère comparable des phénomènes de tolérance, dans les dépendances aux substances psychoactives, et du besoin d'augmenter les enjeux chez le joueur pathologique est discuté dans la littérature. Certains considèrent l'augmentation des enjeux comme une forme de tolérance (Cornish, 1978 ; Lesieur, 1984). D'autres (Elster, 1999 ; Orford et coll., 2003) considèrent qu'il est difficile, voire impossible, lorsqu'intervient l'escalade des enjeux, de différencier toute forme d'augmentation de la tolérance à l'excitation du besoin ressenti d'augmenter les enjeux pour « se refaire » et compenser les pertes (Elster, 1999).

D'autres traits cliniques sont communs au jeu pathologique et aux addictions :
• les prévalences élevées chez les adolescents et les adultes jeunes ;
• les niveaux élevés d'impulsivité ;
• le fait que les caractères du type II d'alcoolodépendance (Cloninger) ou du type B (Babor) peuvent s'appliquer de la même façon à un type de jeu pathologique : relation établie entre la gravité du trouble et un début précoce, dès l'adolescence (Potenza et coll., 2000 ; Lynch et coll., 2004) ;
• des différences comparables de *sex ratio* (plus d'hommes que de femmes parmi les joueurs pathologiques, comme dans la plupart des addictions) ;
• description, dans le jeu pathologique comme dans les addictions, de phénomènes de « télescopage » avec début plus tardif chez les femmes et évolution plus rapide *versus* la dépendance (Potenza et coll., 2001 ; Tavarès et coll., 2001) ;
• influence des facteurs socioculturels et ethniques sur le jeu pathologique comme sur les addictions.

Comorbidité

Toutes les études montrent une co-occurrence élevée entre jeu pathologique et addictions (Crockford et El-Guebaly, 1998 ; Grant et Potenza, 2004). La co-occurrence entre jeu pathologique et addictions est confirmée par deux grandes études épidémiologiques nord-Américaines.

L'étude ECA (*Epidemiological Catchment Area*) (Kessler et coll., 1994) montre que les « joueurs à problèmes » (sujets ayant un ou plus des critères du DSM-IV du jeu pathologique) comparés aux non-joueurs consomment plus souvent du tabac et de l'alcool, et ont de façon significative plus souvent les critères de la dépendance au tabac, à l'alcool, mais également les critères de nombreux autres troubles psychiatriques tels que la personnalité antisociale, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles psychotiques. Les associations les plus fréquentes se font avec l'usage abusif d'alcool et la personnalité antisociale (Kessler et coll., 1994 ; Cunningham-Williams et coll., 1998).

L'étude NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) conduite en population générale chez plus de 43 000 personnes confirme l'importante comorbidité entre le jeu pathologique et de nombreux

troubles de l'axe I et de l'axe II (Petry et coll., 2005). Selon la même étude, certains facteurs de vulnérabilité sont communs au jeu pathologique et aux addictions, tels que le jeune âge, le sexe masculin, le bas niveau socioéconomique, l'appartenance à des minorités ethniques. Ces facteurs ne sont cependant pas spécifiques, car associés à de multiples troubles psychiatriques.

Données psychophysiologiques

Des dysfonctions du lobe frontal sont observées chez les joueurs pathologiques comme chez les sujets présentant une pathologie addictive (au niveau du cortex préfrontal) (Rugle et Melamed, 1993).

Plusieurs travaux montrent des difficultés d'attention, de la mémoire, des fonctions d'exécution comparables chez les joueurs pathologiques et les personnes présentant une addiction (Regard et coll., 2003 ; Goldstein et coll., 2004).

Plusieurs études récentes, évaluant les tâches de prise de décision, montrent que les choix suivant les pertes sont souvent plus risqués, avec augmentation de l'activité cérébrale, chez les joueurs pathologiques et les addicts, joueurs ou non, comparés aux sujets témoins (Petry, 2001 ; Cavedini et coll., 2002).

Données neurobiochimiques

De nombreux systèmes de neurotransmission sont impliqués à la fois dans le jeu pathologique et dans les abus de substances. La dopamine joue un rôle essentiel dans les systèmes de récompense et de renforcement dans les addictions. Le rôle de la dopamine dans les comportements de jeu pathologique donne lieu à des données contradictoires (Roy et Linnoila, 1989 ; Bergh et coll., 1997). Les circuits cérébraux impliqués dans les addictions sont les voies dopaminergiques mésolimbiques reliant l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens ou le striatum ventral (Nestler et coll., 1997). Des données comparables sont établies pour le jeu pathologique (Chambers et Potenza, 2003). Les systèmes sérotoninergiques sont impliqués dans l'alcoolodépendance et le jeu pathologique (étude de Potenza et Hollander, 2002 : taux bas de 5-HIAA (acide 5-hydroxy-indole-acétique) dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) chez des joueurs pathologiques et des alcoolodépendants).

Il y a diminution des taux de monoamine oxydase (MAO) plaquettaire chez les joueurs pathologiques, chez les personnes souffrant de troubles du contrôle des impulsions et chez les personnes souffrant d'addiction.

Les réponses à l'agoniste partiel de la sérotonine, le m-CPP (méta-chlorophénylpiperazine), distinguent joueurs pathologiques ou addicts des témoins (Potenza et Hollander, 2002).

Des modifications des taux d'opiacés endogènes sont retrouvées dans les addictions et le jeu pathologique, mais les données de la littérature sont contrastées (Blaszczynski et coll., 1986 ; Shinohara et coll., 1999).

Les résultats des multiples travaux neurobiochimiques doivent être relativisés et considérés avec prudence (Petry, 2006) du fait de la faiblesse des échantillons, du nombre important de personnes ayant une comorbidité addictive et psychiatrique, enfin des techniques différentes utilisées (mesure des métabolites dans le sang, les urines ou le LCR).

Les données neurobiochimiques indiquent des voies monoaminergiques et endorphiniques communes aux addictions et au jeu pathologique, mais sans spécificité permettant de conclure à l'appartenance du jeu pathologique au groupe des addictions.

Données génétiques

Les études d'épidémiologie génétique indiquent une certaine héritabilité du jeu pathologique. Une étude de jumeaux (Eisen, 1998) montre que les facteurs familiaux expliquent 62 % de la variance dans le risque de développer une conduite de jeu pathologique. Selon une autre étude (Winter et Rich, 1998), les différences entre jumeaux monozygotes et dizygotes s'observent plus pour les hommes que pour les femmes, et plus pour les jeux à résultats rapides (cartes, jeux de grattage, machines à sous…).

La génétique moléculaire a pu montrer, à travers l'étude de Blum et coll. (1995), une association de l'allèle Taq-A_1 du récepteur dopaminergique D_2 avec la présence de jeu pathologique, mais également à celle des addictions et des troubles déficit de l'attention/hyperactivité. Une étude effectuée chez 139 joueurs et 139 témoins montre que les gènes codant pour les récepteurs DRD_2, DRD_4, et le transporteur de la dopamine DA_1 sont associés au jeu pathologique (8 % de la variance). Le risque serait accru, en présence de ces gènes, et selon leurs interactions avec l'environnement, de développer des troubles impulsifs, un jeu pathologique, des abus de substances (Comings et coll., 2001).

Aspects communs des traitements et de l'évolution

Certains aspects évolutifs sont communs au jeu pathologique et à l'ensemble des pathologies addictives :
• début fréquent à l'adolescence, chez l'adulte jeune, bien que le jeu pathologique puisse s'installer plus tard (Petry et coll., 2005) ;
• évolutions souvent fluctuantes avec succession de périodes de consommation forte ou de jeu et de période de moindre consommation voire d'abstinence ;
• guérisons spontanées sans traitement, possible dans les addictions et le jeu (Sobell et coll., 1996 ; Hodgins et El-Guebaly, 2000).

La prise en charge du jeu pathologique et celle des pathologies addictives ont plusieurs traits essentiels communs :
• il est fait appel, dans les deux cas, aux thérapies motivationnelles dans la perspective d'initier une demande de sevrage ;

• des thérapies de groupe, animées par des mouvements d'anciens malades, sont également utiles dans la prise en charge du jeu (*Gamblers Anonymous*, Joueurs Anonymes) comme dans celle d'autres addictions (Alcooliques Anonymes, Débiteurs Anonymes, Narcotiques Anonymes…).

Les thérapies cognitivo-comportementales, enfin, sont efficaces dans le traitement du jeu pathologique comme elles le sont dans la plupart des addictions.

L'abstinence totale est, dans la majorité des cas, l'une des nécessités (sinon le seul but) de la prise en charge : arrêt de la prise du produit, arrêt total du jeu. Des questions comparables et débattues sont posées dans la littérature à propos de la possibilité de revenir à un « jeu contrôlé », comme se pose la question de la « consommation contrôlée ».

Certains traitements pharmacologiques, enfin, ayant fait la preuve de leur efficacité relative dans certaines addictions (acamprosate, naltrexone, certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou IRS) n'ont démontré qu'une efficacité temporaire dans le jeu pathologique, où les études restent fragmentaires.

Des traitements communs ou semblables ne permettent évidemment pas de conclure à la parenté des troubles, beaucoup de ces thérapies étant efficaces dans d'autres troubles psychiatriques. Certains types de psychothérapies, de plus, sont spécifiques du jeu pathologique (thérapies cognitives centrées sur les cognitions erronées, l'illusion de contrôle par exemple).

En conclusion, au terme d'une revue des principales données, de nombreux arguments permettent de considérer le jeu pathologique comme une addiction sans produit. Il s'agit principalement :
• de critères cliniques : perte du contrôle, poursuite malgré les conséquences négatives, modification de la tolérance, phénomènes de sevrage ;
• de la comorbidité élevée entre jeu pathologique et addiction ;
• de données physiologiques, génétiques, biologiques communes ;
• de la similarité des approches thérapeutiques.

Nous avons exposé le caractère relatif et discutable de nombre de ces arguments. Si le jeu pathologique est une addiction sans produit, il emprunte, dans ses dimensions compulsives, aux troubles obsessionnels compulsifs, et, dans ses dimensions impulsives, aux troubles du contrôle des impulsions. Comme le souligne Goodman (1998), le jeu pathologique emprunte à la compulsion et à l'impulsion, comme d'ailleurs selon ce même auteur, la totalité des pathologies addictives.

Les avantages d'une telle extension du concept d'addiction aux addictions sans produit, tels que les souligne Petry (2006) sont principalement les suivants : l'intérêt, pour le dépistage du jeu pathologique, souvent méconnu, qu'il soit inclus dans les programmes de dépistage et de traitement des addictions, donc systématiquement recherché.

Considérer le jeu pathologique comme une addiction permet de focaliser l'intérêt sur cette pathologie dont la gravité – et même le caractère médical – ont été longtemps négligés. Cette conception permet également de prendre en charge les joueurs pathologiques au sein d'unités ou de consultations d'addictologie, même si l'opportunité de consultations spécifiques est largement souhaitable. Le jeu pathologique, dans le DSM-IV, pourrait partager les critères généraux des addictions. Ceci permettrait ainsi de créer une catégorie subsyndromique « d'abus de jeu » comparable à l'abus de substances, de nombreux sujets répondant à cette forme située au sein d'un continuum entre jeu contrôlé, abus de jeu et jeu pathologique (Shaffer et coll., 1999 ; Gerstein et coll., 1999 ; Blanco et coll., 2001).

BIBLIOGRAPHIE

BEHAR D, RAPOPORT JL, BERG CJ. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorders. *Am J Psychiatry* 1984, **141** : 363-369

BERGH C, EKLUND T, SODERSEN P, NORDIN C. Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychol Med* 1997, **27** : 473-475

BLANCO C, MOREYRA P, NUNES EV, SAIZ-RUIZ J, IBANEZ A. Pathological gambling : Addiction or Compulsions ? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 2001, **6** : 167-176

BLASZCZYNSKI A. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorders. *Psychol Rep* 1999, **84** : 107-113

BLASZCZYNSKI AP, WINTOR SW, MCCONAGHY N. Plasma endorphin levels in pathological gambling. *J Gamb Behav* 1986, **2** : 3-14

BLUM K, SHERIDAN PJ, WOOD RD, BRAVERMAN ER, CHEN TJ, COMINGS DE. Dopamine D_2 receptor gene variants: association and linkage studies in impulsive-addictive compulsive behaviors. *Pharmacogenetics* 1995, **5** : 123-141

BOONE KB, ANANTH J, PHILPOTT L. Neuropsychological characteristics of non-depressed adults with obsessive-compulsive disorders. *Neuropsychiatry, Neuropsychol Behav Neurol* 1991, **4** : 110-126

CASTELLANI B, RUGLE L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaïne misusers on impulsivity, sensation seeking and craving. *The International Journal of the Addictions* 1995, **30** : 275-289

CAVEDINI P, RIBOLDI G, D'ANNUCI, BELOTTI P, CISIMA M, BELLODI L. Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcome. *Neuropsychologia* 2002, **40** : 205-211

CHAMBERS RA, POTENZA MN. Neurodevelopment, impulsivity and adolescent gambling. *J Gambling Stud* 2003, **19** : 53-84

CHRISTENSEN KF, KIM SW, DYSKEN MW. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1992, **31** : 4-18

COMINGS DE, GADE-ANDAVOLU R, GONZALES N, WU S, MUHLEMAN D, CHEN C. The addiction effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. *Clin Genet* 2001, **60** : 107-116

CORNISH D. Gambling: a review of the literature and its implications for Policy and Research. Home Office Research Study 42, London, HMSO, 1978

CUNNINGHAM-WILLIAMS RM, COTTLER LB, COMPTON WM, SPITZNAGEL EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders. Results of the St Louis Epidemiologic catchment area study. *Am J Public Health* 1998, **88** : 1093-1096

CROCKFORD DN, EL-GUEBALY N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can J Psychiatry* 1998, **43** : 43-50

EISEN SA, LIN N, LYONS M, SCHERRER JF, GRIFFITH K, TRUE WR. Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addiction* 1998, **93** : 1375-1384

ELSTER J. Gambling and addiction. *In* : Getting hooked: Rationality and Addiction. ELSTER J, STROG U (eds). Cambridge University Press, Cambridge, 1999

FROST RO, MEAGHER B, RISKIND J. Obsessive compulsive features in pathological lottery and scratch-ticket gamblers. *Journal of Gambling Studies* 2001, **17** : 7-19

GERSTEIN D, HOFFMAN J, LARISON C, ENGERMAN L, MURPHY S, PALMER A. Gambling impact and behavior study, 1999 (av. at www.norc.uchicago.edn/new/gambfin.htm/)

GOLDSTEIN R, LESKOVJAN AC, HOFF A, HITZEMANN R, BASHAN F, KHALSA SS. Severity of neuropsychological impairment in cocaïne and alcohol addiction : association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia* 2004, **42** : 1447-1458

GOODMAN A. Addiction : definition and implication. *Brit J Addict* 1990, **85** : 1403-1408

GOODMAN A. Sexual Addiction. An integrated approach. International University Press, Madison, Conn, 1998

GRANT JE, POTENZA MN. Impulse control disorders : clinical characteristics and pharmacological management. *Ann Clin Psychiatry* 2004, **16** : 27-34

HOLLANDER E, WONG CM. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 1995, 56 (suppl 4) : 3-6

HODGINS DC, EL-GUEBALY N. Natural and treatment assisted recovery from gambling problems : a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction* 2000, **95** : 777-789

JELLINEK EM. The disease concept of Alcoholism. *College and University Press* 1960, New Haven, Conn

KESSLER RC, MC GONACLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S. Lifetime and 12 month prevalence of DSM III psychiatric disorders in the United States : results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994, **51** : 8-19

LESIEUR HR. The Chase: the career of the compulsion. Gambler, Rochesta, Vermont, Scheukeman, 1984

LINDEN RD, POPE HG, JONAS JM. Pathological gambling and major affective disorders: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 1986, **47** : 201-203

LYNCH WJ, MACIEJEWSKI PK, POTENZA NM. Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age of gambling onset. *Arch Gen Psychiatry* 2004, **61** : 1116-1122

MADDUX JF, DESMOND DP. Addiction or dependance ? *Addiction* 2000, **95** : 661-665

MC ELROY SL, PHILLIPS KA, KECK PE. Obsessive compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 1994, **55** : 33-51

MEYER G. The gambling market in the Federal Republic of Germany and the helpseeking of pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 1989, **8** : 11-20

MOELLER FG, BARATT ES, DOUGHERTY DM, SCMITZ JM, SWANN AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 1783-1793

MOREYRA MA, IBANEZ A, LIEBOWITZ MR, SAIZ-RUIZ J, BLANCO C. Pathological gambling: Addiction or Obsession ? *Psychiatric Annals* 2002, **32** : 161-166

NESTLER EJ, AGHAJANIAN G. Molecular and cellular basis of addiction. *Science* 1997, **278** : 58-63

ORFORD J. Hypersexuality : implication for a theory of dependance. *Brit J Addict* 1978, **73** : 299-310

ORFORD J, MORISON V, SOMERS M. Drinking and gambling: a comparison with implications for theories of addiction. *Drug and Alcohol Review* 1996, **15** : 47-56

ORFORD J, SPROSTON K, ERENS B, WHITE C, MITCHELL L. Gambling and problem gambling in Britain. Hove and New-Yord, Brunner-Toutledge, 1 vol, 2003

PEELE S, BRODSKY A. Love and addiction. New-York, Taplinger, 1977

PETRY NM. Substance abuse, pathological gambling and impulsiveness. *Drug Alcohol Depend* 2001, **63** : 29-38

PETRY NM. Should the scope of addiction behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction* 2006, **101** (suppl 1) : 152-160

PETRY NM, STINSON FS, GRANT BF. Comorbidity of DSM IV pathological gambling and psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition. *J Clin Psychiatry* 2005, **66** : 564-574

POTENZA MN. Should addiction disorders include non-substance related addiction? *Addiction* 2006, **101** (suppl 1) : 142-151

POTENZA MN, HOLLANDER E. Pathological gambling and impulse control disorders. *In* : Neuropsychopharmacology: the 5th generation of progress. NEMEFF JC, CHARNEY D, DAVIS K (eds). Baltimore, Lippincott, Williams and Wilkens, 2002 : 1725-1742

POTENZA MN, STEINBERG MA, MC LAUGHLIN SP, WU R, ROUNSAVILLE BJ, O'MALLEY SS. Illegal behaviors in problem gambling : analysis of data from a gambling helpline. *J Am Acad Psychatr Lau* 2000, **28** : 389-403

POTENZA MN, STEINBERG MA, MCLAUGHLIN SD, WU R, ROUNSAVILLE BJ, O'MALLEY SS. Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 1500-1505

REGARD M, KNOCH D, GÜTLING E, LANDIS T. Brain damage and addiction behavior: a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathological gamblers. *Cog Behav Neurol* 2003, **16** : 47-53

ROSENTHAL R, LESIEUR HR. Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *The American Journal on Addiction* 1992, **1** : 151-154

ROY A, LINNOILA M. CSF studies on alcoholism and related behaviour. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1989, **13** : 505-511

RUGLE L, MELAMED L. Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 1993, **181** : 107-112

SHAFFER HJ, HALL MN, VANDER BILT J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 1999, **89** : 1369-1376

SHINOHARA K, YANAGISAWA A, KAGOTA Y, GOMI A, NEMOTO K, et coll. Physiological changes in Pachinko players: beta-endorphin, catecholamines, immune system substances and heart rate. *Appl Hum Sci* 1999, **18** : 37-42

SOBELL LC, CUNNINGHAM JA, SOBELL MB. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two populations surveys. *Am J Public Health* 1996, **86** : 966-972

STEEL Z, BLASZCZYNSKI A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction* 1998, **93** : 895-905

STEIN DJ, HOLLANDER E. Impulsive agression and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals* 1993, **23** : 389-395

TAVARES H, ZILBERMAN ML, BEITES FJ, GENTIL V. Gender differences in gambling progression. *J Gambling Stud* 2001, **17** : 151-160

WEST R. Theory of Addiction. Blackwell publishing, London, 2006

WINTER KC, RICH T. A twin study of adult gambling behavior. *J Gambl Stud* 1998, **14** : 213-225

WRAY I, DICKERSON M. Cessation of high frequency gambling and withdrawal symptoms. *British J Addiction* 1981, **76** : 401-405

ZIELINSKI CM, TAYLOR AA, JOZWIN KR. Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsycho Behav Neurol* 1991, **4** : 110-126

ZUCKERMAN M. Vulnerability to psychopathology. A biopsychosocial model. *In* : Substance abuse and dependance and pathological gambling disorders. American Psychological Association, Washington, 1999 : 255-317

10

Outils de dépistage et de diagnostic

Les questions de dépistage et de diagnostic doivent être envisagées en référence aux objectifs qui leur sont liés : s'agit-il d'envisager des actions de prévention, secondaire voire primaire, avec l'ambition de sensibiliser le plus grand nombre des pratiquants aux risques possiblement liés à leur conduite ? Ou s'agit-il de repérer une conduite déjà suffisamment problématique pour avoir entraîné un certain nombre de dommages caractérisés et pour justifier une approche thérapeutique spécifique ?

Entre ces deux hypothèses, se situe la perspective du repérage des conduites de jeu qui, de par la manière dont elles s'organisent et les premiers dommages qu'elles entraînent, peuvent avoir le statut de jeu problématique (souvent appelé « jeu à risque » dans la littérature internationale).

On retrouve là les distinctions bien classiques dans le champ des addictions à des substances psychoactives, entre l'usage simple, l'usage à risque, l'abus ou usage nocif, et la dépendance.

On doit cependant constater que les frontières entre ces différents cadres conceptuels restent encore quelque peu incertaines, en dehors de la dépendance avérée.

Problèmes méthodologiques des études

L'analyse de la littérature permet de souligner plusieurs points méthodologiques. Des questions de définition se posent entre les notions de dépistage et de diagnostic d'une part, et également de jeu problématique, ou à risque, et de jeu pathologique d'autre part.

Le type de population étudiée, plus ou moins précisé, est parfois très sélectif notamment en termes de tranche d'âge ou encore de genre. Le fait qu'il s'agisse de joueurs pathologiques consultant dans des structures de soins, ou au contraire d'études en population générale, constitue bien évidemment un point essentiel à prendre en compte.

Parmi les joueurs présentant une conduite de jeu pathologique et consultant dans des structures spécialisées, il existe en règle générale peu d'indications dans la littérature sur le moment de l'évaluation par rapport au début des soins, ce qui peut induire des biais notables (à l'image de ce qui prévaut dans d'autres registres addictifs, avec ou sans consommation de substance psychoactive).

Le type de jeu de hasard et d'argent pratiqué, ainsi que la répartition de ces types de jeu au sein des échantillons étudiés, sont rarement mentionnés de façon précise.

La rareté des études longitudinales pose le problème de la variabilité éventuelle des pratiques dans le temps, avec de possibles articulations et alternances entre jeu pathologique et jeu social.

Enfin, les problèmes liés à l'universalisation des instruments d'évaluation de par le monde, qui méconnaît de fait les spécificités culturelles, avec dans certains cas des problèmes de validation des traductions.

En termes de référence historique, c'est essentiellement la contribution de Bergler en 1957 dans « *The Psychology of Gambling* » qui a valeur de première ébauche de critériologie du jeu pathologique.

On peut rappeler à ce sujet les six critères de jeu pathologique proposés par Bergler (1985) :
• le joueur doit jouer régulièrement ;
• il existe un optimisme non entamé par les expériences répétées d'échec ;
• le joueur ne s'arrête jamais tant qu'il gagne ;
• il finit par prendre trop de risques, malgré les promesses initiales ;
• il existe chez le joueur un vécu de « *thrill* » (sensation de frisson, d'excitation, à la fois douloureuse et plaisante) ;
• le joueur essaiera ensuite toujours de retrouver cette sensation ; il parle de « *craving for thrill* ».

Principaux outils utilisés au niveau international

Nous envisagerons dans un premier temps deux outils qui ont été et restent les plus utilisés dans le monde en matière de jeu problématique et pathologique : le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) et la section jeu pathologique du DSM-IV.

Nous aborderons ensuite plus rapidement quelques autres outils de dépistage moins utilisés en pratique, notamment l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) et l'auto-questionnaire des *Gamblers Anonymous* (GA-20).

South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) a été développé par Henri Lesieur et Sheila Blume et publié en 1987 dans l'*American Journal of Psychiatry* (Lesieur

et Blume, 1987). Il a été traduit en langue française par Lejoyeux en 1999 (annexe 2).

Il s'agit d'un auto-questionnaire conçu à partir du DSM-III et constitué de vingt items cotés, à raison d'un point par item.

Dans la cotation retenue, un score inférieur ou égal à 2 caractérise l'absence de problème de jeu, un score de 3 ou 4 la notion de jeu à risque ou problématique et enfin un score supérieur ou égal à 5 est associé à la notion de jeu pathologique.

De nombreuses études critiquent, à propos de cet outil, l'absence de période de référence (Lesieur et Blume, 1993 ; Battersby et coll., 2002 ; Stinchfield, 2002 ; Strong et coll., 2003 et 2004). La question du score seuil de 5 a également été posée à plusieurs reprises, surtout dans certains pays comme l'Australie, après que des taux de prévalence très élevés (>6 %) aient été trouvés en utilisant cet outil. Ainsi, Battersby et coll. (2002) proposent un score seuil de 10 permettant d'obtenir des taux de prévalence semblables à ceux retrouvés dans la littérature internationale, avec d'autres outils et notamment le DSM-IV.

Il existe plusieurs adaptations du SOGS pour des populations spécifiques. Par exemple, le SOGS-RA est une version adaptée pour les adolescents (Ladouceur et coll., 2000 ; Wiebe et coll., 2000 ; Poulin, 2002 ; Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004 ; Boudreau et Poulin, 2006).

Concernant les propriétés psychométriques du SOGS, la fiabilité et la validité de l'outil ont été attestées par de multiples études (Lesieur et Blume, 1987 ; Poulin, 2002 ; Stinchfield, 2002 ; Strong et coll., 2004 ; Wulfert et coll., 2005).

En termes de validité, selon les études, la sensibilité varie de 0,91 à 0,94, la spécificité de 0,98 à 1, la valeur prédictive positive est à 0,96 et la valeur prédictive négative de 0,97. Les taux de faux négatifs varient généralement de 0,001 à 0,10, selon l'utilisation en population générale ou clinique. Pour ce qui concerne les taux de faux positifs, les données sont beaucoup plus disparates, pouvant aller de 0,012 à 0,24, voire même parfois jusqu'à 0,50 dans le cadre d'une utilisation du SOGS en population générale. Enfin, en termes de fiabilité, le cœfficient α de Cronbach varie de 0,69 à 0,97.

Bien que le SOGS soit l'outil de référence de loin le plus utilisé pour le repérage du jeu pathologique dans le monde, certaines limites de cet outil sont régulièrement soulignées :

• au niveau de ses propriétés psychométriques, la sensibilité et la validité de construction sont parfois limites et, comme nous l'avons déjà évoqué, le fort taux de faux positifs souvent retrouvé peut contribuer à une surévaluation de la prévalence du jeu pathologique (Lesieur et Blume, 1987 ; Battersby et coll., 2002 ; Strong et coll., 2003). Ce phénomène est souvent explicité par les auteurs comme un mauvais usage du SOGS, qui a été initialement conçu

pour être utilisé en population clinique, mais dont l'usage s'est progressivement étendu en population générale (Culleton, 1989 ; Lesieur et Blume, 1993 ; Abbott et Volberg, 1996 ; Stinchfield, 2002). Les taux de faux positifs peuvent alors être multipliés par 10, voire même plus, comme c'est le cas dans l'étude de Randy Stinchfield (2002) (taux de faux positifs=0,04 en population clinique et 0,50 en population générale) ;

• au niveau des évolutions diagnostiques, beaucoup constatent qu'elles n'ont pas été prises en compte par cet outil déjà ancien, et qu'en particulier il n'y a pas eu de révision depuis la parution du DSM-IV. Ainsi, la cotation est-elle réputée attacher trop d'importance aux items sur les emprunts et les dettes, ne pas prendre en compte les phénomènes de tolérance et de sevrage ainsi que la fonction du jeu comme moyen d'échapper à une humeur dysphorique ;

• au niveau des populations concernées, la pertinence de l'outil est discutée dans les populations les plus jeunes (adolescents, voire enfants) malgré l'existence du SOGS-RA ; en outre, les items semblent parfois mal compris par ces populations jeunes (Wiebe et coll., 2000 ; Ladouceur et coll., 2000 ; Cox et coll., 2004 ; Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004 ; Ladouceur et coll., 2005 ; Boudreau et Poulin, 2006).

Section jeu pathologique du DSM-IV

La section jeu pathologique du DSM-IV (DSM-IV-jeu) est un autre outil de référence pour le diagnostic de jeu pathologique (APA, 1994). La traduction française de cet entretien diagnostique a été réalisée en 1996 par Guelfi et coll. (annexe 3).

Il s'agit là, comme il est habituel avec le DSM, de critères diagnostiques utilisables par le clinicien dans son évaluation.

Au niveau de ses propriétés psychométriques, la fiabilité et la validité du DSM-IV-jeu ont été attestées par de multiples études (Stinchfield, 2003 ; Stinchfield et coll., 2005 ; Zimmerman et coll., 2006).

En termes de validité, selon les études, la sensibilité varie de 0,83 à 0,95 (0,25 à 0,9 par critère), la spécificité de 0,96 à 1 (0,63 à 1 par critère), la valeur prédictive positive de 0,64 à 1 par critère et la valeur prédictive négative de 0,62 à 0,91 par critère ; les taux de faux négatifs varient entre 0,05 et 0,17 et les taux de faux positifs entre 0,004 et 0,02.

En termes de fiabilité, selon les études, le cœfficient α de Cronbach varie de 0,77 à 0,98.

Concernant la distribution des critères du DSM-IV-jeu, Toce-Gerstein et coll. (2003) ont pu montrer que les items les plus retrouvés chez les joueurs à problème (score 3-4) sont avant tout l'item « retourne jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes », et à un moindre degré les items « préoccu-

pation par le jeu », « joue pour soulager une humeur dysphorique » et « mensonge ».

De la même manière, les items qui différencient le plus les joueurs pathologiques (score supérieur ou égal à 5) des joueurs à problème sont « agitation ou irritabilité lors des tentatives d'arrêt » et « efforts répétés et infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter le jeu », soit des critères de dépendance, notamment concernant les manifestations de sevrage.

Enfin, les items qui différencient le plus les joueurs pathologiques les plus atteints (score 8-10) des joueurs pathologiques les moins atteints (score 5-7) sont : « mise en danger d'une relation affective importante ou d'un emploi » et « actes illégaux », soit ceux qui traduisent les dommages induits à long terme.

En ce qui concerne les adaptations du DSM-IV-jeu, il faut mentionner :
• le DSM-IV-J (juvénile) (Fisher, 1992) et le DSM-IV-MR-J (*Multiple choices*) (Fisher, 2000), qui sont des adaptations du DSM-IV-jeu pour les adolescents, avec douze questions pour neuf critères et un seuil de quatre critères positifs sur neuf pour qu'un sujet soit considéré comme un joueur pathologique ;
• également le NODS (*National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems*) (Gerstein et coll., 1999) qui est un outil de dépistage en population générale, de type auto-questionnaire, basé sur le DSM-IV, comportant 17 items vie entière et 17 items sur l'année écoulée (chaque lot de 17 items est coté selon les dix critères du DSM-IV-jeu, de telle sorte qu'un score de 1 ou 2 correspond à la notion de jeu à risque, un score de 3 à 4 à celle de jeu à problème et un score supérieur ou égal à 5 à la notion de jeu pathologique).

La section jeu pathologique du DSM-IV est en général considérée comme étant bien plus discriminante que le SOGS. Par exemple, on considère qu'en moyenne, la prévalence du jeu pathologique avec le SOGS est deux fois plus élevée qu'avec le DSM-IV-jeu (Cox et coll., 2004).

Cette différence est encore plus marquée chez les adolescents, même avec la version spécifique du SOGS (SOGS-RA) (Ladouceur et coll., 2005). Cette différence met en avant la nécessité de clarifier le concept de jeu pathologique chez les jeunes.

Classification internationale des maladies – 10e version (CIM-10)

La Classification internationale des maladies dans sa dixième version (CIM-10) est un équivalent du DSM-IV-jeu créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993 (annexe 4). La section « Jeu pathologique » (F63.0) est très utilisée en clinique pour le diagnostic de jeu pathologique. Cependant, la CIM-10 est très peu utilisée en recherche, les chercheurs lui

préférant souvent le DSM-IV-jeu, avec sa liste bien établie de 10 critères. C'est pourquoi, il existe peu de publications faisant état de ses propriétés psychométriques.

Autres outils de dépistage

Nous envisagerons ainsi successivement, parce que ce sont ceux qui sont le plus souvent retrouvés dans la littérature internationale après les outils déjà mentionnés, le GA-20, le questionnaire LIE/BET, le CPGI ou ICJE, le SCI-PG, le GSEQ et enfin l'ASI-G.

L'auto questionnaire des *Gamblers Anonymous* (GA-20) est un outil d'auto-évaluation à vingt questions très largement utilisé aux États-Unis et également dans beaucoup d'autres pays (annexe 5). Dès lors qu'il n'existe pratiquement aucune étude de validation pour cet outil (sauf en Espagne : Ursua et Uribelarrea, 1998), les propriétés psychométriques de cet instrument restent à démontrer. Il est néanmoins considéré comme très peu discriminant et conduisant à des taux de prévalence encore plus élevés qu'avec le SOGS (Ursua et Uribelarrea, 1998 ; Neighbors et coll., 2002 ; Hardoon et coll., 2003).

Le questionnaire LIE/BET est un outil de pré-dépistage à deux items correspondant aux critères 2 (besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes=BET) et 7 (mensonge=LIE) du DSM-III-R. Testé par une équipe norvégienne sur plus de 2 000 adultes et plus de 3 000 adolescents, aux travers de plusieurs études (Johnson et coll., 1997 et 1998 ; Götestam et coll., 2004), ce questionnaire semble présenter une sensibilité et une spécificité ainsi qu'une valeur prédictive négative relativement élevées, ce qui en fait un outil de dépistage intéressant en population générale de joueurs pathologiques et à risque.

Le CPGI (*Canadian Problem Gambling Index*) ou ICJE (Indice canadien du jeu excessif) est un questionnaire de dépistage à neuf items adapté pour le Canada, c'est-à-dire avec deux versions anglaise et française (annexe 6). La fiabilité et la validité de ce questionnaire sont bonnes au vu d'une étude rigoureuse menée en 2001 par Ferris et Wynne (2001). En termes de cotation, un score de 0 est synonyme d'absence de tout problème, un score de 1 ou 2 de faible risque, un score de 3 à 7 de risque modéré et un score supérieur ou égal à 8 de jeu excessif. Cet outil est intéressant car il donne des taux de prévalence du jeu pathologique intermédiaires entre ceux obtenus avec le DSM-IV-jeu et le SOGS. En revanche, le système de cotation paraît susceptible de surévaluer la notion de jeu à risque.

Le SCI-PG (*Structured Clinical Interview for Pathological Gambling*) est un entretien clinique construit à partir du DSM-IV. Il semble avoir une bonne validité aux différents niveaux, mais les études réalisées l'ont été sur de

petits échantillons composés seulement de joueurs pathologiques consultants (Grant et coll., 2004).

Le GSEQ (*Gambling Self-Efficacy Questionnaire*) est un auto-questionnaire d'évaluation de l'efficacité perçue par le sujet sur le contrôle de son comportement de jeu. Il en existe une version réduite à 16 items, plus facilement utilisable et ayant une bonne consistance interne. Cependant, son intérêt clinique reste à démontrer (May et coll., 2003).

Enfin, l'ASI-G (*Addiction Severity Index Gambling*) correspond à une tentative de validation d'une échelle pour le jeu à cinq items à inclure dans l'*Addiction Severity Index*, qui est l'outil d'évaluation multi-dimensionnelle le plus utilisé dans le monde vis-à-vis des addictions à des substances psychoactives et notamment aux drogues illicites (McLellan et coll., 1992). Cette tentative de validation réalisée par l'équipe de Petry (2003) s'avère en l'état donner des résultats mitigés, de telle sorte que la pertinence de l'*Addiction Severity Index* pour les addictions sans drogues reste à démontrer. En France, une étude de validation associant les services d'addictologie des CHU de Bordeaux et Nantes est en cours.

En conclusion, au vu de cette revue de la littérature, on peut mesurer que des outils de dépistage et de diagnostic du jeu pathologique existent depuis une vingtaine d'années, ayant fait l'objet d'études de validation montrant pour plusieurs d'entre eux de bonnes propriétés psychométriques (c'est le cas notamment pour le SOGS, le DSM-IV et l'ICJE).

Des écarts importants sont néanmoins retrouvés dans certaines études avec ces différents outils, en termes de taux de prévalence du jeu pathologique et du jeu à risque, ce qui pose des questions de seuils justifiant des études complémentaires.

De même, la pertinence de ces outils dans les populations les plus jeunes est actuellement fort discutée, ce qui au niveau de la prévention est problématique.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT MW, VOLBERG RA. The New Zealand National Survey of problem and pathological gambling. *J Gambl Stud* 1996, **12** : 143-160

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn (DSM-IV). Washington, DC, APA 1994, Traduction française par Guelfi et coll., Masson, Paris, 1996

BATTERSBY MW, THOMAS LJ, TOLCHARD B, ESTERMAN A. The South Oaks Gambling Screen: a review with reference to Australian use. *J Gambl Stud* 2002, **18** : 257-271

BERGLER E. The psychology of gambling. International Universities Press USA, 1985

BOUDREAU B, POULIN C. The South Oaks Gambling Screen-revised Adolescent (SOGS-RA) revisited: a cut-point analysis. *J Gambl Stud* 2006, Epub

COX BJ, ENNS MW, MICHAUD V. Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-based interview in a community survey of problem gambling. *Can J Psychiatry* 2004, **49** : 258-264

CULLETON RP. The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods. *J Gambl Behav* 1989, **5** : 22-41

FERRIS J, WYNNE H. Rapport final sur le CPGI (ou ICJE). Canadian Centre on Substance, Ottawa, 2001

FISHER SE. Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the UK. *J Gambl Stud* 1992, **8** : 263-285

FISHER S. Developing the DSM-IV-DSM-IV criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 253-273

GERSTEIN D, MURPHY S, TOCE M, HOFFMAN J, PALMER A, et coll. Gambling impact and behavior study: Report to the national gambling impact study commission. National Opinion Research Center, Chicago, 1999

GOTESTAM KG, JOHANSSON A, WENZEL HG, SIMONSEN IE. Validation of the Lie/Bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep* 2004, **95** : 1009-1013

GRANT JE, STEINBERG MA, KIM SW, ROUNSAVILLE BJ, POTENZA MN. Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Res* 2004, **128** : 79-88

HARDOON K, DEREVENSKY JL, GUPTA R. Empirical measures vs. perceived gambling severity among youth: why adolescent problem gamblers fail to seek treatment. *Addict Behav* 2003, **28** : 933-946

JOHNSON EE, HAMER R, NORA RM, TAN B, EISENSTEIN N, ENGELHART C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 1997, **80** : 83-88

JOHNSON EE, HAMER RM, NORA RM. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study. *Psychol Rep* 1998, **83** : 1219-1224

LADOUCEUR R, BOUCHARD C, RHEAUME N, JACQUES C, FERLAND F, et coll. Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents ans adults? *J Gambl Stud* 2000, **16** : 1-24

LADOUCEUR R, FERLAND F, POULIN C, VITARO F, WIEBE J. Concordance between the SOGS-RA and the DSM-IV criteria for pathological gambling among youth. *Psychol Addict Behav* 2005, **19** : 271-276

LANGHINRICHSEN-ROHLING J, ROHLING ML, ROHDE P, SEELEY JR. The SOGS-RA vs. the MAGS-7: prevalence estimates and classification congruence. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 259-281

 LEJOYEUX M. Échelles de dépistage du jeu pathologique. *Neuropsy* 1999, **14** : 67-71

LESIEUR HR, BLUME SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987, **144** : 1184-1188

LESIEUR HR, BLUME SB. Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *J Gambl Stud* 1993, **9** : 213-221

MAY RK, WHELAN JP, STEENBERGH TA, MEYERS AW. The gambling self-efficacy questionnaire: an initial psychometric evaluation. *J Gambl Stud* 2003, **19** : 339-357

MCLELLAN AT, KUSHNER H, METZGER D, PETERS R, SMITH I, et coll. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1992, **9** : 199-213

NEIGHBORS C, LOSTUTTER TW, LARIMER ME, TAKUSHI RY. Measuring gambling outcomes among college students. *J Gambl Stud* 2002, **18** : 339-360

PETRY NM. Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 2003, **191** : 399-407

POULIN C. An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. *J Gambl Stud* 2002, **18** : 67-93

STINCHFIELD R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addict Behav* 2002, **27** : 1-19

STINCHFIELD R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 180-182

STINCHFIELD R, GOVONI R, FRISCH GR. DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: reliability, validity, and classification accuracy. *Am J Addict* 2005, **14** : 73-82

STRONG DR, BREEN RB, LESIEUR HR, LEJUEZ CW. Using the Rasch model to evaluate the South Oaks Gambling Screen for use with nonpathological gamblers. *Addict Behav* 2003, **28** : 1465-1472

STRONG DR, LESIEUR HR, BREEN RB, STINCHFIELD R, LEJUEZ CW. Using a Rasch model to examine the utility of the South Oaks Gambling Screen across clinical and community samples. *Addict Behav* 2004, **29** : 465-481

TOCE-GERSTEIN M, GERSTEIN DR, VOLBERG RA. A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction* 2003, **98** : 1661-1672

URSUA MP, URIBELARREA LL. 20 Questions of Gamblers Anonymous: a psychometric study with population of Spain. *J Gambl Stud* 1998, **14** : 3-15

WIEBE JM, COX BJ, MEHMEL BG. The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA): further psychometric findings from a community sample. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 275-288

WULFERT E, HARTLEY J, LEE M, WANG N, FRANCO C, SODANO R. Gambling screens: does shortening the time frame affect their psychometric properties? *J Gambl Stud* 2005, **21** : 521-536

ZIMMERMAN M, CHELMINSKI I, YOUNG D. A psychometric evaluation of the DSM-IV pathological gambling diagnostic criteria. *J Gambl Stud* 2006, **22** : 329-337

11

Comorbidités addictives et psychiatriques

La comorbidité représente, chez un même sujet, la coexistence avec le jeu pathologique d'autres troubles. Les études concernant ce type d'association, en population générale, sont peu nombreuses. Elles ont été conduites presque essentiellement en Amérique du Nord. Aucune donnée en France n'est actuellement disponible en population générale.

L'ensemble des résultats des études publiées en population générale, montre que le jeu pathologique est très fréquemment associé aux autres troubles psychiatriques (un ou plusieurs). Le plus souvent, il s'agit d'une association avec une autre addiction (tabac, alcool…), un trouble de l'humeur, des troubles anxieux ou des troubles de la personnalité (Petry et coll., 2005).

Certains troubles psychiatriques constituent, par ailleurs, des facteurs de risque pour le jeu pathologique. Ainsi, le risque de voir apparaître un comportement de jeu pathologique est trois fois plus élevé, que pour la population générale, chez les sujets ayant des troubles liés à l'usage ou l'abus d'une substance et 1,8 fois plus élevé pour les sujets ayant un trouble dépressif ou anxieux (El-Guebaly et coll., 2006).

Les études conduites chez les joueurs pathologiques, essentiellement chez ceux qui sont pris en charge dans des centres de soins, sont plus nombreuses que celles menées en population générale. Elles ont le plus souvent des limites méthodologiques : effectifs peu importants, sujets inclus à différentes phases de la maladie, sujets principalement de sexe masculin… Chez les joueurs pathologiques pris en charge dans des centres de soins, le jeu pathologique est encore plus fréquemment associé, qu'en population générale, à d'autres troubles psychiatriques. On estime ainsi que la majorité des patients (plus de 75 % des patients dans la majorité des études) présente une comorbidité avec au moins un autre trouble psychiatrique (addiction, trouble de la personnalité) (Black et Moyer, 1998). Ces associations entre jeu pathologique et autres addictions d'une part et entre jeu pathologique et autres troubles psychiatriques d'autre part sont surtout retrouvées chez les joueurs pathologiques ayant débuté de manière précoce (à l'adolescence) leur conduite de jeu pathologique. Ces associations ne semblent pas se retrouver chez les joueurs pathologiques entrés dans cette conduite

pathologique à l'âge adulte (Lynch et coll., 2004). L'existence d'une comorbidité psychiatrique est souvent considérée comme un signe de gravité du jeu pathologique.

Jeu pathologique et autres addictions

Les études conduites en population générale, à un niveau national aux États-Unis et au Canada (Band et coll., 1993 ; Feigelman et coll., 1998 ; *National Opinion Research Center*, 1999), suggèrent une association forte entre jeu pathologique et les autres troubles liés à l'usage de substances (alcool, tabac, drogues illicites…). Par exemple, dans l'étude conduite par Petry et coll. (2005), en population générale auprès de 43 093 sujets, des risques relatifs (RR) élevés sont retrouvés, chez les joueurs pathologiques, pour la dépendance au tabac (RR=6,7 ; IC 95 % [4,6-9,9]), l'usage ou l'abus d'alcool (RR=6,0 ; IC 95 % [3,8-9,7]), l'abus ou la dépendance aux drogues (RR=4,4 ; IC 95 % [2,9-6,6]) (tableau 11.I).

Tableau 11.I : Risques relatifs (OR) des addictions chez les joueurs pathologiques (d'après Petry et coll., 2005)

Trouble associé	OR	IC 95 %
Tabac	6,7	[4,6-9,9]
Alcool	6,0	[3,8-9,7]
Drogues	4,4	[2,9-6,6]

Les OR sont ajustés sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques.

Une association très forte entre jeu pathologique et dépendance au tabac est rapportée dans les études disponibles. Cunningham-Williams et coll. (1998) ont ré-analysé les données de l'étude en population générale ECA (*Epidemiological Catchment Area Survey*) en étudiant certaines données relatives au jeu pathologique. Ces auteurs ont montré que les joueurs problématiques ont plus souvent une dépendance au tabac que les non joueurs. De même, Smart et Ferris (1996), dans une étude téléphonique en population générale, ont retrouvé que 41 % des joueurs pathologiques avaient une dépendance au tabac, contre 30 % chez les joueurs récréatifs et 21 % chez les non joueurs. Ces données en population générale sont confirmées chez les joueurs en traitement. Ainsi, pour Petry et Oncken (2002), dans une étude chez des joueurs pathologiques en traitement, l'existence d'une consommation quotidienne élevée de cigarettes est associée à une plus grande sévérité du jeu pathologique. Cette donnée concernant l'association chez des joueurs en

traitement, entre sévérité du jeu pathologique et dépendance, est retrouvée pour les autres addictions.

Une association forte du jeu pathologique avec l'usage et l'abus d'alcool est également retrouvée (25 à 65 % des joueurs pathologiques) (Band et coll., 1993 ; Smart et Ferris, 1996 ; Cunningham-Williams et coll., 1998 ; Welte et coll., 2001). Les patients pris en charge dans des centres de soins pour les conduites alcooliques et d'autres addictions présentent, quant à eux, un risque trois fois plus élevé de jeu pathologique (Orford et coll., 2003).

L'association du jeu pathologique, retrouvée dans les études, avec l'abus ou l'usage de drogue ou d'alcool l'est généralement sur la vie entière. Dans la majorité des cas, les joueurs pathologiques ont eu dans le passé d'autres addictions, mais n'en souffrent pas au moment de l'évaluation (sauf pour le tabac). Il est possible que les joueurs pathologiques déclarent peu volontiers ou sous-évaluent les autres addictions présentes au moment de l'évaluation. Cette hypothèse ne semble pas suffisante. Il est probable que, chez certains patients, les conduites addictives précèdent le jeu pathologique (surtout chez les hommes). C'est ce qui est montré dans certaines études, sauf pour les psychostimulants (tableau 11.II) (Cunningham-Williams et coll., 2000 ; Hall et coll., 2000). Cette association constitue un signe de gravité du jeu pathologique. Ainsi, les joueurs pathologiques ayant des antécédents de dépendance aux autres drogues ont le plus souvent un trouble lié au jeu pathologique plus sévère.

Tableau 11.II : Apparition du jeu pathologique chez des patients en traitement d'une addiction (d'après Cunningham-Williams et coll., 2000)

	JP avant (%)	JP en même temps (%)	JP après (%)
Tabac	38	6	56
Alcool	36	8	56
Cannabis	23	9	68
Psychostimulants	70	10	20

JP avant : joueur pathologique avant apparition de l'addiction ; JP en même temps : les deux troubles apparaissent en même temps ; JP après : le jeu pathologique apparaît après l'addiction

Les joueurs pathologiques ayant des antécédents de dépendance aux drogues ont davantage de troubles psychiatriques associés (anxiété, dépression, pensées suicidaires…) et plus de difficultés psychosociales (trouble de la compréhension, comportement violent…) en rapport avec la conduite de jeu (Ladd et Petry, 2003) (tableau 11.III).

Tableau 11.III : Variables psychiatriques dans deux groupes de joueurs pathologiques : un groupe n'ayant jamais été traité pour abus de substance et un groupe ayant été traité (d'après Ladd et Petry, 2003)

	Groupe n'ayant pas été traité pour abus de substance (%)		Groupe ayant été traité pour abus de substances (%)	
En psychothérapie au moment de l'enquête	14,6		32,3	
Ayant eu des symptômes psychiatriques	L'année précédente	Vie entière (*lifetime*)	L'année précédente	Vie entière
Anxiété	66,2	77,7	69,2	81,0
Dépression	55,8	71,3	64,8	81,7
Trouble de la compréhension, confusion	40,7	48,5	44,7	54,9
Traitement médicamenteux psychiatrique	23,0	37,6	32,4	60,8
Pensées suicidaires	19,1	35,4	24,8	52,0
Comportement violent	7,0	15,4	13,5	29,1
Tentative de suicide	2,2	12,2	2,9	29,7
Hallucinations	1,7	3,1	2,0	9,8

L'association élevée, entre jeu pathologique et autres addictions, retrouvée à la fois dans la population générale et chez ceux qui sont en traitement, est diversement expliquée. Pour certains, il existe une étiologie commune entre ces diverses addictions. Pour d'autres, des traits de personnalité (essentiellement l'impulsivité) seraient le facteur commun aux différentes addictions (Petry, 2001).

Jeu pathologique et troubles psychiatriques

L'étude conduite par Petry et coll. (2005) en population générale auprès de 43 093 sujets montre des risques relatifs élevés chez les joueurs pathologiques pour les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité (tableau 11.IV).

Tableau 11.IV : Risques relatifs (OR) des troubles psychiatriques chez les joueurs pathologiques (d'après Petry et coll., 2005)

Troubles associés	OR	IC 95 %	Prévalence (%)
Troubles de la personnalité	8,3	[5,6-12,3]	60,80
Troubles de l'humeur	4,4	[2,9-6,6]	49,62
Troubles anxieux	3,9	[2,6-5,9]	41,30

Les OR sont ajustés sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques.

D'après l'étude de Cunningham-Williams et coll. (2000), le trouble psychiatrique le plus prévalent parmi les joueurs à problèmes est également le trouble de la personnalité. Ce trouble précède le jeu pathologique (tableau 11.V).

Tableau 11.V : Chronologie d'apparition du jeu pathologique chez des patients atteints d'un trouble psychiatrique (d'après Cunningham-Williams et coll., 2000)

	JP avant (%)	JP en même temps (%)	JP après (%)
Personnalité antisociale	0	0	100
Phobie	10	4	86

JP avant : joueur pathologique avant apparition des troubles psychiatriques ; JP en même temps : les deux troubles apparaissent en même temps ; JP après : le jeu pathologique apparaît après le trouble psychiatrique

Jeu pathologique et troubles de l'humeur

Dans la majorité des études en population générale, les joueurs pathologiques présentent une comorbidité élevée avec les troubles de l'humeur (plus de 50 % des sujets). Cette association est principalement retrouvée chez les femmes (Petry et coll., 2005). Pour ces auteurs, dans leur étude en population générale aux États-Unis, un risque relatif de 4,4 (IC 95 % [2,9-6,6]) est retrouvé pour le jeu pathologique avec les troubles de l'humeur (tableau 11.IV) ; le RR le plus élevé était rapporté avec l'épisode maniaque (RR=8,0 ; IC 95 % [4,7-13,7]). Ce résultat souligne que parmi les troubles de l'humeur, le trouble bipolaire est certainement celui le plus fréquemment comorbide avec le jeu pathologique. Ces données sont en accord avec celles d'une étude récente, en population générale au Canada, conduite par McIntyre et coll. (2007). Ces auteurs ont ainsi montré que les personnes souffrant de troubles bipolaires présentent un risque plus élevé de développer un jeu pathologique que les personnes présentant un trouble dépressif (tableau 11.VI).

Tableau 11.VI : Prévalence estimée des problèmes de jeu chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques (McIntyre et coll., 2007)

Troubles psychiatriques	Prévalence problème de jeu (%)
Trouble bipolaire	11,6
Troubles de l'humeur	6,2
Trouble dépressif	4,9
Population générale	3,8

Il semble, par ailleurs, que le trouble de l'humeur précède, dans la majorité des cas, la survenue du jeu pathologique. Toutefois, dans une étude de suivi

prospectif, environ 20 % des joueurs pathologiques continuent de souffrir de dépression même s'ils étaient améliorés pour le jeu pathologique (Taber et coll., 1987). Enfin, pour Moodie et Finigan, (2006), dans une étude en population générale, la dépression est le plus souvent associée à la sévérité du jeu pathologique.

Les joueurs pathologiques semblent par ailleurs présenter un risque de suicide plus élevé que la population générale (Ladouceur et coll., 1994 ; Petry et Kiluk, 2002). L'existence d'une dépression est pour certains auteurs associée à un risque élevé de suicide chez les joueurs pathologiques (Moodie et Finigan, 2006). Toutefois, le risque relatif pour le suicide chez les joueurs pathologiques n'est pas clairement connu actuellement même si l'importance des idéations suicidaires est plus nettement démontrée dans cette population (MacCallum et Blaszczynski, 2003). Il semble que l'association entre jeu pathologique et suicide retrouvée dans certaines études soit essentiellement liée à l'existence d'une dépression et de l'abus d'autres substances psychoactives (Newman et Thompson, 2003).

Jeu pathologique et troubles de la personnalité

Dans leur étude en population générale, Petry et coll. (2005) indiquent des risques relatifs élevés pour l'ensemble des troubles de la personnalité (OR entre 3,7 et 8,9). Des différences étaient retrouvées selon le sexe. Les femmes présentaient plus fréquemment une personnalité dépendante que les hommes ; la personnalité paranoïde était plus fréquente chez les hommes.

Chez les joueurs pathologiques suivis dans des programmes de traitement, une forte association du jeu pathologique avec plusieurs troubles de la personnalité est retrouvée (Blaszczynski et Steel, 1998). Les troubles de la personnalité les plus fréquemment décrits sont ceux de type obsessif-compulsif, évitant, antisocial et schizoïde (Black et Moyer, 1998). Il semble cependant que certains troubles de la personnalité (personnalité antisociale principalement) soient associés à une sévérité plus grande du jeu pathologique, une plus forte association du jeu pathologique avec d'autres addictions et des conséquences médicales et sociales plus graves (Pietrzak et Petry, 2005). Pour certains, la personnalité antisociale serait plus fréquente chez les joueurs pathologiques que chez les joueurs récréatifs (Shaffer et Korn, 2002).

Ces relations entre troubles de la personnalité et jeu pathologique sont comparables avec ce qui est généralement rapporté pour les patients souffrant d'autres troubles psychiatriques ou d'addictions.

Trouble obsessionnel compulsif (TOC) et jeu pathologique

Au cours des dernières années s'est développé le concept du « spectre des troubles obsessionnels compulsifs » auquel sont rattachés entre autres les

troubles somatoformes, certains troubles des conduites alimentaires et le jeu pathologique (McElroy et coll., 1994). Les joueurs pathologiques auraient à la fois des aspects compulsifs et impulsifs.

L'étude conduite par Bienvenu et coll. (2000) ne confirme cependant pas l'idée d'une association entre TOC et jeu pathologique. En étudiant la relation entre troubles obsessionnels compulsifs et divers troubles comme l'hypochondriasie, l'anorexie, la boulimie, la trichotillomanie, la pyromanie ou le jeu pathologique, ils trouvent des prévalences vie-entière pour certains troubles similaires au sein de la famille mais pas du tout pour le jeu pathologique. Pour certains auteurs, les joueurs pathologiques présentent certaines caractéristiques du trouble obsessionnel-compulsif (clinique, neuropsychologique) sans que ces deux troubles soient associés de façon statistiquement significative (Blasczcynski, 1999).

Jeu pathologique et autres troubles anxieux

Dans l'étude de Petry et coll. (2005), le jeu pathologique est fréquemment comorbide avec un trouble anxieux (RR=3,9 ; IC 95 % [2,6-5,9]). Le trouble panique avec agoraphobie est celui qui a la plus forte association avec le jeu pathologique (RR=5,2 ; IC 95 % [2,6-10,5]) dans cette étude.

Il semble, par ailleurs, que l'état de stress post-traumatique soit associé chez certains joueurs pathologiques avec une sévérité plus grande des symptômes et une plus grande impulsivité (Ledgerwood et Petry, 2006). Ces données issues de patients en traitement pour le jeu sont toutefois à confirmer dans une étude en population générale.

En conclusion, les données publiées vont dans le sens d'une forte comorbidité entre le jeu pathologique et d'autres troubles psychiatriques. Ces données sont en accord avec le modèle proposé par Blasczcynski et Nower (2002) qui décompose le groupe des joueurs pathologiques en au moins trois sous-groupes comprenant : un groupe de joueurs qui ont des difficultés de contrôle lors du jeu liées à un conditionnement cognitif et comportemental ; un groupe de joueurs qui sont biologiquement et émotionnellement vulnérables avec un haut niveau de dépression et/ou d'anxiété ; et un groupe de joueurs impulsifs, antisociaux et fréquemment « addicts » à d'autres substances ou conduites.

BIBLIOGRAPHIE

BAND RC, NEWMAN SC, ORN H, STEBELSKY G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can J Psychiatry* 1993, **38** : 108-112

BIENVENU OJ, SAMULES F, RIDDLE MA, HOEHN-SARIC R, LIANG KY, et coll. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders : results from a family study. *Biol Psychiatry* 2000, **48** : 287-293

BLACK DW, MOYER T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatr Serv* 1998, **49** : 1434-1439

BLASCZCZYNSKI A. Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychol Reports* 1999, **84** : 107-113

BLASCZCZYNSKI A, STEEL Z. Personnality disorders among pathological gamblers. *J Gambling Stud* 1998, **14** : 51-71

BLASCZCZYNSKI A, NOWER L. A pathways model for problem and pathological gambling. *Addiction* 2002, **97** : 487-499

CUNNINGHAM-WILLIAMS R, COTTLER LB, COMPTON WM, SPITZNAGEL EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders-results from the St Louis Epidemiological Catchment Area study. *Am J Public Health* 1998, **88** : 1093-1096

CUNNIGHAM-WILLAMS RM, COTTLER LB, COMPTON WM, SPITZNAGEL L, BEN-ABDALLAH A. A problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among users recruited from drug treatment and community settings. *J Gambling Stud* 2000, **16** : 347-376

EL-GUEBALY N, PATTEN SB, CURRIE S, WILLIAMS JV, BECK CA, et coll. Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *J Gambl Stud* 2006, **22** : 275-287

FEIGELMAN W, WALLISCH LS, LESIEUR HR. Problem gamblers, problem substance users, and dual problem individuals: an epidemiological study. *Am J Public Health* 1998, **88** : 467-470

HALL GW, CARRIERO NJ, TAKUS RY, MINTOA ID, PRESTON KL, GORELICK DA. Pathological gambling among cocaine-dependant out patients. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 1127-1133

LADD GT, PETRY NM. A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories. *Exp Clin psychopharmacol* 2003, **11** : 202-209

LADOUCEUR R, DUBE D, BUJOLD A. Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Can J Psychiatr* 1994, **39** : 289-293

LEDGERWOOD DM, PETRY NM. Posttraumatic stress symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *J Traumatic Stress* 2006, **19** : 411-416

LYNCH WJ, MACIEJEWSKI PK, POTENZA MN. Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset. *Arch Gen Psychiatry* 2004, **1** : 111-1122

MACCALLUM F, BLASZCZYNSKI A. Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality. *Suicide and Life-Threating Behav* 2003, **33** : 88-98

MCELROY SL, PHILLIPS KA, KECK PE. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatr* 1994, **55** (suppl 10) : 33-51

MCINTYRE RS, MCELROY SL, KONARSKI JZ, SOCZYNSKA JK, WILKINS K, KENNEDY SH. Problem gambling in bipolar disorder : results from the Canadian community health survey. *J Affective Disord* 2007, **102** : 27-34

MOODIE C, FINNIGAN F. Association of pathological gambling with depression in Scotland. *Psychol Reports* 2006, **99** : 407-417

NATIONAL OPINION RESEARCH CENTER. Gambling Impact and Behavior Study. University of Chicago, 1999

NEWMAN SC, THOMPSON AH. A population-based study of the association between pathological gambling and attempted suicide. *Suicide Life-Threating Behav* 2003, **33** : 80-87

ORFORFD J, BOULAY S, COPELLO A, GRAVES N, PURSER B, DAY E. Gambling and problem gambling among clients, and staff attitudes, in an alcohol and drug problems treatment service in the English Midlands. *Inter Gambling Studies* 2003, **3** : 171-181

PETRY NM. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug Alcohol Dependence* 2001, **63** : 29-38

PETRY NM, KILUK BD. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 2002, **190** : 462-469

PETRY NM, ONCKEN C. Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treament-seeking gamblers. *Addiction* 2002, **9** : 745-753

PETRY NM, STINSON ES, GRANT BF. Comorbidity of DSM IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2005, **66** : 564-574

PIETRZAK RH, PETRY NM. Antisocial personnality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction* 2005, **100** : 1183-1193

SHAFFER HJ, KORN DA. Gambling and related mental disorders : a public health analysis. *Annu Rev Public Health* 2002, **23** : 171-212

SMART RG, FERRIS J. Alcohol, drugs and gambling in the Ontario adult population. *Can J Psychiatry* 1996, **41** : 36-45

TABER JI, MCCORMICK RA, RUSSO AM, ADKINS BJ, RAMIREZ LF. Follow-up of pathological gamblers after treatment. *Am J Psychiatry* 1987, **144** : 757-761

WELTE J, BARNES G, WIECZOREK W, IDWELL MC, PARKER J. Alcohol and gambling pathology among US adults : prevalence, demographic patterns and comorbidty. *J Stud Alcohol* 2001, **62** : 706-712

12

Traitements par approche cognitivo-comportementale

Parmi les nombreuses techniques psychologiques proposées pour le traitement du jeu pathologique, peu ont été évaluées, hormis dans le cadre de traitements ambulatoires.

Les traitements psychologiques évalués dans des études contrôlées sont généralement des traitements d'orientation cognitive et comportementale ou des thérapies brèves issues, le plus souvent, des techniques d'entretien motivationnel. L'accent est généralement mis dans ce type de prise en charge sur la modification des comportements et des cognitions liés au jeu et sur le développement de stratégies de *coping*[23].

Thérapies comportementales

Les méthodes comportementales sont fondées sur les principes de la théorie du conditionnement classique et opérant. Le jeu pathologique est, dans cette perspective, considéré comme un comportement appris qui s'est renforcé au cours du temps à la faveur de renforçateurs positifs (le gain), rapides et courts. Plusieurs techniques comportementales ont été proposées (seules ou en association) : techniques aversives, relaxation, désensibilisation en imagination, exposition *in vivo*. Les données concernant ces techniques sont contradictoires (Barker et Miller, 1968 ; Salzmann, 1982). Seules les techniques de désensibilisation par imagination ont montré une certaine efficacité (Daughters et coll., 2003).

23. *Coping* : de l'anglais *to cope* : faire face, désigne le processus par lequel l'individu cherche à s'adapter à une situation problématique.

Thérapies cognitives et cognitivo-comportementales

La thérapie cognitive dans le jeu pathologique repose principalement sur la restructuration cognitive et la prévention des rechutes (Petry et coll., 2007). La restructuration cognitive inclut habituellement quatre composantes :

- la compréhension de la notion de loi du hasard (indépendance des tours) ;
- la compréhension des croyances erronées du joueur ;
- la prise de conscience des perceptions erronées lors du jeu ;
- la correction cognitive de ces perceptions erronées.

Une composante comportementale est souvent associée à la prise en charge cognitive. Cette composante doit aider le joueur à mettre en place des mesures concrètes afin de mieux affronter les situations à risque de rechute. C'est ce que l'on appelle la prévention des rechutes. Cette technique de prévention consiste le plus souvent en un apprentissage et la mise en place de stratégies de *coping* permettant d'éviter la rechute. Cette prévention des rechutes repose sur le modèle développé par Marlatt et Gordoj (1985), pour qui les sujets addicts ont un déficit dans la capacité à gérer certaines situations de stress ou à risque. Ces situations de stress peuvent être liées à des événements externes ou internes. Ladouceur et coll. (2001), dans le jeu pathologique, décrivent cinq catégories de situations à risque : l'exposition au jeu ; la situation financière ; les problèmes relationnels ; le manque d'occupation ; la consommation d'alcool ou de drogue. Pour certains, les modifications de stratégies de *coping* pourraient être obtenues par diverses modalités de prise en charge comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et également les GA *(Gamblers Anonymous)* ou la prise en charge motivationnelle (Petry et coll., 2007).

Plusieurs études ont été conduites, le plus souvent avec un petit nombre de joueurs pathologiques, en utilisant les thérapies cognitives et cognitivo-comportementales. Sylvain et coll. (1997) ont mené une étude chez 29 joueurs pathologiques. Les patients ont été répartis en deux groupes : un groupe recevant le traitement cognitif et un groupe témoin (sujets placés sur liste d'attente). Chez 86 % des sujets traités par thérapie cognitive (contre 6 % pour les sujets témoins), une amélioration significative des conduites de jeu était constatée. Cette amélioration se retrouvait à 6 et 12 mois. Le nombre d'arrêts de traitement est cependant élevé. Echeburua et coll. (1996) ont montré que les sujets exposés à 3 traitements actifs (exposition-prévention de la réponse, groupe de restructuration cognitive et combinaison des deux) présentaient des taux plus importants d'abstinence à 6 mois post-traitement que le groupe témoin placé sur liste d'attente. Les auteurs ont également montré que le traitement de prévention de la réponse, administré de manière individuelle, avait une efficacité supérieure au traitement combiné ou de groupe à un an post-traitement.

Concernant la prévention des rechutes, Echeburua et coll. (2000) ont traité des sujets dépendants aux machines à sous en associant une exposition *in vivo* suivie par des stratégies de prévention de la rechute. Trois conditions

expérimentales concernant la prévention de la rechute ont été évaluées : prévention de la rechute individuelle, prévention de la rechute en groupe et absence de prévention de la rechute. Les deux groupes bénéficiant de stratégies cognitivo-comportementales de prévention de la rechute avaient à 3 et 12 mois un taux d'abstinence supérieur au groupe témoin. Ces données soulignent l'intérêt potentiel des TCC dans la prévention de la rechute. Comme le soulignent Petry et coll. (2007), les modifications de *coping* proposées par certaines formes de thérapie ne sont responsables que des changements immédiats et n'ont que peu d'effets sur les comportements à long terme. Il est indispensable de mettre en place des programmes spécifiques de prévention de la rechute.

Prise en charge individuelle ou de groupe

La question du format des prises en charge a également été évaluée. La possibilité de développer des prises en charges de groupe doit permettre une prise en charge d'un nombre plus important de patients et de leur faire bénéficier de la dynamique de groupe.

Ladouceur et coll. (2001) ont mené une étude contrôlée, randomisée et avec un groupe témoin (patients sur liste d'attente), visant à évaluer les effets des thérapies cognitives en groupe dans le jeu pathologique. Les résultats obtenus étaient équivalents à ceux rapportés pour la thérapie cognitivo-comportementale opérée sur un mode individuel par cette équipe. Environ 90 % des joueurs traités par thérapie cognitive n'étaient plus classés comme joueurs pathologiques alors que ce taux est de seulement 20 % dans le groupe témoin. Ces résultats se maintenaient après deux ans de suivi.

Bien que les effets immédiats des deux formats de thérapies cognitives (individuelles ou de groupes) soient équivalents pour la majorité des données disponibles (Echeburua et coll., 1996 ; Blazynski et coll., 2001), leurs effets comparés sur la prévention des rechutes sont plus discutés. Pour Ladouceur et coll. (2003), les prises en charge individuelles sont plus efficaces à long terme sur la prévention des rechutes. Ce résultat est retrouvé dans l'étude de Echeburua et coll. (1996) et de Dowling et coll. (2007). Toutefois, pour la prévention des rechutes, les prises en charge individuelles et de groupe s'avèrent équivalentes dans l'étude de Echeburua et coll. (2000). Des travaux complémentaires sont certainement nécessaires.

Problèmes des abandons de traitement au cours des prises en charge cognitivo-comportementales

La thérapie cognitivo-comportementale semble efficace chez certains joueurs pathologiques. Cependant, le taux élevé de mauvaise observance au

traitement et le taux élevé d'abandon au cours de la thérapie constituent une des limites à la généralisation de ce type de traitement. Ce taux d'abandon élevé pourrait s'expliquer par une motivation au changement insuffisante chez certains joueurs. Certains joueurs pathologiques inclus dans les programmes structurés cognitivo-comportementaux seraient en fait aux stades de « pré-contemplation » ou de « contemplation » (modèle transthéorique de changement développé par Prochaska et Diclemente, 1983) et ne pourraient bénéficier de stratégies de traitement fondées sur l'action (arrêt ou bien contrôle des conduites de jeu). Ce type de difficultés de motivation à changer un « comportement-problème » est largement développé dans le cadre des entretiens motivationnels (proposés dans les années 1987 par Rollnick et Miller). Pour Petry et coll. (2007), les patients qui « décident » d'entrer dans un traitement ont déjà modifié leurs stratégies de *coping* et la prise en charge ne permettrait que d'aider à renforcer cette modification.

Le modèle transthéorique de changement des comportements identifie différentes étapes :
• la précontemplation : la personne n'a pas l'intention de faire un traitement ;
• la contemplation : la personne voudrait entreprendre un traitement dans les six mois à venir ;
• la préparation : la personne considère sérieusement le fait de faire un traitement dans le mois à venir ;
• l'action : la personne suit régulièrement son traitement ;
• le maintien : la personne suit régulièrement son traitement depuis plus de six mois.

Ces étapes doivent permettre de comprendre l'évolution des personnes concernées au fur et à mesure qu'elles passent d'un stade à un autre. Le processus de changement est constitué de changements de comportements et de changements d'expérience. Le processus de changement d'expérience se compose de la prise de conscience, du soulagement émotionnel, de la réévaluation personnelle et de la réévaluation environnementale, de l'ouverture sociale (*social liberation*). Le processus de changement comportemental se compose du contre-conditionnement (substitution d'un comportement par un autre), des relations d'aide (prise de confiance et acceptation de l'aide d'autres personnes pendant les premiers stades), du renforcement organisationnel (changement des contingences qui réglaient le comportement antérieur), de la libération de soi (engagement personnel dans le changement) et du contrôle des stimuli (contrôle des situations qui déclenchaient le comportement antérieur) (Prochaska et DiClemente, 1983 ; Marcus et Simkin, 1994 ; Prochaska et Velicer, 1997).

Pour décrire le passage d'une étape à une autre, d'autres concepts sont encore utilisés, qui permettent de comprendre comment on passe d'un stade à l'autre :
• confiance en soi (*self efficacy*) : être sûr de ne pas revenir à un comportement antérieur non désiré, même en cas de circonstance à haut risque ;

• tentation : l'intensité de l'envie de revenir à une habitude particulière dans une situation difficile ;
• équilibre décisionnel : évaluation entre avantages et désavantages.

Afin de diminuer le taux d'abandon en cours de traitement, Freidenberg et coll. (2002) ont évalué l'association d'une approche cognitivo-comportementale et des techniques motivationnelles faisant référence au modèle transthéorique du changement. Cette association permet d'augmenter l'adhésion au traitement. Cette donnée est confirmée par Wulfert et coll. (2006), qui ont traité 9 joueurs pathologiques sévères (essentiellement des joueurs de PMU) en associant entretiens motivationnels et thérapie cognitivo-comportementale. Il n'y a eu aucun perdu de vue. Tous les patients ont participé à la phase active du traitement et ont été suivis pendant 12 mois. Sur les 9 joueurs ayant participé à l'étude, 6 ont été totalement abstinents pendant les 12 mois de suivi, 2 ont nettement réduit leur comportement de jeu et 1 n'a présenté aucune amélioration. Milton et coll. (2002) ont également utilisé la technique de l'entretien motivationnel, mais intégrée dans ce qu'ils dénomment les interventions destinées à augmenter l'observance, en plus de la thérapie cognitivo-comportementale chez 40 joueurs pathologiques. Ces interventions motivationnelles consistent, dans cette étude, en un envoi d'un courrier de rappel après un rendez-vous manqué, des renforcements positifs importants et un développement de l'estime de soi. Ces techniques améliorent de façon significative les taux de poursuite du traitement, par rapport à la thérapie cognitivo-comportementale seule (65 % au lieu de 35 %). Si l'adjonction de techniques améliore l'observance, elle semble de peu d'effets sur l'efficacité des techniques cognitivo-comportementales. Dans l'étude de Milton et coll. (2002), il n'y avait pas de différences en termes de résultats entre le groupe avec techniques motivationnelles et sans (dans les deux groupes, 30 % des patients ne remplissaient plus les critères du jeu pathologique).

Intérêt des thérapies brèves

Afin de faciliter l'accès aux soins, des formats « brefs » de thérapie se sont développés. Ces thérapies brèves reposent essentiellement sur les principes de la motivation au changement de la thérapie cognitive. Dickerson et coll. (1990) ont évalué des prises en charge psychologiques « minimalistes » chez des joueurs pathologiques. Ils ont comparé une « auto-prise en charge » des patients à qui l'on postait un manuel à d'autres patients qui recevaient eux aussi ce manuel mais qui bénéficiaient en plus de contacts téléphoniques ou postaux. Le groupe ayant reçu seulement le manuel a réduit le nombre de sessions de jeu hebdomadaire et le montant des sommes jouées chaque semaine 6 mois après avoir reçu le manuel. Le groupe ayant bénéficié des contacts téléphoniques ou postaux a vu cette réduction des symptômes survenir au bout de 3 mois de prise en charge.

Hodgins et coll. (2001) ont comparé un groupe sur liste d'attente avec des groupes bénéficiant soit d'un manuel d'auto-prise en charge seul (reçu par mail ou par courrier), soit d'un manuel d'auto-prise en charge (reçu aussi par mail ou courrier) associé à des entretiens motivationnels (par mail ou par courrier). Cent deux sujets ont été randomisés dans les trois groupes et ont bénéficié d'un suivi de 12 mois. Une réduction significative des comportements de jeu a été rapportée par 84 % des sujets ayant au moins bénéficié du manuel après un an de suivi. En début de traitement, le groupe ayant bénéficié du manuel et des entretiens motivationnels a eu des résultats supérieurs au groupe « manuel seul » en ce qui concerne les comportements de jeu. Ce n'était plus le cas à 12 mois après le début du traitement excepté pour les joueurs les moins sévères.

Blaszcynski et coll. (2005) ont développé et évalué des techniques comportementales de type désensibilisation en imagination, reposant sur des méthodes de vidéo cassettes avec utilisation sur deux séances environ et auto-administrées au domicile du patient. L'étude conduite par ces auteurs montre des résultats équivalents à ce qui est rapporté pour les techniques de désensibilisation au cabinet du thérapeute.

Effet à long terme

Dans leur étude, Blaszczynski et coll. (1991) retrouvent seulement 14,2 % de joueurs pathologiques ayant reçu une prise en charge comportementale brève qui sont complètement abstinents à 5 ans. Cependant, dans leur méta-analyse, Pallesen et coll. (2005) montrent que les prises en charge psychothérapiques évaluées sont plus efficaces que l'absence de prise en charge à court et long terme. Certains auteurs ont proposé une approche thérapeutique éclectique appelée par ses auteurs « *Gambling decisions* ». Cette approche permet aux joueurs de choisir, s'ils le souhaitent, un objectif de contrôle du jeu plutôt que l'abstinence totale. Dans leur étude chez 117 joueurs pathologiques, Robson et coll. (2002) ont montré qu'avec ce type de stratégies de traitement, 75 % des patients ayant terminé l'étude (sur un an) ne remplissaient plus les critères de DSM-IV du jeu pathologique.

En conclusion, les données publiées sont en faveur d'une efficacité des différentes prises en charge cognitives et comportementales. Il semble toutefois que les effets à long terme de ce type de prise en charge soient modérés.

L'ensemble des données renforce l'idée que l'abstinence totale au jeu n'est pas un objectif raisonnable et réaliste pour la majorité des joueurs pathologiques.

Enfin, Diclemente et coll. (2000) soulignent que les interventions doivent tenir compte des processus de changement tels qu'ils sont proposés dans leur

modèle transthéorique du changement des comportements-problèmes. Les stratégies comportementales seraient plus importantes à mettre en place lors des phases d'action ou de maintenance. Les patients au stade de contemplation pourraient bénéficier d'une approche « structurée » psychothérapique (Derisley et Reynolds, 2000). Il semble que les programmes de prise en charge prenant en compte ce modèle obtiennent dans les addictions des résultats satisfaisants quelles que soient les méthodes et les théories des intervenants (Diclemente et coll., 2000).

BIBLIOGRAPHIE

BARKER J, MILLER M. Aversion therapy for compulsive gambling. *J Nerv Ment Dis* 1968, **146** : 285-302

BLASCZYNSKI A, MCCONAGHY N, FRANKOVA A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *Brit J Addiction* 1991, **86** : 299-306

BLASCZYNSKI A, MACCALLUM F, JOUKHADOR J. A comparative evaluation of imaginal desensitisation and group cognitive therapy in the treatment of pathological gambling. *In* : Lessons of the past. COMAN G (ed). Australia, National Association of Gambling Studies, 2001 : 29-39

BLASZCYNSKI A, DROBNY J, STEEL Z. Home-based imaginal desensitisation in pathological gambling: short-term outcomes. *Behav Chang* 2005, **22** : 13-21

DAUGHTERS S, LEJUEZ CW, LESIEUR HR, STRONG DR, ZVOLENSKY MJ. Towards a better understanding of gambling treatment failure: implications of translational research. *Int Psychol Rev* 2003, **23** : 573-586

DERISLEY J, REYNOLDS S. The transtheoretical stages of change as a predictor termination, attendance and alliance in psychotherapy. *Brit J Clin Psychol* 2000, **39** : 371-382

DICKERSON M, HINCHY J, ENGLAND S. Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation. *J Gamling Studies* 1990, **6** : 87-101

DICLEMENTE CC, STOR M, MURRAY K. On a roll: the process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. *J Gambling Studies* 2000, **16** : 289-313

DOWLING N, SMITH D, THOMAS T. A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Beh Res Therapy* 2007, **45** : 2192-2202

ECHEBURUA N, BAEZ C, FERNANDEZ-MONTALVO J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling. *Behav Cogn Psychother* 1996, **24** : 51-72

ECHEBURUA E, FERNANDEZ-MONTALVO J, BAEZ C. Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcome. *Behav Therapy* 2000, **31** : 351-364

FREIDENBERG B, BLANCHARD E, WULFERT E, MALTA LS. Changes in physiological arousal to gambling cues among participants in motivationnaly enhanced cognitive-behavior therapy for pathological gambling: a preliminary study. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002, **27** : 251-260

HODGINS D, CURRIE S, EL-GUEBALY N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J Consult Clin Psychol* 2001, **69** : 50-57

LADOUCEUR R, SYLVAIN C, BOUTIN C, LACHANCE S, DOUCET C, LEBLOND J. Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis* 2001, **189** : 774-780

LADOUCEUR R, SYLVAIN C, BOUTIN S, LACHANCE C, DOUCET C, LEBLOND J. Group therapy for pathological gamblers : a cognitive approach. *Behav Res Ther* 2003, **41** : 587-596

MARCUS BH, SIMKIN LR. The transtheoretical model: Application to exercise behavior. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1994, **26** : 1400-1404

MARLATT GA, GORDOJ JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. Gulford Press, New Yok, 1985

MILTON S, CRINO R, HUNT C, PROSSER E. The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: a preliminary study. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002, **27** : 251-260

PALLESEN S, MITSEM M, KVALE G, JOHNSEN BH, MOLDE H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction* 2005, **100** : 1412-1422

PETRY NM, LITT MD, KADDEN R, LEDGERWOOD DM. Do coping skills mediate the relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers? *Addiction* 2007, **102** : 1280-1291

PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983, **51** : 390-395

PROCHASKA JO, VELICER WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997, **12** : 38-48

ROBSON E, EDWARDS J, SMITH G, COLMAN I. Gambling decisions: an early intervention program for problem gamblers. *J Gambling Studies* 2002, **18** : 235-255

SALZMANN M. Treatment of compulsive gambling. *Br J Psychiatry* 1982, **141** : 318-319

SYLVAIN C, LADOUCEUR R, BOISVERT J. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling : a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 727-732

WULFERT E, BLANCHARD E, FREIDENBERG B, MARETLL R. Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behav Modif* 2006, **30** : 315-340

13

Traitements par approches psychosociales et psychodynamiques

Jusqu'à présent, les prises en charge issues de la psychanalyse ou celle des *Gamblers Anonymous* n'ont pas bénéficié, malgré leur usage fréquent, d'évaluation robuste (Lopez Viets et Miller, 1997). De même, les prises en charge « classiques » qui associent de multiples interventions y compris de type résidentiel, n'ont généralement pas été évaluées de manière rigoureuse même si elles sont largement proposées (Breen et coll., 2001).

Problèmes d'évaluation

La base de données *Cochrane* a fait une revue et une méta-analyse des publications portant sur le traitement du jeu pathologique (Oakley-Browne et coll., 2006). Recherchant des études randomisées et contrôlées, les auteurs ne retiennent que 17 publications (sur 1 264 références), et seulement 4 répondent à leurs critères (MacConaghy et coll., 1983 et 1988 ; Echeburua et coll., 1996 ; Sylvain et coll., 1997), ce qui interdit toute conclusion sur une efficacité différentielle de diverses formes de traitement.

Pallesen et coll. (2005), dans une méta-analyse de 37 études publiées entre 1968 et 2004, incluent des études comparant avant et après traitement (et non seulement contre groupe témoin), et en ont conservé 20, ce qui concerne 1 434 sujets. Leurs résultats montrent que les traitements de type psychothérapique en matière de jeu pathologique semblent produire de bons résultats, tant à court terme qu'au long cours. Cette vingtaine d'études correspond à des modalités de traitement très diverses même si les traitements cognitifs et comportementaux sont les plus représentés.

Les problèmes d'évaluation (Lopez Viets et Miller, 1997 ; Blaszczynski, 2005) relèvent de plusieurs niveaux :

- le jeu pathologique est tantôt appréhendé de façon dimensionnelle, tantôt de façon catégorielle, ce qui handicape les recherches objectives ;

• il est difficile de définir des critères simples de « guérison », puisqu'il existe nombre de formes de jeu, de dangerosité très inégale ; l'abstinence ou la rechute ne sont pas toujours faciles à distinguer ; là encore, l'aspect « dimensionnel » de la « guérison » conduit à des modalités d'évaluation très variables ;
• les approches sont souvent multimodales et il est difficile d'attribuer les résultats à tel ou tel élément du traitement ;
• les caractéristiques des patients doivent être prises en compte : femmes (sous-représentées dans les études évaluatives) ou adolescents ; il paraît d'ailleurs pertinent de différencier des sous-groupes de joueurs, chaque type ne relevant pas forcément du même traitement ;
• les comorbidités sont également un élément déterminant des types de prise en charge, comme de leur résultat.

Critères de succès ou d'échec

Les critères de succès ou d'échec diffèrent selon les auteurs et les études : le critère le plus simple et le plus évaluable serait l'abstinence totale, selon la conception des *Gamblers Anonymous* (GA). Cependant, l'abstinence n'est pas le seul objectif thérapeutique possible en matière de jeu excessif, et nombre d'auteurs promeuvent la notion de jeu contrôlé. Cela est d'autant plus logique qu'il existe de nombreux types de jeux, et de nombreuses façons de jouer, dont certaines sont moins addictives que d'autres.

Blaszczynski et coll. (1991), dans un suivi sur 9 ans de joueurs après un traitement, trouvent peu de différences entre les « abstinents » et les « joueurs contrôlés », deux groupes qui diffèrent des joueurs non contrôlés, en ce qui concerne l'anxiété, la dépression, le fonctionnement social, le niveau de dette, et peu quant à la quantité d'argent jouée par semaine.

Nombre d'évaluations de traitements considèrent la réduction des activités de jeu (notamment mesurée par la quantité d'argent dépensée) comme un succès, et non seulement l'abstinence (McConaghy et coll., 1983 ; Russo et coll., 1984 ; Taber et coll., 1987).

Ladouceur (2005) pense que la visée d'abstinence explique peut-être le fait que peu de joueurs pathologiques soient demandeurs d'aide. Synthétisant les positions des spécialistes sur la question, cet auteur souligne que :
• le jeu contrôlé apparaît comme une option valide, dans la mesure où il y a suffisamment d'évidences que des joueurs pathologiques peuvent reprendre le contrôle de leurs habitudes de jeu ;
• il n'y a pas encore de consensus sur une définition objective du jeu contrôlé ;
• les patients peuvent changer d'objectif au cours du traitement, passant d'un objectif de jeu contrôlé à un objectif d'abstinence, ce qui évidemment ne doit pas être considéré comme un échec.

Évolution spontanée

La question des « guérisons spontanées » ou de la « maturation naturelle » se pose nettement en matière de jeu pathologique, au moins autant que pour d'autres formes d'addiction. Slutske (2006) avance même des arguments sérieux contre le classement du jeu pathologique en tant que désordre chronique et persistant.

Parmi ces arguments se retrouvent :
• le faible taux de demandeurs de soins parmi l'ensemble des joueurs pathologiques ;
• le taux élevé de rémissions ou guérisons « naturelles », c'est-à-dire en dehors de prises en charge thérapeutiques.

L'auteur a analysé deux études épidémiologiques importantes, GIBS (*Gambling Impact and Behaviour Study*) et NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*). La GIBS (1998-1999) est une enquête par téléphone auprès de 2 417 adultes, avec un taux de réponse de 56 %. La NESARC (2001-2002) est un entretien proposé à 43 093 adultes, avec un taux de réponse de 81 %. Vingt et un sujets pour GIBS, 185 pour NESARC ont présenté les critères du jeu pathologique dans leur vie. L'étude de ces sujets montre que :
• 36 à 39 % des sujets présentant dans la vie un diagnostic de jeu pathologique selon le DSM-IV n'ont pas eu de problèmes liés au jeu dans l'année écoulée ;
• seulement 7 à 12 % des sujets diagnostiqués joueurs pathologiques ont cherché une aide auprès de professionnels ou de *Gamblers Anonymous* ;
• 33 à 36 % des joueurs pathologiques guériraient « naturellement » ou par « maturation spontanée ».

Pour un certain nombre d'auteurs, il serait donc plus conforme aux réalités de décrire le cours du jeu pathologique comme « variable » que comme « chronique », et de considérer que les cas les plus graves qui nécessitent des interventions importantes ne constituent qu'un sous-groupe des joueurs pathologiques. Cette relative « labilité » de la « pathologie addictive » en matière de jeu pathologique pourrait permettre par ailleurs de relativiser l'impact de données épidémiologiques, dans lesquelles les adolescents présentent de très forts taux de prévalence par rapport aux adultes : plutôt que prédire une explosion du jeu pathologique dans les années à venir, ces données pourraient traduire l'existence de troubles transitoires de l'adolescence.

Difficultés « structurelles » d'évaluation

Certaines formes de traitement sont plus difficiles à évaluer que d'autres, et n'apparaissent pratiquement pas dans les méta-analyses. Ce sont les approches multimodales : la diversité des actions mises en œuvre y empêche la mesure des effets spécifiques d'une intervention sur un facteur précis. Ce sont les traitements de type « *Gamblers anonymous* », également appelés

« traitements en douze étapes ». Ce sont enfin les approches psychodynamiques et psychanalytiques.

Approches multimodales

En pratique, il apparaît important qu'un patient puisse bénéficier d'un ensemble de prestations, tant au niveau psychothérapique, qu'au niveau pharmacologique, ou au niveau social. Ceci explique le nombre de traitements dits « éclectiques » ou « multimodaux » (figure 13.1).

Ces différentes dimensions interfèrent forcément les unes avec les autres, et il devient difficile, voire impossible, d'imputer les résultats à ce qui ne constitue qu'une partie du traitement global, dans le cas de protocoles qui sont conçus comme « multimodaux ». Ceci est en grande partie valable pour les programmes de l'Iowa (Shaffer et coll., 2005) et du Minnesota (Stinchfield et Winters, 1996), qui ont donné lieu à des tentatives d'évaluation globale. La méta-analyse de Pallesen et coll. (2005) en analyse 7 sur la vingtaine de publications retenues.

Par ailleurs, nombre de programmes sont proposés par des équipes qui s'occupent également d'autres formes de dépendances (alcool, drogues), et incluent des modalités de soin diversifiées, tant en hospitalisation qu'en traitement ambulatoire.

Lopez Viets et Miller (1997) recensent plusieurs de ces programmes. Taber et coll. (1987) ont utilisé avec de bons résultats (67 % d'abstinence à 6 mois) un traitement de 30 jours d'hospitalisation, avec thérapie de groupe, prise en charge éducative, participation aux réunions de GA, et plan de surendettement. Lesieur et Blume (1991) associent en interne thérapies de groupe et individuelles, lectures, films, guidance familiale, psychodrame, éducation, participation aux groupes d'entraide, puis suivi hebdomadaire, avec 63,9 % d'abstinence entre 6 et 14 mois après traitement, et une diminution globale de la moyenne des dépenses de jeu de près de 4 000 dollars à environ 20 dollars.

Ces traitements ayant lieu dans des services qui prennent également en charge des patients alcoolodépendants et toxicomanes, certains auteurs, comme Lesieur et Blume, ou Petry, ont adapté aux joueurs pathologiques l'*Addiction Severity Index* (ASI) comme outil d'évaluation (Mac Lellan, 1980).

Les sept axes de l'ASI (en Français : indice de gravité d'une toxicomanie) sont : alcool et drogues (ou jeu), état somatique, état psychologique, relations sociales et familiales, situation légale, emploi et ressources.

Ces thérapies multimodales ou éclectiques pourraient donner, d'après la méta-analyse de Pallesen et coll. (2005), des résultats appréciables.

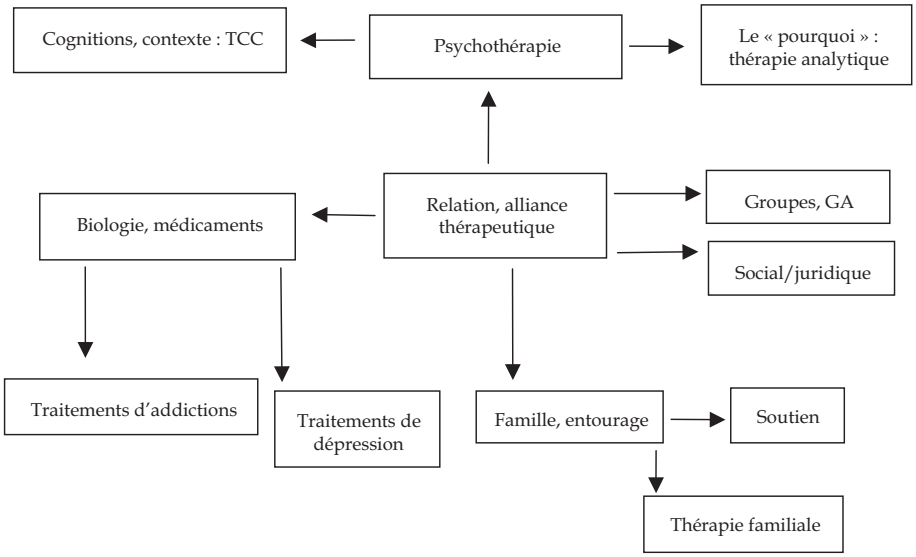


Figure 13.1 : Exemple d'approche multimodale

GA : *Gamblers Anonymous* ; TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

Comme pour toutes les addictions, le traitement peut/doit intégrer des dimensions très diverses. Idéalement, il devrait même être possible d'organiser des séjours de rupture pour que le patient puisse prendre du recul par rapport au contexte du jeu, comme par rapport à son entourage. L'écoute et les conseils aux proches sont particulièrement importants : il s'agit notamment – tout en les laissant libres de leurs décisions personnelles – de les aider à se mettre à l'abri des dépenses inconsidérées, mais incontrôlables.

Le volet social peut comprendre des conseils juridiques, la question de la protection des biens (curatelle), enfin (mais pas forcément comme mesure initiale) aide au dossier de surendettement (les rechutes risquant de conduire à une situation inextricable).

La psychothérapie est toujours au centre de la prise en charge. Le traitement pharmacologique est fréquemment utile, notamment les antidépresseurs : la dépression est la règle plus que l'exception. Les antidépresseurs peuvent également avoir un certain effet sur les idées obsédantes et les ruminations.

Même si la dépendance est ici « variable », plus que « chronique », il s'agit d'une pathologie à rechute, comparable aux toxicomanies, et plus particulièrement aux dépendances aux excitants, marquées par une relative facilité du sevrage, mais ensuite par une importance du « *craving* » (les impulsions irrésistibles à jouer) et des rechutes. Petry (2002) recense les arguments pour rapprocher le jeu pathologique de l'alcoolodépendance ou de la toxicomanie, et souligne qu'au niveau du traitement, l'intérêt de l'intégration de

traitements pharmacologiques et psychothérapiques est un argument en faveur de ce rapprochement.

Association « *Gamblers Anonymous* »

La participation aux réunions de l'association *Gamblers Anonymous* (GA) est présentée comme l'un des traitements les plus répandus, sinon le plus répandu dans le monde, du jeu pathologique. Si elle est embryonnaire en France, elle est très importante en Amérique du Nord, où elle existe depuis 1957. Il y aurait plus de 1 000 réunions (une « réunion » est un groupe, généralement quotidien) aux États-Unis, et des associations GA dans de très nombreux pays, européens, asiatiques, africains, sud américains… (*National Research Council*, 1999 ; Petry, 2005).

D'autres groupes se forment parfois, parallèlement à l'existence de GA (la « *Gamblers Foundation* » dans les pays nordiques ; Hansen, 2006).

Il existe toutefois peu de littérature scientifique sur ce sujet, et très peu d'évaluations. Ceci tient à la philosophie de ce mode d'intervention, dérivé étroitement du modèle « Alcooliques anonymes », fondé par Bill W. et le « Dr Bob » en 1935. Ce modèle a grandement influencé le champ de l'alcoologie, puis de l'addictologie, et comporte une vision particulière de la maladie, considérée comme incurable, et du traitement, fondé sur le maintien de l'abstinence au quotidien.

Il s'agit, comme pour Alcooliques anonymes, d'un « traitement en douze étapes », la première étape consistant à admettre son impuissance à contrôler le jeu. À l'origine, ce sont des « traitements de conversion », dans lesquels la spiritualité tient une place centrale (troisième étape : « Nous avons décidé de confier notre volonté et nos vies aux soins de Dieu tel que nous le concevions »). Parallèlement à ces origines religieuses et spirituelles, les influences de William James et de KG Jung ont participé à l'élaboration de cette approche très particulière des addictions en matière d'alcool, puis de drogues et de jeu. Cette approche est fondée sur l'entraide, la bonne volonté, le bénévolat, la socialisation particulière aux groupes où les sujets se soutiennent dans leur projet d'abstinence. Gamanon, comme Alanon pour l'alcool, est un programme en douze étapes similaire, destiné aux proches, qui sont considérés comme des « codépendants ». Les « douze traditions » désignent les principes de structuration de ces associations bénévoles, et sont une garantie contre les possibles dérives sectaires : elles interdisent les prises de pouvoir ou les enjeux financiers, mais également les prises de position publiques ou les controverses avec d'autres formes de traitement. L'évaluation, la recherche, l'objectivation, sont donc aux antipodes des préoccupations des membres *Gamblers Anonymous*, et ceci en fait structurellement une approche très difficile à évaluer.

La plupart des auteurs insistent sur la forte attrition qui semble exister parmi les sujets qui sont adressés aux groupes. Stewart et Brown (1988, *in* Petry, 2005) sur 232 personnes venues à une réunion trouvent que 22,4 % ne reviennent pas à une deuxième, 15,5 % n'assistent qu'à deux, et 69,4 % assistent à 10 réunions ou moins. Seuls 7,5 % des nouveaux membres obtiennent une médaille d'un an d'abstinence, 7,3 % une médaille de deux ans. Il convient toutefois de noter que l'attrition semble très forte dans toutes les formes de traitement du jeu pathologique, que des approches en un seul entretien ont parfois des résultats, et surtout que les GA ont de l'abstinence une définition aussi simple que drastique.

Nombre de protocoles incluent la possibilité de participer aux réunions de GA en parallèle ou à la suite d'autres traitements. Certaines études tendent à montrer que la participation aux groupes est un facteur supplémentaire de succès (Russo et coll., 1984 ; Taber et coll., 1987 ; Lesieur et Blume, 1991), d'autres (Stinchfield et Winters, 1996 *in* Petry, 2005) que les traitements professionnels sont plus efficaces.

Dans l'étude sur les résultats des traitements du jeu pathologique au Minnesota (Stinchfield et Winters, 2001), les auteurs étudient la clientèle des quatre centres de traitement soutenus par l'État, les quatre programmes, multimodaux, mettant tous l'accent sur l'approche en douze étapes des GA, et incluant la participation des proches à Gamanon.

GA et Gamanon font également partie des services proposés par le programme de traitement du jeu de l'Iowa (Shaffer et coll., 2005).

Petry (2003) a comparé des patients selon qu'ils sont ou non membres de GA. Les membres sont en moyenne plus âgés que les autres joueurs pathologiques, ont eu plus de problèmes de jeu, moins de comorbidités avec l'alcool ou les drogues. Ils présentent de meilleurs résultats au traitement que les autres, sans que l'étude permette de trancher sur une efficacité de GA ou d'autres traitements.

Il existe une communauté thérapeutique dédiée aux joueurs pathologiques : *The Gordon House Association,* en Grande-Bretagne (Griffiths et coll., 2001). Cette structure ne semble pas éloignée de l'esprit de GA, dont elle encourage la fréquentation. Notamment, elle se présente comme un refuge pour les personnes qui ont « touché le fond » (« *Hit the rock bottom* » est le point de départ d'un vrai changement dans le discours « Alcooliques Anonymes » ou « *Gamblers Anonymous* »). Le traitement s'étend sur un séjour de 9 mois en centre résidentiel, puis du maintien d'un lien avec la communauté. Cinq phases de 12 semaines constituent le programme : « *coping with to day* », « *coping with yesterday* », « *coping with change* », « *coping with tomorrow* », « *coping on my own* ». Contrat initial, thérapeute référent, psychothérapeute, interaction entre résidents, la philosophie du centre est proche de communautés thérapeutiques ou de post-cures pour toxicomanes.

En France, les « *Gamblers* anonymes » sont encore peu nombreux : quelques personnes se réunissent de manière hebdomadaire au centre Marmottan à Paris.

Approches psychanalytiques

Les difficultés de comparer l'efficacité des psychothérapies ont – en dehors de la question du jeu pathologique – été souvent soulignées, en partie du fait de la place importante des approches de type psychanalytique.

Les approches psychanalytiques se prêtent en effet particulièrement mal aux évaluations. Par exemple, dans leur méta-analyse, Pallesen et coll. (2005) bien que plus souples dans leurs critères que la base *Cochrane*, commencent logiquement par éliminer toutes les études de cas unique, et les études où l'abstinence n'est pas la priorité : cette exigence scientifique souligne la différence « d'évaluabilité » entre des approches de type psychanalytique (où le « cas par cas » est la règle, où l'évolution ne se juge pas simplement sur la disparition du symptôme, où le but même du traitement est susceptible d'évolution…) et des approches issues d'une psychologie scientifique (où le traitement commence par une évaluation objective, où les procédures sont codifiées pour être évaluées…).

De plus, il est délicat de séparer dans l'analyse ce qui relève du traitement, de ce qui constitue des modèles explicatifs, dans la mesure où l'élucidation du sens de la conduite du sujet participe en même temps de ces deux dimensions.

Premiers travaux et « Dostoïevski et le parricide »

Les premiers textes psychanalytiques (depuis Von Hattinberg, 1914) portent sur le sens de la conduite du joueur, plus que sur le jeu pathologique, et n'évoquent pas de dimension thérapeutique. Freud, avec « Dostoïevski et le parricide » évoque la passion du jeu comme symptôme, dans ce qu'il décrit comme une pathologie de type névrotique, avec une forte composante masochique.

Le traitement n'a pas, dès lors, à être envisagé de façon spécifique. Cette tradition se poursuit aujourd'hui, et des critiques se réclamant de la psychanalyse sont parfois adressées aux traitements d'origine comportementaliste. Les textes français récents s'inscrivent généralement dans des approches de sens et ne portent que peu sur les modalités de traitement.

Edmund Bergler et « *Psychology of gambling* »

Fenichel (1945) et Bergler (1957) ont abordé le jeu pathologique sous un angle clinique, et posé la question du traitement. Bergler avance d'ailleurs

des résultats intéressants sur une cohorte non négligeable de patients : en 30 ans de pratique, il dit avoir traité plus de 60 joueurs pathologiques. Les cures, dont il présente 5 études de cas, étaient d'une durée de 1 à 2 ans : 25 % des consultants ne s'engagèrent pas dans le processus thérapeutique, et ne sont pas comptabilisés, 75 % des patients restants sont considérés comme des succès, 25 % comme des échecs relatifs : ceux-ci abandonnèrent le traitement dès que le symptôme fut amélioré, alors que Bergler insiste sur le fait que le jeu ne doit être compris que comme une partie émergente de problèmes névrotiques. Même s'ils ont cessé de jouer, la reconnaissance (*gratefulness*) manifestée par ces patients envers le thérapeute lui paraît liée à la persistance d'un fonctionnement masochiste passif.

Travaux récents

Rosenthal et Rugle (1994) proposent une approche psychodynamique du jeu pathologique, qui peut s'inscrire dans la lignée de Bergler. Leur approche comporte plusieurs étapes, tendant à obtenir l'abstinence. Il s'agit de repérer les raisons qui ont conduit le sujet à surinvestir le jeu, afin de travailler sur les déterminants profonds de la conduite. La conduite doit donc pouvoir prendre sens, en fonction de l'histoire du sujet. Dépasser les défenses liées à la toute-puissance infantile et au déni est un premier temps, mais l'abstinence doit être acquise rapidement. Briser le cycle de la « chasse » est également une étape de cette approche. Comme dans le cas de pathologies de type narcissique, les auteurs insistent sur les modalités particulières dans l'analyse de joueurs du transfert comme du contre transfert, marqués tant par l'idéalisation que par les tentatives de maîtrise.

Bucher (2005) pointe la complexité au niveau inconscient des démarches d'auto-interdiction de casino, qui, parfois, transfèrent les tendances au défi et à la transgression sur la possibilité même de reprendre le jeu, dans un contexte encore plus transgressif. Il aborde également les spécificités de la place de la dette dans la conduite des joueurs (Bucher, 1993 et 1997).

Valleur et Matysiak (2006) tentent, à travers des études de cas succinctes, de pointer la dialectique, chez les joueurs comme chez d'autres « addicts », entre les mécanismes de l'addiction, et la place de la conduite dans l'histoire des sujets. En matière de jeu, la relation à la loi et à la fonction paternelle est souvent au premier plan, mais parfois également le sentiment d'injustice devant des événements de vie.

La notion de conduites ordaliques (Valleur et Bucher, 1998 ; Valleur, 2005) peut être une tentative d'éclairage, au niveau d'approches de sens, des conduites étudiées, sous un angle scientifique, à travers la notion de recherche de sensations.

La plupart des travaux exposés par ailleurs sur les addictions ne portent pas sur le jeu pathologique. Un ouvrage récent (Bucher et coll., 2005) recueille

des réflexions psychanalytiques sur le jeu et le hasard, dans la lignée des réflexions de Lacan, sans aborder spécifiquement les questions de traitement. Ici, une limite des évaluations de traitement tient donc au problème des approches « de sens », qui ne s'inscrivent pas facilement dans un cadre permettant une évaluation, tant elles sont éloignées d'une quantification initiale des questions à traiter. La question du sens ne peut toutefois être éludée de travaux sur le jeu pathologique. À un niveau clinique, il s'agit de travailler sur la place que peut prendre le jeu, ainsi que la dépendance, pour un sujet, en fonction de son histoire propre. À un niveau plus général, il s'agit d'aborder le jeu dans ses relations à la culture et l'histoire. Il conviendrait, parallèlement aux approches scientifiques des pathologies addictives, d'encourager les recherches tant psychanalytiques qu'anthropologiques sur le jeu et sur le jeu excessif.

En conclusion, bien que n'étant pas évaluées selon les critères scientifiques reconnus, un certain nombre de prises en charge psychothérapiques relevant d'approches diverses (psychosociales, psychodynamiques…) sont pratiquées. Chacune semble représenter un intérêt surtout en fonction de la personne à laquelle elle s'adresse. Plusieurs auteurs attirent l'attention sur l'utilité d'intégrer ces diverses approches dans une prise en charge multimodale pouvant être déclinée de manière appropriée aux différents moments du parcours de soin du patient.

BIBLIOGRAPHIE

BERGLER E. The Psychology of Gambling. Hill and Wang, 1957

BLASZCZYNSKI A. Conceptual and methodological issues in treatment outcome research. *Journal of Gambling Studies* 2005, **21** : 5-11

BLASZCZYNSKI A, MCCONAGHY N, FRANKOVA A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction* 1991, **86** : 229-306

BREEN R, KRUEDEOLBACH N, WALKER H. Cognitive changes in pathological gamblers following a 28-day inpatient program. *Psychol Addict Behav* 2001, **15** : 246-248

BUCHER C. Le jeu pathologique, une conduite addictive. Le jeu, le joueur, et la loi. *Nervure* 1993, **6** : 15-26

BUCHER C. L'addiction au jeu ou l'éternel retour de la machine à perdre. *Psychotropes* 1997, **3** : 65-79

BUCHER C. Jouer à se faire interdire. *Psychotropes* 2005, **11** : 87-100

BUCHER C, CHASSAING JL, MEMAN C. Jeu, dette et répétition, les rapports de la cure psychanalytique avec le jeu. A.L.I, 2005

ECHEBURUA E, BAEZ C, FERNANDEZ-MONTALVO J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 1996, **24** : 51-72

FÉNICHEL O. La théorie psychanalytique des névroses. Puf, Paris, 1945

GRIFFITHS M, BELLRINGER P, FARRELL-ROBERTS K, FREESTONE F. Treating problem gamblers : a residential therapy approach. *Journal of Gambling Studies* 2001, **17** : 161-169

HANSEN M. Treatment of problem and pathological gambling in the Nordic countries: where we are now and where do we go next ? *Journal of Gambling Issues* 2006, **18** : 91-105

LADOUCEUR R. Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Sudies* 2005, **21** : 51-59

LESIEUR HR, BLUME SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the addiction severity index. *British Journal of Addiction* 1991, **86** : 1017-1028

LOPEZ VIETS VC, MILLER WR. Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review* 1997, **17** : 689-702

MC CONAGHY N, ARMSTRONG MS, BLASZCZYNSKI A, ALLCOCK C. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry* 1983, **142** : 366-372

MC CONAGHY N, ARMSTRONG MS, BLASZCZYNSKI A, ALLCOCK C. Behaviour completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behaviour Modification* 1988, **12** : 371-384

MAC LELLAN AT, LUBORSKY L, WOODY GE, OBRIEN CP. An Improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journ Nerv and Ment Diseases* 1980, **168** : 26-33

NATIONAL RESEARCH COUNCIL (NRC). Pathological Gambling: A critical review. National Academy Press, Washington, DC, 1999

OAKLEY-BROWNE MA, ADAMS P, MOBBERLEY PM. Interventions for pathological gambling. *The Cochrane database of systematic reviews* Vol 3, 2006

PALLESEN S, MITSEM M, KVALE G, JOHNSEN BH, MOLDE H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction* 2005, **100** : 1412-1422

PETRY NM. How treatments for pathological gambling can be informed by treatments for substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2002, **10** : 184-192

PETRY NM. Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. *Addictive Behaviors* 2003, **28** : 1049-1062

PETRY NM. Gamblers Anonymous and cognitive-Behavioral therapies for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 2005, **21** : 27-33

ROSENTHAL RJ, RUGLE LJ. A psychodynamic approach to the treatment of pathological gambling. Part 1. Achieving abstinence. *Journal of Gambling Studies* 1994, **10** : 21-42

RUSSO AM, TABER JL, MCCORMICK RA, RAMIREZ L.F. An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital and Community Psychiatry* 1984, **35** : 823-827

SHAFFER HJ, LABRIE RA, LAPLANTE DA, KIDMAN RC, DONATO AN. The Iowa Gambling Treatment Program: Treatment Outcomes for a follow-up sample. *Journal of Gambling studies* 2005, **21** : 61-73

SLUTSKE WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry* 2006, **163** : 297-302

STEWART RM, BROWN RI. An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry* 1988, **152** : 284-288

STINCHFIELD R, WINTERS K. Effectiveness of six state-supported compulsive gambling treatment programs in Minnesota. Compulsive Gambling Program. Mental Health Division, Minnesota Department of Human Services, St Paul, MN, 1996

STINCHFIELD R, WINTERS KC. Outcome of Minnesota's Gambling Treatment Programs. *Journal of Gambling Studies* 2001, **17** : 217-245

SYLVAIN C, LADOUCEUR R, BOISVERT JM. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling : A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997, **65** : 727-732

TABER JL, MCCORMICK RA, RUSSO AM, ADKINS BJ, RAMIREZ L. Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry* 1987, **144** : 757-761

TEHERANI M, KESSELER V. Psychanalyse et psychopathologie du jeu pathologique. *Neuro-psy* 1999, **14** : 13-16

TONEATTO T, LADOUCEUR R. Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors* 2003, **17** : 284-292

VALLEUR M. Jeu pathologique et conduites ordaliques. *Psychotropes* 2005, **11** : 9-30

VALLEUR M, BUCHER C. Des toxicomanies aux addictions : le jeu pathologique. *Nervure* 1998, **11** : 23-26

VALLEUR M, MATYSIAK JC. Les pathologies de l'excès. JC Lattès, 2006

14

Traitements psychotropes

Aucun traitement médicamenteux du jeu pathologique n'a reçu l'aval de la *Food and Drugs Administration* (FDA) aux États-Unis ou l'AMM (Autorisation de mise sur le marché) en France. Plusieurs classes médicamenteuses ont fait l'objet d'études. Il s'agit principalement des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), des thymorégulateurs et de la naltrexone. D'autres molécules (antipsychotiques atypiques…) ont été rapportées de manière anecdotique comme potentiellement efficaces dans le jeu pathologique.

Aspects méthodologiques

Les différentes études publiées soulèvent plusieurs remarques concernant leur méthodologie.

Tout d'abord, peu d'études ont été conduites contre placebo et en double aveugle. Sur les 16 études recensées par Pallesen et coll. (2007) dans leur méta-analyse, seules 8 d'entre elles ont un groupe placebo. Toutefois, selon ces auteurs, les traitements pharmacologiques apparaissent nettement plus efficaces que le placebo chez les joueurs pathologiques.

La deuxième limite des études disponibles concerne la durée d'observation. La durée moyenne de traitement pour les études pharmacologiques est généralement courte (rarement plus de 16 semaines). Il semble que parfois plus de 10 semaines de traitement soient nécessaires pour voir apparaître un effet significatif (Hollander et coll., 2005a). Selon Grant et Kim (2002a), 50 % des joueurs pathologiques répondent aux traitements pharmacologiques après plus de 60 jours de traitement.

Les critères de jugement et d'efficacité des stratégies de traitement sont disparates. Cela renvoie aux difficultés à établir des critères d'efficacité dans les addictions. Pour certains, l'abstinence ou l'arrêt de la conduite addictive constitue le critère principal de jugement. Il est alors nécessaire de voir disparaître sous l'effet de la stratégie de soins, les critères nécessaires au diagnostic. Pour d'autres, le contrôle de la conduite addictive par le traitement constitue l'objectif principal. Il est alors nécessaire de définir une

diminution significative du ou des scores aux échelles d'évaluation symptomatique. La question de la définition de la significativité de la diminution du score retenu est souvent discutée (Gonzales-Ibanez et coll., 2005).

Le nombre de perdus de vue et les sorties prématurées de traitement constituent une autre limite des études publiées. Ces patients perdus de vue ne sont pas toujours pris en compte dans l'analyse des effets des stratégies étudiées (Blanco et coll., 2000). On peut tenter d'expliquer ce phénomène par le fait que les patients inclus dans les études sont probablement à différents stades du changement tels qu'ils sont décrits par Prochaska et coll. (1992)[24]. Les patients au stade de l'action sont certainement ceux qui répondent le plus au placebo ; ceux au stade de précontemplation sont ceux qui échappent le plus rapidement aux soins.

Il convient probablement de mieux définir les caractéristiques cliniques des patients inclus. Concernant le type de patients inclus dans les études, plusieurs remarques peuvent être faites. La majorité des études ont concerné des hommes et relativement peu de femmes. Certains auteurs suggèrent que les femmes présenteraient des profils cliniques et de réponses aux traitements différents justifiant des études spécifiques (Blanco et coll., 2006). Les femmes ont ainsi le plus souvent une comorbidité importante avec les troubles dépressifs alors que les hommes ont le plus souvent une comorbidité avec les conduites de dépendance à l'alcool (Grant et Kim, 2002b).

Les traitements pharmacologiques chez les sujets joueurs pathologiques âgés sont peu étudiés alors que le jeu pathologique pourrait constituer un problème de santé publique important dans cette tranche d'âge. Il semble toutefois que les résultats obtenus chez des populations plus jeunes puissent être transposés dans cette tranche d'âge (Grant et Grosz, 2004).

Antidépresseurs

Plusieurs arguments plaident en faveur de l'utilisation des antidépresseurs dans le traitement du jeu pathologique. Tout d'abord, l'existence de dysrégulation sérotoninergique est suspectée dans la physiopathologie du jeu pathologique. Le recours à certains antidépresseurs agissant sur ce système de

24. Le modèle transthéorique de changement des comportements vise à identifier le stade auquel se trouvent les personnes pour les aider éventuellement à progresser vers un changement ; la précontemplation : la personne n'a pas l'intention d'arrêter de jouer pendant les six mois à venir ; la contemplation : la personne voudrait arrêter de jouer dans les six mois à venir ; la préparation : la personne considère sérieusement le fait d'arrêter de jouer dans le mois à venir ou a commencé sans que cela soit réellement conséquent ; l'action : la personne a arrêté le jeu de façon ouvertement mesurable dans les six mois passés ; le maintien : la personne a arrêté depuis plus de six mois.

neurotransmission pourrait ainsi se justifier (Grant et coll., 2003a et b). L'implication de la sérotonine dans les phénomènes impulsifs auxquels pourrait être rattaché le jeu pathologique constitue un argument supplémentaire pour utiliser des antidépresseurs (essentiellement inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) (Blanco et coll., 2000). Enfin, les parentés supposées entre jeu pathologique et trouble compulsif dans lequel certains antidépresseurs se sont avérés efficaces constituent également un argument théorique en faveur de l'utilisation des antidépresseurs dans le jeu pathologique.

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Initialement, une étude comparant en double aveugle la clomipramine au placebo, sur une durée de 10 semaines, a été menée. La clomipramine (posologie moyenne : 125 mg/j) a un effet significativement supérieur au placebo pour diminuer les conduites de jeu (Hollander et coll., 1992). Par la suite, plusieurs cas et des études ouvertes utilisant des ISRS dans le traitement du jeu pathologique ont été rapportés (Kim et Grant, 2001a ; Blanco et coll., 2002). À la suite de ces études de cas, au moins quatre études en double aveugle contre placebo avec les ISRS ont été conduites. La majorité des études portent sur une courte période d'observation (quelques semaines en général) ; sauf pour la fluvoxamine pour laquelle une étude contre placebo sur une durée de six mois est disponible (Blanco et coll., 2002).

Pour la fluvoxamine, Hollander et coll. (1998) ont conduit deux études aux méthodologies différentes. La première étude, publiée en 1998, est une étude en simple aveugle, sur 16 semaines, chez 16 patients présentant un diagnostic de jeu pathologique selon les critères du DSM-IV et n'ayant pas de comorbidité psychiatrique sévère (dépression majeure, trouble bipolaire ou psychose). Ces patients ont reçu un placebo pendant les huit premières semaines et un traitement par fluvoxamine les huit semaines suivantes. Dix patients ont participé à la totalité de l'étude, 7 ont présenté une réduction de plus de 25 % du score à la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* modifiée pour le jeu pathologique (PG-Y-BOCS) et une amélioration du score concernant la partie sévérité du jeu de la *Clinical Global Impression* (PG-CGI). La seconde étude de Hollander et coll. (2000) a été réalisée en double aveugle contre placebo, chez 15 sujets, joueurs pathologiques selon les critères du DSM-IV. Ils ne présentaient pas de comorbidité psychiatrique sévère. Dix patients ont poursuivi l'étude jusqu'à la fin soulignant l'importance des sorties d'essai et des perdus de vue dans ce type de pathologie. La fluvoxamine s'avérait supérieure au placebo sur les critères d'efficacité retenus (diminution du score CGI-PG et PG-Y-BOCS). Une autre étude en double aveugle concernant la fluvoxamine a été réalisée par Blanco et coll. (2002) : 34 patients joueurs pathologiques ont reçu de la fluvoxamine (posologie moyenne : 200 mg/j) ou un placebo pendant six mois. Le taux de répondeurs au placebo est dans cette étude élevé (environ 30 %). Seuls les sujets jeunes

et de sexe masculin bénéficiaient d'un effet de la fluvoxamine supérieur au placebo à six mois.

Concernant la paroxétine, Kim et coll. (2002) ont conduit une étude en double aveugle contre placebo, sur 8 semaines, chez 41 joueurs pathologiques, les patients ne présentant pas de comorbidité psychiatrique sévère (en particulier pas de troubles dépressifs). Les posologies utilisées étaient variables (de 20 à 60 mg/j). Les auteurs retrouvent une amélioration significative de la CGI-PG plus importante dans le groupe paroxétine par rapport au groupe placebo. Grant et coll. (2003b) ont également, dans une étude multicentrique en double-aveugle contre placebo, étudié l'efficacité de la paroxétine chez 76 joueurs pathologiques sans comorbidité psychiatrique. Seuls 45 patients ont terminé les 16 semaines de traitement. Aucune différence significative n'est retrouvée à la fin de l'étude comparativement au placebo pour la paroxétine. Un nombre important de répondeurs au placebo est signalé dans cette étude.

Concernant le citalopram, Zimmerman et coll. (2002) ont conduit une étude pendant 12 semaines chez 15 joueurs pathologiques dont 8 présentaient un syndrome dépressif majeur. Ils rapportent avec des posologies moyennes de 35 mg/j, une amélioration importante de la CGI-PG chez 13 patients (amélioration similaire pour les patients dépressifs et non dépressifs). Les auteurs suggèrent que le bénéfice du traitement par citalopram chez les joueurs pathologiques dans cette étude apparaît être indépendant de ses propriétés antidépressives. Grant et Potenza (2006) étudient l'efficacité du citalopram chez des joueurs pathologiques avec des troubles anxieux. Cette étude ouverte, sur 12 semaines de traitement, a concerné 13 joueurs pathologiques. Le citalopram chez les 6 sujets répondeurs s'avérait efficace à la fois sur les manifestations anxieuses et le jeu pathologique confirmant qu'il est difficile de distinguer les diverses propriétés de ces médicaments.

Autres antidépresseurs

La néfazodone, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, a été évaluée dans une étude ouverte chez 12 joueurs pathologiques par Pallanti et coll. (2002a). La néfazodone, à une dose moyenne de 345,8 mg/j pendant 8 semaines, a montré chez 75 % des patients (9 sur 12 ayant terminé l'étude) une amélioration significative des conduites de jeu (amélioration d'au moins 1 point du score à la PG-CGI et diminution de 25 % du score de la PG-Y-BOCS).

Le bupropion, un antidépresseur efficace dans d'autres addictions (tabac, cocaïne…), a été étudié dans le jeu pathologique. Cet antidépresseur est considéré comme un médicament psychostimulant. Cette classe d'antidépresseurs pourrait constituer un traitement des conduites impulsives et du jeu pathologique (Black et coll., 2007). Une étude ouverte de Black (2004),

utilisant le bupropion à des doses supérieures à 10 mg/j pendant 10 semaines, a montré une réduction des symptômes évalués par la PG-CGI et la PG-Y-BOCS. Dannon et coll. (2005) ont comparé les effets du bupropion et de la naltrexone chez 36 joueurs pathologiques sans comorbidité psychiatrique majeure. Les posologies de bupropion variaient entre 300 et 450 mg/j. Le bupropion s'avérait aussi efficace que la naltrexone à la fin de l'étude. Enfin, Black et coll. (2007) ont conduit une étude en double aveugle contre placebo chez 39 patients joueurs pathologiques sur 12 semaines. Dans cette étude, le bupropion ne s'avérait pas plus efficace que le placebo. Ici encore, le nombre de sorties d'étude était important (plus de 43 %). Selon ces auteurs, seuls les joueurs pathologiques ayant des traits d'hyperactivité pourraient répondre favorablement au bupropion. Des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

Thymorégulateurs

L'utilisation des thymorégulateurs repose sur différents arguments. Tout d'abord, la majorité des traitements thymorégulateurs ont montré des propriétés anti-impulsives ; l'impulsivité est considérée comme un des facteurs participant à la physiopathologie du jeu pathologique (McElroy et coll., 1996). Le second argument pour l'utilisation des thymorégulateurs est l'importance de la comorbidité du jeu pathologique avec le trouble bipolaire. On estime ainsi que plus de 30 % des patients bipolaires ont une comorbidité avec le jeu pathologique et qu'environ 40 % des patients hospitalisés pour jeu pathologique reçoivent un diagnostic d'hypomanie (McCormick et coll., 1984 ; Linden et coll., 1986). La distinction d'un effet thymorégulateur d'un effet spécifique sur le jeu pathologique est difficile à établir à partir des éléments publiés. Plusieurs thymorégulateurs (lithium et anti-épileptiques essentiellement) ont été utilisés dans les études publiées. La majorité des publications concerne des études ouvertes ou des études de cas (Pallesen et coll., 2007). Une seule étude contre placebo est disponible ; elle concerne les sels de lithium (Hollander et coll., 2005b).

Hollander et coll. (2005b) ont conduit, en double aveugle contre placebo, la seule étude avec un thymorégulateur (le lithium) actuellement disponible dans le traitement pharmacologique du jeu pathologique. Les 40 patients inclus dans cette étude randomisée de 10 semaines présentaient tous une comorbidité avec un trouble bipolaire de type I. Les posologies de lithium étaient adaptées à partir des taux sanguins. Le critère principal d'efficacité était constitué par une diminution d'au moins 2 points à la CGI et de 35 % à la PG-Y-BOCS. Le lithium montrait un effet significativement supérieur au placebo à la fin de l'étude. Les effets sur le jeu pathologique étaient significatifs seulement après 8 semaines de traitement. Cette donnée souligne la nécessité de traiter pendant plusieurs semaines avant de voir apparaître un

effet clinique. Si une amélioration de l'instabilité thymique était rapportée, pour les auteurs, les effets sur le jeu pathologique étaient en partie indépendants des effets sur l'humeur. Toutefois, la population incluse (comorbidité bipolaire) ne permettait pas de répondre avec certitude à cette question. Enfin, la tolérance des sels de lithium dans cette population (facteur souvent avancé comme limitant la prescription de lithium) s'est avérée bonne, c'est-à-dire identique au placebo.

Une seule étude a comparé l'efficacité de deux thymorégulateurs dans le traitement du jeu pathologique. Il s'agit de l'étude de Pallanti et coll. (2002b) qui a comparé en simple aveugle, l'efficacité d'un traitement par lithium (dose moyenne : 795 mg/j ; dose maximale : 1 200 mg/j) *versus* valproate (dose moyenne : 830 mg/j ; dose maximale : 1 500 mg/j) chez 42 joueurs pathologiques pendant 14 semaines. Ces auteurs retrouvent une efficacité similaire de ces 2 traitements avec une réduction significative des symptômes à la PG-Y-BOCS.

L'étude récente de Dannon et coll. (2005) a évalué l'efficacité d'un traitement thymorégulateur par topiramate (dose maximale : 200 mg/j) à un antidépresseur par fluvoxamine (dose maximale : 200 mg/j) chez 31 joueurs pathologiques pendant 12 semaines. Ces deux traitements avaient une efficacité similaire sur la réduction des symptômes.

L'utilisation des traitements thymorégulateurs, surtout les sels de lithium, pourrait se justifier chez les patients ayant une comorbidité bipolaire. Un effet spécifique des thymorégulateurs sur le jeu pathologique reste cependant encore à démontrer.

Antagonistes des récepteurs opioïdes

Les antagonistes opioïdes bloquent les effets des endorphines endogènes au niveau des récepteurs opioïdes centraux et inhibent la libération de la dopamine au niveau de structures comme le *nucleus accumbens* connues pour être impliquées dans les conduites addictives.

L'antagoniste le plus étudié en psychiatrie et dans le jeu pathologique est la naltrexone, antagoniste des récepteurs μ-opioïdes. Cette molécule a fait l'objet de nombreuses études dans les pathologies psychiatriques où l'envie et le *craving* représentent un symptôme majeur : dépendances à un produit (alcool, opiacés, cocaïne, tabac), kleptomanie et automutilations dans le retard mental et dans l'autisme (Hollander et coll., 2005a). Les résultats de ces études sont toutefois très variables (Roth et coll., 1996 ; Crockford et El-Guebaly, 1998). Plusieurs études ouvertes avec la naltrexone sont disponibles pour le jeu pathologique. Crockford et El-Guebaly (1998) rapportent chez 20 patients joueurs pathologiques ayant une dépendance associée à l'alcool, une diminution importante du *craving* pour le jeu et l'alcool après

quatre semaines de naltrexone à 50 mg/j. Kim et Grant (2001b), chez 17 patients joueurs pathologiques (sans comorbidité psychiatrique sévère), rapportent une diminution significative de l'intensité des envies et/ou du *craving* par rapport au jeu lors de l'administration de naltrexone (posologie moyenne : 157 mg/j) pendant six semaines. Dans une étude en double aveugle *versus* placebo, Kim et coll. (2001), chez 83 sujets joueurs pathologiques, ont montré une amélioration importante pour 75 % des sujets ayant reçu la naltrexone (posologie moyenne : 188 mg/j) comparés à 24 % des sujets ayant reçu un placebo. Il faut toutefois noter que 38 des 83 patients initialement inclus dans cette étude sont sortis de l'étude en raison d'effets secondaires sévères (élévation importante des transaminases hépatiques, nausées), de non observance (perdu de vue et absence pendant le suivi) ou de réponse élevée au placebo durant les deux premières semaines.

Dans une étude récente, Grant et coll. (2006) ont testé l'efficacité d'un autre antagoniste opioïde, le nalméfène, dans la réduction des symptômes du jeu pathologique. Ce médicament a déjà montré son intérêt dans le traitement de l'alcoolodépendance. Cette étude a été réalisée en double-aveugle, *versus* placebo chez 200 sujets joueurs pathologiques. Les sujets ayant reçu de faibles doses de nalméfène (25 mg/j) ont présenté une réduction significative de la sévérité des problèmes de jeu à la PG-Y-BOCS comparés au groupe témoin. La dose de 25 mg/j a entraîné très peu d'effets secondaires à l'inverse des doses supérieures qui sont mal tolérées.

Ces résultats préliminaires suggèrent que la naltrexone et le nalméfène puissent être efficaces dans la réduction des symptômes du jeu pathologique, particulièrement pour les impulsions et le *craving*. Cependant, les posologies élevées de naltrexone utilisées posent le problème des effets secondaires potentiels sévères, notamment sur le plan hépatique (Kim et coll., 2006).

En conclusion, il est difficile de généraliser les résultats des études publiées à la pratique clinique. Le choix d'une classe pharmacologique ne peut être actuellement fait que de façon empirique. Toutefois, pour Pallesen et coll. (2007), dans leur méta-analyse les effets des traitements pharmacologiques sont clairement démontrés dans les études contre placebo. Aucune différence d'effets cependant n'est retrouvée entre les antagonistes opioïdes, les antidépresseurs et les thymorégulateurs dans cette méta-analyse. Des études comparant ces différentes classes sont nécessaires. D'autres classes thérapeutiques (antipsychotiques, inhibiteurs de canaux calciques, N-acetylcystéïne…) peuvent probablement être employées dans le jeu pathologique, mais pour le moment seules des études de cas sont rapportées (Hollander et coll., 2005a ; Grant et Potenza, 2006 ; Grant et coll., 2007).

La prise en compte des comorbidités pourrait orienter vers certains types de traitements pharmacologiques. Il semble ainsi que les patients joueurs pathologiques ayant une comorbidité de type bipolaire peuvent bénéficier d'un

traitement de type thymorégulateur ; principalement le lithium. Des études complémentaires sont nécessaires. Aucune étude ne compare les traitements pharmacologiques et psychologiques. De même, des études analysant les effets d'association de ces diverses modalités (pharmacologiques et psychologiques) de traitement pourraient permettre d'éclairer les pratiques.

Enfin, un des obstacles actuels dans la prise en charge des joueurs pathologiques est constitué par le très faible pourcentage de patients ayant recours au système de soins. Plus que l'efficacité des stratégies de soins, la question de l'amélioration de l'accès aux soins constitue une des priorités actuelles.

BIBLIOGRAPHIE

BLACK D. An open-label trial of Bupropion in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychopharmacology* 2004, **24** : 108-110

BLACK D, MOYER T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatric Services* 1998, **49** : 1434-1439

BLACK DW, ARNDT S, CORYELL WH, ARGO T, FORBUSH KT, et coll. Bupropion in the treatment of pathological gambling. A randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *J Clin Psychopharmacol* 2007, **27** : 143-150

BLANCO C, IBANEZ A, SAIZ-RUIZ J. Epidemiology, pathophysiology and treatment of pathological gambling. *CNS Drugs* 2000, **13** : 397-407

BLANCO C, PETKOVA E, IBANEZ A, SAIZ-RUIZ J. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2002, **14** : 9-15

BLANCO C, HASIN D, PETRY N, STINSON F, GRANT B. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2006, **36** : 943-953

CROCKFORD D, EL-GUEBALY N. Naltrexone in the treatment of pathological gambling and alcohol dependance. *Can J Psychiatry* 1998, **43** : 86-91

DANNON P, LOWENGRUB K, GONOPOLSKY Y. Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater, comparison study. *Clin Neuropharmacol* 2005, **28** : 6-10

DELL'OSSO B, ALLEN A, HOLLANER E. Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review. *Clin Pract & Epidemiol in Ment Health* 2005, **1** : 1-9

GONZALES-IBANEZ A, ROSEL P, MORENO I. Evaluation and treatment of pathological gambling. *J Gamblin Studies* 2005, **1** : 35-42

GRANT JE, KIM WS. Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Compr Psychiatry* 2002a, **43** : 56-62

GRANT JE, KIM SW. Effectiveness of pharmacotherapy for pathological gambling: a chart review. *Ann Clin Psychiatry* 2002b, **14** : 155-161

GRANT JE, GROSZ R. Pharmacotherapy outcome in older pathological gamblers: a preliminary investigation. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2004, **17** : 9-12

GRANT JE, POTENZA MN. Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occuring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *Inter Clin Psychopharmacol* 2006, **21** : 203-209

GRANT J, KIM S, POTENZA M. Advances in pharmacological treatment of pathological gambling. *J Gambl Studies* 2003a, **19** : 161-169

GRANT J, KIM S, POTENZA M, BLANCO C, IBANEZ A, et coll. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi center randomized controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2003b, **18** : 243-249

GRANT JE, POTENZA MN, HOLLANDER E, CUNNINGHAM-WILLIAMS R, NURMINEN T, et coll. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry* 2006, **163** : 303-312

GRANT JE, KIM SW, ODLAUG BL. N-Acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study. *Biol Psychiatry* 2007, **62** : 652-657

HOLLANDER E, FRENKEL M, DECAIRA C. Treatment of pathological gambling with clomipramine. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 710-711

HOLLANDER E, DECARIA C, MARI E. Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 1998, **155** : 1781-1783

HOLLANDER E, DECARIA C, FINKELL N, BEGAZ T, WONG CM, CARTWRIGHT C. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2000, **47** : 813-817

HOLLANDER E, SOOD E, PALLANTI S, BALDINI-ROSSI N, BAKER B. Pharmacological treatments of pathological gambling. *J Gambl Stud* 2005a, **21** : 101-110

HOLLANDER E, PALLANTI S, ALLEN A, SOOD E, BALDINI ROSSI N. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry* 2005b, **162** : 137-145

KIM SW, GRANT JE. The psychopharmacology of pathological gambling. *Seminars in Clin Neuropsychiatry* 2001a, **6** : 184-192

KIM S, GRANT J. An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *Int Clin Psychopharmacology* 2001b, **16** : 285-289

KIM S, GRANT J, ADSON D, SHIN YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2001, **49** : 914-921

KIM S, GRANT J, SHIN Y, ZANINELLI R. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002, **63** : 44-48

KIM SW, GRANT JE, YOON G, WILLIAMS KA, REMMEL RP. Safety of high-dose naltrexone treatment : hepatic transaminase profiles among outpatients. *Clin Neuropharmacol* 2006, **29** : 77-79

LINDEN R, POPE H, JONAS J. Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 1986, **47** : 201-203

NAJAVITS LM. How to design an effective treatment outcome study. *J Gambling Studies* 2003, **19** : 317-327

NATHAN E. The role of natural recovery in alcoholism and pathological gambling. *J Gambling Studies* 2003, **19** : 279-286

MCCORMICK R, RUSSO A, RAMIREZ L, TABER J. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry* 1984, **141** : 215-218

MCELROY SL, POPE HG, KECK PE, HUDSON JI, PHILIPS KA, STRAKOWSKI SM. Are impulsive-control disorders related to bipolar disorder ? *Compr Psychiarty* 1996, **37** : 229-220

PALLESEN S, MOLDE H, ARNESTAD HM, LABERG JC, SKUTLE A, et coll. Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling. A review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2007, **27** : 357-364

PALLANTI S, BALDINI-ROSSI N, SOOD E, HOLLANDER E. Nefazodone treatment of pathological gambling: a prospective open label controlled trial. *J Clin psychiatry* 2002a, **63** : 1034-1039

PALLANTI S, QUERCIOLI L, SOOD E, HOLLANDER E. Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *J clin Psychiatry* 2002b, **63** : 559-564

PROCHASKA J, DICLEMENTE C, NORCROSS J. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol* 1992, **47** : 1102-1114

ROTH AS, OSTROFF RB, HAFFMAN RE. Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behavior: an open-label trial. *J Clin Psychiatry* 1996, **57** : 233-237

SAIZ-RUIZ J, BLANCO C, IBANEZ A, MASMARAMON X, GOMEZ MM, et coll. Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2005, **66** : 28-33

ZIMMERMAN M, BREEN R, POSTERNAK M. An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002, **63** : 501-507

IV

Approche de santé publique

15

Prévalence du jeu excessif et pathologique

Les pouvoirs publics commencent à appréhender la question du jeu pathologique comme un problème de santé publique. Une des premières questions qui se pose est celle de la mesure de l'ampleur du phénomène : combien y a-t-il de personnes en difficulté face à ce comportement ? En l'absence complète d'études françaises qui permettraient de répondre à une telle question, il est utile d'examiner ce qui a pu être fait ailleurs.

L'objet de cette analyse est centré sur les enquêtes épidémiologiques en population générale susceptibles de produire une estimation pour l'ensemble de la population (ou du moins un groupe d'âge précis) d'une zone géographique donnée – l'approche nationale a été privilégiée – de la prévalence du jeu de hasard et d'argent problématique ou pathologique. Les études cliniques, partant de populations particulières, notamment celles bénéficiant d'une prise en charge, ne pouvant pas atteindre cet objectif ne sont donc pas prises en compte sauf de manière connexe, sur des questions d'outils et de méthodes qui peuvent être identiques à ces deux types d'études.

Un premier examen a permis de hiérarchiser le nombre important de travaux examinés (115 articles et rapports d'enquêtes) en fonction de critères de sélection : enquêtes de portée nationale ou méta-analyses, représentativité de l'échantillon, taux de réponse à l'enquête, outils de repérage validés. Les documents répondant à ces quatre critères ainsi que les études ou rapports de synthèse de référence sur cette question (N=51) ont fait l'objet d'une analyse approfondie.

Concepts et outils de repérage

Les études de prévalence s'appuient sur différents concepts et outils de repérage du jeu excessif qu'il est nécessaire de préciser compte tenu de l'influence qu'ils peuvent avoir sur la détermination du niveau de la prévalence.

Jeu pathologique ou jeu excessif/problématique

L'outil clef de toutes ces études est le choix de l'outil de repérage du phénomène à mesurer : jeu pathologique ou jeu problématique. On dispose actuellement de nombreux outils permettant de classer un individu dans une catégorie au regard d'un certain nombre de critères. Ces outils, développés au départ dans une perspective clinique, ont été testés et validés pour une utilisation statistique. Utilisation clinique ou usage épidémiologique ne correspondent pas aux mêmes contraintes ou exigences. Ainsi, pour être utilisé dans une enquête, un test de repérage nécessite de limiter le nombre de questions afin de ne pas trop alourdir le questionnaire.

Un « test de repérage » permet donc, grâce à une liste restreinte de questions qui peuvent être insérées dans un questionnaire, de classer un individu dans une catégorie, par exemple : pathologique, non pathologique. Il convient de rappeler l'aspect arbitraire inhérent à toute classification statistique. La finalité de la production d'une prévalence est d'obtenir un ordre de grandeur, ayant une dimension collective pour laquelle les éventuelles erreurs de classements individuels sont statistiquement compensées.

La preuve, s'il en est besoin, de cet aspect arbitraire nous est donnée par la multiplicité des concepts et outils correspondants utilisés et leur variabilité dans le temps. Ainsi, on peut relever les termes suivants (liste non exhaustive de termes anglais car la quasi-totalité de la littérature est dans cette langue) : *problem (gambler)*, *pathological*, *at-risk*, *excessif*, *potential problem*, *potential pathological*, *probable pathological*... Par souci de clarification, seulement deux termes seront par la suite utilisés :

- « joueur pathologique », qualifiant les individus dont l'état ou le comportement répondent à certains critères d'un diagnostic clinique, ou d'un questionnaire-test (voir les outils) ;
- « joueur problématique », qualifiant les individus non classés comme pathologiques mais remplissant certains critères témoignant de difficultés en lien avec leur comportement de jeu. Une définition extensive du jeu problématique inclut également le jeu pathologique.

Outils de repérage

À cette diversité de concepts correspond une plus grande diversité encore d'outils. Plus de 30 tests de repérage différents ont été utilisés dans les très nombreuses enquêtes de prévalence (plus de 200) qui peuvent être recensées dans le monde. Néanmoins, trois principaux outils de repérage ressortent quant à leur application au domaine de l'épidémiologie : le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (de loin le plus utilisé), le test adapté du DSM-IV et le *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI) (voir en annexe la description des trois outils).

South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Le SOGS est de loin le plus utilisé de tous les outils. Élaboré à partir du DSM-III en 1987 (Lesieur et Blume, 1987), il a connu plusieurs adaptations, notamment pour son application sur des jeunes sujets (SOGS-RA) (Lesieur et Blume, 1993 ; Winters et coll., 2002). Il comporte 20 items et les typologies habituellement utilisées sont : 3 ou 4 critères pour le « jeu problématique » et 5 et plus pour le « jeu pathologique ». Au départ, cet outil était conçu pour repérer la « prévalence-vie ». Depuis, il a été adapté et de plus en plus utilisé pour étudier la « prévalence-année » (voir développement sur ce sujet ci-dessous).

Diagnostic Statistical Manual-IV (DSM-IV)

Le DSM-IV définit 10 critères de diagnostic du jeu pathologique. Les typologies habituellement utilisées sont : 3 ou 4 critères pour le « jeu problématique » et 5 et plus pour le « jeu pathologique ».

Canadian Problem Gambling Index (CPGI)

Cet outil, le plus récent, a fait l'objet d'une solide étude de validité intégrant une comparaison avec les deux précédents (Ferris et Wynne, 2001). Il comprend 9 items (avec 4 modalités de réponses pour chacun d'entre eux) et définit la typologie suivante : 3 à 7 critères pour le « jeu problématique » (dénommé « jeu à risque ») et 8 et plus pour le « jeu pathologique ».

Enquêtes de prévalence

Plus de 200 enquêtes de prévalence ont pu être recensées. Il s'agit, dans une large majorité de cas, d'enquêtes spécifiques centrées sur la question du jeu de hasard et d'argent. Parfois, cette problématique est abordée dans le cadre d'une investigation plus large sur une thématique santé mentale ou plus globalement santé. Cette approche apporte une plus-value intéressante car elle permet une analyse approfondie des liens entre les déterminants et les caractéristiques individuelles de santé et les comportements de jeu problématique.

Protocoles et populations

Un certain nombre de pré-requis sont nécessaires à la réalisation d'une enquête de prévalence. Une phase préparatoire en définit les objectifs, en précise le champ (le type de jeux investigués), et choisit l'outil de repérage utilisé, ce qui va fortement influencer l'élaboration du questionnaire.

Les protocoles de sélection de l'échantillon sont variés, notamment dans le choix des critères de stratification. La technique de passation la plus communément utilisée est le téléphone, la plus économique.

Les tailles d'échantillons sont assez élevées : entre 2 500 et 35 000 individus. Ceci est dû au fait que le jeu problématique est un phénomène relativement rare. Il nécessite donc la constitution d'échantillons de taille importante. Certaines enquêtes procèdent par étapes : un premier questionnaire très bref permet de déterminer si la personne est un joueur régulier et dans ce cas, un second questionnaire lui est proposé. Les données de cadrage sociodémographiques du premier questionnaire permettent d'extrapoler les résultats du second à l'ensemble de la population.

Les taux de réponse varient de 55 à 75 %. La question des biais éventuels de ces non-réponses est toujours discutée dans les rendus d'enquête.

Une très grande majorité des enquêtes de prévalence sur le jeu pathologique concerne les adultes. Les travaux sur les jeunes sont relativement plus récents.

Indicateurs

La plupart des études produisent des estimations de « prévalence-vie » et/ou de « prévalence-année », c'est-à-dire la proportion d'enquêtés ayant rempli, au cours de leur vie, ou au cours de l'année passée, le nombre de critères fixés par les outils de repérage du jeu problématique ou pathologique. Seules quelques rares études utilisent une période de référence différente, par exemple six mois.

On constate une évolution nette au cours du temps avec une perte d'intérêt progressive pour le concept de « prévalence-vie » auquel est préféré celui de « prévalence-année ». Ceci est dû à la fois à la difficulté de bien mesurer le premier, plus sensible aux problèmes de mémorisation, et aussi au fait que la base conceptuelle sur lequel il a été élaboré est fragilisée. Ce concept a en effet perdu de son intérêt depuis que le caractère chronique du jeu pathologique est contesté.

Objets d'étude

La plus grande part de la littérature internationale porte sur la question du jeu de hasard et d'argent (*gambling*). Les études portant sur l'addiction à Internet ou aux jeux vidéo (*playing*) sont plus récentes (depuis le milieu des années 1990), en nombre limité et encore centrées sur les problèmes de concepts et de méthodes.

Enquêtes nationales

Les tentatives de mesure d'une prévalence nationale du jeu excessif sont le fait principalement des pays anglo-saxons.

États-Unis

Sans contestation possible, les États-Unis sont le pays ayant le plus investigué la question du jeu pathologique. À l'origine des principaux concepts et outils dans ce domaine, les équipes cliniques et universitaires américaines ont mené depuis les années 1970 une multitude d'enquêtes de prévalence à l'échelle d'États, de milieux particuliers (par exemple : étudiants) mais aussi à l'échelle nationale. Dans ce dernier cas, on en dénombre trois menées respectivement en 1975, 1998 (Gerstein et coll., 1999) et 2000 (Welte et coll., 2001 et 2002). Des enquêtes plus générales sur la santé abordent aussi la question du jeu pathologique : *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions 2001/02* (Petry et coll., 2005 ; Blanco et coll., 2006 ; Morasco et coll., 2006).

Venant enrichir ce dispositif, une méta-analyse, faisant référence dans le domaine, analyse et synthétise les résultats de 160 enquêtes menées aux États-Unis et au Canada dans les années 1980-1990 (Shaffer et coll., 1997 et 1999 ; Shaffer et Hall, 2001). Une autre méta-analyse cible les études auprès des jeunes réalisées entre 1994 et 2005 (Blinn-Pike et coll., 2007). Les résultats des enquêtes de prévalence sont également présentés et discutés au sein de synthèses académiques portant plus globalement sur l'épidémiologie du jeu pathologique (Cunningham-Williams et Cottler, 2001 ; Volberg, 2002).

Une première enquête de prévalence sur l'usage problématique d'Internet par les adultes a été réalisée en 2004 (Aboujaoude et coll., 2006).

Canada

Le Canada dispose, comme son grand voisin, d'une solide expérience de recherche et d'enquêtes sur le jeu pathologique. De nombreuses provinces, notamment le Québec, ont mené des enquêtes de prévalence (Chevalier et coll., 2004 ; Ladouceur et coll., 2004 et 2005). Le Québec est d'ailleurs à l'origine de la conception et de la validation d'un des trois outils majeurs de repérage du « jeu problématique », le CPGI. Toujours au Québec, une étude de cohorte a permis d'étudier le lien entre la disponibilité et la prévalence (Ladouceur et coll., 1999). Au niveau fédéral, une enquête nationale a été réalisée en 2002 sur un très gros échantillon (N=35 000) assurant une représentativité des résultats à l'échelle des provinces (Cox et coll., 2005).

Nouvelle-Zélande

De nombreux travaux sont également disponibles dans ce pays qui accorde une attention particulière au problème du jeu pathologique depuis maintenant près de vingt ans. De nombreuses études ont été réalisées sur la population adulte mais aussi sur les jeunes. Deux enquêtes nationales (1991, 1999) ont déjà été effectuées (Abbott et Volberg, 1996 et 2000 ; Abbott et coll., 2004a). Une étude de suivi de cohorte sur 7 ans, riche d'enseignements, a également été menée (Abbott et coll., 1999 et 2004b).

Australie

L'Australie a également une expérience importante en matière d'enquête en population générale. Outre de nombreuses enquêtes menées depuis le début des années 1990 dans différents États, deux enquêtes nationales ont été réalisées, en 1991-1992 et 1999 (*Australian Government Productivity Commission*, 1999). Si la première a fourni des résultats dont la portée était limitée par des problèmes méthodologiques, la seconde est sans doute une des meilleures enquêtes réalisées à ce jour sur un gros échantillon (N=10 600), une stratégie de collecte en deux étapes avec une première phase comportant un questionnement sommaire permettant de repérer les joueurs réguliers impliqués dans une seconde phase dans un « sur-échantillonage », des contrôles et une analyse approfondie. Une enquête complémentaire sur les « joueurs problématiques » recrutés par le dispositif d'aide a été réalisée à la même époque (*Australian Government Productivity Commission*, 1999).

Europe

Comparativement aux pays précédemment cités, on ne trouve en Europe que peu de travaux. Les principaux concernent les pays nordiques, le Royaume-Uni et la Suisse.

Une enquête nationale de grande ampleur (N=7 100) a été réalisée en Suède en 1998. L'étude des facteurs de risques a été très approfondie grâce à l'existence, dans ce pays, d'un registre de la population générale qui a permis d'enrichir les données de l'enquête avec les caractéristiques sociodémographiques disponibles dans ce registre (Rönnberg et coll., 1999 ; Volberg et coll., 2001).

En Norvège, deux enquêtes nationales auprès des adultes ont été faites en 1997 et 2002 (Jonsson, 2006) et une auprès des jeunes en 1999 (Johansson et Gotestam, 2003). Une enquête nationale sur l'addiction à Internet chez les jeunes a aussi été réalisée (Johansson et Gotestam, 2004a). Ceci a également été effectué en Finlande en 2001 (Kaltiala et coll., 2004).

Au Royaume-Uni, une enquête nationale en population générale (N=7 700) a été menée en 1998 (Orford et coll., 2003a) et 2006-2007 (Wardle et coll., 2007). Une enquête nationale auprès de jeunes âgés de 12-15 ans a été réalisée en 1997 (Fisher, 1999). Quelques études exploratoires sur le phénomène de l'addiction à Internet ou aux jeux vidéos, encore mal documenté au niveau mondial, sont également à signaler (Niemz et coll., 2005).

En Suisse, la question des jeux d'argent et de hasard fait l'objet d'expertises ou d'études depuis une dizaine d'années. Une enquête nationale a été réalisée en 1998 (Bondolfi et coll., 2000 ; Bondolfi et Osiek, 2001) et reconduite en 2005 (Bondolfi et coll., 2008).

En Italie et en Espagne existent également quelques enquêtes régionales (Becona, 1996 et 1997). En Italie, les questions du CPGI ont été introduites dans le dernier exercice (2007-2008) de l'enquête périodique menée en population générale sur les questions de consommation d'alcool ou de

drogues (IPSAD : *Italian Population Survey on Alcohol and Drugs*). Les résultats ne sont pas encore publiés.

Tableau 15.I : Principales enquêtes nationales de prévalence du jeu problématique ou pathologique en population générale menées depuis 1997

Référence Pays	Prévalence-vie		Prévalence-année passée		Année	Taille échantillon	Outil de repérage	Âges
	Jeu problém	Jeu pathol	Jeu problém	Jeu pathol				
IPSAD, à paraître Italie			1,9	0,3	2007	7 234	CPGI	-
Wardle et coll., 2007 Royaume-Uni			1,4	0,5	2007	9 003	CPGI*	16 et +
Wardle et coll., 2007 Royaume-Uni			0,6	0,3	2007	9 003	DSM*	16 et +
Bondolfi et coll., 2008 Suisse	2,2	1,1	0,8	0,5	2005	2 803	SOGS	18 et +
Cox et coll., 2005 Canada			1,5	0,5	2002	34 770	CPGI	15 et +
Jonsson, 2006 Norvège	0,7	0,3	0,4	0,2	2002	5 235	SOGS	-
Ladouceur et coll., 2004 Québec			0,9	0,8	2002	8 842	CPGI	18 et +
Welte et coll., 2001 États-Unis	7,5	4,0	3,6	1,9	2000	2 638	SOGS	18 et +
Australian Government Productivity Commission, 1999 Australie			2,8	2,1	1999	10 600	SOGS*	18 et +
Abbot et Volberg, 2000 Nouvelle-Zélande			0,8	0,5	1999	6 452	SOGS	18 et +
Orford et coll., 2003a Grande-Bretagne			1,2	0,8	1998	7 680	SOGS*	16 et +
Orford et coll., 2003a Grande-Bretagne			0,3	0,3	1998	7 680	DSM*	16 et +
Rönnberg et coll., 1999 Suède	2,7	1,2	1,4	0,6	1998	7 139	SOGS	15-74
Bondolfi et coll., 2000 Suisse	2,2	0,8	1,0	0,2	1998	2 526	SOGS	18 et +
Gerstein et coll., 1999 États-Unis	1,5	1,2	0,7	0,6	1998	2 417	DSM	18 et +
Jonsson, 2006 Norvège			0,5	0,2	1997	2 014	DSM	-

Seuils : Jeu problématique DSM=3-4, SOGS=3-4, CPGI=3-7 ; Jeu pathologique DSM=5 et +, SOGS=5 et +, CGPI=8 et +

* Certains auteurs redéfinissent leurs propres seuils de détermination du jeu problématique et pathologique. Dans ce cas, pour une meilleure comparabilité, les prévalences ont été recalculées en fonction des seuils standards présentés ci-dessus.

Principaux résultats sur les jeux d'argent et de hasard

Tous ces travaux s'attachent à établir et discuter un niveau de prévalence et à dégager les facteurs associés au jeu excessif. Lorsque ce type d'enquête a pu être reconduit dans le temps sur la même zone géographique, il est possible d'en dégager des tendances d'évolution.

Prévalences

Même si elles sont centrées sur la question du jeu problématique ou pathologique, les études épidémiologiques en population générale documentent les prévalences de la pratique du jeu d'argent et de hasard : prévalence-vie, dans l'année, au cours de la semaine… Les différences dans la part de la population générale pratiquant ce type d'activité sont importantes dans les différents pays ayant mené ce type d'étude. Ainsi, avoir joué de l'argent au moins une fois dans l'année concerne un peu moins d'une personne sur deux en Suède (47 %) mais plus de 8 personnes sur 10 aux États-Unis (82 %) ou en Nouvelle-Zélande (86 %) (Rönnberg et coll., 1999 ; Abbott et Volberg, 2000 ; Welte et coll., 2002).

En ce qui concerne le jeu problématique ou pathologique, toutes les études calculent les prévalences pour l'ensemble de la population (au dénominateur). Seules quelques-unes établissent également des prévalences relatives aux « joueurs ». Dans ce cas, le dénominateur pris en compte est le nombre de personnes ayant « joué » au moins une fois dans l'année. Ainsi, en Grande-Bretagne en 2007, la prévalence du jeu problématique au sens du DSMI-V est de 0,6 % en population générale, de 0,9 % chez les joueurs (personnes ayant joué au moins une fois dans l'année) et 14,7 % parmi les joueurs « intensifs » (jouant presque tous les jours) (Wardle et coll., 2007) (figure 15.1). Il existe donc une relation forte entre le niveau de la prévalence et la fréquence de la pratique du jeu dans la population concernée. Ce lien est retrouvé dans toutes les enquêtes qui l'étudient.

Le niveau de prévalence est largement dépendant de l'outil utilisé, le SOGS obtenant des prévalences très nettement supérieures à celles du DSM-IV sur le jeu pathologique, le CPGI donnant des prévalences intermédiaires. Ceci a pu être documenté par des enquêtes utilisant de façon simultanée plusieurs outils de repérage (tableau 15.I). Ce point est très largement discuté dans la littérature (Derevensky et Gupta, 2000 ; Welte et coll., 2001 ; Orford et coll., 2003b ; Ladouceur et coll., 2004).

Ceci ne facilite pas les comparaisons du niveau de prévalence du jeu problématique dans les différents pays ayant mené des enquêtes nationales à ce sujet. Néanmoins, il est possible de tenter cet exercice en prenant en compte les résultats obtenus avec le SOGS (le plus largement utilisé dans ce type d'enquête) et le CPGI. Ainsi on trouvera dans la figure 15.2 les prévalences pour les différents pays ayant mené des enquêtes nationales à la fin des années 1990 avec l'un de ces deux outils.

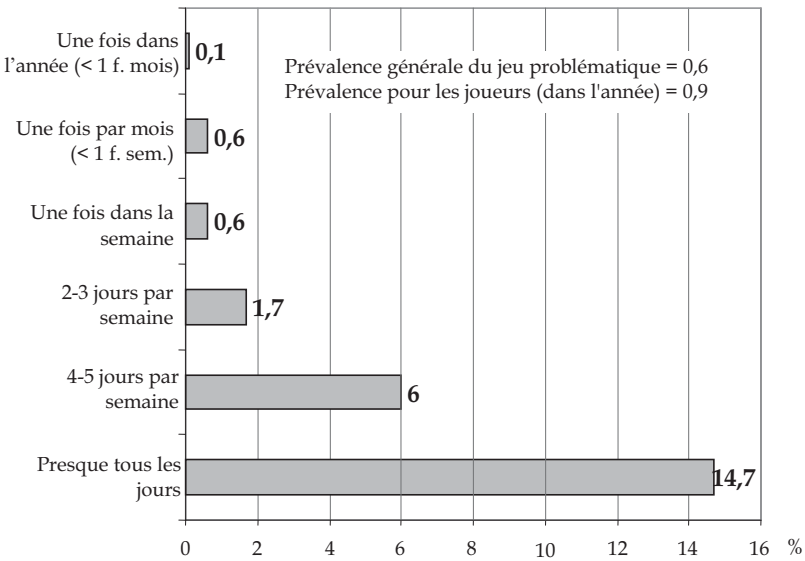


Figure 15.1 : Proportion de joueurs problématiques (DSMI-V) selon la fréquence de jeu chez les joueurs en Grande-Bretagne en 2007 (d'après Wardle et coll., 2007)

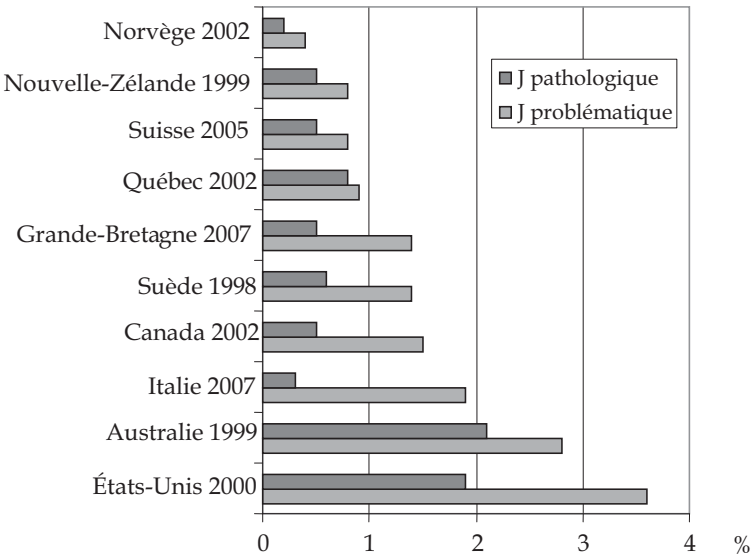


Figure 15.2 : Prévalence (année passée) du jeu pathologique selon les enquêtes nationales utilisant le SOGS ou le CPGI (1997-2007) (d'après Rönnberg et coll., 1999 ; *Australian Commission*, 1999 ; Abbot et Volberg, 2000 ; Welte et coll., 2001 ; Ladouceur et coll., 2004 ; Cox et coll., 2005 ; Jonsson, 2006 ; Wardle et coll., 2007 ; Bondolfi et coll., 2008)

Deux pays ressortent avec des prévalences relativement élevées (jeu problématique, y compris jeu pathologique, autour de 5 %) : les États-Unis et l'Australie. Il faut noter que dans le cas de l'Australie, les prévalences présentées dans le graphique ont été recalculées en fonction des critères et des seuils communément utilisés dans les autres pays car dans l'enquête australienne d'autres seuils ont été discutés et utilisés aboutissant à des prévalences inférieures.

Les prévalences relevées dans les quelques pays européens ayant réalisé de telles études, essentiellement au nord de l'Europe, sont nettement inférieures, se situant entre 1 et 2 %, niveaux comparables à ceux observés au Canada et en Nouvelle-Zélande. Les différences de niveau entre pays sont encore largement discutées. L'hypothèse la plus fréquemment développée est celle des différences d'accessibilité aux jeux de hasard et d'argent.

Une place particulière doit être faite au travail de recension (méta-analyse) réalisé par Shaffer et coll. à la fin des années 1990 (Shaffer et coll., 1997 et 1999 ; Shaffer et Hall, 2001). Il a ainsi recensé 160 études de prévalence en Amérique du Nord et il a pu, par une complexe pondération, estimer des prévalences moyennes pour les adultes et les adolescents (tableau 15.II). Ces estimations sont à prendre comme des ordres de grandeur valables pour cette zone géographique. La dispersion des résultats autour de ces valeurs moyennes est importante, notamment pour les adolescents.

Tableau 15.II : Prévalences moyennes issues de l'analyse de 160 études nord-américaines (d'après Shaffer et Hall, 2001)

	Adultes (%)	Adolescents (%)
Jeu problématique	2,54	14,6
Jeu pathologique	1,46	4,8

Une autre méta-analyse plus récente permet de compléter ce panorama avec des prévalences moyennes relativement proches de celles établies par Shaffer (Stucki et Rihs-Middel, 2007).

Croissance, stabilisation, diminution : des tendances contradictoires ?

Il est difficile de dégager des tendances évidentes de l'évolution de la prévalence du jeu problématique à partir d'une analyse chronologique des résultats obtenus par les enquêtes conduites au cours des vingt dernières années. Les pays, États, ou provinces ayant pu réitérer de telles enquêtes obtiennent des tendances contradictoires difficiles à confronter compte tenu des différences de cadre légal ou d'accessibilité du jeu.

Ainsi, on observe une augmentation du jeu problématique et pathologique aux États-Unis dans les années 1990. Sur la même période, en Nouvelle-Zélande, le phénomène reste stable. Les tendances internes aux États-Unis, au sein des États qui ont pu reproduire dans le temps de telles enquêtes, sont divergentes : baisse, stabilité ou augmentation sont relevées. Toujours aux États-Unis, le nombre important d'études locales disponibles rend possible une comparaison des niveaux relevés par les études les plus anciennes à celui des études les plus récentes. Cette comparaison indiquerait une certaine augmentation de la prévalence du jeu pathologique, le jeu problématique restant stable (Shaffer et Hall, 2001)). En Europe, pour les deux seuls pays ayant reconduit récemment des enquêtes sur ce sujet, Grande-Bretagne et Suisse, les tendances sont plutôt stables (Wardle et coll., 2007 ; Bondolfi et coll., 2008).

On constate, lors d'un élargissement de l'accessibilité aux jeux, une augmentation de la prévalence limitée dans le temps et revenant à plus long terme à son niveau antérieur, ce qui permet de faire l'hypothèse d'une certaine stabilité. Ceci n'est pas confirmé par la dernière enquête menée en 2007 en Grande-Bretagne qui montre une stabilité de la prévalence du jeu problématique ou pathologique depuis 1999 malgré un élargissement de l'offre, notamment l'émergence des jeux en ligne sur Internet (Wardle et coll., 2007).

Ces tendances très générales écrasent quelque peu des évolutions fines montrant que le phénomène du jeu problématique est en constante évolution. En effet, de nombreux travaux montrent que, quand on considère des sous-groupes de la population générale, les tendances peuvent être différentes. Ainsi, chez les femmes, la prévalence du jeu en général et du jeu problématique en particulier aurait pu augmenter avec l'élargissement de son offre. Les prévalences chez les jeunes pourraient être en augmentation. Enfin, au sein d'un même pays, les catégories sociales les plus concernées par le phénomène peuvent changer.

Facteurs associés au jeu problématique ou pathologique

Toutes les enquêtes épidémiologiques en population générale identifient le genre comme facteur associé au jeu problématique, les hommes étant les plus concernés. Toutefois, ceci est pour certains auteurs plus à mettre en rapport avec une plus forte prévalence globale du jeu de hasard et d'argent chez les hommes et dépend aussi du type de jeu. De plus, ces différences selon le genre auraient tendance à s'estomper.

L'âge est également un facteur associé fréquemment rencontré dans les enquêtes de prévalence. Les jeunes (adolescents et jeunes adultes) ont des prévalences de jeu problématique et pathologique plus élevées que les adultes. Ceci peut être mis en rapport avec un phénomène plus global de la fréquence des comportements à risque à ces âges.

Les antécédents familiaux (joueurs dont les parents ont rencontré des problèmes de jeu) sont aussi un facteur associé fréquemment retrouvé dans les enquêtes.

La précocité aux jeux d'argent et de hasard est également relevée comme un facteur de risque du jeu pathologique dans certaines enquêtes.

Il semble que certains types de jeux soient plus « problématiques » que d'autres, mais ceci est en fait mal documenté car les protocoles d'études ne sont pas conçus pour répondre à cette question. En effet, les tests de repérage sont posés globalement, une seule fois par individu, et non pas par type de jeu. Néanmoins, il s'avère que la proportion de joueurs problématiques est plus élevée parmi les joueurs s'adonnant à certaines catégories de jeux tels que les machines à sous, certains jeux de table en casino, les loteries électroniques (Québec, Australie). Une très solide étude néerlandaise comprenant une enquête de prévalence et un suivi de cohorte de deux ans pour estimer l'incidence renverse un a priori sur le potentiel addictif fort des loteries par cartes à gratter : 2,7 % des pratiquants de ce type de jeu sont classés « potentiellement problématiques » et 0,24 % « joueurs pathologiques » ; en 2 ans, 6,7 % des « potentiellement problématiques » deviennent « joueurs pathologiques » (Defuentes-Merillas et coll., 2003 et 2004).

Un lien entre niveau de revenus et jeu problématique semble également établi : les individus ayant les plus faibles ressources étant ceux pour lesquels les prévalences sont les plus élevées. Néanmoins, ceci n'est pas vérifié dans toutes les enquêtes, sans doute parce que les catégories utilisées en ce domaine écrasent des phénomènes sociaux plus complexes.

Les personnes socialement en difficulté sur le plan familial, scolaire, professionnel ou judiciaire ont une prévalence de jeu problématique plus élevée.

Plusieurs enquêtes mettent en évidence des prévalences de jeu problématique plus élevées pour certains groupes ethniques : « *Native Americans* » aux États-Unis, Maoris en Nouvelle-Zélande… Les interprétations sont cependant rendues compliquées par l'interdépendance des variables « ethnicité », « ressources », « difficultés sociales ».

La confrontation des différentes données sociales disponibles sur la question des facteurs associés au jeu problématique ne dégage pas de facteur aussi fortement associé au jeu pathologique, invariant selon les différentes cultures ou organisations sociales des pays ayant mené de telles enquêtes, que le sexe et l'âge (jeunes adultes de sexe masculin). Assez globalement, si les facteurs sociaux jouent un rôle, ceci ne doit pas faire oublier que le jeu pathologique se rencontre dans tous les milieux sociaux.

Le lien entre la disponibilité de jeu et la prévalence du jeu problématique est complexe. Il fait l'objet d'interprétations qui peuvent sembler contradictoires. Certaines analyses tendent à montrer que les pays (ou les provinces) ayant une moindre accessibilité ont également une prévalence du jeu problématique

ou pathologique inférieure. Mais certains travaux d'approche plus « dynamique » (analyse de tendances) émettent l'hypothèse que l'effet d'augmentation de la prévalence en lien avec une plus grande accessibilité serait « temporaire », le temps du changement (Jacques et coll., 2000 ; Shaffer et Hall, 2001 ; Welte et coll., 2002 ; Abbott et coll., 2004b ; Cox et coll., 2005).

Quand les enquêtes prennent en compte cette question, elles montrent l'existence d'un lien fort entre jeu pathologique, autres problèmes addictifs et troubles psychiatriques (anxiété, troubles de la personnalité ou de l'humeur...).

La grande enquête épidémiologique sur l'alcool et la santé mentale réalisée aux États-Unis en 2001-2002 (échantillon national de plus de 43 000 individus âgés de plus de 18 ans) montre que les joueurs pathologiques rencontrent dans une très grande proportion d'autres problèmes addictifs que ce soit avec le tabac, l'alcool ou, dans une moindre mesure, les drogues illicites, et aussi des troubles psychiatriques (Petry et coll., 2005) (tableau 15.III). Dans l'autre sens, le lien est aussi avéré. Néanmoins, si les personnes présentant des problèmes addictifs avec les substances psychoactives et/ou des troubles psychiatriques ont un risque accru d'être aussi des « joueurs pathologiques » (les *odds ratios* étant nettement significatifs), la proportion de cette comorbidité pour cette population est faible en raison du fait qu'elle est rare : la prévalence du « jeu pathologique » est, dans cette étude (critères DSM-IV), de 0,42 % parmi l'ensemble de la population (tableau 15.III).

Tableau 15.III : Comorbidités psychiatriques et problèmes associés liés à la consommation de substances psychoactives chez les joueurs pathologiques (d'après Petry et coll., 2005)

Trouble comorbide	Prévalence du trouble comorbide chez les répondants joueurs pathologiques (%)	Prévalence du jeu pathologique parmi les répondants ayant un trouble comorbide (%)
Alcool	73,22	1,03
Tabac	60,37	1,45
Drogue	38,10	1,56
Troubles de la personnalité	60,82	1,74
Troubles de l'humeur	49,62	1,08
Troubles anxieux	41,30	1,02

Quelques données sur la prévalence de « l'addiction » aux jeux vidéos et à Internet

Les études épidémiologiques dans le domaine des jeux vidéo et de l'usage d'Internet sont beaucoup moins avancées que celles des jeux de hasard et

d'argent. D'une part, cette épidémiologie est beaucoup plus récente, à l'image du développement de ces nouvelles formes d'activités, d'autre part, les concepts permettant d'aborder la question des conduites addictives ou problématiques dans ce champ ne sont pas encore stabilisés (Young, 1998 ; Griffiths, 2005 ; Niemz et coll., 2005).

Quelques enquêtes nationales sur un échantillon représentatif de la population générale, ou de jeunes, ont abordé ces questions. L'absence de concepts partagés et d'outils communs de repérage du « problème » mesuré rend impossible une comparaison des résultats de ces enquêtes. Néanmoins, ceux-ci nous donnent une première indication sur l'importance du phénomène.

En Norvège, une enquête a été réalisée en 1999 auprès d'un échantillon représentatif de plus de 3 200 jeunes de 12-18 ans. Elle portait à la fois sur la pratique des jeux vidéo et sur l'usage d'Internet. La prévalence « d'addiction à Internet » mesurée avec le « *Young's Diagnostic Questionnaire* » est 2,0 % pour l'ensemble de la population et de 4,0 % pour le sous-ensemble des utilisateurs fréquents d'Internet (au moins une fois par semaine). La prévalence parmi l'ensemble des jeunes enquêtés de « l'usage à risque » d'Internet mesurée avec le même outil est de 8,7 % (Johansson et Gotestam, 2004a). La même enquête comportait également un volet sur la question des pratiques de jeux vidéo, avec le même outil de repérage adapté à cette problématique. La prévalence de « joueurs pathologiques » est de 2,7 % dans l'ensemble de la population et de 4,2 % pour les joueurs jouant au moins une fois par semaine. Celle du « jeu à risque » est respectivement pour les deux populations : 9,8 % et 15,5 % (Johansson et Gotestam, 2004b).

En Finlande, une enquête sur la même population (échantillon représentatif de 7 300 jeunes âgés de 12-18 ans) donne des résultats assez proche en matière d'addiction à l'Internet : 1,4 % pour les filles et 1,7 % pour les garçons à partir d'une adaptation des critères du DSM pour le jeu de hasard et d'argent pathologique (Kaltiala et coll., 2004).

À Taïwan, une étude sur 753 lycéens utilisant Internet donne une proportion de 11,7 % de « dépendants à Internet ». Cette prévalence est élevée mais il faut prendre en compte que la population étudiée est sélective, les jeunes utilisateurs d'Internet, et que l'outil de repérage est propre à cette étude (Lin et Tsai, 2002).

Aux États-Unis, une enquête nationale en population générale adulte a été conduite en 2004 sur la l'utilisation d'Internet (échantillon de 2 500 individus âgés de 18 ans ou plus) ; 69 % de la population adulte américaine utilise régulièrement Internet. Les critères d'usage problématique d'Internet sont dans cette étude une adaptation des troubles du contrôle de l'impulsion du DSM. Quatre « marqueurs d'usage problématique » ont été définis. De 3,7 % à 13,7 % de la population répond à au moins un des marqueurs. En combinant ces marqueurs, l'étude estime la prévalence de l'usage problématique

d'Internet dans l'ensemble de la population adulte américaine à 0,7 % (Aboujaoude et coll., 2006).

En conclusion, plus de 200 enquêtes de prévalence ont été menées dans le monde sur la question du jeu de hasard et d'argent. Elles distinguent en général le jeu « pathologique » du jeu « problématique ou excessif ». Différents outils de repérage sont utilisés. Le SOGS est de loin le plus fréquemment utilisé. S'il n'est pas le meilleur, il a le mérite de rendre les estimations produites comparables.

Malgré une grande disparité de niveau selon les pays, la prévalence du jeu « pathologique » en population générale semble s'établir dans une majorité d'entre eux autour de 0,5 à 1 % auquel on peut ajouter une prévalence de 1 à 2 % de joueurs « problématiques ».

Ces études font ressortir des facteurs associés à ces comportements qui sont globalement identiques à ceux déjà documentés pour les autres comportements addictifs. Il y a un lien fort entre jeu pathologique, consommation de produits psychoactifs et présence de troubles psychiatriques.

La France est presque un des seuls grands pays développés à ne pas s'être doté de ce type d'enquête pour prendre la mesure du problème sur son territoire. Si elle prenait l'initiative de combler cette lacune, cette étude pourrait s'appuyer sur le corpus d'expériences accumulé dans les autres pays. Il serait ainsi pertinent d'inscrire une telle démarche dans une approche abordant plus globalement les addictions et la santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT MW, VOLBERG RA. The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *J Gambl Stud* 1996, **12** : 143-160

ABBOTT MW, WILLIAMS M, VOLBERG RA. Seven years on: A follow-up study of frequent and problem gamblers living in the community. Report number two of the New Zealand Gaming Survey. Wellington, Department of Internal Affairs. 1999, 138p

ABBOTT MW, VOLBERG RA. Taking the pulse on gambling and problem gambling in New Zealand: A report on phase one of the 1999 National Prevalence Survey. Report number three of the New Zealand Gaming Survey. Wellington, Department of Internal Affairs, 2000, 286 p

ABBOTT MW, VOLBERG RA, RONNBERG S. Comparing the New Zealand and Swedish national surveys of gambling and problem gambling. *J Gambl Stud* 2004a, **20** : 237-258

ABBOTT MW, WILLIAMS MM, VOLBERG RA. A prospective study of problem and regular nonproblem gamblers living in the community. *Subst Use Misuse* 2004b, **39** : 855-884

ABOUJAOUDE E, KORAN LM, GAMEL N, LARGE MD, SERPE RT. Potential markers for problematic Internet use: A telephone survey of 2,513 adults. *CNS Spectr* 2006, **11** : 750-755

AUSTRALIAN GOVERNMENT PRODUCTIVITY COMMISSION. Australia's Gambling Industries. Report No. 10. Canberra AusInfo, 1999

BECONA E. Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland and Spain. *J Gambl Stud* 1996, **12** : 179-192

BECONA E. Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychol Rep* 1997, **81** : 275-287

BLANCO C, HASIN DS, PETRY N, STINSON FS, GRANT BF. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2006, **36** : 943-953

BLINN-PIKE L, WORTHY SL, JONKMAN JN. Disordered gambling among college students: A meta-analytic synthesis. *J Gambl Stud* 2007, **23** : 175-183

BONDOLFI G, OSIEK C. Le jeu pathologique en Suisse : quelques données épidémiologiques. *Dépendances* 2001, 4-8

BONDOLFI G, OSIEK C, FERRERO F. Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand* 2000, **101** : 473-475

BONDOLFI G, JERMANN F, FERRERO F, ZULLINO D, OSIEK C. Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008, **117** : 236-239

CHEVALIER S, HAMEL D, LADOUCEUR R, JACQUES C, ALLARD D, et coll. Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002. Institut National de Santé Publique du Québec, Université de Laval, 2004, 99p

COX BJ, YU N, AFIFI TO, LADOUCEUR R. A national survey of gambling problems in Canada. *Can J Psychiatry* 2005, **50** : 213-217

CUNNINGHAM-WILLIAMS RM, COTTLER LB. The epidemiology of pathological gambling. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001, **6** : 155-166

DEFUENTES-MERILLAS L, KOETER MW, BETHLEHEM J, SCHIPPERS GM, VANDENBRINK W. Are scratchcards addictive? The prevalence of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard buyers in the Netherlands. *Addiction* 2003, **98** : 725-731

DEFUENTES-MERILLAS L, KOETER MW, SCHIPPERS GM, VAN DEN BRINK W. Temporal stability of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard buyers two years later. *Addiction* 2004, **99** : 117-127

DEREVENSKY JL, GUPTA R. Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 227-251

FERRIS J, WYNNE H. Centre Canadien de Lutte Contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies. L'indice canadien du jeu excessif. 2001, 72p

FISHER S. A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents. *Addict Res* 1999, **7** : 509-538

GERSTEIN D, MURPHY S, TOCE M, HOFFMANN J, PALMER A, et coll. National Opinion Research Center. Gambling impact and behavior study: report to the National Gambling Impact Study Commission. 1999, 89p

GRIFFITHS M. Relationship between gambling and video-game playing: a response to Johansson and Gotestam. *Psychol Rep* 2005, **96** : 644-646

JACQUES C, LADOUCEUR R, FERLAND F. Impact of availability on gaming: A longitudinal study. *Can J Psychiatry* 2000, **45** : 810-815

JOHANSSON A, GOTESTAM KG. Gambling and problematic gambling with money among Norwegian youth (12-18 years). *Nord J Psychiatry* 2003, **57** : 317-321

JOHANSSON A, GOTESTAM KG. Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scand J Psychol* 2004a, **45** : 223-229

JOHANSSON A, GOTESTAM KG. Problems with computer games without monetary reward: similarity to pathological gambling. *Psychol Rep* 2004b, **95** : 641-650

JONSSON J. An overview of prevalence surveys of problem and pathological gambling in the Nordic countries. *J Gambling Issues* 2006, **18** : 31-38

KALTIALA-HEINO R, LINTONEN T, RIMPELA A. Internet addiction? Potentially problematic use of the Internet in a population of 12-18 year-old adolescents. *Addict Res Theory* 2004, **12** : 89-96

LADOUCEUR R, JACQUES C, FERLAND F, GIROUX I. Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later. *Can J Psychiatry* 1999, **44** : 802-804

LADOUCEUR R, JACQUES C, CHEVALIER S, SEVIGNY S, HAMEL D, et coll. Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002. Québec: Université de Laval, Institut National de Santé Publique, 2004

LADOUCEUR R, JACQUES C, CHEVALIER S, SEVIGNY S, HAMEL D. Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Can J Psychiatry* 2005, **50** : 451-456

LESIEUR HR, BLUME SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987, **144** : 1184-1188

LESIEUR HR, BLUME SB. Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *J Gambl Stud* 1993, **9** : 213-221

LIN S, TSAI C. Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior* 2002, **18** : 411-426

MORASCO BJ, PIETRZAK RH, BLANCO C, GRANT BF, HASIN D, et coll. Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med* 2006, **68** : 976-984

NIEMZ K, GRIFFITHS M, BANYARD P. Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychol Behav* 2005, **8** : 562-570

ORFORD J, SPROSTON K, ERENS B, WHITE C, MITCHELL L. Gambling and problem gambling in Britain. New York, Brunner-Routledge, 2003a, 306p

ORFORD J, SPROSTON K, ERENS B. SOGS and DSM-IV in the British gambling prevalence survey: reliability and factor structure. *Int Gambling Stud* 2003b, **3** : 53-65

PETRY NM, STINSON FS, GRANT BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005, **66** : 564-574

RÖNNBERG S, VOLBERG RA, MOORE WL, ANDRÉN A, MUNCK I, et coll. Gambling and problem gambling in Sweden. Report No. 2 of the National Institute of Public Health Series on Gambling. Stockholm: National Institute of Public Health, 1999, 88 p

SHAFFER HJ, HALL MN. Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. *Can J Public Health* 2001, **92** : 168-172

SHAFFER HJ, HALL MN, VANDER BILT J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis. Harvard Medical School, 1997, 121p

SHAFFER HJ, HALL MN, VANDER BILT J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 1999, **89** : 1369-1376

STUCKI S, RIHS-MIDDEL M. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: an update. *J Gambl Stud* 2007, **23** : 245-257

VOLBERG RA. The epidemiology of pathological gambling. *Psychiatr Ann* 2002, **32** : 171-178

VOLBERG RA, ABBOTT MW, RONNBERG S, MUNCK IME. Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 2001, **104** : 250-256

WARDLE H, SPROSTON K, ORFORD J, ERENS B, GRIFFITHS M, et coll. British gambling prevalence survey 2007. National Centre for Social Research. 2007 : 306p

WELTE J, BARNES G, WIECZOREK W, TIDWELL MC, PARKER J. Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *J Stud Alcohol* 2001, **62** : 706-712

WELTE JW, BARNES GM, WIECZOREK WF, TIDWELL MC, PARKER J. Gambling participation in the U.S. - results from a national survey. *J Gambl Stud* 2002, **18** : 313-337

WINTERS KC, STINCHFIELD RD, BOTZET A, ANDERSON N. A prospective study of youth gambling behaviors. *Psychol Addict Behav* 2002, **16** : 3-9

YOUNG KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychol Behav* 1998, **1** : 237-244

16

Trajectoires et facteurs de risques

L'identification des différents facteurs de risque et de vulnérabilité pour le jeu pathologique, de même qu'une meilleure connaissance des trajectoires des joueurs qui à un moment donné s'engagent dans des pratiques de jeu pathologique et à risque, représentent des objectifs essentiels pour construire des actions de prévention adaptées, faciliter l'accès aux soins de ceux qui le justifient, et également poser les indications thérapeutiques les plus pertinentes.

Considérations générales au vu de la littérature internationale

Les difficultés rencontrées pour l'analyse de la littérature ont principalement concerné :

• le caractère imprécis et très sélectif des définitions retenues, comme des types de populations étudiées, ou encore des types de jeux de hasard et d'argent pratiqués (voir à ce sujet les remarques déjà formulées dans le chapitre consacré aux outils de dépistage et de diagnostic) ;

• le caractère souvent très global de l'approche de la problématique, ne facilitant pas la mise à jour de facteurs spécifiques ;

• le fait que les études se regroupent selon deux grands types radicalement différents ; avec d'un côté des études transversales recherchant des facteurs de risque et de vulnérabilité en population générale, au niveau de grands échantillons le plus souvent recrutés par téléphone (elles sont le plus souvent centrées sur les conduites de jeu elles-mêmes, de façon exclusive, bien que certaines, beaucoup plus rares, recherchent des caractéristiques communes aux différentes conduites addictives, et alors souvent également délinquantes) ; et de l'autre côté des études rétrospectives menées auprès de populations cliniques de joueurs consultant des structures de soins spécialisés.

Facteurs de risque et de vulnérabilité

Nous envisagerons successivement les facteurs liés à l'objet d'addiction lui-même, c'est-à-dire les facteurs qu'on peut qualifier de structurels, les facteurs

liés à l'environnement et au contexte, c'est-à-dire les facteurs situationnels ; et enfin les facteurs liés au sujet lui-même, c'est-à-dire les facteurs individuels, dans leurs différentes dimensions.

Facteurs liés à l'objet d'addiction

Parmi beaucoup de facteurs possibles on retient, au vu des données de la littérature, l'impact possible des différents types de jeu, d'un gros gain initial, du support ou médiateur (par exemple Internet) de la pratique du jeu, et enfin de l'offre et de la disponibilité des jeux.

Types de jeux

Il est manifeste que le type de jeu est un élément de plus en plus souligné dans les différentes études comme devant être pris en compte avec, comme paramètres susceptibles d'intervenir au niveau d'un risque de dérive addictive, le délai entre la mise et le gain attendu, ainsi que la fréquence possible de répétition du jeu (Breen et Zuckerman, 1999 ; Breen et Zimmerman, 2002) ; en pratique, plus ce délai est réduit et plus cette fréquence est élevée, plus le risque serait grand. Un tel constat mérite certainement confirmation à travers des études bien menées.

Gain initial

L'impact d'un gros gain initial (ce que les anglo-saxons appellent le *Big Win*) est un des facteurs classiques d'installation du jeu excessif retrouvé dans les études portant sur des joueurs pathologiques consultant (Delfabbro et Thrupp, 2003).

Support ou médiateur de la pratique du jeu

Concernant l'impact spécifique du support ou médiateur de la pratique du jeu, c'est surtout le problème du développement des jeux de hasard et d'argent sur Internet qui est actuellement posé. Il s'agit d'un phénomène en pleine expansion au niveau mondial, qui interroge quant à un risque addictif particulier. Les trop rares études à ce sujet, et notamment celle de Griffiths (2003), mettent en avant les notions d'anonymat, d'accessibilité, de désinhibition et de confort, susceptibles de favoriser des pratiques d'abus et de dépendance. L'absence de référence à une pratique mesurée et responsable du jeu, dans la très grande majorité des sites concernés, doit être soulignée (Smeaton et Griffiths, 2004). Une étude récente de Petry (2006) met en évidence que plus de 50 % des joueurs réguliers aux jeux de hasard et d'argent sur Internet (recrutés en salle d'attente de cliniques publiques) ont rencontré les critères du jeu pathologique (au moins une fois dans leur vie d'après le SOGS). La prévalence vie entière du jeu pathologique dans cette population est de 8 %. Cette étude relève également une association entre la pratique des jeux de hasard et d'argent sur Internet et la précarité de la santé physique et mentale des joueurs.

Offre et disponibilité des jeux

L'impact de l'offre et de la disponibilité des jeux en termes de facteur de risque fait discussion, comme dans d'autres registres addictifs. Ainsi, une étude de Welte et coll. (2004a) montre que la disponibilité des jeux semble augmenter le nombre de joueurs excessifs, alors qu'une étude de Jacques et Ladouceur (2006), à propos de l'ouverture d'un casino dans une petite ville du Québec, ne révèle pas d'augmentation de la prévalence des joueurs à risque et pathologiques lors d'un suivi sur 5 ans avec une évaluation intermédiaire.

Facteurs liés à l'environnement et au contexte

Nous envisagerons ici successivement l'impact de facteurs transculturels et religieux et de facteurs socioéconomiques et socioéducatifs, en mesurant bien à quel point ceux-ci peuvent dans bien des cas être étroitement associés, justifiant de privilégier dans ce domaine l'abord le plus global et le moins réducteur possible.

Facteurs transculturels et religieux

Au titre des facteurs transculturels et religieux, certaines études rapportent la prévalence supérieure des conduites de jeu en général et des conduites de jeu pathologique, dans certains groupes indigènes et minorités ethniques (Raylu et Oei, 2004 ; Welte et coll., 2004b), alors que d'autres avancent une corrélation négative entre l'importance des conduites de jeu et la fréquence de la pratique religieuse (Lam, 2006) ou encore mentionnent l'influence possible des interdits posés par certaines religions (Welte et coll., 2004c).

Facteurs socioéconomiques et socioéducatifs

La notion de support social réduit et de bas niveau de ressources-emploi s'avère dans plusieurs études corrélée avec la prévalence du jeu pathologique et du jeu à risque avec les jeux de hasard et d'argent (Trevorrow et Moore, 1998 ; Hardoon et coll., 2004 ; Welte et coll., 2004b).

Plusieurs études s'intéressent à la position et à l'investissement des parents, en termes de facteur de risque ou de protection vis-à-vis des conduites de jeu pathologique (Moore et Ohtsuka, 2000 ; Delfabbro et Thrupp, 2003 ; Felsher et coll., 2003 ; Vachon et coll., 2004) chez les adolescents avec les jeux de hasard et d'argent. Elles mettent en avant que :

- la place et l'acceptation (voire l'incitation) aux jeux de hasard et d'argent par les parents ont un impact sur la fréquence des conduites de jeu et des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent chez les adolescents, même si cela paraît plus complexe pour les filles (Wickwire et coll., 2007) ;
- l'encadrement et le suivi des adolescents ont un effet protecteur ;
- l'autorité bienveillante est la position la plus protectrice par rapport à un climat familial plutôt laxiste, ou au contraire marqué par l'autoritarisme.

Facteurs liés au sujet

Nous envisagerons successivement au niveau de ces facteurs individuels, les facteurs liés au genre et à l'âge, les antécédents personnels et familiaux, et enfin de possibles facteurs psychologiques et développementaux.

Facteurs liés au genre et à l'âge

Un nombre conséquent d'études souligne la prédominance masculine du jeu pathologique (multipliée par deux classiquement, mais certaines données récentes tendent à montrer que l'évolution de l'offre de jeu pourrait réduire cet écart). Des spécificités plus qualitatives sont également retrouvées avec un début de la pratique de jeu plus tardif chez les femmes, des types de jeu partiellement différents (avec la rareté des paris sportifs pour les femmes), et enfin des comorbidités différentes (plus souvent addictives pour les hommes et anxiodépressives pour les femmes) (Ladd et Petry, 2002 ; Ibanez et coll., 2003 ; Tavares et coll., 2003 ; Blanco et coll., 2006 ; Potenza et coll., 2006).

Dans la majorité des cas, l'initiation aux jeux de hasard et d'argent s'est faite dans la période de l'adolescence, dans les études portant sur des joueurs pathologiques consultant des structures de soins spécialisés. La précocité du contact avec les jeux de hasard et d'argent semble dans ces études un facteur de gravité, à l'image de ce qui prévaut dans les addictions à des substances psychoactives (Burge et coll., 2004).

Les personnes âgées constituent une population à risque pour les loteries et les machines à sous (impact de l'isolement et de l'inactivité) (McNeilly et Burke, 2000 ; Vander Bilt et coll., 2004).

Antécédents familiaux

Pour ce qui est des antécédents familiaux, ils apparaissent dans la littérature plus importants chez les joueurs pathologiques pour :
- le jeu pathologique, avec la notion d'agrégation familiale (Vachon et coll., 2004) ;
- les conduites addictives, étudiées principalement vis-à-vis de l'alcool et des autres substances psychoactives ;
- la personnalité antisociale ;
- à un moindre degré, les autres troubles mentaux (Black et coll., 2006).

Antécédents personnels

Des antécédents de maltraitance dans l'enfance ont été retrouvés associés à des conduites de jeu pathologique (jeux de hasard et d'argent) plus précoces et plus sévères dans une étude de Petry et Steinberg (2005). Deux études ont cherché des corrélations entre la présence de trouble des conduites et de conduites addictives à l'adolescence et le développement de conduites excessives de jeu un peu plus tard. Celles-ci apparaissent significatives mais faiblement (Vitaro et coll., 2001 ; Barnes et coll., 2005). Des troubles ou des

dimensions particulières de la personnalité, à type d'impulsivité, de recherche de sensations ou encore de personnalité antisociale, représentent, au vu de la littérature, des facteurs de vulnérabilité pour le jeu pathologique.

De la même manière, des comorbidités psychiatriques constituent un facteur de risque indiscutable pour l'initiation de la conduite de jeu quand elles sont préexistantes, et pour son aggravation dans tous les cas. Elles pourraient dans le même temps éventuellement contribuer à un recours plus facile aux soins (sur ces deux derniers points, voir le chapitre spécifique qui leur est consacré).

Quelques études, et notamment celle de Neighbors et Larimer (2004), ont cherché à aborder cette question des facteurs de vulnérabilité d'un point de vue psychogénétique et référé aux particularités de l'économie psychique de jeunes dans un groupe de plusieurs centaines d'étudiants. Ces auteurs montrent dans ce travail original que les capacités d'autodétermination de ces jeunes sont négativement corrélées avec la fréquence des problèmes de jeu. On peut en rapprocher les notions psychanalytiques classiques selon lesquelles le recours au comportement et aux sensations peut être une tentative de gérer des ressentis divers et notamment pénibles du fait du peu d'accès à des ressources psychiques internes (Jeammet, 2005).

Bilan sur les facteurs de risque et de vulnérabilité

Il est intéressant de mentionner le travail de Clarke (2005), lequel passe en revue les facteurs de risque et de protection qui pourraient être communs à l'ensemble des addictions et propose une liste de ces facteurs qui est une version adaptée d'une publication de Sussman et Ames (2001) (tableau 16.I).

D'après l'analyse de la littérature concernant les différents facteurs de risque et de vulnérabilité concernant le jeu pathologique, il apparaît en effet que ceux-ci sont du même ordre que ceux retrouvés à propos de l'ensemble des conduites addictives et en particulier les addictions à des substances psychoactives. Le sujet le plus à risque de s'engager dans des conduites de jeu pathologique aurait ainsi le profil d'un homme jeune sans emploi et à faibles revenus, célibataire et peu intégré socio-culturellement.

Plusieurs études se sont d'ailleurs spécifiquement intéressées à l'association de conduites de jeu pathologique à d'autres conduites addictives, en particulier vis-à-vis de l'alcool, ainsi qu'à des conduites impulsives et délinquantes, surtout chez des hommes jeunes (Vitaro et coll., 2001 ; Labrie et coll., 2003 ; Barnes et coll., 2005). Elles intègrent des questions très actuelles concernant la précession possible de différents troubles addictifs et des conduites d'excès par des troubles précoces du comportement et attentionnels (Biederman et coll., 1990 ; Mannuzza et coll., 2002).

On peut mesurer au vu de ces rapprochements que pour le jeu pathologique comme pour la plupart des autres conduites addictives, c'est la combinaison

en proportions variables de différents facteurs de risque et de vulnérabilité qui vient spécifier au cas par cas le profil de chaque situation et parcours.

Tableau 16.I : Facteurs de risque et facteurs de protection contribuant à l'initiation et au maintien de la prise de substances (d'après Sussman et Ames, 2001)

Facteurs de risque	Facteurs de protection
Environnementaux	**Environnementaux**
Disponibilité et accessibilité des substances	Indisponibilité des substances
Publicité, représentation favorable des médias	Cohésion de voisinage, stabilité
Politique sociale permissive	Application de la législation
Culturels	**Culturels**
Statut de groupe minoritaire	Statut de groupe majoritaire
Normes qui favorisent la prise de substances	Normes qui limitent la prise de substances
Pressions d'acculturation	Adaptation et coopération culturelles
Sociodémographiques	**Sociodémographiques**
Sexe masculin	Sexe féminin
Adolescent ou jeune adulte	Adulte (> 30 ans)
Jeune âge au moment de l'initiation	Âge tardif au moment de l'initiation
Pauvreté, chômage, logement défavorisé	Statut économique élevé, emploi
Séparation de famille	Familles intactes, mariage
Sociaux	**Sociaux**
Environnement familial conflictuel et chaotique	Environnement familial stable, rituels familiaux
Absence d'autorité parentale, abus d'enfant	Autorité parentale, contrôle
Familles désengagées et en conflit	Cohésion familiale, vie de famille
Influence négative de pairs	Amis conventionnels
Proches prenant des substances	Modèles d'abstinence
Activités sociales et de loisir avec substances	Activités sociales et de loisir sans substances
Personnels	**Personnels**
Prédisposition génétique à l'impulsivité et affectivité négative	Prédisposition génétique à une stabilité émotionnelle et affectivité positive
Manque d'attachement aux parents/entourage	Attachement aux parents/entourage
Manque de sociabilité et faible capacité à faire face	Sociabilité
Trouble des conduites précoce durant l'enfance	Niveau d'intelligence élevé
Échec scolaire	Niveau de réussite scolaire élevé
Susceptibilité vis-à-vis des pairs	Confiance en soi, conscience morale
Manque de contrôle de soi	Contrôle de soi, auto-efficacité
Comportements antisociaux	Exigences morales élevées
Recherche de nouveauté	Préférences pour des activités saines
Non conscience des associations mnésiques	Organisation raisonnable et prévoyance
Attrait pour la publicité sur les substances	Conscience des signaux conduisant à la recherche de substances

Beaucoup d'auteurs ont souligné ces dernières années l'intérêt de pouvoir identifier des sous-groupes au sein de la population des joueurs pathologiques, caractérisés aussi bien par certaines particularités cliniques que par un

certain nombre de facteurs plus ou moins spécifiques, psychobiologiques et génétiques.

C'est le cas par exemple du modèle à trois niveaux qu'Alex Blaszczynski a proposé en 2000, qui distingue trois sous-groupes de joueurs pathologiques :
• des joueurs pathologiques « normaux », c'est-à-dire sans psychopathologie prémorbide, avec des comorbidités dépressives, avant tout conséquences de la conduite de jeu. Ceux-ci, motivés et adhérant aux soins, justifieraient seulement d'un traitement léger ;
• des joueurs pathologiques « vulnérables », chez qui sont retrouvés des facteurs de vulnérabilité psychologique, avec la notion d'événements de vie traumatiques (perte et deuil notamment), d'une psychopathologie prémorbide, et parfois d'éléments de personnalité *borderline*, ainsi que d'antécédents de problèmes de jeu dans la famille. Les pratiques de jeu pourraient, dans ce sous-groupe, servir à moduler certains états affectifs, justifiant un traitement plus poussé et une exigence d'abstinence totale ;
• enfin, des joueurs pathologiques chez qui prédomine la dimension impulsive, laquelle se décline dans d'autres comportements que le jeu. On retrouverait dans ce sous-groupe des antécédents de troubles du contrôle des impulsions et troubles déficit de l'attention/hyperactivité, des éléments de personnalité antisociale, des antécédents familiaux dans le même spectre, avec très probablement des facteurs de vulnérabilité neurobiologique et génétique. Du fait d'une faible motivation pour les soins, ces joueurs pathologiques doivent pouvoir bénéficier de programmes de traitement spécifiques.

Trajectoires

Il existe peu d'études consacrées aux trajectoires et la plupart ne permettent pas de préciser la chronologie exacte de l'histoire des pratiques plus ou moins contrôlées de jeu de hasard et d'argent. Ceci souligne le manque d'études de cohortes prolongées et également l'insuffisance de documentation des guérisons « spontanées » par arrêt ou reprise d'une pratique contrôlée (qui n'est pas propre aux conduites de jeu pathologique mais régulièrement soulignée également à propos des addictions à des substances psychoactives).

Pour mémoire, il faut rappeler la trajectoire classique en trois phases du joueur pathologique décrite par Custer en 1984, avec :
• une première phase de gain, plutôt euphorique, souvent qualifiée de « lune de miel », comme dans les toxicomanies ; elle peut être associée à un gros gain plus ou moins déclencheur, qui est cependant loin d'être constamment retrouvé ;
• une deuxième phase de perte, d'autant plus mal vécue au niveau narcissique que le joueur avait construit lors de la phase précédente la conviction de sa capacité à contrôler en partie les lois du hasard. C'est la période de l'engre-

nage du « *chasing* », avec l'obligation de retourner jouer pour « se refaire ». C'est également la phase de l'accumulation des dettes et des mensonges ;
• enfin, la phase de désespoir, marquée par un vécu dépressif plus ou moins associé à des idées suicidaires, en lien avec la multiplication des dommages, de tous ordres : financiers, socioprofessionnels et familiaux.

Quelques études bien menées ont, au cours des dernières années, cherché à approfondir cette question essentielle des trajectoires des joueurs et parcours de jeu.

On peut notamment citer une étude longitudinale de Slutske et coll. (2003). Il s'agit du suivi pendant 11 ans, avec quatre évaluations, d'une cohorte de près de 500 étudiants (de 18 à 29 ans) ayant pour moitié des antécédents paternels d'alcoolodépendance, et pour l'autre aucun antécédent de ce type au niveau de leurs ascendants de premier rang. C'est le thème principal de l'étude menée par ce centre de recherche en alcoologie du Missouri. À l'aide d'une méthodologie rigoureuse et avec un nombre limité de perdus de vue, malgré la spécificité de l'échantillon, le principal enseignement de cette étude est que la prévalence-vie entière estimée à un moment donné du jeu pathologique et à risque, sous-estime beaucoup le taux exact de ceux qui ont à un moment de leur vie présenté un problème de jeu. Corrélativement, ces problèmes de jeu apparaissent, à un niveau individuel, plus transitoires et épisodiques que continus et chroniques.

On peut également citer une étude du département d'addictologie de Harvard, qui envisage en 2006 ces trajectoires de jeu problématique en relation avec le genre (Nelson et coll., 2006). Cette étude ayant concerné plus de 2 000 joueurs pathologiques en traitement montre que :
• les femmes commencent à jouer et à développer éventuellement un problème de jeu plus tardivement que les hommes ;
• leur prise en compte d'un problème éventuel et leur recherche d'un soin est plus rapide que chez les hommes ;
• l'association à l'abus ou à la dépendance à une substance psychoactive est moitié moins fréquente que chez les hommes ;
• plus l'initiation au jeu de hasard et d'argent est précoce, plus le délai entre cette initiation et le recours à un traitement en cas de jeu pathologique est grand et ceci de façon identique dans les deux sexes.

Enfin, une étude très récente du centre de recherche en alcoologie de l'Université de Washington (Sartor et coll., 2007) explorant la validité d'un outil de mesure de l'histoire des pratiques de jeu (sur le mode du *Lifetime Drinking History*) conclut, en accord avec plusieurs autres études en population générale publiées ces dernières années (Hodgins et coll., 1999 ; Shaffer et Hall, 2002 ; Abbott et coll., 2004a et b ; Winters et coll., 2005), à l'absence de stabilité dans le temps du statut de joueur pathologique, puisque moins de 40 % de ceux qui remplissent les critères de jeu pathologique vie entière ont encore ce diagnostic lors de leurs phases de jeu les plus récentes.

Ces données récentes invitent fortement à développer des études de cohortes en population générale sur de longues durées, de façon à mieux cerner la réalité complexe de ces parcours et les facteurs impliqués au niveau des périodes de rétablissement aussi bien que de rechute, de façon à en tirer le maximum d'enseignement en terme de prévention et d'indications thérapeutiques.

En conclusion, comme c'est le cas dans d'autres registres addictifs, l'étude des facteurs de risque et de vulnérabilité pour le jeu pathologique met en évidence la multiplicité des facteurs possiblement impliqués, leur interdépendance et leur absence de spécificité. D'où l'importance de privilégier une vision dynamique de ces questions, prenant en compte les effets de résonance et de sommation, de tels facteurs pour un individu donné, ainsi que l'impact de certains facteurs de protection.

Les essais de typologie des joueurs, à partir du regroupement d'un certain nombre de facteurs souvent associés, doivent permettre de confronter à l'expérimentation clinique et thérapeutique ces entités à confirmer.

Du côté des trajectoires, l'absence apparente de stabilité des modes de pratique, et corrélativement des statuts de joueurs (social, ou à risque, ou encore pathologique), justifie des études complémentaires s'appuyant sur une méthodologie adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT MW, VOLBERG R, BELLRINGER M, REITH G. A review of research on aspects of problem gambling: final report. Responsibility in Gambling Trust, London 2004a

ABBOTT MW, WILLIAMS MM, VOLBERG RA. A prospective study of problem and regular nonproblem gamblers living in the community. *Subst Use Misuse* 2004b, **39** : 855-884

BARNES GM, WELTE JW, HOFFMAN JH, DINTCHEFF BA. Shared predictors of youthful gambling, substance use, and delinquency. *Psychol Addict Behav* 2005, **19** : 165-174

BIEDERMAN J, FARAONE SV, KEENAN K, KNEE D, TSUANG MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 526-533

BLACK DW, MONAHAN PO, TEMKIT M, SHAW M. A family study of pathological gambling. *Psychiatry Res* 2006, **141** : 295-303

BLANCO C, HASIN DS, PETRY N, STINSON FS, GRANT BF. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2006, **36** : 943-953

BLASZCZYNSKI A. Pathways to pathological gambling: identifying typologies. *Electronic J Gambling Issues* 2000, 1 : 1-14. http://www.camh.net/egambling/issue1/index.html.

BREEN RB, ZUCKERMAN M. 'Chasing' in gambling behavior: Personality and cognitive determinants. *Personality Individual Differences* 1999, **27** : 1097-1111

BREEN RB, ZIMMERMAN M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers. *J Gambl Stud* 2002, **18** : 31-43

BURGE AN, PIETRZAK RH, MOLINA CA, PETTY NM. Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. *Psychiatr Serv* 2004, **55** : 1437-1439

CLARKE D. Factors leading to subtance abuse, implications for gambling in New Zealand. *Int J Ment Health Addic* 2005, **3** : 41-52

CUSTER RL. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry* 1984, **42** : 139-147

DELFABBRO P, THRUPP L. The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents. *J Adolesc* 2003, **26** : 313-330

FELSHER JR, DEREVENSKY JL, GUPTA R. Parental influences and social modelling of Youth Lottery Participation. *J Community Appl Soc Psychol* 2003, **13** : 361-377

GRIFFITHS M. Internet gambling: issues, concerns, and recommendations. *Cyberpsychol Behav* 2003, **6** : 557-568

HARDOON KK, GUPTA R, DEREVENSKY JL. Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychol Addict Behav* 2004, **18** : 170-179

HODGINS DC, WYNNE H, MAKARCHUK K. Pathways to recovery from gambling problems: follow-up from a general population survey. *J Gambl Stud* 1999, **15** : 93-104

IBANEZ A, BLANCO C, MORERYRA P, SAIZ-RUIZ J. Gender differences in pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2003, **64** : 295-301

JACQUES C, LADOUCEUR R. A prospective study of the impact of opening a casino on gambling behaviours: 2- and 4-year follow-ups. *Can J Psychiatry* 2006, **51** : 764-773

JEAMMET P. Le passage à l'acte. *In* : Imaginaire et inconscient. Éditions L'esprit du temps. 2005/2, **16** : 57-63

LABRIE RA, SHAFFER HJ, LAPLANTE DA, WECHSLER H. Correlates of college student gambling in the United States. *J Am Coll Health* 2003, **52** : 53-62

LADD GT, PETRY NM. Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002, **10** : 302-309

LAM D. The influence of religiosity on gambling participation. *J Gambl Stud* 2006, **22** : 305-320

MANNUZZA S, KLEIN RG, MOULTON JL 3RD. Young adult outcome of children with "situational hyperactivity: a prospective, controlled follow-up study". *J Abnorm Child Psychol* 2002, **30** : 191-198

MCNEILLY DP, BURKE WJ. Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 393-415

MOORE S, OHTSUKA K. The structure of young people's leisure and their gambling behaviour. *Behav Change* 2000, **17** : 167-177

NEIGHBORS C, LARIMER ME. Self-determination and problem gambling among college students. *J Soc Clin Psychol* 2004, **23** : 565-583

NELSON SE, LAPLANTE DA, LABRIE RA, SHAFFER HJ. The proxy effect: Gender and gambling problem trajectories of iowa gambling treatment program participants. *J Gambl Stud* 2006, **22** : 221-240

PETRY NM. Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine? *Fam Pract* 2006, **23** : 421-426

PETRY NM, STEINBERG KL. Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychol Addict Behav* 2005, **19** : 226-229

POTENZA MN, MACIEJEWSKI PK, MAZURE CM. A gender-based examination of past-year recreational gamblers. *J Gambl Stud* 2006, **22** : 41-64

RAYLU N, OEI TP. Role of culture in gambling and problem gambling. *Clin Psychol Rev* 2004, **23** : 1087-1114

SARTOR CE, SCHERRER JF, SHAH KR, XIAN H, VOLBERG R, EISEN SA. Course of pathological gambling symptoms and reliability of the Lifetime Gambling History measure. *Psychiatry Res* 2007, **152** : 55-61

SHAFFER HJ, HALL MN. The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *J Soc Psychol* 2002, **142** : 405-424

SLUTSKE WS, JACKSON KM, SHER KJ. The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *J Abnorm Psychol* 2003, **112** : 263-274

SMEATON M, GRIFFITHS M. Internet gambling and social responsibility: An exploratory study. *Cyberpsychol Behav* 2004, **7** : 49-57

SUSSMAN S, AMES SL. The social psychology of drug abuse. Open University Press, Buckingham, England, 2001

TAVARES H, MARTINS SS, LOBO DS, SILVEIRA CM, GENTIL V, HODGINS DC. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry* 2003, **64** : 433-438

TREVORROW K, MOORE S. The association between loneliness, social isolation and women's electronic gaming machine gambling. *J Gambl Stud* 1998, **14** : 263-284

VACHON J, VITARO F, WANNER B, TREMBLAY RE. Adolescent gambling: relationships with parent gambling and parenting practices. *Psychol Addict Behav* 2004, **18** : 398-401

VANDER BILT J, DODGE HH, PANDAV R, SHAFFER HJ, GANGULI M. Gambling participation and social support among older adults: a longitudinal community study. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 373-389

VITARO F, BRENDGEN M, LADOUCEUR R, TREMBLAY RE. Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: mutual influences and common risk factors. *J Gambl Stud* 2001, **17** : 171-190

WELTE JW, WIECZOREK WF, BARNES GM, TIDWELL MC, HOFFMAN JH. The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology. *J Gambl Stud* 2004a, **20** : 405-423

WELTE JW, BARNES GM, WIECZOREK WF, TIDWELL MC, PARKER JC. Risk factors for pathological gambling. *Addict Behav* 2004b, **29** : 323-335

WELTE JW, BARNES GM, WIECZOREK WF, TIDWELL MC. Gambling participation and pathology in the United States - a sociodemographic analysis using classification trees. *Addict Behav* 2004c, **29** : 983-989

WICKWIRE EM, WHELAN JP, MEYERS AW, MURRAY DM. Environmental correlates of gambling behavior in urban adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2007, **35** : 179-190

WINTERS KC, STINCHFIELD RD, BOTZET A, SLUTSKE WS. Pathways of youth gambling problem severity. *Psychol Addict Behav* 2005, **19** : 104-107

17

Coût social

La pratique du jeu sous toutes ses formes a de multiples conséquences économiques et sociales. La définition et l'évaluation de ces conséquences sont particulièrement utiles pour prendre la mesure de l'activité « jeu » dans la société actuelle et aider les décideurs à mener une politique publique adaptée. Une partie importante des débats tournant autour de cette pratique consiste d'ailleurs à évoquer tour à tour des coûts ou des bénéfices qu'elle est supposée générer. Pourtant, en l'absence de cadre méthodologique rigoureux, l'étude des conséquences du jeu a peu de sens car on ne sait pas ce qui est mesuré et qui en profite ou en pâtit. Il est alors utile de se tourner vers l'utilisation d'outils développés par les économistes, reposant sur des fondements théoriques solides et permettant une véritable analyse des conséquences de cette pratique.

Le calcul du coût social est l'un de ces outils envisageables. Comme son nom l'indique, cette approche ne s'intéresse qu'à l'aspect « coût » engendré par une pratique et ignore le côté « bénéfice ». Elle peut alors donner l'impression d'être biaisée et de peu d'intérêt puisqu'elle ne peut, par définition, que montrer qu'une activité impose un coût à la société. Son utilisation est cependant justifiée pour au moins deux raisons. Tout d'abord, le recours à cette approche est parfaitement légitime et se suffit à lui-même s'il ne prétend pas répondre à d'autres objectifs que ceux que sa méthodologie lui autorise. Ces différents objectifs seront précisés au cours du chapitre. Ensuite, si l'on souhaite aller plus loin et se fixer d'autres objectifs, l'estimation du coût social constitue de toute façon une première étape indispensable de calcul et elle n'empêche pas, par exemple, de chercher à estimer par la suite les bénéfices générés par l'activité étudiée.

De manière générale, le domaine des jeux a été relativement peu étudié en économie, malgré un intérêt croissant au cours des dernières années. Sur la question spécifique du coût social et des problèmes de recherche qui y sont associés, une centaine de références, toutes natures confondues (ouvrages ou chapitres d'ouvrages, articles, études, rapports…), a été identifiée au cours des quinze dernières années. Elles sont presque toutes d'origine anglo-saxonne et concernent exclusivement les jeux de hasard et d'argent (« *gambling* »), se limitant même très souvent aux casinos. Seule une petite fraction d'entre elles offre une rigueur scientifique suffisante pour constituer un véritable apport. Nous proposons tout d'abord une revue des débats méthodologiques

qui ressortent de cette littérature, puis une présentation et une analyse des principaux résultats.

Débats méthodologiques suscités par le calcul du coût social des jeux de hasard et d'argent

L'analyse de la littérature fait apparaître une très grande variété d'approches utilisées. Cela s'explique par le fait que certains auteurs ne suivent aucun cadre méthodologique particulier, préférant se fier à leur intuition, et que ceux qui cherchent à respecter les enseignements de la théorie économique traditionnelle ont du mal à tomber d'accord sur l'interprétation à en faire pour les mettre en pratique. Le 1er symposium international sur les répercussions économiques et sociales des jeux d'argent et de hasard (Whistler, Canada, septembre 2000), puis la 5e conférence annuelle d'Alberta sur la recherche dans le domaine des jeux d'argent et de hasard (Banff, Canada, avril 2006) ont tenté de mettre un peu d'ordre dans cette cacophonie de lignes de recherche. Au final, il n'a pas été possible de trouver un consensus sur un cadre d'analyse des répercussions économiques du jeu, mais les discussions ont tout de même permis de faire le point sur l'état de la recherche dans ce domaine, d'identifier les lacunes méthodologiques et empiriques, et donc de dégager un certain nombre de pistes de recherche à explorer (Wynne et Anielski, 2000). Les controverses actuelles concernent aussi bien la définition des objectifs poursuivis que la détermination des coûts à inclure dans l'analyse et des méthodes de mesure de ces coûts. Il n'est pas question ici d'en proposer une analyse exhaustive, mais plutôt d'en relever les points essentiels afin de donner un aperçu des enjeux qui se cachent derrière le calcul du coût social du jeu.

Définition du cadre conceptuel

Avant toute chose, pour comprendre ce que l'on mesure, il faut définir la perspective philosophique que l'on souhaite donner au calcul du coût social. Le débat portant sur cette question dans le domaine des jeux s'est cristallisé dans un échange entre Walker et Barnett d'un côté et McGowan de l'autre au sein du *Journal of Gambling Studies* en septembre 1999. Les premiers estiment que la rigueur de la démarche de type économique pour mesurer le coût social du jeu en fait une des meilleures possibles, tout en reconnaissant la possibilité d'utiliser d'autres cadres conceptuels à condition de les expliciter clairement. Le second souligne pour sa part les limites de l'approche de type économique, lui reprochant d'être « un calcul moral », dont l'apparente objectivité masque un biais épistémologique grave, dû aux présupposés contestables de la théorie utilitariste. En définitive, s'il faut reconnaître avec lui que le calcul du coût social selon la tradition économique repose sur des hypothèses fortes, cela n'enlève en rien son intérêt, mais renforce la

nécessité de définir le plus précisément possible le cadre conceptuel utilisé afin de faire bon usage des résultats obtenus.

Le calcul du coût social selon la tradition économique tire son fondement méthodologique de la branche de l'économie du bien-être. Il semble important de retenir deux points essentiels pour comprendre la philosophie générale de cette approche. En premier lieu, le choix du point de vue, même s'il peut paraître trivial, est primordial. Le coût social s'intéresse à la société prise dans son ensemble. Un certain nombre d'articles adoptent d'autres points de vue. Par exemple, certains effectuent des études d'impact budgétaire pour les pouvoirs publics (Vaillancourt et Roy, 2000). D'autres s'intéressent aux liens entre offre de jeu et développement économique (Henriksson et Lipsey, 1999) ou encore cherchent à identifier les gagnants et les perdants de l'offre de jeu légale (Kearney, 2005). Ces travaux présentent un intérêt indéniable, mais poursuivent des objectifs différents de ceux du calcul du coût social et ne doivent pas être confondus puisque les mêmes conséquences peuvent jouer des rôles totalement différents selon les cas. Par ailleurs, il est évidemment impératif que les études soient menées de manière totalement neutre et indépendante. Or, comme le rappellent Smith et Wynne (2000), une partie de la recherche, sponsorisée par des producteurs de jeux, est fortement biaisée.

En second lieu, il faut avoir conscience que tout calcul de coût repose nécessairement – souvent de manière implicite malheureusement – sur la définition d'un scénario contrefactuel qui constitue la situation de référence à partir de laquelle l'estimation est réalisée. Un nombre pratiquement infini de scénarii contrefactuels est envisageable. Bien que ne faisant pas l'unanimité, l'un d'entre eux, purement théorique et reposant sur des hypothèses assez fortes et discutables, se révèle très opérationnel et finalement plus réaliste que beaucoup d'autres scénarii plus intuitifs. Il s'agit d'une situation dans laquelle l'activité étudiée n'existe pas et n'a jamais existé. En appliquant cette hypothèse au jeu, Collins et Lapsley (2003) rappellent que dans une telle situation, l'argent qui est aujourd'hui dépensé dans ce secteur ne serait pas perdu mais épargné ou dépensé dans d'autres secteurs (hypothèse de parfaite réallocation des facteurs de production). Par ailleurs, conformément aux préceptes de la théorie économique, on suppose que les ressources seraient utilisées de la meilleure manière possible (hypothèse de réallocation vers des activités non dommageables). Au total, on cherche donc à mesurer le coût induit par l'activité jeu par rapport à une situation hypothétique dans laquelle le jeu n'aurait jamais existé et aurait été remplacé par une activité non dommageable (générant les mêmes bénéfices sans les coûts). Si l'on se place dans ce cadre, il faut donc bien interpréter le coût social comme un coût d'opportunité, et non comme un coût évitable.

Détermination des coûts à inclure dans l'analyse

Sur un plan plus pratique, au moment de l'analyse des conséquences engendrées par la pratique du jeu, une difficulté importante réside dans la distinction

entre ce qui constitue des coûts privés et doit être exclu du calcul et ce qui constitue des coûts sociaux et doit être inclus dans le calcul. Pour essayer d'éclaircir les choses, plusieurs auteurs ont proposé des définitions du coût social. Celles-ci prennent des formes très variées mais sont généralement cohérentes les unes avec les autres sur le fond (Collins et Lapsley, 2003). Walker et Barnett apparaissent comme les deux auteurs qui ont le plus travaillé sur la question de la définition du coût social dans le domaine des jeux. Dans leur article de 1999a, ils adoptent la définition suivante : « le coût social d'une action est le montant dont cette action réduit la richesse réelle agrégée de la société ». Comme le montre la suite de l'article ainsi que l'article de Walker présenté au symposium de Whistler (2003), il faut se méfier de l'apparente simplicité de cette définition. Son interprétation requiert en effet la plus grande prudence et, finalement, quelle que soit la définition retenue, c'est très souvent bien plus l'utilisation qui en est faite que sa formulation même qui suscite de vives controverses. Il est impossible ici de faire une revue détaillée de tous les points qui posent problème. Nous en avons retenu cinq qui ressortent particulièrement de la littérature.

Une première difficulté consiste à ne pas confondre « coût sociaux » et « transferts » selon la terminologie de Walker (2003), ou encore « coûts réels » et « coûts pécuniaires » selon la terminologie de Collins et Laspley (2003). Ainsi, pour reprendre un exemple fréquemment cité, lorsqu'un vol se produit, la valeur de l'objet volé est transférée d'un individu à un autre. Il s'agit donc d'un coût privé. En revanche, les coûts engendrés par l'existence du vol (coûts de police, de justice, d'emprisonnement, d'assurance, de renforcement de la protection, coûts psychiques…) entraînent une diminution réelle de la richesse de la société et sont des coûts sociaux. Il en est de même pour toutes les taxes qui peuvent être collectées par l'État : il s'agit de transferts qui tombent dans la catégorie des coûts privés. Il arrive très fréquemment que les études sur le coût social du jeu ignorent cette distinction ou ne l'appliquent pas correctement.

Le deuxième point est celui qui soulève le plus de débats actuellement en économie des addictions. Il concerne les coûts que le joueur s'impose à lui-même (tous les coûts tels que les problèmes financiers, médicaux, judiciaires, les difficultés au travail… en dehors des dépenses de consommation), que l'on appelle parfois « coûts internes ». Traditionnellement, la théorie microéconomique considère que les agents prennent leurs décisions de consommation en étant parfaitement informés et parfaitement rationnels (au sens où ils tiennent parfaitement compte de l'ensemble des coûts et bénéfices présents et futurs de leur action). En 1988, Becker et Murphy ont construit un modèle dit d'« addiction rationnelle » montrant que le phénomène de dépendance n'empêche pas les agents de se comporter rationnellement. Dans ce contexte, les coûts que le joueur s'impose à lui-même sont clairement des coûts privés. Cependant, de nombreux auteurs estiment au contraire que les agents dépendants ne sont pas parfaitement rationnels. On peut citer par exemple Gruber et Köszegi (2000) qui proposent une

analyse des comportements addictifs en introduisant une hypothèse d'incohérence temporelle. Les coûts que le joueur s'impose à lui-même deviennent alors des « externalités interpersonnelles » qui doivent être traitées comme des coûts sociaux. Comme nous le verrons plus loin, le fait de retenir l'une ou l'autre approche a des conséquences décisives sur l'estimation du coût social du jeu.

Le troisième aspect à signaler concerne les coûts que le joueur impose à sa famille. Habituellement, les économistes estiment que la famille est l'unité qui sert de référence aux décisions de consommation, les coûts en question étant alors des coûts privés. Pourtant, comme le soulignent Collins et Lapsley (2003), comment ignorer les coûts infligés par le jeu sur des agents qui ne prennent pas part à la décision de jouer et qui peuvent en souffrir terriblement (séparation, stress, difficultés financières…) ? Cette question est complexe et rejoint en partie les débats concernant la rationalité du joueur : s'il semble raisonnable de penser qu'un joueur parfaitement rationnel tient compte des coûts qu'il inflige à sa famille, il n'en est pas de même d'un joueur à rationalité limitée qui ne tient déjà pas parfaitement compte des coûts qu'il s'impose à lui-même.

La quatrième difficulté est liée au fait que la configuration institutionnelle du pays étudié peut être à l'origine de certains types de coûts (les dépenses de *lobbying*, par exemple, dont le montant dépend en partie du fonctionnement du système politique) ou peut influencer le classement de certaines conséquences en tant que coûts privés ou sociaux (on peut penser aux pertes de productivité ou aux soins médicaux par exemple, dont la catégorisation dépend du fonctionnement du marché du travail et de l'existence ou non d'un système de sécurité sociale). Aucun cadre méthodologique d'estimation du coût social du jeu ne peut donc être envisagé comme universellement applicable et doit impérativement être adapté aux spécificités nationales, ce qui n'empêche pas de se mettre d'accord sur des lignes directrices.

Enfin, il convient de bien distinguer les coûts dus à l'existence même du jeu de ceux dus à l'intervention de l'État pour encadrer l'activité jeu (par exemple les dépenses de prévention, de collecte de taxes ou de recherche), qui sont qualifiés de « coûts discrétionnaires » par Collins et Lapsley (2003). Dans ce cas, le problème est de savoir si l'action des pouvoirs publics est efficace : si elle l'est, cela signifie qu'elle réduit les conséquences négatives du jeu et les dépenses qu'elle engendre doivent compter comme des coûts sociaux, alors que si elle n'est pas efficace, son montant reflète le coût social de l'inefficacité de l'État, mais pas le coût social du jeu.

Mesure des coûts

Les méthodes de recueil des données et d'estimations sont nombreuses et le fait d'en retenir une plutôt qu'une autre peut influencer de manière considérable le résultat final des estimations. Trois points, non exhaustifs, méritent

une attention particulière : les sources des données, la causalité et la monétarisation.

Premièrement, le choix des sources des données pour chaque type de coût est essentiel. Généralement, les données proviennent soit d'enquêtes, soit des registres de diverses institutions. Dans tous les cas, il faut s'assurer que les données sont fiables et représentatives de la population générale. En particulier, il faut éviter de recourir à des enquêtes faites sur des échantillons de joueurs en cours de traitement (comme par exemple : Ladouceur et coll., 1994 ; ou Lesieur, 1998) car, même si elles sont utiles pour identifier et analyser les types de conséquences, elles ne peuvent prétendre estimer le coût social du jeu dans l'ensemble de la population. Dans bien des cas, il se peut que les données ne soient tout simplement pas disponibles. Cela fait aussi partie de l'intérêt des études de coût social d'identifier ces lacunes et de souligner le besoin de mise en place de systèmes d'information pour les combler. Les deux principales études nationales menées à ce jour (en Australie : *Productivity Commission*, 1999 ; et aux États-Unis : Gerstein et coll., 1999) ont utilisé des données issues d'enquêtes téléphoniques en population générale. Celles-ci fournissent des informations précieuses et sont souvent le seul recours possible pour estimer certains types de coûts. Elles présentent cependant des risques de biais, notamment du fait de la nature déclarative des informations récoltées.

Deuxièmement, il est important de bien faire la distinction entre corrélation et causalité et d'essayer d'estimer les coûts attribuables au jeu sans se contenter des coûts associés au jeu. La quantification de la relation entre le jeu et une conséquence donnée est souvent très délicate et nécessite parfois des études spécifiques. Grinols et Mustard (2006), par exemple, consacrent un article à l'évaluation du lien entre présence de casinos et crime aux États-Unis. Les deux principales études nationales utilisent des techniques différentes pour tenir compte de cet aspect. L'étude américaine (Gerstein et coll., 1999) s'appuie sur la comparaison de la prévalence des problèmes chez les joueurs problématiques et pathologiques et chez les joueurs non problématiques pour définir les conséquences « excessives » supportées par les premiers, alors que l'étude australienne (*Productivity Commission*, 1999) a demandé aux répondants de l'enquête de définir eux-mêmes les conséquences qu'ils estimaient attribuables à leur implication dans le jeu. Aucune des deux approches n'est exempte de critiques et le développement de méthodes plus fiables semble souhaitable.

Troisièmement, il faut avoir conscience des limites des méthodes de monétarisation. Beaucoup de conséquences négatives associées au jeu n'ont pas de valeur monétaire directement attribuée par le marché et doivent être évaluées par l'économiste. C'est ce que l'on appelle généralement les « coûts intangibles ». Pour certains d'entre eux, il existe des méthodes de monétarisation couramment utilisées. C'est le cas par exemple de l'évaluation des pertes de productivité et de revenus dues aux décès prématurés qui peut se

faire selon deux méthodes : celle du « capital humain » (valeur présente des revenus futurs) ou celle de la « *willingness to pay* » (somme que les individus sont prêts à payer pour modifier leur espérance de vie). Il est alors possible de recourir à l'une ou à l'autre, en précisant toutefois impérativement laquelle est retenue car les résultats obtenus dans les deux cas ne sont pas équivalents (ils sont presque toujours plus faibles avec la première). Pour d'autres types de conséquences (notamment tous les coûts psychologiques : le stress, la souffrance liés aux difficultés rencontrées par les joueurs), il n'existe pas de méthode d'évaluation faisant autorité. Plusieurs auteurs (notamment Collins et Lapsley, 2003 ; Walker, 2003) ont recommandé, lors du symposium de Whistler, de ne pas tenter de les monétariser à partir de techniques innovantes car celles-ci aboutissent à des résultats peu fiables et réduisent la comparabilité des études. L'étude nationale australienne (*Productivity Commission*, 1999) a pour sa part choisi de les quantifier, présentant tout de même une version haute et une version basse des évaluations pour rendre compte de la sensibilité des mesures.

On ne peut que regretter l'absence de consensus sur ces différentes questions au sein de la communauté scientifique. Les points abordés sont délicats et il ne s'agit pas de faire croire qu'il existe une seule « bonne » méthodologie. Cependant, l'adoption d'un cadre d'analyse commun, même imparfait, aurait de nombreux avantages, notamment une meilleure lisibilité et une plus grande comparabilité des estimations proposées. Sur ce point, les chercheurs peuvent profiter de l'expérience acquise dans un domaine voisin, caractérisé lui aussi par des conduites addictives : celui des drogues. Les économistes ont en effet réussi à développer un ensemble de lignes directrices internationales pour l'estimation des coûts de l'abus de substances (Single et coll., 2001 ; Single, 2003), prenant le parti de suivre la méthodologie du « *Cost of Illness* » (COI), dont la philosophie générale est très proche de celle de l'approche économique traditionnelle. Parallèlement, certains auteurs évoquent l'intérêt de recourir à d'autres approches, plus générales, comme une approche de santé publique (Korn et Shaffer, 1999). Les recherches futures doivent impérativement chercher à évaluer l'intérêt de chaque approche, dans le but de parvenir un jour à créer un consensus sur le meilleur cadre méthodologique à suivre pour l'évaluation du coût social des jeux.

Estimations et interprétations

Du fait de l'importance des questions qui restent encore en débat, il est évident que les estimations du coût social du jeu réalisées jusqu'à présent doivent être considérées avec précaution. L'analyse de la littérature met d'ailleurs en évidence d'énormes divergences dans les résultats obtenus. En gardant leurs limites à l'esprit, nous présentons les résultats des études les

plus significatives et les analysons de manière interne (étude de leur composition) et externe (comparaison avec les estimations obtenues dans le domaine des drogues). Nous en tirons également quelques enseignements quant à la configuration souhaitable des politiques publiques.

Principales études réalisées

Les revues de littérature soulignent toutes la faiblesse et l'énorme disparité des résultats des études cherchant à évaluer le coût social du jeu. Ainsi, le *Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling* conclut dans son rapport (1999) que « malheureusement, l'état de la recherche sur les bénéfices et les coûts du jeu en général, et sur les coûts du jeu pathologique en particulier, n'est pas suffisamment avancé pour tirer de conclusions définitives » (p. 158). De même, la *Productivity Commission* (1999) rapporte que les estimations du coût annuel moyen d'un joueur problématique faites aux États-Unis s'étalent de 560 à 52 000 dollars américains, ne permettant pas de déterminer l'importance à y accorder. Ces écarts s'expliquent en grande partie par les différences de méthodologies adoptées. Pour illustrer l'impact de la méthodologie, Walker et Barnett (1999b) analysent en détail l'estimation de Thompson et coll. (1997), qu'ils considèrent comme l'une des plus complètes et sérieuses de l'époque, et redéfinissent successivement chaque catégorie de coûts à la lumière de leur définition et de leur interprétation du coût social. Ils réévaluent alors le coût social annuel d'un joueur pathologique qui passe de 9 469 à 2 974 dollars américains, l'essentiel de la différence provenant de coûts requalifiés en transferts. Ce manque de cohérence et d'homogénéité dans les résultats du coût social du jeu tend à jeter un certain discrédit sur le recours à cet outil d'analyse et les études ne suivant pas un cadre méthodologique rigoureux se révèlent finalement contre-productives.

Au cours des dix dernières années, nous avons recensé quatre études d'envergure nationale. Elles n'échappent pas à un certain nombre de critiques méthodologiques, mais constituent des tentatives sérieuses d'estimation du coût social du jeu et doivent, à ce titre, être considérées avec intérêt. La première impulsion a été donnée aux États-Unis en 1996 par le Président Clinton avec la création de la *National Gambling Impact Study Commission*. Cette dernière a commandé un rapport au *National Opinion Research Center* (NORC) qui a effectué sa propre évaluation économique des conséquences du jeu problématique et pathologique chez les adultes (Gerstein et coll., 1999). Peu après, le gouvernement australien a entrepris lui aussi d'examiner le sujet. La *Productivity Commission* (1999) s'est chargée de réaliser une estimation du coût du jeu problématique en Australie. Elle constitue à l'heure actuelle l'étude nationale de référence. Au Canada, deux universitaires ont réalisé une évaluation nationale des coûts et bénéfices du jeu pour le compte de l'Association canadienne d'études

fiscales (Vaillancourt et Roy, 2000). Pour cela, ils s'appuient en partie sur la conversion des données australiennes et américaines au cas canadien. Enfin, en Suisse, la Commission fédérale des maisons de jeu et l'Office fédéral de la justice ont commandé un rapport sur la pratique des jeux de hasard et d'argent au Bureau d'études de politique du travail et de politique social (Künzi et coll., 2004). Celui-ci propose une estimation des coûts économiques et sociaux associés à cette pratique. Le tableau 17.I résume les principaux résultats de ces différentes études. Globalement, si on se limite à l'estimation des coûts tangibles, les résultats se situent dans le même ordre de grandeur.

Tableau 17.I : Résultats des études nationales recensées portant sur l'estimation du coût social du jeu

Référence	Pays	Année	Coût total (en monnaie nationale, millions)		% du PIB[a]		Coût total par habitant (en dollars US[b])	
			CTT[c]	CTA[d]	CTT	CTA	CTT	CTA
Vaillancourt et Roy, 2000	Canada	1995	2 442	1 109	0,30	0,14	61	28
Productivity Commission, 1999	Australie	1997-1998	1 800[e]	180	0,30	0,03	66	7
			5 586[f]	559	0,93	0,09	204	20
Gerstein et coll., 1999	États-Unis	1998	-	4 000	-	0,05	-	14
Künzi et coll., 2004	Suisse	2002	-	100	-	0,02	-	9

[a] Le coût social est rapporté au PIB – au prix courant – de l'année d'étude ; [b] En dollars US, au prix de l'année d'étude, au taux de change courant ; [c] CTT : Coût total ; [d] CTA : Coûts tangibles uniquement ; [e] Estimation basse ; [f] Estimation haute

En ce qui concerne la France, le Rapport Trucy (2006) résume bien l'état de la recherche sur le coût social du jeu : « En France ? Rien sur le sujet comme sur le reste des jeux. Ceci est pour le moins décevant, même s'il est bien évident qu'il est extrêmement difficile de faire ces calculs. » (p. 147).

Analyse des résultats

Si le coût social total du jeu est difficilement interprétable en tant que donnée brute, l'analyse de sa composition est en revanche très instructive et, comme nous le verrons plus loin, très utile pour la configuration des politiques publiques. Nous nous appuyons pour cela sur l'étude australienne, qui propose les données les plus complètes. On peut tout d'abord s'intéresser à la composition par type de coût (tableau 17.II).

Tableau 17.II : Estimation du coût social du jeu par type de coût en Australie en 1997-1998 (*Productivity Commission*, 1999)

Type de coût	Estimation basse		Estimation haute	
	En millions de dollars australiens	En pourcentage	En millions de dollars australiens	En pourcentage
Faillite	1,3	0	1,3	0
Perte de productivité	28	2	200	4
Changement de travail	59	3	59	1
Police, justice et emprisonnement	14	1	14	0
Douleur des proches	756	42	2 933	53
Séparation, divorce	417	23	1 120	20
Violence	2,8	0	8,3	0
Dépression et suicide	502	28	1 230	22
Traitement de la dépendance	20	1	20	0
Total	1 800	100	5 586	100

Il est intéressant de remarquer que les coûts qui sont à la fois des coûts internes ou familiaux et des coûts intangibles (douleur des proches, coûts psychologiques liés à une séparation ou à un suicide…) représentent environ 90 % du coût total estimé par la *Productivity Commission*. Concrètement, cela signifie que les coûts liés au jeu sont, en très grande majorité, des coûts psychologiques générés par le petit groupe des joueurs à problèmes et supportés par eux-mêmes et leur entourage. Rappelons tout de même que l'inclusion de ce type de coût dans l'estimation du coût social du jeu est largement débattue puisqu'elle repose d'une part sur l'hypothèse de rationalité limitée des joueurs et d'autre part sur des méthodes de monétarisation discutables.

Par ailleurs, l'estimation par type de jeu met en avant d'importantes différences selon les catégories et désigne les machines à sous (et les paris dans une moindre mesure) comme les plus génératrices de coûts (tableau 17.III).

Tableau 17.III : Estimation du coût social du jeu par type de jeu en Australie en 1997-1998, en millions de dollars australiens (*Productivity Commission*, 1999)

Type de jeu	Estimation basse	Estimation haute	Part (%)
Paris	267	830	15
Loteries	34	106	2
Tickets à gratter	24	74	1
Machines à sous	1 369	4 250	76
Jeux de casinos	48	150	3
Autres	57	176	3
Total	1 800	5 586	100

En plus de l'analyse interne du coût social du jeu, sa comparaison avec le coût social d'autres types d'activité, notamment la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites, est très utile pour mettre les différents résultats en perspective puisque les enjeux et les méthodologies sont assez proches. Pour pouvoir être comparés, les résultats ont été convertis en coût par habitant exprimé en euros (tableau 17.IV).

Tableau 17.IV : Comparaison de l'estimation du coût social du jeu en Australie avec les estimations du coût social du tabac, de l'alcool et des drogues illicites en Australie et en France

	Coût social par habitant, en euros[a]		
	Australie		France
Activité	CTT[b]	CTA[c]	CTA
Tabac	435[d]	225[d]	770[f]
Alcool	155[d]	120[d]	600[f]
Drogues illicites dont cannabis	60[d]	45[d]	45[f] 15[g]
Jeu	50-160[e]	5-16[e]	

[a] En euros, au prix de l'année d'étude, au taux de change courant ; [b] CTT : Coût total ; [c] CTA : Coûts tangibles uniquement ; [d] Collins et Laspsley (1996), estimation pour 1992 ; [e] *Productivity Commission* (1999), estimation pour 1997-1998 ; [f] Kopp et Fenoglio (2006), estimation pour 2003 ; [g] Ben Lakhdar (2007), estimation pour 2003

La comparaison de ces résultats mérite d'infinies précautions. Il faut en particulier tenir compte des différences de méthodologie et d'année d'estimation. Un certain nombre d'enseignements peuvent tout de même être tirés de ce tableau. Dans un premier temps, si l'on se concentre sur l'Australie, on s'aperçoit que la hiérarchie des coûts de chaque type d'activité est différente selon que l'on intègre ou non les coûts intangibles. En effet, selon l'estimation du coût total, le coût social du jeu se trouve au niveau du coût social imposé par les drogues illicites ou par l'alcool, selon que l'on adopte l'estimation haute ou basse de la *Productivity Commission*. En revanche, si l'on ne retient que les coûts tangibles, le coût social du jeu doit être revu à la baisse dans la hiérarchie, puisqu'il représente moins d'un tiers du coût social généré par les drogues illicites. Cela reflète le fait que l'activité jeu impose proportionnellement plus de coûts intangibles que la consommation de drogues licites et illicites.

Si l'on s'aventure ensuite à une comparaison internationale, on constate que le coût social du jeu estimé en Australie (coûts tangibles uniquement) est à peu près égal au coût social du cannabis estimé en France. Bien évidemment, ce genre de raisonnement n'a d'intérêt que si les deux pays

comparés présentent des niveaux de prévalence du jeu problématique et pathologique proches et une structure du secteur du jeu et des différentes institutions entrant en ligne de compte dans le calcul du coût social similaires. Sans la valider, la comparaison des estimations du coût social des drogues dans les deux pays semble plutôt plaider en faveur d'une comparabilité globale des structures des deux pays (la hiérarchie selon les substances est identique et les estimations sont relativement proches si on admet qu'une partie de la différence assez nette pour le tabac et l'alcool peut s'expliquer par des prévalences plus faibles en Australie et l'écart temporel qui sépare les deux estimations). Bien évidemment, cette projection ne vise qu'à donner un ordre de grandeur, dont il faut admettre la fragilité. Elle ne saurait en aucun cas remplacer une véritable étude de coût. Par ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, la prise en compte des coûts intangibles conduirait vraisemblablement à revaloriser le jeu dans la hiérarchie des coûts.

Implications pour la configuration des politiques publiques

Le calcul du coût social ne sert pas uniquement à fournir une estimation chiffrée des conséquences néfastes d'une activité. Son analyse détaillée permet également de tirer un certain nombre d'enseignements utiles à l'élaboration des politiques publiques.

Une première question légitime consiste à se demander à quoi sert, finalement, la distinction entre coût social et coût privé. Pourquoi n'accorder que de l'importance au coût social ? Comme le souligne la *Productivity Commission* (1999), ce n'est pas tant parce que les coûts privés sont négligeables – ils sont souvent bien plus élevés que les coûts sociaux – mais plutôt parce qu'ils ne fournissent pas de justification à l'intervention de l'État (sauf éventuellement pour des questions d'équité, mais l'optique est alors un peu différente). Autrement dit, le calcul du coût social du jeu est une forme de détermination des inefficacités engendrées par la pratique du jeu dans un pays donné et constitue par conséquent une évaluation du niveau légitime d'intervention des pouvoirs publics, dans le but de ramener le fonctionnement de l'économie à son niveau optimal. En ce sens, la comparaison avec d'autres types d'activité peut aider à fixer les priorités.

Au-delà de l'apport d'une justification, les estimations réalisées sont aussi très précieuses pour définir la forme souhaitable de l'intervention de l'État. En effet, une politique publique n'est désirable que si elle permet de diminuer le coût social (à bénéfices, ou surplus, constants et pour un coût de mise en œuvre inférieur au bénéfice escompté) et toute réglementation des jeux ne peut être considérée comme *a priori* recommandable, certaines pouvant se révéler totalement inefficaces, voire à l'origine d'effets pervers induisant une augmentation des coûts sociaux, au lieu de les diminuer. L'analyse de la composition du coût social du jeu constitue une aide précieuse pour ne pas tomber dans ce piège.

Tout d'abord, l'étude australienne a révélé qu'une part très importante du coût social du jeu repose sur des coûts dits « internes », qui sont les coûts que la minorité de joueurs très dépendants s'impose à elle-même. La majorité de joueurs non dépendants génère peu, voire pas, de coûts sociaux et prend du plaisir à jouer, comme le montre notamment l'estimation du surplus du consommateur lié à la pratique du jeu dans l'étude australienne (entre 3 et 7 milliards de dollars australiens, les machines à sous y contribuant pour plus de la moitié, selon la *Productivity Commission*, 1999). Ce genre de situation apparaît comme un contexte idéal d'application du concept de « paternalisme asymétrique » proposé par Camarer et coll. (2003). Ces auteurs font en effet remarquer que dans les situations où il existe des consommateurs parfaitement rationnels et des consommateurs qui commettent des erreurs, des politiques publiques paternalistes qui touchent indifféremment tous les consommateurs (« *all inclusive* ») imposent d'importants coûts aux premiers pour protéger les seconds, alors que les politiques paternalistes asymétriques qui visent spécifiquement les consommateurs à problèmes (« *targeting* ») protègent les seconds sans pénaliser les premiers. Ainsi, comme le souligne Eadington (2003), si le gouvernement adopte des politiques visant à limiter les coûts engendrés par le jeu, il doit viser principalement le petit groupe de la société qui, à la fois, crée et supporte la plus grande partie des coûts. Concrètement, cela signifie qu'il faut favoriser des mesures comme la diffusion d'information sur les dangers du jeu, l'offre d'un soutien, voire l'interdiction de jouer pour les joueurs en difficulté, par rapport à des interdictions ou des limitations de jeu visant indifféremment tous les joueurs.

Par ailleurs, si on retient l'hypothèse de Gruber et Köszegi (2000) pour modéliser le comportement des joueurs dépendants (rationalité limitée du fait d'une incohérence temporelle), il peut être utile de favoriser les mécanismes d'auto-contrôle (« *self-commitment devices* ») qui doivent permettre aux individus de ne pas succomber à leurs préférences de court terme et les aider à sortir de leur dépendance. Les interdictions volontaires dans les casinos en sont une bonne illustration. Il serait intéressant de chercher des moyens d'étendre cette pratique à d'autres types de jeu ou d'en renforcer l'efficacité. Eadington (2003) propose par exemple l'instauration d'une licence sous forme de carte à insérer dans les machines à sous pour pouvoir jouer.

Enfin, il faut bien évidemment que les politiques publiques ciblent prioritairement les jeux générant le plus de coûts. Il faut aussi qu'elles s'adaptent au développement des jeux sur Internet qui présentent des caractéristiques nouvelles, donc des coûts et des manières de les limiter inédits. Les mécanismes d'auto-contrôle semblent notamment plus difficiles à mettre en place du fait du caractère anonyme et isolé de ce genre de pratiques.

En conclusion, on retiendra avant tout de l'analyse de la littérature sur le coût social du jeu l'étendue des débats en cours et la nécessité de poursuivre

la recherche. Alors que les Français semblent de plus en plus attirés par les jeux de hasard et d'argent, si on en croit l'évolution de leurs mises depuis 25 ans (Besson, 2005) et que l'offre de jeux est en pleine évolution avec le développement d'Internet, il serait plus qu'utile de disposer d'indicateurs pour la France. L'estimation du coût social, dont on a tenté de souligner à la fois les limites et l'intérêt, permettrait de fournir des informations précieuses pour les décideurs publics, à condition bien sûr de s'inscrire dans un cadre méthodologique rigoureux.

BIBLIOGRAPHIE

BECKER G, MURPHY K. A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy* 1988, **96** : 675-700

BESSON D. En 25 ans, les français ont doublé leur mise. *Insee Première* 2005, 1-4

BEN LAKHDAR C. Le coût social du cannabis. *In* : Cannabis, données essentielles. COSTES JM (ed). Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2007

CAMARER C, ISSACHAROFF S, LOWENSTEIN G, O'DONOGHUE T. Regulation for conservatives: behavioural economics and the case for "asymmetric paternalism". *University of Pennsylvania Law Review* 2003, **151** : 211-1254

COLLINS D, LAPSLEY H. The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. Report prepared for the Commonwealth Department of Human Services and Health, AGPS, 1996

COLLINS D, LAPSLEY H. The social costs and benefits of gambling: an introduction to the economic issues. *Journal of Gambling Studies* 2003, **19** : 123-148

COMMITTEE ON THE SOCIAL AND ECONOMIC IMPACT OF PATHOLOGICAL GAMBLING, NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Pathological gambling: a critical review. National Academy Press, Washington DC, 1999

EADINGTON WR. Measuring costs from permitted gaming: concepts and categories in evaluating gambling's consequences. *Journal of Gambling Studies* 2003, **19** : 185-123

GERSTEIN D, MURPHY S, TOCE M, HOFFMAN J, PALMER A, et coll. National Opinion Research Center. Gambling impact and behaviour study: report to the National Gambling Impact Study Commission. 1999 : 89p

GRINOLS EL, MUSTARD DB. Casinos, crime, and community costs. *Review of Economics and Statistics* 2006, **88** : 28-45

GRUBER J, KÖSZEGI B. Is addiction rational? Theory and evidence. *National Bureau of Economic Research*, Paper 7507, 2000

HENRIKSSON LE, LIPSEY RG. Should provinces expand gambling? *Canadian Public Policy-Analyse De Politiques* 1999, **25** : 259-275

KEARNEY MS. The economic winners and losers of legalized gambling. *National Taxe Journal* 2005, **58** : 281-302

KOPP P, FENOGLIO P. Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Focus Consommateurs et Conséquences, Avril 2006

KORN DA, SHAFFER HJ. Gambling and the health of the public: adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies* 1999, **15** : 289-365

KÜNZI K, FRITSCHI T, EGGER T. Les jeux de hasard et la pathologie du jeu en Suisse : Étude empirique de la pratique et du développement des jeux de hasard, de la dépendance au jeu et de ses conséquences. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien, Bern, 15 novembre 2004

LADOUCEUR R, BOISVERT JM, PEPIN M, LORANGER M, SYLVAIN C. Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 1994, **10** : 399-409

LESIEUR HR. Costs and treatment of pathological gambling. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 1998, **556** : 153-171

MCGOWAN R. A comment on Walker and Barnett's "The social costs of gambling: an economic perspective". *Journal of Gambling Studies* 1999, **15** : 213-215

PRODUCTIVITY COMMISSION. Australia's gambling industries. Report No. 10, AusInfo, Canberra 1999

SINGLE E. Estimating the costs of substance abuse: implications to the estimation of the costs and benefits of gambling. *Journal of Gambling Studies* 2003, **19** : 215-233

SINGLE E, COLLINS D, EASTON B, HARWOOD H, LAPSLEY H, KOPP P, WILSON E. International guidelines for estimating the costs of substance abuse. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 2001

SMITH GJ, WYNNE HJ. A review of the gambling literature in the economic and policy domains. 2000, 207p

THOMPSON WN, GAZEL R, RICKMAN D. Social and legal costs of compulsive gambling. *Gaming Law Review* 1997, **1** : 81-89

TRUCY F. Rapport d'information sur l'évolution des jeux de hasard et d'argent au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation. Sénat, 2006

VAILLANCOURT F, ROY A. Gambling and government in Canada, 1969-1998: How much? Who pays? What payoff? Canadian Tax Foundation, Toronto, 2000 : 72p

WALKER DM. Methodological issues in the social cost of gambling studies. *Journal of Gambling Studies* 2003, **19** : 149-184

WALKER DM, BARNETT AH. The social costs of gambling: an economic perspective. *Journal of Gambling Studies* 1999a, **15** : 181-212

WALKER DM, BARNETT AH. Response to McGowan's comment on "The social costs of gambling: an economic perspective". *Journal of Gambling Studies* 1999b, **15** : 217-221

WYNNE H, ANIELSKI M. The Whistler symposium report. The first international symposium on the economic and social impact of gambling. Whistler, British Columbia, Canada. September 23-27, 2000

18

Perspectives en termes de prévention et politiques publiques

Devant la diffusion rapide des jeux de hasard et d'argent, l'augmentation exponentielle des sommes investies à ces jeux depuis une dizaine d'années qui génère un ensemble de dommages socioéconomiques parmi lesquels figure la ludopathie, les gouvernements de plusieurs pays ont décidé de considérer le jeu pathologique comme un problème de santé publique et ont développé différentes politiques de prévention.

Le développement de jeux de hasard et d'argent sur Internet en facilitant la pratique génère de plus grands risques et justifie une réflexion pour informer, éduquer et réguler l'accès, en particulier des plus jeunes.

Cadre général de la prévention du jeu pathologique

La prévention agit sur les facteurs de risque qui peuvent mener à un usage inapproprié des jeux de hasard et d'argent. Elle est antérieure à l'apparition des problèmes, afin d'éviter que le jeu n'ait des conséquences néfastes pour l'individu, pour sa famille ou pour la société. Dans le cas où un problème existe déjà, la prévention peut aussi réduire les méfaits découlant d'un usage inapproprié des jeux de hasard et d'argent (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2002).

On distingue trois types de prévention selon leurs publics cibles :
• la prévention universelle ou à large échelle qui vise la population ou la communauté dans son ensemble sans profil de risque particulier (par exemple : campagnes d'information effectuées en partie avec des opérateurs de jeu, messages à la radio, spots télévisés précisant que le jeu peut être un problème, articles dans les journaux) ;
• la prévention sélective qui s'adresse aux groupes présentant des facteurs de risque (par exemple : information et conseils aux joueurs) ;
• la prévention ciblée ou indiquée qui s'intéresse aux sujets présentant un problème de jeu excessif et pathologique (par exemple : repérage des joueurs

problématiques par auto-questionnaires, orientation vers des structures de soins).

La figure 18.1 présente un exemple de politique de prévention impliquant différents acteurs (opérateurs de jeux, associations de prévention, législation) et s'adressant à différents groupes de population.

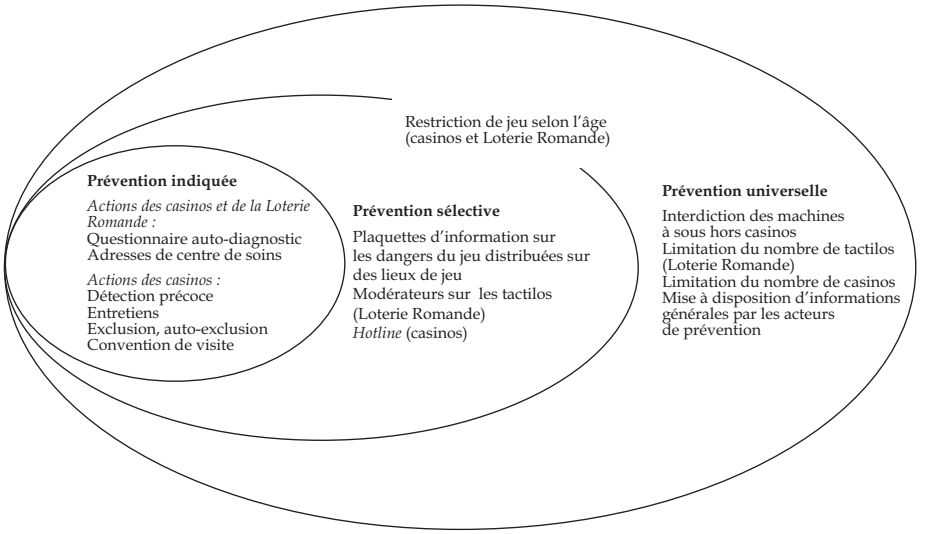


Figure 18.1 : Exemples de différents niveaux de prévention du jeu pathologique en cours en Suisse Romande (d'après Al Kurdi et Savari, 2005)

Politiques mises en œuvre au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Espagne

Les articles analysés ont pour sujet les politiques définies et mises en œuvre de 1999 à 2007. Ils partent tous d'un constat identique : les jeux de hasard et d'argent ont connu une diffusion rapide ces dernières années, les sommes investies ont très fortement augmenté, le jeu excessif s'est développé. Le Canada et la Nouvelle-Zélande ont été les premiers à considérer le jeu pathologique comme un problème de santé publique. L'Espagne encadre étroitement le secteur d'activité ludique depuis sa légalisation de 1979.

Législation et organismes de contrôle

À partir des années 1999-2000, ces trois pays, Canada, Nouvelle-Zélande et Espagne, se sont tous dotés d'une législation en matière de jeux de hasard

et d'argent, ainsi que d'organismes de surveillance et de contrôle, placés tantôt sous l'égide du ministère de la Santé (Nouvelle-Zélande), tantôt sous celle du ministère de l'Intérieur (Espagne).

Canada

Au niveau fédéral, les jeux de hasard et d'argent sont régis par le Code criminel : seules les provinces sont autorisées à gérer directement le jeu (loteries, casinos…) ou à encadrer les jeux avec un prélèvement. Les mineurs bénéficient d'une protection législative. Depuis 1993, ils sont mieux protégés, car les jeux sont exploités dans des lieux dont l'accès leur est interdit. Depuis 1999, il est défendu de vendre l'ensemble de jeux de hasard et d'argent aux moins de 18 ans. Après avoir expérimenté un programme de prévention en 2001 et lancé en 2002-2003 un plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique, le Québec a mis en œuvre le plan stratégique montréalais entre 2003 et 2006. Le Plan d'action gouvernemental 2002-2003 mettait l'accent sur la formation des personnels et des consommateurs, par exemple l'information des tenanciers de bars et des membres du personnel de tous les sites de loterie vidéo (ALV) au Québec. Quatre initiatives préventives à l'égard des adeptes montréalais de machines à sous (MS) ou d'appareils de loterie vidéo ont été lancées : une campagne de sensibilisation s'adressant soit aux tenanciers de bars soit à leurs clients ; une campagne radiophonique, la diffusion d'un film d'auteur ; un projet exploratoire de mobilisation des tenanciers de bars locaux dans le but de mieux dépister et orienter les joueurs à risque vers des ressources thérapeutiques. Le plan envisageait une réduction du parc d'appareils de loterie vidéo dans les bars et les restaurants et une diminution du nombre de sites, mais l'exécution de ces deux actions a rencontré des obstacles. Un effort particulier de prévention a été mené en direction des jeunes, auxquels étaient destinées six initiatives préventives structurées. L'ensemble de ces interventions a été mené en collaboration entre Loto-Québec et le ministère de la Santé de la Province du Québec et très souvent avec le concours du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) de l'Université de Laval.

Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande a été créé en 1996 le *Problem Gambling Committee* (PGC), un organisme caritatif privé qui a obtenu la reconnaissance du gouvernement ; il est composé à parts égales de représentants des opérateurs et des usagers. La prise de conscience du phénomène date de l'année 1999 et doit beaucoup à l'action du *National Prevalence Survey*. La cartographie des offres et des problèmes de jeu a montré la vulnérabilité des populations défavorisées au plan socioéconomique (Wheeler, 2003). En 1999, 0,8 % de la population adulte souffrait de problèmes de jeu et une fraction de 0,5 % pouvait être considérée comme atteinte d'une addiction au jeu (Abott et Volberg, 2000). Les groupes les plus touchés étaient les Maori et les

populations mélanésiennes. Une *Gaming Rewiew* est entreprise en 2001 sous l'égide du Département des affaires intérieures. Selon le *Gambling Act* de 2003, la politique de prévention est financée par une taxe (*Problem Gambling Levy)* versée par 4 opérateurs de jeux. En juillet 2004, les responsabilités en matière de jeu pathologique sont transférées du PGC au ministère de la Santé. En 2004, est fondée la *Gambling Commission*, institution indépendante, établie par le *Gambling Act* de 2003 qui a pour mission de réunir les représentants des opérateurs acquittant la taxe, des consommateurs, du ministère de la Santé, du département des Affaires Intérieures et des autres parties concernées (*Ministry of Health*, 2005 et 2006).

Espagne

En Espagne, l'État a défini les cadres législatifs régissant le secteur privé, dont il a transféré la gestion aux 12 communautés autonomes ; celles-ci, à leur tour, ont réglementé les conditions d'exploitation des jeux de hasard et d'argent (lieux, formalités d'accès aux jeux, matériel de jeu homologué, dépôt de cautions). Elles travaillent en collaboration avec le service de contrôle des jeux de hasard et d'argent, dépendant du Commissariat général de la police judiciaire au ministère de l'Intérieur. Tous les ans, depuis 1999, est publié et mis en ligne un rapport très détaillé sur les jeux de hasard et d'argent dans le pays (revenus globaux, revenus par communauté autonome, dépenses par habitant, par catégorie de jeux, législation en vigueur dans chaque communauté autonome, activités de prévention, ce dernier chapitre étant le moins développé sur le site Internet du ministère de l'Intérieur).

Stratégies de prévention

Les politiques de prévention menées par le Canada et la Nouvelle-Zélande, pays pionniers dans la lutte contre le jeu pathologique, suivent le schéma bien connu du « *Gambling harm continuum of need and intervention* » qui consiste à adapter les interventions selon le niveau de risque de la population à laquelle on s'adresse. Deux types de stratégie sont proposées : prévention, promotion de la santé et réduction des risques (stratégies populationnelles), interventions précoces, prise en charge des effets à long terme du *gambling* (stratégies individuelles).

Les stratégies employées dans ces deux pays visent de plus à améliorer la connaissance de la problématique émergente du jeu pathologique et de sa prévention par des études épidémiologiques et sociologiques, à améliorer la formation des intervenants du réseau public et privé qui travaillent sur l'addiction au jeu, à agir par des projets adaptés à des contextes spécifiques (moyens d'information appropriés aux milieux ethniques, aux groupes cibles tels les seniors ou les travailleurs).

Le Canada comme la Nouvelle-Zélande qui ont expérimenté deux approches préventives, insistent sur l'action de proximité, la seule vraiment efficace.

Expérimentations au Canada

Au Canada (Québec), six programmes préventifs structurés destinés aux mineurs sont testés auprès des jeunes : on peut citer le programme « Lucky, le hasard on ne peut rien y changer » réservé aux jeunes et aux enseignants du secondaire (cassette vidéo) ou les tournées communautaires « Virage » qui présentent un film intitulé « Un jeu d'enfants » utilisé comme base de discussion en l'associant à des témoignages. Leur objectif est pédagogique avant tout. Ces programmes visent à renforcer la capacité des jeunes à affronter les dangers des jeux de hasard et d'argent ; ils essaient de rendre le milieu scolaire plus propice à la prévention des problèmes de jeu chez les jeunes ; ils s'emploient à sensibiliser davantage les parents et demandent de renforcer encore le contrôle de l'accès aux jeux étatisés pour les mineurs.

La population en général et les groupes ciblés font également l'objet de campagnes d'information, par le biais d'émissions télévisées et de chroniques réalisées par Loto-Québec et ses partenaires, mais aussi par le biais de documentaires, de dépliants, de bulletins d'information réalisés par des partenaires indépendants comme le Centre d'excellence sur la prévention et le traitement du jeu pathologique de l'Université de Laval. L'objectif de ces campagnes est de contrebalancer la publicité des opérateurs de jeux et de susciter une prise de conscience accrue des populations, en adaptant l'information aux clientèles spécifiques.

Expérimentations en Nouvelle-Zélande

La seconde approche, testée en Nouvelle-Zélande, et qui bénéficie d'un support financier régulier venant de la taxe sur le jeu, soutient la poursuite de recherches, lance des campagnes dans les médias et organise des débats publics. La coordination accrue des services nationaux impliqués dans le programme renforce l'efficacité des actions entreprises. L'action préventive est menée de façon graduelle le long du *continuum*, les joueurs peuvent recourir à des lignes d'appel, bénéficier d'interventions psychosociales individuelles ou collectives. Les problèmes de jeu enregistrés par le PGC sont répertoriés de façon systématique. Des groupes d'intervention sont formés en plus grand nombre pour agir sur les problèmes de jeu pathologique. L'objectif de cette politique est de renforcer la recherche pour réduire les effets du jeu pathologique, en analysant ses effets socioéconomiques et le rapport coût/bénéfice. Études et actions s'intègrent dans l'Observatoire de la santé publique.

En résumé, les politiques menées par l'Espagne, le Canada et la Nouvelle-Zélande reposent d'abord sur une meilleure connaissance du phénomène du jeu pathologique. En outre, le Canada et la Nouvelle-Zélande ont développé des politiques sociales de prévention valorisant l'éducation, la communication, l'information, pour empêcher l'adoption de pratiques de jeu à risque parmi les joueurs à faible risque auxquelles s'ajoutent pour les joueurs à risque modéré et à haut risque des services de conseil, en groupe ou individuel et des lignes téléphoniques d'aide. Il faut toutefois rappeler que les

résultats de ces politiques récentes restent à évaluer sur une plus longue durée, de façon à mieux en mesurer l'efficacité. Une question reste posée : sont-elles adaptées aux joueurs en danger d'Europe, en particulier à ceux résidant en France ?

Prévention des jeux de hasard et d'argent en France

Historiquement, la prohibition des jeux de hasard peut être considérée comme une forme de prévention et une volonté des pouvoirs publics de réduire radicalement les effets négatifs du *gambling* (en termes de coût social et de santé publique), en interdisant les jeux d'argent. Cependant, cette politique « liberticide » fait débat car elle favorise les jeux clandestins. Par ailleurs, la situation de monopole (loteries, paris hippiques) et de délégation de service public (casinos) que connaît la France peut également être considérée comme une tentative des pouvoirs publics de contrôler et de limiter le jeu (et donc de lutter en amont contre le jeu excessif) tout en préservant l'ordre public. Cet argument, qui fait aussi débat, a été repris ces derniers mois par les responsables politiques et les dirigeants des sociétés de jeu (Française des jeux et PMU) dans leur « dialogue » avec les autorités européennes.

Pour la période contemporaine, à la suite des travaux précurseurs de quelques chercheurs sur le jeu problématique et le *gambling* (à l'Université Lyon 2, au Centre Marmottan, qui par ailleurs organise depuis plusieurs années des « journées d'études sur le jeu excessif »), des messages d'alerte de l'association « SOS joueurs » (voir annexe 7), des actions de la Sous-direction des courses et jeux (SDCJ) concernant les interdits de casinos et à la suite des deux rapports du sénateur Trucy (2002 et 2006) qui ont joué un rôle décisif, un débat s'est amorcé sur la question du jeu « pathologique » et ses conséquences.

Ensuite, dans le contexte d'une demande européenne forte sur la question de la modernisation du secteur des jeux de hasard et d'argent, le gouvernement a amené les trois opérateurs historiques et les syndicats professionnels de casinos à prendre différentes mesures et décrets pour lutter contre le jeu excessif et promouvoir le concept de « jeu responsable » : actions d'information, de prévention, de formation ; financement d'une association et de quelques recherches ; expertises et colloques sur le jeu. Un « Comité pour la mise en œuvre de la politique d'encadrement des jeux et du jeu responsable » (Cojer) a été installé au ministère de l'Économie et des Finances. Il est consultatif et concerne les activités de la Française des jeux.

Les mesures réglementaires de protection, notamment envers les interdits de casino (contrôle d'identité systématique à l'entrée des casinos mis en place en novembre 2006) et les mineurs (interdiction de vente des jeux de la Française des jeux aux mineurs en 2007) ont été renforcées. Les premiers

textes éthiques qui engagent les opérateurs en matière de jeu responsable (protocole pour la promotion du jeu responsable pour les casinos, charte déontologique pour les trois opérateurs) ont été rédigés.

Les actions d'information mises en œuvre sont les suivantes : information des personnels et revendeurs au contact des joueurs sur les caractéristiques du jeu excessif, diffusion de numéros verts et de supports (affiches, plaquettes, brochures, flyers…) dans les espaces de jeu, vulgarisation de différents slogans et logos « jeu responsable », actions de communication dans les médias (communiqués de presse, articles, tribunes dans les journaux…) pour faire connaître la politique de jeu responsable du gouvernement et des opérateurs de jeu.

Plus récemment, les pouvoirs publics français ont engagé d'autres démarches sur le jeu problématique. En 2006, l'addiction au jeu a été inscrite dans le plan 2007-2011 du ministère de la Santé, qui concerne la prise en charge et la prévention des addictions. Les premières recherches sur le jeu pathologique ont été lancées en 2006 et 2007, dans le cadre des « appels à projets Mildt, Inserm, Inca sur les drogues et conduites addictives ». Une mission Mildt concernant le problème des addictions au jeu a été confiée au Professeur Jean-Luc Vénisse (CHU de Nantes) en 2006 (Vénisse, 2007). Un colloque, présidé par le sénateur François Trucy, a été organisé à Paris à la Maison de la Chimie en octobre 2007. La Française des jeux (FDJ) et le PMU ont signé le 20 décembre 2007 une convention avec le CHU de Nantes, en vue de la création du « premier centre de référence sur le jeu excessif ». Cette convention a été signée pour trois ans pour un montant global supérieur à 1 million d'euros (dont 750 000 euros de la FDJ et 250 000 euros du PMU). Signalons également outre la présente expertise demandée par la Direction générale de la santé sur le jeu problématique, trois autres rapports ou missions qui concernent directement la question du jeu excessif et l'évolution du *gambling* contemporain :

• le rapport d'information de la délégation de l'Assemblée Nationale pour l'Union Européenne sur le monopole des jeux au regard des règles communautaires (paru en février 2008) ;

• le rapport de la Commission gouvernementale sur les jeux d'argent en ligne pilotée par Bruno Durieux et mise en place fin 2007 (paru en avril 2008) ;

• la mission sur la conséquence des jeux sur Internet confiée par le ministre du budget Éric Woerth au criminologue Alain Bauer (à paraître).

Prévention dans les casinos

À la demande de la Sous-direction des courses et jeux, les casinos ont été les premiers à mettre en place des actions spécifiques pour lutter contre le jeu excessif et informer leur clientèle sur les risques liés à l'abus de jeu. Ainsi, dans un premier temps, ont été signés un « relevé de conclusions » et une « charte de déontologie » (2003) où les syndicats professionnels de casinos (Casinos de France et Casinos modernes de France) se sont engagés à mieux surveiller les interdits de jeu volontaires et à mettre en place dans les exploitations des

mesures de prévention en matière de jeu problématique. Une enquête interne de la Sous-direction des courses et jeux a été réalisée en 2004 pour mesurer cet engagement. Le résultat a été considéré comme mitigé par la police des jeux, en ce qui concerne la mise en œuvre des interdits de jeu, la formation des personnels, le jeu des mineurs. Suite à cette enquête et après négociations, un « protocole pour la promotion du jeu responsable » a été signé (2005). Il instaure un contrôle aux entrées obligatoire dans tous les casinos à compter du 1er novembre 2006 (ce contrôle concernait préalablement uniquement les jeux de table : roulette, boule…). Une base de données informatique des personnes interdites de casino, actualisée mensuellement, est envoyée depuis cette date à toutes les exploitations. En contrepartie, la durée de l'interdiction volontaire est passée de 5 à 3 ans.

Pendant cette période, des supports (affiches, plaquettes, brochures, flyers…) sur le jeu pathologique ont été diffusés dans les casinos. Le syndicat Casinos modernes de France a organisé un colloque à Paris et financé une recherche sur cette question. Le syndicat Casinos de France a financé « SOS joueurs » et entrepris une collaboration avec cette association, pour sensibiliser les personnels au jeu excessif (séances d'information des personnels dans les exploitations) et permettre aux joueurs qui ont des problèmes de jeu de prendre contact (numéro vert, adresse Internet). Certains grands groupes casinotiers ont créé leur propre structure et numéro vert pour « conseiller » les joueurs en difficulté (Groupe Partouche avec Adictel). La plupart des casinos ont engagé des formations internes pour sensibiliser leurs personnels au jeu problématique. Par exemple, dans les établissements du groupe casinotier Moliflor Loisirs, des « personnes référentes » ont été spécialement formées parmi le personnel d'encadrement pour repérer et informer les joueurs excessifs.

L'information/prévention sur le jeu responsable est reprise sur les sites Internet des casinos ou des groupes casinotiers.

Prévention mise en place par la Française des jeux

Les actions entreprises par la FDJ pour la mise en œuvre de sa politique d'encadrement des jeux et en faveur du jeu responsable sont pour la plupart récentes (2006-2007).

Un « Comité consultatif pour la mise en œuvre de la politique d'encadrement des jeux et du jeu responsable » (Cojer) a été créé en février 2006 avec une mission consultative. Il doit conseiller le ministre du budget dans la mise en œuvre de la politique d'encadrement des jeux exploités par la FDJ.

Les actions concernent le financement de l'association « SOS joueurs » et la rédaction d'une « charte éthique » disponible sur le site de la FDJ (cette charte figure également dans la version papier du « Journal des règlements de jeux de la FDJ », que chaque joueur peut recevoir gratuitement). Des mesures de modération concernant le jeu Rapido ont été mises en place en 2005 :

la mise maximale passe de 4 000 à 1 000 euros et le nombre de tirages auquel donne droit un bulletin est diminué. Le magazine des détaillants de la FDJ (« Profession jeux ») consacre un dossier sur le jeu responsable, préparé en collaboration avec Robert Ladouceur et Claude Boutin (Université de Laval, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, mai 2006). Des mesures de prévention à destination des mineurs de moins de 16 ans ont été mises en place en 2006 pour « ne pas les inciter à jouer ». Une interdiction de tous les jeux de la FDJ au moins de 18 ans est ensuite instaurée à partir du 1er juillet 2007 (un autocollant signale cette interdiction chez les revendeurs FDJ, un flyer est disponible sur cette interdiction). En 2006, un « directeur du programme jeu responsable » est nommé au siège de la FDJ.

Un slogan/logo jeu responsable (« Restez Maître du jeu : fixez vos limites ») est apposé progressivement sur l'ensemble des bulletins, tickets, publications… de la FDJ (2006-2007). Pour informer la clientèle de la FDJ sur le jeu excessif, différentes publications spécifiques sont diffusées depuis fin 2006/janvier 2007, notamment un flyer et une plaquette.

Le flyer « Quel joueur êtes-vous ? 8 questions pour vous tester » permet au joueur de « mesurer » s'il a un comportement responsable face au jeu. Ce document donne également différentes informations sur le jeu excessif (« conseils pour un comportement de jeu responsable », « quand le jeu devient dépendance », « les signes avant-coureurs », « pour que le jeu reste un plaisir »). Un numéro de téléphone permet de contacter « SOS joueurs » pour « le prix d'un appel local » (octobre 2006, 4 volets, 4 millions d'exemplaires). Une nouvelle version de ce flyer est diffusée au 2e semestre 2007. Ce flyer plus lisible et plus maniable que le précédent comporte cependant des modifications qui font sens dans la notation du test d'auto-évaluation (2e semestre 2007, 8 pages).

La plaquette « La Française des jeux et vous » (octobre 2006, 12 pages, 7 millions d'exemplaires) consacre deux pages sur douze au jeu responsable, tout en présentant les principaux chiffres et jeux de l'opérateur : « une société pas comme les autres », « la règle des jeux », « un modèle de jeu responsable », « des jeux pour tous les goûts ».

L'information/prévention de la FDJ sur le jeu excessif est reprise sur son site Internet et sur les écrans présents chez certains revendeurs.

Mesures prises par le PMU

En 2006/2007, le PMU a pris un certain nombre de mesures en faveur du jeu responsable :

- diffusion d'un slogan (« Jouons responsable ! ») sur les différents bordereaux ;
- flyers, publications… avec parfois un sous-titre « Pour que les courses restent un plaisir » ;

• publication d'un dossier de deux pages consacré au parieur responsable (« Pour que le pari hippique reste un plaisir » dans le numéro 11 de « PMU Mag : le magazine des parieurs », mars-avril 2007) ;
• édition de deux flyers « Jouons responsable » dans les bars/PMU comportant le numéro de téléphone et le site Internet de « SOS joueurs » : un flyer simplifié (3 volets, avril 2006) et un flyer plus dense « Jouons responsable » (3 volets, septembre 2007) qui apporte différents conseils : « tenez-vous informé », « restez vigilant », « fixez vous un budget » et comporte un test en 8 questions. Cette information/prévention est reprise sur le site Internet du PMU.

En l'absence d'autorité unique de régulation de l'ensemble du secteur des jeux, les mesures préventives sont donc, pour l'instant, l'œuvre des opérateurs eux-mêmes, ou de leurs tutelles spécifiques. Les bénéficiaires du marché du jeu sont, en même temps, chargés d'en limiter les risques. Cette approche de type « développement durable » comporte d'évidentes limites, et ne peut suffire à définir une politique de santé publique.

Prévention concernant le *gambling* sur Internet

Les jeux de hasard et d'argent se développent avec toutes sortes de nouvelles technologies : les machines à sous sophistiquées, les jeux avec la télévision interactive, avec le téléphone. Il n'est plus nécessaire d'avoir recours à des destinations spécifiques, comme Las Vegas ou Atlantic City ou vers des établissements situés dans les villes. Le jeu se déplace vers les lieux de travail et le domicile. Avec Internet, les régulations habituelles du jeu disparaissent.

Spécificités des problèmes de jeu avec les nouvelles technologies

L'auteur le plus prolixe dans le domaine, Mark Griffiths, a examiné l'impact des nouvelles technologies sur le « *gambling* ». La technologie fournit de nouvelles opportunités de marché non seulement par le fait d'une amélioration technologique des jeux déjà existants (machines à sous beaucoup plus sophistiquées, vidéo loteries, télévision interactive, jeux sur téléphone portable…), mais aussi parce que les jeux arrivent sur Internet ce qui signifie au domicile du joueur (Griffiths, 2003). D'autres facteurs font du jeu en ligne une activité séduisante, en particulier : l'accessibilité physique et financière, l'anonymat (les 3 notions : *access*, *affordability*, *anonymity ou accessibilité physique et financière et anonymat* de Cooper, 1998).

La diffusion d'Internet donne un large accès à ses services, du lieu de travail ou du domicile avec un coût faible ; or la prévalence d'un comportement est liée à son accessibilité. Des études ont montré que lorsque l'accès au jeu est facilité, il y a une augmentation non seulement de joueurs réguliers mais aussi une augmentation de problèmes pour certains joueurs (Griffiths, 1999).

L'anonymat évite au joueur d'être stigmatisé par sa pratique, lui donne l'impression plus grande d'un contrôle sur le contenu. L'anonymat peut accroître le sentiment de confort puisqu'il y a moins de possibilités de voir la désapprobation de l'entourage, il n'y a plus de face à face avec l'autre.

Les jeux qui offrent des gains dans des laps de temps courts et répétés sont particulièrement dangereux. Ces modes de jeux utilisent le conditionnement selon les principes psychologiques de l'apprentissage. Le jeu d'argent sur Internet offre les mêmes excitations visuelles que les machines à sous et VLTs (*Video Lottery Terminal*). Il a été démontré que l'accélération de l'engagement personnel renforce l'illusion de contrôle, ce qui en retour peut donc augmenter le jeu.

La nature sociale de l'activité de jeu se transforme avec Internet en activité a-sociale. Des observations de joueurs sur machines à sous (Griffiths, 1991 ; Fischer, 1993), en particulier auprès d'adolescents, vont dans ce sens. La plupart des joueurs excessifs disent qu'il s'agit d'une activité solitaire (Griffiths, 1995). On peut penser qu'à mesure que le jeu d'argent deviendra technologique, les problèmes vont augmenter, en raison de la nature a-sociale de cette activité de jeu (Griffiths, 2003).

Pour un joueur d'argent, Internet peut être un médium dangereux pour plusieurs raisons : certains logiciels peuvent développer des tendances addictives ; les paris minimum sont moins élevés sur Internet qu'au casino ; les groupes fragiles (adolescents, joueurs excessifs…) qui pourraient être mis en garde par un employé de l'établissement de jeu n'ont personne pour limiter leur accès au jeu. De plus, la banalisation de l'accès à Internet dans l'entreprise augmente la possibilité de pratiques de jeu.

Par ailleurs, la monnaie électronique peut conduire à une « suspension du jugement » ; le joueur n'a plus le sens de la valeur financière. Des sites de jeu apparaissent automatiquement lors de recherches sur Internet, grâce à des incrustations. Le plus préoccupant est la façon dont les sites recueillent des données sur les joueurs (habitudes et pratiques de jeu), ainsi que leurs méthodes de marketing qui donnent l'illusion qu'ils connaissent les joueurs et sont loyaux.

L'utilisation d'outils multimédia : Internet, *wap* (*wireless application protocol*) qui permet un usage simplifié d'Internet, assistant digital personnel (PDA), télévision interactive (i-TV), téléphone mobile, permet d'utiliser des services et de payer en ligne.

Le jeu sur Internet permet naturellement des jeux de casino comme les machines à sous, le black jack, la roulette et le poker. Ces jeux requièrent des sons, de l'interactivité, du graphisme, ce que ne peut pas faire le téléphone portable. Seuls les paris sportifs sont possibles actuellement avec le téléphone mobile (*wap)*. Mais, les prochaines générations de téléphones mobiles permettront de jouer aux jeux de casino.

Par ailleurs, le partage d'informations entre services électroniques peut permettre d'inciter aux paris. Par exemple, si un utilisateur a acheté un billet

pour un match de foot par un service électronique, ce service peut partager l'information avec une compagnie de paris. La mise en contexte, la simplicité et la rapidité peut convaincre des personnes qui ne sont jamais entrées dans un lieu pour parier.

Utilisation des nouvelles technologies pour améliorer la prévention

Griffiths (2003) suggère des retombées potentielles de l'innovation technologique qui devrait être utilisée pour la prévention. Les sites de jeu d'argent pourraient contenir des liens vers des sites de prise de conscience (*relevant awareness*). Concernant les sites qui utilisent le « *tracking* », de telles données pourraient être utilisées pour identifier les joueurs à problèmes et les aider plutôt que les exploiter. Certains joueurs à problèmes pourraient bénéficier d'aide avec la thérapie en ligne.

Depuis 1995, des recherches ont été effectuées au Canada pour développer des sites de promotion de la santé avec les jeunes. Le but du site Internet « YouthBet.net » est de prévenir les problèmes de jeu des jeunes, grâce à un site multimédia fondé sur une approche de santé publique (tableau 18.I). Des jeunes ont participé à sa conception. Les jeunes qui ont consulté ce site ont aimé la façon interactive de présenter des informations sur les jeux au travers de jeux réalistes et de quizzes, ils ont dit vouloir retourner sur le site et le recommander à des amis (Korn et coll., 2006). « YouthBet.net » pourrait être un outil d'éducation amusant utilisé par les enseignants en classe.

Dans un but de promotion de la santé, des informations multiples sur le comportement et les problèmes des joueurs sont présentées, des conseils sur la gestion du temps, la gestion de l'argent, la perception du risque, l'auto-engagement (*gambling self assessment*) sont donnés. Des numéros de téléphone ainsi que l'aide en ligne sur le jeu sont accessibles pour les jeunes qui sentent avoir des problèmes avec le jeu. Mais Korn et coll. (2006) ne présentent pas l'évaluation de l'outil sur le site et n'expliquent pas comment les attitudes vis-à-vis du jeu changent. Seule est présentée l'évaluation de l'usage du site (accessibilité…) dans laquelle les utilisateurs disent avoir appris des choses sur le jeu et beaucoup affirment qu'ils ont réalisé qu'ils jouaient trop (Korn et coll., 2006).

Tableau 18.1 : Stratégies de santé publique pour « YouthBet.net » (d'après Korn et coll., 2006)

Stratégie	Type d'intervention	Outils	Objectifs	Concept
Promotion de la santé	Gestion du temps	Le temps dans la vie	Promouvoir une gestion du temps équilibrée entre le JHA (jeu de hasard et d'argent) et les autres activités	Contemplation[e] Balance décisionnelle[a,e]
	Perception générale du risque	Le risque dans les affaires	Explorer le concept de risque et la perception individuelle du risque	Susceptibilité[a] Sévérité[a] Pré-contemplation[e]
	Gestion de l'argent	Dépense ton argent	Simuler le JHA dans un environnement sans risque où les jeunes peuvent choisir de jouer ou non leur argent	Contemplation[e] Balance décisionnelle[a,e] Attente[c]
	Compétences en prise de décision	1. Scenarii de paris 2. Changer ou ne pas changer	Décisions éclairées et conséquences du JHA dans trois domaines : relation à l'argent, valeurs et sentiments personnels	Contemplation Balance décisionnelle[a,e] Sentiment de la valeur du résultat[c] Croyance normative[b]
Prévention primaire	Paris, hasard et probabilités	Paris, hasard et probabilités	Démontrer et enseigner les principes des cotes des paris, du hasard et des probabilités	Pré-contemplation[e] Prise de conscience[e] Capacité[c]
Prévention secondaire	Auto-évaluation (SOGS-RA)	Êtes-vous à risque d'avoir des problèmes avec le jeu ?	Donner aux jeunes l'opportunité d'évaluer leur implication dans le JHA et leur risque d'avoir des problèmes	Pré-contemplation[e] Préparation[e] Action[e] Susceptibilité[a] Auto-détermination[d]
Réduction des méfaits	Minimiser les conséquences négatives	Si vous jouez, faites-le à moindre risque Les signes du jeu problématique Les voies gagnantes vers le jeu sans risque Les caractéristiques du jeu à moindre risque	Fournir aux personnes concernées des informations sur leurs pratiques de jeu	Action[e] Capacité[c] Auto-efficacité[c] Perception du contrôle[b] Auto-détermination[d]
	Relais avec des lieux ressources en matière de traitement (référents)	Ligne d'aide aux problèmes de jeu de l'Ontario Ligne téléphonique d'aide pour les jeunes	Fournir des noms de personnes ressources que les jeunes peuvent contacter à propos de leur dépendance au jeu ou celle de quelqu'un d'autre	Action[e] Capacité[c] Auto-efficacité[c] Perception du contrôle[b] Auto-détermination[d]

[a] *Health Belief Model* (Strecher et Rosenstock, 1997) ; [b] *Theory of Reasoned Action/Planned Behavior* (Fishbein et Ajzen, 1975 ; Ajzen, 1991) ; [c] *Social Learning/Social Cognitive Theory* (Bandura, 1997 ; Baranowski et coll., 1997) ; [d] *Self Determination Theory* (Ryan et Deci, 2000) ; [e] *Transtheoretical Model* (Prochaska et coll., 1992)

Selon Griffiths (2003), les éditeurs de jeu d'argent sur Internet doivent être socialement responsables et devraient pouvoir adhérer à un code de bonne conduite qui permettrait de vérifier un certain nombre de points : âge du joueur, paiement limité aux cartes de crédit de joueurs majeurs, seuil limite de crédit, possibilité d'auto-exclusion et de demande d'aide, notes pour dire aux joueurs de contrôler leur jeu, pages d'accueil avec logo du partenaire responsable socialement et lien vers ce partenaire, information sur les lieux pour avoir de l'aide, obligation de confirmation après un pari pour laisser une chance de changer d'avis, pas d'encouragement à rejouer, restriction des modes d'entraînement et engagement au jeu responsable.

Amélioration de la connaissance du domaine

Les jeux d'argent qui offrent des gains fréquents, un éventail de jeux variés et la possibilité de rejouer très vite, sont associés à des problèmes d'abus de jeu. Cela a été observé avec les machines à sous. La fréquence des opportunités de jeu est un facteur sans conteste du développement du jeu excessif.

Avoir des données épidémiologiques fiables est indispensable pour faire de la prévention, de même que connaître la typologie de joueurs et les facteurs de risque spécifiques. L'information de la population sur les risques est essentielle. Le contenu doit porter sur les premiers symptômes de l'abus et la dépendance, ainsi que sur les répercussions au niveau relationnel. Le joueur et son entourage doivent prendre conscience le plus rapidement possible du problème. Une réflexion collective pluridisciplinaire sur les risques que comportent certaines offres de jeu pourrait porter sur :

- les risques liés aux modalités de promotion des jeux contribuant à forger certaines croyances ;
- les risques liés à des facteurs situationnels comme l'accessibilité ;
- les risques structurels tenant à la nature du produit-jeu.

De ce point de vue, il y a beaucoup à faire pour comprendre les spécificités des jeux de hasard et d'argent sur Internet (délai entre mise et obtention possible du gain, fréquence de répétition possible du jeu en particulier). Il est important de prendre en compte les différents types de jeu et leurs risques associés.

La pratique des jeux vidéo et des jeux en ligne sur Internet (*playing*) qui ne concerne pas les jeux d'argent est susceptible de donner lieu également à abus, voire à dépendance, mais avec une problématique qui doit être distinguée du « classique » jeu pathologique, qui concerne les jeux de hasard et d'argent. Elle en diffère notamment par l'absence d'enjeux financiers, de surendettement, et donc de nombre de conséquences négatives. Elle en est aussi très différente, à l'heure actuelle, du fait du profil très différent des sujets concernés, qui sont en majorité des jeunes adultes, encore dépendants du milieu familial. Il s'agit d'une « cyberdépendance ».

Il existe donc une diversification du profil des personnes dépendantes. Un éclairage particulier peut être donné par la clinique autour des questions

des formes de socialisation et des pratiques ludiques permises par les nouvelles technologies, mais aussi par des approches sociologique, anthropologique et économique. De telles études pourraient être menées dans le cadre d'un observatoire du jeu en France impliquant les opérateurs de jeux de hasard et d'argent et les opérateurs de jeux sur Internet et jeux vidéo.

Programmes d'accès aux soins des joueurs pathologiques

Un des problèmes majeurs dans la prise en charge des joueurs pathologiques est constitué par la faible demande de soins. Il est ainsi estimé dans la littérature qu'environ 3 à 11 % des joueurs pathologiques demandent de l'aide auprès de services spécialistes (Sullivan et coll., 2007). Cette constatation oblige à mettre en place des actions permettant une meilleure prise en charge de ces patients. Dans certains pays (Canada, Nouvelle-Zélande), des programmes de santé publique centrés sur le jeu pathologique ont tenté d'améliorer, entre autres, l'accès aux soins (Allard et Papineau, 2006) (tableau 18.II).

Les barrières limitant l'accès aux soins des joueurs pathologiques sont de plusieurs ordres. Ainsi, dans une étude téléphonique en population générale, Rockloff et Schofield (2004) ont tenté d'identifier « les motifs exprimés » limitant l'accès aux soins. Les barrières potentielles de l'accès aux soins étaient dans cette étude : l'accessibilité des soins, la stigmatisation liée à la prise en charge, le prix et l'efficacité supposée des prises en charge. Il apparaît ainsi qu'il convient, pour espérer améliorer l'accès aux soins, de mettre en place une campagne de déstigmatisation et d'information sur le jeu pathologique et son traitement. La question du coût de la prise en charge doit être discutée (gratuité des soins).

D'autres limites ont pu être mises en évidence dans la littérature. Dans une population de joueurs pathologiques, Sobell et coll. (1991) ont examiné les croyances limitant l'accès aux soins. Ils retrouvaient que la majorité des joueurs pathologiques interrogés pensaient pouvoir s'en sortir par eux-mêmes (82 % d'entre eux). La stigmatisation et la mauvaise connaissance du système de soin constituaient les autres motifs principaux limitant l'accès aux soins.

Parmi les moyens visant à améliorer l'accès aux soins, il est avancé l'idée de ne pas fixer comme seul objectif thérapeutique l'abstinence et de ne pas bâtir les programmes de soins sur ce seul objectif. En effet, chez certains joueurs pathologiques des objectifs thérapeutiques « inaccessibles », comme le sevrage, peuvent constituer une barrière à l'accès aux soins (Robson et coll., 2002). À l'image de ce qui est proposé dans les autres addictions, l'objectif des soins devrait être de proposer des programmes visant à limiter les dommages et les dégâts liés à la conduite de jeu. Robson et coll. (2002) ont ainsi pu montrer, qu'il était possible de diminuer les dépenses et certaines conséquences sociales liées au jeu pathologique, en proposant à certains joueurs

pathologiques une intervention centrée sur le contrôle du jeu. Les programmes de traitement fondés sur le contrôle du jeu et non sur l'abstinence s'avèrent, dans la littérature, efficaces et facilement accessibles (Ladouceur, 2005).

Tableau 18.II : Aménagements aux programmes de traitement sur le jeu souhaités par les usagers au Canada (d'après Allard et Papineau, 2006)

Aménagements généraux
Plus de services en région
Ligne téléphonique avec intervenant 24 h/24 et 7 jours/7
Possibilité d'intervention professionnelle de crise à domicile
Meilleur réseautage avec les CLSC (centres locaux de services communautaires)
Avant le traitement
Moins de délais d'attente de traitement
Plus d'information sur les services offerts (joueurs et proches)
Pendant le traitement
Prolongement de la durée (peu importe la durée du traitement suivi)
Raccourcissement de la durée (peu importe la durée du traitement suivi)
Préférence pour le groupe et non l'individuel (en région surtout)
Préférence pour des groupes de joueurs seulement
Besoin d'intervenants qualifiés, crédibles, présents, sérieux, solides, qui ont de l'expérience…
Possibilité d'inviter des proches aux réunions (en l'occurrence, son patron)
Plus de contenu portant sur la motivation
Plus de contenu sur les facteurs familiaux, économiques, culturels
Matériel d'information plus résumé, distinct selon les dépendances
Gratuité ou baisse des frais pour des thérapies internes
Système d'autoexclusion efficace
Diversifier les services
Faire payer la thérapie par les assurances (privées ou assurance maladie)
Visite avec le thérapeute au casino
Après le traitement
Disponibilité d'aide pour les rechutes
Importance de garder le contact, un suivi, des liens…
Suivi post-thérapeutique d'un an payé par le gouvernement
Disponibilités d'arrangements financiers
Maison communautaire d'hébergement, de formation et de réinsertion pour ceux qui ont tout perdu
Programme gouvernemental de réinsertion
Concernant le jeu
Arrêt de la publicité trompeuse
Regroupement des ALV (appareils de loterie-vidéo) dans les casinos
Plus de budget au traitement et à la prévention
Affichage sur les ALV de leur fonctionnement et taux de retour aux joueurs
Colloques sur les dangers du jeu
Employé disponible pour les joueurs à problèmes au casino

Au Québec et en Nouvelle-Zélande, les recommandations insistent sur le fait de pouvoir diversifier l'offre de soins et de développer des programmes de

traitements divers reposant sur des méthodes et des techniques validées. Parmi les possibilités de diversification des soins, en dehors des stratégies visant au jeu contrôlé, il est proposé de développer les techniques validées de « prises en charge brève » (Shaffer et Korn, 2002). Ces techniques d'intervention brèves, même réalisées par téléphone, ont montré leur efficacité pour contrôler les manifestations du jeu pathologique (Hodgins et coll., 2001). Le plus souvent, ces techniques reposent sur le modèle transthéorique du changement développé par Prochaska et coll. (1992).

Il est également suggéré de mettre en place des programmes de traitement sur Internet (Griffith et Cooper, 2003 ; Griffith, 2005). Cette technique permet probablement de diminuer les réticences à accéder aux soins du fait de l'anonymat et de sa facilité d'accès. De nombreux formats de conseils et de soins existent déjà sur Internet comme la thérapie *online*, la cyberthérapie, la e-thérapie. Ce type de prise en charge constitue une alternative aux modes « classiques » de thérapie. Il semble par ailleurs que le coût de ces méthodes de prise en charge sur Internet soit peu élevé.

La question de la formation des intervenants de première ligne (médecins généralistes) et des intervenants spécialisés constitue un enjeu important pour améliorer l'accès aux soins. Ainsi, en Nouvelle-Zélande, depuis 2006, un plan gouvernemental visant à minimiser les conséquences sanitaires (troubles psychiatriques, suicides, problèmes médicaux) et sociales (surendettement..) du jeu pathologique a été lancé. La formation des acteurs du soin de première ligne (médecins généralistes) au repérage du jeu pathologique est proposée parmi les mesures visant à améliorer la prise en charge et l'accès aux soins. L'étude conduite par Sullivan et coll. (2007) montre que la grande majorité des patients en médecine générale accepte de remplir des auto-questionnaires pour le dépistage du jeu pathologique. Les patients indiquent que le médecin généraliste constitue pour eux la personne appropriée pour les aider avec le problème du jeu pathologique. Ceci est confirmé par l'étude de Goodyear-Smith et coll. (2006), pour qui le médecin généraliste apparaît comme un partenaire majeur dans l'identification et la prise en charge des joueurs pathologiques, surtout chez ceux se plaignant de dépression et d'anxiété. Les médecins généralistes ne sont pas les seuls intervenants de première ligne à former. Des programmes de formation au repérage du jeu pathologique sont proposés dans certains pays (Canada, Australie..) aux intervenants de première ligne en santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux...). Ces programmes sont généralement de courte durée (quelques jours au maximum). Le plus souvent la nécessité de mettre rapidement en place, après ces formations, des supervisions et des ateliers de perfectionnement est soulignée par les promoteurs de ces programmes (Ladouceur et coll., 2005).

Si des actions en faveur des intervenants de première ligne sont nécessaires, un travail en direction des intervenants en addictologie doit également être fait. Dans sa revue des actions nécessaires pour améliorer l'accès aux soins et

la prise en charge des joueurs pathologiques, Hansen (2006) suggère d'augmenter le niveau de compétence sur le jeu pathologique des thérapeutes en addictologie. Il convient pour lui d'améliorer leurs connaissances des stratégies efficaces dans le jeu pathologique afin de ne plus en référer aux seuls traitements résidentiels ou aux traitements « multimodaux ».

Des actions doivent être menées chez les patients souffrant de troubles psychiatriques ou d'addiction. En effet, parmi les populations de patients en contact avec le système de soin psychiatrique ou spécialisé pour les addictions en Amérique du Nord, on estime que la prévalence vie-entière de jeu pathologique est de 14 % (Shaffer et coll. 1997 cités par Drebing et coll., 2001). Le plus souvent, ces patients ne sont pas repérés et n'ont pas de prise en charge spécifique pour ce problème (Drebing et coll., 2001). Pour la majorité des auteurs, plusieurs éléments concourent à cette sous-évaluation et à la faible prise en charge du jeu pathologique : méconnaissance du trouble, absence de formation des personnels, méconnaissance des stratégies efficaces de traitement possible. L'importance de l'association entre le jeu pathologique et les autres addictions justifie la mise en place de formation des intervenants dans le domaine des addictions au repérage et à la prise en charge du jeu pathologique pour de nombreux auteurs (Orford et coll., 2003).

En conclusion, la prévention du jeu excessif fait suite et complète le cadrage législatif instauré dans différents pays face à la prise de conscience des problèmes posés par les jeux de hasard et d'argent. Des pays tels que le Canada et la Nouvelle-Zélande ont expérimenté des politiques de prévention fondées sur la création de lignes d'appel, l'information et la sensibilisation de la population, notamment des mineurs. Ces stratégies font appel à la formation d'intervenants de proximité et à l'utilisation des médias. En France, l'engagement des pouvoirs publics dans ce domaine est très récent. Les opérateurs de jeux (FDJ, PMU) diffusent des supports d'information sur les risques du jeu excessif et les casinos se sont engagés à renforcer les contrôles aux entrées. Les nouvelles formes de jeu sur Internet touchent une population plus diversifiée que les jeux traditionnels, et les nouvelles technologies pourraient être utilisées pour prévenir les problèmes de dépendance à ces jeux. Enfin, les freins à l'accès aux soins des joueurs pathologiques sont nombreux et des interventions fondées sur le contrôle du jeu plutôt que l'abstinence seraient plus efficaces. Là également, des formations s'avèrent indispensables pour les différents acteurs impliqués.

Bibliographie

ABBOTT MW, VOLBERG RA. Taking the pulse on gambling and problem gambling in New Zealand: A report on phase one of the 1999 National Prevalence Survey.

Report number three of the New Zealand Gaming Survey. Wellington, Department of Internal Affairs, 2000, 286p

AJZEN I. The theory of planned behaviour. *Organizational behaviour and human decision processes* 1991, **50** : 179-211

AL KURDI C, SAVARY JF. Étude d'un dispositif inter-cantonal de lutte contre le jeu excessif. Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies, rapport final, 2005

ALLARD D, PAPINEAU E. Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique /Rapport synthèse. Institut national de santé publique du Québec, 2006

BANDURA A. Self-efficacy. The exercise of control. WH Freeman and Company, New York, 1997

BARANOWSKI T, PERRY CL, PARCEL GS. How individuals, environments and health behaviour interact: social cognitive theory. *In* : Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice. 2nd Edition. GLANZ K, LEWIS FM, RIMMER BK (eds). Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1997

COOPER A. Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *Cyberpsychology and behavior* 1998, **1** : 181-187

DREBING E, MELLO A, PENK W, REBS C, VAN ORMER EA, et coll. Clinical care of gambling disorders : training, experience, and competence among VHA psychologists. *J Gambling Studies* 2001, **17** : 117-136

DUCHENEAUT N, YEE NI, NICKEL E, POORE RJ. Building an MMO with mass and appeal, games and culture. Sage Publications, Vol 1, Number 4 october 2006 : 281-317

FISCHER S. Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies* 1993, **9** : 277-288

FISHBEIN M, AJZEN I. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA Addison-Wesley, 1975

GOODYEAR-SMITH F, ARROLL B, KERSE N, SULLIVAN S, COUPE N, et coll. Primary care patients reporting concerns about their gambling frequently have other co-occuring lifestyle and mental health issues. *BMC Family Practice* 2006, **7** : 25

GRIFFITHS M. Psychobiology of the near-miss in fruit machine gambling. *J Psychol* 1991, **125** : 347-357

GRIFFITHS M. Adolescent Gambling. London Roudedge, 1995

GRIFFITHS M. Gambling Technologies: Prospects for Problem Gambling. *J Gambl Stud* 1999, **15** : 265-283

GRIFFITHS M. Internet Gambling : issues, concerns, and recommandations. *CyberPsychology and Behavior* 2003, **6** : 557-568

GRIFFITHS M. Online therapy for addicitive behaviors. *Cyberpsychology and Behavior* 2005, **8** : 555-561

GRIFFITHS M, WOOD RT. Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the internet. J *Gambl Stud* 2000, **16** : 199-225

GRIFFITHS M, COOPER G. Online therapy : implications for problem gamblers and clinicians. *Brit J Guidance and Counseling* 2003, **31** : 113-135

GRIMARD G, LADOUCEUR R. Intervention favorisant le jeu contrôlé chez les joueurs à risque. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2004, **14** : 8-14

HANSEN M. Treatment of problem and pathological gambling in the Nordic countries : where are now and where do we go next ? *J Gambling Issues* 2006, **18** : 91-106

HODGINS DC, CURRIE SR, EL-GUEBALY N. Motivational enhacement and self-help treatment for problem gambling. *J Counsult and Clin Psychol* 2001, **69** : 50-57

KORN DA, SHAFFER HJ. Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. *J Gambl Stud* 1999, **15** : 289-365

KORN D, MURRAY M, LORRISON M, REYNOLDS J, SKINNER HA. Engaging youth about gambling using the internet : the YouthBet.net website. *Can J Public Health* 2006, **97** : 448-453

LADOUCEUR R. Controlled gambling for pathological gamblers. *J Gambling Studies* 2005, **21** : 51-59

LADOUCEUR R, LACHANCE S, SYLVAIN C, BOUTIN C, DUMONT M. Formation de personnes-ressources pour le traitement des joueurs excessifs : regard sur l'expérience québecoise. *Revue Francophone Clin Comportementale Cognitive* 2005, **10** : 12-18

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005. 2002

MINISTRY OF HEALTH. Preventing and minimising gambling harm: strategic plan 2004-2010. Wellington, Ministry of Health, 2005. http://www.moh.govt.nz/problemgambling

MINISTRY OF HEALTH. Preventing and minimising gambling harm 2007-2010: consultation document. Three-year service plan, problem gambling needs assessment, and problem gambling levy calculations. Wellington, Ministry of Health, August 2006

ORFORFD J, BOULAY S, COPELLO A, GRAVES N, PURSER B, DAY E. Gambling and problem gambling among clients, and staff atitudes, in an alcohol and drug problems treatment service in the English Midlands. *Inter Gambling Studies* 2003, **3** : 171-181

PROBLEM GAMBLING COMMITTEE. Annual report and audited accounts for 2003 to 2004. New Zealand 2004

PROCHASKA J, DICLEMENTE C, NORCROSS J. In serch of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol* 1992, **47** : 1102-1114

REISIG M, RIHS-MIDEL M. Dépistage du jeu excessif par les professionnels de santé. *Alcoologie et addictologie* 2007, **29** : 155-160

ROBSON E, EDWARDS J, SMITH G, COLMAN I. Gambling decisions : an early intervention program for gamblers. *J Gambling Studies* 2002, **18** : 235-242

ROCKLOFF MJ, SCHOFIELD G. Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *J Gambling Studies* 2004, **20** : 121-126

RYAN RM, DECI EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000, **55** : 68-78

SHAFFER HJ, KORN DA. Gambling and related mental disorders : a public health analysis. *Annu Rev Public Health* 2002, **23** : 171-212

SOBELL LC, SOBELL MB, TONEATTO T. Recovery for alcohol problems without treatment. *In* : Self control and the addictive behaviors. HEATHER N, MILLER WR, GREESLEY J (eds). Maxwell Macmillan, Botany, Australia, 1991 : 198-242

STRECHER VJ, ROSENSTOCK IM. The health belief model. *In* : Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice. 2nd Edition. GLANZ K, LEWIS FM, RIMMER BK (eds). San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1997

SULLIVAN S, MCCORMICK R, LAMONT M, PENFOLD A. Problem gambling: patients affected by their own or another's gambling may approve of help from general practitioners. *New Zealand Med J* 2007, **120** : 1-8

TRUCY F. Les jeux de hasard et d'argent en France. Rapport d'information au Sénat, 2002

TRUCY F. L'évolution des jeux de hasard et d'argent. Rapport d'information au Sénat, 2006

VENISSE JL, ADES J, VALLEUR M. Rapport pour la Mildt concernant le problème des addictions aux jeux. 2007

WHEELER B. Problem gambling geography in New Zealand. Public Health Intelligence, Ministry of Health, 2003

YOUNG K. Psychology of computer use : XL addictive use of the Internet : a case that breaks the stereotype. *Psychological reports*. 1996, **79** : 899-902

Synthèse

Depuis 300 ans, les jeux de hasard et d'argent n'ont cessé de se développer sous différentes formes, dans les sociétés occidentales. D'abord interdits en France par l'État royal et longtemps clandestins, ils ont été légalisés dans le dernier tiers du XVIIIe siècle avec la création de la Loterie royale. Les principes définis à l'époque de la plupart des jeux de hasard et d'argent perdurent encore de nos jours.

Dans les jeux de hasard et d'argent, le sujet mise de façon irréversible un bien (argent ou objet) et l'issue du jeu aboutit à une perte ou un gain, en fonction partiellement ou totalement du hasard. Ces jeux ont depuis longtemps une dimension sociale et économique. Dans le contexte social actuel (incitation aux crédits, valorisation de la consommation, explosion de l'offre des jeux), les diverses formes de dépense compulsive (des achats aux jeux d'argent) pourraient constituer une « mauvaise rencontre » entre un individu fragile face à ses désirs insatisfaits et une offre commerciale aguichante donnant l'illusion de combler un « manque à être ».

Une pratique de jeu excessive apparaît comme le produit d'une histoire personnelle et d'un contexte social, économique, historique, culturel global. Autant dire que si cette pratique est un problème de santé publique, elle a fondamentalement des causes et des conséquences sociales et, dans ce sens, elle constitue un révélateur de notre société. Si l'expertise fait une large part aux travaux psychologiques et médicaux pour l'analyse du jeu pathologique, il n'est en aucun cas question d'en évacuer les causes sociales, économiques et culturelles, susceptibles de rendre compte du jeu excessif et du *gambling*[25].

L'approche sociologique des jeux de hasard et d'argent considère en effet que la plus ou moins grande « proximité » qui existe entre le joueur et son jeu dépend des rapports que le joueur noue avec son jeu, dans un contexte social et biographique donné.

Bien que l'existence de joueurs pathologiques ait été décrite dès 1929, la notion de jeu pathologique est apparue dans la littérature scientifique vers la fin des années 1980. Le joueur excessif a tout d'abord été considéré comme présentant des troubles des impulsions, puis cette pathologie s'est trouvée incluse progressivement dans le groupe des « addictions sans substances ». C'est à cette époque qu'il a été suggéré que la meilleure méthode pour étu-

25. Terme anglophone désignant les jeux de hasard et d'argent

dier les troubles addictifs serait, non pas de considérer chacun d'entre eux comme une entité isolée, mais plutôt de « rechercher une origine ou un mécanisme communs aux addictions qui s'exprimeraient par une multitude d'expressions comportementales ». L'analyse de la littérature scientifique internationale sur le « jeu pathologique » conduit à proposer aujourd'hui différents modèles issus du champ psychanalytique, psychologique, psychobiologique pour rendre compte des hypothèses de travail des chercheurs sur l'addiction au jeu. Ces différents modèles intègrent les interactions multiples entre des facteurs individuels et des facteurs environnementaux. Comme pour l'addiction aux substances, l'addiction au jeu peut résulter d'une rencontre entre un produit, une personnalité et un moment socio-culturel. L'apparition récente des jeux vidéo et sur Internet ouvre de nouveaux champs de recherche sur la problématique de l'addiction.

L'identification des différents facteurs de risque et de vulnérabilité au jeu pathologique, de même qu'une meilleure connaissance des trajectoires des joueurs qui, à un moment donné, s'engagent dans des pratiques de jeu pathologique et à risque, représentent des objectifs essentiels pour construire des actions de prévention, faciliter l'accès aux soins et également poser les indications thérapeutiques les plus pertinentes.

Quelques éléments sur l'histoire des jeux de hasard et d'argent

L'histoire des jeux de hasard et d'argent en France est marquée par quatre discours principaux.

Le discours moraliste et clérical, très ancien, est hostile aux jeux pour des raisons théologiques et morales : l'utilisation du sort à des fins profanes et ludiques constitue un outrage à la Providence divine, que l'on doit seulement interroger dans les situations graves. Cette position intransigeante s'infléchit fin XVIIe-début XVIIIe siècle, où, sous l'influence des travaux mathématiques sur les probabilités, l'idée que le hasard est indifférent « *per se* » finit par s'imposer chez les clercs et les laïques. Le discours moraliste laïcisé se prolonge dans la seconde moitié du XVIIIe siècle avec les philosophes des Lumières qui centrent désormais leurs attaques sur les conséquences sociales pernicieuses des jeux de hasard et d'argent, ainsi que sur la politique suivie par la monarchie, accusée d'avoir créé la Loterie royale de France en 1776, et favorisé ainsi la ruine des familles. Il faut noter cependant que, depuis 1566, l'État royal s'est efforcé de circonscrire les effets sociaux des jeux d'argent en limitant puis en annulant les dettes contractées au jeu. Le discours moraliste, qui considère le jeu compulsif d'abord comme un péché (XVIe-XVIIe siècles), puis comme un vice (XVIIIe siècle), influence encore au XXe siècle le regard de philosophes, tel Roger Caillois (1958), sur les jeux de hasard et d'argent.

Un discours littéraire, fortement influencé par le courant moraliste, a pris pour sujet le jeu de hasard et d'argent depuis la fin du XVIIe siècle. Au fil des pièces de théâtre et des romans, jouées ou parus depuis 1670 environ, s'est construite la figure tragique du joueur que sa passion dévorante mène à la déchéance, à la ruine et à la mort. Cette représentation se prolonge aux XIXe et XXe siècles avec les romans de Dostoïevsky, de Stefan Zweig et de Sacha Guitry.

Un discours philosophique et anthropologique, très fécond au XXe siècle, prend naissance dans les analyses de Kant et de Schiller. Ce discours, successivement illustré par J. Huizinga, M. Klein, DW. Winnicott, J. Château, R. Caillois, J. Henriot, LJ. Calvet, JM. Lhôte et C. Duflo, revalorise le jeu et les jeux en général. L'activité ludique est désormais perçue comme une activité à part entière, libre, régulée, limitée dans le temps et l'espace et qui procure joie et tension à l'être humain (J. Huzinga), une forme de comportement et une réalité sociale (J. Château, R. Caillois), un contrat qui repose sur la « légaliberté » (C. Duflo).

Le discours historique est représenté d'un côté, par des ouvrages d'érudition inventoriant et décrivant les jeux des temps passés, de l'autre, par des travaux replaçant l'activité ludique dans un contexte social global. Cette dernière catégorie d'ouvrages accorde une large place aux jeux de hasard et d'argent, étudiés au Moyen-Âge et à l'époque moderne. Leurs auteurs ont retrouvé dans les textes anciens la description du comportement de joueurs que l'on qualifierait aujourd'hui d'excessifs. Appartenant aux élites sociales de leur temps (Cour, noblesse, armée), ils se conforment à l' « *ethos* » de leur caste qui valorise la prodigalité et le risque. Leur attitude se rapproche des rituels du « *potlatch* » décrits par J. Huizinga (1951) ou des comportements « ordaliques » définis par M. Valleur (1997). C'est probablement au XVIIIe siècle, avec la diffusion et la « démocratisation » des loteries – en particulier avec la création de la Loterie royale de France en 1776 – que les milieux populaires ont été plus largement soumis aux risques du jeu excessif comme en témoignent les critiques des philosophes et les dispositions de la législation royale.

Il n'existe guère d'ouvrages historiques sérieux sur les jeux de hasard et d'argent aux XIXe et XXe siècles en France, en raison des restrictions d'accès aux archives conservées par les opérateurs des jeux ainsi que des délais légaux de consultation.

L'accès aux archives est moins contraignant en Amérique du Nord, ce qui a favorisé les recherches sur l'histoire récente des jeux de hasard et d'argent. Aux États-Unis, environ 80 % des adultes jouent au moins une fois dans l'année aux jeux d'argent. Les risques liés aux jeux de hasard et d'argent ont été dénoncés depuis 1957 par les « *Gamblers Anonymous* », lesquels sont entrés en 1970 dans le Conseil National du joueur compulsif aux côtés de représentants du corps médical, du clergé et d'associations d'avocats. C'est

en 1980 que le jeu excessif est inscrit dans le « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases* » (DSM) établi par l'Association américaine de psychiatrie. Pour certains, cette « pathologisation » du jeu excessif pourrait conduire à minorer les facteurs explicatifs politiques, sociaux et familiaux, qui joueraient pourtant un rôle décisif. L'État, principal maître d'œuvre des divers espaces de jeu et également protecteur des citoyens, serait ainsi confronté à un dilemme social complexe qui entrave la mise en place d'une politique de prévention efficace, socialement acceptable et légitime au plan éthique.

Des mutations historiques identiques s'observent au Canada, où arguments moraux, sociaux, politiques, médicaux et économiques ont été avancés tantôt pour censurer tantôt pour légitimer le *gambling*. Tant que le *gambling* était strictement contrôlé, régulé et, dans certains cas, émanait du gouvernement, les canadiens l'ont accepté comme élément d'une politique contribuant au bien public par ses retombées économiques. Cette position a été remise en cause à la suite de l'essor du *gambling*, des dégâts des « *Video lottery terminals* » (VLTs ; appareils de loterie vidéo en français) et des machines à sous. Dans ce contexte, l'action conjuguée des responsables gouvernementaux et de l'industrie du jeu – appuyés sur des experts et des professionnels – a contribué à la naissance du concept de « jeu responsable » et au développement de programmes de prévention et d'avertissement s'adressant aux populations à risque. Selon certains, le concept de « jeu responsable » aurait transformé les problèmes sociaux liés au jeu excessif en problèmes individuels gommant leur caractère politique.

Quel est le paysage actuel des jeux de hasard et d'argent en France ?

C'est au XXe siècle que se développent en France les casinos, le PMU (Pari mutuel urbain créé en 1931) et la Loterie nationale (re-fondée en 1933). Ce sont ces trois opérateurs de jeux qui perdurent actuellement en France et dont l'État est le premier bénéficiaire.

Il existe 192 casinos en France, totalisant un chiffre d'affaires de 18,66 milliards en 2004 et 64 millions d'entrées. La plupart des casinos français sont détenus par 5 groupes d'investissement privés sous contrôle de l'État (ministères de l'Intérieur et des Finances) et des collectivités locales.

Le PMU gère les paris en dehors des hippodromes. Le Tiercé créé en 1954 a été suivi d'une augmentation du nombre de courses et d'une diversification des paris (Quarté, Quinté). Le chiffre d'affaires du PMU est estimé à 8 milliards d'euros en 2006. Il existait en 2005, 8 881 points de vente du PMU. Les paris à l'hippodrome représentent seulement 4 % des paris hippiques en France. Les moyens de parier se sont diversifiés ces dernières années avec la

télévision interactive (chaîne Equidia créée en 1999), le pari sur Internet (depuis 2003) et sur téléphone mobile (depuis 2006). Au total, le nombre de parieurs s'élevait à 6,8 millions en 2005.

La Française des jeux (FDJ) gère le Loto, successeur de la Loterie nationale en 1980, le Loto sportif, le Keno ainsi que les jeux de grattage. Il s'agit d'une société d'économie mixte dont l'État détient plus de 70 % des parts sociales. Son chiffre d'affaires s'élève à 9,7 milliards d'euros en 2007. Le nombre de points de vente avoisine les 40 000 en 2005. Il est possible également de jouer sur Internet. Le nombre hebdomadaire de joueurs au Loto est de 5 millions.

Les jeux de hasard et d'argent ont connu une croissance importante depuis 40 ans. En France, le chiffre d'affaires de l'industrie des jeux autorisés est passé de 98 millions d'euros en 1960 à 37 milliards d'euros en 2006, avec une accélération ces dernières années. En 7 ans (1999-2006), les mises engagées par les joueurs ont augmenté de 77 % pour la Française des jeux, de 91 % pour le PMU-PMH[26] et de 75 % pour les casinos.

Le lancement de multiples nouveaux jeux (notamment Loto, Jeux de grattage, Rapido, Euromillions pour la Française des Jeux, Tiercé, Quarté, Quinté+ et de nombreuses autres formules pour le PMU), la légalisation des machines à sous dans les casinos et plus récemment celle du poker, la multiplication des espaces de jeu (souvent d'extrême proximité pour la FDJ et le PMU), l'informatisation et le maillage ludique du territoire national et enfin la forte médiatisation et la communication commerciale permanente pour ces produits (tirages à la télévision, publicités, sponsoring…), expliquent – pour partie – le succès et la popularité des jeux d'argent. Ils occupent désormais une place non négligeable dans les pratiques de loisirs en France. Par ailleurs, et même s'ils échappent par définition aux statistiques nationales, les jeux clandestins, mais surtout la multiplicité des sites de jeux en ligne illégaux avec des perspectives de croissance, accentuent ce constat.

Les jeux de hasard et d'argent et les activités périphériques associées ont une importance économique et financière (plus de 100 000 personnes en emplois directs) et participent au développement de nombreux secteurs économiques, culturels et commerciaux (notamment la filière cheval pour le PMU, l'animation et la vie culturelle des stations thermales pour les casinos, le sport pour la FDJ…). Ce secteur contribue d'une manière non négligeable aux finances de l'État (6 milliards d'euros) et de 200 communes. Il redistribue de l'argent aux milliers de joueurs gagnants, et également à différents organismes, structures, associations.

26. PMU-PMH : Pari mutuel urbain-Pari mutuel hippodrome

La réglementation et la législation, les différentes autorités de contrôle et de tutelle (administratives, fiscales et policières) mises en place historiquement par les pouvoirs publics, ont garanti l'équité et la sécurité des jeux de hasard et d'argent, tout en préservant globalement l'ordre public. Le double rôle joué par l'État – dans cette activité économique, sociale, culturelle particulière – en a assuré la protection mais aussi la croissance. Comment le conflit d'intérêt objectif qui en résulte depuis longtemps pourra-t-il désormais être pris en compte dans le cadre de la politique de jeu responsable, souhaitée par les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs du champ ludique, mais également dans le cadre de la modernisation du secteur des jeux et paris – terrestres et virtuels – voulue par l'Union Européenne (UE) ?

Qui joue aux jeux de hasard et d'argent en France ?

Les habitués des casinos sont à 41 % des inactifs sans emploi ou retraités. Les plus de 50 ans et les moins de 30 ans représentent chacun environ 30 % des joueurs de machines à sous, 57 % sont des hommes.

Les 6 millions de parieurs du PMU sont à 65 % des hommes âgés de 35 à 49 ans issus de milieux socioprofessionnels généralement modestes. Parmi ces parieurs, 55 % sont des clients réguliers qui jouent surtout le week-end, 40 % sont des joueurs occasionnels attirés par les grands événements hippiques et 5 % sont des passionnés qui jouent plusieurs fois par semaine.

En 2006, 29 millions de personnes ont joué à un jeu de la Française des jeux ; 49 % étaient des hommes, 51 % des femmes et 34 % avaient moins de 35 ans. Les joueurs présentent à peu près les mêmes caractéristiques socioprofessionnelles que la population générale avec une légère sur-représentation des ouvriers et des employés. Parmi les joueurs, il y a un peu plus de jeunes et un peu moins de seniors que dans la population générale[27].

Les mises des joueurs ainsi que leurs dépenses nettes (leurs mises moins leurs gains) ont augmenté de façon importante au cours des dernières années. Les chiffres d'affaires des opérateurs de jeux ont également augmenté au cours des mêmes années. En 2005, les taux de retour aux joueurs représentent environ 60 % du chiffre d'affaires pour la FDJ, plus de 70 % pour le PMU et de 85 % pour les casinos. Selon le rapport du sénateur François Trucy (2006), la dépense en jeux de hasard et d'argent est estimée à 134 euros par an et par habitant.

27. Source des données : http://www.francaisedesjeux.com/groupe/essentiel-groupe/chiffres-cles

Évolution des mises et dépenses nettes annuelles des joueurs auprès des trois opérateurs (d'après le rapport Trucy, 2006)

Année	FDJ		PMU		Casinos	
	Mises (euros)	Dépenses nettes (euros)	Mises (euros)	Dépenses nettes (euros)	Mises (euros)	Dépenses nettes (euros)
1999	175,35	74,16	656,09	202,37	1 776,80	213,55
2005	309,65	123,88	1 251,27	341,59	3 108,86	435,24

Apparition des jeux vidéo et sur Internet

Ce qu'on appelle pratique vidéo ludique est un phénomène récent, apparu dans les années 1970, largement diffusé et transformé dans les années 1990 avec Internet.

Les États-Unis et le Japon sont les deux pays créateurs de jeux vidéo. Le premier jeu vidéo est produit dans les années 1950. *Space War* est créé en 1962 par un étudiant du *Massachusetts Institute of Technology (MIT)*. La première console de jeu de Nintendo date de 1983.

L'univers des jeux vidéo rassemble trois courants principaux : la science-fiction, le jeu de rôle (notamment « Donjons et Dragons ») et la simulation, c'est-à-dire un univers technique (informatique et simulation) autant qu'un univers imaginaire et une pratique de jeu. La nouveauté qu'apportent ces jeux consiste dans le fait qu'ils proposent un espace potentiel où les joueurs agissent autant, sinon plus, qu'ils imaginent.

Les jeux vidéo sont aujourd'hui transposés pour un nouveau marché grâce à Internet donnant lieu à une nouvelle pratique multijoueurs : jeux de rôle massivement multijoueurs (MMORPG) ou jeu massivement multijoueurs (MMOG). Ces jeux peuvent durer de 20 minutes à un an, se jouer contre d'autres joueurs ou bien contre la machine, nécessiter le développement de compétences spécifiques. Le jeu « *World of Warcraft* » est un modèle MMORPG grand public réussi selon les industriels. Il s'agit du jeu en ligne le plus joué au monde avec 9 millions d'abonnés en 2007. Le jeu implique de 2 à 40 joueurs qui se déplacent dans tous les continents du monde. Il faut compter des centaines d'heures pour acquérir un certain niveau. Il est possible d'obtenir des gratifications dès l'entrée dans le jeu pour des épreuves faciles, puis des promesses de récompenses plus importantes accompagnent les tâches plus difficiles. Les joueurs étant toujours sur le point d'acquérir de nouvelles compétences augmentent leur temps de jeu pour obtenir ces nouvelles récompenses.

« *Second Life* » est un univers virtuel en 3D sorti en 2003. Espace de simulation plus que jeu, il permet à l'utilisateur de vivre une sorte de « seconde vie ».

La majeure partie du monde virtuel est créée par les résidents eux-mêmes qui y évoluent au travers des avatars qu'ils créent. Il s'agit également d'un forum Internet où s'échangent des débats, expositions, conférences, formations, mariages. Cet univers est fortement investi par des organisations (industries, partis politiques, grandes écoles…) qui l'utilisent comme vitrine et moyen de marketing. Il illustre un certain effacement des frontières entre monde ludique, monde économique, lieu de sociabilité et lieu d'information.

L'entrée dans la vie sociale des jeux vidéo et d'Internet est un phénomène récent. Ces jeux sont encore peu étudiés, surtout en France.

Selon une enquête française en 2002, 80 % des enfants de 8 à 14 ans disent jouer aux jeux vidéo, 53 % des enfants déclarent jouer 2 heures par semaine ou moins et 26 % passent plus de 4 heures par semaine à jouer[28].

C'est la première fois dans nos sociétés qu'apparaît ce type de jeu, tout à fait nouveau, entièrement lié à l'extension des techniques de communication. La jeunesse des personnes les plus joueuses s'analyse comme un effet de génération, les jeux vidéo nécessitant des compétences qui relèvent d'une culture de l'écran et de l'informatique. Par ailleurs, ces pratiques ludiques correspondent à une socialisation entre pairs et à une recherche de réassurance identitaire.

Les travaux qualitatifs comme quantitatifs notent la prépondérance de la population masculine dans la pratique des jeux vidéo. Par ailleurs, leur niveau socioculturel est généralement élevé. La moyenne d'âge serait de 26 ans[29]. Selon certains auteurs, la sur-représentation masculine s'explique parce que l'essentiel des jeux proposés correspond plus à la socialisation masculine (qui valorise l'agressivité, les jeux violents).

Concernant l'utilisation d'Internet, l'Insee indique en 2006 que parmi les jeunes utilisateurs d'Internet (15 à 18 ans), 34 % l'utilisent pour jouer. Une étude récente auprès de parieurs sportifs sur Internet indique que plus de 91 % des joueurs sont des hommes, la moyenne d'âge étant de 31 ans.

Impacts socioéconomiques et dommages liés aux jeux

La majorité des études recensées (États-Unis, Nouvelle-Zélande, Australie, Angleterre, Suède, Allemagne…) se sont intéressées aux impacts socioéconomiques de la libéralisation et du développement du *gambling*, soit au

28. Source des données : http://www.tns-sofres.com/etudes/consumer/181202_jeuxvideo.htm

29. Entre 22 et 30 ans pour Roustan (2005), 25 ans selon Yee (2001)

niveau d'une communauté ou d'une localité spécifique, soit au niveau national. Ces études portent majoritairement sur les effets « problématiques » de l'exploitation du *gambling* : paupérisation accrue, surendettement, suicide, problèmes familiaux, divorce liés au jeu, concomitance du jeu avec des addictions « avec substance » (alcool, drogue…). Le *gambling* entraînerait davantage de problèmes sociaux chez les populations les plus pauvres car le pourcentage des dépenses ludiques y est plus important, même quand les sommes consacrées au jeu sont plus réduites. Le *gambling* peut également démanteler les liens communautaires et familiaux qui font, dans le pire des cas, que des joueurs invétérés peuvent se ruiner dans le jeu et se retrouver sans ressources.

Pour les résidents du Nevada, la légalisation des jeux a apporté des bénéfices économiques, de nouveaux emplois, mais également des coûts sociaux. Selon les habitants du Nevada, certaines personnes jouent plus qu'elles ne peuvent se le permettre, mais dans le même temps, la légalisation des jeux a donné une meilleure qualité de vie à leur communauté. Cependant, la perception de ces avantages et inconvénients varie selon les sous-populations étudiées (niveau d'éducation, travaillant ou non dans l'industrie du jeu…).

Au Canada, une enquête au sein d'une population de joueurs (pris en charge par les Joueurs anonymes) révèle environ 25 à 33 % de pertes d'emploi et de faillites personnelles liées aux jeux.

En France, une étude exploratoire menée auprès des personnes consultant l'association « SOS Joueurs » avait montré qu'une proportion majoritaire des joueurs interrogés avait été confrontée au surendettement, près de 20 % ayant commis des délits (notamment abus de confiance, vol, contrefaçon de chèques…).

En termes de taux de suicide et de divorce, une enquête réalisée dans huit régions aux États-Unis, entre 1991 et 1994, ne relève pas de différence significative entre les régions qui ont un casino et les communautés témoins. Cependant, sur une période plus longue (1970-1990), une corrélation positive modeste a été observée entre le taux de suicide et la présence d'un casino dans des zones urbaines. Ce résultat n'est pas retrouvé dans l'analyse des taux de suicide avant-après la légalisation des jeux.

Les études (notamment aux États-Unis et au Canada) sont divergentes à propos du lien entre la présence d'un casino dans une région et l'évolution des taux de criminalité.

Dans une étude en Australie, le jeu problématique serait 20 fois plus élevé chez les détenus que dans la population générale. Une autre étude concerne des suspects arrêtés dans deux villes américaines. On retrouve 3 à 4 fois plus de joueurs problématiques que dans la population générale.

Coût social du jeu

Le calcul du coût social du jeu a pour objectif de fournir une estimation chiffrée des conséquences économiques et sociales néfastes de la pratique du jeu dans une aire géographique donnée à un moment donné. Pour avoir un sens, il doit impérativement reposer sur un cadre méthodologique rigoureux. L'approche économique classique, fondée sur les enseignements de la théorie du bien-être, sans être la seule possible, apparaît comme l'une des plus solides, à condition d'être conscient de son intérêt et de ses limites.

Jusqu'à présent, le domaine des jeux a été relativement peu étudié en économie. Les études s'intéressant spécifiquement au calcul du coût social sont presque toutes d'origine anglo-saxonne. Elles concernent exclusivement les jeux de hasard et d'argent et font apparaître une immense variété d'approches et de résultats. Le 1er symposium international sur les répercussions économiques et sociales des jeux de hasard et d'argent (Whistler, Canada, septembre 2000), puis la 5e conférence annuelle d'Alberta sur la recherche dans le domaine des jeux de hasard et d'argent (Banff, Canada, avril 2006) ont tenté de mettre un peu d'ordre dans cette cacophonie de lignes de recherche, mais, au final, il n'a pas encore été possible de trouver un consensus sur un cadre d'analyse des répercussions économiques du jeu. Les controverses méthodologiques concernent la définition des objectifs poursuivis (choix du point de vue et du scénario contrefactuel), la détermination des coûts à inclure dans l'analyse (questions du traitement des « transferts », des « coûts internes », des « coûts familiaux », des coûts liés à la configuration institutionnelle du pays et des « coûts discrétionnaires ») et des méthodes de mesure de ces coûts (identification de sources de données fiables et représentatives de la population, estimation des coûts attribuables au jeu et monétarisation des coûts intangibles).

On ne peut que regretter l'absence de consensus car l'adoption d'un cadre d'analyse commun, même imparfait, aurait de nombreux avantages, notamment une meilleure lisibilité et une plus grande comparabilité des estimations proposées. Quatre études d'envergure nationale, menées aux États-Unis, en Australie, au Canada et en Suisse, méritent d'être signalées. L'étude australienne, la plus complète, sert habituellement de référence. Elle a évalué le coût social total du jeu problématique en 1997-1998 à une fourchette allant de 1,8 à 5,6 milliards de dollars australiens.

Si le coût social total du jeu est difficilement interprétable en tant que donnée brute, l'analyse de sa composition est en revanche très instructive. D'une part, les coûts liés au jeu sont, en très grande majorité (90 %), des coûts psychologiques dans le petit groupe des joueurs à problèmes et supportés par eux-mêmes et leur entourage. La comparaison avec le coût social des drogues estimé en Australie indique par ailleurs que l'activité jeu impose proportionnellement plus de coûts intangibles que la consommation de drogues licites et illicites. D'autre part, l'estimation des coûts par type de jeu

révèle d'importantes différences selon les catégories et désigne les machines à sous (et les paris dans une moindre mesure) comme les plus génératrices de coûts.

Le rapport Trucy résume bien l'état de la recherche en France sur le coût social du jeu : « En France ? Rien sur le sujet comme sur le reste des jeux. Ceci est pour le moins décevant, même s'il est bien évident qu'il est extrêmement difficile de faire ces calculs ». À l'heure actuelle, nous n'avons donc pas d'autre choix que de nous appuyer sur les estimations faites à l'étranger, que l'on peut essayer d'apprécier en les comparant aux estimations du coût social faites en France dans le domaine des drogues. On constate que le coût social du jeu estimé en Australie (coûts tangibles uniquement) est à peu près égal au coût social du cannabis estimé en France (15 euros par habitant par année).

Comparaison de l'estimation du coût social du jeu en Australie (1998) avec les estimations du coût social des drogues en Australie et en France (coûts tangibles uniquement)

	Coût social par habitant, en euros[a]		
	Australie		France
Activité	CTT[b]	CTA[c]	CTA
Tabac	435[d]	225[d]	770[f]
Alcool	155[d]	120[d]	600[f]
Drogues illicites	60[d]	45[d]	45[f]
dont cannabis			15[g]
Jeu	50-160[e]	5-16[e]	

[a] En euros, au prix de l'année d'étude, au taux de change courant ; [b] CTT : coût total ; [c] CTA : coûts tangibles uniquement ; [d] Collins et Laspsley (1996), estimation pour 1992 ; [e] *Productivity Commission* (1999), estimation pour 1997-1998 ; [f] Kopp et Fenoglio (2006), estimation pour 2003 ; [g] Ben Lakhdar (2007), estimation pour 2003

L'analyse du coût social permet également de tirer un certain nombre d'enseignements utiles à l'élaboration des politiques publiques. Tout d'abord, le montant estimé apporte une justification théorique à l'intervention de l'État et en ce sens, la comparaison avec d'autres types d'activité peut aider à fixer les priorités. Ensuite, il est également très précieux pour définir la forme souhaitable de l'intervention de l'État. Ainsi, puisqu'il ressort qu'une part très importante du coût social du jeu repose sur des coûts dits « internes », c'est-à-dire les coûts que la minorité de joueurs très dépendants s'impose à elle-même, le domaine des jeux apparaît comme un domaine d'application idéal du concept de « paternalisme asymétrique ». Ce concept propose de mettre

en place des politiques ciblant spécifiquement le petit groupe des joueurs à problèmes (ceux qui, à la fois, créent et supportent la plus grande partie des coûts) sans pénaliser les autres. En effet, la majorité de joueurs non dépendants génère peu, voire pas, de coûts sociaux et prend du plaisir à jouer. En outre, si on retient l'hypothèse d'une rationalité limitée liée à une incohérence temporelle chez les joueurs dépendants, il peut être utile de favoriser les mécanismes d'auto-contrôle (les interdictions volontaires dans les casinos par exemple) qui permettent aux joueurs de ne pas succomber à leurs préférences et les aident à sortir de leur dépendance. Enfin, il est essentiel que les politiques publiques ciblent prioritairement les jeux produisant le plus de coûts et s'adaptent au développement des jeux sur Internet.

L'analyse de la littérature sur le coût social du jeu révèle l'étendue des débats en cours et souligne la nécessité de poursuivre la recherche. Alors que les Français semblent de plus en plus attirés par les jeux de hasard et d'argent et que l'offre de jeux est en pleine évolution, il serait plus qu'utile de disposer d'indicateurs pour la France.

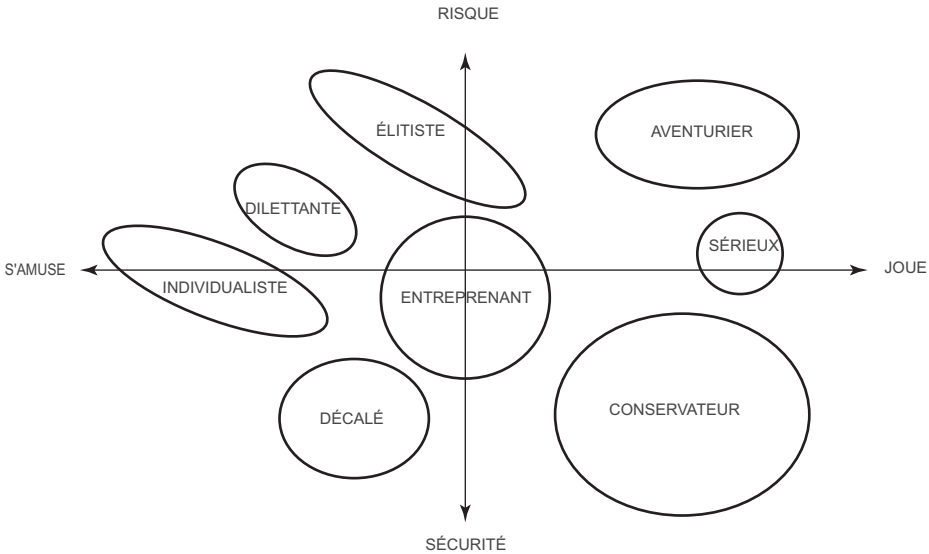
Quelles sont les motivations des joueurs ?

Un certain nombre d'études sociologiques se sont intéressées aux motivations de populations homogènes spécifiques. Ainsi, pour les plus de 65 ans, se relaxer et s'amuser, passer le temps, lutter contre l'ennui sont les motivations les plus citées par les joueurs. D'autres études ont analysé par exemple les motivations de quatre communautés ethniques différentes (maghrébine, chinoise, haïtienne et centre-américaine) à Montréal : pour ces communautés, l'espoir de faire des gains significatifs et d'améliorer leur situation économique, constitue une motivation importante au jeu. Le souhait de se rapprocher de la culture du pays d'accueil pour ne pas se sentir exclu est également une motivation pour le jeu même si cette pratique est en contradiction avec la culture traditionnelle d'origine (par exemple maghrébine). Le fait de croire à la chance et au surnaturel intervient dans les représentations du jeu pour les cultures chinoise et haïtienne. Le jeu fait partie de la vie sociale et familiale dès le plus jeune âge dans les pays d'Amérique centrale.

Des travaux sociologiques ont étudié les comportements, rituels, circulations, échanges, conversations des joueurs. L'étude fine des joueurs, en situation naturelle de jeu, est utile pour comprendre la perspective sociale et culturelle des jeux d'argent contemporains, y compris quand leur pratique apparaît excessive aux représentations de sens commun.

Ces recherches qualitatives permettent de mieux cerner les différentes « catégories » de joueurs, non pas d'un point de vue sociologique vis-à-vis de caractéristiques sociales, mais en fonction des pratiques de jeu. Certains auteurs ont proposé une typologie des joueurs en huit catégories ou portraits

psychosociologiques représentant chacun 8 à 21 % de la population étudiée : l'individualiste, le décalé, le dilettante, l'élitiste, l'entreprenant, l'aventurier, le sérieux, le conservateur. Chacun de ces profils peut être positionné par rapport à deux axes : niveau de risque ou de sécurité, niveau d'implication dans l'acte de jouer (s'amuse/joue).



Typologie psychosociologique des joueurs (d'après Lewy, 1994)

La biographie, le témoignage, le portrait sont également sollicités dans les études sociologiques qualitatives. Une « conversation sociologique avec un joueur » montre que l'histoire de jeu du joueur problématique s'inscrit dans son histoire de vie et sa biographie. Par ailleurs, cette conversation illustre le va-et-vient dans lequel se débattent souvent certains joueurs excessifs, entre « la mise à distance esthétique de la pratique problématique du jeu, et la douloureuse confrontation avec le réel ».

Approches psychanalytiques du jeu

Le texte psychanalytique le plus célèbre sur le jeu reste « Dostoïevski et le parricide » de Freud (1928) qui contient une part essentielle des réflexions psychanalytiques sur le jeu dans lequel « on ne peut voir (…) autre chose qu'un accès indiscutable de passion pathologique ».

Cette passion, selon Freud, a la fonction psychique d'une conduite d'autopunition : « Quand le sentiment de culpabilité de Dostoïevski était

satisfait par les punitions qu'il s'était infligées à lui-même, alors son inhibition au travail était levée et il s'autorisait à faire quelques pas sur la voie du succès ». Le parricide, qui hante l'œuvre de l'écrivain, serait la clé de voûte de sa conduite masochiste.

Ce texte propose, comme mécanisme profond de la conduite du joueur pathologique, une problématique qui est celle de l'intégration de la Loi, dans la mesure où le meurtre du père, et les mécanismes de son refoulement ou de son dépassement, sont à la fois à la base, pour l'individu, de la constitution des instances morales, et pour l'humanité, une condition de l'intégration de l'individu comme membre de la communauté humaine, de la civilisation.

La passion du jeu est connotée expressément par Freud à une dimension pathologique. Ainsi, le jeu, « passion pathologique » ruineuse, prend valeur de conduite de « châtiment de soi-même » corrélée au vœu de « mise à mort du père ».

Selon Bergler (1936, 1957), comme dans le cas de Dostoïevski, les joueurs pratiquent « le jeu pour le jeu », et pour le mystérieux frisson (*thrill*), sensation ineffable réservée aux initiés. Le joueur est à considérer comme un névrosé, animé par un désir inconscient de perdre, donc par le masochisme moral, le besoin inconscient d'autopunition. Expression d'une « névrose de base » correspondant à une régression orale, le jeu serait la mise en acte d'une séquence toujours identique, représentant une tentative illusoire d'éliminer purement et simplement les désagréments liés au principe de réalité, au profit du seul principe de plaisir.

Cette opération nécessite un retour à la fiction de la toute-puissance infantile, et la rébellion contre la loi parentale se traduit directement, chez le joueur, par une rébellion latente contre la logique. L'agression inconsciente (contre les parents, représentant la loi, et la réalité), est suivie d'un besoin d'autopunition, impliquant chez le joueur la nécessité psychique de la perte. Le cynisme, la froideur apparente, la maîtrise affichée par les joueurs ne seraient que le masque d'un sentiment de faiblesse infantile. Le cynisme serait tentative de justification ou d'attribution à tous les autres, de sentiments aussi hostiles que ceux qu'inconsciemment le joueur entretient vis-à-vis des figures parentales. La superstition, les rituels « magiques », seraient la règle, malgré les protestations véhémentes des joueurs à ce sujet. Au même titre que les systèmes ou martingales censés conduire au gain, ces artifices ne seraient que l'expression brute de la croyance mégalomaniaque infantile dans la capacité à diriger le destin.

Ainsi, Bergler élabore une liste de critères permettant de « définir » le joueur pathologique, en contrepoint du joueur « social » ou récréatif : prise habituelle de risques, envahissement de la vie par le jeu, optimisme pathologique, incapacité de s'arrêter de jouer, escalade des enjeux, « frisson » du jeu.

Fenichel (1945) décrit le jeu comme un « combat contre le destin », et le jeu pathologique comme une perte de contrôle : « Sous la pression des

tensions internes, le caractère badin peut se perdre ; le Moi ne peut plus contrôler ce qu'il a mis en train, et est submergé par un cercle vicieux d'anxiété et de besoin violent de réassurance, angoissant par son intensité. Le passe-temps primitif est maintenant une question de vie ou de mort. » Fenichel fait par ailleurs la distinction entre des névroses « compulsives », où le sujet est obsédé par l'idée, comme imposée de l'extérieur, de commettre un acte, et contre laquelle il lutte, et des « névroses impulsives », où l'acte est commis de façon syntone au moi. La base de la classification des « troubles du contrôle des impulsions » du DSM trouve ici son origine, et Fenichel classe dans les névroses impulsives, outre le jeu, la pyromanie et les fugues impulsives.

Jacques Lacan (1978), dans son séminaire sur la lettre volée, pose de façon plus philosophique et lapidaire la question du joueur : « Qu'es-tu, figure du dé que je retourne dans ta rencontre (τυχη) avec ma fortune ? Rien, sinon cette présence de la mort qui fait de la vie humaine ce sursis obtenu de matin en matin... ». Dans cette approche « de sens », la psychanalyse rejoint des questions philosophiques, voire cosmologiques…

La dimension impérative de la passion prime sur la composante interrogative du jeu : défiant les « lois mécaniques » du hasard et leurs calculs, le joueur somme l'Autre de se manifester et de lui signifier son droit à l'existence, dévoilant ainsi les termes d'une mathématique terrifiante de la relation à l'Autre, sous le joug de la procédure ordalique. La logique sous-tendant l'ordalie compulsive du joueur conduit Marc Valleur (1991) à modifier l'équation freudienne de la compulsion à perdre du joueur : « s'il ne joue certes pas pour gagner, il ne joue pas non plus pour systématiquement perdre, mais pour les instants vertigineux où tout – le gain absolu, la perte ultime – devient possible ».

Approches cognitives

Plusieurs travaux s'intéressent aux croyances « irrationnelles » observées chez les joueurs. Ces travaux soulignent en particulier chez les joueurs l'illusion de contrôle, la méconnaissance de « l'indépendance des tours », les superstitions et corrélations illusoires. L'illusion de contrôle est le fait que les joueurs attribuent à leur habileté ou à leur savoir les résultats de séquences purement hasardeuses. Cette illusion de contrôle est augmentée par tous les aspects « pseudoactifs » du jeu (les machines à sous avec des leviers, les tickets de loterie qu'il faut remplir soi-même…). Ils s'attribuent plus ou moins « magiquement » le pouvoir de prédire des résultats, par exemple en faisant des « martingales ».

Qu'il s'agisse de machines à sous, de roulette, ou d'autres jeux, certains joueurs pensent que les résultats d'une séquence de jeu vont dépendre des

résultats des « tours » précédents, alors que les dispositifs sont conçus pour que chaque tour soit indépendant des autres. L'erreur du joueur consiste à croire qu'une série perdante doit être suivie d'une série gagnante, et l'erreur de la « série gagnante » à croire au contraire qu'une série va forcément se poursuivre. Ces deux erreurs sont des variantes de la non reconnaissance de l'indépendance des tours. La « chasse », le fait de tenter de se refaire, est souvent présentée comme spécifique du jeu excessif, mais parfois comme une variante de ces erreurs.

Enfin, les superstitions et corrélations illusoires, extrêmement fréquentes et variées, sont parfois encouragées par les publicités ou les dispositifs ludiques. Les « quasi gains » constituent des facteurs de renforcement de la conduite de jeu.

Il convient cependant de noter qu'il existe des jeux de semi-habileté, dans lesquels il y a un certain effet des connaissances (pronostics par exemple) ou du savoir-faire du joueur (poker par exemple), et qui entraînent également des situations de jeu excessif.

On constate que les erreurs cognitives sont retrouvées chez tous les joueurs ; elles sont sans doute plus fréquentes chez les joueurs excessifs. Mais, ceci ne permet pas d'affirmer une relation causale. On constate par ailleurs qu'une meilleure connaissance des statistiques, des probabilités et des dispositifs ludiques n'influence que peu les pratiques ludiques elles-mêmes.

Certains auteurs décrivent chez les joueurs problématiques une stratégie de fuite de la réalité ou des affects négatifs et la recherche de distraction par un engagement dans une tâche de substitution. Le jeu sert également à « remplir un vide », à tenir lieu de socialisation, à éviter les responsabilités. Une dimension de cercle vicieux apparaît aux joueurs eux-mêmes, l'illusion de contrôle jouant un rôle (secondaire) dans le maintien du processus.

Nombre de travaux qui ont étudié l'excitation des joueurs lors des séquences de jeu en situation « naturelle » montrent que l'excitation est plus forte lors des gains. L'idée d'une tolérance à cette excitation chez les joueurs réguliers reste toutefois à démontrer.

Les relations entre jeu, prise de risque et recherche de sensations sont complexes et impliquent de prendre en compte les différents types de jeu, l'histoire de la pratique ludique et la typologie des joueurs. La recherche de sensations peut être considérée comme un indicateur de la tendance à jouer, mais elle ne permet pas de distinguer les joueurs problématiques des autres joueurs.

Il est également possible de situer les dimensions de prise de risque ou de recherche de sensations dans le cadre de la trajectoire du sujet, la conduite de jeu n'ayant pas la même signification dans les différentes phases de cette trajectoire. Une conduite initialement « aventureuse » au moment de la découverte du jeu et de l'initiation peut devenir, au fil de l'installation de l'habitude, un refuge dans une routine désormais prévisible.

Impulsivité et capacité d'autorégulation

L'impulsivité qui résulte d'une difficulté d'autorégulation ou d'autocontrôle est au cœur de la définition du jeu pathologique. De nombreuses études ont exploré les relations entre le jeu problématique/pathologique et les aspects contrôlés *versus* plus automatiques (motivationnels) de l'autorégulation.

Les relations entre le jeu problématique ou pathologique et les aspects contrôlés de l'autorégulation ont été examinées de deux façons : à partir de questionnaires qui évaluent l'impulsivité (laquelle est ainsi considérée comme résultant de faibles capacités d'autorégulation), et à partir de tâches cognitives qui explorent les fonctions exécutives (telles que les capacités d'inhibition, de planification, de flexibilité…) et les capacités de prise de décision.

La plupart des études ayant utilisé des questionnaires d'impulsivité ont montré des niveaux d'impulsivité plus élevés chez des joueurs pathologiques que chez des participants témoins. Ces études ont révélé des liens positifs entre hauts niveaux d'impulsivité et profil de joueurs à risque au sein de la population générale ou dans des populations d'étudiants universitaires. Par ailleurs, le niveau d'impulsivité constitue un facteur prédictif de la sévérité des symptômes de jeu pathologique ; il est également lié à une plus grande probabilité d'abandonner une prise en charge psychothérapique et à une moindre efficacité de cette dernière.

Les études ayant exploré les aspects contrôlés de l'autorégulation au moyen de tâches cognitives ont obtenu des résultats plus hétérogènes que les études à base de questionnaires. Cependant, des difficultés ont été observées, en lien avec le jeu pathologique et/ou problématique, dans la capacité d'inhiber une réponse dominante (ou automatisée), dans la capacité de prendre en compte les conséquences positives ou négatives d'une décision, dans la capacité de différer des récompenses, de se projeter dans le futur et d'estimer le temps.

Les liens entre jeu problématique/pathologique et les aspects automatiques de l'autorégulation (essentiellement explorés par l'intermédiaire de questionnaires évaluant la recherche de sensations ou des concepts apparentés) sont nettement plus équivoques que les relations unissant le jeu problématique/pathologique et les aspects contrôlés (exécutifs) de l'autorégulation. Ce problème tient vraisemblablement au fait que les échelles utilisées pour explorer la recherche de sensations n'évaluent pas les activités spécifiques par lesquelles un joueur recherche des récompenses et/ou des stimulations. Néanmoins, les études ayant examiné la recherche de sensations chez les joueurs ont fourni certaines données intéressantes, suggérant de futures pistes de recherche. Ainsi, un lien positif a été observé entre la recherche de sensations et le nombre d'activités de jeu pratiquées. Il a également été observé que des joueurs réguliers se distinguaient quant à leur niveau de recherche de sensations selon les activités de jeu pratiquées. Ainsi, des joueurs privilégiant le jeu

en casino ont une recherche de sensations plus élevée que les personnes pariant sur les courses de chevaux et les personnes faisant des paris sur les lieux de course ont une recherche de sensations plus élevée que des personnes jouant dans les cafés.

Pour l'essentiel, il apparaît que les difficultés d'autorégulation sont en lien avec le jeu problématique/pathologique. Cependant, l'apport des études ayant exploré cette question reste assez limité dans la mesure où ces études ont été réalisées sans référence claire à un modèle théorique spécifiant à la fois les différentes facettes de l'autorégulation ou de l'impulsivité (avec les mécanismes cognitifs et motivationnels associés) et la contribution de chacune de ces facettes au développement, au maintien et/ou à la rechute du jeu pathologique. Il s'agirait en particulier de considérer les relations complexes qu'entretiennent le niveau motivationnel et le niveau d'autorégulation contrôlée (fonctions exécutives et prise de décision) à différents moments de la création d'habitudes de jeux. Ainsi, le passage du statut de joueur « social » à celui de joueur « à problèmes » pourrait résulter de l'interaction entre une hypersensibilité aux renforcements positifs liés au jeu (aspects motivationnels de l'impulsivité) et de faibles capacités exécutives (aspects exécutifs de l'impulsivité).

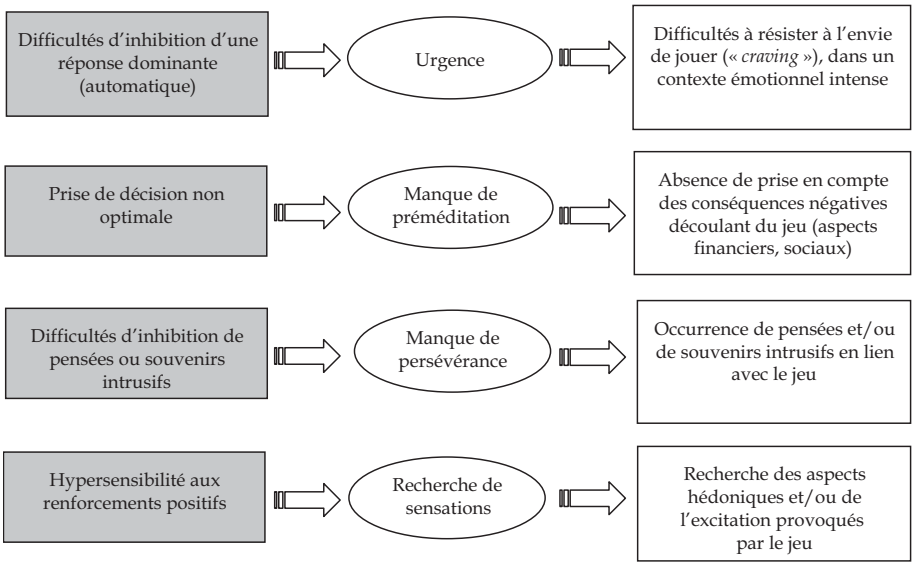


Illustration des relations hypothétiques entre le jeu problématique/pathologique et les différents mécanismes exécutifs et motivationnels sous-tendant les différentes facettes de l'impulsivité distinguées par Whiteside et Lynam (2001)

Enfin, il faut relever que la caractérisation du joueur pathologique comme un être essentiellement impulsif, irrationnel et dépendant (caractérisation largement déterminée par le contexte social et culturel dans lequel l'entité

« joueur pathologique » est née) a considérablement limité l'exploration des multiples facteurs psychologiques (conscients et non conscients) qui motivent le joueur. De plus, cette conception a conduit à des explorations transversales et statiques de personnes considérées comme appartenant à une catégorie distincte et limitée, plutôt que de considérer le jeu problématique comme une étape particulière pouvant affecter un grand nombre de personnes dans leur trajectoire de joueur.

Facteurs de vulnérabilité et trajectoires

Les facteurs de risque et de vulnérabilité sont d'une part des facteurs liés à l'objet d'addiction ou facteurs structurels, d'autre part des facteurs liés à l'environnement et au contexte ou facteurs situationnels, et enfin des facteurs liés au sujet ou facteurs individuels.

Du point de vue des facteurs structurels, les différents types de jeu font l'objet d'une attention de plus en plus grande au niveau de la littérature scientifique internationale avec l'idée que tous ne comportent pas le même risque addictif. À ce titre, plusieurs auteurs considèrent que plus le délai entre la mise et le gain attendu est réduit, et plus la fréquence possible de répétition du jeu est élevée, plus ce risque serait grand. Un tel constat mérite certainement confirmation à travers des études bien menées.

L'impact d'un gros gain initial est un des facteurs classiques d'installation du jeu excessif. Ce facteur est retrouvé dans les études portant sur des joueurs pathologiques rencontrés en consultation.

Le développement des jeux de hasard et d'argent sur Internet, tout à fait manifeste depuis quelques années, oblige à réfléchir à la place et à l'impact spécifique de ce média. Les rares études sur ce sujet mettent en avant les notions d'anonymat, d'accessibilité, de désinhibition et de confort, susceptibles de favoriser des pratiques d'abus et de dépendance. L'impact de l'offre et de la disponibilité des jeux en termes de facteurs de risque fait l'objet de discussions comme pour d'autres addictions.

Du point de vue des facteurs situationnels, c'est avant tout l'impact des facteurs socioéconomiques qu'il faut mettre en avant, avec la notion bien établie qu'un support social réduit et un bas niveau de ressources-emploi se trouvent corrélés avec la prévalence du jeu pathologique et du jeu à risque. Plusieurs études se sont intéressées à la position et l'investissement des parents en termes de facteur de risque ou de protection vis-à-vis des conduites de jeu excessif (*gambling*) de leurs enfants. Elles mettent en avant que la place et l'acceptation du jeu par les parents ont un impact sur la fréquence des conduites de jeu et des problèmes liés au jeu chez les enfants et également que l'autorité bienveillante est une position plus protectrice qu'un climat familial plutôt laxiste ou au contraire marqué par l'autoritarisme.

Du point de vue des facteurs individuels, l'initiation au jeu s'est faite dans la majorité des cas durant la période de l'adolescence ; c'est ce que tendent à montrer les études portant sur des joueurs pathologiques consultant des structures de soins spécialisés. La précocité du contact avec le jeu semble un facteur de gravité, à l'image de ce qui prévaut dans les addictions à des substances psychoactives. Les personnes âgées constituent une population à risque pour les loteries et les machines à sous.

Les antécédents familiaux de jeu pathologique (avec la notion d'agrégation familiale), de conduites addictives, de personnalité anti-sociale et, à un moindre degré, les autres troubles mentaux apparaissent plus importants chez les joueurs pathologiques. Des antécédents de maltraitance dans l'enfance ont été retrouvés associés à des conduites de jeu pathologique plus précoces et plus sévères. De la même manière, des comorbidités psychiatriques constituent des facteurs de risque indiscutables d'une initiation de la conduite de jeu quand elles sont préexistantes, et pour son aggravation dans tous les cas.

Il apparaît que les facteurs de risque et de vulnérabilité sont du même ordre que ceux retrouvés à propos de l'ensemble des conduites addictives, en particulier les addictions à des substances psychoactives. Le sujet le plus à risque de s'engager dans des conduites de jeu pathologique aurait ainsi le profil d'un homme jeune, sans emploi et à faibles revenus, célibataire et peu intégré sur le plan socioculturel.

Plusieurs études se sont spécifiquement intéressées à l'association de conduites de jeu pathologique à d'autres conduites addictives, en particulier l'alcool, ainsi qu'à des conduites impulsives et délinquantes, surtout chez des hommes jeunes. Elles font apparaître que les troubles précoces du comportement et de l'attention précèdent différents troubles addictifs et de conduites. Le jeu pathologique comme la plupart des autres conduites addictives, résulterait de la combinaison de différents facteurs de risque et de vulnérabilité, combinaison (en proportions variables) qui vient spécifier au cas par cas le profil de chaque situation et parcours.

Concernant les trajectoires, il existe peu d'études consacrées à ces parcours et la plupart ne permettent pas de préciser la chronologie exacte de l'histoire des pratiques plus ou moins contrôlées de jeu de hasard et d'argent.

Quelques études bien menées ont cependant, au cours des toutes dernières années, permis de mesurer l'absence de stabilité dans le temps du statut de joueur pathologique.

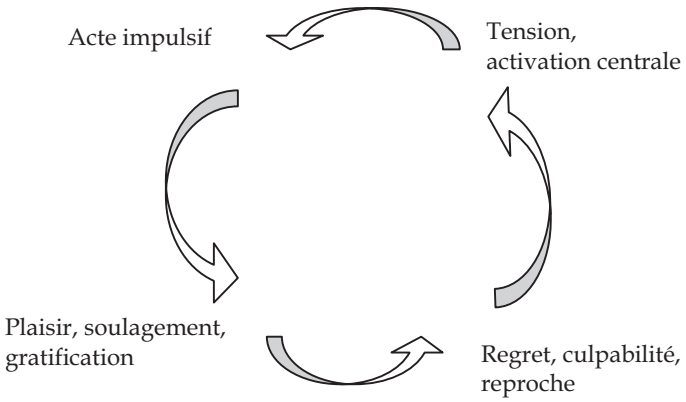
Le fait que ces problèmes de jeu apparaissent, à un niveau individuel, plus transitoires et épisodiques que continus et chroniques incite fortement à développer des études de cohortes en population générale sur de longues durées. De telles études devraient mieux cerner la réalité complexe de ces parcours et les facteurs en jeu dans les périodes de rétablissement et aussi de rechute, de façon à en tirer le maximum d'enseignements en termes de prévention et d'indication thérapeutique.

Apport des neurosciences

L'essentiel des données publiées dans le domaine des neurosciences concerne les addictions dues aux substances psychoactives. Cependant, comme les addictions sans subtances présentent les mêmes symptômes et même un syndrome de sevrage, on peut penser que ces manifestations cliniques reflètent les mêmes dysfonctionnements cérébraux et relèvent d'une physiopathologie commune, celle de l'Addiction[30]. Il est généralement admis que le syndrome d'Addiction est la fin d'un processus qui s'insère dans un cycle (ou une spirale) dans la mesure où après sevrage, dans 80 % des cas, il y a rechute.

Le passage de l'usage occasionnel à l'usage chronique et à l'Addiction est cliniquement caractérisé par une perte progressive du contrôle sur la conduite de consommation et une pratique compulsive de la recherche de l'objet et de sa consommation ; et ce en dépit des conséquences graves pouvant survenir à l'individu et à son entourage, et du développement d'un état affectif négatif qui précipite la rechute.

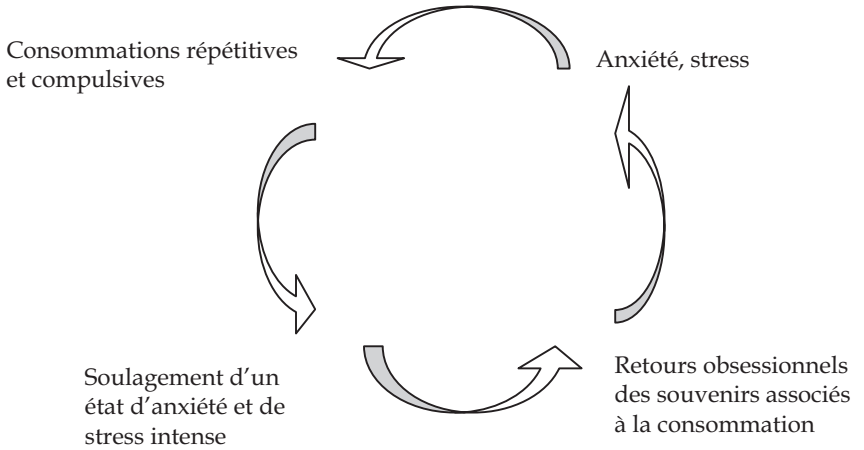
À un stade avancé d'une pratique de consommation qui devient de plus en plus impulsive, l'individu est pris dans une spirale aliénante totalement centrée sur le seul objet.



Pratique consommatoire impulsive

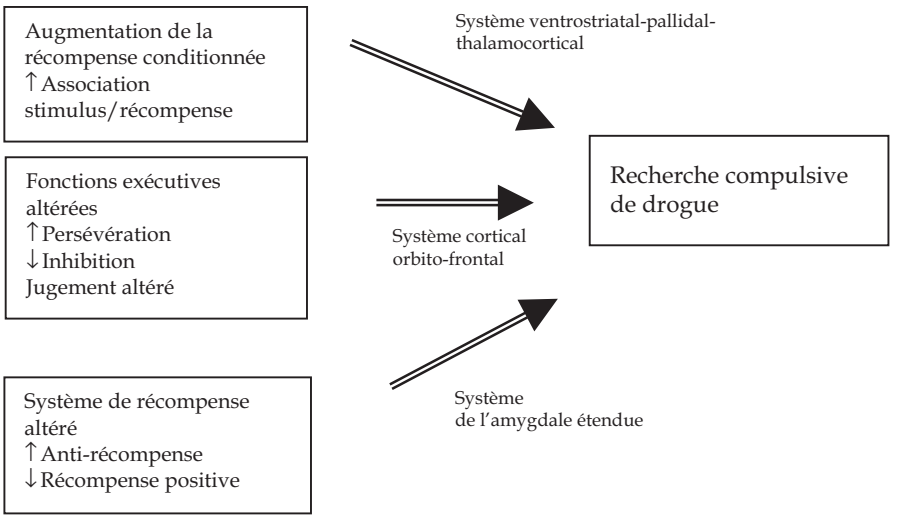
L'Addiction étant installée, c'est-à-dire un état compulsif, le sujet s'enferme dans une autre spirale.

30. L'Addiction (avec une majuscule) caractérise la maladie chronique à rechute et le syndrome commun à toutes les addictions et l'addiction (sans majuscule) caractérise une addiction à un objet.



Pratique consommatoire compulsive

À ce stade ultime du processus, l'individu est en grande souffrance et les changements cérébraux plus difficilement réversibles conduisent à un état chronique de maladie qu'est l'Addiction.



Représentation neuropsychologique du syndrome commun de l'Addiction : mise en relation des symptômes tels qu'ils sont décrits en termes cliniques et les régions et systèmes qui correspondraient, connaissant les fonctions qu'ils modulent (d'après Koob et Le Moal, 2001, 2006 et 2008)

Les systèmes centraux du stress et des émotions (caractérisés par différents neurotransmetteurs) participent à un fonctionnement physiopathologique qui va définir un état motivationnel puissant reflété par le passage des conduites impulsives aux conduites compulsives.

Il est important de souligner que l'Addiction concerne relativement peu de sujets au regard du nombre des consommateurs occasionnels d'objets d'addiction. Pour de nombreux auteurs, un objet d'addiction n'est addictogène que dans la mesure où il est consommé par un individu préalablement vulnérable.

Comprendre pourquoi certains sujets succombent à une addiction et d'autres pas (jusqu'à une résilience apparente) est une question essentielle. Il est admis qu'un sujet développera d'autant plus aisément une nouvelle addiction qu'il a auparavant succombé à un objet d'addiction ; mais une interchangeabilité des objets est classiquement observée. Les sujets vulnérables sont en général polyconsommateurs d'objets d'addiction. Par ailleurs, cette vulnérabilité pourrait résulter de comorbidités psychopathologiques diverses, de conditions délétères en matière d'éducation et d'environnement, de troubles de la personnalité, de trajectoires de vie stressantes. Pour comprendre le processus addictif, il faut donc l'examiner dans une perspective de vie entière et en raison d'une diathèse précoce à considérer dès le plus jeune âge. Mieux identifier cette vulnérabilité permettrait d'intervenir en prévention sur la base d'une conception solide du « pourquoi » des différences inter-individuelles et du « comment » de l'entrée dans le processus addictif. Si vulnérabilité et comorbidité ont des traductions neurobiologiques, les progrès à accomplir sont considérables avant de parvenir à des données scientifiques de référence. Même si l'addiction aux jeux présente bien évidemment des caractéristiques spécifiques, il est admis que les sources de vulnérabilité sont les mêmes que pour les autres addictions.

L'addiction au jeu (en particulier aux jeux d'argent et les cyberaddictions) pose aux neurosciences un problème du plus grand intérêt. La caractéristique essentielle à l'œuvre chez les joueurs est la rapidité entre perception et exécution. La prise de décision repose bien évidemment sur des connaissances, un savoir-faire, des souvenirs dont la qualité et la pertinence rendent vraisemblablement compte de la rapidité de décision et d'action. La mise en jeu de schémas mentaux préétablis existe également avec les drogues d'abus et sont à l'origine des rechutes ; les indices de l'environnement mais aussi des représentations mentales déclenchent quasi immédiatement une consommation impérieuse, impulsive, compulsive, et même un syndrome de sevrage chez un sujet n'ayant pas consommé depuis plusieurs semaines. Les recherches neurobiologiques s'orientent vers l'identification des substrats mis en jeu dans les deux situations qui semblent reposer sur des associations stimuli-réponses dans le cadre de mémoires, de connaissances et de systèmes cognitifs.

Approches neurophysiologiques

Considérer le jeu excessif comme une « addiction sans drogues » revient à émettre l'hypothèse que le risque de devenir dépendant au jeu en s'y adonnant s'apparenterait à celui que court un usager de drogues vis-à-vis de la pharmacodépendance. Cette question paraît centrale dans une réflexion sur le jeu excessif ; le jeu est-il une drogue au même titre que les psychostimulants, les opiacés, l'alcool ou le tabac ? Ce type d'addiction met-il en jeu les mêmes neurotransmetteurs ?

Dans les mécanismes de consommation de drogues, le système dopaminergique est déterminant dans la mesure où il modifie le fonctionnement d'un ensemble neuronal particulier, le « circuit de la récompense ». Ce circuit relaie toutes les informations externes et internes de l'organisme et permet au sujet de reconnaître, par l'intermédiaire de perceptions extérieures, l'existence de satisfactions potentielles de toutes sortes : nourriture, chaleur, plaisir sexuel… Les neurones dopaminergiques ne font pas partie à proprement parler du circuit de la récompense, mais leur activation stimule ce circuit et provoque une sensation de satisfaction. Les résultats des recherches neurobiologiques de ces dernières années ont convaincu la majeure partie de la communauté scientifique que la dopamine était fondamentale dans tous les événements associés au plaisir.

L'étape qui reste encore peu étudiée est celle de l'intervention de la dopamine dans la pharmacodépendance. Il est en effet tentant de considérer que c'est le plaisir que procure la drogue qui justifie que le consommateur ne puisse plus s'en passer. Ce serait le plaisir, et donc la dopamine, qui pousserait le toxicomane à rechercher la consommation de son produit. En fait, les cliniciens ont observé depuis longtemps que les toxicomanes perdent assez rapidement le plaisir associé à la consommation de drogues au profit de la recherche d'un état qui ressemble plus à un soulagement nécessaire voire indispensable. Les anglo-saxons parlent du passage de « *liking* » (aimer) à « *wanting* » (vouloir). On sait également que la vulnérabilité du toxicomane sevré vis-à-vis d'une reprise de consommation peut durer plusieurs mois, voire plusieurs années. Or, jusqu'à présent, tous les index biochimiques mesurés chez l'animal à la suite d'administrations répétées de drogues reviennent à la normale au bout de quelques jours ou au plus tard au bout d'un mois après la dernière consommation.

En étudiant d'autres modulateurs que la dopamine, à savoir la noradrénaline et la sérotonine, il a été montré que ces deux derniers modulateurs se régulaient l'un l'autre (étaient couplés) chez les animaux normaux, c'est-à-dire chez ceux qui n'ont jamais consommé de drogues. Ce couplage correspond à une interaction entre les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques telle que les deux ensembles neuronaux s'activent ou se limitent mutuellement en fonction des stimuli externes que perçoit l'animal ou l'individu. Lors de prises répétées de drogues, ce couplage disparaît. Ce découplage – et

l'hyper-réactivité incontrôlable qu'il induit – entre les systèmes noradrénergique et sérotoninergique pourrait être responsable du malaise que ressentent les toxicomanes. Reprendre de la drogue permettrait un recouplage artificiel de ces neurones, créant ainsi un soulagement temporaire susceptible d'expliquer la rechute. La drogue serait la façon la plus immédiate de répondre au malaise.

La question qui se pose maintenant est de savoir si le découplage qui est obtenu avec la cocaïne, la morphine, l'amphétamine, l'alcool ou le tabac, peut être obtenu par le jeu. Il est bien montré que la très grande majorité des joueurs excessifs souffre de pathologies associées. Ces pathologies, en particulier la présence d'addiction à des produits comme le tabac et l'alcool, qui se développent parallèlement à la conduite de jeu excessif pourraient peut-être rendre compte de la forme pathologique du jeu.

Cependant, les psychiatres indiquent qu'il existe des joueurs pathologiques n'ayant aucune addiction ni aucun autre trouble psychique associés. On ne peut donc exclure que le simple fait de s'adonner au jeu puisse, comme le ferait une drogue d'abus, entraîner des modifications du fonctionnement du système nerveux central telles que celles que nous venons de décrire. Une des hypothèses qui pourrait être proposée serait que, chez certaines personnes, le stress et l'angoisse que peut engendrer le jeu augmentent de façon chronique la sécrétion de glucocorticoïdes et reproduisent, en l'absence de produit, des activations neuronales et un découplage analogues à ce qui est obtenu avec les substances addictives. Des recherches pré-cliniques mériteraient d'être envisagées afin d'étudier si des situations de stress chronique ou la sécrétion de molécules endogènes comme les glucocorticoïdes peuvent, à elles seules, reproduire les effets neurochimiques que produisent les drogues d'abus.

Approche clinique

Pour le clinicien, l'addiction peut être définie comme une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est adopté d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés : échec répété de contrôler ce comportement ; poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives.

L'appartenance du jeu pathologique aux « troubles du contrôle des impulsions », caractérisés, selon le DSM-IV-TR, par l'impossibilité de résister à l'impulsion ou à la tentation de commettre un acte nuisible au sujet lui-même ou à autrui, est justifiée par certains arguments, notamment le niveau élevé, confirmé par plusieurs études, de l'impulsivité chez les joueurs pathologiques. Mais l'impulsivité n'apparaît que comme l'un des éléments du jeu pathologique. Plusieurs travaux de la littérature soulignent, par ailleurs,

le caractère hétérogène de cette catégorie dans le DSM et font l'hypothèse d'une appartenance des troubles du contrôle des impulsions à la catégorie des addictions comportementales, qui regrouperait donc jeu pathologique, kleptomanie, pyromanie, trichotillomanie, trouble explosif intermittent, mais également les achats compulsifs, les comportements sexuels compulsifs, l'usage compulsif d'Internet.

D'une littérature importante sur les relations entre troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et jeu pathologique, on retient les idées suivantes : des arguments cliniques (pensées intrusives, incoercibles, perte du contrôle des activités mentales) soulignent la dimension compulsive des idées de jeu et suggèrent l'appartenance du jeu pathologique au « spectre des troubles obsessionnels compulsifs ». Cependant, de nombreux arguments vont dans un sens contraire : les idées obsédantes de jeu, chez le joueur, sont égosyntoniques (guidées par la recherche de bien-être) alors que les idées obsédantes dans les TOC sont par définition intrusives et égodystoniques (on ne peut pas aller contre et sont sources de souffrance). On relève également l'absence d'arguments épidémiologiques nets montrant une co-occurrence TOC et jeu pathologique. Les données neuropsychologiques sont contrastées, certains travaux retrouvant des déficits des fonctions exécutives reliées au lobe frontal semblables chez les sujets porteurs de TOC et les joueurs pathologiques, alors que d'autres études ne montrent pas ces similarités.

Au final, aucun argument formel ne permet de considérer le jeu pathologique comme un trouble apparenté aux TOC, même si la dimension compulsive de ce comportement est évidente.

Le jeu pathologique, dans la plupart des publications récentes, est considéré comme une addiction comportementale. Des arguments cliniques renforcent cette position : les phénotypes cliniques du jeu et de la dépendance à une substance (DSM-IV-TR) sont très proches, y compris la présence chez les joueurs de symptômes de sevrage et de modifications de la tolérance (accroissement des enjeux au fil du temps). Parmi d'autres aspects cliniques communs au jeu et aux addictions, on relève une prévalence plus élevée chez les adultes jeunes, l'existence de formes à début précoce d'évolution rapide et grave, l'existence de formes à début tardif et d'évolution rapide « télescopée » chez les femmes, l'influence de facteurs socioculturels et ethniques. Des comorbidités élevées entre jeu pathologique et addictions mais également entre jeu pathologique et de nombreux troubles mentaux et de la personnalité sont rapportées par toutes les études.

Certains aspects communs des traitements, enfin, sont relevés : intérêt des thérapies motivationnelles, pour initier une demande authentique de sevrage ; utilité des thérapies de groupe (« Joueurs Anonymes » sur le modèle des « Alcooliques Anonymes »…) ; intérêt des thérapies cognitivo-comportementales, dans le jeu pathologique comme dans la plupart des addictions.

De nombreux arguments, cliniques, épidémiologiques, biologiques, thérapeutiques, permettent donc de considérer le jeu pathologique comme une addiction sans drogue. Ce comportement emprunte à l'impulsion et à la compulsion, comme toutes les pathologies addictives. Considérer le jeu pathologique comme une addiction a l'avantage de focaliser l'intérêt sur cette pathologie souvent méconnue, d'en favoriser le dépistage et la prise en charge au sein des programmes de soins des centres d'addictologie, de considérer enfin une catégorie subsyndromique « d'abus de jeu » sur le modèle de l'abus d'une substance dans les versions successives du DSM.

Outils de dépistage et de diagnostic

Les questions de dépistage et de diagnostic doivent être envisagées en référence aux objectifs qui leur sont liés : s'agit-il d'envisager des actions de prévention primaire, avec l'ambition de sensibiliser le plus grand nombre des pratiquants aux risques liés à leur conduite ; ou s'agit-il de repérer une conduite déjà suffisamment problématique pour avoir entraîné un certain nombre de dommages caractérisés afin de justifier une approche thérapeutique spécifique ?

Plusieurs outils sont utilisés dans le monde en matière de jeu excessif/problématique et pathologique.

Le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) est un auto-questionnaire conçu à partir du DSM-III et constitué de vingt items. Le SOGS est l'outil de référence pour le repérage du jeu pathologique de loin le plus utilisé dans le monde. Cependant, certaines limites de cet outil sont régulièrement soulignées au niveau de ses propriétés psychométriques. Une certaine surévaluation de la prévalence du jeu pathologique est mentionnée par plusieurs auteurs. Comme il s'agit d'un outil déjà ancien, certaines évolutions diagnostiques n'ont pas été prises en compte. Enfin, la pertinence de l'outil est discutée dans les populations les plus jeunes malgré l'existence d'une adaptation pour adolescent (le SOGS-RA).

La section jeu pathologique du DSM-IV (DSM-IV-jeu) est un outil de référence pour le diagnostic de jeu pathologique. Il s'agit là, comme il est habituel avec le DSM, de critères diagnostiques utilisables par le clinicien dans son évaluation. Au niveau de ses propriétés psychométriques, la fiabilité et la validité du DSM-IV-jeu ont été attestées par de multiples études. Ce DSM-IV-jeu est reconnu bien plus discriminant que le SOGS et on considère qu'en moyenne la prévalence du jeu pathologique avec le SOGS est deux fois plus élevée qu'avec le DSM-IV-jeu.

Certaines adaptations du DSM-IV-jeu doivent être mentionnées : le DSM-IV-J (juvénile) et le DSM-IV-MR-J qui sont déjà des adaptations du

DSM-IV-jeu pour les adolescents ; également le NODS[31] qui est un outil de dépistage en population générale de type auto-questionnaire.

La section jeu pathologique de la Classification internationale des maladies (CIM-10-jeu) est un équivalent du DSM-IV-jeu créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993 ; très utilisée en clinique, la CIM-10-jeu est très peu utilisée en recherche et il existe peu de publications faisant état de ses propriétés psychométriques.

L'auto-questionnaire des *Gamblers Anonymous* (GA-20) est un outil d'auto-évaluation à vingt questions très largement utilisé aux États-Unis et dans beaucoup d'autres pays, mais pour lequel il n'existe pratiquement aucune étude de validation. Il est néanmoins considéré comme très peu discriminant.

Un certain nombre d'autres outils doivent également être mentionnés :
• le questionnaire LIE/BET est un outil de pré-dépistage en population générale à deux items correspondant au critère 2 (besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes=BET) et au critère 7 (mensonge=LIE) du DSM-III-R qui semble présenter des propriétés psychométriques intéressantes ;
• l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE, ou CPGI pour *Canadian Problem Gambling Index*) est un questionnaire de dépistage à neuf items adapté pour le Canada en deux versions, anglaise et française, dont la fiabilité et la validité apparaissent bonnes au vu de la littérature. Cet outil présente l'intérêt de donner des taux de prévalence du jeu pathologique intermédiaires à ceux obtenus avec le DSM-IV-jeu et le SOGS ;
• le *Structured Clinical Interview for Pathological Gambling* (SCI-PG) est un entretien clinique construit à partir du DSM-IV, et donc compatible avec le SCID (*Structured Clinical Interview for DSM disorders*) pour le jeu. Il semble avoir une bonne validité aux différents niveaux ;
• le *Gambling Self-Efficacy Questionnaire* (GSEQ) et l'*Addiction Severity Index-Gambling* (ASI-G) sont deux outils dont l'intérêt clinique reste à démontrer ; le premier est un auto-questionnaire d'évaluation de l'efficacité perçue par le sujet sur le contrôle de son comportement de jeu ; le deuxième correspond à une tentative de validation d'une échelle à cinq items pour le jeu à inclure dans l'*Addiction Severity Index*, outil d'évaluation multidimensionnel le plus utilisé dans le monde vis-à-vis des addictions à des substances psychoactives.

Des outils de dépistage et de diagnostic du jeu pathologique existent donc depuis une vingtaine d'années, ayant fait l'objet d'études de validation garantissant pour plusieurs d'entre eux de bonnes propriétés psychométriques (c'est le cas notamment pour le SOGS, le DSM-IV et l'ICJE).

31. *National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problem*

Le SOGS et l'ICJE sont des outils de dépistage alors que le DSM-IV-jeu est plus clairement un outil diagnostic.

Des écarts importants sont néanmoins retrouvés dans certaines études avec ces différents outils, en termes de taux de prévalence du jeu pathologique et du jeu à risque, ce qui pose des questions de seuils, justifiant des études complémentaires. De même, la pertinence de ces outils dans les populations les plus jeunes et également les plus âgées est actuellement fort discutée.

Principaux outils de dépistage et de diagnostic du jeu pathologique

Outils	Validité estimée
South Oaks Gambling Screen (SOGS) Lesieur et Blume, 1987 ; traduit en français par Lejoyeux, 1999	Sensibilité de 0,91 à 0,94 Spécificité de 0,98 à 1 Valeur prédictive positive 0,96 Valeur prédictive négative 0,97
Section jeu pathologique du DSM-IV APA, 1994 traduit en français par Guelfi et coll., 1996	Sensibilité de 0,83 à 0,95 Spécificité de 0,96 à 1 Valeur prédictive positive de 0,64 à 1 Valeur prédictive négative de 0,62 à 0,91
Auto-questionnaire des *Gamblers Anonymous* (GA-20)	Pas d'étude de validation
Indice Canadien du jeu excessif (ICJE)	Bonne fiabilité et validité
Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCI-PG)	Pas d'étude de validation
Gambling Self-Efficacy Questionnaire (GSEQ)	Pas d'étude de validation
Addiction Severity Index Gambling (ASI-G) (Mc Lellan et coll., 1992)	Pas d'étude de validation

En population générale : 1 à 2 % de joueurs problématiques et pathologiques

Plus de 200 enquêtes de prévalence ont pu être recensées dans la littérature internationale, menées principalement en Amérique du Nord, Australie et Nouvelle-Zélande. Il s'agit, dans une large majorité des cas, d'enquêtes spécifiques centrées sur la question du jeu de hasard et d'argent. Parfois, cette problématique est abordée dans le cadre d'une investigation plus large sur une thématique de santé ou santé mentale. Cette approche apporte une plus-value intéressante car elle permet une analyse approfondie des liens entre les déterminants et caractéristiques individuelles de santé et les comportements de jeu problématique.

La plupart des études produisent des estimations de « prévalence-vie » et/ou de « prévalence-année », c'est-à-dire qu'elles définissent la proportion de la population enquêtée ayant rempli, au cours de sa vie, ou au cours de l'année passée, le nombre de critères fixés par les outils de repérage du jeu

problématique ou pathologique. On constate une évolution nette au cours du temps avec une perte d'intérêt progressive pour le concept de « prévalence-vie », auquel il est préféré celui de « prévalence-année ». Ceci est dû à la fois à la difficulté de bien mesurer le premier, plus sensible aux problèmes de mémorisation, et également au fait que la base conceptuelle sur laquelle il a été élaboré est fragilisée. Ce concept a perdu de son intérêt depuis que le caractère chronique du jeu pathologique est contesté.

Il existe une grande diversité de tests de repérage utilisés dans ces enquêtes de prévalence, répondant à une égale diversité de concepts. Néanmoins, trois principaux outils de repérage sont prépondérants pour l'application au domaine de l'épidémiologie : le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (de loin le plus utilisé), le test adapté du DSM-IV et le *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI). De même, deux concepts se dégagent :

- « joueur pathologique », qualifiant les individus dont l'état ou le comportement répond à certains critères d'un diagnostic clinique, ou d'un questionnaire-test ;
- « joueur problématique », qualifiant les individus non classés comme pathologiques mais remplissant certains critères témoignant de difficultés en lien avec leur comportement de jeu. Une définition extensive du jeu problématique inclut également le jeu pathologique.

Une très grande majorité des enquêtes de prévalence sur le jeu problématique concerne les adultes. La majeure partie de la littérature internationale porte sur la question du jeu de hasard et d'argent (*gambling*). Les études portant sur l'addiction à Internet ou aux jeux vidéo (*playing*) sont plus récentes, en nombre limité, et encore centrées sur les problèmes de concepts et de méthodes.

Le niveau de prévalence est largement dépendant de l'outil utilisé, le SOGS obtenant des prévalences supérieures à celles du DSM-IV, le CPGI donnant des prévalences intermédiaires. Ce point a été mis en évidence par certains auteurs de méta-analyses et d'enquêtes utilisant de façon simultanée plusieurs outils de repérage. Il demeure cependant largement controversé dans la littérature.

Cette situation ne facilite pas les comparaisons du niveau de prévalence du jeu problématique dans les différents pays ayant mené des enquêtes nationales à ce sujet. Néanmoins, deux pays émergent avec des prévalences en population générale relativement élevées (jeu problématique plus jeu pathologique autour de 5 %) : les États-Unis et l'Australie. Les prévalences relevées dans les quelques pays européens ayant réalisé de telles études, essentiellement au nord de l'Europe, sont nettement inférieures, se situant entre 1 et 2 %, niveaux comparables à ceux observés au Canada et en Nouvelle-Zélande. Les différences de niveau entre pays sont encore largement discutées. L'hypothèse la plus fréquemment développée est celle des différences d'accessibilité aux jeux de hasard et d'argent.

Des prévalences moyennes pour les adultes (2,5 % pour le jeu problématique, 1,5 % pour le jeu pathologique) et les adolescents (15 % pour le jeu problématique, 5 % pour le jeu pathologique) ont été établies (par une complexe pondération) à partir de 160 études de prévalence en Amérique du Nord. Ces estimations sont à prendre comme des ordres de grandeur. La dispersion des résultats autour de ces valeurs moyennes est importante, notamment pour les adolescents.

Le niveau de prévalence est aussi dépendant de la population prise en compte au dénominateur : ensemble de la population, joueurs ou joueurs réguliers. Ainsi en Grande-Bretagne en 2007, la prévalence du jeu problématique au sens du DSM-IV est de 0,6 % en population générale, de 0,9 % chez les joueurs (personnes ayant joué au moins une fois dans l'année) et de 14,7 % parmi les joueurs « intensifs » (jouant presque tous les jours).

Il est difficile de dégager des tendances évidentes de l'évolution de la prévalence du jeu problématique à partir d'une analyse chronologique des résultats obtenus par les enquêtes conduites au cours des vingt dernières années. Les pays, États, ou provinces ayant pu réitérer de telles enquêtes obtiennent des tendances contradictoires difficiles à confronter compte tenu des différences de cadre légal ou d'accessibilité du jeu.

Ainsi, on observe une augmentation du jeu problématique et pathologique aux États-Unis dans les années 1990. Sur la même période, en Nouvelle-Zélande, le phénomène reste stable. Les tendances internes aux États-Unis, au sein des États qui ont pu reproduire dans le temps de telles enquêtes, sont divergentes : baisse, stabilité ou augmentation sont relevées. Toujours aux États-Unis, le nombre élevé d'études locales disponibles rend possible une comparaison des niveaux relevés par les études les plus anciennes à celui des études les plus récentes. Cette comparaison indiquerait une certaine augmentation de la prévalence du jeu pathologique, le jeu problématique restant stable.

Globalement, on peut néanmoins avancer l'hypothèse d'une certaine stabilité. Ceci ne serait pas contradictoire avec d'autres constats faisant état d'augmentations de la prévalence limitées dans le temps, celui de l'élargissement de l'accessibilité, la prévalence revenant à plus long terme à son niveau antérieur.

Ces tendances très générales écrasent quelque peu des évolutions fines montrant que le phénomène du jeu problématique est en constante évolution. En effet, de nombreux travaux montrent que, quand on considère des sous-groupes de la population générale, les tendances peuvent être différentes. Ainsi, chez les femmes, la prévalence du jeu en général et du jeu problématique en particulier aurait augmenté avec l'élargissement de son offre. Les prévalences chez les jeunes pourraient être en augmentation. Au sein d'un même pays, les catégories sociales les plus concernées par le phénomène peuvent changer.

Toutes les enquêtes épidémiologiques en population générale identifient le genre comme facteur associé au jeu problématique, les hommes étant les plus

concernés. Toutefois, ceci est pour certains auteurs plus à mettre en rapport avec le fait que plus d'hommes jouent aux jeux de hasard et d'argent et dépend du type de jeu. De plus, ces différences selon le genre auraient tendance à s'estomper.

L'âge est également un facteur associé fréquemment rencontré dans les enquêtes de prévalence. Les jeunes (adolescents et jeunes adultes) ont des prévalences de jeu problématique et pathologique plus élevées que les adultes. Ceci peut être mis en rapport avec un phénomène plus global de la fréquence des comportements à risque à ces âges.

D'autres facteurs associés sont également mis en avant par certaines études : appartenance à certains groupes ethniques, niveau de revenus (faibles ressources), personnes socialement en difficulté sur le plan familial, scolaire, professionnel ou judiciaire, « antécédents familiaux » (joueurs dont les parents ont rencontré des problèmes de jeu), précocité des conduites de jeux de hasard et d'argent.

La confrontation des différentes données sociales disponibles sur la question des facteurs associés au jeu problématique ne dégage pas de facteur invariant (dans les différentes cultures ou organisations sociales des pays ayant mené de telles enquêtes) aussi fortement associé au jeu pathologique que le sexe et l'âge (jeunes adultes de sexe masculin). Assez globalement, si les facteurs sociaux jouent un rôle, ceci ne doit pas faire oublier que le jeu pathologique se rencontre dans tous les milieux sociaux.

Il semble que certains types de jeux soient plus « problématiques » que d'autres (machines à sous, certains jeux de table en casino, les loteries électroniques) mais ceci est en fait mal évalué car les protocoles d'études ne sont pas conçus pour répondre à cette question.

Le lien entre la disponibilité de jeu et la prévalence du jeu problématique est complexe. Il fait l'objet d'interprétations qui peuvent sembler contradictoires. Certaines analyses tendent à montrer que les pays (ou les provinces) ayant une moindre accessibilité ont également une prévalence du jeu problématique ou pathologique inférieure. Certains travaux d'approche plus « dynamique » (analyse de tendances) émettent cependant l'hypothèse que l'effet d'augmentation de la prévalence en lien avec une plus grande accessibilité serait « temporaire », le temps du changement.

Comorbidités importantes

Les études en population générale concernant les relations entre jeu pathologique et autres addictions ou troubles psychiatriques sont peu nombreuses. Les études sont essentiellement nord-américaines. Aucune donnée en France n'est actuellement disponible en population générale.

L'ensemble des résultats des études publiées en population générale montre que le jeu pathologique est très fréquemment associé aux autres addictions.

Risques relatifs des addictions associées chez les joueurs pathologiques (d'après Petry, 2005)

Addiction associée	OR	IC 95 %
Tabac	6,7	[4,6-9,9]
Alcool	6,0	[3,8-9,7]
Drogues	4,4	[2,9-6,6]

Les OR sont ajustés sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques

Parmi les addictions, la dépendance au tabac est celle la plus fréquemment retrouvée chez les joueurs pathologiques. Les autres addictions (alcool, drogues illicites) précèdent généralement le début du jeu pathologique (surtout chez les hommes). Les joueurs pathologiques ayant des antécédents de dépendance aux drogues ont le plus souvent un trouble lié au jeu pathologique plus sévère.

Les joueurs pathologiques ont fréquemment des troubles psychiatriques associés. Le plus souvent, il s'agit d'une association avec des troubles de l'humeur, des troubles anxieux ou des troubles de la personnalité.

Risques relatifs des troubles psychiatriques associés chez les joueurs pathologiques (d'après Petry, 2005)

Troubles associés	OR	IC 95 %
Troubles de la personnalité	8,3	[5,6-12,3]
Troubles de l'humeur	4,4	[2,9-6,6]
Troubles anxieux	3,9	[2,6-5,9]

Les OR sont ajustés sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques

Comme la majorité des conduites addictives, le jeu pathologique est fortement associé à des troubles de la personnalité (obsessive compulsive, évitante, antisociale et schizoïde). La personnalité antisociale serait associée à une plus grande sévérité du jeu pathologique.

Parmi les troubles de l'humeur, le trouble bipolaire est le plus souvent associé au jeu pathologique. Le trouble de l'humeur précède souvent le jeu pathologique et persiste après son arrêt. L'association élevée à un trouble de l'humeur pourrait également expliquer l'importance des idéations suicidaires et du risque suicidaire chez les joueurs pathologiques.

Parmi les troubles anxieux, le trouble panique et l'état de stress post-traumatique sont le plus souvent associés au jeu pathologique en population générale. Il n'a pas été mis en évidence de relation significative avec le trouble obsessionnel compulsif.

Certains troubles psychiatriques constituent, par ailleurs, des facteurs de risque pour le jeu pathologique. Ainsi, le risque de voir apparaître un comportement de jeu pathologique est trois fois plus élevé que pour la population générale chez les sujets présentant des troubles liés à l'usage ou l'abus d'une substance et 1,8 fois plus élevé pour les sujets ayant un trouble dépressif ou anxieux. Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire présentent un risque deux fois plus élevé de développer une addiction au jeu que les personnes présentant un autre trouble de l'humeur.

Ces associations significatives ne sont pas clairement expliquées. Il semble que l'existence d'une comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques (addictions, dépression, troubles de la personnalité…) constitue un facteur de gravité du jeu pathologique, justifiant une prise en charge adaptée.

Approches thérapeutiques

Parmi les techniques psychologiques proposées dans le traitement du jeu pathologique, les techniques cognitivo-comportementales ont fait l'objet d'études contrôlées. Ces études sont peu nombreuses et reposent sur des populations aux effectifs modestes. Elles ont le plus souvent une durée d'observation assez courte (rarement plus d'un an) et concernent des patients ayant peu de comorbidités.

Parmi les thérapies comportementales, seules les techniques de sensibilisation par imagination ont montré une certaine efficacité.

Les thérapies cognitives dans le jeu pathologique reposent principalement sur la « restructuration cognitive » et la prévention des rechutes.

La restructuration cognitive inclut habituellement quatre composantes : la compréhension de la notion de loi du hasard (indépendance des tours) ; la compréhension des croyances erronées du joueur ; la prise de conscience des perceptions erronées lors du jeu ; et la correction cognitive de ces perceptions erronées.

La prévention des rechutes consiste le plus souvent en un apprentissage et la mise en place de stratégies de « *coping* »[32] permettant d'éviter la rechute.

32. *Coping* : de l'anglais *to cope* : faire face, désigne le processus par lequel l'individu cherche à s'adapter à une situation problématique.

Ces techniques cognitives se sont avérées significativement plus efficaces pour contrôler les conduites de jeu pathologique que l'absence d'intervention psychologique.

La question du format des prises en charge (individuelle ou en groupe) a également été évaluée dans la littérature. Les résultats obtenus semblent montrer que la thérapie cognitivo-comportementale opérée sur un mode individuel ou en groupe donne des résultats immédiats sensiblement équivalents. Pour la prévention des rechutes, la prise en charge individuelle semble supérieure à la prise en charge de groupe.

Si la thérapie cognitivo-comportementale semble efficace chez certains joueurs pathologiques, le taux élevé de mauvaise observance à ce type de traitement constitue une limite.

L'association d'une approche cognitivo-comportementale et de techniques motivationnelles, faisant référence au « modèle transthéorique du changement », permettrait d'augmenter de manière très significative le pourcentage de sujets poursuivant le traitement. Le modèle transthéorique de changement des comportements, identifie différentes étapes :
• la précontemplation : la personne n'a pas l'intention de faire un traitement ;
• la contemplation : la personne voudrait entreprendre un traitement dans les six mois à venir ;
• la préparation : la personne considère sérieusement le fait de faire un traitement dans le mois à venir ;
• l'action : la personne suit régulièrement son traitement ;
• le maintien : la personne suit régulièrement son traitement depuis plus de six mois.

Pour décrire le passage d'une étape à une autre, d'autres concepts sont encore utilisés, qui permettent de comprendre comment on passe d'un stade à l'autre :
• confiance en soi (*self efficacy*) : être sûr de ne pas revenir à un comportement antérieur non désiré, même en cas de circonstance à haut risque ;
• tentation : l'intensité de l'envie de revenir à une habitude particulière dans une situation difficile ;
• équilibre décisionnel : évaluation entre avantages et désavantages.

Afin de faciliter l'accès aux soins, des formats « brefs » de thérapie cognitive ont été proposés. Il semble que ce mode de prise en charge soit efficace chez certains patients.

L'ensemble des données disponibles, concernant les psychothérapies dans le jeu pathologique, renforce l'idée que l'abstinence totale au jeu n'est pas un objectif raisonnable et réaliste pour la majorité des joueurs pathologiques. Les approches proposant un contrôle du jeu et non une abstinence doivent être mieux évaluées.

Les prises en charge issues de la psychanalyse ou celle des *Gamblers Anonymous* n'ont pas bénéficié, malgré leur usage fréquent, jusqu'à présent

d'évaluation robuste. De même, les prises en charge « classiques » qui associent de multiples interventions y compris de type résidentiel, n'ont généralement pas été évaluées de manière rigoureuse même si elles sont largement proposées.

Par ailleurs, les critères de succès ou d'échec diffèrent selon les auteurs et les études : le critère le plus simple et le plus évaluable est l'abstinence totale, selon la conception des *Gamblers Anonymous* (GA). Cependant, nombre d'auteurs promeuvent la notion de jeu contrôlé et considèrent la réduction des activités de jeu (notamment mesurée par la quantité d'argent dépensée) comme un succès.

La participation aux réunions de l'association *Gamblers Anonymous* est présentée comme l'un des traitements les plus répandus, sinon le plus répandu dans le monde, du jeu pathologique. Si elle est embryonnaire en France, elle est très importante en Amérique du Nord, où elle existe depuis 1957. D'autres groupes se forment parfois, parallèlement à l'existence de GA (la « *Gambler's Foundation* » dans les pays nordiques). En Grande-Bretagne, il existe une communauté thérapeutique dédiée aux joueurs pathologiques : *The Gordon House Association*. Cette structure ne semble pas éloignée de l'esprit de GA, dont elle encourage la fréquentation.

Le modèle « Alcooliques anonymes » dont dérive l'association *Gamblers Anonymous* a grandement influencé le champ de l'addictologie. Il s'agit d'une vision particulière de la maladie, considérée comme incurable, et du traitement, fondé sur le maintien de l'abstinence au quotidien. Cette approche est fondée sur l'entraide, la bonne volonté, le bénévolat, la socialisation particulière aux groupes où les sujets se soutiennent dans leur projet d'abstinence. Le programme repose sur douze étapes désignant les principes de structuration de ces associations bénévoles, et sont une garantie contre les possibles dérives sectaires. L'évaluation, la recherche, l'objectivation sont aux antipodes des préoccupations des membres *Gamblers Anonymous*, et ceci en fait structurellement une approche très difficile à évaluer. Nombre de protocoles incluent la possibilité de participer aux réunions de GA en parallèle ou à la suite d'autres traitements. Certaines études tendent à montrer que la participation aux groupes est un facteur supplémentaire de succès.

Peu d'auteurs proposent une thérapie psychodynamique spécifique du jeu pathologique. La plupart des textes psychanalytiques portent sur l'élucidation du sens de la conduite du joueur, plus que sur le jeu pathologique. En effet, dans l'approche psychanalytique, il est difficile de séparer dans l'analyse ce qui relève du traitement de ce qui constitue des modèles explicatifs, dans la mesure où l'élucidation du sens de la conduite du sujet s'inscrit en même temps dans ces deux dimensions. Il s'agit de repérer les raisons qui ont conduit le sujet à surinvestir le jeu, afin de travailler sur les déterminants profonds de la conduite. La conduite doit donc pouvoir prendre sens, en fonction de l'histoire du sujet. Comme dans le cas de pathologies de type

narcissique, les psychanalystes insistent sur les modalités particulières dans l'analyse de joueurs du transfert comme du contre-transfert, marqués tant par l'idéalisation que par les tentatives de maîtrise.

Les données concernant l'utilisation de traitements psychotropes dans le jeu pathologique sont actuellement préliminaires. Aucun traitement médicamenteux n'a encore reçu l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication. Trois classes médicamenteuses ont été étudiées : antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), thymorégulateurs et antagonistes des opiacés. L'utilisation d'autres molécules (antipsychotiques atypiques…) a été rapportée de manière anecdotique.

Plusieurs biais méthodologiques limitent les conclusions des études publiées : peu d'études ont été conduites contre placebo et en double aveugle ; la durée d'observation est généralement courte (rarement plus de 16 semaines) ; les critères de jugement et d'efficacité sont divers ; le nombre de perdus de vue et de sorties prématurées de traitement est élevé ; les patients inclus sont essentiellement de sexe masculin sans comorbidité psychiatrique majeure.

Dans quatre études en double aveugle contre placebo menées avec les ISRS (fluvoxamine, paroxétine, citalopram), on constate une amélioration significative par rapport au placebo des conduites de jeu pathologique. Il reste difficile de distinguer un effet propre sur le jeu d'un effet sur la dépression ou sur l'anxiété. Les joueurs pathologiques ayant des traits d'hyperactivité pourraient répondre favorablement à un autre type d'antidépresseur, le bupropion.

Pour les thymorégulateurs, une seule étude contre placebo est disponible ; elle concerne les sels de lithium. Les effets très significatifs du lithium sur le jeu pathologique dans cette étude sont en partie indépendants de son effet sur l'humeur.

L'antagoniste opioïde le plus étudié est la naltréxone. Les résultats rapportés sont contradictoires. L'utilisation d'un autre antagoniste, le nalméfène, semble plus prometteuse pour la réduction de certains symptômes du jeu pathologique, particulièrement pour les impulsions et le *craving* (les impulsions irrésistibles à jouer).

Il est difficile de généraliser les résultats des études publiées à la pratique. Le choix d'une classe pharmacologique ne peut être actuellement fait que de façon empirique. La prise en compte des comorbidités pourrait orienter vers certains types de traitements pharmacologiques. Il semble ainsi que les patients joueurs pathologiques ayant une comorbidité de type bipolaire peuvent bénéficier d'un traitement de type thymorégulateur ; principalement le lithium. Des études comparant différentes classes thérapeutiques sont nécessaires.

En pratique, il apparaît important qu'un patient puisse bénéficier d'un ensemble de prestations, tant au niveau psychothérapique, qu'au niveau pharmacologique, ou au niveau social. Nombre de programmes sont proposés par des équipes qui s'occupent également d'autres formes de dépendances

(alcool, drogues), et incluent des modalités de soin diversifiées, tant en hospitalisation qu'en traitement ambulatoire. Plusieurs de ces programmes, incluant thérapie de groupe, prise en charge éducative, participation aux réunions de GA, et plan de surendettement, semblent donner de bons résultats (67 % d'abstinence à 6 mois).

Comme pour toutes les addictions, le traitement doit donc intégrer des dimensions très diverses. Idéalement, il devrait même être possible d'organiser des séjours de rupture pour que le patient puisse prendre du recul par rapport au contexte du jeu, comme par rapport à son entourage. Même si la dépendance est ici « variable », plus que « chronique », il s'agit d'une pathologie à rechute, comparable aux toxicomanies, marquées par une relative facilité du sevrage, mais ensuite par une importance du *craving* et des rechutes.

L'écoute et les conseils aux proches sont particulièrement importants. Le volet social peut comprendre des conseils juridiques, la question de la protection des biens (curatelle), enfin (mais pas forcément comme mesure initiale) une aide à la constitution du dossier de surendettement (les rechutes risquant de conduire à une situation inextricable).

Accès aux soins

Un des problèmes majeurs dans la prise en charge des joueurs pathologiques réside dans la faible demande de soins. D'après deux études épidémiologiques américaines importantes, GIBS (*Gambling Impact and Behaviour Study*) et NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), seulement 7 à 12 % des sujets diagnostiqués joueurs pathologiques ont cherché une aide auprès de professionnels ou de *Gamblers Anonymous*.

Cette constatation oblige à mettre en place des actions permettant une meilleure prise en charge de ces patients. Dans certains pays (Canada, Nouvelle-Zélande), des programmes de santé publique centrés sur le jeu pathologique ont tenté d'améliorer, entre autres, l'accès aux soins.

Les barrières potentielles limitant l'accès aux soins des joueurs problématiques ou pathologiques sont de plusieurs ordres : l'accessibilité des soins, la stigmatisation liée à la prise en charge, le prix et l'efficacité supposée des prises en charge. Parmi des joueurs pathologiques interrogés, 82 % pensent pouvoir s'en sortir par eux-mêmes.

Parmi les moyens visant à améliorer l'accès aux soins, on peut avancer l'idée de ne pas fixer comme seul objectif thérapeutique l'abstinence et de ne pas bâtir les programmes de soins sur ce seul objectif. En effet, chez certains joueurs pathologiques des objectifs thérapeutiques « inaccessibles », comme l'abstinence, peuvent constituer une barrière à l'accès aux soins. À l'image de ce qui est proposé dans les autres addictions, l'objectif des soins devrait

être de proposer également des programmes visant à limiter les dommages liés à la conduite de jeu. Il est possible de diminuer les dépenses liées au jeu et certaines conséquences sociales du jeu pathologique, en proposant à certains joueurs pathologiques une intervention centrée sur le contrôle du jeu. Au Québec et en Nouvelle-Zélande, les recommandations insistent sur le fait de pouvoir diversifier l'offre de soins et développer des programmes de traitements variés.

Parmi les possibilités de diversification des soins, en dehors des stratégies visant au jeu contrôlé, il est proposé de développer les techniques validées de prises en charge brèves. Ces techniques d'intervention brèves, même réalisées par téléphone, ont montré leur efficacité pour contrôler les manifestations du jeu pathologique. Le plus souvent, elles reposent sur le modèle transthéorique du changement.

Il est également suggéré de mettre en place des programmes de traitement sur Internet. Cette technique permet probablement de diminuer les réticences à accéder aux soins du fait de l'anonymat et de sa facilité d'accès. De nombreux formats de conseils et de soins existent déjà sur Internet comme la thérapie « *online* », la cyberthérapie, la e-thérapie.

La question de la formation des intervenants de première ligne (médecins généralistes, psychologues, travailleurs sociaux...) et des intervenants spécialisés constitue un enjeu important pour améliorer l'accès aux soins. Ainsi, en Nouvelle-Zélande, depuis 2006, un plan gouvernemental visant à minimiser les conséquences sanitaires (suicides, troubles psychiques, médicaux…) et sociales (surendettement…) du jeu pathologique a été lancé.

La formation des acteurs du soin de première ligne au repérage du jeu pathologique est proposée parmi les mesures visant à améliorer la prise en charge et l'accès aux soins. La grande majorité des patients en médecine générale accepte de remplir des auto-questionnaires pour le dépistage du jeu pathologique. Le médecin généraliste apparaît comme un partenaire majeur dans l'identification et la prise en charge des joueurs pathologiques, surtout chez ceux se plaignant de dépression et d'anxiété. Les médecins généralistes ne sont pas les seuls intervenants de première ligne à former. Des programmes de formation au repérage du jeu pathologique sont proposés dans certains pays (Canada, Australie…) aux intervenants de première ligne en santé mentale (psychologues) et aux travailleurs sociaux. Ces programmes sont généralement de courte durée (quelques jours au maximum) mais doivent être suivis d'ateliers de perfectionnement.

On estime que parmi les populations de patients en contact avec le système de soin psychiatrique ou spécialisé pour les addictions, plus de 15 % des patients présenteraient des problèmes liés au jeu pathologique. Le plus souvent, ils ne sont pas repérés et n'ont pas de prise en charge spécifique pour ce problème. Plusieurs éléments concourent à la faible prise en charge du jeu pathologique : méconnaissance du trouble, absence de formation des

personnels, méconnaissance des stratégies efficaces de traitement possible. L'importance de l'association entre jeu pathologique et les autres addictions justifie la mise en place de formation des intervenants dans le domaine des addictions au repérage et à la prise en charge du jeu pathologique.

Actions de prévention pour les jeux de hasard et d'argent

La diffusion rapide des jeux de hasard et d'argent depuis une dizaine d'années et l'augmentation exponentielle des sommes investies dans ces jeux, sont à l'origine d'un ensemble de dommages socioéconomiques, parmi lesquels figure le jeu pathologique. Plusieurs gouvernements ont pris la mesure du problème de santé publique que pose le jeu pathologique.

À partir des années 1999-2000, le Canada, l'Espagne et la Nouvelle-Zélande se sont dotés d'une législation contraignante en matière de jeux de hasard et d'argent, ainsi que d'organismes de surveillance et de contrôle, placés sous l'égide du ministère de la Santé (Nouvelle-Zélande) ou sous celle du ministère de l'Intérieur (Espagne). Au Canada, le Québec a mis en œuvre le plan stratégique montréalais entre 2003 et 2006. En Nouvelle-Zélande, une politique de prévention est financée par une taxe versée par 4 opérateurs de jeux et les responsabilités en matière de jeu excessif ont été transférées en 2004 au ministère de la Santé. En Espagne, depuis 1999, le Service de contrôle des jeux de hasard, qui dépend du Commissariat général de la police judiciaire au ministère de l'Intérieur, publie et met en ligne un rapport annuel très détaillé sur les jeux de hasard et d'argent, dans lequel figurent les activités de prévention.

Les politiques de prévention menées par le Canada et la Nouvelle-Zélande suivent un schéma à trois niveaux : aux niveaux 1 et 2, il s'agit de prévenir et d'informer et au niveau 3 d'avoir une intervention thérapeutique pour les joueurs pathologiques. Les stratégies employées dans ces deux pays visent à améliorer la connaissance de la problématique émergente du jeu pathologique et de sa prévention par des études épidémiologiques et sociologiques, à améliorer la formation des intervenants du réseau public et privé qui travaillent sur l'addiction au jeu, à agir par des projets adaptés à des contextes spécifiques (moyens d'information appropriés aux milieux ethniques, aux groupes cibles tels les seniors). Trois grands thèmes dans les actions peuvent être mentionnés. La première action consiste à réduire la nocivité des jeux qui induisent les fortes dépendances et dont la croissance est également la plus rapide (les appareils électroniques notamment) en réduisant leur nombre, en essayant de rendre ces jeux moins addictifs, en interdisant leur accès aux mineurs et enfin en ouvrant des lignes d'appel pour les joueurs en détresse. Le deuxième champ d'intervention est la diffusion d'une information auprès des jeunes dans les écoles, les associations, et également auprès

des parents. Enfin, des actions visent la prise de conscience par la population des questions liées aux jeux de hasard et d'argent de façon à créer un climat favorable à la prévention. Le Canada comme la Nouvelle-Zélande insistent sur l'action de proximité, la seule vraiment efficace.

Deux politiques de prévention ont été expérimentées : la première, pédagogique, mise en œuvre au Canada (Québec), a diffusé des programmes préventifs auprès des mineurs (programme « *Lucky, le hasard ne peut rien y changer* » ; tournées communautaires *Virage)*, mais également auprès de l'ensemble de la population (émissions télévisées, chroniques de Loto-Québec et de ses partenaires, dépliants, bulletins d'information). L'objectif est de contrebalancer la publicité des opérateurs de jeux et d'éveiller l'attention des populations, spécialement les plus vulnérables. La seconde politique, testée en Nouvelle-Zélande, qui bénéficie d'un support financier régulier provenant de la taxe sur le jeu, soutient la poursuite de recherches, lance des campagnes dans les médias et organise des débats publics. L'action préventive est menée de façon graduelle : à partir des 2e et 3e niveaux du « continuum », les joueurs peuvent bénéficier d'interventions psychosociales individuelles ou collectives. Études et actions s'intègrent dans l'Observatoire de la santé publique.

Ainsi, les politiques menées par l'Espagne, le Canada et la Nouvelle-Zélande reposent-elles d'abord sur une meilleure connaissance du phénomène du jeu pathologique ; en outre Canada et Nouvelle-Zélande ont développé des politiques sociales de prévention, valorisant l'information avant de développer des politiques de soin de l'addiction. Il faut toutefois rappeler que les résultats de ces politiques récentes restent à évaluer sur une plus longue durée, de façon à mieux en mesurer l'efficacité.

Actions en France

En France, suite aux deux rapports du sénateur Trucy (2002, 2006), un débat s'est amorcé sur les conséquences du *gambling* et la question du jeu « pathologique » conduisant le gouvernement, les trois opérateurs historiques et les syndicats professionnels des casinos à prendre différentes mesures. Des actions d'information, de prévention, de formation dans les espaces de jeu et/ou sur les supports de jeu ont été engagées telles la diffusion de numéros verts et de différents produits (affiches, plaquettes, brochures, *flyers*, slogans, logos « jeu responsable ») et des actions de communication pour faire connaître la politique de jeu responsable des pouvoirs publics et des opérateurs de jeux.

Le syndicat Casinos de France a financé « SOS joueurs » en 1990 et entrepris une collaboration avec cette association, pour sensibiliser les personnels au jeu excessif (séances d'information des personnels dans les exploitations)

et permettre aux joueurs qui ont des problèmes de jeu de prendre contact (numéro vert, adresse Internet). Certains grands groupes casinotiers ont créé leur propre structure et numéro vert pour « conseiller » les joueurs en difficulté (Adictel) ou former des « personnes référentes » parmi le personnel d'encadrement pour repérer et informer les joueurs excessifs.

Une réglementation de protection, notamment en ce qui concerne les joueurs de casino (contrôles aux entrées systématiques) et le jeu des mineurs pour la Française des jeux (interdiction) a été mise en place. Des documents qui engagent les opérateurs en matière de jeu responsable (protocole pour la promotion du jeu responsable pour les casinos, charte déontologique pour les trois opérateurs) ont été rédigés. Un Comité consultatif pour la mise en œuvre de la politique d'encadrement des jeux et du jeu responsable (Cojer) qui concerne les activités de la Française des jeux est installé au ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie depuis 2006. Il a été décidé que les personnels et les revendeurs au contact des joueurs seront informés sur les caractéristiques du jeu excessif et qu'en interne au sein des espaces de jeu, des personnels chargés du jeu problématique seront désignés.

Les casinos ont été les premiers à mettre en place des actions spécifiques pour lutter contre le jeu excessif et informer leur clientèle des risques liés à l'abus de jeu. Les syndicats professionnels de casinos se sont engagés à mieux lutter contre les interdits de jeu, à mettre en place dans les exploitations des mesures de prévention et d'information en matière de jeu excessif.

Les actions entreprises par la FDJ pour la mise en œuvre de sa politique d'encadrement des jeux et en faveur du jeu responsable sont pour la plupart récentes (2006-2007). Il s'agit de la rédaction d'une « charte éthique » disponible sur le site de la FDJ (et que chaque joueur peut recevoir gratuitement) et de mesures de modération concernant le Rapido : la mise maximale est passée de 4 000 à 1 000 euros, et le nombre de tirages auquel donne droit un bulletin ramené de 100 à 50.

Les actions du PMU en faveur du jeu responsable sont également très récentes (2006/2007). Les principales mesures prises sont les suivantes : diffusion d'un slogan jeu responsable (« Jouons responsable ! ») sur les différents bordereaux, *flyers*, publications du PMU, publication d'un dossier de deux pages consacré au parieur responsable (« Pour que le pari hippique reste un plaisir ») dans un numéro de « PMU Mag : le magazine des parieurs », édition de deux *flyers*, disponibles dans les bars/PMU qui comportent téléphone et site Internet de « SOS joueurs ».

Comme autres actions, notons en particulier : l'inscription en 2006 de la dépendance au jeu, dans le plan 2007-2011 du ministère de la Santé sur la prise en charge et la prévention des addictions ; l'initiation en 2006 et 2007 des premières recherches sur le jeu pathologique, dans le cadre des appels à projets Mildt, Inserm, Inca sur les drogues et les conduites addictives ; une mission Mildt en 2006 concernant le problème des addictions au jeu ;

l'organisation d'un colloque présidé par le sénateur François Trucy en octobre 2007.

Malgré ces initiatives, dont la plupart sont récentes, les lacunes en matière de recherches sur le jeu et la socialisation ludique contemporaine, l'absence d'études systématiques et pluridisciplinaires (en population générale ou en population joueuse spécifique), l'hétérogénéité des mesures entreprises (souvent dans « l'urgence européenne »), différentes « instrumentalisations » et « actions *lobbying* », ont empêché la mesure objective des conséquences de l'exploitation des jeux d'argent (en termes de coûts et de bénéfices). Plus globalement, ces constatations n'ont pas permis la compréhension du fait social, économique, historique et culturel que représente le *gambling*.

Addiction aux jeux vidéo et à Internet : un phénomène récent encore mal connu

L'intérêt, voire la passion que suscitent les jeux vidéos sur Internet, est semble-t-il directement lié à leurs caractéristiques techniques combinées à des phénomènes sociaux typiques de notre modernité : rechercher des performances, des sensations, privilégier le temps présent, l'immédiat et l'urgent.

Pour certains, les jeux vidéo sont potentiellement addictifs mais trop peu de recherches ont été menées jusqu'à présent pour répondre à la question de l'addiction. Pour d'autres, l'objet d'addiction compte peu, ce serait la comorbidité anxio-dépressive qui pourrait conduire au repli sur le jeu et non l'inverse. En fait, de nombreux auteurs mettent l'accent sur la dimension ambiguë d'Internet et des jeux vidéo : positive pour les individus bien intégrés socialement, négative pour les isolés et pour les sujets souffrant de difficultés psychologiques. L'expérience de l'ordinateur et d'Internet plaît en ce qu'elle stimule les sens. Plusieurs travaux notent le caractère « phasique » ou passager de l'abus d'Internet ; passée une phase d'immersion totale, l'internaute revient à une pratique moins intense.

Des facteurs de dépendance spécifiques aux MMORPG ont été identifiés :
- la durée illimitée du jeu ;
- le caractère évolutif en développement perpétuel du jeu et des personnages ;
- la volonté de rentabilisation de l'abonnement par le joueur ;
- l'illusion d'un contact social ;
- la ressemblance entre le virtuel et le réel (substitution) ;
- la place du joueur définie dans le monde virtuel, la recherche de reconnaissance par les pairs.

D'après deux enquêtes scandinaves menées en population générale chez des jeunes de 12 à 18 ans, la prévalence d'addiction à Internet et aux jeux vidéo

est équivalente et égale à 2 %. Elle s'élève à 4 % dans le groupe des joueurs fréquents (au moins une fois par semaine). Aux États-Unis, une enquête nationale en population générale adulte indique une prévalence d'usage problématique d'Internet de 0,7 %.

Tous les travaux tant qualitatifs que quantitatifs remarquent la prépondérance de la population masculine dans la pratique des jeux vidéo, d'un niveau socioculturel généralement élevé, d'une moyenne d'âge d'environ 26 ans. L'usage addictif des sites de bourse en ligne a été identifié en 2001, certains mêlant la bourse et le jeu.

Cette addiction présente des traits communs avec d'autres addictions, mais également des spécificités : le critère de perte de contrôle (renvoyant à la dimension impulsive) présente une fréquence similaire entre jeux d'argent et jeux vidéo ; les jeux sur Internet se rapprochent des pratiques des machines à sous : besoin d'une réponse à des stimuli prévisibles et construits par des algorithmes, besoin d'une totale concentration et d'une coordination œil-main, large éventail de jeux accessibles grâce à la performance du joueur. La pratique du jeu vidéo conduirait souvent à celle des machines à sous.

Comme les jeux de hasard et d'argent, l'utilisation de l'ordinateur permet une accélération du temps subjectif. L'attrait du jeu vidéo ne vient-il pas particulièrement de ce qu'il combine illusion de contrôle, voire de puissance, et de maîtrise du sens ? La seule obligation dans ces jeux est la logique, ils donnent enfin accès à un monde cohérent. Pour certains auteurs, les jeux vidéo amènent une désocialisation, pour d'autres, c'est le fait de pouvoir établir des liens d'amitiés avec Internet qui favoriserait l'usage excessif. D'autres encore indiquent que la recherche de contact par les jeux prévient tout risque de dépendance. Mais dans l'ensemble, c'est la recherche de sensations d'excitation et d'apaisement, qui constituerait le risque majeur d'addiction.

Une caractéristique de ces jeux tient à ce qu'ils constituent une industrie au chiffre d'affaires croissant, dépassant actuellement celui de l'industrie du cinéma, les concepteurs cherchant à fidéliser, voire plus, leur public en construisant des structures de récompense consciencieusement addictives ou en utilisant les techniques de « *tracking* » pour toucher les joueurs. Ces jeux sur Internet transforment les modes habituels de régulation des jeux en libérant les joueurs des contraintes sociales d'espace et de temps, du regard de l'autre et de son effet inhibiteur.

La mise en danger des relations sociales est faible concernant le jeu vidéo. Cela s'oppose aux clichés concernant le joueur désocialisé par l'univers virtuel. Mais le cyberespace peut être considéré comme machine à relations et machine à sensations qui offrent la possibilité de créer sa propre réalité grâce aux techniques du virtuel, c'est-à-dire comme une « drogue » potentielle.

Ainsi, les auteurs divergent dans leur évaluation et leur analyse du jeu excessif avec les technologies de l'information. La dépendance viendrait pour les

uns du medium lui-même, ordinateur ou Internet, pour les autres, elle relèverait du contenu (jeu vidéo, jeu d'argent, *chat*…). Divergences aussi sur l'origine du problème : les caractéristiques du jeu sur ces nouveaux supports, les caractéristiques de la population concernée, l'articulation entre ces différentes dimensions. Il paraît actuellement indispensable de chercher à mieux connaître ce phénomène nouveau, complexe et trop peu étudié.

Actions de prévention pour les jeux vidéo et les jeux sur Internet

La technologie a toujours joué un rôle dans le développement des pratiques de jeu. Elle fournit de nouvelles opportunités de marché non seulement par le fait d'une amélioration technologique des jeux déjà existants : machines à sous beaucoup plus sophistiquées, vidéo loteries, télévision interactive, jeux sur téléphone portable, mais également parce que les jeux arrivent sur Internet, ce qui signifie au domicile du joueur.

L'information de la population sur les risques est essentielle. Le contenu doit porter sur les premiers symptômes de l'abus, de l'addiction, les répercussions au niveau relationnel. Il faudrait engager une réflexion collective pluridisciplinaire sur les risques que comportent certaines offres de jeu :
- risques liés aux modalités de promotion des jeux contribuant à forger certaines croyances ;
- risques liés à des facteurs situationnels comme l'accessibilité ;
- risques structurels tenant à la nature du produit-jeu.

De ce point de vue, il y a beaucoup à faire pour comprendre les spécificités des jeux sur Internet et des jeux vidéo (délai entre mise et obtention possible du gain, fréquence de répétition possible du jeu en particulier).

Certains insistent sur la nécessité de sensibiliser à l'identification des symptômes (questionnaires d'auto-évaluation), d'aider à comprendre le phénomène de « pensée tunnel », de soutenir l'effort de dialogue. Avec les jeunes, il faut mettre en valeur leurs compétences, les informer sur les aspects technologiques, soutenir le développement de leur esprit critique, de leur autonomie de pensée, développer l'argumentaire et la capacité de débattre.

Le rôle des parents est primordial : limitation de temps, médiation, vérification du contenu lors de l'achat du jeu, information sur les risques d'utilisation excessive, distanciation, et surtout temps de discussion à propos du contenu des jeux et des programmes.

La technologie pourrait être utilisée pour la promotion de la santé en utilisant Internet et les jeux vidéo sur CD-Rom. Les sites de jeu d'argent pourraient contenir des liens vers des sites de prise de conscience. Concernant les sites qui utilisent le « *tracking* », de telles données pourraient être

utilisées pour identifier les joueurs à problèmes et les aider plutôt que les exploiter.

Des sites Internet, comme YouthBet.net[33], ont pour objectif de prévenir les problèmes de jeu des jeunes, grâce à une approche de santé publique. Des informations multiples sur le comportement et les problèmes des joueurs sont présentées. Des conseils sur la gestion du temps, la gestion de l'argent, la perception du risque, l'auto-engagement (*gambling self assessment*) sont donnés. Des numéros de téléphone ainsi qu'une aide en ligne sur le jeu sont accessibles pour les jeunes qui sentent avoir des problèmes avec le jeu. Beaucoup ont dit avoir réalisé qu'ils jouaient trop grâce à ce site.

Par ailleurs, les éditeurs de jeu d'argent sur Internet devraient prévoir des pages d'accueil avec le logo du partenaire responsable socialement et un lien vers ce partenaire, une information sur les lieux permettant d'avoir de l'aide. Enfin, il faudrait qu'ils affichent un engagement au jeu responsable : pas d'encouragement à rejouer, une obligation de confirmation après un pari pour laisser une chance de changer d'avis, restriction des modes d'entraînement. Tout cela pourrait constituer un code de bonne conduite.

33. www.YouthBet.net

Recommandations

Les jeux de hasard et d'argent sont devenus un véritable phénomène de société. L'évolution importante de l'offre rend plus visible les dommages que ces jeux peuvent entraîner chez des personnes vulnérables. Dans ce contexte, la difficulté en termes de politique publique est de concilier le développement de jeux dont l'État perçoit des recettes, le respect et la liberté des joueurs, ainsi que la protection des personnes vulnérables. Le jeu problématique et le jeu pathologique ont des conséquences au plan individuel, familial et professionnel. Ils entraînent désarroi et souffrance chez les personnes concernées. Bien que nous ne disposions pas de données françaises, la fréquence des joueurs à problèmes (estimée dans d'autres pays) n'est probablement pas négligeable (1 à 3 % de la population générale selon les études). Il apparaît donc nécessaire de poursuivre la sensibilisation des pouvoirs publics et de former les professionnels de santé à la prise en charge des joueurs ayant un problème avec le jeu.

Le principe de développer un volet « santé publique » dans la politique du jeu est désormais acquis. Dans le plan « Addiction 2007-2011 » apparaît la notion de « jeu pathologique » et la nécessité d'une prise en charge spécifique.

Cependant, il paraît difficile d'isoler la question du jeu problématique et pathologique de l'ensemble des questions d'ordre économique, politique, sociale et éthique que posent les jeux de hasard et d'argent. La recherche d'une cohérence des politiques publiques est à souligner. Dans ce sens, la nécessité d'une « autorité unique de régulation » est soulignée par les rapports Trucy (2002, 2006).

Au plan de la santé publique, s'exprime la volonté de conjuguer actions médicales et sociétales, interventions individuelles et collectives. Ces actions doivent être définies selon les populations concernées et en fonction des différents niveaux de risque. De l'information de la population générale comme prévention universelle à la prise en charge des personnes ayant un problème avec le jeu, les différentes stratégies d'interventions doivent être complémentaires. Les structures qui, en France, ont acquis un savoir-faire devraient servir de support à une politique d'information et de formation des intervenants dans le cadre d'un plan d'action à moyen terme.

Une problématique aussi complexe justifie une recherche permanente interdisciplinaire incluant les sciences humaines et sociales. Les programmes doivent faire le lien entre recherche, actions et évaluation.

De nouvelles formes de jeux (jeux vidéo, jeux sur Internet) se développent très rapidement. Le caractère nocif d'une pratique excessive, en particulier chez

les jeunes, suscite de sérieuses interrogations. Il serait utile de promouvoir des travaux sur ces nouveaux jeux et les conséquences liées à leur pratique.

Selon le rapport Trucy (2006) : « Pour assurer la promotion des études nécessaires sur les jeux, et pour promouvoir l'essentiel de la prévention de la dépendance, l'État se devrait de créer un fond particulier ».

Les recommandations élaborées dans le cadre de cette expertise doivent être considérées comme une première étape pour éclairer la décision publique. Leur mise en application devra s'appuyer sur une expertise opérationnelle réunissant les principaux acteurs concernés par le jeu (opérateurs, institutions, scientifiques, associations…).

Informer et prévenir

Une politique cohérente de prévention doit considérer plusieurs niveaux de risque et définir avec précision la population cible des actions : population générale, population à risque modéré, population à haut risque.

Promouvoir une information claire et objective sur les jeux de hasard et d'argent

La publicité massive concernant les jeux de hasard et d'argent constitue à l'évidence un facteur incitatif à la consommation de jeux. Désormais, toutes les catégories sociales sont concernées. L'accès facilité à certains types de jeu (machine à sous, Rapido, jeux de grattage…) permet aux catégories les plus économiquement vulnérables d'accéder aux comportements de jeu. Face à cette offre croissante de jeux, certains pays (Canada, Nouvelle-Zélande…) ont mis en place des politiques systématiques d'éducation des jeunes et d'information des adultes sur les risques éventuels d'une pratique excessive. Les actions en France peuvent s'inspirer largement des politiques mises en œuvre dans ces pays.

L'information doit porter en particulier sur les dommages liés au jeu lui-même (jeu à problèmes), sur les dommages sociaux, professionnels, familiaux (endettement, perte d'emploi, divorce…). Elle doit mettre clairement en avant le risque d'une addiction (jeu pathologique) définie par une perte de contrôle de son comportement et le maintien de ce comportement en dépit de ses conséquences négatives. Elle doit souligner le caractère individuel des trajectoires des joueurs, avec la possibilité d'un renversement dans le comportement du joueur.

Le groupe d'experts recommande de promouvoir une information claire et objective, qui tienne compte des données scientifiques établies sur les comportements de jeu et leurs excès. Cette information qui pourrait être confiée à l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation à la santé)

doit s'adresser aux différents publics qui pratiquent le jeu afin que toutes les générations se sentent concernées. Elle doit bien préciser les différences entre le jeu social récréatif, le jeu excessif/problématique défini à travers ses conséquences négatives et le jeu véritablement pathologique. Cette clarification devrait permettre à chacun de s'interroger sur son comportement face au jeu. Les actions d'informations peuvent se décliner sur différents supports et dans plusieurs médias.

L'amélioration technologique des jeux déjà existants (machines à sous, vidéo loteries, télévision interactive, jeux sur téléphone portable…) ouvre de nouvelles perspectives de marché d'autant plus que les jeux arrivent sur Internet au domicile du joueur ou sur son lieu de travail. Le jeu en ligne est plus facile, plus confortable car anonyme et solitaire, il échappe aux éventuelles mises en garde. Le groupe d'experts attire l'attention sur ces nouveaux risques liés au développement des jeux de hasard et d'argent sur Internet. Il recommande que ces sites comportent des liens vers des sites d'information sur les problèmes liés aux jeux, sur des lieux vers lesquels les joueurs en difficulté pourraient se tourner.

ÉLABORER ET ÉVALUER UN PROGRAMME DE FORMATION POUR LES PERSONNELS EN CONTACT AVEC LES JOUEURS

L'information des groupes considérés comme « à risques » paraît techniquement difficile à réaliser de manière directe. Il est cependant possible de développer la formation des opérateurs de jeu, des détaillants et des employés gravitant dans le monde du jeu. Certains opérateurs ont déjà pris des initiatives dans ce sens, mais elles ne sont ni coordonnées, ni évaluées, ni validées. Il est donc indispensable de pallier cette lacune.

Le groupe d'experts recommande de poursuivre les efforts de sensibilisation de l'ensemble des professionnels du jeu de hasard et d'argent, à la problématique du jeu excessif. Au-delà de cette sensibilisation, le groupe d'experts recommande d'instituer au niveau national un programme de formation coordonné à destination des différents milieux professionnels et poursuivant trois objectifs principaux : la connaissance des risques liés au jeu, le repérage des personnes en difficulté (par la reconnaissance des principaux signes) et l'apprentissage de comportements appropriés (prise de contact et orientation vers des dispositifs d'aide). Ce programme doit faire l'objet d'une évaluation indépendante.

PROMOUVOIR LES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES D'INTERDITS DE JEUX

Le joueur de casino qui a pris conscience des effets nocifs de son comportement peut volontairement se faire inscrire par les autorités sur un fichier national recensant les « interdits de jeux ». Cette inscription le protège dans la mesure où il se voit refuser l'entrée au casino. Une fois le joueur présent

dans un fichier, la décision est irrévocable pendant un délai de trois ans. Il n'existe pas de mesure équivalente pour les autres types de jeu.

Le groupe d'experts recommande de proposer des conditions d'auto-limitation et d'auto-interdiction de jeu s'inspirant de celles en vigueur dans les casinos pour les autres jeux de hasard et d'argent, y compris pour les jeux en ligne.

L'adhésion à un code de bonne conduite devrait être demandée aux éditeurs de jeu d'argent sur Internet. Cette démarche permettrait de contrôler un certain nombre de points : vérification de l'âge du joueur, paiement par cartes de crédit autorisé aux seuls joueurs majeurs, seuil limite de crédit, possibilité d'auto-exclusion et de demande d'aide, notes invitant les joueurs à contrôler leurs jeux, pages d'accueil avec logo du partenaire socialement responsable et lien vers ce partenaire, information sur les lieux pour obtenir de l'aide, obligation de confirmation après un pari pour laisser une chance au joueur de changer d'avis, pas d'encouragement à rejouer, restriction des modes d'entraînement et engagement au jeu responsable…

Prendre en charge les joueurs excessifs

Il importe de développer plusieurs lieux de repérage et de prise en charge de joueurs à problème : ce qui veut dire mieux repérer les joueurs problématiques ou pathologiques dans le système de soins non spécialisé ; optimiser l'offre de soins dans le secteur de l'addictologie ; élargir l'offre de soins en secteur psychiatrique ; articuler le dispositif de soins d'addictologie avec celui de la psychiatrie.

Mettre en place des systèmes d'aide et de soutien

Des systèmes d'auto-prise en charge reposant sur différents supports ont été expérimentés et évalués dans différents pays.

De nombreux dispositifs de conseils et de soins existent sur Internet tels que la thérapie « *online* », la cyberthérapie, la e-thérapie. L'anonymat, la facilité d'accès et le coût modeste de ces méthodes de prise en charge amoindrissent probablement les réticences à accéder aux soins.

Plusieurs pays ont développé des techniques s'appuyant sur une intervention brève comme un appel téléphonique. Ces méthodes ont montré une certaine efficacité pour contrôler les manifestations du jeu pathologique ou au moins du jeu problématique.

L'efficacité de ces interventions repose cependant sur un préalable important, à savoir la motivation au changement du joueur.

Le groupe d'experts recommande la diffusion de conseils (et d'adresses) à travers des brochures sur les lieux de jeux. Il préconise de développer une ligne d'écoute téléphonique nationale et publique ouverte aux joueurs en difficulté avec leur pratique de jeu (à la manière de ce qui existe déjà pour les consommations de substances psychoactives). Il insiste sur l'importance d'apporter aide et soutien (groupe de soutien) à l'entourage des joueurs qui est souvent en grande souffrance. Il souligne la nécessité d'évaluer les différents modes d'interventions brèves.

Mieux repérer les joueurs excessifs/problématiques dans les systèmes de soins

Les joueurs ayant un problème avec le jeu consultent peu de façon spontanée. Cependant, la majorité d'entre eux présentent d'autres troubles qui peuvent les amener à consulter. Il s'agit classiquement d'une autre addiction (tabac, alcool…), d'un trouble de l'humeur, de troubles anxieux, de troubles de la personnalité ou encore de tentatives de suicide.

Il est capital à l'occasion d'une consultation ou d'un soin en milieu spécialisé (psychiatrie ou addictologie) de repérer les personnes qui ont un problème avec le jeu afin de leur proposer une prise en charge adaptée tenant compte de l'ensemble de leurs problèmes de santé.

Le groupe d'experts recommande que les praticiens exerçant dans les services d'addictologie et les unités de psychiatrie détectent de manière systématique les conduites de jeu problématique.

Structurer l'offre de soins et de recherche

L'addiction aux jeux de hasard et d'argent présente certes des points communs avec les autres addictions (aux produits psychoactifs et aux autres addictions comportementales) mais présente quelques spécificités dont il est important de tenir compte dans l'offre de soins.

Dans le dispositif d'addictologie global (plan de prise en charge et prévention des addictions 2007-2011), la place des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) doit être réaffirmée. Ces centres médico-sociaux de proximité doivent avoir acquis les compétences appropriées pour accueillir et accompagner des personnes présentant des problèmes d'addiction comportementale tels que le jeu problématique. Une intervention psychosociale doit permettre de limiter les dommages associés au jeu excessif.

Dans le dispositif hospitalier présentant l'offre de soins graduée en trois niveaux (I, II, III) selon le plan pour les addictions, des consultations spécialisées pour des joueurs problématiques doivent être ouvertes (au moins au sein des structures de niveau III).

Le groupe d'experts recommande d'installer dans chaque inter-région, un centre de référence universitaire, inscrit au sein d'une structure de niveau III, dévolu aux problèmes de jeu pathologique et impliquant des missions de soin, d'enseignement, de recherche et de formation.

Enfin, le groupe d'experts recommande de mettre en place une coordination de ces centres permettant de développer des approches cliniques et thérapeutiques coordonnées s'appuyant sur l'utilisation d'outils diagnostiques, de protocoles thérapeutiques et de procédures communes d'évaluation.

Développer des formations de thérapeutes pour la prise en charge des joueurs excessifs/problématiques et pathologiques

Pour améliorer la prise en charge des joueurs pathologiques, il semble important d'accroître le niveau de compétence des thérapeutes en addictologie et en psychiatrie sur le jeu pathologique. Il s'agit de consolider leurs connaissances sur le repérage, les critères diagnostiques, les comorbidités qui sont très fréquentes et les stratégies de prises en charge qui ont montré leur efficacité dans le jeu pathologique.

Le groupe d'experts recommande de former en premier lieu les équipes des centres possédant une compétence large et transversale en addictologie. Seraient sollicités dans ce contexte des formateurs ayant déjà une expertise importante dans le domaine tant au niveau national qu'international.

L'importance de l'association entre le jeu pathologique et les autres addictions justifie la mise en place de formation des intervenants en addictions au repérage et à la prise en charge du jeu pathologique. Il faudrait donc proposer dans un deuxième temps aux équipes qui le souhaitent (professionnels des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, consultations hospitalières…) une formation validée en mobilisant les ressources disponibles.

Des études étrangères récentes montrent que le médecin généraliste représente un partenaire majeur dans le repérage et la prise en charge des joueurs pathologiques, surtout chez ceux se plaignant de dépression et d'anxiété. Les patients disent que le médecin généraliste constitue pour eux la personne appropriée pour les aider et ils acceptent volontiers de remplir des auto-questionnaires pour le dépistage.

Le groupe d'experts recommande de proposer une formation aux intervenants de première ligne tels que les médecins généralistes, les intervenants en santé mentale (psychologues) et les travailleurs sociaux. Des programmes de courte durée (quelques jours au maximum) ont été expérimentés dans certains pays. Au-delà de ces formations, des ateliers de perfectionnement sont proposés par les promoteurs des programmes.

Développer des recherches

Pour adapter une politique de santé publique, il est indispensable de connaître la prévalence du jeu problématique et du jeu pathologique en France. En outre, des recherches pluridisciplinaires s'imposent pour appréhender l'ensemble des pratiques et socialisations ludiques contemporaines (intégrant les jeux en ligne et les jeux vidéo) et évaluer leurs conséquences individuelles et collectives, par exemple dans le cadre d'un observatoire des jeux. Il importe également de comprendre comment se définit l'addiction au jeu par rapport aux autres addictions déjà bien étudiées, ce qui est commun et ce qui est différent.

PROMOUVOIR UNE ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE ET DES ÉTUDES ASSOCIÉES

On ne connaît pas la prévalence du jeu problématique et du jeu pathologique en population générale en France. La France est presque un des seuls grands pays développés à ne pas avoir mis en œuvre ce type d'enquête qui permet de prendre la mesure du problème. Cette connaissance est indispensable à élaboration d'un plan d'action cohérent en santé publique.

Les études en population générale menées aux États-Unis, au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Nord de l'Europe indiquent une prévalence vie du jeu pathologique autour de 1 % auquel on peut ajouter une prévalence de 2 % de joueurs problématiques ou excessifs. Il s'agit, dans une large majorité de cas, d'enquêtes spécifiquement centrées sur la question du jeu de hasard et d'argent. Parfois, cette problématique est abordée dans le cadre d'une investigation plus large sur une thématique santé mentale ou plus globalement santé. Cette approche apporte une plus-value intéressante car elle permet une analyse approfondie des liens entre les déterminants et caractéristiques individuels de santé et les comportements de jeu problématique.

Les enquêtes les plus récentes privilégient la « prévalence-année » à la « prévalence-vie » depuis que le caractère chronique du jeu pathologique est discuté.

Ces études font ressortir des facteurs associés à ces comportements qui sont globalement identiques à ceux déjà impliqués dans les autres comportements addictifs. Il y a un lien fort entre jeu pathologique, consommation de produits psychoactifs et présence de troubles psychiatriques.

Le groupe d'experts recommande de promouvoir une enquête de prévalence nationale s'appuyant sur le corpus d'expériences accumulées dans les autres pays. Il souligne l'intérêt d'articuler une telle démarche avec une approche abordant plus globalement les addictions et la santé mentale. Cette étude de prévalence devrait permettre de préciser les caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes les plus touchées.

DÉVELOPPER DES ÉTUDES SUR LES NOUVEAUX TYPES DE JEUX

Les études portant sur l'addiction à Internet ou aux jeux vidéo (*Playing*) sont plus récentes (depuis le milieu des années 1990), en nombre limité et encore centrées sur les problèmes de concepts et de méthodes. Il est donc difficile en France comme ailleurs d'estimer l'ampleur du phénomène d'addiction à ces nouveaux types de jeux. Deux études en population générale chez les jeunes (pays scandinaves) et chez les adultes (États-Unis) indiquent des prévalences de joueurs pathologiques de 2 % et 1 % respectivement. Ces prévalences apparaissent proches de celles observées pour les jeux de hasard et d'argent.

Il apparaît nécessaire de mener des recherches sociologiques afin de mieux comprendre ces jeux, en tant que nouvelle forme de loisir ou en tant que pratique quasi sportive par exemple. Ces recherches pourraient étudier l'évolution des pratiques culturelles en relation avec l'univers de la technologie, l'imaginaire et l'interactivité.

Le groupe d'experts recommande de développer des travaux sociologiques pour comprendre les pratiques vidéo-ludiques qui s'inscrivent dans les transformations de notre société. Concernant l'addiction à ce type de jeux, il recommande de valider en premier lieu des concepts et des outils pour repérer le jeu problématique et de réaliser ensuite des études en population.

PROMOUVOIR DES ÉTUDES DE COHORTES POUR MIEUX CONNAÎTRE LES TRAJECTOIRES DES JOUEURS

Les conséquences économiques, sociales, pathologiques des jeux de hasard et d'argent n'ont pas encore été étudiées sur des cohortes suffisamment larges pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions scientifiquement recevables. Les enseignements tirés des pays étrangers, en majorité anglo-saxons, pour intéressants qu'ils soient, ne sauraient remplacer des études *in situ*.

La plupart des études disponibles ne permettent pas de préciser la chronologie exacte de l'histoire des pratiques plus ou moins contrôlées de jeu de hasard et d'argent. Ceci souligne le manque d'études longitudinales sur des durées suffisamment longues et également l'insuffisance de documentation des guérisons « spontanées » par arrêt ou reprise d'une pratique contrôlée (qui n'est pas propre aux conduites de jeu pathologique mais régulièrement soulignée également à propos des addictions à des substances psychoactives). L'absence de stabilité dans le temps du statut de joueur pathologique est une caractéristique fréquemment rapportée dans les études. Moins de 40 % des joueurs qui remplissent les critères de jeu pathologique vie entière ont encore ce diagnostic lors de leurs phases de jeu les plus récentes.

Par ailleurs, beaucoup d'auteurs ont souligné ces dernières années l'intérêt de pouvoir identifier des sous-groupes au sein de la population des joueurs

pathologiques, caractérisés par certaines particularités cliniques mais aussi par un certain nombre de facteurs plus ou moins spécifiques (sociologiques, psychobiologiques…). Les études montrent que plus l'initiation au jeu de hasard et d'argent est précoce, plus le délai entre cette initiation et le recours à un traitement en cas de jeu pathologique est grand et ceci de façon identique dans les deux sexes. Certaines études soulignent en revanche les différences entre les hommes et les femmes : problème de jeu plus tardif chez les femmes, moins d'association avec la dépendance à une substance psychoactive et recherche plus rapide de soins. Il serait important également de savoir si les conduites délinquantes dérivent des problèmes de jeu ou bien si les problèmes de jeu et les conduites délinquantes découlent d'antécédents d'ordre personnel (vulnérabilité, conduite antisociale, conduite à risques) et familial (pratiques parentales excessives et transgressives).

Le groupe d'experts recommande de développer des études de cohortes sur de longues durées à la fois en population générale et sur des joueurs suivis dans des structures de soins pour les problèmes liés au jeu. Il s'agit de mieux cerner la réalité complexe de ces parcours et les facteurs impliqués au niveau des périodes de rétablissement aussi bien que de rechute, de façon à en tirer le maximum d'enseignements en termes de prévention et d'indications thérapeutiques.

Développer des études en neuropsychologie dans les cohortes

L'impulsivité (résultant d'une difficulté d'autorégulation ou d'autocontrôle) est au cœur de la définition du jeu problématique/pathologique. Pour l'essentiel, les recherches confirment que les difficultés d'autorégulation sont en lien avec le jeu problématique/pathologique. Cependant, l'apport de ces études reste assez limité dans la mesure où elles ont été réalisées sans référence claire à un modèle théorique spécifiant à la fois les différentes facettes de l'autorégulation (ou de l'impulsivité) ainsi que la contribution de chacune de ces facettes au développement et/ou au maintien du jeu problématique/pathologique.

Dans le futur, des recherches doivent être entreprises sur la base des modèles récents qui ont identifié les différentes dimensions de l'autorégulation ainsi que les mécanismes psychologiques (cognitifs et motivationnels) impliqués dans ces dimensions.

Le groupe d'experts recommande de mener des travaux dans une perspective longitudinale et dynamique, en se focalisant sur les moments de changement dans le comportement de jeu (début, accroissement, réduction, automatisation ou création d'habitudes, prise de conscience du problème, recherche ou non d'aide, interruption du traitement, rétablissement spontané).

Outre les processus d'autorégulation, il s'agirait également d'explorer longitudinalement les buts et motivations, affects, style cognitif, croyances et

perceptions de soi (conscientes et non conscientes) des joueurs, en lien avec différents types d'activité de jeu et en prenant en compte différentes variables socio-démographiques.

Ces recherches devraient considérer le jeu pathologique, non pas comme une entité isolée, mais comme une des manifestations des troubles dits externalisés (incluant le comportement antisocial et les abus de substances). En effet, de plus en plus de données suggèrent qu'il existe un continuum au sein de la population générale concernant le risque de présenter des troubles externalisés multiples.

DÉVELOPPER DES ÉTUDES SUR LE COÛT SOCIAL

Il n'existe pas d'étude sur le coût social des jeux de hasard et d'argent en France. L'estimation de ce coût social suppose tout d'abord l'identification de l'ensemble des dommages engendrés par cette pratique, puis leur monétarisation, en respectant un cadre méthodologique rigoureux. La construction de cet indicateur apparaît particulièrement utile à la mesure du problème et à la configuration des politiques publiques.

Du fait de l'importance des questions qui restent encore en débat, il est évident que les estimations du coût social du jeu réalisées jusqu'à présent dans d'autres pays doivent être considérées avec précaution. Ces estimations présentent l'intérêt de montrer que les coûts familiaux et les coûts intangibles (douleur des proches, coûts psychologiques liés à une séparation ou à un suicide…) pourraient représenter environ 90 % du coût total estimé.

Le groupe d'experts recommande d'identifier les données économiques disponibles sur les jeux de hasard et d'argent et de développer des études de coût social en population générale. Celles-ci doivent impérativement s'accompagner d'une définition de la part attribuable aux jeux de hasard et d'argent et spécifier les différents types de jeux et de joueurs. D'autres types d'études économiques portant, par exemple, sur les bénéfices provenant des activités de jeu (calculs de surplus des consommateurs et des producteurs) et sur leurs liens avec le développement économique, les inégalités ou la criminalité (vol, escroquerie, usage de faux…) seraient également souhaitables.

ADAPTER ET VALIDER DES OUTILS DE REPÉRAGE DES JOUEURS À PROBLÈME

Les tests de repérage les plus utilisés dans le monde en matière de jeu excessif/problématique et pathologique sont le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (de loin le plus utilisé), le test adapté du DSM-IV et le *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI). Ils sont utilisés comme moyen de dépistage ; le DSM-IV restant l'outil de référence pour le diagnostic. Cependant, leur pertinence pour les jeunes joueurs et pour les seniors est discutée.

Le groupe d'experts recommande d'adapter et de valider les outils de dépistage et de diagnostic existants, à l'intention des adolescents d'une part, et des seniors d'autre part, pour lesquels ils paraissent inadaptés. Les outils de dépistage doivent être validés pour les jeux de hasard et d'argent traditionnels mais également pour les jeux de hasard et d'argent en ligne.

DÉVELOPPER DES ÉTUDES D'ÉVALUATION DE PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE

Un ensemble de politiques et de mesures, destinées à prévenir et traiter le développement d'habitudes de jeu excessives, ont été développées dans plusieurs pays. Étant donné les comorbidités importantes, les protocoles thérapeutiques doivent prendre en compte ces troubles associés. Ces associations entre jeu pathologique et autres addictions d'une part, et entre jeu pathologique et autres troubles psychiatriques d'autre part, sont surtout retrouvées chez les joueurs pathologiques ayant débuté de manière précoce (à l'adolescence) leur conduite de jeu pathologique.

Le groupe d'experts recommande de développer des études d'évaluation de protocoles de prise en charge et des études d'impact des approches thérapeutiques, aussi bien psychothérapiques que chimiothérapiques et sociales.

POURSUIVRE DES RECHERCHES FONDAMENTALES SUR LES MÉCANISMES EN CAUSE DANS L'ADDICTION AU JEU

Le jeu est-il une drogue au même titre que les psychostimulants, les opiacés, l'alcool ou le tabac ? Cette question n'est pas aujourd'hui résolue. Une des questions centrales à propos des addictions sans drogue est de savoir si on peut utiliser, pour les comprendre, les modèles validés dans les addictions à des substances psychoactives.

Parmi ces modèles, l'un d'entre eux a montré que la prise répétée de produits aussi différents que les psychostimulants (cocaïne, amphétamine), les opiacés (morphine, héroïne) ou l'alcool entraîne la dissociation (ou découplage) de la régulation mutuelle des neurones noradrénergiques et sérotoninergiques. Ce découplage se traduirait, entre autres, par le malaise que décrivent les toxicomanes. Reprendre de la drogue permettrait un recouplage artificiel de ces neurones et un soulagement temporaire, expliquant ainsi les rechutes.

Le jeu peut-il par lui-même entraîner un découplage identique ? La réponse n'est pas simple car la très grande majorité des joueurs excessifs souffre de pathologies associées. Il est donc possible que ce soient ces pathologies, y compris la présence d'addictions au tabac et à l'alcool, qui rendent vulnérable le sujet, le jeu pathologique n'étant alors qu'une des expressions et non pas l'origine de la pathologie addictive.

Cependant, on ne peut exclure que le simple fait de s'adonner au jeu puisse, comme le ferait une drogue d'abus, entraîner des modifications du système

nerveux central puisqu'il semble exister des joueurs pathologiques n'ayant aucune addiction ni aucun trouble psychique associés. Une des hypothèses qui pourrait être étudiée est que, chez certaines personnes, le stress et l'angoisse que peut engendrer le jeu augmentent de façon chronique la sécrétion de glucocorticoïdes et reproduisent, en l'absence de produit, des activations neuronales et un découplage analogues à ce qui est obtenu avec les drogues addictives.

Le groupe d'experts recommande d'une part, d'effectuer des recherches précliniques pour tester le rôle du stress dans le développement d'une addiction au jeu et d'autre part d'analyser, à partir des types de jeux auxquels sont attachés les joueurs pathologiques, s'il existe des jeux plus susceptibles que d'autres, de déclencher un phénomène d'addiction.

On peut par ailleurs considérer qu'un objet d'addiction n'est addictogène que dans la mesure où il est consommé par un individu préalablement vulnérable. Cette vulnérabilité pourrait résulter des comorbidités diverses observées chez les joueurs pathologiques, de conditions délétères préexistantes en matière d'éducation et d'environnement, de troubles de la personnalité, de trajectoires de vie stressantes. Les troubles développés sont donc complexes : propres à l'objet et propres aux comorbidités. Si vulnérabilité et comorbidité ont des traductions neurobiologiques, les progrès à accomplir sont considérables avant d'obtenir des données scientifiques de référence.

Le groupe d'experts recommande d'étudier les différences inter-individuelles qui sous-tendent la vulnérabilité et les conditions d'entrée dans le processus addictif au jeu. Les neurosciences avec les autres disciplines peuvent contribuer à ces études. Ces recherches pourraient concourir à établir les fondements de politiques de prévention et de soins.

Communications

Approche philosophique du jeu[34]

Sans s'engager ici dans une définition de ce qu'est la philosophie, on peut la caractériser fort classiquement par la mission de connaissance de soi-même que Socrate lui fixait, d'après l'inscription fameuse du temple de Delphes qu'il avait prise pour maxime. Ce « connais-toi toi-même » peut bien sûr s'interpréter de diverses façons, mais on peut admettre qu'*a minima* il veuille dire quelque chose comme : « essaie de comprendre ce que tu es, ce que tu fais, ce que tu penses, ce que tu dis ». Pour répondre à cette exigence, on peut envisager deux façons de procéder, soit par une analyse directe des pratiques et des façons dont nous les pensons, soit, de façon plus indirecte semble-t-il d'abord, par une analyse de l'histoire de nos idées. Or, il apparaît assez rapidement que cette deuxième démarche doit être en réalité la première, car il y aurait une assez grande naïveté à prétendre analyser directement ce que nous pensons, ce que nous faisons et la façon dont nous pensons ce que nous faisons, sans prendre en compte le fait que les concepts mêmes dont nous nous servons pour penser sont marqués par une histoire qui les produit et qui se livre avec eux. Les questions mêmes que nous nous posons, et la façon dont nous nous les posons, sont souvent le résultat d'un héritage dont nous devons nous rendre conscient, si nous ne voulons pas simplement les subir. Lorsqu'on se demande en philosophe ce qu'est un jeu, il importe, si on ne veut pas rester naïf, de faire un travail d'historien des concepts avant d'entamer la recherche d'une définition ou une analyse des pratiques. Sur le jeu, en particulier, on peut montrer que la façon dont cette notion est entrée en philosophie a durablement contribué à marquer la façon dont les philosophes l'ont traitée.

Le jeu, naissance d'une notion

Le thème du jeu n'est pas très étudié en philosophie (il a cependant connu un certain renouveau ces dernières années, comme élément d'une comparaison plutôt que comme objet d'une étude propre, notamment avec la diffusion de la notion wittgensteinienne de « jeu de langage ») mais tout le monde admet

34. Article publié dans : La performance humaine : art de jouer, art de vivre. sous la dir. de F. BIGREL, éditions du CREPS Aquitaine, 2006, p. 61-76. Cette communication visait à présenter de façon très résumée mes travaux sur le jeu : Le Jeu de Pascal à Schiller (Paris, PUF, 1997) et Jouer et philosopher (Paris, PUF, 1997).

maintenant qu'il s'agit d'un objet digne de l'attention du philosophe. Or, il est clair qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Les quelques textes de l'Antiquité ou du Moyen-Âge qui parlent du jeu (une dizaine de pages d'Aristote, une vingtaine de la « Somme théologique » de Thomas d'Aquin) le font pour lui donner un statut doublement mineur : une activité de peu d'importance, réservée aux enfants, à ceux qui se sont peu élevés dans l'ordre des activités de l'âme, ou encore à ceux qui, ayant élevé leur esprit jusqu'à la théorie, doivent le détendre de cette activité. De ce point de vue, les pages de l'« Éthique à Nicomaque » sont exemplaires, puisqu'elles mentionnent le jeu pour dénoncer par avance une confusion possible du jeu et de l'*eudaimonia* (le bonheur comme souverain bien). Le jeu en effet semble être une activité qui a sa fin en soi. Aristote va s'employer à montrer qu'en réalité, ce n'est pas une activité mais un délassement, qui n'a pas sa fin en soi, mais bien dans la véritable activité[35]. L'ouvrage « Le Jeu de Pascal à Schiller » (1997) a pour vocation de tâcher de comprendre comment, et au prix de quelles transformations conceptuelles, le jeu entre dans la sphère des objets dignes de l'attention du sage.

L'étude de l'histoire de la notion de jeu permet de montrer que cette mutation conceptuelle a lieu essentiellement aux XVIIe et XVIIIe siècles. On peut en fixer les balbutiements dès la fin du XVIe siècle, de façon très indirecte, quand les mathématiciens ont commencé à considérer les jeux de hasard et d'argent comme des objets intéressants. C'est là le début de ce qui deviendra au XVIIe siècle une branche importante des mathématiques : le calcul des probabilités, qui naît du jeu dans la mesure où les mathématiciens semblent d'abord avoir cherché à répondre à des questions venues de joueurs, relatives au calcul des parties. La légende prétend que les questions de ce type trouvent leur origine chez les soldats, souvent obligés d'interrompre leurs parties en cours : comment répartir équitablement l'argent mis en jeu en fonction des chances de gagner de chacun, si l'on interrompt en cours de route un jeu de hasard et d'argent composé de plusieurs manches ? Le fait que les mathématiques, qui sont en train de devenir la branche modèle du savoir, découvrent dans les jeux des problèmes qui méritent une étude propre, contribue sans doute pour beaucoup à l'entrée du jeu dans les objets dignes d'attention. On peut dire que cette mutation conceptuelle s'achève avec Schiller qui, à la fin du XVIIIe siècle, dans les « Lettres sur l'éducation esthétique de l'homme », donne au concept de tendance au jeu (*Spieltrieb*)

35. C'est dans la parfaite continuité de cet héritage antique que Thomas d'Aquin écrit ainsi : « Les actions mêmes que l'on fait en jouant, considérées en elles-mêmes ne sont pas ordonnées à une fin. Mais le plaisir que l'on trouve en de telles actions est ordonné à la récréation et au repos de l'âme. De la sorte, si on le fait modérément, il est permis de se servir du jeu. C'est pourquoi Cicéron a dit aussi : « Il est permis d'utiliser le jeu et la plaisanterie, mais comme le sommeil et les autres délassements, c'est-à-dire après avoir satisfait aux obligations graves et sérieuses. » IIa IIae, Q. 168, art. 2.

une dimension paradigmatique. L'activité de jeu devient un modèle qui permet de penser toute l'humanité dans ce qu'elle a de spécifique, car l'homme seul est capable de jouer, comme le dit la phrase fameuse (qui, en un sens, signe l'accomplissement de cette mutation) : « L'homme ne joue que là où, dans la pleine acception de ce mot il est homme, et il n'est tout à fait homme que là où il joue. »[36]. C'est dire qu'on ne joue plus par défaut, parce qu'on est un enfant incapable de s'élever à des activités plus consistantes ou parce qu'on est une âme faible incapable de s'élever jusqu'à la théorie, activité du savant, mais on joue de façon essentiellement liée à notre humanité.

Entre les deux, entre le début du XVIIe et la fin du XVIIIe siècle, quels sont les facteurs qui ont contribué à cette mutation ? Il y en a certainement un grand nombre, mais trois semblent particulièrement significatifs : un changement social, un changement d'épistémologie et un changement d'anthropologie.

Le philosophe n'est pas un être abstrait : il écrit dans son temps et, au moins pour partie, de son temps. S'il se préoccupe tant du jeu, aux XVIIe et XVIIIe siècles, c'est indéniablement parce que la société dans laquelle il vit est aussi une société du jeu. L'exemple de Pascal est ici significatif. On sait en effet qu'il rencontre d'abord, en tant que savant, la question du jeu sous la forme de deux problèmes que lui pose le chevalier de Méré et qui viennent directement de la pratique des jeux de hasard et d'argent et des réflexions qu'ils suscitent. Mais s'il élabore par la suite, en tant que moraliste, une pensée du divertissement qui prend le jeu pour modèle pour penser tout le social et le politique, c'est aussi parce que la société qu'il observe lui renvoie le spectacle d'un monde où chacun joue, dans toutes les classes sociales. Au XVIIIe siècle, c'est toute la littérature qui renvoie l'image d'une société en proie au jeu[37]. L'« Histoire de ma vie » de Casanova est à cet égard un témoignage exemplaire, dont on oublie souvent qu'il compte beaucoup plus de pages consacrées aux divers jeux qu'aux exploits amoureux, et que ceux-là sont tout autant le moteur des diverses aventures qui lui arrivent que ceux-ci. Par ailleurs, c'est aussi le moment où se diffusent des traités consacrés aux jeux, où des pièces de théâtre, comme ce « Joueur » que

36. SCHILLER. Lettres sur l'éducation esthétique de l'homme, trad. R. Leroux, Paris Aubier, 1943, rééd. 1992, p. 221

37. Les travaux des historiens, comme le livre d'Olivier Grussi, « La Vie quotidienne des joueurs sous l'Ancien Régime à Paris et à la Cour » (Paris, Hachette, 1985), montrent à quel point le phénomène ludique tient à différents niveaux une place importante aux XVIIe et XVIIIe siècles. On peut se demander cependant si les gens jouent véritablement plus à cette période qu'au Moyen-Âge ou à la Renaissance, ou si ce qui apparaît dans l'abondance des textes sur lesquels l'historien peut s'appuyer n'est pas plutôt une plus grande présence du jeu à la conscience d'époque, qui fait qu'on en témoigne, qu'on en écrit, qu'on s'en moque, qu'on s'en inquiète... Il est évidemment difficile de trancher. Toujours est-il que le jeu se constitue en phénomène de société à ce moment là.

Diderot traduisit de l'anglais[38], mettent en scène les méfaits du jeu, où la vogue des échecs connaît un succès tel que le jeune Rousseau, à Chambéry, y succombe… Le jeu est un phénomène de société qu'il faut penser.

Simultanément, on voit se développer l'intérêt des savants pour les jeux, qui change le regard qu'on peut porter sur le phénomène ludique. Il s'agit des jeux de hasard et d'argent, comme on l'a dit, mais pas seulement. Ainsi, Leibniz peut-il considérer les jeux comme un des lieux où s'exprime librement l'intelligence humaine, et souhaite-t-il qu'on étudie les jeux de plus près, parce que l'activité ludique peut nous offrir des enseignements précieux pour perfectionner l'art d'inventer. Car, dans le monde clos du jeu, l'esprit humain se manifeste dans sa libre inventivité, il s'exerce à l'estimation des chances dans les jeux de hasard et d'argent, aux calculs et à l'analyse des combinaisons stratégiques dans ceux de réflexion, à la prévision des desseins de l'adversaire dans les jeux de conflit. Le jeu offre un espace privilégié où s'exerce l'intelligence humaine, à cause du plaisir qu'il suscite, qui attire, qui sait maintenir l'intérêt, et qui est le premier moteur de l'ingéniosité. L'esprit s'y exerce librement, sans les contraintes du réel et les urgences du besoin, il offre des conditions pures d'exercice de l'ingéniosité : « Les hommes ne sont jamais plus ingénieux que dans l'invention des jeux ; l'esprit s'y trouve à son aise » (à Rémond de Montmort, 17 janvier 1716). Plus d'un demi-siècle plus tard, les Encyclopédistes s'émerveilleront à leur tour de l'inventivité ludique et de la façon dont les joueurs font, au jugé, des estimations de probabilité qui demanderaient des heures au mathématicien rigoureux.

Enfin, il est clair qu'on assiste au XVIIIe siècle à un changement d'anthropologie philosophique, dont les œuvres de Rousseau et de Kant sont les exemples les plus manifestes. Cette mutation s'observe entre autres dans le regard porté sur l'enfant. En un sens, on peut dire à grands traits qu'on n'est plus enfant par défaut. L'enfant devient humanité à réaliser. Ce qui explique l'importance accordée à l'éducation. Du coup, il devient crucial de s'intéresser au jeu, activité de l'enfant par excellence, et de souligner à quel point il peut être une découverte de la liberté par soi-même, de la règle, du corps… Il s'agit d'un lieu exemplaire de l'apprentissage de soi par soi.

C'est cette évolution historique, doublée de l'héritage de l'esthétique et de l'anthropologie kantienne, qui fait que Schiller peut accorder au jeu la place qu'il lui accorde, et que, bien plus tard, nous pouvons nous intéresser sérieusement, en philosophes, au jeu. Nous avons appris à considérer que le jeu a une place essentielle dans la société et dans la constitution même de l'humain. Mais ce que cette histoire nous permet de comprendre, c'est que la façon dont nous l'avons appris nous a donné une façon d'approcher le jeu en philosophe qui est tout à fait particulière. C'est qu'à faire du jeu un para-

38. C'est en septembre 1760 que Diderot termine la traduction de *The Gamester*, de Moore.

digme pour penser tout l'humain, on finit par oublier le jeu réel, et par éviter soigneusement de s'interroger sur sa spécificité, voire même par ne pas vouloir s'en occuper, comme l'affirme Fink à la suite de Schiller[39]. Sans doute, sans ce travail préalable, aurais-je fait peu ou prou la même chose. La prise de conscience de cet héritage m'a permis, d'une certaine façon, de me libérer de cet automatisme de l'idéal, et de m'interroger d'abord sur la nature de cette spécificité ludique.

Une définition philosophique du jeu

Il existe en effet un certain nombre d'analyses philosophiques (ou assimilées) du jeu, chez des auteurs bien connus, tels que Huizinga, Caillois, Henriot, qui manifestent une volonté de faire du jeu un modèle pour penser toute la société, ou tout le réel, ou tout l'être, ou tous les phénomènes humains... Huizinga a ainsi produit une analyse remarquable du phénomène ludique et a présenté une définition qui a servi de modèle à tous ses successeurs, mais c'est à dessein de montrer combien tous les phénomènes humains (l'art, le droit, la religion...) sont assimilables à des jeux. On dit souvent qu'une bonne définition doit définir tout le défini et rien que le défini. Mais il ne faut pas s'étonner si la définition du jeu par Huizinga ne définit pas seulement le défini, puisqu'elle a dès l'origine pour mission de pouvoir s'appliquer à d'autres choses. Il semblait intéressant, contre toute cette tradition du jeu-paradigme, de tâcher de comprendre ce qui peut être spécifique dans le jeu. Que disons-nous lorsque nous proposons à des amis : « On fait un jeu ? » (phrase que tout le monde comprend, et dont tout le monde comprend qu'elle désigne un champ d'actions possibles assez précis, qui n'englobe pas les pratiques religieuses ou juridiques). Que faisons-nous lorsque nous jouons à la belote, au ballon, aux échecs, à la roulette… ?

Or, pour rendre compte de ce qu'est le jeu, il fallait d'abord construire une définition qui ne soit pas simplement une addition de propriétés, mais qui permette de montrer de quelle façon toutes ces propriétés se déduisent du concept de jeu ainsi mis au jour. En effet, on peut dire que ces différentes propriétés étaient déjà bien cernées dans les différents ouvrages consacrés au jeu depuis Huizinga. La définition qu'il propose dans « *Homo ludens* » est à cet égard exemplaire : « Le jeu est une action ou une activité volontaire, accomplie dans certaines limites fixées de temps et de lieu, suivant une règle librement consentie mais complètement impérieuse, pourvue d'une fin en

39. Schiller refuse de considérer « les jeux qui sont usités dans la vie réelle » (Op. cit., p. 221), et Fink précise explicitement que ce qui l'intéresse n'est pas « un aspect constatable du phénomène ludique tel que nous le connaissons dans la vie quotidienne » (Le Jeu comme symbole du monde, trad. H. Hildenberg et A. Lindenberg, Paris, Minuit, coll. « Arguments », 1966, p. 54).

soi, accompagnée d'un sentiment de tension et de joie, et d'une conscience, d'« être autrement » que la « vie courante ». Ainsi définie, la notion semble apte à englober tout ce que nous appelons jeu, à propos d'animaux, d'enfants et d'hommes adultes : performances d'adresse, de force, d'esprit, de hasard. »[40]. On le voit, toutes ces propriétés (la règle, la liberté, la fermeture, le plaisir...) sont simplement additionnées, sans qu'on comprenne comment elles peuvent aller ensemble. Or, aucune d'elles considérée séparément n'est spécifique au jeu, comme les différents critiques de Huizinga qui se sont intéressés au jeu après lui n'ont pas manqué de le souligner. Il fallait donc montrer le point central où se laisse déchiffrer la spécificité du jeu et dont peuvent se déduire ses différentes propriétés, dans leur spécificité ludique. Or, il avait été remarqué depuis longtemps (Kant en particulier avait insisté sur ce point) que le jeu se caractérise par la présence conjointe de la liberté et de la règle. Mais on ne s'était pas interrogé sur leurs rapports. C'est pourtant là que peut se décrire la spécificité du jeu. D'où la définition proposée dans « Jouer et philosopher » (1997) : « Le jeu est l'invention d'une liberté par et dans une légalité ».

Dans cette interrogation sur les rapports de la liberté et de la règle qui intéresse depuis longtemps les philosophes – et particulièrement ceux qui tâchent de penser le droit – le jeu offre un terrain d'étude paradoxal qui invite à un renouvellement de perspective. Ce qui est spécifique du jeu, c'est cette liberté produite par une légalité particulière, les règles du jeu, qui la produit comme une liberté déjà réglée. Pour qu'il n'y ait pas de confusion entre le concept métaphysique de liberté et cette liberté ludique spécifique, on désigne celle-ci sous le néologisme de « légaliberté ».

On peut ici donner un exemple qui précisera le sens de cette définition. Soit un individu quelconque, M. Untel, cadre dans une grande ville. Pour garder la forme, M. Untel veut faire « du sport ». Il va donc se rendre dans une de ces institutions spécialisées qui se sont multipliées dans les grandes villes ces dernières années, où un choix lui sera proposé pour occuper l'heure qu'il a prévu de consacrer à cette fin. Supposons qu'il puisse ainsi faire de la musculation ou du squash. Tout le monde accorde que, dans les deux cas, il s'agit de sports, mais que le choix de M. Untel va le porter soit vers une activité qui n'est pas un jeu et que personne ne considère comme telle, soit vers une activité qui est un jeu. De cet accord général témoigne bien le fait que l'usage ordinaire du langage nous fait dire que « M. Untel joue au squash entre midi et deux », mais jamais que « M. Untel joue à la musculation ». Que pouvons-nous tirer de cet exemple ? Que pouvons-nous apprendre de ce que tout le monde sait sans toujours en tirer toutes les conséquences ?

40. Huizinga J. *Homo ludens.* Essai sur la fonction sociale du jeu, trad. C. Seresia, Paris, Gallimard, 1951, rééd. coll. « Tel », 1988, p. 58

D'abord que jeux et sports sont deux ensembles présentant une surface d'intersection, mais qui ne se recouvrent pas totalement. De nombreux jeux ne sont pas des sports (la bataille navale, la roulette...), certains sports ne sont pas des jeux, comme ici la musculation, et certains sports sont aussi des jeux. Quand disons-nous d'un sport qu'il est aussi un jeu ? L'exemple qu'on vient de donner nous aide à le comprendre. Dans le cas de la musculation, l'activité existe avant la salle de musculation. Ses diverses installations sont inventées pour faciliter et rendre plus efficace une activité qui leur préexiste, et qui pourrait se pratiquer ailleurs et autrement. Il y a là un sport qui n'est pas un jeu. Dans le cas du squash, ce qui se passe est complètement différent. Si on ne peut pas pratiquer le squash chez soi, ce n'est pas parce que c'est trop petit ou parce que cela ferait trop de bruit. On ne peut pratiquer le squash que dans une salle qui répond à la définition de la surface de jeu telle qu'elle est donnée dans les règles du jeu. C'est la règle qui, en définissant l'espace de jeu, définit les règles qui vont présider à la construction des salles de squash dans lesquelles M. Untel pourra jouer au squash. De même, le temps de la partie est produit par la règle qui, en l'occurrence, fixe un nombre de points à atteindre, et non par la durée de l'heure creuse de M. Untel. De même, et pour les mêmes raisons, la règle définit les conditions de possibilité du fait même de jouer au squash (sinon, ce serait un autre jeu), du fait même d'être un joueur de squash. Il y a eu des gens musclés avant les salles de musculation. Il ne pouvait en revanche y avoir aucun joueur de squash avant les règles du squash. Nous comprenons à présent la différence que l'usage commun du langage soulignait déjà : même s'il y a sport dans les deux cas, il n'y a jeu que lorsque la règle préexiste à l'activité et la rend possible.

On peut montrer qu'il suffit pour s'en rendre compte de penser que la liberté du joueur d'échecs, qui est toujours libre de faire ceci ou cela (roquer ou non, bouger la tour ou le cavalier) dans la forme prescrite par la règle, n'a pas de sens avant la règle elle-même. D'une certaine façon, il faut dire que c'est la règle des échecs qui produit le joueur d'échec comme tel. Il en va de même pour la boxe : la différence entre la boxe et le combat de rue ne tient pas tant dans l'emploi des gants que dans le fait que les boxeurs, la situation, le temps et la forme de la rencontre sont produits par la légalité ludique qui définit la boxe possible. Les boxeurs eux-mêmes, en ce sens, sont des « objets ludiques », c'est-à-dire produits par les règles du jeu. La règle invente la liberté-du-joueur (la légaliberté) qui va à son tour être inventive dans le cadre qui la produit et qui la rend possible.

De même, on s'est souvent interrogé sur l'activité imaginaire déployée dans le jeu, en se demandant quelle est la différence entre un récit d'imagination (fable, conte, roman) et un jeu qui fait intervenir des situations imaginaires comme les cow-boys et les indiens des enfants. Or, il est facile de montrer que la fiction dans le jeu, le fameux « on dirait que... » (on serait des indiens), n'est pas le début d'une histoire, n'est pas du tout l'équivalent à un

« il était une fois », mais est bien plutôt l'énoncé d'un ensemble de régies d'action, ensemble qui est ouvert de façon interne (on peut ajouter qu'on est des Comanches ou des Apaches, qu'on est les alliés des Tuniques Bleues ou pas) mais clos sur lui-même (on ne peut pas faire intervenir un mousquetaire dans le jeu – et par conséquent les bâtons, dans le jeu, ne pourront être utilisés comme des épées, mais seulement comme des arcs, ou comme des lances – on voit par là comment le « on dirait que… » est en fait l'énoncé d'un ensemble de règles d'action, l'énoncé d'une forme particulière de ce qu'on peut appeler « contrat ludique »). Le linguiste Émile Benveniste écrivait : « C'est le jeu qui détermine les joueurs et non l'inverse. II crée ses acteurs, il leur confère place, rang, figure ; il règle leur maintien, leur apparence physique, et les faits selon les cas morts ou vivants ». Aux petits indiens, au casino, dans les jeux de rôles, au Go, il se passe quelque chose qui n'existe nulle part ailleurs (ce qui explique la fascination des romanciers pour le monde du jeu) qui est que celui qui entre dans le monde du jeu abandonne sa liberté à l'entrée, pour la troquer contre la légaliberté produite par la légalité ludique.

Ces points une fois établis, il est alors possible d'aller d'une interrogation sur les conditions de possibilité du jeu à une investigation relative aux conditions dans lesquelles le jeu s'exerce. Il faut d'abord étudier le fonctionnement des jeux comme structures productrices. Deux modèles complémentaires étudient la productivité de la structure, l'approche qu'il est convenu de qualifier de « structuraliste », et l'approche économico-mathématique, qui est structuraliste en un sens plus large, puisqu'elle vise à comprendre comment la règle d'un jeu est génératrice d'une structure (l'arbre d'actions possible) qui permet de formaliser l'agir « rationnel ». Il faut ensuite s'intéresser à la question de la compétence, se demander ce que doit être un individu pour être capable de jouer. De ce point de vue, le théoricien du jeu peut reprendre certaines des analyses de ce qu'est la compétence linguistique (les théoriciens du langage ayant souvent eux-mêmes recours à l'analogie du jeu). La distinction faite par Searle entre les règles régulatives et les règles constitutives est ici une aide précieuse. Enfin, il faut essayer de comprendre de quelle façon, une fois les règles du jeu intégrées (stade primordial sans lequel le jeu n'est pas possible), nous les faisons fonctionner. L'intelligence ludique peut être alors analysée comme une appréciation de tendances. On peut alors réinterpréter l'agir ludique à l'aide des catégories de la philosophie classique, sous le thème de la prudence. La conduite ludique s'avère être un type particulier de conduite prudentielle dans ces structures à produire du risque que sont les jeux : les règles produisent un espace d'indétermination dans lequel la légaliberté trouve son lieu d'exercice.

On peut alors montrer comment les caractéristiques du jeu se déduisent de la définition, et comment elle permet de les comprendre dans leur spécificité ludique. Un point avait été souvent observé, aussi bien chez Huizinga que chez des psychologues comme Château : il s'agit de ce qu'on peut appeler la

clôture ludique. Elle s'explique par le fait que le jeu n'existe qu'en tant que l'espace et le temps du jeu sont formés – et par là fermés – par les règles qui les définissent. Cette idée est souvent un des éléments importants des romans qui prennent le jeu pour thème principal, comme « Le Joueur » de Dostoïevski, « Le Joueur d'échecs » ou « Vingt-quatre heures de la vie d'une femme » de Zweig, ou encore, d'une façon très différente, « W ou le souvenir d'enfance » de Perec. Formés par la règle, l'espace du jeu est relationnel et le temps du jeu est séquentiel. Ainsi, ce qui fait la différence entre un terrain de football et un pré à vaches n'est pas la qualité de l'herbe : les règles relatives au terrain de football définissent non seulement les limites du terrain mais encore les relations dans cet espace. Elles produisent ce terrain comme un espace qualitatif, en définissant une surface de réparation, des lignes de touche, les côtés respectifs des deux équipes. Ces espaces ne sont plus neutres, mais deviennent qualifiés par ces relations (le terrain adverse n'a de sens que dans la relation d'adversité). La règle du hors-jeu, par exemple, montre bien qu'il s'agit ici des relations entre joueurs dans l'espace occupé. De même, le temps de la partie est un temps séquentiel, qui acquiert par là des qualités : ouverture (temps d'observation, de placement, d'intimidation), fin de partie (urgence des dernières minutes, dernières forces à jeter en jeu...). C'est en partie ce temps qualifié qui fait la capacité du jeu à nous distraire du temps indifférencié du désœuvrement. La règle fondatrice produit la clôture ludique, qui définit un temps et un espace clos : par là, le jeu peut apparaître comme créant, à l'intérieur de la vie courante et avec sa matière même, un monde à part, dedans-dehors, qui est un des éléments fascinants du phénomène ludique.

Si c'est un monde, alors il faut y entrer : c'est le sens de ce contrat ludique par lequel les participants entrent dans le jeu (c'est en ce sens que Huizinga parlait d'activité volontaire). Il est explicite lorsqu'on participe à un tournoi, ou lorsqu'on entre dans un casino. Il est tacite dans la plupart des jeux d'enfants (ce qui explique qu'il y faille souvent négocier en cours de partie sur ce que l'on a le droit de faire). Dans les jeux de concurrence et de conflit, ce contrat ludique prend tout son sens : il dit la création de deux légalibertés adverses, dont chacune a pour condition de survie dans le jeu l'élimination de l'autre.

C'est que le jeu crée chaque légaliberté comme un *conatus* spinoziste : volonté de persévérer dans son être et d'augmenter sa puissance d'agir. À la roulette, par exemple, cette puissance d'agir se matérialise dans le nombre de plaquettes possédées, qui représente la marge de manœuvre du joueur, qui va travailler à se maintenir dans le jeu et à l'augmenter si possible[41]. Les jeux de

41. Leibniz, dans l'étrange projet d'une institution à mi-chemin entre la cité des sciences et un casino qui est donné en annexe du « Jeu de Pascal à Schiller », souligne déjà, à une époque où leur usage est très loin d'être généralisé, l'intérêt qu'il y a à faire jouer les joueurs avec des « marques » plutôt qu'avec de l'argent, « ce qui fait jouer les gens plus aisément » (p. 121)

concurrence sont des jeux dans lesquels la règle organise un conflit des puissances d'agir tel que chaque joueur ne peut persévérer dans son être ludique qu'en réduisant celle de l'autre. À l'inverse, les jeux de collaboration sont ceux où chaque puissance d'agir doit travailler, pour se maintenir dans son être, à ce que toutes se maintiennent. Cette notion de *conatus* aide à comprendre ce qu'il peut y avoir de spécifique dans le plaisir ludique. Certes, tout jeu est une somme de plaisirs différents, joie de la dépense dans l'un, de l'excitation dans l'autre, de l'activité intellectuelle dans un troisième, mais il y a bien un plaisir spécifique qui donne sa tonalité au jeu, qui fait qu'il ne procure pas le même plaisir que d'autres distractions, et qui tient à ce *conatus* ludique. Tout ce qui accroît la puissance d'agir de notre légaliberté dans le jeu nous réjouit. « La clôture ludique instaure un temps séquentiel et un espace relationnel qui forment le monde spécifique dans lequel existent (et éventuellement s'affrontent) les légalibertés. L'exercice par lequel la légaliberté se maintient dans l'existence dans son monde (et par là même maintient son monde) n'est pas le seul élément, mais constitue la composante spécifique du plaisir ludique. »[42].

En conclusion, sur la base des éléments brossés à grands traits dans cette présentation, dont on voudra bien excuser la rapidité, on aura compris qu'il s'agit dans ce travail de dire ce qui fait la spécificité du jeu. On peut se demander, comme souvent en philosophie, à quoi cela peut bien servir. Il ne faut pas rougir de cette question, à la condition bien sûr qu'elle ne serve pas à dissimuler un mépris pour toute dimension réflexive. D'une part, il n'est sans doute pas totalement inutile d'essayer de mieux comprendre, d'une façon plus précise, ce qu'on sait déjà d'une certaine façon sans le savoir vraiment de façon explicite : les activités d'éclaircissement permettent souvent, malgré la lenteur apparente des démarches, d'éviter de bien plus longs faux débats, et de construire d'autres réflexions sur des fondements plus sains. D'autre part, dans le cas particulier du jeu, l'exploration de ses dimensions spécifiques (tout ce que nous savons déjà lorsque nous proposons « on fait un jeu ? »), permet de mieux comprendre en quoi l'univers ludique est une forme particulière de culture, avec ses richesses, ses histoires, ses points culminants et ses lieux communs. On peut alors décrire et, si on le souhaite, défendre le jeu comme culture. Mais évidemment, c'est une autre histoire…

Colas Duflo
Université Jules Verne de Picardie, Amiens

42. Je me permets de citer les dernières lignes, synthétiques, du dernier chapitre de Jouer et philosopher, p. 249

Hasard et duplicité[43]

Nous mettons en évidence dans cette communication les liens profonds entre la pratique des jeux de hasard et la constitution des probabilités comme discipline mathématique au XVIIe siècle. En chemin nous évoquons brièvement les façons fort différentes dont la notion de hasard est perçue par ses « utilisateurs », avant d'entamer le long périple temporel séparant la première loterie centralisée (Loterie de l'École Militaire) sous Louis XV du Rapido de la Française des jeux.

Naissance des probabilités et jeux

À bien des égards, le dé n'est pas seulement l'origine étymologique du mot « hasard »[44], il est aussi directement à l'origine de la naissance du calcul des probabilités. En effet, on semblait s'ennuyer ferme dans les cours royales aux XVI et XVIIe siècles, alors pour tuer le temps, que ce soit en Toscane ou à Versailles, on jouait aux dés. On jouait de l'argent évidemment, sinon l'ennui se serait ajouté à l'ennui. Et certains se mettent à réfléchir aux moyens d'être plus malins que les autres. Les deux problèmes qui suivent sont de ces cogitations, et peuvent être considérés malgré leur apparente futilité comme parmi les premiers problèmes de probabilités en tant que tels :

• question du prince de Toscane à Galilée (1554-1642) : les nombres 9 et 10 s'écrivent d'autant de façons différentes comme somme de trois nombres compris entre 1 et 6... Pourquoi, lorsque l'on lance trois dés, leur somme fait-elle plus souvent un total de 10 que de 9 ?

• question du Chevalier de Méré (1610-1685) demandant à son ami Blaise Pascal (1623-1662) : est-il plus probable d'obtenir un 6 (au moins une fois) lors de 4 lancers d'un seul dé qu'un double 6 (au moins une fois) lors de 24 lancers de deux dés (faire sonner les dés) ?

43. Ce texte a également fait l'objet d'un article dans la revue Psychotropes 2007, vol. 13, n°3-4, p. 77-96.

44. Hasard : substantif masculin. Mot d'origine arabe (*az-zahr* : le dé) apparu en français via l'espagnol *azar*. A d'abord signifié jeu de dés avant de désigner plus généralement un événement non prévisible, sans cause apparente (les hasards de la vie) et, par extension, le mode d'apparition d'événements de ce type (ex. : En passant par hasard…).

Outre les liens historiques entre probabilités et jeux de hasard, ceci met en évidence le fait que les probabilités en tant que discipline mathématique sont nées relativement tardivement en comparaison d'autres branches, comme la géométrie, l'arithmétique et, dans une certaine mesure l'analyse (théorie des fonctions).

Question du prince de Toscane à Galilée

Lorsque l'on lance trois dés (sous-entendu non pipés et indistinguables), il y a, comme l'avait noté le prince de Toscane, autant de façons d'écrire 9 et 10 comme somme des trois dés. En effet, une façon est alors symbolisée par un triplet croissant de trois chiffres inférieurs ou égaux à 6 dont la somme vaut respectivement 9 ou 10. Or :

$$\begin{aligned} 9 &= 1+2+6 \\ &= 1+3+5 \\ &= 1+4+4 \\ &= 2+2+5 \\ &= 2+3+4 \\ &= 3+3+3 \end{aligned} \qquad \text{et} \qquad \begin{aligned} 10 &= 1+3+6 \\ &= 1+4+5 \\ &= 2+2+6 \\ &= 2+3+5 \\ &= 2+4+4 \\ &= 3+3+4 \end{aligned}$$

Les résultats possibles au terme du lancer de trois dés peuvent être représentés comme des triplets (ordonnés) de trois nombres compris entre 1 et 6. Il y a donc selon cette façon de compter $6^3 = 216$ sorties possibles. On notera qu'en procédant ainsi chaque dé correspond à une « position » dans le triplet.

Dans le cas d'une somme égale à 9, on obtient donc :

$$\text{Proba(Somme vaut 9)} = \frac{6+6+3+3+6+1}{216} = \frac{25}{216} \approx 0,116$$

En effet, si les trois nombres de la somme sont distincts deux à deux, il y a 3 choix possibles pour le premier dé, deux pour le deuxième, et 1 pour le troisième, soit $6 = 3 \times 2 \times 1$ façons d'obtenir 9 comme somme de ces trois nombres. Si la somme est obtenue comme somme de deux nombres distincts, l'un étant utilisé deux fois, on n'a le choix que de la position du nombre non répété, soit 3 choix possibles. Et si 9 est obtenu comme somme de trois fois le même nombre, il n'y a qu'une façon d'arriver à ce résultat. D'où le résultat obtenu.

Dans le cas de 10, on obtient donc par les mêmes arguments :

$$\text{Proba(Somme vaut 10)} = \frac{6+6+3+6+3+3}{216} = \frac{25}{216} \approx 0,125$$

Le prince de Toscane avait vu juste ! On en déduit aussi qu'il avait lui une intuition instinctive de la loi des grands nombres et surtout beaucoup de temps à perdre...

Question du Chevalier de Méré à Pascal

Lorsque l'on lance quatre dés (non pipés), il y a 6^4 résultats possibles, tous équiprobables. Il est plus aisé de dénombrer les lancers ne comportant aucun 6, c'est-à-dire l'événement contraire, d'où, presque immédiatement :

$$\text{Proba(au moins 6)} = 1 - \text{Proba(aucun 6)} = 1 - \frac{5 \times 5 \times 5 \times 5}{6^4} = 1 - \frac{625}{1296} \approx 0{,}5177$$

On lance deux dés : $6^2 = 36$ résultats possibles. On lance ces deux dés 24 fois, il y a donc $36^{24} \approx 2{,}245226.10^{27}$ résultats possibles (équiprobables si les dés sont non pipés).

Alors[45] :

$$\text{Proba(au moins un double 6)} = 1 - \text{Proba(aucun double 6)} = 1 - \frac{35^{24}}{36^{24}} \approx 0{,}4914$$

Forts d'une réponse numérique exacte et précise aux questions qu'ils avaient posées, le Chevalier et le Prince pouvaient engager des paris avec d'autres joueurs sur ces jeux. En pariant systématiquement sur la configuration la plus probable, la loi des grands nombres (et le temps...) leur permettaient de tirer un bénéfice financier du léger biais dont eux seuls avaient connaissance (hormis leurs conseillers mathématiques qui n'étaient sans doute pas dans les parages). L'idée d'une telle stratégie de jeu sous-tend cette fois une intuition de la notion d'espérance mathématique, quantité qui, dans un jeu de hasard, s'exprime comme le produit des gains par leur probabilité d'occurrence, sommé sur tous les gains possibles.

En fait, les jeux de hasard agitaient de façon encore plus profonde les précurseurs des probabilités que sont Pascal et Fermat (1601-1665) puisqu'ils

45. Signalons pour mémoire que, vu les ordres de grandeur en jeu, Pascal a sans doute eu recours aux premières tables logarithmes pour finaliser son calcul... Coup de chance, le mathématicien écossais John Neper (ou Napier, 1550-1617) les avait inventés et tabulés quelques années plus tôt, en 1614. Ce qui fit la fortune... de l'un de ses collaborateurs – qui participa au calcul explicite – qui les diffusa de par le monde (notamment parmi les assureurs, grands consommateurs de calcul, déjà...). La révolution que les logarithmes apportèrent en termes de capacités de calculs à l'époque est en tous points comparable à celle induite par l'invention des ordinateurs ou plutôt celle des micro-ordinateurs diminuant drastiquement le coût des calculs dans une proportion que les contemporains ne pouvaient même pas imaginer quelques années auparavant.

entamèrent à partir de 1654 à l'initiative du premier une longue correspondance initialement motivée par le problème de la répartition des mises et que l'on peut considérer comme les premières contributions théoriques au calcul des probabilités. Ce problème, fort discuté à l'époque, toujours pour les mêmes raisons, consistait à déterminer la répartition équitable des mises entre les participants d'un jeu de hasard lors d'une interruption prématurée de la partie. Au départ, Pascal avait soumis à Fermat une solution qu'il avait apportée au problème. Plusieurs savants éminents de l'époque avaient cru y apporter des solutions qui se révélèrent fausses. En langage moderne – et si l'on raisonne en moyenne – la réponse est immédiate : les mises doivent être réparties au prorata des probabilités que chacun des participants a de gagner à l'instant de l'interruption. Problème : à l'époque, le concept de probabilité restait à inventer. Et effectivement, dans cette correspondance publiée en 1679, la notion de probabilité (comme nombre compris entre 0 et 1) mais aussi d'espérance mathématique sont clairement employées, sans jamais s'extraire cependant d'un contexte numérique. L'origine précise de l'espérance mathématique est elle à trouver dans le texte fameux du pari de Pascal[46]. Son but était de démontrer aux libertins qu'ils avaient en tout état de cause intérêt à croire en Dieu. Le philosophe et mathématicien y introduit le concept fondateur d'espérance mathématique consistant à multiplier un gain (la quantité finie des plaisirs terrestres *versus* la quantité infinie des plaisirs apportées d'une vie paradisiaque et éternelle) par la probabilité que Dieu existe, que l'on peut supposer arbitrairement petite mais que l'on ne peut pas affirmer n'être pas strictement positive, quelle que soit l'intensité de son incroyance.

Quelques dates-clés

Il n'est pas dans notre propos de retracer en détail l'histoire des probabilités mais, brossons-en néanmoins les grandes étapes pour fixer les idées. L'Histoire commence donc par la correspondance Pascal-Fermat à partir de 1654. Puis, première pierre angulaire, la loi (faible) des grands nombres est établie par Bernoulli (Jacques 1er, 1654-1705) et publiée à titre posthume dans l'ouvrage *Ars conjectandi* en 1713. Cette première version de la loi des grands nombres est établie par des méthodes de dénombrement dans le cadre du jeu de Pile ou Face équilibré : Bernoulli démontre que lorsqu'on lance indéfiniment une pièce de monnaie équilibrée, on observe peu à peu que les fréquences d'apparition de pile et de face convergent vers 1/2, probabilité a priori d'obtention de pile ou face. Diverses généralisations auront lieu au fil

46. Dans le recueil des Pensées, pensée n° 233 de l'édition Brunschvig.

du temps jusqu'à la version moderne qui étend ce comportement à la répétition indéfinie et indépendante d'un phénomène aléatoire quelconque.

Le second étage de la fusée probabiliste est ce que les spécialistes appellent de façon particulièrement absconse le théorème central limite qui n'est autre que la description de la vitesse à laquelle les fréquences empiriques s'approchent de la probabilité a priori de l'événement aléatoire reproduit indépendamment. C'est une mesure des fluctuations autour de la moyenne qui se révèle suivre une loi probabiliste appelée (pour cette raison d'ailleurs) loi normale ou gaussienne. C'est Abraham de Moivre qui met le phénomène en évidence, toujours dans le cas du jeu de Pile ou Face équilibré. Carl Friedrich Gauss (1777-1855) généralisera ce résultat dans le cadre plus général de l'analyse des incertitudes dans les mesures physiques. C'est d'ailleurs dans ce cadre qu'encore aujourd'hui la loi normale est portée à la connaissance de beaucoup d'entre nous, sous la forme d'une séance plus ou moins appréciée de travaux pratiques de Physique consistant à consigner un grand nombre de mesures de la distance focale d'un lentille convergente pour faire apparaître la célèbre courbe en cloche. Les sciences humaines s'en sont aussi emparées, notamment dans les années 1970 avec le livre pour le moins controversé intitulé la « *bell curve* » et qui prétendait démonter à partir de la répartition statistique des résultats obtenus lors de test de QI que les différentes minorités ethniques n'étaient pas dotées de la même intelligence. Ce qui évidemment en disait plus long sur les tests que sur les gens que l'on y soumettait.

D'autres grands contributeurs des probabilités sont apparus au fil des ans, notamment Laplace, Poisson en France, mais, on peut néanmoins marquer la naissance de la théorie moderne des probabilités au début du XXe siècle avec Émile Borel (avec les applications probabilistes de la théorie de la mesure vers 1900) puis Andreï Kolmogorov qui posa aux environs de 1930 les bases axiomatiques du calcul des probabilités tel qu'il existe aujourd'hui.

À propos, le hasard existe-t-il ?

Il s'agit d'une controverse éternelle, qui paradoxalement intéresse peu le probabiliste. Lancer les dés, c'est faire de la mécanique du solide, point de hasard là-dedans, sauf que la sensibilité des dites équations aux conditions initiales est telle qu'il est impossible de contrôler le comportement du dé et qu'une modélisation aléatoire est plus efficace. Au temps des babyloniens, dans la haute Antiquité, les éclipses et les comètes furent un temps considérées comme des phénomènes aléatoires ce que tout détenteur du calendrier des postes peut démentir sans peine aujourd'hui. Fort de ma quarantaine bien tassée, je suis né comme un phénomène aléatoire pour mes parents : ils ignorèrent durant toute la grossesse quel serait le sexe de leur enfant. Échographie aidant, mes enfants ont été des filles et des garçons bien avant de sortir du

ventre de leur mère. Dans un autre registre, la mécanique quantique a donné lieu à une controverse de titans quant à son caractère irrémédiablement aléatoire : un électron a-t-il une position au sens commun du terme ou celle-ci est-elle par nature une distribution de probabilité dans l'espace ? L'interprétation de Copenhague de Bohr va dans ce sens quand Einstein proclame « Dieu ne joue pas aux dés » et imagine un système de variables cachées pour cacher cet aléa qu'il ne saurait voir. L'expérience menée par Alain Aspect et son équipe dans les années 1980 tranchera en faveur du premier même si certains ne furent jamais convaincus, de Broglie, notamment.

Autre domaine où chacun de nous peut se poser la question : celui de la reproduction sexuée et de son cortège de spermatozoïdes. Les chanteurs attendris imaginent parfois la conception comme une course bien troussée :

> *De Ruth ou de Moïshé, lequel a eu l'idée ?*
> *Qu'importe j'ai gagné la course, et parmi des milliers*
> *Nous avons tous été vainqueurs, même le dernier des derniers,*
> *Une fois au moins les meilleurs, nous sommes nés.*
> (Bonne idée, JJ Goldman/JJ Goldman, En passant, Columbia, 1998)

Mais pour les généticiens, c'est tout le contraire d'une compétition, c'est une loterie qui a pour fonction de maintenir le réservoir génétique de l'espèce. Le patrimoine génétique d'un être humain est constitué de 23 paires de chromosomes. Chaque cellule sexuelle contient 23 chromosomes (un de chaque paire). Un couple peut donc produire :

$$2^{23} \times 2^{23} = 2^{46} \approx 7.10^{13} = 70\,000 \text{ milliards de combinaisons}$$

Finalement, cette analogie nous ramène à notre sujet, les jeux de hasard.

Brève histoire de la Loterie

À Gênes, au XVIe siècle, le Conseil de la Cité comporte 90 sénateurs. Cinq d'entre eux sont tirés au sort pour diriger la Cité. Cette règle suscite dans la population des paris sur les notables désignés, les gains étant fonction du nombre de coïncidences avec les sénateurs effectivement désignés.

Bendetto Gentile a l'idée de remplacer les noms par 90 numéros : il crée le premier Loto ! L'extrait simple, l'ambe (double), le terne, le quaterne, la quine sont les noms donnés aux différents niveaux de gain. Il y a donc 43 949 268 combinaisons possibles, et environ une chance sur 4 de gagner quelque chose à ce Loto.

Casanova (de Seingalt) (que l'on ne présente pas) propose l'idée au Contrôleur Général de Boulogne, Ministre de Louis XV qui crée la Loterie de l'école Militaire, le 15 octobre 1757, fédérant et centralisant au profit de l'état central les différentes loteries existant à l'époque en France. Le jeu est « rationnalisé », on ne parie que sur 2 ou 3 coïncidences, soit :

$$\frac{1\,023\,400}{43\,949\,268} \approx \frac{1}{44} \approx \frac{2}{100} \text{ chances de gagner quelque chose}$$

La loterie devient Loterie Royale le 30 juin 1776 sous Louis XVI et marque un retour à la loterie de Benedetto Gentile (fréquence bi-mensuelle). La loterie est supprimée sous la Révolution le 25 Brumaire an II (15.11.1793) pendant la Terreur pour des raisons morales. Puis elle est rétablie en septembre le 9 Vendémiaire an VI (30.09.1797) par le Directoire sous la contrainte budgétaire. Elle prend sans surprise le nom de Loterie Impériale sous l'Empire. Mais elle suscite des détracteurs acharnés (Mirabeau, Necker, Talleyrand...), elle est supprimée en 1835 puis mise hors-la-loi le 21 mai 1836. C'est la première mort de la Loterie. Elle renaît néanmoins de ses cendres le 31 mai par décret ministériel (sous l'égide du Conseiller d'état Henri Mouton), pour prendre, enfin, le nom de Loterie nationale.

Le 1er tirage a lieu le 7 novembre 1933 au Trocadéro. Le gagnant du gros lot (5 millions de francs de l'époque) est coiffeur de Tarascon : Paul Bonhoure avait acheté le bon billet 18414 de la série H. Il s'agit d'une véritable loterie au sens classique du terme : vente de tickets pré-imprimés, par tranches avec des gains croissants en fonction du nombre de chiffres en coïncidence avec le numéro tiré au sort. La Loterie nationale connaît son apogée en 1958, puis décline lentement. Entre-temps, un concurrent redoutable est né : le Tiercé.

Loto national : de la SLNLN à la FDJ

Le Loto national naît le 9 mai 1976, comme jeu d'accompagnement du tirage de la Loterie nationale.

1er tirage : 15-27-31-33-36-48 et 34

Aucun gagnant aux 1er et 2e rangs (voir ci-après, mais deux nombres consécutifs dans le tirage). Ce jeu va marquer un tournant dans la gestion des jeux de hasard et d'argent en France. On va en quelques années passer de la Loterie nationale à vocation socio-compassionnelle (« Gueules cassées »…) à une logique purement économique à base de marketing agressif, fondée sur un matraquage télévisuel sous forme de spots publicitaires bien conçus et de slogans qui se révèlent dévastateurs (« 100 % des gagnants ont testé leur chance »...). Le Loto, c'est un peu la panacée fiscale : on fait payer par les joueurs un impôt volontaire. Tout le monde a des raisons d'être satisfait : l'État engrange, le joueur rêve, et l'abstinent se doit d'être un contribuable reconnaissant puisque d'autres paient ses impôts à sa place (certes en partie seulement).

Et effectivement là, la machine s'emballe, publicité télévisuelle aidant :
• chiffre d'affaire de la Société de la Loterie nationale et du Loto national (SLNLN) en 1976 : 2 jeux et 327 millions d'euros (2,15 milliards de francs) ;

• chiffre d'affaire de la SLNLN en 1987 : 17,5 milliards de francs. Le Loto reste la pièce maîtresse de l'édifice avec 65 % du chiffre d'affaire. La Loterie nationale est comateuse ;
• chiffre d'affaire de la Française des jeux (FDJ) en 2005 : environ 8,9 milliards d'euros (multiplié par 27 depuis 1976) pour 30 jeux.

Entre-temps, la SLNLN a changé de statut, devenant France-Loto en 1989 (société détenue à 72 % par l'État). La mutation était engagée depuis 1988 avec pour but d'améliorer le rendement des activités de jeu pour l'État et d'assouplir l'usage des revenus qu'il en tire (qui étaient auparavant « fléchés » vers diverses grandes causes nationales un peu comme la Vignette automobile dans les premières années). En contrepartie, la société devient peu ou prou une société ordinaire. Pour en savoir plus, on peut se reporter au site de la FDJ[47] qui est intarissable de détails et d'anecdotes sur ses ancêtres et sur elle-même.

En 1989, le premier jeu de grattage est lancé (Cash) avec 100 000 francs comme gros lot à la clé pour une mise de 10 francs. On peut enfin jouer compulsivement comme sur les machines à sous que Charles Pasqua venait juste d'autoriser deux ans auparavant (en 1987) dans les casinos. Le « comme » est sans doute malvenu car il n'y a pas (encore) de casinos à chaque coin de rue.

En 1991, dans la foulée d'un plan social qui divise les effectifs par deux (soit 500 personnes au final), l'entreprise devient la Française des jeux (FDJ). Pour le grand public, l'événement marquant est le lancement du Millionnaire et son « Je passe à la Télé » qui apparaît comme une quintessence, un nirvanah puisque l'on réalise deux rêves à la fois : passer à la Télé et devenir millionnaire (en francs). Auparavant, il a fallu gratter et gratter encore.

Quelques réponses indiscrètes sur le Loto

Pour mieux comprendre les quelques lignes qui suivent, il est utile de savoir que dans une collection de n objets, il y a :

$$C_n^p = \frac{n \times (n-1) \times \ldots \times (n-p+1)}{p \times (p-1) \times \ldots \times 2 \times 1}$$ façons de choisir p objets en son sein

Ainsi, il y a $C_5^3 = \frac{5 \times 4 \times 3}{3 \times 2 \times 1} = 10$ façons de tremper trois doigts dans un pot de confiture.

47. http://www.fdjeux.com/institutionnel/entreprise/histoire/

Règles

Il faut :
• cocher 6 numéros parmi 49 ;
• valider la grille pour un ou deux tirages consécutifs, le mercredi ou le samedi ;
• lors d'un tirage, on tire 6 boules numérotées parmi 49 d'une sphère transparente animée de mouvements gyroscopiques. Puis on tire 1 boule supplémentaire, le numéro complémentaire.

Probabilités de gain

Les rangs :
• Rang 1 : 6 bons numéros (identiques au tirage) ;
• Rang 2 : 5 bons numéros et le numéro complémentaire ;
• Rang 3 : 5 bons numéros ;
• Rang 4 : 4 bons numéros et le numéro complémentaire ;
• Rang 5 : 4 bons numéros ;
• Rang 6 : 3 bons numéros et le numéro complémentaire ;
• Rang 7 : 3 bons numéros.

Tableau I : Résultats par rang

$$\text{Proba(Gagner au rang 1)} = \frac{C_6^6}{C_{49}^6} = \frac{1}{13\,983\,816} \approx 7{,}15.10^{-8}$$

$$\text{Proba(Gagner au rang 2)} = \frac{C_6^5\ C_1^1}{C_{49}^6} = \frac{6}{13\,983\,816} \approx 4{,}29.10^{-7}$$

(Attention au numéro complémentaire !)

$$\text{Proba(Gagner au rang 3)} = \frac{C_6^5\ C_{49-(6+1)}^1}{C_{49}^6} = \frac{252}{13\,983\,816} \approx 1{,}8.10^{-5}$$

$$\text{Proba(Gagner au rang 4)} = \frac{C_6^4\ C_1^1\ C_{42}^2}{C_{49}^6} = \frac{630}{13\,983\,816} \approx 4{,}5.10^{-5}$$

(Attention au numéro complémentaire… *bis* !)

$$\text{Proba(Gagner au rang 5)} = \frac{C_6^4\ C_{42}^2}{C_{49}^6} = \frac{12\,915}{13\,983\,816} \approx 9{,}2.10^{-4}$$

$$\text{Proba(Gagner au rang 6)} = \frac{C_6^3\ C_1^1\ C_{42}^2}{C_{49}^6} = \frac{17\,220}{13\,983\,816} \approx 1{,}23.10^{-3}$$

(Attention au numéro complémentaire… *ter* !)

$$\text{Proba(Gagner au rang 7)} = \frac{C_6^3\ C_{42}^3}{C_{49}^6} = \frac{229\,600}{13\,983\,816} \approx 1{,}64.10^{-2}$$

Il y a : $C_{49}^6 = 13\,983\,816$ combinaisons dont : 260 624 combinaisons gagnantes soit environ :

$\frac{260\,624}{13\,983\,816} \approx \frac{1{,}86}{100}$ chance(s) de gagner… comme à la Loterie Royale sous Louis XVI.

L'espérance de gain brut est de 50 % des mises environ (fluctue à la marge) ; l'espérance de gain net est de 50 euros de perte pour 100 euros misés.

Un détour par les jeux de casino : de 2 à 10 euros de perte moyenne pour 100 euros misés. Dans les jeux casinos, plus la mise unitaire est élevée, plus le taux de retour moyen est élevé. On perd en moyenne plus à la Boule, sorte de roulette qui fait antichambre dans les salles de jeux, qu'à la Roulette.

Quelques expériences de pensée

Pour se représenter les paramètres qui régissent un jeu de hasard et d'argent tel que le Loto, les chiffres bruts ne sont pas parlants. Il faut trouver des analogies avec des événements de la vie. Tentons l'expérience.

On adopte la stratégie suivante : à chaque tirage, on valide deux grilles (distinctes), soit 8 grilles par semaine (2 grilles car cela a longtemps été le minimum réglementaire). Qu'advient-il au fil du temps ?

- temps d'attente moyen du « gros lot » (gain au rang 1) : 336 siècles 17 ères chrétiennes ;
- temps d'attente moyen du « demi-gros lot » (rang 2) : 56 siècles ;
- temps de retour d'une combinaison donnée : 672 siècles.

À titre de comparaisons : un conducteur a 7/10 000 chances de se tuer en voiture dans l'année si bien que, même s'il était biologiquement immortel un automobiliste mourrait en moyenne à 1 400 ans dans un accident de voiture. De même, la probabilité pour une femme de mourir en couches est malheureusement, y compris dans les pays développés, plus de 10 fois supérieure à celle de gagner au Loto au premier rang. Et dire que les joueurs sont souvent superstitieux !

Gagner au Loto à chaque tirage ?

Question : combien doit-on valider de grilles à 6 numéros pour être certain de gagner à chaque tirage ? Question saugrenue ? Les auto-proclamés systémistes en ont inondé les boîtes aux lettres et les kiosques pendant des années de listes de telles grilles-miracles.

Traduction mathématique : quel nombre minimum de combinaisons de 6 numéros doit-on cocher de façon à « contenir » toutes les combinaisons possibles à 3 numéros ? Et comment accéder à ces combinaisons ? Il s'agit en fait d'une question très difficile à résoudre mathématiquement parlant et à dire vraie encore ouverte à ce jour : personne n'a démontré que la meilleure solution connue était optimale. Ce record est de 174 grilles à 6 numéros (voir Pagès, 1999 pour une solution explicite pouvant être mise en œuvre par tout joueur motivé).

Ces officines de prétendus « systémistes » vendent des listes-miracle à 193 puis, étrange coïncidence à 174 numéros, construites à partir d'un chiffre de la chance (l'ensemble pour 300 francs environ à la fin des années 1990, soit 45 euros)... Le chiffre de la chance provient du fait qu'il existe un degré de liberté permettant de décider a priori quel numéro sera le plus souvent utillisé dans la liste de combinaisons.

Détail bon à savoir : lorsque l'on joue une liste à 174 combinaisons « toujours gagnante », on perd en moyenne et comme d'habitude la moitié de ses mises. Sauf que là, on a investi beaucoup (achat de la liste, validation des 174 grilles…).

Revue partielle des succès récents de la FDJ

Gagner à Euromillions

Le dernier avatar majeur de la FDJ en matière de Loto, c'est Euromillions. Un Loto (à double-grille) mais à l'échelle européenne ! Démarré avec trois pays (France, Espagne, Royaume-Uni), il englobe aujourd'hui une bonne partie de l'Europe occidentale sous l'égide de la FDJ.

Il existe cependant une recette infaillible pour gagner à Euromillions que je ne résiste pas à vous livrer ; chacun pourra ainsi faire une bonne action en refilant le tuyau aux accros de son entourage :
• ingrédients : un avion privé, un parachute, l'annuaire téléphonique de l'Allemagne, un papier et un crayon ;
• procédure : s'arrimer au parachute et monter dans l'avion ; décoller et demander de mettre le cap sur l'Allemagne ; choisir au hasard un nom dans l'annuaire ; le noter soigneusement accompagné de son numéro de téléphone sur son papier avec son crayon ; ouvrir à nouveau l'annuaire au hasard et demander au pilote d'ouvrir la porte dans le nombre de minutes correspondantes au numéro de la page que l'on a sous les yeux ; sauter à son signal ; profiter de la chute libre puis ouvrir son parachute ; atterrir, replier son parachute et avancer droit devant soi ; saluer le premier passant que vous croisez, lui demandez poliment son nom et son numéro de téléphone.

Le moment de vérité :
• vous avez de la chance, ce sont précisément les coordonnées que vous aviez notées dans l'annuaire ! Ça y est, c'est arrivé, enfin… vous avez gagné le gros lot à Euromillions !
• pas de chance ! Ce n'était pas lui ! Mais qu'importe, vous reprendrez l'avion la semaine prochaine…

Pour mieux comprendre la recette ci-dessus (y compris son caractère un peu approximatif), il faut se pencher brièvement sur la règle du jeu de l'Euromillions. Elle reste simple bien que comportant deux étages : il faut cocher 5 « cases » parmi 50 et 2 « étoiles » parmi 9. Chaque bulletin comporte donc deux grilles et non une comme au Loto.

Un rapide calcul, analogue à celui détaillé pour le Loto « national », montre qu'il existe donc une combinaison gagnante au tirage pour : 76 275 360 combinaisons distinctes.

D'où la comparaison (approximative) avec l'Allemagne qui compte cependant 81,5 millions d'habitants. Il existe évidemment des gagnants à des rangs inférieurs comme au Loto et dont nous ne parlons pas ici.

Gagner au grattage : le Végas

Le Végas est un jeu de grattage, l'un des gros succès de la FDJ de ces dernières années sur ce créneau. Peu importe la mécanique du jeu, intéressons-nous un instant à la structure des gains.

Principe du jeu

D'après le décret du 12 septembre 2004 :
• un « bloc » est constitué d'un rouleau de 500 000 tickets, réparti en 10 000 bandes de 50 tickets ;
• un ticket est vendu 3 euros (soit 1 500 000 euros le bloc) ;

• il y a 117 197 tickets gagnants dont 7 697 lots significatifs (20 euros dont 1 de 40 000 euros) et 109 500 petits lots (de 3 à 10 euros) ;
• redistribuant 1 020 500 euros, soit 67 % des mises.

Principe d'addiction

Ce jeu, comme tous les autres jeux de grattage, adopte une structure de gains en trois segments, fruit d'un principe marketing dont le but évident est de créer une addiction chez le joueur.

Le gros lot pour le passage à l'acte : on crée l'envie de jouer, généralement à distance (via la télévision, la radio, le journal quotidien ou magazine…) en suscitant du rêve.

Les lots « significatifs » (affichés et commentés sur les lieux d'achat) sont des piqûres de rappel sur site (comme le bruit des jetons qui tombent dans les machines à sous) : ils créent le désir immédiat de jouer en matérialisant sinon dans le temps du moins dans l'espace le rêve de gain.

Les petits lots créent une forme de dépendance compulsive : le joueur rejoue systématiquement son gain jusqu'à la perte de sa mise initiale (la ruine du joueur est le terme probabiliste consacré).

Principe d'optimisation

La loi a introduit il y a quelques années la notion de hasard prépondérant dans la conception des jeux de hasard et d'argent. Il faut rendre hommage à l'auteur de la formule qui frise l'oxymore et ne signifie rien ni pour les probabilistes ni pour les juristes. Pour autant, une telle modification a sans aucun doute dû avoir des conséquences. Par exemple, celle consistant à vouloir mieux répartir les gains « significatifs » sur le territoire à des fins marketing. À cette fin, on peut imaginer le dispositif suivant (encore en cours en février 2006, et semble-t-il modifié depuis) :
• garantir au moins 50 euros par bande en lots (pas forcément petits) ;
• mettre au plus un lot significatif par bande donc dans 7 697 bandes, soit 3 chances sur 4.

Mais que se passe-t-il lorsque le hasard n'est que prépondérant au sens décrit ci-dessus et que l'on constate que la quasi-totalité des joueurs grattent sur place ?

Deux cas de figure peuvent se poser au détaillant :
• que faire du reste d'une bande une fois le lot significatif vendu et gratté ? C'est certes uniquement un dilemme moral pour le détaillant qu'il pourra résoudre à l'occasion du passage d'un joueur inconnu ou en garnissant les pochettes-cadeaux de la FDJ vendus lors des Fêtes ;
• que faire lorsque le lot significatif d'une bande ne sort pas ? Là, c'est un problème de mathématiques (contrôle stochastique)… qui débouche sur un second dilemme : pour détaillant vigilent et patient, retirer la bande après le 31e ticket vendu et gratter pour son compte ; pour détaillant distrait et impatient, retirer la bande après le 42e ticket vendu et gratter pour son compte.

C'est là le résultat d'un calcul probabiliste élémentaire faisant appel à des techniques dites de contrôle stochastique. Le second scénario ne prend pas en compte dans le calcul les petits lots (pour soulager la mémoire du détaillant). Dans les deux cas, le gros lot (40 000 euros) est intégré au calcul ce qui rend peu réaliste la mise en œuvre effective de la stratégie avec les valeurs indiquées. Des valeurs réalistes sont néanmoins calculables par la même méthode sans difficulté particulière. Quoi qu'il en soit, cet avatar du hasard prépondérant illustre parfaitement une règle probabiliste et statistique absolue : toute distorsion du hasard dans un phénomène aléatoire (ici la répartition aléatoire « uniforme » des tickets gagnants) induit pour celui qui possède l'information une possibilité d'en tirer partie.

Soyons clair, point n'est besoin de connaître la nature de la distorsion, il suffit de savoir qu'elle existe. Un bon sens de l'observation, les statistiques (pour déterminer effectivement la nature exacte de la distorsion introduite) et les probabilités (pour en tirer partie) feront le reste.

Le hasard prépondérant n'est pas du hasard, simplement une manipulation hasardeuse.

Loi du Rapido

Tout bistrot est un tripot qui s'ignore !

Sous couvert de lutter contre le jeu clandestin, la FDJ crée en 1999 ce jeu qui n'est autre qu'un vulgaire Loto ayant simplement la particularité de donner lieu à un tirage toutes les 5 minutes. Et on peut valider son bulletin pour une quantité affolante de tirages consécutifs. Une lutte contre le jeu clandestin somme toute redoutablement efficace : le jeu devient l'une de ses vaches à lait et est développé à marche forcée dans toute la France avec une prédilection pour les quartiers populaires. Le profil-type du joueur : un homme, célibataire, ouvrier ou petit employé, souvent attiré aussi par les courses hippiques, capable de valider pour plusieurs dizaines d'euros de grilles chaque jour, voire plus en week-end. Au point que Bercy s'en inquiète en 2005 et demande à la FDJ de mettre la pédale douce.

Et pourtant ils jouent...

Pour terminer sur une note peut-être plus mathématique et plus constructive, on peut tenter de modéliser pourquoi aucun calcul de probabilité ou d'espérance produit par un probabiliste n'a jamais convaincu un joueur de cesser de jouer. En économie en général et en économie mathématique en particulier, on part toujours du principe que l'individu a un comportement rationnel. Il faut donc modéliser cette rationalité du joueur face au jeu ou,

de façon duale, modéliser la structure de gain d'un jeu pour en optimiser l'emprise sur le joueur. On peut imaginer schématiquement de procéder comme suit.

Soit G le gain (brut) dans un jeu de hasard et d'argent :
- le joueur ne raisonne pas en « espérance » (en moyenne...) ;
- il est « aimanté » par un risque inversé :

$$\text{Espérance (Gain)} + \lambda \times \text{Variance (Gain)}$$

$\lambda > 0$ cœfficient d'attraction propre à chaque individu ou, par souci d'homogénéité,

$$\text{Espérance (Gain)} + \lambda \times \text{Écart-type (Gain)}$$

- le joueur joue si « son λ » est strictement supérieur à celui du jeu, noté λ_V, et déterminé par :

$$\text{Espérance (Gain)} + \lambda_V \times \text{Écart-type (Gain)} = \text{Mise}$$

Exemple : Le Végas (Mise = 3 euros)
- Espérance (Gain) = 2,041 euros
- Écart-type (Gain) = 22 851
- $\lambda_V \geq 4.20\ 10^{-5}$

On peut dans un second temps envisager de se lancer dans une comparaison des λ_J des autres jeux de grattage, de tirage et classer ces différents λ_J. Puis, pourquoi ne pas vérifier si l'hypothèse d'un λ propre à chaque joueur est cohérente en l'interrogeant sur les jeux auxquels il envisage de jouer et ceux auxquels il n'est pas tenté de jouer ?

En conclusion, cette communication peut laisser croire que l'auteur conçoit une acrimonie particulière contre la Française des jeux et qu'il saisit chaque occasion de la vilipender, dans un brouet de considérations mathématico-moralisantes. Cette impression est en fait le fruit d'un état de fait : la FDJ bénéficie d'un monopole dans l'organisation des jeux de hasard et d'argent (hors casinos), donc dispose de fait du monopole des jeux de masse à destination du grand public. Si le joueur va au casino, il est indubitable que la Française des jeux va au joueur au travers de son omniprésence publicitaire et sponsorisante. Et c'est ce qui fait toute la différence, pas seulement morale. Or, à l'origine, ce monopole était, au moins officiellement, justifié par le constat que le jeu d'argent étant un « vice » chevillé à l'âme (de certains...), il était vain de vouloir le prohiber, un peu comme l'alcool, le tabac ou la prostitution, et qu'en conséquence, il était du rôle de l'État de le réguler au mieux de l'intérêt général, au profit des causes qui le méritent. Le comportement marketing agressif adopté cyniquement par la FDJ ces vingt ou trente dernières années a fait tomber le masque : elle cherche simplement et par tous les moyens l'argent là où il se trouve, sans trop s'embarrasser de scrupules en chemin... La notion de hasard prépondérant introduite dans les

règlements régissant la conception des jeux en a constitué l'un des plus notables dérapages, mal contrôlé comme la suite l'a montré. À mon sens, l'apogée marketing du système a été atteint par le lancement puis le développement à marche forcée du Rapido.

Mais les temps changent. Bruxelles s'intéresse depuis peu aux jeux de hasard et d'argent dans le cadre de sa politique de régulation et la FDJ voit les nuages s'amonceler au-dessus de son monopole, alors qu'elle a perdu à peu près toute crédibilité comme régulateur des jeux de hasard et d'argent en France. De nouveaux opérateurs tentent, sans (trop) de succès à ce jour, de pénétrer le marché français, grâce à la répression active menée par l'État à leur encontre. La FDJ réagit en arguant de sa vertu – on parle ici d'opérateur de jeux « responsable » – et de ses efforts d'auto-limitation (*self-containment* !) : ainsi, elle vient tout juste d'interdire l'accès à ses jeux aux mineurs. Ceci laissera sans doute perplexes les naïfs qui croyaient qu'il en avait toujours été ainsi. Des commissions sont créées, des études lancées, la FDJ coopère sans barguigner, finance à l'occasion et se penche en mère fouettarde sur le Rapido. Un tel revirement peut prêter à sourire et suggère plus Tartuffe qu'Alceste. Pour autant, ce qui se profile actuellement en France en matière de rupture de monopole des jeux fait penser à Pandore, juste au moment où il retrouve sa boîte.

Gilles Pagès
Laboratoire de Probabilités et Modèles aléatoires
UMR-CNRS 7599, Université Pierre et Marie Curie, Paris

BIBLIOGRAPHIE

BERNOULLI J. Ars conjectandi. Ouvrage posthume publié à Bâle par Thurnisii fratri (1713). Rééd. En allemand in Die Werke von Jakob Bernouilli, vol. 3, Bâle, Birkhäuser Verlag, 1975

PAGÈS G, BOUZITAT C. En passant par hasard. Vuibert, Paris (1re éd. 1999 ; 3e éd. 2003)

PASCAL B. Pensées (pensée n°233 de l'édition Brunschvicg). Œuvre posthume, 1670. Hachette, Paris, 1897

Santé mentale : transformations de la psychiatrie et transformations de la société

Vous m'avez demandé de parler de ce « fait social nouveau qu'est, dans nos sociétés, la tendance croissante à considérer les comportements individuels comme problèmes de santé publique et l'abord de ces problèmes en termes de santé mentale ». D'abord une remarque liminaire sur les addictions.

Dans un livre publié il y a douze ans (Ehrenberg, 1995), j'avais consacré une des deux parties de l'ouvrage à la drogue et à ses mutations, l'autre partie étant consacrée aux mutations de la télévision, elle-même objet hautement addictif, paraît-il. M'intéressaient tout particulièrement la crise de la loi via l'extension de la préoccupation aux médicaments psychotropes et les addictions sans drogues, c'est-à-dire centrées sur le comportement. Mais ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de drogues, pas de substances, qu'il n'y a pas d'objet, ces comportements investissant justement sur toutes sortes d'objets, nourriture, jeux, sexe, sport… Progressivement, la toxicomanie a été redécrite sous un nouveau point de vue, celui des addictions (après que l'on eut parlé de « nouvelles addictions »), point de vue relativisant la dimension pénale de la drogue et la réification de l'interdit. Ce n'est plus la loi qui fait la différence pertinente. La loi interdisait la consommation de produits, pas les comportements addictifs. L'addiction, la toxicomanie, était seconde par rapport à l'interdit de l'acte.

De là, je me suis mis à travailler sur la dépression que j'évoque pour souligner un point : on voit très bien à partir des années 1970, la montée d'une préoccupation commune pour les addictions et les dépressions (Ehrenberg, 2000). Dans les années 1970 dans la psychopathologie : addiction et dépression sont en relation causale ou, à tout le moins, comorbide, l'addiction étant conçue comme une autothérapie de la dépression. Une petite dizaine d'années plus tard, l'addiction devient une catégorie générale : on va parler d'addiction positive (c'est le support social) et d'addiction négative, la première favorisant l'autonomie individuelle, la seconde l'annihilant. L'extension du concept est telle qu'il ne désigne plus nécessairement une pathologie. Avec l'addiction, il me semble qu'il y a une double dimension à prendre en compte : le couple stimuler/calmer et le couple s'attacher/se désattacher.

La préoccupation sociale et politique pour les dépressions et les addictions se fait dans un contexte où tout ce qui concerne la souffrance psychique, les

dysfonctionnements ou les handicaps personnels, et, à l'inverse, le développement personnel et la réalisation de soi en tant qu'individu autonome, se trouvent au centre de l'attention. C'est une affaire de mœurs, de changement global de la socialité, des manières de vivre. Et il faut prendre cela en compte.

La santé mentale est une rubrique regroupant des faits fort disparates, mais, le point est qu'elle désigne une réorganisation générale des relations santé, maladie et socialité. C'est ce triplet qui doit être au cœur de l'analyse pour que les expertises aient des conséquences plus positives pour les politiques en santé publique que les séismes polémiques auxquels nous avons assisté. Une expertise en santé publique ne doit pas développer une conception purement médicale, surtout quand on a affaire à des pathologies pour lesquelles aucun mécanisme physiopathologique n'a été découvert. Un point de vue médical n'est pas un point de vue partiel susceptible d'être complété par d'autres approches, mais un point de vue erroné, inadéquat et sans conséquences pour l'action à mener[48].

Élaborer le concept de santé mentale

Commençons par la façon dont on parle de la santé mentale dans des rapports typiques comme Le Livre vert de l'Union Européenne en 2005 ou le rapport du *Surgeon General* des États-Unis en 1999. Ils se caractérisent par une conception de la santé mentale en termes de faits positifs de santé qui se montrent dans les données. Par exemple, dans Le Livre vert, on écrit que « le pourcentage d'adultes européens ayant connu une forme de maladie mentale au cours de l'année écoulée est estimé à 27 % » (Commission Européenne, 2005). Le nombre de personnes touchées par ces maux et leurs coûts pour la société sont démesurés (dans le Livre vert, 3 à 4 % du PIB), ce qui en fait un domaine pathologique majeur aujourd'hui, à côté du cancer ou des maladies cardiovasculaires, mais en plus coûteux.

Ces régularités statistiques impressionnantes montrent que l'on a affaire à un fait social, mais la façon dont elles sont présentées ne nous dit rien de ce en quoi consiste ce fait, de quel genre de fait il s'agit : ce *style matter of facts* rend mal compte de la santé mentale et de la souffrance psychique en tant

48. Malaise dans l'évaluation de la santé mentale, Esprit, mai, p. 89-102/Santé mentale : malaise dans l'évaluation, Médecine/Science, 22 (5) mai, 548-563 (il s'agit du même article) et Épistémologie, sociologie, santé publique : tentative de clarification (à propos du trouble des conduites), Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, octobre 2007. Je reprends dans cet exposé des éléments dispersés dans plusieurs publications (dont ces deux articles). Ils sont l'objet d'un travail en cours de développement sur les relations entre le social et le mental dans la société contemporaine, à partir des trois cas de la psychanalyse, de la psychiatrie et des neurosciences.

que fait social, c'est-à-dire en tant que santé mentale et souffrance psychique qui ont pris depuis vingt ou vingt-cinq ans une valeur telle dans nos sociétés qu'elles semblent être devenues un point de repère majeur de l'individualisation de la condition humaine. Cette question de la valeur apparaît seulement en filigrane : « Pour les citoyens, la santé mentale est une ressource qui leur permet de réaliser leur potentiel émotionnel et intellectuel, et de trouver et de réaliser leur rôle dans la vie sociale, à l'école et au travail. Pour les sociétés, la bonne santé mentale des citoyens contribue à la prospérité, la solidarité et la justice sociale »[49] (Commission Européenne, 2005).

Ce qui apparaît en filigrane dans des rapports où l'on insiste sur les faits, les régularités statistiques, c'est que la santé mentale est une valeur au sens où elle concerne non seulement la santé, mais aussi la socialité de l'homme d'aujourd'hui. Le rapport sur la santé mentale du *Surgeon General* le dit clairement : « La santé mentale est état d'exécution réussie des fonctions mentales, ayant pour résultat des activités réussies, des relations accomplies avec les autres, la capacité à s'adapter au changement et à surmonter l'adversité. La santé mentale est indispensable au bien-être personnel, à la famille et aux relations interpersonnelles, et contribue à la société et à la communauté. De la petite enfance à la mort, la santé mentale est le tremplin des compétences de pensée et de communication, de l'apprentissage, de la croissance émotionnelle, de la résilience et de l'estime de soi. […] Les Américains sont inondés de message sur le succès […] sans qu'ils se rendent compte que ces succès reposent sur le fondement de la santé mentale » (*Office of the Surgeon General*, 1999). De quoi nous parle-t-on dans tous ces rapports sinon de nos idéaux sociaux ? Une vie réussie aujourd'hui implique la santé mentale : c'est ce qui fait le caractère consensuel de la notion (il n'y a pas de santé sans santé mentale).

C'est pourquoi il est très important du surmonter le dualisme fait/valeur qui pose que, les faits sont objectifs, donc relèvent de la science, et que les valeurs, étant subjectives, relèvent de l'opinion. C'est de la pure métaphysique, c'est de la science magique, car la caractéristique du fait social est précisément que l'opinion n'est pas extérieure à l'objet, mais bien au contraire en est une propriété. Par exemple, quand nous parlons d'absence de culpabilité dans le trouble des conduites ou, au contraire, d'excès de culpabilité dans la mélancolie – et nous avons d'excellentes raisons de le faire –, ne faisons-nous pas une évaluation, ne jugeons-nous pas, n'accordons-nous pas une valeur à un fait sans laquelle il n'y aurait aucun fait ? Si nous ne parlions pas d'excès de culpabilité dans la mélancolie ou d'absence de culpabilité dans le trouble des conduites, ni le fait mélancolique ni le fait du trouble des conduites n'existeraient : ils seraient sans valeur en tant que fait. Émile

49. « Inversement, la mauvaise santé mentale impose des coûts, des pertes et des fardeaux multiples sur les citoyens et les systèmes sociaux ». Commission Europeenne, 2005, p. 4

Durkheim, dans la préface à la seconde édition de « Les Règles de la méthode sociologique », distinguait de la manière suivante la contrainte sociale de la contrainte chimique ou de la contrainte physique : « Ce qu'a de tout à fait spécial la contrainte sociale, c'est qu'elle est due, non à la rigidité de certains arrangements moléculaires, mais au prestige dont sont investies certaines représentations » (1973). Les notions de prestige, de respect ou d'attente sont des concepts sociaux, ils impliquent des coutumes, des mœurs, des institutions, un esprit commun que j'entends sur le mode de l'esprit des lois de Montesquieu.

Cette socialité est engagée dans un profond changement et un style de changement qui, dans de nombreuses sociétés, notamment dans la société française, soulève des inquiétudes sur le devenir du lien social, de la vie commune. Cela fait de la santé mentale non seulement une notion consensuelle, mais aussi conflictuelle. Ce caractère conflictuel tient à ce que les pathologies mentales ont une double spécificité. La première est de mettre en relief un aspect moral et social qui est beaucoup moins présent dans les autres espèces pathologiques. Ces pathologies touchent en effet le sujet dans sa « personnalité », c'est-à-dire dans ce que les sociétés occidentales pensent être l'essence même de l'humain. La deuxième spécificité est d'être le domaine dans lequel la double constitution biologique et sociale de l'espèce humaine, double constitution qui conditionne la possibilité de notre vie psychique, s'entremêle inextricablement. La tension entre l'homme comme être de nature et l'homme comme être historique ou social y est bien plus vive que dans les autres domaines pathologiques.

La santé mentale est donc une notion à la fois consensuelle, sur sa nécessité, et conflictuelle, sur ses contenus et ses significations. La notion de santé mentale désigne un spectre de problèmes qui va des psychoses et des graves retards mentaux au développement personnel ou à ce que la psychiatrie appelle « la santé mentale positive ». Comment élaborer cette notion sans limites ?

Les questions portant sur la « subjectivité individuelle » occupent aujourd'hui une place centrale dans la société et dans les savoirs. Dans la société, c'est le souci pour la souffrance psychique et la santé mentale qui semblent être les principaux points de repère de l'individualisation de la condition humaine en même temps que comme un carrefour de conflits. Dans les savoirs, ce sont les émotions et les sentiments moraux. Ces thèmes sont désormais transversaux à la biologie, la philosophie, et aux sciences sociales. À ces deux niveaux, de la société et des savoirs, la subjectivité individuelle, ses liens avec le corps (le cerveau) et la société sont la cible des préoccupations.

En conséquence, la santé mentale est certes un nouveau problème de santé publique, un domaine pathologique majeur, mais le point décisif est qu'elle ne correspond pas seulement à une réalité précise qu'on pourrait découper

dans la vie sociale : elle relève d'une attitude, elle dessine une ambiance, elle caractérise une atmosphère de nos sociétés, c'est un état d'esprit.

À la différence de la psychiatrie, la santé mentale relève des phénomènes de sociologie générale, phénomènes qui concernent la cohésion sociale. C'est cette situation neuve, cet état d'esprit que je cherche à clarifier. On emploie en effet aujourd'hui ces deux notions dans un nombre de situations tellement variées qu'on peut se demander dans quelle mesure elles ne sont pas devenues des systèmes d'identification de problèmes généraux de la vie sociale contemporaine. Elles sont le fruit d'un contexte par lequel l'injustice, l'échec, la déviance, le mécontentement tendent à être évalués par leur impact sur la subjectivité individuelle (qualité de vie, souffrance/bien-être) et sur la capacité à mener une vie autonome réglée. La santé mentale se caractérise par la mise en relation systématique d'afflictions individuelles et de relations sociales, y compris en neurobiologie où la question de l'interaction sociale et des émotions fait l'objet de recherches intensives depuis une vingtaine d'années, notamment sur les syndromes autistiques et les schizophrénies. C'est pourquoi l'angle par lequel j'aborde la santé mentale consiste à la considérer comme une grille de lecture transversale de dilemmes et des tensions de la société démocratique d'aujourd'hui.

De la psychiatrie à la santé mentale : la triple transformation

La clarification doit se faire en posant deux questions : quelles sont les conditions ayant permis que la santé mentale et la souffrance psychique deviennent des références sociales centrales ? Quels en sont nos usages, quels rôles jouent-elles dans la société d'aujourd'hui ? L'enjeu sociologique et politique porte sur la signification du tournant individualiste pris par les sociétés démocratiques depuis la fin des années 1960. Ce tournant est celui du basculement progressif des valeurs de la discipline dans celles de l'autonomie : elle se caractérise par un ancrage dans la vie quotidienne de chacun d'entre nous d'un double idéal de réalisation de soi et d'initiative individuelle. Autonomie, responsabilité, subjectivité sont les trois mots clés de ce que j'appelle le tournant personnel de l'individualisme contemporain. Le problème est le suivant : ce n'est pas parce que la vie humaine apparaît plus personnelle aujourd'hui qu'elle est pour autant moins sociale, moins politique ou moins institutionnelle. Elle l'est autrement, c'est cet autrement dont je voudrais donner un aperçu. C'est un problème d'identification du changement.

Mon hypothèse globale est que le souci généralisé pour la souffrance psychique et la santé mentale s'est imposé à la fois comme un carrefour de multiples tensions inhérentes au monde de l'autonomie dans lequel nous vivons désormais. Pourquoi ? La raison tient à ce qu'elles offrent des moyens de formuler ces tensions et d'y répondre. La grande différence entre la psychiatrie et la

santé mentale peut se formuler dans des termes simples : la psychiatrie est un idiome local, spécialisé dans l'identification de problèmes particuliers ; la santé mentale, dans la mesure où elle imprègne l'ensemble de la vie sociale, est un idiome global permettant de mettre en forme les conflits de la vie sociale contemporaine, c'est-à-dire d'identifier des problèmes très généralement liés à des interactions sociales, de leur attribuer des causes et de leur trouver des solutions, autrement dit, de les réguler en mobilisant des rapports sociaux. C'est le ressort de la valeur accordée à la santé mentale. Cette hypothèse se décline en trois aspects, et j'insisterai sur le troisième aspect.

La souffrance psychique et la santé mentale s'insèrent dans la tradition des « maladies de la vie moderne » qui commence à la fin du XIXe siècle avec la neurasthénie. Depuis lors, l'idée que la vie en société produit de la psychopathologie est un thème récurrent. Cependant, la situation contemporaine est totalement différente, parce que nous avons affaire à une véritable forme sociale insérée dans les routines de la vie quotidienne. Le premier aspect peut être caractérisé par des critères de valeur. L'atteinte psychique est aujourd'hui considérée comme un mal au moins aussi grave que l'atteinte corporelle et, souvent, plus insidieux. Elle concerne également chaque institution (école, famille, entreprise ou justice) et mobilise les acteurs les plus hétérogènes. Enfin, l'atteinte psychique est une justification générale de l'action : non seulement aucune maladie, mais encore aucune situation sociale « à problèmes » (la délinquance adolescente, le chômage, l'attribution du RMI, la relation entre employés et clients ou usagers…) ne doivent aujourd'hui être abordées sans prendre en considération la souffrance psychique et sans visée de restauration de la santé mentale. Ce souci pour les troubles de masse de la subjectivité individuelle balance entre inconfort et pathologie, inconduite et déviance. Nos deux expressions forment un système de référence permettant de faire de la subjectivité un objet identifiable socialement et donc d'agir sur elle. Ce sont des concepts ou des catégories qui érigent la subjectivité en autant d'entités opératoires (dépression, obsessions, compulsions, hyperactivité, phobies sociales…) auxquelles les individus peuvent s'identifier (par exemple, les associations d'hyperactifs adultes et d'Aspergers aux États-Unis et au Canada revendiquant moins un statut de malades à traiter que d'individus au « style cognitif différent ») et sur lesquelles il est possible à des professions hétérogènes d'agir. La transformation d'entités cliniques en raison d'agir dans des situations sociales quelconques indique une direction d'analyse : on y voit comment s'instituent de nouveaux idéaux pour l'action, des manières de vivre qui rassemblent le prestige.

Mais elle implique d'abord de passer par un deuxième aspect qui concerne la relation normal-pathologique. Pour de nombreux observateurs, la psychiatrisation du social brouillerait la distinction du normal et du pathologique. La souffrance psychique et la santé mentale sont supposées être aujourd'hui des symptômes du « malaise dans la civilisation », de la crise du lien social. Ne parle-t-on pas couramment de psychologisation, de pathologisation,

de médicalisation de la vie sociale ? Parler en ces termes implique que l'on fait face à une dégradation qui ne nous dit qu'une chose : la vraie société, c'était avant. Les souffrances sociales seraient causées par le nouveau capitalisme mondialisé et les nouvelles pathologies de type narcissique seraient causées par la libération des mœurs qui a entraîné une crise du symbolique. Il s'agit de deux variantes d'une même représentation : elles seraient causées par cette disparition de la vraie société, celle où il y avait de vrais emplois, de vraies familles, une vraie école et une vraie politique, celle où l'on était dominé, mais protégé, d'une part, névrosé, mais structuré, d'autre part.

Il y a là une erreur de perspective qui ne permet ni de voir et de comprendre les changements normatifs de nos sociétés ni de bien décrire la nature des transformations de la psychiatrie. Nous assistons plutôt à une recomposition, une reformulation d'ensemble de la relation normal-pathologique, parallèle d'ailleurs à celle des rapports entre le permis et le défendu, et non à une psychiatrisation de la société. Pour le comprendre, il ne faut pas se demander, contrairement à l'usage fâcheux, quelle est la frontière entre le normal et le pathologique, parce que cela oblige à poser d'abord deux entités substantielles séparées, le normal et le pathologique, puis à chercher ensuite leurs relations. Il faut, au contraire, employer une approche relationnelle qui consiste à décrire comment la relation normal-pathologique se modifie, car ces deux pôles ne se définissent que l'un par rapport à l'autre, ils sont relatifs l'un à l'autre. Ce n'est pas seulement la maladie et la pathologie qui changent, mais aussi la santé et la normalité. C'est l'ensemble maladie-santé-socialité qui est reformulé et non la société qui s'est psychiatrisée ou psychologisée, et cela en fonction de la valeur suprême qu'est aujourd'hui l'autonomie individuelle.

L'autonomie du point de vue sociologique ou comment être l'agent de son propre changement

Ce qui conduit donc au troisième aspect, celui de la vie sociale : la santé mentale et la souffrance psychique forment un couple qui s'est socialement imposé dans notre vocabulaire à mesure que les valeurs de propriété de soi, c'est-à-dire l'accroissement considérable des possibilités morales de choisir son « style de vie », d'accomplissement personnel (quasi droit de l'homme) et d'initiative individuelle s'ancraient dans l'opinion. Choisir par soi-même, s'accomplir en devenant soi-même, agir par soi-même, l'autonomie consiste à placer l'accent sur des valeurs et des normes incitant à la décision personnelle, qu'il s'agisse de recherche d'emploi, de vie de couple, d'éducation, de manières de travailler, de se conserver en bonne santé ou… d'être malade.

Si l'autonomie est une caractéristique générale de l'action humaine, sur un plan sociologique, c'est-à-dire dans le contexte d'aujourd'hui, nous ne sommes plus dressés à la discipline mais à l'autonomie. C'est un changement

général de l'esprit de la socialité. L'obéissance mécanique, « les corps dociles et utiles » décrits par Foucault, n'a évidemment pas disparu, mais elle a été englobée dans et subordonnée par l'autonomie qui lui est désormais supérieure en valeur. Cet englobement de la discipline dans l'autonomie met partout en relief un aspect personnel dans l'action (agir par ou de soi-même, même si on obéit à un ordre). Or, dans notre société, on a tendance à penser que « personnel » équivaut à psychologique et privé, c'est l'une des croyances individualistes les plus ancrées dans l'opinion commune et savante.

Pour sortir de la psychologie, de ce qui se passe dans la tête des gens, il faut situer la centralité de la subjectivité par rapport à la généralisation des valeurs de l'autonomie. Nous sommes confrontés à de nouveaux parcours de vie et de nouvelles manières de vivre affectant la famille, l'emploi, l'école, les âges de la vie en même temps que nous assistons à la fin de l'État-Providence tel qu'il s'est constitué au cours du XXe siècle : nous vivons dans une socialité où il faut s'engager personnellement dans des situations sociales très nombreuses et hétérogènes. C'est un changement de nos conceptions de l'action : l'action faite de soi-même est celle qui a à la fois le plus de prestige et le plus d'efficacité aujourd'hui, c'est celle que nous respectons et que nous attendons le plus, à laquelle nous accordons le plus de valeur, l'instrumental et le symbolique étant enchevêtrés. La référence à la responsabilité individuelle est intimement liée à ces idéaux. Elle est la toile de fond de la vie en société, quelle que soit la position de chaque individu dans la hiérarchie sociale.

L'impératif d'autonomie, à travers ses deux facettes de la libération des mœurs et de la libération de l'action, a élargi les frontières de soi à tous les niveaux. En conséquence, le nombre d'actions que vous pouvez, mais aussi que vous devez considérer comme vôtres est tel que l'on a l'impression d'assister à un déclin de l'irresponsabilité personnelle. L'élargissement des frontières de soi inhérent à ce changement général de nos valeurs s'est accompagné de l'augmentation parallèle de la responsabilité personnelle et de l'insécurité personnelle. C'est l'insécurité personnelle qui fait de la santé mentale une réponse à l'accroissement de la responsabilité.

Dans cette socialité, la subjectivité individuelle, l'affect souffrant ou épanoui, devient un problème majeur, une question collective, parce qu'elle met en relief des problèmes de structuration de soi, structuration sans laquelle il est impossible de décider et d'agir par soi-même de façon appropriée et à laquelle on ne faisait guère attention dans une société d'obéissance disciplinaire. Le fulgurant succès d'entités comme l'estime de soi se comprend dans ce contexte, et vous trouverez dans plusieurs livres psychiatriques populaires, mais aussi de sociologie et de philosophie sociale l'idée que tout problème de pathologie mentale ou de souffrance est un problème d'estime de soi et de reconnaissance par autrui.

Dans la discipline, l'accent est placé sur l'exécution mécanique des ordres, dans l'autonomie, il est placé sur la prise en charge des problèmes, y compris quand on exécute des ordres, y compris par la contrainte. C'est ce déplace-

ment d'accent dans les conceptions de l'action qui met au premier plan un aspect personnel dans les relations sociales, aspect inexistant dans les sociétés de type disciplinaire. Ce déplacement conduit à l'idée que l'esprit de l'autonomie consiste en ce que le patient de l'action en soit simultanément l'agent. Pour comprendre qu'il ne s'agit pas d'une subordination de soi à soi où l'on ne voit pas ce qui oblige le sujet à obéir à lui-même, l'obligation sociale étant enveloppée d'un halo de mystère, il faut adopter une philosophie de l'action plus subtile que celle de l'agent et du patient en considérant qu'il y a des degrés de l'agir, ce qui permet de distinguer un agent principal et un agent immédiat (Descombes, 2004).

Dans la discipline, l'agent principal est l'ingénieur, le maître ou le médecin tandis que l'agent immédiat de l'action est le travailleur, l'élève ou le malade, en ce sens que leur activité est entièrement prédéterminée. La discipline implique l'idée d'une force passive qu'il faut actionner de l'extérieur pour la rendre « docile et utile ». Dans l'autonomie, l'action est conçue de telle sorte que le patient (travailleur, élève, malade) en soit l'agent principal. Nous n'avons alors plus besoin de la psychologie pour caractériser l'autonomie, c'est-à-dire qu'on peut sortir de l'idée de l'autonomie comme rapport de soi à soi. C'est la seule manière de voir les choses sociologiquement, sinon on fait de la psychologie, qu'elle soit psychanalytique, cognitiviste ou sociologique.

Il existe un modèle historique qui permet de préciser l'idée que le patient de l'action en est aussi l'agent, ce sont les trois métiers impossibles de Freud, psychanalyser, éduquer, gouverner, selon l'interprétation de Castoriadis. Le caractère impossible signifie que ces métiers visent le développement de l'autonomie au sens où « le patient est l'agent principal du processus psychanalytique », car ce qui est visé est le « développement de sa propre activité » (l'activité du patient). L'objet de la psychanalyse « est l'autonomie humaine […] pour laquelle le seul « moyen » d'atteindre cette fin est cette autonomie elle-même » (Castoriadis, 1990). Dans le couple de partenaires que forment le psychanalyste et son patient, l'action se déroule de telle sorte que ce dernier soit non l'agent immédiat, mais l'agent principal de l'action, en l'occurrence de l'action de changer. Cela se voit parfaitement à la conception de la guérison que Freud explique à la dernière page des « Études sur l'hystérie » en caractérisant le genre de changement qui s'opère chez le patient : « Vous trouverez grand avantage, en cas de réussite, à transformer votre misère hystérique en malheur banal. Avec un psychisme devenu sain, vous pourrez lutter contre ce dernier »[50] (Freud et Breuer, 1894), vous pourrez être l'agent de votre propre changement.

50. FREUD S, BREUER J. Études sur l'hystérie, Paris, Puf, 1975 (1894), p. 247. Dans le paragraphe précédent, comparant sa méthode à la chirurgie, il la distingue ainsi : « Cette analogie se trouve confirmée non pas tant par la suppression des parties malades que par l'établissement de conditions plus favorables à l'évolution du processus de guérison », p. 247

Sociologiquement, justement, cette socialité se décompose, à mon avis, en trois schémas sociaux que l'on retrouve partout, mais qu'il faut analyser différemment selon les contextes : la transformation permanente de soi, le développement de compétences sociales ou relationnelles et l'accompagnement des trajectoires de vie. Ils sont les modes d'institution permettant aux individus d'agir par soi-même de façon appropriée dans des situations sociales en nombre croissant, y compris dans les plus contraintes, que ces individus soient schizophrènes, adolescents en difficulté ou guichetiers de banque. Cela ne veut pas dire que l'individu est abandonné à lui-même, mais que toutes nos institutions évoluent actuellement vers de telles pratiques. Qu'elles fonctionnent bien ou mal est un problème qui vient en second. Il vient en second, parce que c'est un jugement sur la réalité, il faut d'abord passer par une phase descriptive permettant de comprendre ce qui se passe dans notre société. Comment, par exemple, une personne atteinte de schizophrénie pourrait-elle vivre dans la communauté sans disposer de compétences sociales et cognitives dont elle n'avait guère besoin quand elle était supposée vivre à l'hôpital ?

Voici deux exemples. Y compris dans les situations les plus contraintes, disais-je, car dans ce type de socialité, la contrainte elle-même change de signification, et l'autonomie ne doit surtout pas être réduite, d'un point de vue descriptif, au consentement. Il faut élargir le point de vue de Castoriadis, car la contrainte peut parfaitement être un moyen de l'autonomie. Il faut seulement considérer la situation en cause. Par exemple, les centres d'éducation renforcée et les centres d'éducation fermée ne sont pas une nouvelle normalisation disciplinaire (contrairement à ce que pensent la plupart de mes collègues sociologues), car la contrainte y est un moyen pour restaurer ou contribuer à instaurer une capacité à décider et à agir par soi-même de manière appropriée. La contrainte vise l'adhésion du jeune, elle vise à lui permettre d'être l'agent de son propre changement, à le rendre capable de changer par lui-même. Cyrille Canetti, psychiatre à Fleury-Mérogis où il s'occupe des adolescents, écrit que « le but [des interventions psychiatriques en prison est] de leur redonner un espace de choix, de leur restituer une position de décideur dans la gestion de leur existence. Ils se sentent en effet régulièrement privés de toute capacité à interagir sur leur parcours et c'est avec fatalisme qu'ils s'en remettent à ce qu'ils appellent leur destin » (HAS, 2005). C'est une condition pour ouvrir l'espace des possibles dans la socialité de l'autonomie. La contrainte physique, dans ce contexte, est un moyen d'offrir des possibilités.

Deuxième exemple, les inégalités sociales. Dans ce nouveau monde, la polarité gagnant-perdant domine la polarité dominante-dominée de la société industrielle. L'égalité visée est une égalité de capacité qui est une égalité tout au long de la vie, qu'elle prenne la forme de l'*empowerment* américain ou du *caring state* scandinave. Gosta Esping-Andersen résume ainsi l'idée du *caring state* : « Un bas salaire ou un emploi médiocre ne constituent pas en

soi une menace au bien-être d'un citoyen, pourvu que l'expérience soit temporaire ; ils ne le deviennent que si les individus s'y trouvent enfermés. Il convient donc de redéfinir le principe directeur des droits sociaux […] comme ensemble fondamental de garanties des chances de la vie » (Esping-Andersen, 2001). Car c'est à une transformation de l'égalité à laquelle nous avons affaire, une égalité de l'autonomie qui ne consiste pas seulement à donner des chances égales dans une temporalité statique, mais à offrir des opportunités dans une temporalité dynamique, une temporalité de trajectoire, plaçant de multiples manières les individus dans des situations leur permettant ou les obligeant d'être les agents principaux de leur propre changement.

En conclusion, dans une telle société, au niveau de l'idéologie, on a la rhétorique subjectiviste, au niveau de la réalité de la société de l'homme-individu, le développement de schémas sociaux qui visent à faire en sorte que le patient de l'action en soit en même temps l'agent : c'est ce déplacement d'accent dans les conceptions de l'action qui met en relief un aspect personnel dans les relations sociales, aspect inexistant dans les sociétés de type disciplinaire. C'est la seule manière de voir les choses sociologiquement, sinon on fait de la psychologie, qu'elle soit neurologique, psychanalytique, cognitiviste ou sociologique.

Pour clarifier la socialité propre à l'autonomie généralisée, la subjectivité ou l'affectivité doit être élaborée dans ce cadre sociologique. Si on ne le fait pas, il me semble qu'on ne fait que reconduire l'idéologie individualiste sans se donner les moyens d'en faire des guides politiques pour l'action. Quand on parle de souffrance aujourd'hui, on a tort de l'appréhender à partir d'un causalisme sociologique, comme on le fait si souvent en sociologie, qui la réifie au lieu de la situer. La souffrance est une nécessité de la socialité contemporaine, elle est, pour reprendre le concept maussien, une expression obligatoire des sentiments[51]. Elle est le ressort d'un changement dans l'esprit des institutions qui fait du métier impossible l'institution propre à l'autono-

51. MAUSS M. L'expression obligatoire des sentiments. 1921, *Œuvres*, 3, Paris, Minuit, 1969. « Une catégorie considérable d'expressions orales de sentiments et d'émotions n'a rien que de collectif […]. Disons tout de suite que ce caractère collectif ne nuit en rien à l'intensité des sentiments, bien au contraire. […] Mais toutes ces expressions collectives, simultanées, à valeur morale et à force obligatoire des sentiments de l'individu et du groupe, ce sont plus que de simples manifestations, ce sont des signes, des expressions comprises, bref, un langage. Ces cris, ce sont comme des phrases et des mots. Il faut les dire, mais s'il faut les dire c'est parce que tout le groupe les comprend. On fait donc plus que manifester ses sentiments, on les manifeste aux autres, puisqu'il faut les leur manifester. On se les manifeste à soi en les exprimant aux autres et pour le compte des autres. C'est essentiellement une symbolique », p. 277-278.

mie généralisée, et il existe des versions psychanalytiques autant que cognitivistes (Ehrenberg, 2008). Or, c'est justement à la généralisation de ces métiers, dont la pratique consiste à faire en sorte que chacun soit l'agent de son propre changement, à laquelle nous avons assisté en une trentaine d'années, et non à un affaiblissement du lien social, à mesure que les valeurs de l'autonomie imprégnaient l'ensemble de la vie sociale. Le changement de statut de la souffrance psychique bien au-delà de la psychopathologie, c'est-à-dire son érection en raison d'agir sur un problème qui est toujours relationnel, voilà l'épicentre de la généralisation de ces métiers où l'autonomie est à la fois le moyen et le but de l'action.

Alain Ehrenberg
Directeur du Cesames (Centre de recherches psychotropes, santé mentale, société)
UMR 8136 CNRS-U Paris 5, Inserm U 611

BIBLIOGRAPHIE

CASTORIADIS C. Psychanalyse et politique, Le Monde morcelé. Carrefours du Labyrinthe, 3, Paris, Seuil, 1990 : 178-179, et la discussion de V. Descombes qui enrichit l'idée, ibid, chap XXV.

COMMISSION EUROPEENNE. Improving the Mental Health of the Population : Toward a Strategy of Mental Health for the European Union. Green Paper. Direction générale de la Protection des consommateurs et de la santé, octobre 2005 : **4**

DESCOMBES V. Le complément de sujet, Enquête sur le fait d'agir de soi-même. Paris, Gallimard, 2004

DURKHEIM E. Les Règles de la méthode sociologique. PUF, 18e éd., 1973

EHRENBERG A. L'individu incertain. Calmann-Lévy, Paris, 1995, coll. Pluriel, Hachette, 1996

EHRENBERG A. La fatigue d'être soi : dépression et société. Odile Jacob, Paris, 1998, Odile Jacob Poche, 2000, chapitre IV

EHRENBERG A. Le cerveau « social » Chimère épistémologique et vérité sociologique. Esprit, janvier 2008

ESPING-ANDERSEN G. Quel État-providence pour le XXIe siècle ? Convergences et divergences des pays européens. Esprit, février 2001

FREUD S, BREUER J. Études sur l'hystérie. PUF, Paris, 1975 (1894)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Prise en charge de la psychopathie, 4 et 15 décembre 2005 (auditions publiques d'experts) http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272478

MAUSS M. L'expression obligatoire des sentiments. 1921, Œuvres, 3, Paris, Minuit, 1969

OFFICE OF THE SURGEON GENERAL. Mental Health : A Report of the Surgeon General. US Departement of Health and Human Services, 1999 : 4

Addiction au jeu : éléments psychopathologiques, transgression, victimisation et rapport oblique à la loi

L'addiction aux jeux de hasard et d'argent, frénétique et dévastatrice, apparaît emblématique de la formulation de Jean-Louis Pedinielli, énonçant que les addictions se caractérisent par une mise en scène particulière de l'avidité, de la dette et de la mort. Dompter, domestiquer le hasard plutôt qu'apprivoiser son murmure séducteur...

Quant à explorer les dessous des cartes du jeu compulsif, en privilégiant une approche analytique, un pari risqué ?… Peut-être, a priori, mais il n'en reste pas moins que cette notion d'addiction au jeu n'a guère été prise en compte par la psychiatrie classique : par exemple, dans son manuel, Henri Ey ne consacre même pas une ligne entière au jeu compulsif, qu'il insère furtivement dans la catégorie des déséquilibres caractériels !

En France, la problématique du jeu demeure longtemps délaissée par la psychiatrie. Et, à notre connaissance, il faudra attendre 1991 pour qu'une revue thématique sur les dépendances y consacre un numéro spécial qui fera date, suscitant ainsi un écho plus large, avec notamment les textes de J. Adès, R. Ladouceur et M. Valleur…

Dans un autre registre, la fonction soulageante de la dépense d'argent avait déjà été pointée par K. Abraham dans « Prodigalité et crise d'angoisse » (1916) : « la tendance aux dépenses inconsidérées est le fait de névrosés vivant dans un état de dépendance infantile permanente à l'égard de leurs parents, présentant des troubles de l'humeur ou de l'angoisse dès qu'ils s'en éloignent. Les patients affirment eux-mêmes que la dépense soulage leur angoisse ou leur humeur ». Ainsi, en première approche, à défaut de guérir, la dépense apaise, pallie transitoirement le malaise interne, à l'instar de la drogue ou du médicament calmant le toxicomane.

Dans le contexte social actuel (incitation aux crédits, valorisation de la consommation, explosion de l'offre des jeux), les diverses formes de dépense compulsive (des achats aux jeux d'argent) pourraient constituer en première approche une « mauvaise rencontre » entre un individu fragile quant à ses désirs insatisfaits et une offre commerciale aguichante donnant l'illusion de combler un manque à être.

Éléments psychopathologiques

La psychopathologie se veut explicative de symptômes, de conduites et de comportements. Et s'appuie de longue date sur des théories psychanalytiques, mais aussi sur des conceptualisations issues de la philosophie, voire sur des concepts de Droit, et également sur des données de la psychologie.

Freud, Bergler et Fenichel : la compulsion à perdre

Freud (à partir de Dostoïevski, vœu de mise à mort du père et châtiment de soi-même… perdre, se perdre aussi, pour libérer l'écriture), puis Bergler (régression orale, masochisme) ont mis l'accent sur la compulsion à perdre du joueur dans son « combat contre le destin » (Fenichel), où « le passe-temps primitif est maintenant une question de vie ou de mort ».

Freud et Dostoïevski : mise à mort du père et châtiment de soi-même…

Dès 1928, Freud, dans son texte fameux sur Dostoïevski (« *Dostojewski und die Vatertötung* », à noter qu'en fait, « *Vatertötung* » renvoie plus précisément à la mise à mort du père et non au parricide – « *Vatermord* »), avait mis en lumière les soubassements de la personnalité de l'écrivain, marquée par une attitude ambiguë envers le père, « faite de soumission et de vœu de mort » (Chassaing et Petit, 1995).

La thématique de la mise à mort du père, qui hante l'œuvre de l'écrivain (avec en toile de fond l'expression d'une sympathie quasi « convulsive » pour le criminel) serait la pierre angulaire de sa conduite masochiste. « Tout châtiment est bien, dans le fond, la castration et l'accomplissement comme tel de l'ancienne attitude passive envers le père. Même le destin n'est finalement qu'une projection ultérieure du père. ».

Nous souscrivons du reste aux observations des traducteurs de ce texte dans la revue de psychanalyse l'Unebévue, 1993, prônant l'emploi du mot « châtiment » plutôt que « punition » pour traduire ici « *Bestrafung* » (Bucher et Chassaing, 2007). Et ce, en tant que « la punition est plutôt connotée à la justice humaine : la loi punit, sanctionne un délit. Le châtiment, lui, est plutôt d'ordre moral. Il n'implique pas forcément la faute réelle ; il répond au contraire au sentiment de culpabilité qui, lui aussi, est moral ».

Ce qui revient à préconiser « châtiment de soi-même » pour « *Selbststrafung* » de préférence à la traduction traditionnelle « autopunition ». En effet, « il s'agit plus d'un châtiment moral que d'une punition par la justice humaine. Se châtier soi-même n'est pas exactement identique à s'autopunir et introduit une nuance quant à la persistance d'un sentiment de culpabilité. » Et ce dernier point nous semble particulièrement intéressant dans une perspective psychopathologique.

Et « le jeu était aussi pour lui une voie pour se châtier lui-même », Freud écartant d'entrée de jeu l'idée que l'appât du gain soit en cause (Dostoïevski étant d'ailleurs très explicite sur ce point dans une lettre : « l'essentiel est le jeu lui-même », Freud renchérissant en faisant mouche avec la formule : « le jeu pour le jeu. »).

Passion du jeu connotée expressément par Freud à une dimension pathologique. « La publication de ses écrits posthumes et du journal intime de sa femme a crûment relaté un épisode de sa vie, la période où, en Allemagne, Dostoïevski était possédé par la passion du jeu (Dostoïevski à la roulette). On ne peut pas méconnaître qu'il s'agit d'un accès de passion pathologique ; on ne saurait d'aucune façon l'estimer autrement ».

Ainsi, le jeu, « passion pathologique » ruineuse, prend valeur de conduite de « châtiment de soi-même » corrélée au vœu de « mise à mort du père ».

Au jeu de la vie, le joueur, un « maso » ? Ce que résume bien J. Adès : « Le joueur est possédé par une recherche morbide de l'échec, de l'expiation, la poursuite d'un parcours éclairé par le tragique du plaisir et de la mort » (Adès, 1991).

Quant à la dimension addictive, au fil des lignes du texte de Freud sur Dostoïevski (1928), l'expression « *Spielsucht* » – littéralement l'addiction au jeu – semble prendre le pas sur celles de « *Spielzwang* » (compulsion du jeu) et « *Spielwut* » (fureur du jeu, une expression un peu datée mais intéressante car renvoyant à la frénésie, au « *craving* »). En outre, en considérant (à partir d'une digression sur la nouvelle de S. Zweig, « Vingt-quatre heures de la vie d'une femme ») le jeu comme un succédané de la masturbation, cette addiction originaire (« *Ursucht* »), Freud le rapproche *de facto* des toxicomanies classiques, au sujet desquelles il avait émis cette hypothèse en 1897.

Le joueur de Bergler, un névrosé « oral » animé par un désir inconscient de perdre

Sollicité par la problématique du jeu dès 1936 (date de sa première publication en la matière, dans la revue Imago), Bergler réalise une synthèse de ses observations cliniques relatives aux joueurs en 1957 dans son ouvrage « *The psychology of gambling* ». Il affiche de surcroît l'ambition de préciser les soubassements de la conduite de jeu et de dresser un constat des diverses variantes typologiques de joueurs.

C'est ainsi qu'il élabore une liste de critères permettant de « définir » le joueur pathologique, en contrepoint du joueur « social » ou récréatif (prise habituelle de risques, envahissement de la vie par le jeu, optimisme pathologique, incapacité de s'arrêter de jouer, escalade des enjeux, « frisson » du jeu) et ce, en s'appuyant sur l'expérience du traitement d'une soixantaine de joueurs.

À rebours des motivations conscientes, mises en avant par les patients (notamment l'appât du gain), la théorisation de Bergler dispose que le jeu,

expression d'une « névrose de base », correspond à une « régression orale » (Bergler, 1949), se définissant par la mise en acte d'une séquence toujours identique, où la rébellion contre la loi parentale se traduit directement, chez le joueur, par une « rébellion latente contre la logique ». Et, selon Bergler, le joueur est à considérer comme un névrosé animé par un désir inconscient de perdre (« désir de gagner dynamiquement sans effet »), gouverné par le masochisme moral, un besoin inconscient d'être puni après avoir fait montre d'une « pseudo-agressivité » teintée de mégalomanie infantile.

Masochisme moral que Bergler nomme « masochisme psychique » (cf. dans « La névrose de base », 1949). Lequel s'articule autour d'une séquence en trois temps : « je me créerai le désir inconscient d'être rejeté par la mère », « je ne serai pas conscient de mon désir d'être rejeté », « je m'apitoierai sur moi-même en un plaisir masochique ». Ces « masochistes psychiques » se caractérisent par une dilection particulière pour « l'humiliation, la défaite, le refus ».

Ainsi, le masochisme est relié par Bergler à la recherche du « être refusé », certes une définition assez large du masochisme, où prime l'idée de la répétition de situations plus ou moins pénibles, comme si le sujet y trouvait une satisfaction.

Mais aussi, comme le note P-L. Assoun, une véritable « intuition du lien entre position masochiste et relation à l'objet » qui affleure aussi chez les joueurs dans la demande récurrente de « se faire interdire » d'accès aux salles de jeux, la voix pronominale, avec la voix moyenne réfléchie, caractérisant la grammaire du masochiste (Assoun, 2003). Grammaire renvoyant à la spécificité du masochiste de se mettre dans une position particulière… « se faire objet ».

Enfin, quoique mettant l'accent sur le masochisme moral intrinsèque aux conduites de jeu, Bergler souligne que les chances de succès d'une thérapie analytique sont grandes si l'implication du joueur est de mise (et prévaut sur celle de son entourage).

Dans la théorisation de Bergler, vient poindre l'exigence d'un dédommagement pour des blessures précoces du narcissisme en s'exemptant de la loi de la castration (Freud, 1915 ; Assoun, 1999).

Otto Fenichel : « névrose impulsive », égo-syntonie

Dans « La théorie psychanalytique des névroses », ouvrage publié en 1945, Otto Fenichel réalise un vaste panorama de l'ensemble des formes de pathologie mentale. Il y accorde une place au jeu, citant du reste Bergler à ce propos.

Fenichel reprend les propositions freudiennes relatives à Dostoïevski dans ses développements sur le jeu (« dans son essence, une provocation du destin », où se profile la « figure-écran » du père). Et formule de manière très

fine la dérive du plaisir à la jouissance qui happe le sujet confronté au jeu, aussi bien « tentative magique d'obliger le destin à faire son devoir » que « combat contre le destin » : « sous la pression des tensions internes, le caractère badin peut se perdre ; le Moi ne peut plus contrôler ce qu'il a mis en train, et est submergé par un cercle vicieux d'anxiété et de besoin violent de réassurance, angoissant par son intensité. Le passe-temps primitif est maintenant une question de vie ou de mort ».

Or, Fenichel avait suggéré (Fenichel, 1945) que certains comportements impulsifs répétitifs se caractérisaient par une contrainte proche de celle retrouvée dans la dépendance à l'alcool et aux drogues. Pour Fenichel, les toxicomanies représentent du reste « les types les plus nets d'impulsions », le mot « addiction » faisant allusion pour lui à « l'urgence du besoin et à l'insuffisance finale de toute tentative de le satisfaire ». Il dispose les addictions à la drogue dans le cadre des « névroses impulsives », qu'il oppose aux névroses de compulsion. Et s'attache à différencier impulsions et compulsions, qui ont en commun le sentiment du patient d'être obligé d'exécuter l'action pathologique. Cependant, les impulsions sont – ou promettent d'être – plaisantes, elles ne sont pas vécues à l'instar des compulsions sur un mode pénible, mais comme « syntones » du moi et non pas étrangères à lui.

Pour mettre en tension ces deux auteurs, Bergler et Fenichel (Bucher, 1997) : cette dimension d'égo-syntonie (où l'action est conforme au « désir conscient immédiat ») promue par Fenichel semble un peu approximative pour rendre compte du processus « ludopathique ». Et Bergler fait montre en la matière de davantage de subtilité, en décrivant le sentiment d'étrangeté (« *feeling of uncanniness* » se rapproche du *Unheimlich* freudien, de l'inquiétante étrangeté) qui saisit le joueur dans sa praxis ludique, ou même lorsqu'il laisse ses pensées dériver autour du jeu.

Dans cette perspective « déréalisante », il convient de souligner cet « étrange désir » expérimenté par le joueur de Dostoïevski lorsqu'il ressent l'imminence de la provocation du destin, de donner « une chiquenaude » au destin… Mais aussi, bien sûr, le fait que le frisson (« *thrill* ») du jeu, cette sensation intense et frémissante éprouvée dans l'expectation fiévreuse de l'arrêt du sort, comporte aussi dans sa définition donnée par Bergler une touche d'insolite : « *the enigmatic, mysterious thrill in gambling* ».

Dette et relégitimation

Homo masochisticus, le joueur addicté se piquant des vertiges du jeu ? Certes, mais quid des faveurs du destin sollicitées ?… Car ces « praticiens de l'aléatoire » (selon une formule de JL. Chassaing, dans « Jeu, dette et répétition », 2005) en jouant à qui perd gagne, configurent une « modalité binaire d'une existence ». C'est que « l'aléa marque et révèle les faveurs du destin » (Roger Caillois), le joueur étant selon lui « l'homme de la

providence » ! Ce qui pourrait confiner (Patrick Berthier) à une forme de délectation suprême : « Être l'élu au sein des réprouvés, sans raison, sans mérite, sans rien, par pur décret de la providence… ».

Bien sûr, être l'élu du Destin, c'est aussi abolir la dette symbolique… Ce qui nous ramène à la problématique addictive comme telle, c'est ainsi que dans cette perspective, Nestor Braunstein énonce qu'en tentant de substituer à l'Autre « un objet sans désirs ni caprices », « l'alcoolique, le toxicomane, conteste cette dette symbolique, dette éternelle et externe qu'il n'a pas contractée et qu'il ne veut pas payer. Car pour lui, elle est impayable ».

Somme toute, l'addiction au jeu ou tenter de réduire la question de la dette – intergénérationnelle – à une simple affaire d'argent ?… Mais par quel biais ?

Le jeu, « faute morale ». Le poids de la faute… Comment s'en acquitter ? En payant le prix… le prix fort, voire prohibitif. Crouler sous les dettes. Au demeurant, « *Schuld* », en Allemand, désigne à la fois la faute et la dette. Payer, étymologiquement, c'est pacifier, et « s'acquitter de ses dettes, payer tout simplement, c'est renouveler sans cesse un processus de pacification, le paiement d'une dette infinie à laquelle on ne peut se soustraire » (Gori, 1992).

Si ce n'est que « l'influence correctrice » du paiement est mise en échec dans le processus addictif « ludopathique », où précisément l'origine de la dette symbolique est interrogée à l'infini par le truchement d'un instrument, l'argent, qui tend à se substituer au langage.

Et la fascination pour le hasard, érigé en « Autre supposé savoir auquel il peut se fier, se confier », est donc fatale car il « ne sera jamais le lieu de la parole » (Tostain).

La dimension impérative de la passion prime sur la composante interrogative du jeu : défiant les « lois mécaniques » du hasard et leurs calculs, le joueur somme l'Autre de se manifester et de lui signifier son droit à l'existence, dévoilant ainsi les termes d'une mathématique terrifiante de la relation à l'Autre, sous le joug de la procédure ordalique.

Procédure dont la loi inflexible rend compte de la sollicitation répétitive de la chute : toucher le fond afin de « se refaire » et, partant, d'être relégitimé. Dans cet espace privilégié que représente le casino, à savoir selon un patient, « … un autre espace où, d'une seconde à l'autre, tout peut changer ».

La logique sous-tendant l'ordalie compulsive du joueur conduit Marc Valleur (1991) à modifier l'équation freudienne de la compulsion à perdre du joueur : « s'il ne joue certes pas pour gagner, il ne joue pas non plus pour systématiquement perdre, mais pour les instants vertigineux où tout – le gain absolu, la perte ultime – devient possible ». Lorsque le hasard devient rencontre, « *tuchè* »…

Un gain qui n'est pas un gain

L'argent, le pactole… certes, mais contrairement au spéculateur le joueur n'use ni n'abuse des mécanismes subtils du capitalisme pour s'enrichir. Il ne va même pas placer son gain, ce gain qui lui brûle les doigts, sur un compte d'une quelconque succursale bancaire, mais au contraire s'en débarrasser au plus vite, en rejouant ou en le dilapidant… Pourquoi une telle hâte à s'en défaire ?

Avec les dettes abyssales contractées, l'argent perd sa fonction d'équivalent général. Quelque chose de vertigineux dans ce tourbillon... Et le vertige, n'est-ce pas à la fois (Kundera) « l'ivresse de tomber » et « l'art de rester debout » ?...

Or, selon un jeune turfiste invétéré et désillusionné, « gagner ?… ce n'est pas un gain ! ». Se présentant tel une sorte de laissé-pour-compte ayant développé le sens du paradoxe au fil de ses déboires (« le jeu … un plaisir qui ne rend pas heureux »), il mettait en relief un point crucial, à savoir qu'il n'avait pas vraiment le sentiment d'être « propriétaire » de son gain… Ce qu'exemplifiait un autre patient, adepte du Rapido, en déclarant, n'avoir, quant à lui, « aucune utilité » du gain !

D'où la contrainte à la remise en jeu... jusqu'à perdre. Bien sûr, sous l'empire de la béatitude narcissique du gain confinant à l'hébétude, se fissure l'armature symbolique du sujet… ses repères se brouillent à la table de jeu, avec, à la clef, des prises de risque inconsidérées…

Cependant, plus fondamentalement, le pactole est entaché d'un soupçon d'irréalité. Il apparaît que le joueur ne s'éprouve qu'usufruitier de ce gain mirifique (Bucher, 2004), et non pleinement propriétaire, en mesure de disposer de la chose… Ainsi, tout se passe comme s'il lui manquait, subjectivement parlant, le troisième attribut du droit de propriété sur une chose… au nom latin si évocateur, *l'abusus* (« utilisation jusqu'à épuisement »).

En d'autres termes, pouvoir enfin disposer de ce bien, fruit du hasard... jusqu'à complète consomption comme pour mieux en attester la réalité improbable… et, partant, relancer de plus belle la spirale addictive ! Un gain qui n'est qu'artifice, leurre, au mieux artéfact biaisant la partie…

Et la sentence fameuse de Goethe (dans « Faust ») : « ce dont tu as hérité de tes pères, acquiers-le pour le posséder » donne la mesure ou plutôt met en relief la démesure des embarras du joueur addicté aux prises avec cette manne céleste dont l'acquisition lui est trop problématique, subjectivement parlant, pour ne pas chercher à s'en débarrasser au plus vite !

Au demeurant, à l'aune de la relation au père, le processus initié par la pratique addictive des jeux de hasard et d'argent n'est pas sans évoquer cette phrase de Freud, au détour d'une lettre adressée à Romain Rolland (1936) : « Tout se passe comme si le principal dans le succès était d'aller plus loin que le père et comme s'il était toujours interdit que le père fut surpassé ».

En tant que « voie courte » vers la fortune, mais nécessairement infructueuse à mesure que la partie se prolonge, les jeux de hasard et d'argent

constituent assurément un excellent dispositif en la matière. À visée destinale en quelque sorte...

Question du rapport du sujet à l'Autre

Par le truchement du dispositif de la cure psychanalytique, le sujet est placé en situation d'interroger les cartes qu'il a reçues du grand Autre. Quant au joueur s'adonnant aux jeux de hasard et d'argent, son positionnement est évidemment différent. Ainsi, selon Ch. Melman : « [...] on pourrait aussi y voir (dans le jeu de hasard) la réassurance prise dans l'existence de la réponse, en tant que telle, le jeu y figurant l'artifice qui permet d'interroger et de faire répondre un système opaque et sourd, celui du signifiant qui découpe et ordonne le réel dans sa structure de chaîne ».

Dimension artéfactuelle qui mène aussi le joueur compulsif à sa perte dans la sollicitation répétitive d'un tel dispositif, l'industrie du jeu ne laissant, elle, rien au hasard pour optimiser ses gains lorsque la partie se prolonge…

Au-delà de la question des joueurs pathologiques, c'est bien la question du rapport du sujet à l'Autre qui est posée par le truchement du jeu (Norbert Bon, « Les jeux sont mal faits » dans « Jeu, dette et répétition », 2005). Défier le hasard et obtenir ainsi de l'Autre réponse et reconnaissance ! Si la chance de décrocher la timbale est infime, en revanche, « … si je gagne, c'est que je ne suis pas un quelconque au regard de l'Autre, c'est que j'y ai une place d'élection, qu'il m'envoie soudain un joker qui modifie radicalement la donne initiale ». Cette « maldonne » initiale que conteste le joueur avec obstination dans sa quête d'un joker !

Dans ses développements sur « La cure psychanalytique est-elle un jeu ? » (dans : « Jeu, dette et répétition », 2005), Melman vient mettre en exergue cet élément essentiel de l'attitude du joueur : « récuser la donne que chacun de nous tient du grand Autre, rôle sur la scène du monde, identité sexuelle… ». Au demeurant, poursuit cet auteur, si l'on s'en tient au social, il est connu que ceux qui jouent le plus sont des chômeurs… ceux qui n'y ont – précisément – rien à perdre !

De quoi suggérer un rapprochement avec les « accidentés de la vie », où l'accession au statut de victime, entre dommage subi et reconnaissance du préjudice, s'effectue en quelque sorte par le passage du signe « moins » au signe « plus »…

Transgression et victimisation

Bien sûr, dans son combat contre le destin, le joueur compulsif cultive volontiers la transgression de la loi dans l'emphase et l'ostentation. Tricher, bluffer... jusqu'à jouer avec la loi pénale sur les marchés financiers. La spéculation

est un domaine très proche des jeux de hasard et d'argent (ainsi, Bergler classe parmi les joueurs les spéculateurs effrénés ou « *success hunters* » et, plus récemment, on a pu parler de dérive addictive à propos de la trajectoire du « *rogue trader* » de Nick Leeson). Avec toutefois des nuances rapprochant davantage les spéculateurs des joueurs de poker (un rapport différent au temps et au gain, une stratégie en matière d'enchères, de mise en jeu, qui fait contraste avec la relation animiste à la chance des adeptes des jeux de hasard traditionnels).

Jouer, y compris à se faire interdire, jouer au plus fin... Se faire interdire… et… braver l'interdit. C'est le règne de la surenchère permanente, jusqu'à poursuivre le casinotier en justice (pallier la perte de chance, continuer la partie dans une autre cour à défaut de lui donner un autre cours…).

En contrepoint des avatars de la transgression : victimisation, voire survictimisation… Et certains joueurs vont jusqu'à développer des stratégies de « victimation vindicative » (Bucher, 2005) lorsque la confrontation à la loi est intenable… Bref, changer les règles du jeu, nier le caractère autodestructeur de la conduite, avec le spectacle d'un meurtre signé plutôt que celui d'un suicide maquillé…

De quoi s'intéresser plus précisément aux problèmes judiciaires liés au jeu pathologique !

Problèmes judiciaires liés au jeu pathologique : un aperçu

Une étude exploratoire menée en France auprès des personnes consultant l'association « S.O.S. Joueurs » avait montré qu'une proportion majoritaire des joueurs interrogés avait été confrontée au surendettement, près de 20 % ayant commis des délits (notamment abus de confiance, vol, contrefaçon de chèques…).

Les données de cette enquête étaient du reste grosso modo concordantes avec les résultats des recherches nord-américaines sur une plus vaste échelle. En effet, selon Custer (cité par Valleur et Bucher, 2006), un « joueur pathologique » sur quatre est amené à être confronté à la justice (si l'on totalise les comparutions civiles et pénales), ce qui dénote au passage l'ampleur du phénomène si l'on retient avec cet auteur une estimation globale du nombre des joueurs compulsifs adultes (aux États-Unis d'Amérique) à un million de personnes (il y a deux décennies).

Des données plus récentes dans « *Pathological Gambling : A critical review* » (*Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling*, 1999)[52] ont confirmé l'ampleur du phénomène qui reste à évaluer plus préci-

52. *Pathological Gambling: A critical review*, 1999. http://www.nap.edu/openbook/0309065712/html/160.html

sément (ainsi Blasczynski et Silove, 1996, avaient noté que les comportements délictueux étaient plus fréquents chez les adolescents). Et se redouble de conséquences sociales importantes en termes de pertes d'emploi (Ladouceur et coll., 1994) : environ 25 à 33 % au sein d'une population de joueurs pris en charge par les Joueurs anonymes et de faillite personnelle…

La nature des liens entre jeu compulsif et délinquance est complexe : en premier lieu, l'apparition d'une délinquance « acquisitive » (et volontiers « astucieuse ») en vue de récupérer les sommes perdues afin de se procurer les moyens de continuer à jouer.

Mais aussi devenir secondaire éventuel de sujets marginaux ou délinquants en joueurs excessifs, voire aléas de la clandestinité (le monde du jeu en tant que lieu de croisement où se rencontrent délinquants et joueurs et, partant, source potentielle d'une telle addition de problématiques).

Au demeurant, le « passage » de la dépendance à la délinquance prête à réflexion : s'agit-il d'une causalité linéaire ? Le rapprochement du jeu d'argent et de certains délits, en particulier l'escroquerie, serait ainsi susceptible de faire affleurer dans certains cas la notion d'une manipulation ludique de la loi.

Dans un contexte de grande facilité d'obtention des crédits, favorisant les emprunts excessifs, le premier point est crucial : le jeu addictif faisant office, caricaturalement, de « problème et de solution du problème » en termes pécuniaires. La commission d'une infraction traduisant fréquemment la nécessité quasi inéluctable dans la trajectoire du joueur pathologique de recourir à des moyens illicites afin de se procurer l'argent du jeu.

D'où l'intérêt, en amont, pour les procédures de désendettement. Avec la spécificité de la faillite civile en Alsace-Moselle… Et la réplique d'un joueur invétéré à l'annonce de la mise en œuvre de cette procédure : « on efface tout et on recommence ! » ne doit pas, pour autant, invalider ce type d'approche…

Christian Bucher
Psychiatre des Hôpitaux, CH de Jury, Metz

BIBLIOGRAPHIE

ADÈS J. Le jeu pathologique, de la passion à la dépendance. Dépendances 1991, **3** : 1-2

ASSOUN P-L. Le préjudice et l'idéal. Pour une clinique sociale du trauma. Anthropos Economica, Paris, 1999

ASSOUN P-L. Leçons psychanalytiques sur le masochisme. Anthropos Economica, Paris, 2003

BERGLER E. Basic neurosis. Grune & Stratton, NY, 1949. La névrose de base. Payot, Paris, 1976

BERGLER E. The psychology of gambling. International Universities Press, New York, 1957

BUCHER C. Le jeu pathologique, une conduite addictive : le jeu, le joueur et la loi. *Nervure* 1993, **6** : 15-26

BUCHER C. L'addiction au jeu, de l'aléa au vertige, via Bergler et Fenichel. *Le Trimestre Psychanalytique* 1997, **2** : 93-108

BUCHER C. Passions du jeu et leurs destins dans une société libérale « avancée », 11.10.2004 ; Site de l'Association Lacanienne Internationale, www.freud-lacan.com, dossier « toxicomanies »

BUCHER C. Jouer à se faire interdire. *Psychotropes* 2005, **11** : 87-100

BUCHER C, CHASSAING J-L. Addiction au jeu, éléments psychopathologiques. *Psychotropes* 2007, **13** : 97-116

BUCHER C, CHASSAING J-L, MELMAN C. Jeu, dette et répétition. Les rapports de la cure psychanalytique avec le jeu. Éditions lacaniennes, Paris, 2005

CAILLOIS R. Les jeux et les hommes. Gallimard, Paris, 1967

CHASSAING J-L, PETIT P. Freud et Dostoïevski. *Le discours psychanalytique* 1995, **14** : 113-142

FENICHEL O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York, WW Norton, 1945. La théorie psychanalytique des névroses. PUF, Paris, 1953

FREUD S. Einige Charaktertypen aus des psychoanalytischen Arbeit. 1916, Imago, tome 4 (6). Quelques types de caractères dégagés par le travail psychanalytique. In : L'inquiétante étrangeté et autres essais, Folio, Gallimard, 1985

FREUD S. Dostojewski und die Vatertötung. *In* : Die Urgestalt der Bruder Karamazov. FÜLOP MILLER R, ECKSTEIN F (eds). R Piper Verlag & Co, München, 1928

FREUD S. Dostojewski und die Vatertötung. Almanach der Psychoanalyse, International Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1930 : 9-30

FREUD S. Dostoïevski et la mise à mort du père. L'Unebévue, Éditions Epel, 1993, 4 (suppl)

GORI R. S'acquitter. *Cliniques méditerranéennes* 1992, **33/34** : 13-35

VALLEUR M. Dépendance, jeu, ordalie. *Dépendances* 1991, **3** : 21-25

VALLEUR M. Les addictions sans drogue et les conduites ordaliques. *L'information psychiatrique* 2005, **81** : 423-428

VALLEUR M, BUCHER C. Le jeu pathologique. Armand Colin, Paris, 2006

De la passion des images à l'addiction : le cas des jeux vidéo

Quand on évoque la « dépendance » aux jeux vidéo, c'est aussitôt le modèle de la dépendance aux toxiques qui vient à l'esprit, qu'il s'agisse de l'alcool, du tabac ou du cannabis. Pourtant, les jeux vidéo imposent aux joueurs une forme de relation bien particulière, dans laquelle la recherche de la signification joue toujours un rôle important. Et c'est d'elle dont il nous faut partir.

Pouvoirs des images

Dans les relations que nous établissons avec elles, les images ont deux types de pouvoirs, celui d'enveloppement et celui de transformation.

Les pouvoirs d'enveloppement des images ont trois aspects complémentaires. Tout d'abord, ils contribuent à constituer chaque image en territoire à explorer qui crée, pour son spectateur, l'illusion de pouvoir le contenir. Cette illusion concerne le narcissisme individuel. Une image est toujours un espace que nous sommes invités à habiter, et, à la limite, un peu une seconde peau. Ensuite, toutes les images ont le pouvoir d'éveiller des expériences émotionnelles et sensorielles avec l'objet qu'elles représentent comme si celui-ci était présent en réalité. Cette illusion, fustigée depuis des siècles par la pensée occidentale comme « fétichiste » ou « idolâtrique », ne correspond certes pas à une réalité physique (il n'est pas question de dire que l'image contienne « en réalité » une partie de ce qu'elle représente), mais à un désir inscrit au cœur de notre rapport à toute image. Ce désir concerne encore le narcissisme, c'est-à-dire les investissements du corps, puisqu'il consiste à penser que l'autre est présent dans son image comme je le suis dans la mienne. Enfin, ce sont les pouvoirs d'enveloppement des images qui contribuent à créer l'illusion qu'une même image matérielle soit perçue de la même manière par tous ses spectateurs, passés, présents et à venir. Autrement dit, l'image ne nous enveloppe pas seul, mais avec l'ensemble de ses autres spectateurs, présents ou potentiels.

Heureusement, les images n'ont pas que ces pouvoirs d'enveloppement, elles ont aussi des pouvoirs de transformation. Ceux-ci, tout comme leurs pouvoirs de contenance, ont plusieurs aspects. Tout d'abord, ils participent à la constitution du symbole. Pour cela, l'image fait glisser le sens d'une représentation première à une représentation seconde qui évoque la première en son

absence. Mais de même que les pouvoirs d'enveloppement des images ne se réduisent pas au désir et à l'illusion d'être « dans l'image », leurs pouvoirs de transformation ne se réduisent pas à la formation du symbole. La lecture d'une image peut provoquer un déplacement, une action ou un changement intérieur de son spectateur. Elle peut également agir sur les images elles-mêmes : toute image suscite d'autres images légèrement différentes (« transformées »), mais proches, avec lesquelles elle puisse entrer en « série ». Le pouvoir de transformation des images est capital. C'est en agissant sur les images que nous cessons d'être dans une relation narcissique à elles. Vous voyez que ce qui nous protège des pouvoirs d'enveloppement des images, c'est finalement leurs pouvoirs de transformation. C'est en transformant les images que nous évitons d'être transformés par elles.

Ces pouvoirs définissent des formes d'attachement aux images indépendantes de leurs contenus.

Espaces virtuels : à mi-chemin entre imaginaire et réel

Pour comprendre comment fonctionne une relation virtuelle, partons de la relation imaginaire qui nous est familière. Elle résulte de notre capacité à pouvoir nous représenter les absents. En même temps, cette capacité est limitée, comme nous le rappelle le dicton bien connu : « Loin des yeux, loin du cœur ». Il veut dire qu'une trop longue séparation laisse s'émousser le souvenir de la présence réelle de telle façon que la rencontre imaginaire est de plus en plus difficile à penser.

C'est pourquoi nous avons volontiers recours à des supports sensoriels pour rendre un semblant de présence à ceux dont nous sommes séparés. Par exemple, nous emportons avec nous un portrait, ou une photographie, de la personne aimée. Avoir un portrait de l'absent favorise la rencontre imaginaire avec lui. Et c'est encore mieux quand on a une lettre de sa main qu'on peut toucher, flairer – le succès des lettres parfumées ! – embrasser, voire utiliser comme support de pratiques érotiques ! Ces supports sont des leurres, nous le savons, mais ils participent puissamment à l'illusion de la rencontre. Du coup, si c'est l'aspect « leurre » que nous privilégions, ces objets s'avèrent évidemment frustrants : ils n'arrivent qu'à nous rendre l'absence charnelle de l'aimé(e) encore plus insupportable. Mais si, c'est leur aspect « rencontre » qui nous retient, ils constituent de puissants moyens pour lutter contre l'angoisse de séparation.

C'est exactement la même chose dans la relation virtuelle : les adjuvants qui rendent l'interlocuteur à la fois présent et absent peuvent engager soit sur le versant de la consolation, soit sur celui de la frustration.

Si c'est la consolation qui l'emporte, nous basculons vers une relation imaginaire nourrie de nos fantasmes. Et là, deux situations peuvent se présenter.

Si nos interlocuteurs dans le virtuel acceptent de jouer les rôles que nous leur donnons, tout va bien. Mais si ce n'est pas le cas, nous avons le pouvoir d'en changer en quelques secondes… ou bien d'accepter la part de réalité que nous impose notre interlocuteur. C'est pourquoi une relation virtuelle est éminemment instable. Elle a constamment tendance à évoluer soit vers une relation imaginaire – où seuls les fantasmes comptent –, soit vers une relation réelle. Dans le premier cas, nous nous immergeons dans un monde de signes et d'images où la réalité finit par être oubliée. Dans le second cas, à l'inverse, nous cherchons à connaître « pour de vrai » les objets et les personnes que les images représentent[53]. Toute situation virtuelle contient en germe – on est tenté de dire « virtuellement » – ces deux tendances opposées[54].

Nous comprenons pourquoi la nouvelle forme de relation créée par les technologies du virtuel passe encore si souvent inaperçue : elle est confondue tantôt avec une relation réelle, et tantôt avec une relation imaginaire, alors qu'elle constitue justement une porte d'entrée vers les deux. Une porte qu'il appartient à chacun de pousser d'un côté ou de l'autre car c'est chacun qui décide !

Cinq raisons (et façons) de jouer

Qu'ils se déroulent dans un monde fantaisiste ou réaliste, les jeux vidéo invitent toujours les joueurs à trouver trois types principaux de satisfaction.

S'enrober d'excitations

De tout temps, les adolescents ont aimé jouer avec des sensations nouvelles et extrêmes. Ils se sont adonnés à des sports périlleux, ont usé de drogues psychotropes et ont flirté avec de nombreuses formes de danger tout en rêvant de diriger des machines imposantes et de changer le cours du monde. Aujourd'hui, les jeux vidéo semblent avoir le pouvoir de permettre tout cela à la fois !

53. Ce flottement, s'il atteint avec le virtuel une importance nouvelle, n'est pourtant pas apparu avec lui. La télévision l'a produit au moment de son apparition. Je me souviens que lorsque j'étais enfant, certaines personnes âgées tenaient à être habillées correctement avant d'inviter le présentateur télévisé chez elles en allumant leur poste ! Ces personnes savaient bien que l'homme de l'écran ne venait pas réellement dans leur salon, mais elles décidaient de faire « comme si ».

54. C'est cette forme nouvelle de relation que ratent Miguel Benassayag et Angélique Del Rey, lorsqu'ils prennent « virtuel » comme synonyme d'imaginaire. BENASSAYAG M, DEL REY A. Plus jamais seul. Le phénomène du portable. Bayard, 2006

Mais l'excitation émotionnelle est souvent inséparable d'un travail de mise en sens : le joueur de jeu vidéo cherche moins un état d'excitation où s'immerger – comme le fait par exemple un danseur en boîte de nuit – qu'un état d'excitation à maîtriser et ordonner en permanence.

L'écran comme miroir d'interaction

Certains joueurs de jeu vidéo sont intarissables sur leur plaisir de voir leurs gestes suivis immédiatement de la réalisation de l'action correspondante par leur « avatar » (ce mot, qui désigne dans la religion hindouiste les diverses incarnations sur terre du dieu Vishnou, sert de terme générique pour les figurines chargées de nous représenter sur nos écrans. L'avatar peut être réduit à une sorte de logo ou enrichi d'un grand nombre de détails personnels, mais, dans tous les cas, il est aussi indispensable pour entrer et interagir dans les espaces virtuels que notre carte bancaire pour retirer de l'argent à un distributeur). Dans un jeu où l'ordinateur propose au joueur d'être dans une équipe, c'est même l'ensemble de celle-ci qui avance à son rythme et qui s'arrête si le joueur laisse son avatar immobile. Cette coïncidence est encore plus forte lorsque les manettes de commande invitent à accomplir des actes dans la réalité, comme c'est le cas avec la console *Wii*[55].

Manipuler et interagir : le petit théâtre des vivants et des morts

Certains joueurs privilégient le jeu avec les figurines de pixels. Ils utilisent alors les espaces virtuels comme des espaces potentiels au sens où Winnicott en parlait[56]. Ces figurines peuvent les représenter eux-mêmes, mais aussi leurs parents, leurs frères ou sœurs, et même parfois des personnages de la saga familiale dont ils ont seulement entendu parler. En plus, chacun engage son avatar dans des aventures uniques et se raconte d'innombrables histoires à son sujet. Autrement dit, la singularité des avatars est moins affaire d'aspect que de narrativité. Les rôles dévolus à un avatar sont en effet pratiquement infinis. Il peut incarner un fragment de soi, bien sûr, mais aussi un personnage qu'on a connu, admiré ou redouté, voire quelqu'un qu'on a imaginé à partir des récits qui l'entourent. Sur Internet, certains promènent de la même manière l'effigie d'un disparu, voire l'incarnation d'une légende familiale…

Mais si l'apparence de notre avatar est une porte ouverte sur notre monde intérieur caché, le parcours que nous lui imposons, et les scénarios que nous imaginons pour nos créatures virtuelles, en sont une autre.

55. En revanche, un casque de captation des influx nerveux (développé par la firme « Emotiv ») risque de s'avérer décevante de ce point de vue.

56. WINNICOTT DW. Jeu et réalité. Gallimard, Paris, 1971

Parfois, cette signification se dévoile au cours d'une psychothérapie. J'ai reçu un jour un jeune homme qui passait ses nuits à piloter un avion de chasse dans la guerre du Pacifique. En fait, ce garçon souffrait d'une relation défaillante à son propre père qui ne s'était jamais occupé de lui… sauf pour l'emmener, une fois par an, au Salon aéronautique du Bourget, assister aux performances des avions militaires ! Ce garçon, au cours de ses escapades virtuelles nocturnes, retrouvait donc le chemin des seuls bons souvenirs qu'il avait avec son père. Il faisait même un peu plus, car tous les autres pilotes de son escadrille étaient des hommes mariés, ayant une vie familiale, à tel point qu'ils s'étaient mis d'accord pour bénéficier d'un jour de repos hebdomadaire ! Le samedi soir, leurs appareils ne décollaient pas pour des combats virtuels. Ils s'occupaient chacun de leur famille, excepté ce jeune homme qui vivait seul, et s'entraînait en solo en rêvant aux retrouvailles du lendemain. Inutile de préciser que le priver de ces parties aurait été catastrophique pour lui, puisqu'il y retrouvait à la fois le souvenir de son propre père, et un contact structurant avec divers pères qui, eux, savaient se rendre disponibles un soir par semaine pour s'occuper de leur progéniture. Là encore, la solution passait par le jeu lui-même. Avant d'imaginer les moyens pour faire en sorte que ce jeune joue moins, il fallait comprendre les raisons de sa passion de plus en plus envahissante, et lui permettre de consolider ses repères paternels dans la relation thérapeutique.

Quatre ressorts de la quête narcissique

Les jeux vidéo organisent aussi un système de gratifications redoutables. Certaines sont comparables à celles qu'on peut trouver dans les jeux d'argent : un geste amène une récompense, par exemple sous la forme de « pièces d'or » virtuelles. Mais d'autres relèvent d'une vie sociale réelle, même si elles se déroulent entre *aficionados*. En fait, c'est l'imbrication de ces deux formes de gratifications qui rend beaucoup d'adeptes rapidement captifs. En pratique, ces gratifications proviennent soit du logiciel lui-même, soit des autres joueurs présents dans le jeu, soit enfin de l'entourage proche, les pairs… et parfois la famille !

Commençons par les gratifications procurées par les logiciels. Si avancer dans un jeu est souvent frustrant, le joueur débutant est en effet accueilli avec beaucoup de sollicitude ! Dans *World of Warcraft*, par exemple, chaque coup d'épée (ou chaque sort) jeté sur un petit rongeur fait clignoter l'inscription : « Votre compétence en armes lourdes (ou en sorcellerie) a augmenté de 2 points ». On comprend qu'un enfant qui s'échine sur des opérations mathématiques en devant attendre le lendemain pour savoir s'il a « juste ou faux » préfère jouer à de tels jeux !

Une seconde source de gratification vient, dans les jeux en réseau, des autres joueurs eux-mêmes. Les parents en but à l'agressivité de leur adolescent n'imaginent pas à quel point leur monstre domestique peut se transformer

dans son jeu, en chevalier altruiste ou en sorcier protecteur ! C'est un étonnement que de découvrir à quel point, dans des jeux en réseau comme *Dark age of Camelots* ou *World of Warcraft*, des inconnus vous viennent en aide et se montrent généreux avec vous. C'est que les aventures menées par chacun lui permettent de découvrir et d'amasser un nombre considérable d'objets dont une infime partie est utilisable par chacun. Vous ne pouvez en effet entrer dans ces jeux qu'en vous choisissant une identité, et celle-ci détermine la classe d'objets qui vous sera utile parmi tous ceux que vous trouverez ensuite. Par exemple, si votre avatar est un sorcier jeteur de sorts, les épées, cuirasses, et autres boucliers que vous trouverez tout au long de votre chemin ne vous serviront à rien. Vous pouvez bien sûr décider de les abandonner en cours de route, mais il est toujours préférable de se faire des amis, et, pour cela, de les donner par exemple à un jeune chevalier débutant à qui elles seront bien utiles. De la même façon, vous pouvez aider une créature moins expérimentée que vous à franchir rapidement les étapes de sa formation en l'aidant à tuer quelques monstres ou en lui faisant cadeau d'objets dont il a besoin pour monter une expédition. Mais n'en déduisons pas trop vite que ces jeux sont des écoles de compassion ! Les règles d'airain de la vraie vie s'y appliquent malheureusement aussi : trahisons et mensonges sont aussi aux rendez-vous du virtuel quotidien !

Enfin, une troisième source de gratifications vient de l'entourage des pairs. Réussir certains jeux difficiles, c'est être assuré de l'estime, voire de l'admiration de ses pairs. Alors que l'enfant qui a de bons résultats scolaires est volontiers traité de « fayot » ou de « lèche-cul » par les autres élèves, celui qui réussit des jeux difficiles suscite l'admiration de tous les autres joueurs. C'est que les élèves ne se vivent pas égaux devant le savoir scolaire car ils comprennent vite que certains d'entre eux bénéficient d'un soutien familial – voire extrascolaire – qui fait défaut à d'autres. En revanche, ils se vivent comme égaux devant les jeux vidéo où personne n'est aidé par ses parents !

Mais une gratification supplémentaire vient parfois de là où on l'attend le moins, la famille.

C'est le cas pour « Capitaine Blood ». Ce garçon de dix-neuf ans est lycéen en terminale, issu d'une famille de cadres supérieurs. Ses parents sont très absorbés par leur vie professionnelle et ne consacrent que peu de temps à leurs deux enfants, Christophe (c'est son nom) et sa sœur âgée de dix-sept ans. Il a été surnommé « Capitaine Blood » par ses camarades, du nom de son avatar dans un jeu en réseau où il passe plusieurs heures par jour. Depuis un an, ses résultats scolaires sont en baisse. Il n'a jamais été un élève brillant, mais il se maintenait jusque-là à la moyenne sans trop se dépenser. Puis son attention au travail a décliné, et ensuite ses résultats. Et chacun se demande dans sa famille, s'il se ressaisira à temps pour le baccalauréat. En outre, Christophe rencontre moins ses copains, sauf un qui passe le voir chaque mercredi après-midi et avec lequel il joue. Enfin, Christophe, qui sort de moins en moins, participe aussi de moins en moins à la vie domestique.

C'est la mère de Christophe qui relate cette situation et vient demander de l'aide. Elle s'inquiète de cette situation. Mais en même temps, elle se dit fière du grade élevé qu'a obtenu son fils dans ce jeu, et de la reconnaissance de ses camarades et autres joueurs : il élabore les stratégies de son groupe, passe des alliances, se comporte en fin stratège... Bref, cette mère s'est intégrée dans le système de gratifications qui désocialisent Christophe. C'est la famille qui a besoin d'être aidée !

Rencontre réelle apprivoisée

Il existe dans les jeux en réseau quatre niveaux successifs dans lesquels les rencontres sont de moins en moins « virtuelles » pour devenir de plus en plus « réelles ». Dans un premier temps, les joueurs entrent en contact entre eux à travers les caractéristiques de leur avatar. Ils se demandent par exemple, comment venir à bout d'un monstre ou d'un ennemi particulièrement redoutable, où trouver une armure ou une potion magique, comment se faire employer par une famille noble… Puis, dans un second temps, les joueurs commencent à parler de leurs problèmes réels en conservant l'identité de leur avatar : par exemple, des adultes jouant avec leur bébé sur les genoux parlent entre eux des réactions de leur enfant qu'ils tiennent devant eux, mais sans cesser pour autant d'être les uns pour les autres « un chevalier », « un sorcier » ou un « page ». Dans un troisième temps, ils peuvent en revanche commencer à évoquer leur identité réelle, leur âge, leur lieu d'habitation, ou leur mode de vie, mais de telle façon que chacun peut encore continuer à tromper les autres sur chacune de ces caractéristiques. Bref, nous ne sommes plus absolument dans le « virtuel » mais pas encore tout à fait dans le « réel » dans un espace qui est une sorte de « réel filtré par le virtuel ». Enfin, dans un quatrième temps, les joueurs peuvent décider de se rencontrer « pour de vrai » le plus souvent dans un café.

Du jeu normal au jeu pathologique

Comme tous les jeux, les jeux vidéo développent des compétences telles que la maîtrise des risques, l'adaptabilité dans un environnement mouvant, la gestion de l'inattendu, le traitement d'informations en parallèle... On y apprend aussi la socialisation et la communication, dans la mesure où, dans les jeux à plusieurs sur Internet, il n'est possible de progresser qu'en établissant des alliances. Les jeux canalisent aussi l'agressivité et permettent de lui donner une orientation vers la ténacité. Ils encouragent à savoir reprendre courage après chaque échec. Enfin, certains jeux fonctionnent comme des rites initiatiques pour des jeunes qui grandissent dans une société où il n'y en a plus. Cela peut éviter le recours à des pratiques initiatiques dans la réalité, avec les effets catastrophiques qui peuvent en résulter. En fait, les jeux vidéo

peuvent constituer le support de bénéfices semblables à tous les autres jeux (Winnicott, 1942). Mais le jeu vidéo peut aussi favoriser l'isolement et la déscolarisation. Il ne correspond plus à la tentative d'organiser des expériences anciennes et d'en vivre de nouvelles. Il n'est plus qu'une façon de tenter d'échapper à des angoisses plus ou moins catastrophiques. Certaines sont liées aux bouleversements propres à l'adolescence, mais la plupart datent de la petite enfance. Car l'ordinateur a le pouvoir de réactiver la relation première qu'un enfant a établie avec son environnement : que ses premières années aient été satisfaisantes, et il pourra profiter pleinement des jeux vidéo. Si au contraire, l'histoire précoce d'un jeune a été marquée par des sentiments de frustration narcissique et d'insécurité, le risque est qu'il tente d'en guérir avec les jeux vidéo, au risque de réduire de plus en plus son monde à son jeu, sans vraiment en tirer de véritable satisfaction, jusqu'à un isolement social qui peut être très grave (Tisseron, 2008).

L'écran peut en effet être utilisé pour tenter d'oublier ce qui fait souffrir. Il peut s'agir de souffrance physique[57], mais le plus souvent de souffrance psychique, notamment une tristesse ou une dépression.

En outre, pour l'enfant déprimé, les jeux vidéo offrent l'avantage de s'adapter à son rythme. La persévérance y compense largement la lenteur : à force de répéter les mêmes épreuves, l'enfant déprimé devient aussi performant que les enfants plus habiles et rapides, mais qui jouent moins. Le problème est que plus l'enfant passe du temps à jouer et plus ses performances scolaires s'effondrent. Et plus son jeu lui apporte des gratifications suffisamment nombreuses pour qu'il ne s'en soucie pas… C'est ainsi qu'un excès d'angoisse peut conduire à un jeu compulsif et répétitif. Le jeu proprement dit s'interrompt alors pour devenir une défense qui évoque la masturbation compulsive ou le refuge dans une rêverie éveillée coupée de tout prolongement réel.

Parfois aussi, le présent pénible que l'enfant cherche à oublier ne concerne pas sa vie psychique intime, mais sa vie familiale : un enfant qui vit l'attitude de ses parents comme intrusive peut ainsi préférer les jeux vidéo à toute autre activité parce qu'il sait que là au moins, ils ne le suivront pas !

Attachement insécurisé

L'enfant construit sa sécurité intérieure sur le modèle de celle qu'il trouve dans son environnement. Si celui-ci ne permet pas que s'établisse cette sécurité, il y a échec du processus normal d'attachement (Bowlby, 1978-1984). Il en résulte l'insécurité, la peur et le sentiment d'abandon.

57. C'est ainsi que des enfants atteints de maladies graves, notamment des tumeurs, pensent moins à leurs douleurs quand on leur permet de jouer à des jeux vidéo. La preuve en est donnée par le fait que l'on peut alors diminuer considérablement leurs doses d'analgésiques !

À l'adolescence, les espaces virtuels peuvent être mis à contribution pour réparer cet échec. Pour certains, il s'agit d'avoir un écran toujours connecté qui les assure de ne jamais se sentir abandonnés. Il s'agit pour le joueur excessif de trouver un partenaire toujours disponible. Un enfant me disait que lorsqu'il avait fini de jouer, la machine l'invitait à jouer encore en lui disant qu'elle était « ouverte ». En fait, cet enfant lisait sur l'écran « *game over* » qui signifie « joue encore » en anglais. Mais lui avait transposé cela dans l'idée que la « mère ordinateur » restait ouverte à toutes ses propositions.

Quelques-uns comparent la barre de téléchargement à un œil qui s'ouvre ou à un visage qui se tourne vers eux pour les regarder. D'autres se créent un avatar immortel qu'ils ne quittent jamais… et qui ne les quitte donc jamais non plus. Le corps réel de ces joueurs finit par perdre toute importance (on assiste à un déni du corps un peu comme dans l'anorexie). Seul compte leur double de pixels qu'ils ne doivent abandonner à aucun prix, jusqu'à s'en laisser dépérir. L'avatar devient seul chargé d'assurer le sentiment de cohérence et de continuité du soi. Cette attitude évoque aussi les défenses maniaques contre ce que Winnicott a appelé l'angoisse de l'effondrement consécutive à une séparation précocement vécue (1974). L'adolescent laisse passer l'heure du repas, s'empêche d'aller aux toilettes, est à la limite de l'effondrement : mais son avatar, lui, ne s'effondre jamais !

Régulation de l'excitation

L'enfant est normalement aidé par son entourage adulte à gérer les stimulations excessives de son environnement. La faim, le froid, le chaud, font l'objet d'actions apaisantes de la part des parents. Mais l'adulte n'est pas seulement celui qui apaise les excitations excessives, il est aussi celui qui en communique, notamment au moment de la toilette. Paul Claude Racamier (1980) décrit la situation où une mère surexcite son bébé sous le nom de « séduction maternelle primaire ».

L'enfant qui a vécu cette forme de relation précoce peut s'engager à l'adolescence dans des interactions d'écran où il cherche à revivre un bombardement d'excitations intenses, visuelles, auditives et tactiles. Il est surexcité comme lorsqu'il était soumis à une mère excessivement excitante, mais, à la différence de ce qui se passait alors, il se rend finalement maître de la situation : il réussit là où, bébé, il a échoué. Et il se soigne parfois ainsi d'une passivité mortifère qu'il avait précocement intériorisée.

L'enfant sous stimulé peut aussi trouver dans l'ordinateur un support de stimulations adaptées à son rythme.

Enfin, les enfants qui ont vécu des traumatismes psychiques précoces – et notamment des situations de maltraitance – vivent souvent à l'adolescence

une ambivalence extrême vis-à-vis de leurs émotions. Ils haïssent et aiment en même temps avec une intensité exceptionnelle leur père, leur mère, leur beau-père ou leur belle-mère. En même temps, ces traumatismes les ont rendus souvent incapables de contenir leurs propres émotions afin de pouvoir les élaborer. De tels adolescents ont une grande difficulté à dire et à exprimer leurs émotions, tout comme à percevoir celles d'autrui. C'est ce que Joyce Mac Dougall a appelé l'alexythymie (1982). Le risque est alors que ces adolescents, qui ne peuvent ni contenir ni gérer leurs émotions, les remplacent par des sensations. Les sensations, en effet, sont toujours éprouvées et elles peuvent en outre être maîtrisées. L'adolescent qui est dans cette situation cherche alors à vivre des sensations de plus en plus extrêmes. Son engagement dans le jeu peut constituer une modalité de défense contre l'angoisse de ne rien éprouver et les sensations qu'il cherche sont un moyen pour lui de tenter de pallier à cette angoisse.

Accordage affectif

L'enfant trouve normalement chez les adultes qui l'entourent un miroir de ses attitudes et de ses comportements. Daniel Stern (1989) a décrit cette situation sous le nom d'accordage affectif. Elle se caractérise par le fait que l'adulte interagit en empathie avec l'enfant en lui servant d'écho et de miroir. Mais l'accordage affectif est moins une forme d'imitation que de transmodalité. Daniel Stern cite par exemple la situation dans laquelle un bébé de neuf mois assis devant sa mère secoue de haut en bas un hochet, et où celle-ci se met à secouer la tête de haut en bas en suivant de près le rythme des mouvements du bras de son fils. Dans cette situation, la modalité d'expression utilisée par la mère – ou, si on préfère, le canal – est différent de celle qu'utilise le nourrisson. Ce qui est imité, ce n'est pas en soi le comportement de l'autre, mais plutôt son état émotionnel, qui se trouve traduit dans une autre modalité sensorielle. Un enfant qui n'a pas trouvé dans son environnement un accordage affectif suffisant peut tenter, à l'adolescence, de le construire par ordinateur interposé. Il se tourne alors vers celui-ci comme vers un espace qui lui procure un miroir de ses gestes, mais aussi de ses pensées et émotions. Il y cherche un miroir d'approbation. Il appuie par exemple de façon répétitive sur une touche, et le personnage qu'il anime bondit en rythme, ou bien il tire avec une arme bruyante de telle façon que le « bam-bam » des coups de feu correspond au mouvement de son doigt ou de sa main. Daniel Stern insiste sur le fait que la qualité d'un accordage contribue au sentiment de trouver un objet « nourrissant » susceptible de maintenir la vie psychique en organisant la résonance d'états affectifs.

Un enfant qui n'a pas trouvé dans son environnement un accordage affectif suffisant va éventuellement tenter, à l'adolescence, de le construire par ordinateur interposé. Il se tourne alors vers celui-ci comme vers un

espace qui lui procure un miroir de ses gestes, mais aussi de ses pensées et émotions[58].

À la poursuite de l'idéal

L'enfant reçoit normalement des adultes des réponses qui lui permettent de se construire une estime de soi adaptée. Mais lorsque l'environnement précoce n'a pas joué ce rôle – et notamment lorsqu'il a dévié les réussites de l'enfant pour soigner ses propres préoccupations dépressives – l'enfant reste fixé à des formes inadaptées du narcissisme.

À l'adolescence, il peut être tenté de donner forme à ces figures. Il utilise les espaces virtuels pour cultiver ce que Kohut[59] appelle « un Soi grandiose idéalisé ». Il consacre par exemple toute son énergie à se fabriquer un avatar qui possède des armes et des vêtements exceptionnels qui le font remarquer et admirer. Il cultive une forme de représentation de lui-même sans rapport avec la réalité. Et le fossé se creuse progressivement entre la représentation de ses propres capacités dans le réel et cette image idéalisée de lui dans le virtuel.

Une autre forme pathologique de narcissisme à l'œuvre dans les jeux vidéo consiste dans ce que Heinz Kohut appelle le transfert idéalisant : le joueur crédite d'autres joueurs de pouvoirs extraordinaires. Il imagine notamment que ceux qui ont atteint un grade élevé sont des personnes respectables dont le statut est enviable qui peuvent en outre lui donner de bons conseils dans sa vie réelle. Le problème est que la plupart des joueurs qui atteignent des grades élevés dans les jeux vidéo en réseau sont des… chômeurs de longue durée ! En effet, comment pouvoir jouer de trois heures de l'après-midi à quatre heures du matin sans être dans cette situation là ? Car le joueur performant passe son après-midi à s'entraîner seul avant de jouer avec son équipe à partir de minuit… et de dormir à l'aube. Mais trop d'adolescents l'ignorent et s'engagent dans un transfert idéalisant des joueurs les plus performants qu'ils peuvent croiser dans leurs parties ou dont ils ont seulement entendu parler.

58. La nouvelle console de jeu « Wii » pousse beaucoup plus loin que d'autres cette correspondance en prenant en compte à la fois l'intensité, le rythme et la forme des comportements du joueur : par exemple, en bougeant les mains d'une certaine façon et à une certaine vitesse, le joueur anime une créature sur l'écran qui court selon le même rythme.

59. KOHUT H. Le Soi. PUF, Paris, 1974

Risque de l'addiction et sa prise en charge

Nous voyons mieux maintenant la difficulté qu'il y a à parler « d'addiction » face à une fréquentation excessive des espaces virtuels. Les diverses situations que nous avons successivement évoquées ont en effet des significations et des conséquences bien différentes.

Tout d'abord, la capacité d'utiliser les mondes virtuels pour se construire un espace potentiel concerne des personnalités structurées. À travers la mise en scène de leur monde intérieur, elles parviennent d'ailleurs parfois à se guérir de difficultés passagères. C'est ainsi que la crise de l'adolescence est parfois surmontée grâce aux jeux vidéo : la possibilité d'y réaliser un théâtre de son monde intérieur et familial constitue pour beaucoup un puissant levier autothérapeutique. Une telle attitude n'a rien de comparable avec l'addiction à une substance toxique dans la mesure où c'est la mise en sens qui en est le moteur. Ainsi s'explique que la plupart des adolescents sont des joueurs excessifs pendant quelques mois ou quelques années, avant de se séparer totalement de cette activité. Ce serait les stigmatiser bien inutilement, et leur faire le plus grand mal, que de les qualifier d'addicts !

La posture dans laquelle l'écran est utilisé pour renforcer l'estime de soi est une fausse addiction : la preuve en est que certains adolescents en situation de garde alternée entre leur père et leur mère peuvent faire alterner des semaines où ils jouent sans discontinuer et d'autres où ils ne jouent pas du tout selon la relation qu'ils ont avec le parent qui les garde.

La posture dans laquelle l'écran est constitué en partenaire d'attachement ou en miroir d'interactions, est proche de ce qu'on appelle traditionnellement « addiction ». La souffrance narcissique y est centrale. Pourtant, la quête de sens y est importante, même si elle ne joue pas le rôle majeur qu'elle prend lorsque l'usager est capable de mettre les mondes virtuels au service de la création d'un espace potentiel personnel. La preuve en est que le joueur qui tente de faire de son écran un miroir de ses éprouvés cherche à deviner les intentions de son vis-à-vis, qu'il s'agisse de l'ordinateur envisagé comme un partenaire ou d'un autre joueur en réseau.

La quête de l'excitation est également très proche des conduites addictives traditionnelles usant de substances toxiques. Le joueur n'est pas engagé dans une mise en scène de son monde intérieur, comme c'est le cas lorsqu'il transforme les mondes virtuels en autant d'espaces potentiels. Il ne cherche pas non plus un écho narcissique, comme lorsqu'il se rend sensible à la merveilleuse interactivité des ordinateurs. Il se rend totalement dépendant d'une source d'excitation qui lui est extérieure, mais qui a le pouvoir de générer en lui des états extrêmes et sans équivalent dans sa vie quotidienne. Et il prétend à qui veut l'entendre en rester le maître, dans l'illusion du pouvoir d'abandonner à sa guise le levier qui lui dispense son plaisir.

Pourtant, là aussi, le rapprochement avec les addictions aux substances toxiques est artificiel. Cette posture est en effet rarement pure : il s'y mêle souvent des éléments liés aux deux premières, la construction d'un espace potentiel et la recherche d'un miroir[60]. Et c'est d'autant plus important de le savoir que c'est justement là que peut s'appuyer un éventuel thérapeute.

D'abord, soyons clair : les joueurs capables d'utiliser les mondes virtuels comme des espaces potentiels n'ont généralement pas besoin de thérapie. Même s'il leur arrive parfois de jouer beaucoup, ils s'en sortent très bien tout seuls. Ceux qui font de leur écran un miroir d'interactions nécessitent une prise en charge particulière : il faut tenter de se proposer soi-même dans ce rôle, sans hésiter à mettre en jeu ses mimiques et son corps en réponse aux mimiques et au corps du patient ! C'est le meilleur moyen de l'inviter à créer avec soi l'espace potentiel qu'il n'arrive pas à constituer dans son rapport à son jeu. Enfin, quand on a affaire à un joueur en quête d'excitation, il faut tenter de faire évoluer la relation vers un miroir d'interactions dans le vis-à-vis de la relation, bien que ce soit souvent plus difficile.

C'est avec ces personnalités qu'il peut être utile de proposer au patient de jouer à son jeu habituel pendant une tranche de temps de sa thérapie. Parfois, il est en effet impossible d'établir une situation propice à la thérapie avec de tels joueurs si on n'utilise pas ce moyen. C'est seulement ensuite que le dialogue peut s'établir avec eux, à partir de ce qu'ils ont mis en scène à leur insu, tout occupés qu'ils étaient à susciter et gérer des excitations. En clinique, l'utilisation d'un tel procédé s'appelle une « médiation thérapeutique ». La clé de son efficacité se trouve dans la forme particulière de transfert que cette technique mobilise : le fragment de partie joué pendant la séance prend peu à peu le statut d'espace potentiel, et cet espace se trouve ensuite, au fil des rencontres et des interactions avec le thérapeute, déplacé vers celui-ci. Une vraie relation peut alors se nouer, qui permet de travailler dans la relation au thérapeute ce qui était jusque-là cantonné à une relation muette à l'écran.

Enfin, dans certains cas de grande dépendance, la création de groupes thérapeutiques réunissant plusieurs joueurs peut s'avérer un excellent moyen. Chacun trouve en effet plus facilement à constituer un miroir d'interactions avec un autre joueur auquel il peut s'identifier qu'avec un thérapeute !

Disons encore que la tâche des thérapeutes de ces nouveaux malades du virtuel est ardue. Ils ont à comprendre chaque fois la place que joue la relation privilégiée à l'ordinateur comme moyen de tenter de guérir une relation précocement – ou tardivement ! – perturbée au monde. À condition

60. Pour un approfondissement de ces trois façons de jouer, auxquelles s'ajoute la recherche de contacts réels dans les jeux en réseau, on peut consulter : Tisseron S. (sous la direction de). L'enfant au risque du virtuel. Dunod, Paris, 2007

toutefois de savoir éviter les poncifs de la mère « narcissique » ou « déprimée », qui aurait été incapable de constituer un miroir satisfaisant pour son enfant, le poussant ainsi à son engagement vers les miroirs d'écran. Cessons de culpabiliser les mères dans ce domaine comme dans d'autres ! Car bien des événements interviennent dans cette première relation, dont la mère n'est pas responsable, à commencer par les prises en charge par les nourrices et les crèches, mais aussi les éventuels déménagements multiples souvent subis par les familles, voire les décès des proches. Les troubles de la petite enfance peuvent provenir de parents peu disponibles, mais aussi d'expériences personnelles tragiques comme une rupture, une maltraitance, un deuil ou une humiliation, voire de catastrophes vécues par les générations précédentes qui ont porté leur ombre sur le développement de l'enfant. Dans tous les cas, le thérapeute doit réapprendre à ces prisonniers du virtuel le goût de l'engagement corporel et celui de la sublimation. Cela ne peut se faire qu'en encourageant l'enfant, puis l'adolescent, dans la création de son propre discours, de ses propres images, de ses propres mises en scène.

Quelle prévention ?

Cette distinction entre quatre centres d'intérêts différents de la part du joueur permet enfin d'établir les bases d'une prévention cohérente. Que doivent faire les parents et les pédagogues ? D'après ce qui précède, la réponse est assez simple : permettre d'éviter aux enfants de devenir des joueurs piégés dans l'excitation, et leur permettre le plus possible d'être des joueurs socialisés.

La prévention pourra être mise en place dans trois directions complémentaires.

Mise en place d'informations dans les écoles

Celle-ci pourra être réalisée par des associations de joueurs comme cela a été mis en place en Suisse avec *Swissgamers network*. Cette information permettra aux intervenants de bien maîtriser le vocabulaire et les questions des joueurs. Il permettra de les mettre en garde contre les risques des jeux vidéo et surtout d'insister sur le fait que le jeu vidéo soit une activité bien plus intéressante quand elle est partagée : le plaisir à échanger les astuces de jeux, à parler des émotions qu'on y éprouve et à raconter ses stratégies est un excellent moyen de lutter contre le risque de marginalisation dans les jeux vidéo. La socialisation à travers les jeux vidéo est la meilleure manière de lutter contre les dangers de désocialisation dans les jeux vidéo.

Établissement d'un « numéro vert »

L'établissement d'un « numéro vert » permettra aux joueurs de trouver des interlocuteurs pour évoquer leur solitude, leurs difficultés, leur souffrance et leurs questions. Là encore, comme pour les interventions dans les écoles, il est important que ce service soit assuré par des gens qui connaissent ces problèmes : l'association OMNSH (Observatoire des mondes numériques en sciences humaines[61]) pourrait jouer ce rôle.

Mise en place d'activités

Enfin, il est urgent de réfléchir à la mise en place d'activités qui donnent le goût du corps et du sens qu'il prend dans les relations sociales. Il est capital, de ce point de vue, de prévoir la mise en place, dès les écoles maternelles, d'activités de jeux de rôles. Celles-ci peuvent se faire à partir des contes racontés aux tout-petits, mais il serait également essentiel d'en organiser à partir des images qu'ils peuvent voir et qui les interrogent ou les malmènent.

En conclusion, rappelons que c'est parce que le joueur est constamment frustré dans ses attentes et ses aspirations qu'il joue et rejoue encore, au risque de s'engager dans des parties qui le marginalisent de plus en plus. Rompre ce cercle de la frustration ne peut se faire qu'en lui opposant une gratification sociale. Il n'y a pas d'autre issue au risque de marginalisation dans les jeux vidéo que celle d'une socialisation à partir des jeux vidéo.

C'est heureusement quelque chose que l'enfant fait le plus souvent spontanément. Quand il n'y parvient pas, c'est le rôle des parents et des pédagogues de l'y aider.

Serge Tisseron
Laboratoire de psychopathologiedes atteintes somatiques et identitaires
Université Paris XI, Nanterre

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM N, TOROK M. L'Écorce et le Noyau, Flammarion, Paris, 1978

BERGERET J. La violence fondamentale, Dunod, Paris, 1984

61. Adresse du site Internet : http://omnsh.org/

BOWLBY J. Attachement et perte. PUF, Paris, 1978-1984 (3 tomes)

KOHUT H. Le Soi. PUF, Paris, 1974

MAC DOUGALL J. Théâtre du Je. Gallimard, Paris, 1982

MAUSS M. Les techniques du corps. (1936) 1re version, Journal de Psychologie N°32, Sociologie et anthropologie, PUF, Paris, 1950

MILNER M. Rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Revue Française de Psychanalyse 1977, 5-6

PRAGIER G, PRAGIER SF. Au-delà du principe de réalité, le virtuel. Revue Française de Psychanalyse 2003, **1** : 63-84

ROUSSILLON R. La métapsychologie des processus de transitionnalité. Revue Française de Psychanalyse 1995, **5** : 1375-1519

STERN DN. Le Monde interpersonnel du nourrisson, une perspective psychanalytique et développementale. PUF, Paris, 1989

TISSERON S. Psychanalyse de l'image, des premiers traits au virtuel. Dunod, Paris, 1995

TISSERON S. Comment l'esprit vient aux objets. Aubier, Paris, 1999

TISSERON S. Comment Hitchcock m'a guéri. Albin Michel, Paris, 2003

TURKLE S. Life on the screen: Identity in the Age of the Internet. Simon and Schuster, New York, 1995

WINNICOTT DW. Pourquoi les enfants jouent-ils ? L'enfant et le monde extérieur. Payot, Paris, 1942, 1997

WINNICOTT DW. Jeu et réalité. Gallimard, Paris, 1971

WINNICOTT DW. La crainte de l'effondrement. Nouvelle revue de Psychanalyse, Gallimard, Paris, 1974, 1975 : 35-44

Dispositifs spécialisés et pratiques émergentes en Suisse[62]

Cette communication se déroule en sept points :
• un bref retour sur le contexte politique et législatif helvétique en matière de jeux d'argent et de hasard ;
• un aperçu des données épidémiologiques relatives aux comportements de jeux en Suisse ;
• une description des dispositifs spécialisés d'aide ;
• un aperçu du dispositif spécialisé de prévention ;
• un aperçu du dispositif de formation ;
• une discussion des enjeux de la recherche biomédicale dans le champ des jeux de hasard et d'argent dans le contexte romand et suisse ;
• l'exposé se termine par les questionnements actuels et les perspectives pour le dispositif suisse spécialisé.

Contexte politique et législatif suisse des jeux d'argent

Pour comprendre les spécificités du dispositif législatif suisse en matière de jeux d'argent, il faut rappeler quelques particularités du système politique helvétique ; il s'agit également de mettre ce dispositif en perspective avec les expériences politiques acquises dans le champ des politiques publiques de dépendances, et notamment de la politique fédérale de réduction des risques, dites des quatre piliers.

Particularités du système politique helvétique

La Suisse est une fédération constituée de 26 cantons qui sont autant d'États autonomes disposant de leur propre pouvoir exécutif et législatif, de leur propre système de santé. De plus, la Suisse est constituée de trois régions linguistiques, avec des différences culturelles sensibles sur des questions sociétales comme les jeux d'argent ou plus généralement les questions liées aux dépendances.

62. Présentation orale transcrite avec la collaboration de Madame Antonella Luongo (Centre du jeu excessif, Lausanne), et de Madame Elisabeth Alimi (Centre d'expertise collective, Inserm, Paris)

Politique fédérale de santé pour les problèmes de dépendance : modèle dit des « quatre piliers » et modèle dit « du cube » (en allemand « *würfellmodell* »)

Depuis 12 ans, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en charge de la question définit sa politique relative à la drogue par quatre piliers de la manière suivante :

• le pilier « prévention » contribue à la réduction de la consommation de substances psycho-actives en évitant que les gens ne se mettent à en consommer et ne développent une dépendance ;

• le pilier « thérapie » contribue à la réduction de la consommation de drogues en permettant de sortir d'une dépendance ou à en préserver la possibilité. Il contribue en outre à la promotion de l'intégration sociale et de la santé des personnes traitées ;

• le pilier « réduction des risques » contribue à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur les usagers et – indirectement – sur la société en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux ;

• le pilier « régulation du marché » (anciennement nommé pilier « répression ») contribue, par des mesures de régulation ou d'interdiction, à tenter de contrôler l'offre et la demande de substances psycho-actives (Office fédéral de la santé publique, 2005 ; Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006- 2011, Bern).

Le modèle dit « du cube » place le concept de réduction des risques au centre de la politique de santé publique. Ce modèle tend progressivement à s'imposer pour l'ensemble des questions liées aux dépendances. En 2006, les Commissions fédérales drogues, alcool et tabac se sont constituées en groupe de travail qui a aboutit au rapport psychoaktiv.ch[63]. Le groupe de travail a proposé de faire évoluer la politique des « quatre piliers » vers une représentation tridimensionnelle, d'où l'appellation de modèle « du cube », traduction non littérale de « *Würfellmodell* » (littéralement modèle du dé).

Trois catégories de consommations sont définies selon ce modèle (figure 1) :

• consommation peu ou pas problématique : consommation occasionnelle ou à faible dose contrôlée par l'individu ;

• consommation problématique : ce comportement de consommation inclut, d'une part, l'usage à risque et, de l'autre, l'usage nocif. Dans le premier cas, les problèmes sont latents, alors que le second se traduit par des problèmes physiques, psychiques ou sociaux concrets ;

63. Rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) « psychoaktiv.ch ». Accessible sur le site Internet : http://www.psychoaktiv.ch/m/mandanten/187/download/Psychoaktiv_Rapport2005_f.pdf

• dépendance : consommation présentant les caractéristiques les plus graves comme celles, typiques, de la tolérance et du sevrage. L'individu perd le contrôle de sa consommation bien qu'il soit conscient des problèmes qu'elle engendre.

La question d'intégrer par la suite les addictions sans substance à ce modèle dit « du cube » reste ouverte.

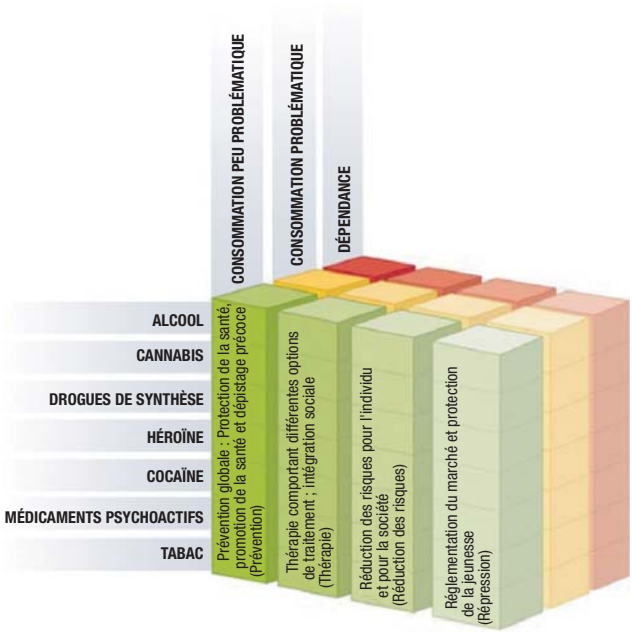


Figure 1 : Modèle dit « du cube »

Réseau addictologique spécialisé en Suisse romande

Chacun des deux hôpitaux universitaires de Lausanne et Genève disposent de services addictologiques différenciés, drogue-alcool-tabac et jeu. Dans chaque ville moyenne, sont implantées des consultations et antennes spécialisées et dans chaque canton se trouvent de nombreuses structures socio-éducatives spécialisées alcool-drogues (ateliers, foyers, post-cures). En matière d'addictologie en Suisse, la médecine de premier recours occupe une place historique. Il faut rappeler, en effet, que les médecins généralistes ont été les pionniers de la prescription de traitements de substitution par la méthadone, depuis la fin des années 1970. Aujourd'hui, les médecins de premier recours demeurent très largement les premiers prescripteurs en nombre de traitements de substitution, largement devant les services et consultations spécialisées.

De nombreuses associations professionnelles et interprofessionnelles font le lien entre les différents intervenants et les différents cantons : notamment le GREA (Groupement romand d'étude des addictions), la FORDD (Fédération des organismes romands de formation dans le domaine des dépendances), la SSAM (Société suisse de la médecine de l'addiction), CoRoMa (Collège romand de médecine de l'addiction). De plus, à l'intérieur de chaque canton, diverses associations regroupent les professionnels dans le domaine du traitement et de la prévention des addictions.

Place du jeu excessif au sein de la politique suisse en matière de dépendances

En 2004, l'Office fédéral de la santé publique, via un rapport intitulé « Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse »[64] a remis en question la définition des priorités en matière de dépendances. Ce rapport considère, d'un côté, le nombre de personnes touchées et, de l'autre, l'acuité des difficultés que provoque le comportement. Ses conclusions sont les suivantes :

- parmi toutes les dépendances, celles qui devraient retenir en premier l'attention de l'État sont le tabac et l'alcool. Ces deux substances sont celles qui engendrent le plus de souffrances et le plus de coûts pour la société ;
- en seconde priorité, l'État devrait s'occuper des problèmes liés à l'héroïne, au cannabis et aux médicaments. Au même niveau, il doit placer des comportements, comme l'adiposité (obésité), la dépendance au jeu et les achats compulsifs ;
- les autres formes de dépendances sont données comme d'importance moindre.

Le tableau I illustre la redéfinition des priorités de santé publique proposée par le rapport.

64. Rapport Spinatsch/OFSP 2004. Accessible sur Internet : http://www.bag.admin.ch/shop/00010/00089/index.html?lang=fr Office fédéral de la statistique. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html

Tableau I : Définition des priorités de santé publique (d'après Office fédéral de la santé publique, 2004)

	Acuité du problème		
Nombre d'individus concernés	Élevée	Moyenne	Faible
400 000 – >1 million		Consommation de tabac	Adiposité
100 000 – 270 000	Abus d'alcool	Dépendance à l'achat Abus de médicaments Dépendance au travail	Consommation de cannabis
20 000 – 45 000	Consommation d'héroïne	Dépendance au jeu	Dépendance à Internet
Moins de 10 000		Consommation de cocaïne Anorexie Boulimie	Consommation d'ecstasy

Nécessité d'agir du point de vue des professionnels : Élevée Faible Moyenne

Législation suisse en matière de jeu d'argent

Les bouleversements de la politique des jeux en Suisse font suite au vote populaire de 1993 se prononçant à une large majorité pour une libéralisation du marché des jeux de hasard et d'argent de type casinos. Le but affiché était de combler les déficits des caisses de pensions. La législation suisse en matière de jeux d'argent possède la particularité de légiférer très différemment les maisons de jeu, relevant d'une loi donnant compétence à la confédération, d'une part, et, d'autre part, les loteries et paris professionnels (loteries, paris sportifs et paris mutuels), qui relèvent d'une loi spécifique datant des années 1920, donnant compétences aux cantons.

Législation sur les jeux de hasard et d'argent : casinos

La loi fédérale relative aux jeux de hasard et d'argent, dites « Loi sur les maisons de jeux » (LMJ) a été établie en 1998. Elle vise à assurer une exploitation des jeux sûre et transparente, empêcher la criminalité et le blanchiment d'argent et à prévenir les conséquences socialement dommageables du jeu. L'article 14 al.2 décrète que « Dans le programme de mesures sociales, l'exploitant définit les mesures qu'il entend prendre pour prévenir les conséquences socialement dommageables du jeu ou y remédier ».

L'Ordonnance sur les jeux de hasard et d'argent et les maisons de jeu (OLMJ) (2000), dans son article 37 al.2, stipule : « La maison de jeu collabore avec un centre de prévention des dépendances et avec un établissement thérapeutique pour la mise en œuvre du programme de mesures sociales (…) ».

C'est la Commission fédérale des maisons de jeu (CFMJ)[65] rattachée au Département justice/police qui est l'organe de surveillance.

Législation sur les jeux de hasard et d'argent : loteries et paris

L'ancienne Loi sur les loteries et paris (LLP, 1923) a été tout récemment complétée d'une Convention intercantonale (2006), qui « règle la surveillance de même que l'autorisation et l'affectation des bénéfices de loteries et paris exploités sur le plan intercantonal ou sur l'ensemble de la Suisse ».

Dans son article 18, elle établit une taxe sur la dépendance au jeu. « Les entreprises de loteries et paris versent aux cantons une taxe de 0,5 % du revenu brut des jeux (RBJ) réalisé par les différents jeux sur leurs territoires cantonaux. Les cantons s'engagent à utiliser ces taxes pour la prévention et la lutte contre la dépendance au jeu. Ils peuvent collaborer entre eux à cet effet ».

La surveillance est du ressort des ministères de l'économie des cantons, et d'une commission intercantonale des loteries et paris.

Législation relative aux jeux *on-line*

La loi fédérale sur les Maisons de jeux du 18 décembre 1998 interdit, dans son article 5, « l'utilisation d'un réseau de communication électronique tel qu'Internet pour l'exploitation de jeux de hasard ». Des dispositions pénales spécifiques ont été prévues à cet égard.

Pratiquement, celui qui, en Suisse, produit un logiciel de jeux de hasard, le vend ou le rend accessible depuis ce pays, exploite un serveur destiné aux jeux de hasard, opère des transactions financières en rapport avec un cybercasino, fait de la publicité pour un cybercasino ou gère et/ou finance un cybercasino est passible de poursuites.

Le fait de s'adonner, en tant que client, à des jeux d'argent *on-line* situés *offshore* n'est pas en soi réprimé.

Du point de vue des jeux de loterie, il est en revanche possible en Suisse de vendre des tickets de loterie *on-line* via les monopoles d'État sur ce type de jeu.

65. Site Internet de la Commission fédérale des maisons de jeu : http://www.esbk.admin.ch/esbk/fr/home.html

Offre de jeu en Suisse et évolution du revenu brut des jeux

Il y a actuellement 19 casinos implantés en Suisse qui exploitent un total d'environ 250 tables et un peu plus de 3 000 machines à sous. Exploités uniquement en Suisse romande, on trouve environ 700 appareils distributeurs de loteries électroniques, appelés Tactilo, répartis par paires dans 350 cafés, en plus des offres de loteries et paris traditionnels. En avril 2005, les machines à sous qui étaient exploitées dans certains cantons en dehors des casinos ont été interdites au profit de jeux dits d'« adresse », qui sont en fait des jeux de hasard et d'argent comportant une phase d'adresse.

Le revenu brut des jeux (qui est la différence entre les mises des joueurs et les gains distribués) en Suisse romande a augmenté de plus de 630 % de 1995 à 2005 (Rapport du GREA, 2005) (figure 2). La dépense par habitant était de l'ordre de 400 € en 2003 (à comparer avec 421,8 € en France selon les données 2002).

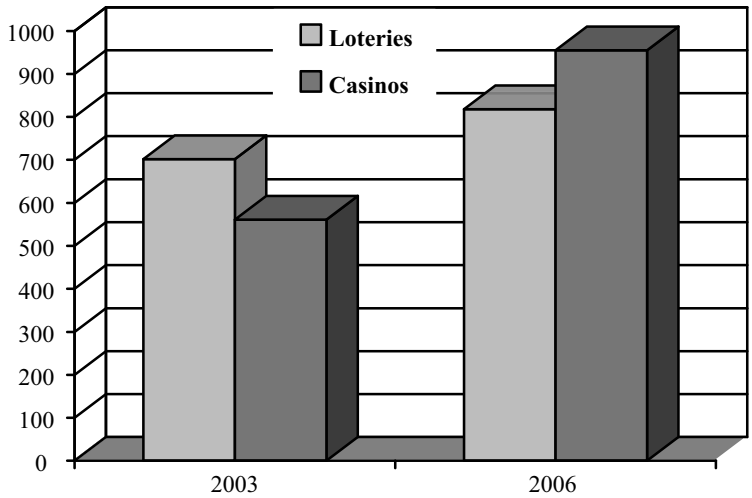


Figure 2 : Revenus bruts des jeux en millions de CHF (données Swislos, Loterie romande et CFMJ)

Données épidémiologiques suisses

Avec 19 casinos situés sur le territoire suisse, on se situe dans la fourchette haute en termes de densités de casino par habitant, en comparaison internationale. La densité la plus élevée est observée dans la région lémanique, due à la concurrence avec les casinos situés sur le territoire français, ceux-ci captant la clientèle suisse, avant la loi permettant d'ouvrir des casinos sur le

territoire helvétique (1998). Les loteries subissent une forte concurrence des casinos. Elles développent de nouvelles offres, notamment sous forme de distributeurs de loteries électroniques (DLE). Le revenu des loteries suit ces dernières années une progression, parallèle à celle des casinos (figure 2).

Au niveau international, les valeurs moyennes de prévalence du jeu pathologique se situent entre 0,5 et 2 % (figure 3). Contrairement à ce qui est parfois avancé, il n'existe pas de corrélation claire entre la prévalence et l'offre de jeux de hasard et d'argent, selon les pays et la plus ou moins grande accessibilité de l'offre.

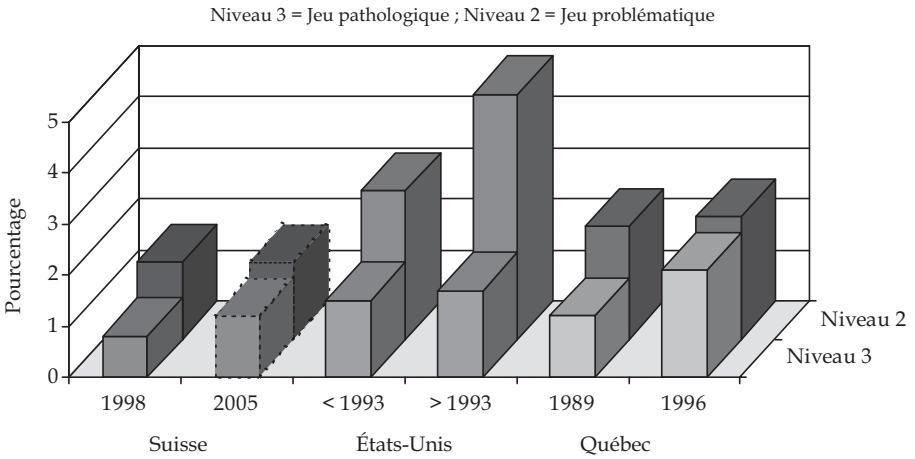


Figure 3 : Prévalence-vie entière des troubles liés aux jeux d'argent en population générale pour la Suisse, les États-Unis et le Québec (Petry, 2005 ; d'après Bondolfi et coll. (2000, et 2008) pour la Suisse ; d'après la méta-analyse Shaeffer et coll. (1999) pour les États-Unis ; d'après Ladouceur et coll. (1999), pour le Québec)

D'après l'enquête réalisée par Osiek et Bondolfi en 2005 sur un échantillon de 2 803 individus âgés de plus de 18 ans (Bondolfi et coll., 2008), la prévalence sur la vie entière pour le jeu pathologique était de 1,1 % (SOGS[66] 5 critères et plus, ou niveau 3), et de 2,1 % pour le jeu problématique (SOGS 3 et 4 critères, ou niveau 2), soit des valeurs similaires à celles observées en 1998 (figure 3 et tableau II). La prévalence à 12 mois en Suisse ne montre pas non plus de différences significatives entre 1998 et 2005, 0,24 % de joueurs pathologiques probables en 1998 et 0, 46 % en 2005.

66. *South Oaks Gambling Screen*

Les variables analysées : sexe, état civil, temps de travail, niveau de scolarité, « joue de l'argent avant 21 ans » ne montrent pas de différences significatives entre 1998 et 2005 (tableau II).

Tableau II : Caractéristiques des joueurs au sein de l'échantillon de l'enquête épidémiologique suisse de 2005. Résultats pondérés sur 12 mois (d'après Bondolfi et coll., 2008)

	Total 1998 (%)	Jpat+Jpb (%)	p	Total 2005 (%)	Jpat+Jpb (%)	p
Proportion d'hommes	48	66	ns	47	70	s
Mariés	56	44	ns	53	42	ns
Emploi plein temps	52	76	s	65	80	ns
Niveau scolarité Bac	32	20	ns	43	24	s
Joue de l'argent avant 21 ans	67	85	s	66	70	ns

Jpat+Jpb : Joueur pathologique + joueur problématique ; ns : Non significatif ; s : Significatif

Une comparaison avec la consommation d'alcool avait révélé en 1998 une forte relation entre le fait d'être joueur problématique ou pathologique et le fait de présenter une consommation problématique d'alcool. En 2005, cette relation n'a pas été retrouvée.

Évolution des consultations

La tendance est à l'augmentation du nombre de consultations. D'après le rapport Bass (Künzi et coll., 2004), le nombre réel de personnes ayant consulté ou suivi un traitement pour un problème lié au jeu est estimé entre 1 000 et 1 500 consultations en 2003 (figure 4). Le pourcentage de consultants pour des problèmes liés au jeu aurait quadruplé entre 1998 et 2003. Plus l'offre de jeux de hasard et d'argent dans une région est grande et plus le nombre de consultations serait élevé, selon cette enquête, réalisée toutefois sur un échantillon présentant un fort biais de recrutement. Les consultations se répartissent entre les joueurs et leurs proches. En 2003, pour environ 600 consultations de joueurs, il y avait un peu plus de 100 consultations de proches.

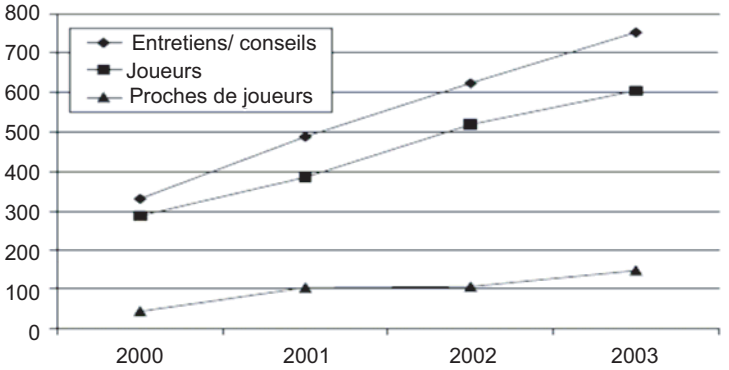


Figure 4 : Nombre de consultations liées au jeu durant la période 2000-2003 en Suisse (N=220 institutions) (Rapport Bass, 2004)

Profil des demandeurs d'aide

Dans ses statistiques d'activité, le Centre du jeu excessif[67] (CJE) à Lausanne a observé le profil suivant auprès de ses demandeurs d'aide (CJE, période 2002-2007 ; N=270 joueurs) :

• prédominance masculine, sujets jeunes, co-addictions ;
• parmi les 1 à 5 % des joueurs pathologiques qui consultent, il s'agit de joueurs de machines à sous et loteries électroniques dans plus de 80 % des cas ;
• jeu pathologique évoluant depuis 5 ans en moyenne ;
• les motifs de consultation financiers ou familiaux viennent au premier plan (plus de 50 % ont une dette médiane d'environ 50 000 CHF, soit environ 30 000 Euros) ;
• les motifs professionnels et/ou d'ordre judiciaire sont avancés dans un petit nombre de situations (<15 %) ;
• dans 2/3 des cas, aux problèmes de jeu sont associées des comorbidités psychiatriques ;
• au moins 13 % des patients qui consultent ont commis une ou plusieurs tentatives de suicide et pour 50 % d'entre eux la raison avancée était liée au problème de jeu. D'autre part, les idées suicidaires sont retrouvées chez environ un quart des patients qui consultent.

Groupes à risques

Diverses enquêtes ont été réalisées dans des populations vulnérables (patients hospitalisés, patients dépendant des substances, population carcé-

67. Site Internet du Centre du jeu excessif de Lausanne : http://www.jeu-excessif.ch

rales…). Les données préliminaires dans le contexte suisse vont dans le même sens que celles rapportées par les enquêtes qui ont été publiées au niveau international, avec un risque relatif de l'ordre de trois à dix, par rapport à la population générale.

Données épidémiologiques relatives aux coûts sociaux

Les diverses offres de jeux de hasard et d'argent occasionnent des coûts sociaux directs évalués en 2003 à 100 millions de CHF, les coûts administratifs de la réglementation représentant 6 % de ces coûts. La plus grande part revient aux pertes consécutives au non remboursement de dettes de jeu, 70 millions de CHF. Les coûts restant sont ceux du chômage (17,5 millions de CHF soit 19 %), des traitements (2,7 millions de CHF) et les coûts des procédures devant les tribunaux (2,4 millions de CHF) (Rapport Bass, 2004).

Quelques priorités en matière de recherche épidémiologique

Aucune des données épidémiologiques obtenues en population générale ne permet à ce jour d'établir de manière fiable les comorbidités effectives entre le jeu excessif et d'autres problématiques addictives ou psychiatriques.

Il n'existe également pas encore d'études sérieuses relatives aux coûts sociaux générés par le jeu excessif, mais il a été montré que pour une personne présentant un diagnostic de jeu excessif, au moins une dizaine de personnes en moyenne étaient affectées dans l'entourage.

L'étude des comportements des joueurs directement sur les lieux de jeu reste très peu abordée, ce qui s'explique en partie par le peu d'empressement des industries concernées à collaborer à de telles études. En particulier, la contribution exacte des joueurs excessifs dans les recettes de l'industrie du jeu n'est pas étudiée, même si les rares données disponibles suggèrent des proportions proches de celles observées pour l'industrie des boissons alcoolisées, de l'ordre d'au moins 1/3 de la recette de l'industrie du jeu imputable au jeu excessif (Smith et coll., 2007).

Enfin, la mortalité par suicidalité reste également très mal connue. Le croisement des sources épidémiologiques disponibles suggère une proportion de 5 à 20 % des suicides « réussis » qui pourraient être associés plus ou moins directement au jeu excessif.

Dispositifs spécialisés d'aide

L'expansion du marché des jeux d'argent en Suisse, ajoutée au contexte législatif et politique précité, a contribué au développement d'une offre de

prise en charge spécialisée clairement identifiée, du moins pour les cantons romands, où, comme précédemment évoqué, l'offre est la plus dense, avec outre les casinos, les loteries électroniques de type Tactilo.

La loi sur l'assurance-maladie (LaMal) permet le remboursement des soins pour une pathologie reconnue par la Classification internationale des maladies (CIM).

En 2007, la Suisse romande compte une petite dizaine de lieux susceptibles d'offrir une aide spécialisée aux joueurs : en particulier, Santé bernoise à Bienne, le Centre du jeu excessif à Lausanne, l'association Rien ne va plus[68] et la Fondation Phénix à Genève ainsi que la Consultation NANT des Hôpitaux universitaires de Genève, la Ligue valaisanne contre les toxicomanies à Martigny et Sion, et l'Unité de traitement des addictions à Fribourg. Chacun de ces lieux accueille entre 5 à 10 nouveaux cas par an pour les plus petites structures, et de 60 à 100 pour les plus importantes.

Difficultés de mise en place des lieux d'aide spécialisés

Les débuts des lieux d'aide et antennes spécialisés furent à l'initiative de candidats à une concession de maison de jeu. Ainsi en 2000 sont créées l'association « Rien ne va plus » (RNVP), à Genève, financée par un des candidats à la concession de maison de jeu de Genève ainsi que la fondation Feodor avec la Ligue valaisanne contre les toxicomanies (financement dans le cadre d'une candidature pour un casino à Saxon). En 2001, le Centre du jeu excessif (CJE) des hospices-CHUV est financé par la Loterie romande dans le cadre de sa candidature à concession pour ses projets de casino, notamment à Ouchy-Lausanne.

Fin 2001, les trois candidats échouent : le financement de RNVP est repris à titre précaire par les autorités genevoises, le subventionnement du CJE par la Loterie romande, au titre de sa politique de jeu responsable en matière de loteries électroniques. La fondation Feodor est mise en sommeil. En 2002-2003, un projet de fondation romande du jeu excessif est proposé par les hospices-CHUV. Un important travail de sensibilisation du réseau addictologique romand est développé pour permettre la survie de RNVP et du CJE.

En 2005-2006, un mandat est confié par la Class[69] à la principale organisation professionnelle, le Grea, pour faire des propositions de répartition de la taxe de 0,5 % prélevée sur le RBJ des loteries pour la prévention au titre de la convention intercantonale précédemment mentionnée. Des lieux de

68. Site Internet de l'association « Rien ne va plus » : http://www.riennevaplus.org

69. Conférence latine des affaires sanitaires et sociales, réunit les ministres de la santé et du social des 6 cantons romands

consultations médicalisés supplémentaires apparaissent à Genève, Neuchâtel, Fribourg et au printemps-été 2007, le RNVP et le CJE sont finalement stabilisés avec un financement pérenne, via les autorités de santé publique cantonales.

Dispositifs spécialisés de prévention

Au-delà de son acception biomédicale, en matière de jeux d'argent, le terme prévention renvoie à trois registres très différents. Premièrement, une vision qui renvoie à une forme de prohibition, fondée sur des considérations morales, associée à des considérations de justice et police ; deuxièmement, un registre qui renvoie à la notion de « jeu responsable », issue des milieux industriels et économiques ; et en troisième lieu, la notion de politique de « réduction des risques », issue des politiques de santé publique alcool-drogues.

Pour les besoins de l'exposé, nous distinguerons deux niveaux : d'une part la prévention spécifique sur les lieux de jeu (souvent qualifiée de mesures de « jeu responsable »), d'autre part une prévention plus générale, au sens où l'entendent traditionnellement les professions de santé, avec les niveaux de prévention primordiale ou structurelle, de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Prévention au sein des casinos

C'est la Commission fédérale des maisons de jeu (CFMJ) qui veille au respect et à l'application des dispositions légales relatives aux jeux de hasard et d'argent et aux maisons de jeu en Suisse. Elle contrôle la gestion des casinos et l'exploitation des jeux, vérifie que les maisons de jeu appliquent correctement les programmes de sécurité et de mesures sociales.

Les maisons de jeu doivent rendre accessibles à leur clientèle des informations compréhensibles concernant les risques du jeu, mettre à leur disposition des questionnaires d'auto-évaluation ainsi que des adresses de centres de consultation et de groupes d'entraide. Elles doivent exclure les personnes insolvables, celles qui engagent des mises sans rapport avec leur revenu ainsi que celles qui perturbent le bon déroulement des jeux. Les exclusions peuvent être volontaires ou imposées par la maison de jeu. Les auto-exclusions représentent actuellement environ 16 700 personnes au fichier des interdits pour 30 000 à 80 000 joueurs pathologiques supposés. À ces auto-exclusions qui portent sur l'ensemble des casinos de juridiction suisse, il faut ajouter le régime des dites « conventions de visites », qui permettent à un client de définir un nombre de passages et un montant de dépense mensuelle à ne pas dépasser pour un établissement donné.

Les maisons de jeu ont obligation légale de collaborer avec les centres spécialisés et de fournir des données à des fins de recherche sous l'égide de la Commission fédérale des maisons de jeu.

Pratiquement, on constate plusieurs difficultés. Pour en citer quelques unes : le plus souvent, le personnel de santé (psychologues) impliqué dans les programmes de mesures sociales est directement salarié par le casino. Les relations canton-confédération sont délicates ; s'ensuivent des difficultés de collaboration des casinos, qui dépendent de la Confédération, avec les lieux d'aide qui dépendent des cantons. Enfin, du point de vue clinique, la plupart des personnes interdites perçoivent leurs difficultés comme réglées par le seul fait de l'interdiction, et ne font pas suite aux propositions de consultation. Les outils de repérage ou de suivi des joueurs problématiques ne reposent pas sur des instruments et des procédures évalués scientifiquement.

Prévention dans les lieux où sont exploités des jeux de loteries

C'est depuis 1999 que la Loterie Romande offre le jeu « Tactilo » (loterie électronique) en plus de la loterie traditionnelle, et des paris sportifs. La formation des cafetiers (1/2 journée par an) est obligatoire. S'il n'y a pas à proprement parler d'obligations légales en matière de mesures sociales, 0,5 % du revenu brut des jeux doit être consacré à la prévention. Une charte stricte est à respecter avec contrôle des cafés par des « clients mystères » (sortes de détectives privés mandatés par la Loterie). Le retrait des « Tactilo » est décidé après un seul avertissement.

Une procédure judiciaire oppose cantons et Confédération, la CFMJ assimilant le Tactilo à une « machine à sous déguisée », dont le produit devrait être à ce titre taxé par la Confédération ; aux yeux des cantons au contraire, le Tactilo constitue la forme moderne de distribution des jeux de loterie (au même titre qu'un distributeur électronique de billets de train, en quelque sorte). La procédure judiciaire est toujours pendante, et le développement des « Tactilo » au-delà de la Suisse romande fait actuellement l'objet d'un moratoire.

Problèmes spécifiques posés par la prévention dans les café-restaurants

Outre la charte à respecter, les flyers de prévention à mettre en évidence dans le café, les cafetiers sont donc soumis à des cours de sensibilisation annuels obligatoires pour le maintien de la licence d'exploitation du Tactilo.

L'évaluation des mesures de prévention mise en place par la loterie est limitée par l'absence d'outils pour mesurer l'impact sur l'adressage des cas. Les joueurs les plus problématiques se plaignent de ne pas pouvoir se faire interdire, et les efforts en matière de modérateurs ne répondent pas à ce jour à un processus d'homologation par une instance indépendante. De fait, de par la

proximité entre Loterie et Services économiques des cantons, les instances chargées de procéder à l'évaluation, fussent-elles dépendantes de l'Université, sont néanmoins suspectées de complaisance dans le cadre du conflit canton-Confédération pré-cité.

Autant que pour les casinos, la question de la part des joueurs pathologiques dans les recettes générées par les loteries est passée sous silence dans le débat public.

Autres actions de prévention

Citons notamment :
• les médias (nombreux débats dans le cadre de la mise en place de la nouvelle législation, notamment) ;
• la formation des intervenants socio-sanitaires ;
• les sites Internet : projet notamment de site « Stop-jeu » avec l'Institut de médecine sociale et préventive de la faculté de médecine de Genève sur le modèle du site international « Stop-tabac » ; projet de thérapie *on-line* (HUG) ; sites Internet de RNVP et du CJE, avec pour ce dernier l'existence d'un forum ;
• le développement d'une *help-line* avec mise en œuvre d'un numéro vert transfrontalier (RNVP) ;
• les groupes « Joueurs anonymes », mis en place avec le soutien de RNVP.

Dispositifs de formation

Les centres d'aide spécialisés mettent en place un certain nombre de formations en direction des croupiers, et des dépositaires de loterie électronique, afin de les sensibiliser à la problématique du jeu excessif. Par ailleurs, via des stages, des cours, des séminaires, les lieux spécialisés interviennent également dans la formation des intervenants socio-sanitaires, aux différents niveaux pré- ou post-gradués, et de formation continue.

Les besoins en termes d'information, sensibilisation et formation sont également importants pour d'autres professions que le socio-sanitaire ou les personnes intervenantes au sein de l'industrie du jeu. En Suisse romande, un certain nombre de projets ont été agendés pour une réalisation en 2008, dont une formation universitaire certifiante intitulée « Prévention du jeu excessif et action communautaire » organisée par le CJE et l'Université de Lausanne, ainsi que des actions de sensibilisation des milieux judiciaires et milieux scolaires mises en place dans le cadre de la coordination inter-cantonale Class-Grea[70].

70. Rapport du GREA relatif au projet de coordination inter-cantonale sur le jeu excessif. Accessible sur le site Internet : http://www.grea.ch/pdf/Jeu/Annexes_rapport_jeu.pdf

Projets de recherche

Une politique de santé publique du jeu excessif crédible ne peut se concevoir sans bases scientifiques solides, notamment dans les domaines suivants :
• épidémiologie, coûts sociaux ;
• monitoring des demandes de soins (du type des enquêtes comme l'enquête européenne muti-ville pour les substances psycho-actives), permettant d'évaluer les actions de prévention secondaire et tertiaire ;
• validation des instruments psychométriques en français ;
• prévention de la suicidalité chez le joueur ;
• projets en pharmacologie et en neurosciences.

Cependant, les financements pour réaliser de telles études dans le contexte suisse demeurent insuffisants, non explicitement signalisés, du point de vue des fonds censés découler de la taxation des loteries. Par ailleurs, les instances affectées à la recherche scientifique (comme par exemple le Fonds national, ou encore d'autres fonds affectés à la recherche en milieu universitaire) sont réticentes à attribuer des fonds au jeu excessif, puisque le législateur en suisse s'est orienté vers un principe de taxation de l'industrie du jeu du type « pollueur-payeur ».

Questionnement et perspectives en matière de jeux d'argent dans le contexte romand et suisse

En matière clinique, on retient le décalage très important observé entre le fait de présenter un diagnostic de jeu pathologique d'une part, et le fait de se constituer effectivement demandeur de soins d'autre part. Il apparaît clairement que, plus encore peut-être que pour d'autres addictions, il y a lieu d'envisager de nouveaux canaux d'accès aux soins et à l'aide sociale, en sus du modèle de la traditionnelle consultation spécialisée.

En matière de prévention, un questionnement transversal concerne les conflits d'intérêts, entre opérateurs de jeux et intervenants politiques d'une part, et intervenants socio-sanitaires, d'autre part. Il apparaît particulièrement important d'avancer des mesures structurelles, susceptibles de contrecarrer des intérêts économiques, et de créer le contexte favorable au traitement de questions sensibles, comme celles liées aux limitations de la publicité, ou encore à la mise en place de procédure d'homologation des appareils de jeux.

Enfin, du point de vue du développement de l'addictologie, la question de fond de la nature « addictive » ou non du jeu excessif reste largement ouverte. Si l'offre socio-sanitaire en Suisse s'articule autour de la mobilisation des réseaux déjà actifs dans le champ des dépendances « traditionnelles », la question d'intégrer le jeu excessif à l'approche politique dite « des quatre piliers » est également en débat. À cet égard, les professionnels suisses

attendent beaucoup du nouveau cadre de financement pérenne pour donner corps à l'émergence d'une politique de prévention du jeu excessif recentrée autour de la Santé publique, plutôt que autour des questions de police, ou encore des questions économiques.

Olivier Simon
Centre du jeu excessif, Service de psychiatrie comunautaire,
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

BIBLIOGRAPHIE

BONDOLFI G, OSIEK C, FERRERO F. Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000, **101** : 473-475

BONDOLFI G, OSIEK C, FERRERO F. Pathological gambling: An increasing and underestimated disorder. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2002, **153** : 116-122

BONDOLFI G, JERMANN F, FERRERO F, ZULLINO D, OSIEK C. Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008, **117** : 236-239

BESSON J, EAP C, ROUGEMONT-BUECKING A, SIMON O, NIKOLOV C, et coll. Addictions. *Revue Médicale Suisse* 2006, **2** : 479-513

DAVIDSON C, MASO P. La dépendance au jeu. Quand rien ne va plus. *Soins Infirmiers* 2003, **96** : 40-43

KÜNZI K, FRITSCHI T, EGGER T. Les jeux de hasard et la pathologie du jeu en Suisse : Étude empirique de la pratique et du développement des jeux de hasard, de la dépendance au jeu et de ses conséquences. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien, Bern, 15 novembre 2004

NAU JY. Belle histoire entre dépendance et concurrence. *Revue Médicale Suisse* 2006, **2** : 2311

PETRY NM. Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatments. American Psychological Assoc, 2005

POENARU L, SIMON O, STÜCKI S, PREISIG M, RIHS M. Dépistage du jeu excessif par les professionnels de santé. *Alcoologie et addictologie* 2007, **29** : 155-160

SIMON O, KLILA H, BESSON H. Le point sur : les réponses médicales à l'addiction aux jeux d'argent. *Revue médicale suisse* 2006, **2** : S81-S82

SMITH G, HODGINS D, WILLIAMS D. Research and Measurement Issues in Gambling Studies. Elsevier, 2007

STÜCKI S, RIHS M. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *J Gambl Stud* 2007, **23** : 245–257

Évaluation des approches de prévention

Avec la légalisation des jeux de hasard et d'argent dans la plupart des pays, plus d'individus jouent, plus d'individus joueront, plus d'individus développeront des problèmes de jeu. Les études révèlent qu'environ 80 % de la population générale s'est adonné à un jeu de hasard et d'argent au cours de la dernière année. Mais l'offre de jeu n'est pas le seul facteur qui influe sur le nombre de joueurs excessifs. Il s'agit d'un facteur en interaction avec plusieurs autres facteurs.

Prévalence du jeu pathologique ou excessif dans le monde

Aujourd'hui, il existe un consensus entre chercheurs pour évaluer à environ 1 % le taux de prévalence de joueurs pathologiques dans la population générale. Dans le monde, on trouve des taux de prévalence-année qui varient entre un peu moins de 1 % à 2 %.

Qu'en est-il en France ? Sur la base des données colligées dans les pays industrialisés, on pourrait s'attendre à trouver une prévalence qui se situerait autour de 1 à 2 % mais, aucune étude populationnelle n'a encore été menée. Il faudrait évaluer, non seulement la prévalence dans la population générale, mais également la prévalence en faisant une segmentation en fonction de :

- divers groupes spécifiques (les plus à risque) ;
- du type de jeux, car tous les jeux n'ont pas le même potentiel addictif.

Ces études doivent être faites dans une perspective longitudinale (4 ou 5 ans pour vérifier l'incidence). Actuellement, on constate que le jeu excessif est un phénomène transitoire et épisodique plutôt qu'un trouble chronique et progressif, tel que conceptualisé initialement.

Cause ou causes du jeu pathologique ou excessif

L'offre de jeu ou sa disponibilité a été souvent évoquée comme le facteur le plus significatif qui influence le nombre de joueurs excessifs. Si ce facteur est important, il n'est pas cependant le seul. Bien d'autres facteurs d'ordre personnel, environnemental et social interviennent en interaction avec l'offre

de jeu. L'étude du jeu pathologique doit s'appuyer sur l'analyse des interactions entre ces facteurs.

Pièges cognitifs ou psychologie des jeux de hasard et d'argent

Un jeu de hasard et d'argent répond à plusieurs critères :
• l'individu doit réaliser qu'il mise de l'argent ou un objet de valeur ;
• cette mise est irréversible ;
• l'issue du jeu repose principalement (poker ou PMU) ou totalement (roulette) sur le hasard, un aspect totalement imprévisible. Tous les événements ont une probabilité égale d'être sélectionné. Il y a impossibilité de contrôler ou de prédire l'issue des événements.

Raisons qui motivent les joueurs à s'adonner à ces jeux

La première motivation est la possibilité de gagner de l'argent même si d'autres motivations interviennent comme l'excitation du jeu chez le joueur pathologique, liée à la vérification de la véracité de sa prédiction, qui lui donne le sentiment de sa puissance.

Mécanismes psychologiques à la base du jeu

Compte tenu que l'espérance de gain est toujours négative pour le joueur, pourquoi ces jeux sont-ils si populaires ? Plusieurs raisons sont souvent évoquées, mais la raison fondamentale est que pendant le jeu, la grande majorité des personnes perdent de vue, nient ou ne réalisent pas que l'issue du jeu repose sur la notion de hasard et de chance, sur la dimension d'aléatoire et de non prédiction.

Plusieurs facteurs viennent masquer la perception de la notion de hasard. Figurent entre autre le rôle actif du joueur, la perception de compétition, la fréquence de jeu, la complexité apparente du jeu.

Les joueurs entretiennent une perception erronée envers la notion de hasard (figure 1). La principale erreur est de faire le lien entre des événements indépendants. L'analyse de ce que se disent les joueurs pendant le jeu montre qu'en majorité ils tentent de prédire le résultat. Mais comment peut-on prédire le hasard ?

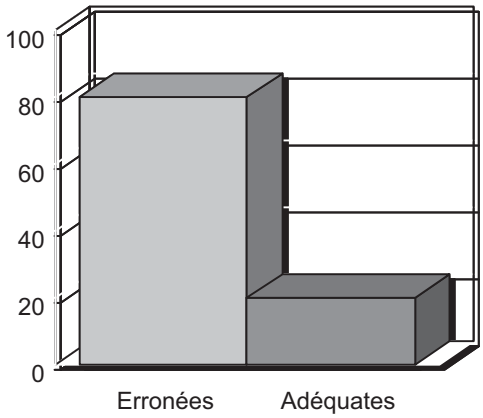


Figure 1 : Perceptions entretenues envers la notion de hasard

Par exemple, après quatre lancers d'une pièce de monnaie, le cinquième lancer est totalement indépendant des quatre premiers car il y a à chaque lancer une chance sur deux d'avoir pile ou face. Or, les joueurs ont un dénominateur « cognitif » commun : pendant le jeu, ils tentent de prédire le résultat, ce qui est impossible car on ne peut pas prédire l'aléatoire. La différence majeure entre le joueur à faible risque et le joueur à haut risque, est que le premier va être capable de s'arrêter à un moment donné car il prend conscience qu'il ne peut contrôler le jeu tandis que le second a acquis la conviction de la véracité de ses pensées pourtant erronées.

Cette dimension de perception erronée n'est évidemment pas la seule mais elle est déterminante dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme de prévention du jeu pathologique. Cette hypothèse est étayée par plusieurs études qui arrivent à la même conclusion.

Qu'est-ce qu'un joueur pathologique ?

Le joueur non problématique joue pour le plaisir, accepte de perdre l'argent misé, ne retourne pas se refaire et joue selon ses moyens. Le joueur pathologique a perdu le contrôle sur ses activités de jeu, ment, et à cause du jeu, rencontre des difficultés au travail, à la maison, avec ses amis, volera, et cherchera à se « refaire ». Un joueur excessif a perdu le contrôle de ses habitudes de jeu. De façon spécifique, il joue plus d'argent qu'il peut se permettre de perdre, plus longtemps qu'il peut se le permettre et plus souvent qu'il peut se le permettre.

Le jeu pathologique a été officiellement reconnu comme un trouble psychiatrique en 1980 (DSM-III).

Objectif pour les interventions en prévention

La base de la prévention du jeu excessif consiste à faire adopter une attitude responsable à l'égard du jeu et la prévention a pour cible les habitudes de jeu des individus.

Sur le plan conceptuel, la prévention du jeu excessif peut se faire par la réduction des méfaits associés à la pratique du jeu. L'objectif est de diminuer les conséquences négatives associées au jeu excessif ou pathologique. Cette approche ne concerne en aucune manière la modification du comportement individuel. Est-ce possible ? Nous ne le croyons pas.

Alex Blaszczynski (Université de Sydney), Howard Shaffer (Université Harvard) et moi-même avons développé un modèle dit « Modèle de Reno » qui constitue une base scientifique pour la prévention de l'apparition du jeu excessif (Blaszczynski et coll., 2004). Ce modèle implique un « joueur responsable », soit il ne joue pas, soit il joue de manière modérée. Le jeu responsable est un ensemble de politiques et de mesures destinées à prévenir le développement d'habitudes de jeu excessives. L'objectif est d'une part de diminuer l'incidence du jeu excessif, c'est-à-dire l'apparition de nouveaux cas pendant une période donnée, d'autre part de cibler la prévalence de la prise en charge des gens « intoxiqués » par le jeu, domaine des spécialistes.

Un programme de jeu responsable doit considérer quatre catégories de joueurs (figure 2) :
• ceux qui ne jouent pas sont à « faible risque » de développer une dépendance au jeu ;
• ceux qui jouent de façon récréative sont « à risque modéré » de développer une dépendance, la stratégie de jeu responsable doit insister sur le contrôle personnel ;
• les joueurs de la catégorie « risque modéré à risque élevé » sont des joueurs réguliers qui à terme jouent plus qu'ils n'en avaient l'intention, cependant ils n'ont pas encore le statut de joueur dépendant ;
• les joueurs à la droite de la catégorie « à haut risque » sont ceux qui ont développé une dépendance. Dans cette dernière catégorie, on trouve des joueurs qui ont de sérieux problèmes avec le jeu c'est-à-dire qui ont perdu le contrôle et dépensent de façon inconsidérée dans le jeu. Certains de ces joueurs entreprendront un traitement, stopperont ou réduiront volontairement leurs habitudes de jeu (« *natural recovery process* »). D'autres rejoindront des groupes d'entraide pour régler leur problème.

La stratégie du jeu responsable vise prioritairement les joueurs à haut risque avec comme objectif d'éviter qu'ils ne migrent vers la catégorie de joueurs dépendants. Un programme de jeu responsable reconnaît que ces joueurs ont besoin de l'aide d'un professionnel. Ce dernier doit d'abord évaluer le besoin d'assistance et diriger le joueur vers les spécialistes de la prise en charge car nombre de facteurs de risque entrent en interaction avec le jeu, ce qui

nécessite un développement de mesures spécifiques pour prévenir ou traiter chaque sous-type de joueur.

S'il est démontré que la très large distribution des jeux dans la communauté a pour conséquence l'accessibilité et que cela contribue au développement de la dépendance, les différents partenaires se doivent de développer des mesures qui réduiront le risque de dépendance dans la communauté.

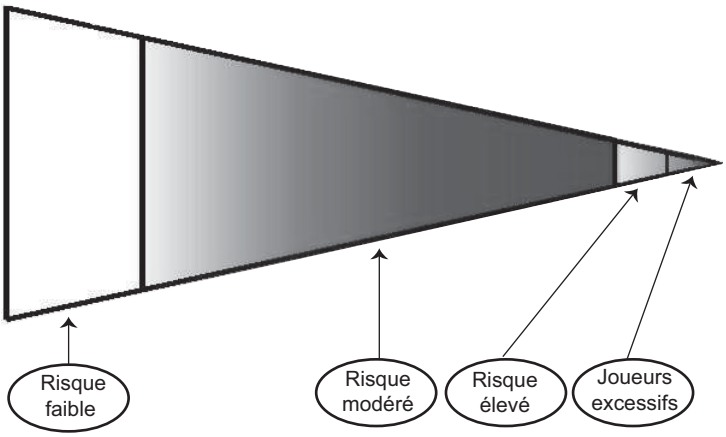


Figure 2 : Niveaux d'exposition au risque et dépendance au jeu (Blaszczynski et coll., 2004)

Responsabilité du joueur

Un programme visant à promouvoir le jeu responsable doit se fonder sur deux principes fondamentaux :

- la décision finale de jouer ou non appartient au joueur ;
- cette décision doit reposer sur un choix éclairé. L'individu doit avoir accès à toutes les informations pertinentes pour faire ce choix.

La signification première du jeu responsable prend racine dans le principe fondamental du choix éclairé. Une attitude coercitive est à proscrire si on veut promouvoir une pratique responsable d'une activité comme le jeu. Le choix de participer ou non est déterminé par une séquence de décisions prise par un individu qui a accès à une information appropriée et complète ; cette information lui fournissant les éléments nécessaires pour se faire une opinion.

Responsabilité de l'opérateur

L'opérateur a la responsabilité de fournir aux joueurs toutes les informations pertinentes pour leur permettre de faire un choix éclairé. L'opérateur (le gouvernement, une initiative privée…) doit donc participer activement à l'identification et à la diffusion de ces informations auprès du joueur. Fournir des informations sur les probabilités et le montant des gains n'est pas suffisant ; la recherche effectuée sur l'efficacité d'une prévention primaire, dans le champ de l'utilisation des substances nocives, indique que l'augmentation des connaissances et la prise de conscience sont insuffisantes pour changer le comportement. Ce qui doit être modifié ce sont les valeurs, les attitudes, les croyances influençant le comportement.

L'industrie du jeu n'a pas l'expertise du diagnostic et de la prise en charge des individus présentant une dépendance. En conséquence, elle doit avoir obligation d'établir des liens avec des services de support clinique. Pour garantir un choix informé, elle doit fournir le minimum d'informations nécessaires à une prise de décision du joueur en toute connaissance.

Cibles des interventions de prévention

Un programme de jeu responsable ou de prévention du risque a l'obligation de produire des effets significatifs chez les joueurs. L'intention pour un programme d'être responsable n'est pas suffisante. Il doit impérativement s'inscrire dans une perspective scientifique et bien définir la population ciblée :

- prévention primaire : diminution du nombre de nouveaux cas ou de l'incidence d'une maladie ;
- prévention secondaire : identification précoce et intervention efficace pour diminuer la prévalence de cas existants ;
- prévention tertiaire : accent mis sur la réhabilitation pour diminuer la sévérité des états négatifs associés à la maladie.

Le cadre conceptuel de la prévention primaire, secondaire et tertiaire inclut le traitement et la réhabilitation, ce qui conduit à beaucoup de confusion (Mrazek et Haggerty, 1994). Nous avons choisi un cadre plus approprié pour la prévention et qui exclut les joueurs pathologiques. Ce programme se décline selon trois modalités en fonction de la population ciblée :

- les interventions préventives universelles : elles ciblent le public en général ou un groupe de la population qui n'a pas été identifié en fonction d'individus à risque ;
- les interventions préventives sélectives : elles intéressent les individus présentant des facteurs de risque (biologiques, psychologiques ou sociaux) qui les rendent plus vulnérables que la moyenne de la population de développer la maladie ;
- les interventions préventives dirigées : elles visent les individus à haut risque qui présentent certains symptômes de la maladie mais qui ne présentent

pas encore tous les critères de la maladie pour le moment (Gordon, 1985 ; Mrazek et Haggerty, 1994).

Quelques exemples de programmes

Les programmes mis en place sont fonction de la population visée.

Interventions préventives universelles

• Semaine de sensibilisation (*Awareness week*) : elle est effectuée en partie avec des opérateurs ;
• Messages à la radio pour le public en général, précisant que le jeu peut être un problème ;
• « Spots » télévisés indiquant « Jouer dans la mesure de vos limites » en termes d'argent et de temps ;
• Articles dans les journaux expliquant que : « Le jeu est déterminé par le hasard, il est donc impossible de prédire l'issue » ;
• Programme « Lucky ».

Interventions préventives sélectives

• Mise sur pied d'un Centre du hasard au Casino de Montréal : le fonctionnement d'une machine à sous est expliqué en détails ;
• Programme de sensibilisation pour les employés de Casino ;
• Bars (bistrots) qui abritent des appareils de loterie-vidéo (ALV) (en France, le Rapido) ;
• Employés du PMU qui ne doivent pas inciter les joueurs à jouer plus.

Interventions préventives dirigées

• Services d'auto-exclusion (bonifié) qui accordent un suivi aux personnes concernées ;
• Repérage des patients qui présentent un autre trouble addictif (alcool, drogues) car ils sont plus à risque ;
• Ciblage des étudiants qui présentent un trouble de comportement grave à l'école.

Trois exemples de collaboration avec l'industrie du jeu

Trois exemples permettent d'illustrer la faisabilité d'un plan stratégique permettant d'obtenir des résultats et ayant une influence directe sur la politique publique, l'avancée de la science et la prise de décision dans l'industrie du jeu :
• les opérateurs de jeu engagent une étude pour proposer des changements dans la configuration des machines à sous (Blaszczynski, 2001 ; Blaszczynski et coll., 2002). Il s'agit de proposer des changements dans le *design* des

machines de façon à diminuer la dépendance : réduction de la vitesse d'exécution des parties, mise en place d'accepteurs de billets de moins de 20 dollars, et d'accepteurs de pièces entre 1 et 10 dollars. Le changement n'a pas eu d'impact négatif sur les revenus des opérateurs de jeu et a reçu la satisfaction des joueurs ;

• programme de prévention « Au hasard du jeu » (Ladouceur et coll., 2004). Sous forme d'un atelier de deux heures, il informe les détaillants sur la problématique du jeu excessif. Il répond aux questions suivantes : qu'est-ce que la chance et le hasard ? Y a-t-il un lien entre la non compréhension du concept de chance et le jeu excessif ? Comment reconnaître les symptômes de cette maladie ? Comment le détaillant peut-il intervenir ? Les résultats montrent que les détaillants développent une meilleure compréhension des problèmes de jeu, reconnaissent les principaux symptômes et se sentent plus capables d'intervenir auprès des joueurs excessifs en choisissant le moment le plus approprié. À long terme, les détaillants ayant suivi la formation rapportent qu'ils approchent plus souvent un joueur excessif et qu'ils discutent plus souvent des dispositifs d'aide qu'avant d'avoir suivi la formation ;

• projet d'étude sur la santé des employés de casino (Shaffer et coll., 1999 et 2002). Réaliser une étude avec les employés de casino sur les problèmes de jeu permet de faire avancer la connaissance sur la prévention. Les employés de casino représentent une population qui a une très grande accessibilité au jeu et qui est très exposée au jeu. Ils jouent plus, fument et boivent plus et ont plus de troubles de l'humeur que la population générale. L'étude a montré que les employés changent leur comportement régulièrement ; de plus, ces changements tendent à diminuer le niveau du trouble plutôt qu'à l'augmenter ce qui est traditionnellement suggéré. Quelle est l'étendue de ce rétablissement et quels sont les déterminants qui influencent la transition d'un état problématique vers un état sans problème de jeu ou d'abstinence ? Y a-t-il une transition vers une association avec d'autres problèmes de santé ?

• À ma connaissance, en France, il y a peu de thérapeutes formés pour prendre en charge les joueurs pathologiques. Il importerait de mettre sur pied et de dispenser une formation spécialisée pour ces intervenants car le jeu présente des spécificités par rapport à d'autres addictions comme l'alcool, ou la drogue. Il serait urgent que le ministère de la Santé reconnaisse le jeu pathologique comme un trouble psychologique au même titre que l'alcoolisme et les autres dépendances et qu'il y accorde le soutien nécessaire.

En conclusion, il faut se poser plusieurs questions avant de développer et d'implanter un programme qui vise à réduire l'incidence du jeu pathologique :

• quel est l'objectif ? Que et qui voulons-nous atteindre ?

• comment évaluer le programme ?

• comment planifier la diffusion des résultats ?

• comment modifier la pratique et les méthodes de marketing selon les résultats obtenus (opérateurs), si un potentiel de gain est attendu pour les joueurs ?
• à qui s'adresse le programme ?

Robert Ladouceur
Université Laval, Québec, Canada

BIBLIOGRAPHIE

BLASZCZYNSKI A. An evaluation of gaming machine design changes and gambling behaviour. Gambling Industry Operators. 2001

BLASZCZYNSKI A, SHARPE L, WALKER M. Withdrawal and tolerance phenomenon in problem gambling. Casino Community Benefit Fund. 2002

BLASZCZYNSKI A, LADOUCEUR R, SHAFFER HJ. A science-based framework for responsible gambling: the Reno model. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 301-317

LADOUCEUR R, BOUTIN C, DOUCET C, DUMONT M, PROVENCHER M, et coll. Awareness promotion about excessive gambling among video lottery retailers. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 181-185

MARLATT GA, GORDON JR. Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press, New York, 1985

MRAZEK PJ, HAGGERTY RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, National Academy Press, 1994

SHAFFER HJ, HALL MN. The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *J Soc Psychol* 2002, **142** : 405-424

SHAFFER HJ, VANDER BILT J, HALL MN. Gambling, drinking, smoking and other health risk activities among casino employees. *Am J Ind Med* 1999, **36** : 365-378

WEISSBERG RP, KUMPFER KL, SELIGMAN ME. Prevention that works for children and youth. An introduction. *Am Psychol* 2003, **58** : 425-432

Politique publique des jeux de hasard en Belgique

Exposer la meilleure manière de conduire une politique publique de jeux de hasard demanderait sans doute de longs développements. Aussi, cette présentation se limite-t-elle à deux aspects d'une politique efficace des jeux de hasard, même si la mise en place d'une politique cohérente, pertinente et efficiente des jeux de hasard nécessite une approche globale des autorités politiques.

Le premier point portera sur la procédure relative à la nouvelle saisine de la Commission des jeux de hasard par les victimes du jeu, nécessaire pour une meilleure protection du joueur et de leur entourage.

Le second traitera de la meilleure manière d'assurer à la Commission des jeux de hasard les moyens pour conduire une politique concrète de protection des joueurs du point de vue médical, juridique et social. Cette politique exige une indépendance effective de la Commission des jeux de hasard et une grande légitimité des décisions qu'elle prononce.

Nouvelle saisine

Le législateur a prévu plusieurs moyens pour protéger les joueurs des dangers de l'assuétude. Il a mis en place, entre autres, l'interdiction d'accéder aux salles de jeux, soit d'office, soit d'une manière volontaire, soit sur requête à l'égard des malades mentaux. L'interdiction légale vise les moins de 21 ans.

La loi interdit aux casinos et aux établissements de jeux de hasard de laisser l'accès aux policiers, huissiers, notaires et magistrats. Chaque semaine, les services publics fédéraux Intérieur et Justice actualisent les listes des personnes exerçant ces professions et les incorporent dans la banque de données Epis (*Excluded Person Information System*). Les exploitants ne connaissent pas les raisons d'un refus d'accès. Pour les policiers et les magistrats, cette interdiction d'accès a été imposée par le législateur afin que ces catégories professionnelles restent impartiales et insensibles à l'égard du monde du jeu et puissent remplir leurs obligations sans être soumises à une quelconque influence. Pour les notaires et les huissiers, la fréquentation des casinos et des salles de jeux paraît aux yeux du législateur une attitude contraire à la dignité de la profession. Mais il s'agit de protéger des dépositaires de fonds importants appartenant à des tiers. Cette obligation touchait 46 200 personnes en 2006.

Au 1er avril 2008, le nombre d'interdits judiciaires à l'égard des malades mentaux et d'interdits volontaires s'élève respectivement, à 30 614 pour les premiers et 7 978 pour les seconds. La progression annuelle des interdits volontaires est de 16 %.

En France, le nombre d'interdits volontaires est de 800 par mois environ. Mais il s'agit là d'une possibilité nouvelle inexistante auparavant[71].

Un facteur important de protection des joueurs est la possibilité de se faire interdire volontairement l'accès aux casinos et salles de jeux, en invoquant l'article 54§3 de la loi sur les jeux de hasard du 7 mai 1999. Cette interdiction d'accès est appelée à s'étendre aux jeux télévisés et aux jeux sur Internet. À terme, il faudrait une meilleure protection du joueur qui souvent apprend à jouer dans les débits de boissons.

Chaque fois qu'un client se présente dans un casino ou une salle de jeu, l'exploitant est obligé de consulter la banque de données Epis qui donne un feu vert ou rouge quant à la possibilité pour le candidat joueur de pénétrer ou non dans les lieux d'exploitation des jeux. Si l'exploitant laisse entrer une personne interdite dans son établissement et que la violation de cette interdiction est constatée par un contrôle des services de la Commission des jeux de hasard ou des polices locales, l'exploitant risque une sanction administrative qui pourrait être la suspension de l'effet de la licence ou le retrait de celle-ci.

En 2006, la banque Epis était chaque jour consultée 15 000 fois au moins, soit près de 500 000 fois par mois.

À titre d'indication, on constate 3 512 refus à l'égard des demandes d'accès dans les casinos et salles de jeux pour le mois de septembre 2007 :
- interdits volontaires (946 définitifs et 140 temporaires) ;
- malades mentaux ;
- 50 policiers en dehors de leur fonction ;
- 1 magistrat en dehors de sa fonction ;
- 51 moins de 21 ans.

Aussi, 1 893 personnes différentes se sont présentées dans ces lieux alors qu'elles y étaient interdites.

La différence entre le nombre de refus (3 512) et le nombre de personnes (1 893) qui se sont effectivement présentées à l'accueil d'un lieu de jeux s'explique par l'insistance des interdits à vouloir pénétrer dans les casinos. Aussi demandent-ils de réinterroger à nouveau la banque de données qui ne peut que confirmer le refus. On constate qu'en moyenne, la procédure de

71. MARTIGNONI-HUTIN JP. Jeu pathologique, interdits de jeu, contrôle aux entrées dans les casinos… Spectaculaire augmentation du nombre « d'interdits de jeu » dans les casinos français. Note de recherche, Université Lumière Lyon France, 12 février 2007

refus à l'entrée d'un casino exige 20 minutes de discussions entre l'exploitant des jeux et le candidat joueur avant que celui-ci ne quitte les lieux.

Pourquoi un tel système d'exclusion volontaire ?

La raison en est que le joueur se trouvant dans un état de profonde addiction, peut être qualifié de malade (qu'il suive ou non un traitement médical ou un accompagnement professionnel) et il accumule les dettes. Son addiction peut constituer un facteur de criminalité. En effet, devant une situation qui peut leur sembler inextricable ou insoluble, des joueurs désespérés peuvent être amenés à tuer pour s'emparer des sommes nécessaires pour continuer à jouer. Si cette solution de dernière extrémité est sans doute marginale, il est néanmoins fréquent que des escroqueries, vols ou autres soient commis pour jouer.

Les effets négatifs du jeu concernent certes le joueur mais également les créanciers et les membres de son entourage (parents, conjoints, voisins...). Les études estiment que chaque joueur à problèmes fait supporter les effets négatifs à une dizaine de personnes. Les chiffres cités par l'Institut Mat Talbot[72] qui estime que 20 000 joueurs sont gravement compulsifs et que ces joueurs ne sont pas intégrés dans la banque de données Epis, il faut alors estimer que c'est 200 000 personnes qui sont confrontées avec les difficultés occasionnées par des personnes qui sont poussées à jouer par une force intérieure à laquelle elles ne peuvent résister sans angoisse. Chacun connaît un voisin, un ami, un parent qui a aidé un joueur compulsif.

Le législateur pourrait introduire une nouvelle procédure pour tenter de compléter le système de base. On peut en effet identifier deux types de questions :

- le premier relatif aux personnes compétentes pour faire inscrire un joueur dans la base de donnée Epis ;
- le deuxième relatif à la réintégration du joueur dans le droit de jouer.

Les opérateurs français qui exploitent des casinos en Belgique (Barrière, Partouche) exécutent sans critique cet enregistrement des joueurs.

Les « clignotants »

Certains présidents, receveurs des CPAS[73] et certains bourgmestres se sont inquiétés de la situation des personnes bénéficiaires d'une assistance

72. Institut psychiatrique à Borgherout qui traite les joueurs compulsifs
73. Centre public d'aide sociale : institution publique située dans chaque localité pour assurer l'aide sociale

financière ou d'une aide dans le cadre de la gestion de leur budget. Ils ont remarqué en effet que tout ou partie de l'argent destiné à subvenir aux besoins du joueur était en réalité affecté très souvent à la satisfaction de sa passion. Par voie de conséquence, l'argent public est en fait détourné des fins pour lesquelles il est censé être attribué.

Une autre source « d'alerte » est que les magistrats assortissent leurs conditions de libération de l'exigence que le délinquant sollicite son interdiction pour pouvoir bénéficier de la faveur d'un sursis probatoire, d'une libération provisoire conditionnelle alternative à un mandat d'arrêt, d'une libération conditionnelle, sans que cette condition d'interdiction d'accès ne puisse être imposée directement par l'autorité judiciaire. Très régulièrement, les compagnons, les époux, les parents, les enfants font des démarches auprès de la Commission pour que leurs amis, parents, esclaves du jeu soient interdits. Certains n'hésitent pas à imiter la signature d'une personne compulsive pour que celle-ci ne puisse plus entrer dans une salle de jeux. Ils le font sous la contrainte morale, parce qu'ils ne voient pas d'autres issues pour arrêter la dégringolade de leurs proches. Imiter une signature n'est pas une solution, car immanquablement, la confrontation survient avec le joueur ou avec la Commission. Fondamentalement, les relations sans doute déjà tendues entre les personnes concernées ne s'améliorent pas.

Compte tenu des éléments énoncés ci-dessus, il serait opportun que l'article 54§3 de la loi du 7 mai 1999 permette la saisine d'office ou sur plainte d'un tiers intéressé de la Commission des jeux de hasard en vue d'imposer une interdiction. Pour obtenir l'interdiction d'une personne compulsive, les proches, les bourgmestres, les CPAS, les médecins, les thérapeutes et l'autorité judiciaire devraient pouvoir saisir la Commission qui, avant de statuer d'une manière motivée, doit entendre l'intéressé.

La réintégration dans le droit de jouer

Les interdits volontaires de jeux peuvent à tout moment être réintégrés dans leurs droits de fréquenter une salle de jeux moyennant un préavis de trois mois. Très souvent, ils sont impatients de pouvoir replonger dans leur passion. Ils téléphonent pour être sûrs que leur demande est bien parvenue, pour se faire confirmer la date où ils pourront à nouveau accéder dans une salle de jeux. Ils piaffent devant la porte de leur établissement préféré et tentent d'y pénétrer parfois en se faisant passer pour un de leurs parents ou une autre personne. Bref, ils sont en état de manque et sont prêts à tout pour aboutir à leurs fins.

C'est à ce moment précisément qu'il serait opportun que la levée de l'interdiction soit examinée par la Commission qui devrait pouvoir s'entourer de tous les renseignements utiles y compris par un examen médical avant de statuer. Un examen médical peut se révéler utile. En effet, on observe

fréquemment que des personnes, contre qui une procédure de protection a été diligentée – ne fussent que parce que, dans le passé, elles ont été gravement déprimées – s'étant présentées dans un établissement de jeux de classes I ou II, interrogent la Commission sur la raison du refus d'accès aux établissements. Ces personnes apprennent alors que le refus est une conséquence induite de la procédure menée par leurs proches pour les protéger, sur base d'un certificat rédigé par un homme de l'art.

Concurremment avec la procédure officielle décrite ci-dessus, les établissements de jeux gèrent des joueurs à problèmes qui bénéficient d'un plan d'accompagnement préconisé par l'exploitant. Ainsi, un joueur à problèmes est accompagné en fonction de son état par l'établissement. À titre d'exemple, le joueur est autorisé à entrer une fois par mois. Si son désir est fort, il est autorisé à pénétrer deux fois le premier mois mais il ne peut pas du tout entrer le mois suivant... Cette interdiction organisée sous des auspices commerciaux crée la confusion dans l'esprit des candidats interdits et dans l'esprit de leur famille qui s'imagine, à tort, que par cette démarche, les joueurs sont protégés sur l'ensemble du territoire. Il ne s'agit pas d'une interdiction totale et générale sur le territoire belge. Cette gestion de la compulsion des joueurs ne donne pas des résultats optimaux et est en quelque sorte le mariage de l'eau et du feu. Chacun doit rester dans son secteur d'activité.

En bref, l'article 54§3 pourrait être complété de la manière suivante :

« La commission prononce d'office ou sur requête de tout intéressé l'interdiction d'accès aux jeux de hasard des joueurs, après s'être entourée de tous renseignements utiles, y compris une audition. L'interdit peut demander la levée de l'interdiction à la commission qui se prononce après s'être entourée de tous renseignements utiles. Les deux décisions sont motivées et communiquées à l'intéressé et au requérant dans un délai de huit jours ».

Notons que d'autres améliorations de ce système de protection pourraient être envisagées comme l'échange des listes des interdits avec la France et les Pays-Bas. Un accord bilatéral suffit entre les États. En tout état de cause, les interdits volontaires peuvent étendre leur demande à un territoire plus vaste que celui de la Belgique et pour d'autres jeux que ceux offerts dans les casinos et les salles de jeux.

En outre, une saisine d'office pourrait également inclure l'interdiction d'accès des joueurs à l'égard desquels il existe des présomptions de tricherie. Actuellement, les tricheurs n'entrent pas en ligne de compte pour une interdiction dans le cadre de la banque Epis. Chaque accès est vérifié ; chaque jour, les informations relatives au fonctionnement des machines sont transmises à la Commission qui les examine actuellement par échantillon. Un traitement systématique informatisé s'imposerait aussi bien pour les machines que les jeux de table.

Besoin d'une réforme structurelle de la Commission des jeux de hasard et d'argent

La protection concrète au plan médical, juridique et social passe par une réforme structurelle de la Commission des jeux de hasard. L'article 61 de la loi du 7 mai 1999 stipule que « le Roi prend les mesures relatives à la rédaction d'un code de déontologie, à l'information du public des dangers inhérents au jeu ». Le principe d'une information active est acquis dans cet article qui contient les ferments d'une protection plus active du joueur par la mise en place de structures médicales, sociales et juridiques des victimes du jeu sous l'égide de la Commission des jeux de hasard.

Pour pouvoir mener une politique publique de jeu de hasard cohérente, il importe que l'autorité chargée de proposer et d'exécuter cette politique soit indépendante à l'égard de l'administration et puisse bénéficier d'une légitimité démocratique pour donner des avis sur la politique générale à suivre et prendre des décisions graves de conséquences dans les dossiers individuels. Les régulateurs sont en général de petites entités avec des compétences pointues qui s'accommodent mal des administrations géantes pour obtenir les moyens de fonctionnement et en personnel nécessaires pour remplir leurs tâches.

L'objectif est la recherche et le maintien d'équilibres requis entre l'intérêt général, y compris l'ordre public et le bon fonctionnement des opérateurs de jeux. Le régulateur a l'obligation d'assurer la mise en place d'un système qui garantisse une protection efficace des joueurs. Le régulateur apparaît à l'intersection de deux sources du droit économique – sources privées et sources publiques – et à la réaction des pouvoirs publics face aux pouvoirs privés. Aussi, le Parlement a-t-il souvent choisi de placer les régulateurs (Commission de la protection de la vie privée, Comité P[74], Comité R[75], les notaires, le conseil supérieur de la Justice…) sous son autorité afin de pouvoir donner des impulsions, d'en assurer l'indépendance par rapport à la tutelle administrative et financière, tout en exerçant lui-même cette mission. Personne d'autre que le Parlement ne peut mieux contrôler l'usage des rétributions perçues par la Commission des jeux de hasard, versées sur un fonds budgétaire spécial réservé pour l'installation, le personnel et le fonctionnement de la Commission des jeux de hasard et de son secrétariat. Le fonctionnement de la Commission inclut la protection dynamique des victimes du jeu et donc l'affectation de moyens, sous un contrôle scientifique, pour parvenir à cet objectif. Ce fonds budgétaire a réuni plus de 10 millions d'euros de réserves qui doivent être affectées au bon fonctionnement de ce régulateur.

74. Comité P : Comité permanent de contrôle des services de police

75. Comité R : Comité permanent de contrôle des services de renseignements

Affecter cet argent à d'autres fins n'est pas possible, car les rétributions deviendraient alors des impôts. Or, la rétribution sert à couvrir des services rendus aux différents secteurs du jeu.

On doit considérer que, ne pas affecter ce montant au bon fonctionnement de la Commission constitue un détournement de la finalité de la perception de ces rétributions. Le Trésor bénéficie d'un prêt gratuit à charge des opérateurs. Compte tenu que le budget de la Commission des jeux de hasard ne bénéficie pas d'une gestion séparée, les mécanismes budgétaires généraux impliquent que les rétributions arrivent dans une manne commune, dont le gouvernement peut disposer, et ne sont donc pas directement consacrées à la politique des jeux. Ce mécanisme hypothèque une politique de contrôle strict des opérateurs, ainsi que la réussite des projets scientifiques de nature à donner une meilleure compréhension et une meilleure transparence du marché du jeu. Ce fonds financier doit être affecté à une amélioration de la politique du jeu et à une meilleure approche du traitement médical des joueurs lorsque ceux-ci ont touché le « fond ».

Qui d'autre que le Parlement peut être un meilleur garant d'une telle utilisation des rétributions votées par lui ?

En conclusion, la protection du joueur est essentielle pour le joueur compulsif qui a perdu son libre arbitre, pour son entourage direct qui supporte les effets collatéraux du jeu et pour la société qui supporte le coût social. Il ne faut pas perdre de vue non plus la criminalité (crimes, faux, détournement, vols...) induite pour satisfaire le besoin d'argent pour jouer.

Si le législateur veut renforcer cet aspect, la tâche est immense. Il existe une véritable attente du citoyen pour qu'un débat de société naisse devant l'explosion de l'offre de jeux de hasard. La protection du joueur est la clef de voûte de la politique cohérente et publique des jeux dont les volets éthiques, juridiques, économiques et techniques doivent être abordés avec des outils scientifiques. Il est impératif que la politique publique des jeux de hasard soit considérée comme une matière prioritaire aussi bien pour les autorités parlementaires, gouvernementales et judiciaires. Ce choix implique que le parlement légifère en matière de jeux, que le gouvernement propose et exécute un plan de sécurité nationale et que les autorités judiciaires tranchent les conflits générés par les initiatives qui ne rencontrent pas la politique définie par le parlement.

Etienne Marique
Magistrat, Président de la Commission des jeux de hasard, Belgique

Annexes

ANNEXE 1

Expertise collective Inserm : éléments de méthode

L'Expertise collective Inserm[76] apporte un éclairage scientifique sur un sujet donné dans le domaine de la santé à partir de l'analyse critique et de la synthèse de la littérature scientifique internationale. Elle est réalisée à la demande d'institutions souhaitant disposer des données récentes issues de la recherche utiles à leurs processus décisionnels en matière de politique publique. L'Expertise collective Inserm doit être considérée comme une étape initiale, nécessaire mais le plus souvent non suffisante, pour aboutir aux prises de décision. Les conclusions apportées par les travaux d'expertise collective contribuent, mais ne peuvent se substituer, au débat des professionnels concernés ou au débat de société si les questions traitées sont particulièrement complexes et sensibles.

L'Expertise collective Inserm peut être complétée, à la demande d'un commanditaire, par une expertise « opérationnelle » qui s'intéresse à l'application des connaissances et recommandations en tenant compte de facteurs contextuels (programmes existants, structures, acteurs, formations…). Ce type d'expertise sollicite la participation d'acteurs de terrain susceptibles de répondre aux aspects de faisabilité, de représentants d'administrations ou institutions chargées de promouvoir les applications dans le domaine concerné, d'experts ayant participé aux expertises, de représentants d'associations de patients. La mise en commun de cultures et d'expériences variées permet une approche complémentaire à l'expertise collective dans un objectif d'opérationnalité. De même, différents travaux (recommandations de bonnes pratiques, audition publique…) conduits sous l'égide de la Haute autorité de santé (HAS) peuvent faire suite à une expertise collective Inserm.

L'expertise collective est une mission de l'Inserm depuis 1994. Une soixantaine d'expertises collectives ont été réalisées dans de nombreux domaines de la santé. L'Institut est garant des conditions dans lesquelles l'expertise est réalisée (exhaustivité des sources documentaires, qualification et indépendance des experts, transparence du processus).

Le Centre d'expertise collective Inserm organise les différentes étapes de l'expertise depuis la phase d'instruction jusqu'aux aspects de communication du rapport avec le concours des services de l'Inserm. L'équipe du Centre d'expertise collective constituée d'ingénieurs, de chercheurs et d'un secrétariat

76. Label déposé par l'Inserm

assure la recherche documentaire, la logistique et l'animation des réunions d'expertise, et contribue à la rédaction scientifique et à l'élaboration des produits de l'expertise. Des échanges réguliers avec d'autres organismes publics (EPST) pratiquant le même type d'expertise collective ont permis de mettre en place des procédures similaires.

Instruction de la demande

La phase d'instruction permet de définir la demande avec le commanditaire, de vérifier qu'il existe bien une littérature scientifique accessible sur la question posée et d'établir un cahier des charges qui précise le cadrage de l'expertise (état des lieux du périmètre et des principales thématiques du sujet), sa durée et son budget à travers une convention signée entre le commanditaire et l'Inserm.

Au cours de cette phase d'instruction sont également organisées par l'Inserm des rencontres avec les associations de patients pour prendre connaissance des questions qu'elles souhaitent voir traitées et des sources de données dont elles disposent. Ces informations seront intégrées au programme scientifique de l'expertise. Pour certains sujets, un échange avec des partenaires industriels s'avère indispensable pour avoir accès à des données complémentaires inaccessibles dans les bases de données.

Mise en place d'un comité de suivi et d'une cellule d'accompagnement de l'expertise

Un comité de suivi constitué de représentants du commanditaire et de l'Inserm est mis en place. Il se réunit plusieurs fois au cours de l'expertise pour suivre la progression du travail des experts, évoquer les difficultés éventuelles rencontrées dans le traitement des questions, veiller au respect du cahier des charges et examiner d'éventuels nouveaux éléments du contexte réglementaire et politique utiles pour le travail en cours. Le comité est également réuni en fin d'expertise pour la présentation des conclusions de l'expertise avant l'établissement de la version finale du rapport.

Pour les expertises traitant de sujets sensibles, une cellule d'accompagnement est également mise en place qui réunit des représentants de la Direction générale de l'Inserm, du conseil scientifique, du comité d'éthique de l'Inserm, du département de la communication, des chercheurs en sciences humaines et sociales et des spécialistes d'histoire des sciences. Cette cellule a pour rôle de repérer au début de l'expertise les problématiques susceptibles d'avoir une forte résonance pour les professionnels concernés et pour la société civile et de suggérer l'audition de professionnels des domaines connexes, de représentants de la société civile et d'associations de patients. En bref, il s'agit de prendre la mesure de la perception que les différents destinataires pourront

avoir de l'expertise. Avant la publication de l'expertise, la cellule d'accompagnement porte une attention particulière à la façon dont la synthèse et les recommandations sont rédigées incluant si nécessaire l'expression de différents points de vue. En aval de l'expertise, la cellule a pour mission de renforcer et d'améliorer la diffusion des résultats de l'expertise en organisant par exemple des colloques ou séminaires avec les professionnels du domaine et les acteurs concernés ou encore des débats publics avec les représentants de la société civile. Ces échanges doivent permettre une meilleure compréhension et une appropriation de la connaissance issue de l'expertise.

Réalisation de la recherche bibliographique

Le cahier des charges, établi avec le commanditaire, est traduit en une liste exhaustive de questions scientifiques correspondant au périmètre de l'expertise avec l'aide de scientifiques référents du domaine appartenant aux instances de l'Inserm. Les questions scientifiques permettent d'identifier les disciplines concernées et de construire une arborescence de mots clés qui servira à une interrogation systématique des bases de données biomédicales internationales. Les articles et documents sélectionnés en fonction de leur pertinence pour répondre aux questions scientifiques constituent la base documentaire qui sera transmise aux experts. Il sera demandé à chacun des membres du groupe de compléter tout au long de l'expertise cette base documentaire.

Des rapports institutionnels (parlementaires, européens, internationaux…), des données statistiques brutes, des publications émanant d'associations et d'autres documents de littérature grise sont également repérés (sans prétention à l'exhaustivité) pour compléter les publications académiques et mis à la disposition des experts. Il leur revient de prendre en compte, ou non, ces sources selon l'intérêt et la qualité des informations qu'ils leur reconnaissent. Enfin, une revue des principaux articles de la presse française est fournie aux experts au cours de l'expertise leur permettant de suivre l'actualité sur le thème et sa traduction sociale.

Constitution du groupe d'experts

Le groupe d'experts est constitué en fonction des compétences scientifiques nécessaires à l'analyse de l'ensemble de la bibliographie recueillie et à la complémentarité des approches. L'Expertise collective Inserm étant définie comme une analyse critique des connaissances académiques disponibles, le choix des experts se fonde sur leurs compétences scientifiques, attestées par leurs publications dans des revues à comité de lecture et la reconnaissance par leurs pairs. La logique de recrutement des experts fondée sur leur compétence scientifique et non leur connaissance du terrain est à souligner,

dans la mesure où il s'agit d'une source récurrente de malentendus lors de la publication des expertises.

Les experts sont choisis dans l'ensemble de la communauté scientifique française et internationale. Ils doivent être indépendants du partenaire commanditaire de l'expertise et de groupes de pression reconnus. La composition du groupe d'experts est validée par la Direction générale de l'Inserm.

Plusieurs scientifiques extérieurs au groupe peuvent être sollicités pour apporter ponctuellement leur contribution sur un thème particulier au cours de l'expertise.

Le travail des experts dure de 12 à 18 mois selon le volume de littérature à analyser et la complexité du sujet.

Première réunion du groupe d'experts

Avant la première réunion, les experts reçoivent un document explicatif de leur mission, le programme scientifique (les questions à traiter), le plan de travail, la base bibliographique de l'expertise établie à ce jour ainsi que les articles qui leur sont plus spécifiquement attribués selon leur champ de compétence.

Au cours de la première réunion, le groupe d'experts discute la liste des questions à traiter, la complète ou la modifie. Il examine également la base bibliographique et propose des recherches supplémentaires pour l'enrichir.

Analyse critique de la littérature par les experts

Au cours des réunions, chaque expert est amené à présenter oralement son analyse critique de la littérature sur l'aspect qui lui a été attribué dans son champ de compétence en faisant la part des acquis, incertitudes et controverses du savoir actuel. Les questions, remarques, points de convergence ou de divergence suscités par cette analyse au sein du groupe sont pris en considération dans le chapitre que chacun des experts rédige. Le rapport d'analyse, regroupant ces différents chapitres, reflète ainsi l'état de l'art dans les différentes disciplines concernées par le sujet traité. Les références bibliographiques utilisées par l'expert sont citées au sein et en fin de chapitre.

Synthèse et recommandations

Une synthèse reprend les grandes lignes de l'analyse de la littérature et en dégage les principaux constats et lignes de force. Certaines contributions d'intervenants extérieurs au groupe peuvent être résumées dans la synthèse.

Cette synthèse est plus spécifiquement destinée au commanditaire et aux décideurs dans une perspective d'utilisation des connaissances qui y sont

présentées. Son écriture doit donc tenir compte du fait qu'elle sera lue par des non scientifiques.

Dès la publication du rapport, cette synthèse est mise en ligne sur le site Web de l'Inserm. Elle fait l'objet d'une traduction en anglais qui est accessible sur le site du NCBI/NLM (*National Center for Biotechnology Information* de la *National Library of Medecine*) et Sinapse (*Scientific INformAtion for Policy Support in Europe*, site de la Commission Européenne).

À la demande du commanditaire, certaines expertises collectives s'accompagnent de « recommandations ». Deux types de « recommandations » sont formulés par le groupe d'experts. Des « principes d'actions » qui s'appuient sur un référentiel scientifique validé pour définir des actions futures en santé publique (essentiellement en dépistage, prévention et prise en charge) mais qui en aucun cas ne peuvent être considérés comme des recommandations « opérationnelles » dans la mesure où les éléments du contexte économique ou politique n'ont pas été pris en compte dans l'analyse scientifique. Des « axes de recherche » sont également proposés par le groupe d'experts pour combler les lacunes de connaissances scientifiques constatées au cours de l'analyse. Là encore, ces propositions ne peuvent être considérées comme des recherches « prioritaires » sans une mise en perspective qu'il revient aux instances concernées de réaliser.

Lecture critique du rapport et de la synthèse par des grands « lecteurs »

Pour certaines expertises traitant de sujets sensibles, une note de lecture critique est demandée à plusieurs grands « lecteurs » choisis pour leurs compétences scientifiques ou médicales, exerçant des fonctions d'animation ou d'évaluation dans des programmes de recherche français ou européens ou encore participant à des groupes de travail ministériels. De même, le rapport et la synthèse (et recommandations) peuvent être soumis à des personnalités ayant une bonne connaissance du « terrain » et susceptibles d'appréhender les enjeux socioéconomiques et politiques des connaissances (et propositions) qui sont présentées dans l'expertise.

Présentation des conclusions de l'expertise et mise en débat

Un séminaire ouvert à différents milieux concernés par le thème de l'expertise (associations de patients, associations professionnelles, syndicats, institutions…) permet une première mise en débat des conclusions de l'expertise. C'est à partir de cet échange que peut être établie la version finale du document de synthèse intégrant les différents points de vue qui se sont exprimés.

ANNEXE 2

South Oaks Gambling Screen (Lesieur et Blume, 1987 ; traduction française : Lejoyeux, 1999)

1. Indiquez s'il vous plaît auquel(s) des jeux suivants vous avez déjà joué dans votre vie. Pour chaque type de jeu, choisissez l'une des réponses proposées.

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois ou plus par mois	Une fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
a) Jouer à une loterie (loto, euromillion…)					
b) Jouer dans un casino					
c) Jouer au bingo et aux jeux de grattage					
d) Jouer aux cartes pour de l'argent					
e) Parier de l'argent sur des courses de chevaux ou d'autres animaux (PMU, salles de jeux…)					
f) Jouer de l'argent à la bourse					
g) Jouer aux machines à sous					
h) Jouer aux boules, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent					
i) Jouer aux dés pour de l'argent					
j) Parier sur des résultats sportifs (loto sportif…)					
k) Jouer à tout autre jeu pour de l'argent ? Préciser : ……..					

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

☐ N'a jamais joué
☐ 1 € ou moins
☐ Entre 1 € et 15 €
☐ Entre 15 € et 150 €
☐ Entre 150 € et 1 500 €
☐ Entre 1 500 € et 15 000 €
☐ Plus de 15 000 €

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

☐ Père
☐ Mère
☐ Frères ou sœurs
☐ Époux ou concubin
☐ Non
☐ Enfants
☐ Grands-parents
☐ Autres parents
☐ Ami ou personne importante de votre 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
☐ À 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 j'ai perdu
☐ Oui, la plupart des fois où j'ai perdu

6. Avez-vous actuellement ou avez-vous eu à un moment de votre vie des difficultés avec le jeu ?

☐ Non
☐ Oui, dans le passé mais pas 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 pas ?

☐ 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 autre personne importante de votre vie ?

☐ Oui ☐ Non

12. Vous êtes-vous déjà disputé avec votre compagne ou compagnon au sujet de la façon dont vous gérez l'argent ?

☐ Oui ☐ Non

13. (Si vous avez répondu 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 jeu, à qui avez-vous déjà emprunté ? (Cocher oui ou non pour chacun)

	Oui	Non
A) L' argent de votre budget familial		
B) L' argent de votre conjoint(e) ou ami(e)		
C) L' argent d'un membre de la famille		
D) L' argent d'une banque ou d'une compagnie de crédit		
E) L' argent d'une carte de crédit		
F) L' argent de prêts usuriers		
G) L' argent provenant de vente d'actions, de valeurs ou de bons d'épargne		
H) Le produit de la vente d'une propriété personnelle ou familiale		
I) Chèques sans provision		
J) Vous avez un crédit dans une salle de jeu ou un casino		
K) Autre, précisez :		

Annexe 3

Section jeu pathologique du DSM-IV (*American Psychiatric Association, 1994 ;* traduction française : Guelfi et coll., 1996)

Critères diagnostiques du F63.0 [312.31] – Jeu pathologique

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent 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 personnes 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.

Annexe 4

Section jeu pathologique de la CIM-10 (Organisation mondiale de la santé, 1993)

F63.0 **Jeu pathologique**

Trouble consistant en des épisodes répétés et fréquents de jeu qui dominent la vie du sujet au détriment des valeurs et des obligations sociales, professionnelles, matérielles et familiales. Ces personnes peuvent mettre leur travail en péril, contracter des dettes importantes, mentir ou transgresser la loi pour obtenir de l'argent ou tenter d'échapper au paiement de leurs dettes. Le sujet décrit un besoin urgent de jouer, difficile à contrôler, s'accompagnant d'idées et d'images représentant l'acte de jouer et les circonstances qui l'entourent. Ces préoccupations et envies sont souvent plus importantes dans les périodes de tension accrue. Ce trouble est également appelé « jeu compulsif » ; mais ce terme semble moins approprié car d'une part le comportement n'est pas compulsif à proprement parler et d'autre part ce trouble n'a aucun rapport avec le trouble obsessionnel-compulsif.

Directives pour le diagnostic

La caractéristique essentielle est le jeu répété de façon persistante qui continue et prend souvent de l'ampleur malgré des répercussions sociales défavorables comme la ruine matérielle, la détérioration des relations familiales et la perturbation de la vie personnelle.

Inclure : jeu compulsif

Diagnostic différentiel. Le jeu pathologique doit être distingué :
a) de l'habitude jouer et de faire des paris (Z72.6) (ces personnes jouent fréquemment par passion ou pour tenter de gagner de l'argent et peuvent réfréner leur habitude en cas de grosses pertes ou d'autres désagréments) ;
b) du jeu excessif chez les patients maniaques (F30) ;
c) du jeu chez les personnalités dyssociales (F60.2) (ces personnes font preuve de perturbations plus générales et durables du comportement social, à en juger par leurs actes agressifs ou d'autres manifestations de leur indifférence évidente à l'égard du bien-être et des sentiments d'autrui).

ANNEXE 5

Gamblers Anonymous 20 items

Are you a compulsive gambler?

Only you can decide. In short, compulsive gamblers are those whose gambling has caused continuing problems in any facet of their lives. The following questions may be of help to you:

1. Did you ever lose time from work due to gambling?
2. Has gambling ever made your home life unhappy?
3. Did gambling affect your reputation?
4. Have you ever felt remorse after gambling?
5. Did you ever gamble to get money with which to pay debts or otherwise solve financial difficulties?
6. Did gambling cause a decrease in your ambition or efficiency?
7. After losing did you feel you must return as soon as possible and win back your losses?
8. After a win did you have a strong urge to return and win more?
9. Did you often gamble until your last dollar was gone?
10. Did you ever borrow to finance gambling?
11. Have you ever sold anything to finance gambling?
12. Were you reluctant to use "gambling money" for normal expenditures?
13. Did gambling make you careless of the welfare of yourself and your family?
14. Did you ever gamble longer than you had planned?
15. Have you ever gambled to escape worry or trouble?
16. Have you ever committed, or considered committing, an illegal act to finance gambling?
17. Did gambling cause you to have difficulties in sleeping?
18. Do arguments, disappointments or frustrations create within you an urge to gamble?
19. Did you ever have an urge to celebrate any good fortune by a few hours of gambling?
20. Have you ever considered self destruction as a result of your gambling?

Most compulsive gamblers will answer "yes" to at least seven of these questions.

If you answered "yes" to at least seven of these questions you may want to look at list of Gamblers Anonymous meeting locations in Minnesota.

ANNEXE 6

CPGI (*Canadian Problem Gambling Index*) ou Indice canadien du jeu problématique

Ce questionnaire d'auto-évaluation est fondé sur l'indice canadien du jeu problématique (*Canadian Problem Gambling Index*). Il vous aidera à déterminer si vous devez prendre des mesures correctrices ou non.

Au cours des 12 derniers mois :	**Score**
Avez-vous misé plus d'argent que ce que vous pouviez vous permettre de perdre ? **0** Jamais **1** Parfois **2** La plupart du temps **3** Presque toujours	
Avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ? **0** Jamais **1** Parfois **2** La plupart du temps **3** Presque toujours	
Êtes-vous retourné jouer une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ? **0** Jamais **1** Parfois **2** La plupart du temps **3** Presque toujours	
Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ? **0** Jamais **1** Parfois **2** La plupart du temps **3** Presque toujours	
Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ? **0** Jamais **1** Parfois **2** La plupart du temps **3** Presque toujours	
Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ? **0** Jamais **1** Parfois **2** La plupart du temps **3** Presque toujours	
Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu (même si vous estimiez qu'elles avaient tort) ? **0** Jamais **1** Parfois **2** La plupart du temps **3** Presque toujours	
Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre ménage ? **0** Jamais **1** Parfois **2** La plupart du temps **3** Presque toujours	
Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ? **0** Jamais **1** Parfois **2** La plupart du temps **3** Presque toujours	
Score total	

Additionnez les points. Plus vos résultats sont élevés, plus le risque que vous ayez un problème de jeu est grand.

0 : Pas de problème de jeu.
1 ou 2 : Habitudes de jeu à faible risque qui semblent avoir peu de conséquences négatives ou ne pas en avoir du tout.
3 à 7 : Habitudes de jeu à risque modéré qui ont certaines conséquences négatives.
8 ou plus : Jeu problématique qui a des conséquences négatives et peut être hors de contrôle.

ANNEXE 7

Données de l'association « SOS joueurs »

L'association « SOS joueurs » est une association loi 1901 créée en 1990. Son objectif est le traitement, l'étude et la prévention du jeu pathologique. Les publics visés sont les joueurs, les familles, les professionnels et les opérateurs de jeu. L'association anime une permanence téléphonique, des consultations et des groupes de parole. Elle fonctionne avec des professionnels spécialisés dans le domaine social, psychologique et juridique.

Activité de « SOS joueurs » en 2007

Rapport chiffré	2007
Appels reçus	
Joueurs	1 208
Entourage	841
Professionnels (hors opérateurs)	83
Autres	673
Appels non traités (déjà en ligne)	123
Appels en absence (messages hors ouverture, WE)	821
Total	3 749
Appels émis	
Professionnels (hors opérateurs)	154
Joueurs et familles	260
Total	414
Courriers reçus	600
Courriers envoyés	514
Rendez-vous	
Joueurs	1 338
Entourage	109
Total	1 447
Groupes (Moyenne participants 12)	48
Visites site Internet	18 811

De 1990 à 2007, nous avons collecté un nombre considérable de données mesurables – quantitatives et qualitatives – concernant plusieurs milliers de joueurs en demande d'aide. Celles-ci font actuellement l'objet d'un traitement.

En 17 années d'existence, nous avons constaté de nets changements, année après année, des pratiques de jeu et du « profil » des joueurs dépendants.

Nous présentons les grands traits de cette population encore méconnue, sans les commenter, après un balayage rapide d'un échantillon de joueurs ayant contacté « SOS Joueurs » les deux dernières années.

Quelques grandes tendances

Caractéristiques des joueurs

	2005 (n=915) (%)	2006 (n=914) (%)
Sexe masculin	71,0	73,1
Âge 30-59 ans	72,3	73,6
Marié ou union libre	66,8	66,4
Ouvriers et employés	42,8	41,2
Inactifs : chômage, invalidité, retraite…	32,0	37,8
Avec enfants	67 % (nombre d'enfants, en moyenne 1,43)	67,8 % (nombre d'enfants, en moyenne 1,48)

Début du jeu

	2005 (moyennes)	2006 (moyennes)
Âge début jeu	n=831 (33,7 ans)	n=873 (33,4 ans)
Joue depuis	n=873 (10,5 ans)	n=874 (10,8 ans)
Problèmes depuis	n=873 (6,4 ans)	n=873 (6,0 ans)

Conséquences sur le plan sanitaire et social

Dettes dues au jeu	2005 (n=790) (%)	2006 (n=814) (%)
Joueurs endettés	83,7	82,1
En surendettement	6,3	5,7

Les conséquences financières ne sont lisibles que si l'on tient compte de cette réalité : enfants parfois en bas âge qui ne sont plus nourris correctement ; loyers impayés ; endettement qu'une vie de travail ne suffira pas à rembourser ; vente du patrimoine familial ; endettement de la famille pour venir en aide au joueur…

Pour les joueurs qui étaient capables d'en donner une estimation, le capital emprunté pour le jeu représente un total de :

- 2005 (n=766) : 29 602 435 Euros
- 2006 (n=625) : 29 598 750 Euros

Tentatives de suicide

2005 n=915	2006 n=914
3,3 %	3,8 %

Nous avons eu connaissance de cas de suicides. Nous constatons que l'entourage familial ne « peut » mentionner les suicides dès lors qu'ils sont associés au jeu : la honte l'emporte tout comme elle l'emporte pour solliciter une aide.

Dépendances associées

	2005 (n=915) (%)	2006 (n=914) (%)
Tabac	47,2	48,5
Alcool	4,4	4,5
Toxicomanie	1,7	1,4

Conséquences légales

	2005 (n=915)	2006 (n=914)
Délits commis	278	372
Récidive légale	13 joueurs	15 joueurs

Jeux pratiqués

	2005 (n=915) (%)	2006 (n=914) (%)
Jeux de la FdJ	23,9	21,0
Jeux du PMU	24,3	28,6
Jeux de casinos	61,7	49,5

Jeux de cercles	4,4	3,9
Jeux sur Internet	4,9	11,6
Jeux clandestins	3,7	3,1
Jeux autres	0,2	0,7
Jeux vidéo	0,7	0,2
Jeux NC	0,7	0,5

Nb : un joueur pouvant pratiquer plusieurs jeux, le total dépasse les 100 %.

Les résultats restitués ci-dessus sont bruts. Ils ne sont pas pondérés par les demandes de joueurs ayant découvert « SOS Joueurs » par les plaquettes mises à leur disposition par les casinos adhérents du Syndicat des Casinos de France, la Française des jeux ou le PMU.

Évolution

Jeux de casinos

Les casinos sont moins fréquemment cités que les autres années : ainsi les résultats bruts indiquent moins 12 % par rapport à l'année 2005.

Jeux d'argent sur Internet

L'explosion de l'offre de jeux sur Internet génère un afflux encore modéré de demandes d'aide : 11,6 % en 2006, celles-ci concernant essentiellement les jeux de casinos en ligne. Les résultats bruts indiquent cependant une augmentation de 6,7 % par rapport à l'année 2005.

Poker

Nous avons choisi d'isoler le poker aujourd'hui très tendance car il apparaît lui aussi en progression dans les pratiques de jeu recensées.

	2005 (n=915) (%)	2006 (n=914) (%)
Poker Internet	0,5	3,5
Poker casino	-	0,7
Poker cercles	2,5	2,2
Poker hors cadre légal	1,5	1,4
Total	4,5	7,8

Jeux vidéo

Nous ne mettons pas en doute qu'il y ait un nombre important de personnes concernées par ce phénomène mais nous constatons le peu de demandes d'aide concernant ces jeux (provenant d'ailleurs des parents dans le peu de cas recensés).

En conclusion, le montant colossal des dettes contractées par les joueurs n'a pu échapper au lecteur, ni sans qu'il soit besoin de le commenter, l'impact qui en découle sur l'entourage familial au quotidien.

Les financements des structures associatives d'aide aux joueurs et celui des recherches menées sur le jeu pathologique dans les structures hospitalières ou par des chercheurs indépendants sont en question. Pour l'instant, comme dans bon nombre d'autres pays, il provient des opérateurs de jeu (comme c'est le cas pour SOS Joueurs depuis 2001).

Compte tenu de la gravité des conséquences sanitaires et sociales du jeu pathologique, nous sommes enclins à penser qu'il serait utile de créer une instance – indépendante – qui se verrait confier la mission de gérer les fonds émanant des opérateurs de jeu pour le traitement du jeu pathologique et sa prévention. Ces fonds pouvant, entre autres, être répartis entre les structures existantes et futures, actives sur ce terrain (comme les CSAPA, centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) et financer les projets de recherche.

Armelle Achour
Secrétaire générale SOS Joueurs

Imprimé par JOUVE, 11, boulevard de Sébastopol, 75001 PARIS
N° 460555X — Dépôt légal : Juillet 2008

Expertise collective

Jeux de hasard et d'argent

Contextes et addictions

En plein développement, les jeux de hasard et d'argent arrivent maintenant au domicile du joueur grâce à Internet. Si pour de nombreuses personnes ils ne constituent qu'une activité récréative, pour d'autres, une pratique excessive peut entraîner des conséquences au niveau individuel, familial et socio-professionnel. Chez certains joueurs, le jeu peut atteindre la dimension d'une conduite addictive. Le « jeu pathologique » est devenu une préoccupation des pouvoirs publics mais aussi des opérateurs de jeu.

La nécessité d'apporter aide, soutien et soin aux personnes en difficulté avec le jeu a motivé la demande faite à l'Inserm par la Direction générale de la santé, d'une expertise collective.

Cette expertise collective rend compte à la fois d'un phénomène individuel et collectif, social et médical et analyse l'addiction au jeu en relation avec les autres addictions et le contexte dans lequel elle se développe.

Prix : 40 €

ISBN 978-2-85598-866-7
ISSN 1264-1782

Inserm

www.inserm.fr