

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1534

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Florence LLINARES

le 15 juin 2015

**JEU PATHOLOGIQUE : REVUE DE LITTÉRATURE ET ETUDE
PORTANT SUR LES LIMITATIONS VOLONTAIRES D'ACCES AUX
SALLES DE JEUX PROPOSEES AUX CLIENTS D'UN GROUPE DE
CASINOTIERS**

Directeur de thèse : Dr Virginie ROUCH

JURY

Monsieur le Professeur	Laurent SCHMITT	Président
Monsieur le Professeur	Philippe BIRMES	Assesseur
Monsieur le Professeur	Christophe ARBUS	Assesseur
Madame le Docteur	Virginie ROUCH	Assesseur
Monsieur le Docteur	Nicolas FRANCHITTO	Suppléant
Monsieur	Bruno CAGNON	Membre invité



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie Thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépat-Gastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALYAS P.	Génétique
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEER AERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYALE.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RECHER Ch.	Hématologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIMERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELUSLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUEW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACKI	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie, Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Génétique	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOLE E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGYN.	Immunologie	M. CHASSAING N.	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P. A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. GANTET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. HAMDI S.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MONTOYAR.	Physiologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PREREM F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale
			M.C.U.

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT,

Nous vous remercions de nous avoir accordé votre confiance et votre soutien autour de ce projet.

Cette expérience aura été très enrichissante pour nous sur les plans humains et institutionnels.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissante de la disponibilité dont vous avez fait preuve à notre égard tout au long de notre internat.

Nous avons eu la chance de travailler dans votre service au cours de notre internat et de bénéficier de la richesse de votre enseignement tant sur le plan théorique que clinique.

Votre humanité à l'égard des patients est un exemple pour nous.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES,

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse.

Vous avez accepté de juger ce travail de thèse.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez montré à l'égard de notre travail.

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement et de vos qualités de chercheur.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de la bienveillance que vous avez eue à l'égard de notre travail.

Nous n'avons malheureusement pas eu la chance de travailler, au cours de notre internat, dans votre équipe.

Veillez recevoir le témoignage de notre respect et de notre sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Virginie ROUCH

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Je te remercie pour ta disponibilité sans égale et ton soutien tout au long de ce projet.

Tes connaissances et ta patience auront été très précieuses.

Tu as su m'encourager quand j'en avais besoin.

J'ai apprécié tes qualités humaines auprès des patients, de l'équipe, des internes.

Travailler à tes côtés a été riche d'enseignements cliniques et théoriques.

Sois assurée de ma reconnaissance et de mon amitié.

Monsieur le Docteur Nicolas FRANCHITTO

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury.

Vous avez accepté avec gentillesse de juger ce travail.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à ce sujet.

Soyez assuré de toute notre considération et de notre reconnaissance.

Monsieur Bruno CAGNON

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury.

Nous vous sommes extrêmement reconnaissante, avant tout, d'avoir permis la réalisation de ce travail en acceptant notre proposition d'étude.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

Nous remercions très chaleureusement le Groupe Lucien Barrière et tout particulièrement les personnes qui ont soutenu ce projet : Monsieur Parré, Monsieur Darago, la très dynamique Mme Tafforin « Superviseur toulousaine », ainsi que leurs collaborateurs.

Merci à Matthieu pour ta participation, tes conseils et ta patience dans la réalisation de ce travail.

A mes co-internes : Diane B., Juliette, Amélie, Emilie, Marie, Raphaël, Marc, Diane C., au reste de la promotion psy 2010, à Fleur, à Mathias, et aux autres internes que j'ai pu croiser...

Aux équipes des services qui ont jalonné mon internat : merci de m'avoir accompagnée et soutenue.

Merci à Françoise, à Cécile et à l'équipe des Chemins de la Landes à Lannemezan d'avoir éveillé ma curiosité et mon engouement pour ce métier.

Merci aux équipes de l'UF3 et de l'UF1, merci tout particulièrement à Clara ;

A la Neuro 41, merci à Nelly, Rachel et Pascal pour vos précieux enseignements et votre approche si humaine de la Médecine. Je n'oublierai jamais ces moments à vos côtés ;

Aux équipes du secteur 4 et SMPR de l'hôpital Gérard Marchant ;

A la Villa Ancely, merci à Franck et à Laure ;

A l'équipe des Bourdettes et de la ConsultADO, merci à Laurence et à Aurélia pour leurs enseignements et leur soutien au cours de ces mois de rédaction (et de grossesse).

Aux patients.

Anna, parmi nous depuis si peu de temps, tu me combles déjà de bonheur.

Pascal, pour ton soutien, ta confiance, ton amour.

Maman, tu y es pour beaucoup, merci pour tout l'amour que tu m'apportes chaque jour.

Mami et Tonton Gérard, pour votre bienveillance et votre soutien, je vous aime fort.

Tati Jo, Marraine, Tonton et mes cousins chéris Pierre et Jérôme, vous êtes mes trésors.

Tati Camille, si tu pouvais voir ça...

A papi, je sais que tu es avec moi et que tu veilles sur nous. Je n'ai pas de mots assez forts pour te dire à quel point tu me manques, en particulier en ce jour.

Mes beaux parents Michèle et Pierre, merci d'être tels que vous êtes.

Camille et ses parents, rayons de soleil dans un ciel lugubre, vous avez illuminé mon année, merci.

Mes très chers amis, quel plaisir de vous retrouver à chaque fois ! Vous m'avez grandement soutenue pendant toutes ces années et je vous en remercie : Alice, Claire, Sophie, Mathilde, Eric, Romain, Jo, Aurél, Geoffrey.

IPSArace et les amis de Toulouse : Vio, Chris, Rouquine, Yo, Thib, Flo ; les vieux « potustres » : Nico, LiHug, Dams et une pensée aussi pour ceux qui sont loin.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	17
I. REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE	18
A. Introduction et historique des jeux de hasard	18
1. Introduction.....	18
2. Histoire des jeux de hasard	19
3. Place des jeux de hasard dans la société française	21
B. Définition du jeu pathologique	23
1. Définition du DSM-IV.....	23
2. Définition du DSM-5.....	25
3. Définition de la CIM-10	27
C. Outils d'évaluation du jeu pathologique	28
1. La section « jeu pathologique » du DSM-IV et <i>Gambling disorder</i> du DSM 5.....	28
2. Le questionnaire South Oaks Gambling Screen (SOGS)	28
3. L'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE).....	29
4. Lie/Bet Questionnaire	29
D. Epidémiologie du jeu pathologique	30
1. Prévalence estimée en France en 2010, avant l'ouverture du marché de l'offre de jeu en ligne.....	30
2. Prévalence estimée en France en 2014, après l'ouverture du marché de l'offre de jeu en ligne.....	34
3. Prévalence estimée à l'étranger.....	37
E. Facteurs de risque	40
1. Facteurs de risque liés aux JHA : facteurs dits structurels	41
2. Facteurs de risque environnementaux ou contextuels : facteurs dits situationnels	47
3. Facteurs de risque liés au sujet	48
F. Comorbidités	53
1. Comorbidités de l'axe I (troubles majeurs cliniques).....	54
2. Comorbidités de l'axe II (troubles de la personnalité).....	57
G. Modèles expérimentaux ou théoriques	59
1. Le modèle analytique	59
2. L'approche cognitive	60

3.	L'approche comportementale.....	64
4.	L'approche neurobiologique	66
H.	Les traitements.....	70
1.	Pharmacothérapie.....	71
2.	Associations d'entraide par les pairs.....	77
3.	Psychothérapies	78
I.	La prévention.....	97
1.	Différentes notions de prévention	97
2.	Prévention à l'étranger et en France.....	99
3.	Spécificités de la prévention en ligne.....	101
II.	Réflexions préalables à notre travail de recherche.....	103
III.	Etude	112
A.	Matériel et méthodes.....	112
1.	Participants.....	112
2.	Définitions des variables observées	113
3.	Gestion des bases de données et analyses statistiques.....	118
B.	Résultats	119
1.	Participants.....	119
2.	Les limitations volontaires d'accès de la population d'étude.....	123
3.	Les sous-groupes de clients.....	131
4.	Impact de la LVA.....	136
C.	Discussion	138
1.	Les résultats.....	138
2.	Limites et biais de l'étude.....	145
IV.	CONCLUSION	149
V.	BIBLIOGRAPHIE.....	152
VI.	ANNEXES.....	152

Liste des annexes

Annexe 1 : South Oaks Gambling Screen (Lesieur et Blume, 1987; version française de Lejoyeux, 1999)

Annexe 2 : Indice canadien du Jeu Excessif (Ferris et Wynne, 2001)

Annexe 3 : Questionnaire AUDIT (version française) - Alcohol Use Disorders Identification Test (Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. in Addiction 1993)

Annexe 4 : Les douze étapes des Gamblers Anonymous

Annexe 5 : Informations sur les limitations d'accès aux salles de jeux des Casinos du Groupe Lucien Barrière depuis leur création

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANPR : « A ne pas recevoir »
ARJEL : Autorité de Régulation des Jeux en Ligne
CBGT: Cognitive-behavioural group therapy
CBT: Cognitive-behaviour therapy
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CI: Control intervention
CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^{ème} édition
CPGI : Problem Gambling Severity Index of the Canadian Problem Gambling Index
CRJE : Centre de Référence sur le Jeu Excessif
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDJ : Française des Jeux
GA: Gamblers Anonymous
GC : groupe contrôle
ICJE : Indice Canadien du Jeu Excessif
IIQ : intervalle interquartile
IM : Interdiction ministérielle
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
ISRS : inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine
JHA : Jeux de hasard et d'argent
JP : jeu pathologique
LVA : limitation volontaire d'accès
MET: motivational enhancement therapy
MI: Motivational interviewing
ODJ : Observatoire des Jeux
OFDT : Observatoire français des drogues et toxicomanie
OMS : Organisation mondiale de la Santé
OR : Odd ratio
PMU : Paris mutuels urbains
PMH : Paris mutuels hippiques
SMD : Standardised mean difference
SOGS: South Oaks Gambling Screen
RCT : randomised controlled trial
TDAH : Trouble déficit de l'attention / hyperactivité
TOC : Trouble obsessionnel compulsif
TSF: Twelve-Step Facilitated (Group Therapy)

I. REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

A. Introduction et historique des jeux de hasard

1. Introduction

Le jeu est une activité universelle. On s'y adonne pour se divertir, en retirer du plaisir.

Avant même l'acquisition du langage, l'enfant explore, manipule, échange puis fait semblant à travers le jeu. Ce dernier marque le développement des habiletés cognitives, sociales et émotionnelles de l'individu. Pour D.W. Winnicott (1), célèbre psychanalyste anglais, « ce qui est naturel, c'est de jouer ».

D'un point de vue sociologique, R. Caillois (2) définit le jeu comme une « activité **libre** et **volontaire**, source de joie et d'amusement, isolée du reste de l'existence, accomplie dans les limites précises de temps et de lieu, incertaine, comportant des règles précises, fictives et improductives ».

Il propose une classification structurelle du jeu :

- L'*Agôn* est le champ des jeux de compétition (sport) ;
- Le *Mimicry* celui des jeux de rôle, d'imitation (carnaval, théâtre) ;
- L'*Aléa* correspond aux jeux où prédomine le rôle de la chance (loteries) ;
- L'*Ilinx* regroupe les jeux de vertige, de sensation pure (haute voltige, ski, alpinisme).

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) regroupent des activités dont l'issue est déterminée par la chance (*Aléa*) et le vertige (*Ilinx*).

Les jeux de rôle sur Internet où le joueur fait appel à un avatar sont déterminés, quant à eux, par la compétition (*Agôn*) et le simulacre (*Mimicry*). Notre travail se situera uniquement autour des JHA. Il semble important d'exposer ici ces notions pour comprendre que ces jeux

ne font pas appel aux mêmes composantes dans l'attrait qu'ils peuvent susciter, même s'il peut s'agir du même support (Internet).

Le sujet mise de façon irréversible un bien (argent ou objet) et l'issue aboutit à une perte ou un gain, déterminée par le hasard.

Par ailleurs, Boutin évoque trois catégories de JHA (3), en fonction de la part de contrôle qu'il détient sur le déroulement du jeu :

- les JHA sans adresse, correspondant à toutes les formes de loterie ;
- les JHA avec quasi-adresse, où aucune stratégie particulière ne peut garantir l'obtention d'un gain (comme les paris sportifs ou hippiques, le Black Jack) ;
- les JHA avec adresse, comme le poker, où le joueur peut utiliser des informations pertinentes afin d'avoir une influence sur le résultat. Il est important de préciser que le joueur a une influence sur la séquence du jeu et non sur son l'issue, elle, liée au hasard.

2. Histoire des jeux de hasard

Ces jeux sont connus depuis l'Antiquité. Jusqu'au début du XVIIe siècle en France, l'utilisation du hasard est considérée comme une manière d'invoquer le jugement divin et de ce fait, condamnée par l'Eglise. Ils ont d'abord été interdits. De 1566 à 1781, l'État royal s'efforce de limiter les conséquences néfastes des JHA en annulant les dettes contractées au jeu. Entre temps, en 1776, la Loterie royale devient une institution permanente qui diffuse l'offre des JHA. Elle permet à l'Etat royal d'en percevoir des recettes. Il s'agit des premières tentatives de contrôle des JHA. Par la suite, la Loterie royale a laissé la place à la Loterie Nationale en 1933.

Les opérateurs de jeux historiques en France se sont développés au XXe siècle. L'Etat en est le premier bénéficiaire.

Les trois opérateurs de jeux historiques sont actuellement:

- La Française des jeux (FDJ), qui succède à la Loterie nationale en 1980, qui gère le Loto, le Keno et les jeux de grattage ;
- Le Pari mutuel urbain (PMU) apparu en 1931, il gère les paris en dehors des hippodromes (PMH) ;
- Les casinos, autorisés depuis 1806.

Les casinos sont détenus par des groupes d'investissement privés sous contrôle de l'Etat (ministères des Finances et de l'Intérieur) et des collectivités locales. Leur implantation est autorisée dans certaines communes (villes d'eau et à Paris). Y sont proposés les jeux dits de « contrepartie » (roulette ou Black Jack), de cercle (poker) et les machines à sous.

La loi du 12 mai 2010 marque un changement important pour l'offre légale des jeux car elle autorise des jeux en ligne par l'intermédiaire d'autres opérateurs. Avant cette loi, il existait en France un monopole d'Etat exclusif dans ce secteur. Le périmètre d'ouverture des nouveaux opérateurs comprend les paris sportifs, les paris hippiques et le poker en ligne. Les opérateurs historiques ont eux aussi étendu leur proposition à une offre de jeux sur Internet.

L'Observatoire des Jeux (ODJ) et l'Autorité de Régulation des Jeux en Ligne (ARJEL) sont deux institutions créées par la loi du 12 mai 2010.

L'ODJ, créé par décret du 9 mars 2011, est un des éléments du Collège consultatif des jeux. Il contribue à réaliser les objectifs de la politique de l'Etat en matière de JHA.

L'ARJEL, autorité administrative indépendante de l'Etat, délivre des agréments auprès des opérateurs de jeux en ligne. Elle est chargée également de s'assurer du respect des obligations par les opérateurs. Parmi les autres missions attribuées à l'ARJEL, sont à noter : la protection des populations vulnérables, la lutte contre l'addiction, les sites illégaux, la fraude et le blanchiment d'argent.

3. Place des jeux de hasard dans la société française

Les JHA sont des pratiques sociales et culturelles inscrites dans l'histoire très ancienne des loisirs. Aujourd'hui, ils tiennent une place importante dans la vie quotidienne de nombreux français, dans leur temps libre. Il existe une inflation et une diversification des jeux 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. En 7 ans (1999-2006), les mises engagées par les joueurs ont augmenté de 77 % pour la FDJ, de 91 % pour le PMU-PMH et de 75 % pour les casinos.

Selon l'INSEE (4), l'activité de l'industrie du jeu a augmenté de 5,3 % entre 2009 et 2010. Les français ont misé en 2010 plus de 40 milliards d'euros et en 2012 plus de 53 milliards, tous JHA confondus. Ceci correspond à un produit brut (les mises moins les gains) de plus de 8 milliards d'euros.

La dépense moyenne pour les JHA par an et par habitant a plus que doublé en 2 ans. Le français qui dépensait 207 euros en 2010, dépense 460 euros en 2012.

Bien qu'il s'agisse d'une activité récréative et libre pour la majorité des individus, la pratique de ces jeux peut être préjudiciable pour certains. Depuis longtemps, le clinicien constate la relation d'emprise qui peut s'installer entre un individu et son besoin de jouer, passant du plaisir à la contrainte. Ainsi le patient se ruine au jeu, se désespère et, dans les cas les plus graves, peut en venir au suicide. Le jeu peut donc atteindre la dimension d'une conduite addictive, s'accompagnant de conséquences néfastes individuelles, familiales et socio-professionnelles.

Il n'existe aucune donnée épidémiologique sur le sujet en France avant 2010. L'inquiétude sanitaire croît avec l'inflation des jeux de hasard et l'apparition d'Internet les rendant encore plus accessibles, posant la question d'un danger supplémentaire pour le joueur en ligne.

C'est dans ce contexte que législateurs et acteurs de santé ont tenté d'évaluer l'ampleur des problèmes de jeu et leurs conséquences.

A la demande de la Direction générale de la Santé, l'Expertise Collective de l'Inserm sur les JHA de 2008 fait un état des lieux exhaustif. Elle aborde le risque addictif inhérent à la pratique des JHA (5). Cette expertise survient avant l'ouverture à la libre concurrence de l'offre de jeu en ligne. A l'inverse à l'étranger, le jeu pathologique fait l'objet de nombreuses recherches à l'origine de données épidémiologiques fiables.

Le sénateur Trucy a été un des premiers hommes d'Etat contemporains à s'intéresser à l'encadrement des jeux de hasard et à leurs conséquences sanitaires en France. Ses rapports d'informations de 2002 et 2006, au nom de la commission des Finances sur l'évolution des JHA, soulignent plusieurs aspects :

- l'absence de données en France sur l'addiction aux JHA alors que l'engouement et la consommation dans ce secteur augmente et se démocratise (6);
- l'attention à apporter à la protection du consommateur et le manque de moyens pour la prévention et la lutte contre l'addiction aux JHA ;
- l'impact du développement de l'offre de jeu en ligne en termes de Santé Publique.

Nous exposerons les éléments disponibles à ce jour sur le jeu pathologique. Il doit donc être distingué du *jeu social*, conduite conviviale et occasionnelle où les pertes sont acceptables et contrôlées, du *jeu professionnel*, ainsi que des conduites intermittentes de jeu liées à un trouble psychiatrique, bien qu'il existe une comorbidité importante avec certains de ces troubles (7).

B. Définition du jeu pathologique

1. Définition du DSM-IV

Le jeu pathologique apparaît comme entité nosographique dès la troisième édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III) en 1980. Il appartient aux «troubles du contrôle des impulsions, non classés ailleurs». Les critères diagnostiques du DSM-IV (8), sont présentés en figure 1 page 24.

Le jeu pathologique est un comportement répété et persistant exposant à des conséquences sociales, professionnelles et individuelles négatives (7). Pour résumer, Grall-Bronnec (8) décrit le joueur pathologique comme celui qui joue « trop souvent, trop longtemps, trop d'argent ».

Différentes formulations sont retrouvées dans la littérature et ne recouvrent que partiellement la définition du DSM-IV.

- Certains auteurs parlent souvent de *jeu excessif* qui correspond à la définition d'un jeu pathologique probable. Le premier à utiliser ce terme est le clinicien canadien Ladouceur (9). Ce terme fait référence aussi à un outil diagnostique (Indice Canadien du Jeu Excessif ICJE), établi à partir des critères du DSM-IV.
- On peut également retrouver le terme de *joueurs problématiques*, utilisé comme terme générique dans la littérature pour désigner l'ensemble des joueurs rencontrant des difficultés liées à leurs pratiques. Ce terme ne correspond pas à la définition du jeu à risque ou problématique du DSM-IV tel que nous venons de le définir. Il regroupe alors à la fois le jeu pathologique et le jeu problématique.

Figure 1 : Critères diagnostiques du jeu problématique et jeu pathologique selon le DSM-IV (1994)

<p>Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., APA, définit :</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>le jeu à risque ou jeu problématique</u> lorsque 3 ou 4 critères A sont présents associés au critère B;- le « <u>jeu pathologique</u> » lorsqu'au moins 5 critères sont présents parmi les critères de la section A associés au critère B suivants :
<p>A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Préoccupation par le jeu (remémoration d'expériences de jeu passées, prévision de tentatives prochaines, 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, arrêter la pratique.4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique.5. Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (sentiments d'impuissance, culpabilité, anxiété, dépression).6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour "se refaire").7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.8. Commet des actes illégaux (vols, 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 sortir de situations financières désespérées dues au jeu. <p>B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.</p>

Par ailleurs, on remarque que les critères cliniques 2 et 4 du DSM-IV rapprochent le jeu pathologique des troubles liés à l'usage de substances psychotropes:

- la tolérance : besoin d'augmenter au cours du temps les consommations de substance pour obtenir le même effet psychoactif ;
- le syndrome de sevrage : apparition d'un état dysphorique ou anxieux voire de symptômes physiques lorsque le sujet tente de réduire ou d'arrêter de consommer la substance.

Le caractère comparable de ces critères cliniques est discuté dans la littérature. Lesieur (10) considère l'augmentation des enjeux comme une forme de tolérance. Pour Orford (11), le

besoin d'augmenter les enjeux peut représenter à la fois une tentative de compenser ses pertes d'argent et être aussi le reflet d'une recherche croissante d'excitation lors des phases de jeux.

Les travaux, entre autres, de Petry (12), Potenza (13), Fatseas (14) et Denis (15) ont permis une évaluation d'un cadre commun entre le jeu pathologique et la dépendance aux substances psychoactives. Ceci explique l'évolution de la classification de ces troubles au sein du DSM-5.

2. Définition du DSM-5

Le DSM-5, publié en 2013, est pour le moment seulement disponible en version anglophone (16).

Il existe un changement de catégorie pour le jeu pathologique, passant des troubles du contrôle des impulsions aux addictions.

Le diagnostic de jeu pathologique, dénommé en anglais *Gambling disorder*, est rattaché à la section «troubles liés aux substances et troubles addictifs» (*Substance-related and addictive disorders*) et plus précisément aux addictions comportementales. C'est la seule nouvelle catégorie d'addictions comportementales dont les critères sont présentés en figure 2.

Figure 2 : Critères diagnostiques du Gambling disorder selon le DSM-5, APA (2013)

- A. Persistent and recurrent problematic gambling behavior leading to clinically significant impairment or distress, as indicated by the individual exhibiting four (or more) of the following in a 12-month period.
1. Needs to gamble with increasing amounts of money in order to achieve the desired excitement.
 2. Is restless or irritable when attempting to cut down or stop gambling.
 3. Has made repeated unsuccessful efforts to control, cut back, or stop gambling.
 4. Is often preoccupied with gambling (e.g., having persistent thoughts of reliving past gambling experiences, handicapping or planning the next venture, thinking of ways to get money with which to gamble).
 5. Often gambles when feeling distressed (e.g., helpless, guilty, anxious, depressed).
 6. After losing money gambling, often returns another day to get even ("chasing" one's losses).
 7. Lies to conceal the extent of involvement with gambling.
 8. Has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of gambling.
 9. Relies on others to provide money to relieve desperate financial situations caused by gambling.
- B. The gambling behavior is not better explained by a manic episode.

Specify if:

- Episodic: Meeting diagnostic criteria at more than one time point, with symptoms subsiding between periods of gambling disorder for at least several months.
- Persistent: Experiencing continuous symptoms, to meet diagnostic criteria for multiple years.

Specify if:

- In early remission: After full criteria for gambling disorder were previously met, none of the criteria for gambling disorder have been met for at least 3 months but for less than 12 months.
- In sustained remission: After full criteria for gambling disorder were previously met, none of the criteria for gambling disorder have been met during a period of 12 months or longer.

Specify current severity:

- Mild: 4–5 criteria met.
- Moderate: 6–7 criteria met.
- Severe: 8–9 criteria met.

Au moins 4 critères du type A (qui sont des critères déjà présents dans le DSM-IV) liés à un comportement de jeu persistant et problématique sont nécessaires pour poser le diagnostic de jeu pathologique associés au critère B.

Il y est précisé plus clairement les critères suivant :

- durée nécessaire de présence des symptômes (au moins 12 mois) pour poser le diagnostic ;
- intensité du trouble : faible, modéré ou sévère ;
- rémission.

Il existe un changement important dans la conception des troubles addictifs entre le DSM-IV et le DSM-5. Le DSM-IV aborde les conduites addictives de manière catégorielle, en différenciant la dépendance de l'abus. L'abus est considéré comme une phase précoce ou de faible intensité de la pathologie alors que la dépendance correspond à des manifestations et des conséquences plus sévères. Le DSM-5 définit les addictions par une approche dimensionnelle, correspondant à un continuum dans l'intensité des troubles qui est plus proche de l'expérience décrite par les patients. La notion d'abus disparaît dans le DSM-5.

Le critère « conséquences judiciaires » (cf. critère n°8 en figure 1) dans le DSM-IV est abandonné car les considérations culturelles rendent ce critère difficile à apprécier internationalement.

3. Définition de la CIM-10

Le jeu pathologique tel qu'il figure dans la Classification internationale des maladies publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1983 (CIM-10), correspond à la définition du DSM-IV. Il est désigné parmi les « Troubles des habitudes et des impulsions » à la section F63.0.

C. Outils d'évaluation du jeu pathologique

1. La section « jeu pathologique » du DSM-IV et *Gambling disorder* du DSM 5

Le diagnostic clinique de jeu pathologique est posé à l'aide des critères du DSM, tels que nous les avons déjà définis. Ces critères sont utilisés dans des questionnaires d'études.

D'autres échelles permettent d'approcher la notion de jeu pathologique. Par exemple, le DSM-IV est la référence utilisée pour établir des outils de dépistage reconnus internationalement tels que le South Oaks Gambling Screen (SOGS) et l'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE). Il en est de même pour le Lie/Bet Questionnaire. Le SOGS et l'ICJE sont cités dans de nombreuses publications car ils ont été utilisés pour des études épidémiologiques.

2. Le questionnaire South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Il s'agit d'un instrument de dépistage en 16 items (17), du type auto ou hétéro-questionnaire. Il a été considéré comme un outil de référence pour l'évaluation des problèmes de jeu et utilisé dans des études de prévalence du jeu pathologique aux Etats Unis et en Australie. Son principal inconvénient est un taux élevé de faux positifs.

Un score entre 0 et 2 signe l'absence de jeu pathologique. Un score entre 3 et 4 correspond au jeu problématique et un score supérieur ou égal à 5 au jeu pathologique.

Une version française du questionnaire a été établie par Lejoyeux (cf. annexe 1 page 165) (18).

3. L'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE)

Construit par Ferris et Wynne en 2001 (19) pour des études épidémiologiques en population générale, ce questionnaire reflète en plus le contexte social et environnemental de la pratique des JHA.

Il est composé de 31 items dont 9 doivent être cotés pour obtenir le taux de prévalence du *jeu excessif* (cf. annexe 2 page 167). Les autres items tentent de préciser la pratique du jeu et le profil du joueur. Il existe 4 niveaux de réponse pour chaque question, le score se calcule en additionnant les points. Un score de 0 signifie l'absence de problème de jeu. Un score de 1-2 correspond à des habitudes de jeu à faible risque, qui semblent avoir peu de conséquences néfastes pour la personne. Un score de 3-7 signifie des habitudes de jeu à risque modéré. Un score supérieur ou égal à 8 signifie un jeu excessif correspondant à un jeu pathologique probable.

La capacité de ce score à discriminer les problèmes de jeu le situe entre le DSM-IV et le SOGS.

Il s'agit de l'outil utilisé pour les études de prévalence des problèmes de jeu en France en 2010 (20) et en 2014 (21).

4. Lie/Bet Questionnaire

Il s'agit d'un outil de dépistage rapide en deux items (22). Une seule réponse positive à une de ces deux questions suffit à faire évoquer un problème de jeu.

- « Avez-vous déjà menti à votre ami(e) ou vos ami(e)s à propos de l'argent que vous avez dépensé en jouant ? »
- « Avez-vous déjà ressenti le besoin de miser plus d'argent ? »

D. Epidémiologie du jeu pathologique

Les données épidémiologiques françaises sont tardives concernant le jeu pathologique par rapport aux pays nord-américains, à l'Australie et à la Nouvelle Zélande.

Les études de prévalence distinguent deux types d'estimations :

- «prévalence-vie» : nombre d'individus ayant rencontré les critères de jeu pathologique au cours de leur vie entière ;
- «prévalence-année» : individus ayant présenté un problème de jeu au cours des 12 derniers mois.

Le concept de «prévalence-année» semble privilégié par la plupart des auteurs. La «prévalence-vie» a perdu de son intérêt depuis que le caractère chronique du jeu pathologique est contesté.

1. Prévalence estimée en France en 2010, avant l'ouverture du marché de l'offre de jeu en ligne

La première enquête nationale de prévalence en France a été réalisée en 2010 par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) sur un échantillon représentatif de 25 034 français de 18 à 75 ans dans le cadre du Baromètre Santé de l'INPES (20). Il s'agit de «prévalence-année».

Les notions de *jeu excessif* et *jeu à risque* y figurant correspondent respectivement à une estimation du jeu pathologique et problématique (cf. ICJE annexe 2 page 167 (19)).

Dans un premier temps, l'ensemble des participants de l'enquête sont interrogés sur la fréquence de leur pratique des JHA et les sommes engagées dans l'année. Ceci permet d'effectuer un tri en s'intéressant uniquement aux personnes ayant joué au moins une fois dans l'année. Parmi ces dernières, les auteurs désignent par le terme de joueur « actif » toute personne ayant joué au moins 52 fois dans l'année (une fois par semaine) et/ou ayant misé plus de 500 euros dans l'année.

Dans un deuxième temps, c'est parmi ces joueurs dits « actifs » que vont être recherchés les joueurs pathologiques. Ils sont les seuls invités à répondre aux autres questions du module JEU de l'enquête : 9 items de l'ICJE (estimation de la prévalence du jeu pathologique), informations sur les types de JHA concernés et sur la fréquence de leur pratique.

- Les « joueurs dans l'année »

Les données recueillies concernant l'ensemble des participants de l'enquête peuvent être considérées comme un reflet des habitudes de jeux des français. Les « joueurs dans l'année » peuvent être considérés comme la part des français concernés, quel que soit leur pratique de jeu.

47.8% des personnes interrogées déclarent avoir joué de l'argent au cours de l'année écoulée.

Le sexe s'avère être un facteur discriminant dans le niveau de jeu. En effet, les hommes sont plus nombreux à déclarer une activité de jeu au cours des 12 derniers mois. Le sex-ratio s'accroît à mesure que l'activité de jeu se fait plus intense.

La pratique d'un JHA est plus fréquente parmi les adultes âgés de 25 à 34 ans, elle décroît ensuite. La part des joueurs réguliers augmente de façon continue avec l'âge. Ainsi, seul un joueur sur dix âgé de moins de 25 ans joue de manière régulière, ce rapport est de un sur cinq de 45 à 54 ans et de près de un sur trois à 65 ans et plus.

Les joueurs dans l'année ne semblent pas se distinguer de la population générale par leur niveau de revenu, ni même de diplôme.

- Les joueurs « actifs »

Nous rappelons que le joueur « actif » est une personne ayant joué au moins 52 fois dans l'année et/ou ayant misé plus de 500 euros dans l'année.

12.2% de la population générale correspond à ces critères.

Les joueurs « actifs » sont majoritairement des hommes.

Plus l'activité de jeu se fait intense et fréquente, plus la part des personnes diplômées diminue. Si 76.2% de l'ensemble de la population interrogée possède un niveau inférieur ou égal au baccalauréat, la part est de 87% chez les joueurs actifs.

Certains jeux sont pratiqués de manière hebdomadaire. Cette fréquence est maximale pour les jeux de tirage (71.1%) et le PMU (61.7%), minoritaire dans les autres jeux et même quasi inexistante pour les machines à sous et les jeux de table des casinos.

Il n'y a pas de différence de genre pour la pratique des jeux de tirages et machines à sous. Pour les cinq autres familles de jeux (PMU, paris sportifs, Rapido, jeux de table de casino, poker), la proportion d'adeptes chez les hommes est plus importante que chez les femmes.

Le poker est essentiellement le fait des plus jeunes : parmi les 18-24 ans, 35.2% s'y sont adonnés (contre 22,4 % pour les 25-34 ans et 8% pour l'ensemble des joueurs actifs). Les paris hippiques sont davantage pratiqués par les seniors.

L'étude est antérieure à la date d'application de la loi du 12 mai 2010, alors que l'essentiel de l'offre de JHA sur Internet était illégale. Cette enquête permet de mesurer la prévalence du jeu en ligne juste avant le changement de cadre législatif, ouvrant la possibilité d'en mesurer ultérieurement l'impact.

Parmi les joueurs « actifs », 9.1% ont renseigné une activité de jeu sur Internet au cours de l'année, dont 4.7% avec une fréquence au moins hebdomadaire. Cette population de joueurs en ligne est essentiellement composée d'hommes (81.6%) et de jeunes adultes : près de la moitié des joueurs internautes (45.1%) ont moins de 35 ans. Ce sont les 25-34 ans qui comptent la plus forte proportion d'internautes, avec un peu plus d'un joueur actif sur cinq concerné.

- Les joueurs pathologiques

Parmi les joueurs actifs, 3.7 % sont classés comme joueurs excessifs, 7.1 % sont à risque modéré.

En termes d'effectifs rapportés à l'ensemble de la population, le nombre de Français concernés serait de l'ordre de 200 000 joueurs excessifs et 400 000 joueurs à risque modéré.

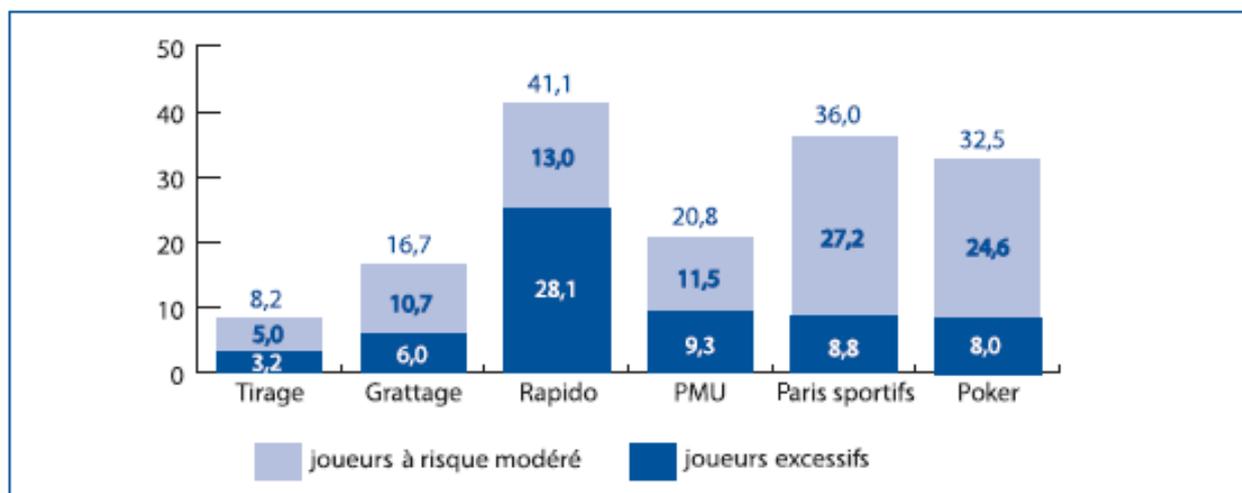
En 2010, la prévalence du jeu pathologique en France métropolitaine est alors estimée à **0.4%**, celle du jeu problématique à **0.9%**, soit une prévalence globale de **1.3%** (prévalence-année).

Sur le plan des caractéristiques socio-professionnelles, les joueurs excessifs en France sont majoritairement des hommes, jeunes adultes, de 25 à 34 ans et sont plus fréquemment dans une situation de précarité financière. La quasi-totalité a un niveau scolaire inférieur ou égal au baccalauréat. Un tiers d'entre eux ne possède aucun diplôme.

Sur le plan des pratiques de jeu, les joueurs excessifs portent leur pratique vers des jeux qui attirent peu l'ensemble des actifs (cf. figure 3 page 34). Par exemple, le Rapido, PMU et paris sportifs sont davantage liées aux usages problématiques.

Parmi les joueurs actifs, on dénombre davantage d'excessifs parmi ceux jouant sur Internet. Près d'un internaute actif sur dix est classé dans la catégorie excessif (8,3 %) et 14,4 % sont des joueurs à risque modéré. Sur les trois principaux types de jeux pratiqués sur Internet (pronostics, poker et tirage), le poker et les jeux de pronostics présentent des prévalences de jeu excessif particulièrement élevées, de l'ordre de 10 %.

Figure 3 : Pourcentage de joueurs problématiques par types de jeux chez les joueurs actifs pratiquant régulièrement ces jeux en France en 2010 (OFDT, INPES Baromètre Santé 2011)



2. Prévalence estimée en France en 2014, après l'ouverture du marché de l'offre de jeu en ligne

Une étude similaire a eu lieu en 2014 pour obtenir une seconde estimation de la prévalence du jeu pathologique et problématique en France, afin de mesurer l'éventuel impact du changement de cadre législatif sur ces indicateurs (21). Cette enquête téléphonique nationale dans le cadre du Baromètre santé mené par l'INPES a porté sur un échantillon de 15 635 français représentatifs de la population générale, âgés de 15 à 75 ans.

- Augmentation de l'activité de jeu des français

Il existe une augmentation de la proportion des français ayant pratiqué des JHA dans l'année de 10 points en quatre ans (56,2% en 2014 contre 46,4% en 2010).

- Augmentation de la prévalence des joueurs problématiques et stabilité de la prévalence du jeu pathologique

La prévalence du jeu pathologique est estimée à **0.5%** et celle du jeu problématique à **2.2%** en France métropolitaine en 2014 (prévalence-année).

Si on élargit l'approche du jeu pathologique et problématique à la vie entière, **12.2%** des français rapportent avoir déjà eu un problème de jeu.

Il existe une amélioration méthodologique concernant cette enquête qui peut expliquer ce constat : le questionnaire est proposé à l'ensemble de l'échantillon et pas seulement aux joueurs dans l'année, permettant de mieux repérer les comportements de jeu problématiques.

Sur le plan des caractéristiques socio-démographiques des joueurs pathologiques et problématiques, les résultats sont similaires à l'enquête de 2010 (cf. figure 4 page 36) : le sex ratio est en faveur des hommes, ils sont plus jeunes que l'ensemble des joueurs, appartiennent à des milieux sociaux plus modestes et sont moins diplômés. Sur le plan professionnel, ils sont moins actifs que l'ensemble des joueurs. D'autre part, un joueur problématique sur trois est chômeur ou étudiant. Cette proportion est deux fois plus élevée que parmi l'ensemble des joueurs.

Cette enquête identifie plusieurs facteurs prédictifs significatifs de jeu problématique et pathologique :

- une fréquence ou une dépense de jeu élevée (relation exponentielle) ;
- une multi-activité ;
- la pratique de certaines activités : poker, paris sportif et jeux de casinos;
- la pratique des JHA sur Internet ;
- la précocité d'expérimentation des JHA.

La proportion des personnes pratiquant le poker ou les paris sportifs est 4 fois plus importante parmi les joueurs problématiques (7 fois pour les joueurs pathologiques) que parmi les joueurs sans risque ou à risque faible.

Cette enquête renseigne sur le niveau de demande d'aide de ces joueurs. **72%** des joueurs pathologiques n'expriment pas de demande d'aide. 7% pensent qu'ils auraient dû le faire.

Les conséquences des problèmes de jeu rapportées sur la vie entière sont, en premier lieu, les difficultés financières (41.2%) et les problèmes familiaux (7.7%).

0.8% rapportent avoir pensé au suicide suite au jeu.

Figure 4 : Caractéristiques socio-démographiques des joueurs (%), Costes 2015 (21)

Caractéristiques socio-démographiques	Joueurs	Non joueurs		Joueurs problématiques
Sexe				
Homme	51,0	46,0	***	69,7
Femme	49,0	54,0	***	30,3
Âge				
15 - 24 ans	13,4	13,0	***	23,6
25 - 34 ans	18,6	14,5	***	23,9
35 - 44 ans	20,0	16,5	***	16,4
45 - 54 ans	20,4	16,5	***	17,1
55 - 64 ans	18,0	17,4	ns	14,9
65 - 74 ans	9,6	17,1	***	4,1
Situation professionnelle				
Actifs occupés	61,1	46,6	***	50,1
Etudiants	7,2	13,7	***	12,5
Chômeurs	10,1	8,8	**	21,1
Retraités	16,1	23,0	***	8,6
Autres inactifs	5,4	8,0	***	7,7
Catégorie socio-professionnelle				
Agriculteurs	1,2	2,4	***	0,2
Artisans, commerçants	6,3	7,0	ns	8,2
Cadres, professions int sup	12,9	16,5	***	7,4
Professions intermédiaires	22,8	21,2	*	20,6
Employés	30,3	27,3	***	26,5
Ouvriers	25,2	23,0	**	35,0
Niveau de diplôme				
< Bac	55,4	54,4	ns	70,4
Bac	20,3	17,4	***	15,6
> Bac	24,2	28,2	***	14,1

Différence significative entre joueurs et non joueurs à un seuil de : 90 % (*); 95 % (**), 99 % (***) ; ns = non significatif.

Joueurs problématiques : ICJE ≥ 3.

Source: Enquête nationale sur les jeux d'argent et de hasard ODJ / Inpes 2014

3. Prévalence estimée à l'étranger

- Concernant les joueurs dans l'année

La proportion des joueurs est très variable d'un pays à l'autre. Avoir joué de l'argent au moins une fois dans l'année concerne un peu moins d'une personne sur deux en Suède (47%), comme en France, mais plus de 8 personnes sur 10 aux États-Unis (82%) ou en Nouvelle-Zélande (86%) (cf. références bibliographiques (23), (24) et (25)).

- Concernant les joueurs problématiques et pathologiques

Nous tenterons de présenter de manière synthétique les données épidémiologiques internationales disponibles sur le sujet (cf. figure 5 page 38).

Les prévalences du jeu pathologique sont présentées comme une part du *jeu problématique*, rapportées à la population générale.

Deux pays ont des prévalences relativement élevées (*jeu problématique* autour de **5%**, incluant le jeu pathologique) : les États-Unis et l'Australie (24)(26).

Les prévalences du jeu pathologique relevées dans les pays européens se situent **entre 1 et 2%** (cf. figure 5 et références bibliographiques par pays : Suède (23), Norvège (27), Belgique (28), Pays-Bas (29), Allemagne (30), Suisse(31), Royaume Uni (32) et Italie (33)).

Des niveaux comparables sont observés au Canada (34) et en Nouvelle-Zélande (25).

Les différences de prévalences du jeu pathologique entre pays sont encore largement discutées.

En effet, le niveau de prévalence est dépendant de l'outil utilisé. Les études utilisant plusieurs outils de dépistage du jeu pathologique au sein d'une même population ont permis d'en démontrer l'impact sur les résultats obtenus. Stucki et Rihs-Middel, à partir d'une revue de la littérature internationale portant sur les études entre 2000 et 2005, confirment

ce différentiel d'estimation (cf. figure 6 page 39). Le SOGS obtient des taux très nettement supérieurs à ceux du DSM-IV (comptabilisation des critères), l'ICJE obtient des taux de prévalences intermédiaires (35).

Le SOGS, malgré sa tendance à surestimer le taux de prévalence est cependant considéré comme fiable, à la fois en population générale et chez les joueurs en traitement. Il reste l'outil de dépistage le plus fréquemment utilisé. Il permet des comparaisons pertinentes.

Les prévalences « joueurs problématiques », exposées en figure 5 page 38, correspondent à une prévalence globale qui inclut celles du jeu pathologique et du jeu problématique tels qu'ils sont définis dans le DSM.

Figure 5 : Prévalence du jeu problématique (en %) dans les pays ayant menés une enquête nationale (OFDT, INPES Baromètre santé 2011, Barbarelli 2013 et ODJ, INPES Baromètre santé 2015)

	Joueurs* problématiques	Dont joueurs pathologiques**	Année	Effectif	Outil	Référence
États-Unis	5,5	1,9	2000	2 638	SOGS	WELTE, 2001
Australie	4,9	2,1	1999	10 600	SOGS	Australian Gov. 1999
Italie	2,17	1,01	2010	1 987	ICJE/SOGS	BARBARELLI, 2013
Canada	2	0,5	2002	34 770	ICJE	COX, 2005
Suède	2	0,6	1998	7 139	SOGS	RÖNNBERG, 1999
Belgique	2	0,4	2005	3 002	DSM-IV	DRUINE, 2009
Grande-Bretagne	1,9	0,5	2007	9 003	ICJE	WARDLE, 2007
Québec	1,9	0,6	2009	11 888	ICJE	KAIRONIEN 2011
France	2,7%	0,5	2014	15635	ICJE	COSTES, 2015
Suisse	1,3	0,5	2005	2 803	SOGS	BONDOLFI, 2008
Nouvelle-Zélande	1,3	0,5	1999	6 452	SOGS	ABBOT, 2000
Pays-Bas	0,9	0,3	2004	5 460	SOGS	GOUDRIAAN, 2009
Allemagne	0,6	0,2	2007	7 980	SOGS	MEYER, 2009
Norvège	0,6	0,2	2002	5 235	SOGS	JONSSON, 2006

*Jeu problématique : DSM = 3 et + SOGS = 3 et + ICJE = 3 et +

**Jeu pathologique : DSM = 5 et + SOGS = 5 et + ICJE = 8 et +

Figure 6 : Prévalences moyennes estimées par le SOGS, l'ICJE et le DSM-IV à partir de 59 études internationales (Stucki et Rihs-Middel, 2007)

Outils	Prévalences (%)	Jeu problématique	Jeu pathologique
SOGS		1,2	1,8
ICJE		2,4	0,8
DSM-IV		1,9	1,2

Il apparait que la prévalence en France se situe relativement bas par rapport aux Etats-Unis et à l'Australie et intermédiaire en Europe.

Ces études transversales en population générale, les données relevées sur les joueurs et leur pratique ont permis d'identifier des facteurs favorisant l'apparition d'une addiction. Ces facteurs de risque du jeu pathologique ont également été identifiés grâce à des études rétrospectives en population clinique ou spécifique. Il paraît important de les identifier car ils peuvent constituer des pistes d'intervention ou des cibles de prévention du jeu pathologique.

E. Facteurs de risque

Comme pour toute problématique addictive, l'occurrence du jeu pathologique est multifactorielle et complexe. Il n'existe pas de lien direct et unique qui pourrait expliquer l'apparition de ce trouble chez un individu, mais plutôt la présence de plusieurs facteurs combinés, non spécifiques et parfois interdépendants.

Les facteurs de risque (FDR) ou de vulnérabilité impliqués dans le développement du jeu pathologique sont de trois niveaux :

- liés à l'objet d'addiction, dits structurels ;
- liés au sujet lui-même ou FDR individuels ;
- liés à son environnement, c'est-à-dire les FDR situationnels.

Ces FDR, schématisés ainsi figure 7, interagissent entre eux.

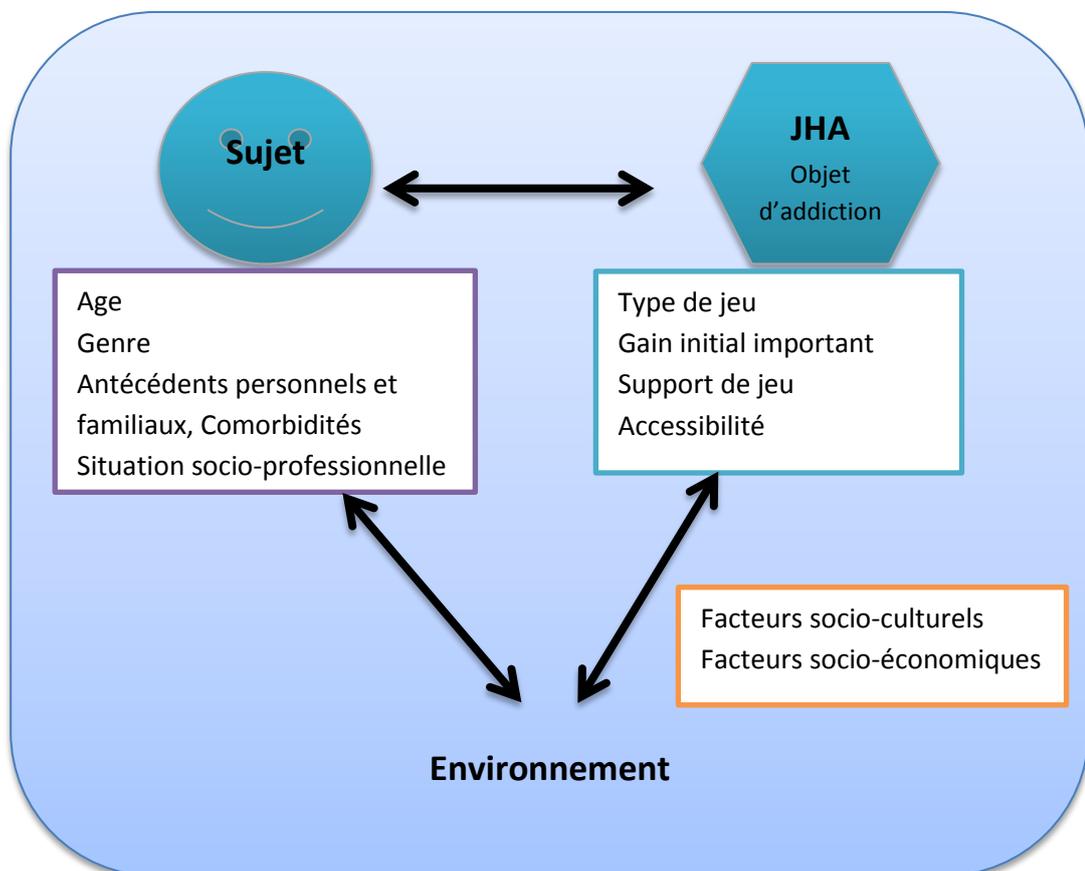


Figure 7 : Facteurs de risque du jeu pathologique

1. Facteurs de risque liés aux JHA : facteurs dits structurels

- Types de jeux

Les JHA pour lesquels le délai entre la mise et le gain attendu est réduit (fréquence de répétition possible élevée) seraient les plus pourvoyeurs de jeu pathologique. Plusieurs études ont montrées que la rapidité de la récompense favoriserait le maintien dans le jeu, et de ce fait la composante addictogène. Par exemple, cela peut être illustré par la différence de fréquence entre les machines à sous et le Rapido par rapport aux loteries périodiques (comme le Loto) (36)(37)(20). L'existence de pauses suffisamment conséquentes et régulières entre les séquences de jeu est un facteur de protection avéré.

La pratique de jeux d'argent multiples (multi-activité) est un facteur prédictif de jeu pathologique (21).

Concernant le type de jeu le plus investi, le risque d'être classé comme joueur problématique est significativement plus important pour les joueurs de poker, jeux de casino ou paris sportifs et hippiques, que pour les joueurs de loterie (21).

- Presque gain ou « near miss »

Il s'agit de la survenue d'un échec très proche visuellement d'un succès dans la séquence de jeu. L'exemple le plus parlant est celui d'obtenir 2 images similaires sur une machine à sous au lieu de 3 nécessaires pour gagner. Plusieurs études ont montrées leur contribution à la persistance du comportement de jeu (38)(39).

- Niveau de récompense et « Big win »

Appelé par les anglophones « Big win », un gain significatif initial au moment des premières rencontres avec le jeu est un facteur avéré dans le développement ultérieur d'un jeu pathologique (40)(41).

- Niveau d'implication nécessaire du joueur dans la séquence

L'implication du joueur ou la part d'habileté favorisent le développement et le maintien d'un jeu pathologique : la sélection de ses propres numéros de loteries plutôt que leur attribution, le geste d'actionner un bandit manchot (36)(42). Les joueurs développeraient par ce biais des perceptions erronées en lien avec la notion de hasard (9).

- Support de jeu

Les supports de JHA peuvent être de deux types :

- « en dur », c'est-à-dire les jeux tels qu'ils sont pratiqués traditionnellement hors ligne : salles de jeux des casinos, achats aux guichets des bureaux de presse, tabacs, hippodromes ;
- en ligne sur Internet (sur ordinateur, tablette, téléphone, télévision).

Nous développerons les aspects du jeu en ligne, considérant ce support comme un facteur de risque de jeu pathologique.

La pratique des jeux d'argent sur Internet représente un niveau de risque élevé par rapport à l'ensemble des JHA.

Nous allons présenter les principales études disponibles sur le sujet.

L'épidémiologie des jeux en ligne diffère de l'épidémiologie des jeux de hasard.

Bien que ces données soient intriquées, les études de prévalence portant sur les internautes reflètent une proportion de pratiques pathologiques plus importante, en lien avec les caractéristiques spécifiques de ce support.

Les caractéristiques d'Internet identifiées comme pourvoyeuses d'addiction par les auteurs sont : l'accessibilité, le confort (43), la désinhibition, l'immersion avec altération de la perception du temps (44), la fréquence de jeu possible, l'anonymat.

En France en 2010, 8.3% des joueurs actifs sur Internet seraient des joueurs excessifs (20). Ces chiffres correspondent à une offre de jeu en ligne encore **illégal**e. Les auteurs restent prudents car l'effectif des internautes est faible (n=264).

En France en 2012, après le changement de cadre législatif, l'ODJ s'est intéressé aux JHA en ligne à travers deux enquêtes (45).

D'une part, l'enquête *Prévalence-JEU 2012* estime l'importance de la pratique des jeux en ligne à **3.7%** des plus de 18 ans, soit environ 2 millions de français.

Par rapport à d'autres enquêtes nationales équivalentes dans d'autres pays (46), la France se situe à un niveau intermédiaire dans la pratique des jeux sur internet:

- 1 à 2 % aux États-Unis (où le jeu en ligne est prohibé),
- 2 à 3 % aux Pays-Bas, 2.1 % au Canada,
- jusqu'à 14 % au Royaume-Uni.

D'autre part, l'enquête *e-ENJEU 2012* évalue la prévalence du jeu pathologique au sein d'un échantillon représentatif des internautes français, avec des données sur leur profil et leur pratique de jeu.

Sur le plan des caractéristiques socio-professionnelles, la population des internautes français joueurs est masculine, jeune, diplômée et bien insérée.

En revanche, parmi ces derniers, il existe une proportion très importante de joueurs problématiques qui diffèrent sur le plan des caractéristiques socio-démographiques.

<p>17% des joueurs internautes seraient des « <i>joueurs problématiques</i> » (prévalence globale estimée du jeu pathologique et problématique) en France en 2012.</p>

Le *jeoueur problématique* sur internet est plus jeune, plus souvent célibataire et a un moindre niveau de revenu.

Figure 8 : Prévalence du jeu problématique (en %) parmi l'ensemble des joueurs en ligne en France.
(ODJ Tendances Juin 2013, Tovar M.L. et al.)

	Jeu problématique*	dont Jeu pathologique **	année	Outils
France	17	6,6	2012	ICJE

*ICJE = 3 et + ; **ICJE = 8 et +.

Sur environ deux millions de joueurs internautes, environ 132 000 seraient des joueurs pathologiques.

Cette prévalence est bien plus élevée que celle mesurée avec le même outil (ICJE) pour l'ensemble de la population en 2010, mais n'est pas extrapolable à la population générale.

Parmi les jeux d'argent disponibles en ligne, les machines à sous et les jeux de casinos en ligne sont les plus pourvoyeurs de jeu pathologique (proportion de joueurs concernée plus importante que pour les autres types de jeux). Par exemple, il s'agit de la roulette ou du Black Jack virtuels. Ces jeux sont illégaux en France (l'offre légale est constituée uniquement de jeux de paris sportifs, hippiques et poker en ligne).

Ils correspondent aux jeux les plus fréquentés par les femmes.

Parmi les jeux les plus pourvoyeurs de jeu pathologique, le poker en ligne se situe en troisième position.

En Grande Bretagne, la prévalence du jeu pathologique est plus élevée parmi les joueurs en ligne (5%) que parmi les joueurs hors ligne (0.5%). Une autre enquête nationale au Royaume-Uni documente également un sur-risque important du jeu sur Internet : la prévalence du jeu problématique, d'après les critères du DSM-IV, est de 5.3% pour les jeux en ligne et de 1.3% pour l'ensemble des jeux (47)(48).

Les résultats de l'enquête nationale 2009 au Québec vont dans le même sens : les joueurs sur Internet ont des pratiques de jeu plus intensives et plus « à risque » (au regard de l'ICJE) que les joueurs sur l'offre hors ligne (49).

Aux Etats-Unis (50), la proportion de joueurs pathologiques est d'autant plus élevée que la pratique de JHA se fait sur Internet.

Dans l'enquête *Prevalenc-e-JEU 2012* en France, 63% des internautes déclarent que la disponibilité 24h/24 est le principal avantage du jeu en ligne. 45.3% mettent en avant le fait de pouvoir réaliser son loisir à domicile et avoir ainsi plus de confort et moins de bruit. La recherche d'intimité et d'anonymat se retrouve chez 21.4 %.

Parmi les différents inconvénients liés à la pratique de JHA sur Internet, 42.4 % ont conscience de dépenser plus d'argent en ligne qu'en offre traditionnelle.

34% indiquent un risque de pratique addictive liée à la rapidité du jeu et/ou à la perte de contrôle.

- Le mode de paiement

Comme nous l'avons évoqué avec les jeux en ligne, le support Internet rend virtuel l'argent engagé. En misant de l'argent virtuel, le joueur aurait du mal à évaluer la valeur réelle des montants engagés, perturbant ainsi son système de valeur au niveau financier. Sur le même principe, les jetons de casinos ou les machines à sous fonctionnant avec une carte de crédit remplacent l'argent réel. Ceci favoriserait une déconnexion de la réalité des enjeux (43).

- L'ambiance de jeu

L'ambiance fait référence à l'environnement sensoriel de jeu. Loba (51) montre que la lumière et le son des machines à sous accentuent l'immersion dans le jeu et diminuent la capacité à s'arrêter, et ce, uniquement pour les joueurs pathologiques. A l'inverse, dans cette étude, le fait de diminuer la vitesse des stimuli visuels et le son rend les jeux moins attractifs.

- L'accessibilité

L'hypothèse selon laquelle l'accessibilité favoriserait les problèmes de jeu est discutée, les études concluent de manière contradictoire.

La proximité du domicile avec un casino augmenterait la fréquence des conduites de jeu problématique (52).

Certains travaux émettent l'hypothèse que l'effet d'augmentation de la prévalence en lien avec une plus grande offre de jeu serait temporaire. C'est le cas des études de prévalence renouvelées en Suisse (32) et en Grande-Bretagne (33). Il existe également une étude prospective locorégionale canadienne sur quatre années montrant que le nombre de joueurs concernés par un jeu à risque connaît une augmentation transitoire après l'ouverture d'un nouveau casino (53).

D'autres auteurs comme Thomas et Moore (54) se sont intéressés à la notion d'accessibilité aux JHA pour en définir différents types :

- l'accessibilité géo-temporelle : proximité du domicile, du travail ou du lieu des courses et horaires d'accessibilité des lieux de jeu ;
- l'accessibilité sociale : statut social conféré par le jeu, attractivité ;
- l'accessibilité financière : faible mise nécessaire pour certains JHA, possibilité de paiement par carte de crédit, distributeurs automatiques de billets sur les lieux de jeu.

Dans une cohorte de 303 joueurs interrogés sur l'accessibilité dans leur pratique de jeu, les dimensions géo-temporelles et financières sont reliées à des conduites de jeu problématique (54).

Le support en ligne confère à la fois une accessibilité géo-temporelle continue, un mode de paiement dématérialisé et, pour certains JHA en ligne, une fréquence possible de répétition du jeu élevée (exemple, les loteries ou machines à sous en ligne) (55).

On constate une multiplication des FDR dans la structure d'un même jeu, lui conférant un haut pouvoir addictogène.

Offre et disponibilité du jeu se situent à la frontière entre structure du jeu et contexte (FDR situationnels).

2. Facteurs de risque environnementaux ou contextuels : facteurs dits situationnels

- FDR culturels et religieux

Dans plusieurs études, l'appartenance à une minorité ethnique vulnérable est associée à une prévalence du jeu pathologique plus importante (exemples : communauté chinoise en Australie (56), indiens en Amérique du Nord (57)) et donc considérée comme un FDR (22)(58). Dans ces minorités, le jeu confère une fonction sociale particulière et un sentiment plus fort d'appartenance. La pratique peut aussi être favorisée par la religion et les croyances (par exemple, l'acceptation culturelle de la pensée magique chez les indiens d'Amérique est généralisée à la pratique des JHA comme un moyen de s'en remettre à son destin). La fréquentation régulière des lieux de culte est un facteur limitant les comportements de jeu quelle que soit la religion (59).

- FDR socio-économiques et socio-éducatifs

Le jeu pathologique est associé une situation économique difficile, en termes de revenu faible, d'emploi précaire (20)(57). Il en est de même pour un bas niveau de scolarisation (60)(55).

Au niveau familial, l'acceptation des conduites de jeu par l'entourage favorise l'installation d'habitudes de jeu et la fréquence des problèmes liés aux JHA. Les pairs ont une influence sur l'initiation des conduites de JHA, d'autant plus que ceux-ci sont associés à l'image d'un loisir agréable, excitant et que le groupe de pairs joue aussi (61)(62)(63).

3. Facteurs de risque liés au sujet

- Facteurs liés au sexe et à l'âge

Les deux seuls facteurs invariablement associés à une importante occurrence du jeu pathologique sont le sexe et l'âge. Dans toutes les études de prévalences qu'elles soient nationales ou en sous population, il existe une surreprésentation du *genre masculin* au sein des joueurs problématiques ou pathologiques.

Cependant, certains auteurs notent une *évolution de la proportion de femmes* parmi les joueurs excessifs, vers une égalisation du sex-ratio dans certaines études (64)(65). Celles-ci s'orientent essentiellement vers les machines à sous et les jeux de casinos.

Les études montrent que :

- les femmes s'initient aux JHA plus tardivement que les hommes ;
- elles développent plus rapidement une pratique pathologique dès lors qu'elles s'y initient ;
- la prise en compte d'un jeu à risque et la recherche de soins sont plus rapides chez les femmes (66) ;
- de façon identique dans les deux sexes, plus l'initiation aux JHA est précoce, plus le délai entre l'initiation et le recours à un traitement est grand.

Ces éléments sont documentés dans deux études notables dont l'une concerne plus de 2000 joueurs pathologiques en traitement (67)(68).

Les *jeunes adultes* sont la catégorie d'âge la plus représentée parmi les joueurs pathologiques.

En France en 2010, 75% des joueurs excessifs sont des hommes (20). L'âge moyen est plus jeune que celui des joueurs actifs (41 ans versus 47 ans). La tranche d'âge parmi laquelle il existe la plus forte proportion de joueurs excessifs est celle des 25-34 ans (6.9%), suivis des 45-54 ans (4.7%) et des 18-24 ans (4.4%).

La *précocité d'initiation aux JHA* constitue un facteur de mauvais pronostic en termes de précocité des problèmes de jeu et de sévérité des symptômes psychiatriques qui peuvent leur être associés (épisode dépressif, tentative de suicide) (69).

En France comme dans la plupart des pays occidentaux, la pratique des JHA est interdite aux mineurs. Pourtant, selon les études internationales, les *adolescents* les pratiquent : 80% ont déjà joué au cours de la vie et **10-20%** ont une pratique hebdomadaire.

L'étude Escapad (70) a exploré pour la première fois en 2011 la pratique des JHA chez les adolescents de 17 ans en France :

- 44% ont déjà joué au cours de leur vie (50% des garçons et 38% des filles);
- 10% ont joué au cours de la semaine (15% des garçons et 7% des filles).

En France, les adolescents jouent principalement à des jeux de grattage et de tirage achetés dans un bureau de tabac.

La possibilité de jouer en ligne est particulièrement attractive pour les jeunes, même mineurs. Ceci peut être favorisé par l'anonymat de ce support (71).

En France, près de 14% des adolescents de 17 ans ont déclaré avoir joué à un JHA sur Internet au moins une fois dans l'année écoulée.

Parmi les joueurs, l'initiation a lieu le plus souvent à l'adolescence, généralement dans le cercle familial.

Les garçons jouent plus que les filles, quel que soit le pays étudié ou la période de référence.

En 2014, l'enquête de prévalence française ENJEU (21) retrouve également une pratique des JHA chez les mineurs malgré l'interdiction de l'offre à leur égard. L'enquête révèle qu'un jeune mineur âgé de 15 à 17 ans sur trois (32.9%) a joué au moins une fois à un JHA au cours de l'année écoulée. Parmi ces derniers, la prévalence globale de problèmes de jeu (jeu pathologique et problématique) retrouvée est de **11%**.

La littérature internationale rapporte une prévalence du jeu problématique/pathologique supérieure chez les adolescents par rapport aux adultes (72). En France, on retrouve cette tendance.

La prévalence en population adolescente varie en fonction des pays :

- En Amérique du Nord : environ 8% des adolescents sont des joueurs à risque et **4.8%** des joueurs pathologiques probables pour la prévalence-année (64).
- En Europe : 2 à 7% des adolescents sont des joueurs problématiques/pathologiques probables.
- En France, 14% des jeunes de 17 ans ayant joué dans la semaine écoulée seraient des joueurs à risque modéré et **3%** des joueurs pathologiques (70).

Il existerait une surestimation de la prévalence. Les outils de dépistage ne seraient pas adaptés à cette population ou non validés. Une autre hypothèse est soulevée pour expliquer ces chiffres élevés à l'adolescence : une résolution spontanée fréquente des problèmes de jeu à l'âge adulte (73).

Les séniors (plus de 65 ans) constituent une part de clientèle importante pour les opérateurs (19% pour la FDJ, 23% pour le PMU et 23% pour les casinos en France). Il s'agit de la tranche d'âge qui fréquente majoritairement les casinos.

Aux Etats-Unis, les JHA représentent l'activité sociale la plus fréquemment rapportée par les sujets âgés (74).

Un âge élevé ne constitue pas un FDR de jeu pathologique.

En revanche, le jeu pathologique chez un sénior est un facteur de risque de mauvaise santé physique et mentale, de détresse psychosociale (75)(76).

La prévalence parmi les séniors est très variable (0.4 à 11%) mais reste inférieure à celle retrouvée chez les sujets plus jeunes (77)(74)(78).

Certaines études ont identifiés les facteurs prédictifs de problème de jeu chez les séniors : consommer massivement de l'alcool ; présenter des symptômes de stress post traumatique (77).

Les caractéristiques socio-démographiques associées au jeu pathologique des séniors sont les suivantes : vivre seul, avoir un bas niveau d'études, être vétéran de l'armée et appartenir à une minorité ethnique (77). Un autre FDR identifié est le fait d'avoir un revenu fixe et limité (comme la pension de retraite) (74)(79).

Comme déjà évoqué, cette population est représentée par une plus grande proportion de femmes, débutant les JHA plus tardivement.

Le jeu problématique chez les séniors est souvent associé aux machines à sous et aux jeux de casinos.

- Les antécédents familiaux psychiatriques

Les antécédents familiaux participent à la vulnérabilité individuelle, et à la survenue d'un jeu problématique chez un sujet.

Les antécédents de jeu problématique ou pathologique chez un ascendant du premier degré augmenteraient de 3 à 5 fois le risque de devenir joueur pathologique (80)(81).

Les gènes impliqués dans le jeu pathologique restent difficiles à identifier, la plupart des études se révèlent négatives ou divergentes à ce sujet. Il n'existe pas d'études spécifiques sur l'interaction entre gène et environnement (facteur épigénétique).

L'implication des facteurs génétiques dans le jeu pathologique est étudiée dans une large cohorte de 6 718 jumeaux masculins. Les facteurs génétiques expliquent entre 35% et 54% de la vulnérabilité pour cinq symptômes du comportement de jeu pathologique pris individuellement (critères A . 1 à 5 du DSM-IV) (82). Une étude australienne plus récente portant sur 4 764 jumeaux retrouve une implication similaire avec une héritabilité autour de **49%**. Il n'y a pas de différence significative concernant l'héritabilité entre les hommes et les femmes (83). Le reste de la variance est attribuable à l'environnement **spécifique** de l'individu (non familial), soit **51%**.

La part imputable à l'environnement prédominerait plus franchement sur l'héritabilité, en considérant qu'il existe une part « inconnue » des 49% d'héritabilité concernée par l'épigénétique dans le développement du jeu pathologique (interactions entre gènes et environnement, notamment environnement familial).

Les *antécédents familiaux d'addictions aux substances psychoactives* sont plus importants chez les joueurs pathologiques, en particulier en ce qui concerne l'alcool (84)(85).

Concernant les *antécédents psychiatriques familiaux*, le trouble de la personnalité antisociale et, à un moindre degré, les autres troubles mentaux constituent des FDR retrouvés dans la littérature (81).

- Vulnérabilité psychologique en lien avec les évènements de vie, avec les traumatismes

La présence et la sévérité de maltraitements dans l'enfance serait corrélée à une gravité accrue des problèmes de jeu (86)(87)(88).

- Les antécédents personnels psychiatriques et de troubles addictifs

La question des antécédents personnels n'est pas clairement établie. La plupart des études rapportent la présence de consommations de substances psychoactives ou de comorbidités contemporaines des problèmes de jeu. Les quelques données sur les antécédents personnels sont rétrospectives et intégrées dans des études portant sur les comorbidités.

F. Comorbidités

La comorbidité représente la coexistence du jeu pathologique avec d'autres troubles chez un même sujet.

Le jeu pathologique est associé à une importante comorbidité psychiatrique de l'axe I (troubles majeurs cliniques) ainsi que de l'axe II (troubles de la personnalité). Les troubles liés à l'usage de substances psychoactives sont le plus fréquemment retrouvés.

Deux études menées sur de larges cohortes et dont nous détaillerons les résultats renseignent sur l'association de ces troubles.

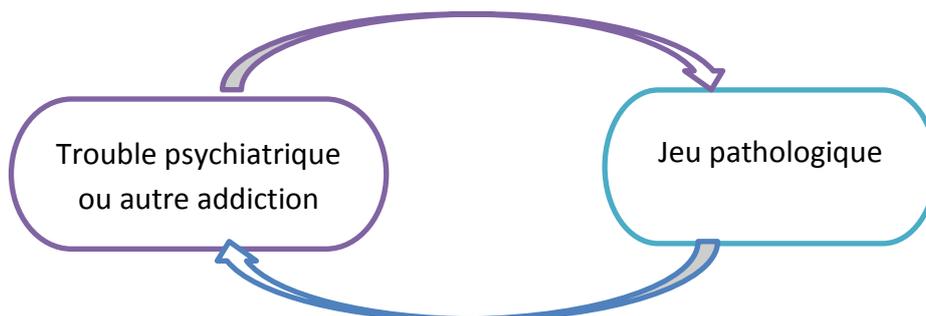
La première publiée en 2005 aux Etats-Unis, NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) porte sur 43 093 participants issus de la population générale (89).

La seconde étude publiée par la NCS-R (*US National Comorbidity Survey Replication*) en 2008 comprend 9 282 participants, représentatifs de la population générale (90).

La sévérité du jeu pathologique augmente avec le nombre de comorbidités diagnostiquées (91).

Certaines études portent sur la chronologie d'apparition des troubles et tentent d'apprécier la nature de leur intrication (le jeu pathologique, est-il la conséquence ou l'origine des symptômes comorbides ?). Le début du jeu pathologique précéderait le trouble comorbide dans 23.5% des cas, tandis que le jeu pathologique succéderait à l'apparition du trouble comorbide pour 74.3% (principe de la circularité, cf. figure 9) (90)(92).

Figure 9 : Comorbidité et principe de la circularité



1. Comorbidités de l'axe I (troubles majeurs cliniques)

- Comorbidités addictives

De nombreuses études attestent qu'il s'agit des comorbidités les plus associées au jeu pathologique (93)(90)(94)(95).

Elles montrent une association particulièrement forte entre tabac et jeu pathologique.

En population générale, les joueurs pathologiques ont **six** fois plus de risque de développer une alcoolodépendance dans leur vie que le reste de la population (89). Le risque relatif est de **6.7** pour la dépendance au tabac, il est globalement de **4.4** pour l'ensemble des troubles liés à l'usage des substances psychoactives (89). Dans une méta-analyse de 2011, Lorains estime que 60.1% des joueurs excessifs présenteraient un trouble lié à l'usage du tabac, 28.1% un trouble lié à l'usage d'alcool et 17.2% un trouble lié à l'usage d'une substance illicite (93). Fuentes en 2006 retrouve des résultats du même ordre : 68.7% des joueurs pathologiques ont une dépendance au tabac et 21% ont une dépendance à une autre substance psychoactive (96). Chez les sujets ayant un trouble lié à l'usage de substances psychoactives et consultant un centre de soins, le risque de voir apparaître un jeu pathologique est trois fois plus élevé que dans la population générale (97).

Sur le plan des addictions comportementales, les seules données disponibles concernent l'hyperphagie-boulimie dont la prévalence n'est pas plus importante chez les joueurs excessifs que chez les non joueurs (94).

Peu de données sont disponibles sur les comorbidités chez les joueurs pathologiques en France.

Lors de la première enquête de prévalence du jeu pathologique chez les français en 2010 (20), des éléments sont relevés sur les consommations de substances psychoactives chez les joueurs excessifs (cf. figure 10 page 55) :

- le tabagisme quotidien ;
- la consommation mensuelle de cannabis ;

- la consommation annuelle d'autres drogues illicites ;
- la consommation d'alcool et l'estimation du risque de dépendance (par l'*Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* voir en annexe 3 page 181, auto-questionnaire mis au point sous l'égide de l'OMS pour repérer les consommateurs d'alcool à risque).

Les consommations de substances psychoactives sont recherchées mais ne sont pas associées à une mesure psychométrique du caractère addictif de celles-ci, en dehors de l'alcool et du tabagisme.

Les consommations quotidiennes de tabac et celles mensuelles de cannabis sont plus importantes chez les joueurs excessifs que dans la population générale. Il en est de même pour les consommations d'alcool, les plus à risque d'après les scores AUDIT. Le taux d'alcoolodépendance est estimé à **26.3%** chez les joueurs excessifs contre 3.2% en population générale.

Figure 10 : Consommation de substances psychoactives chez les joueurs (en %)(20)

	Tabac		Alcool*		Cannabis**		Autres drogues illicites
	Quotidien	≥ 10 / j	Consommation à risque	Risque de dépendance	Dans le mois	≥ 10 / mois	Consommation dans l'année
Population générale 18-75 ans (N = 25 034)	29,7	20,6	15,5	3,2	4,4	2,1	2,2
Joueurs dans l'année (N = 11 780)	34,0	24,7	17,7	3,6	4,3	2,3	2,2
dont Joueurs actifs (N = 2 762)	36,2	27,2	21,0	5,0	3,7	2,0	2,1
Joueurs à risque modéré (N = 179)	50,2	41,5	33,6	9,9	13,6	6,5	4,1
Joueurs excessifs (N = 79)	64,2	50,1	50,5	26,3	6,1	5,3	6,4

* Audit complet, en trois classes ** Données disponibles sur les 18-64 ans
Source : Baromètre santé 2010, module Jeux de hasard et d'argent ; INPES/OFDJ

L'enquête met en évidence une relation significative entre les pratiques de jeu les plus à risque et les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis – dont les Odds ratios respectifs sont : OR dépendance alcool = 2,8 ($p \leq 0,001$), OR tabac = 1,6 ($p \leq 0,01$), OR cannabis = 2,0 ($p \leq 0,05$).

Les troubles coexistent ou se succèdent, les auteurs parlent dans la littérature anglophone de « *switching addictions* » (98). Le jeu pathologique précéderait les autres troubles addictifs d'après l'étude NCS-R. Cependant, pour Cunningham et Williams en 2000, les comorbidités addictives précèdent le jeu pathologique, surtout chez les hommes, à l'exception des psychostimulants.

- Troubles de l'humeur

En population générale, le jeu pathologique présente une comorbidité élevée avec les troubles de l'humeur. Cette association est surtout retrouvée chez les femmes.

Les troubles de l'humeur sont **trois à 4.4** fois plus fréquents chez les joueurs pathologiques que dans le reste de la population (89)(90).

Chez les sujets ayant un trouble dépressif ou anxieux, le risque de voir apparaître un jeu pathologique est 1.8 fois plus élevé que dans la population générale (97).

L'association jeu pathologique et trouble bipolaire est particulièrement forte, certains auteurs faisant l'hypothèse qu'il s'agirait d'un facteur prédictif du développement de problèmes de jeu. Le taux d'épisode maniaque serait **huit** fois plus important chez les joueurs pathologiques (90).

Dans la majorité des cas, l'installation du trouble de l'humeur précède le jeu pathologique (89).

Les joueurs pathologiques semblent présenter un risque suicidaire plus élevé que la population générale (99). Au sein d'un échantillon de joueurs pathologiques consultant dans un centre de soins, la moitié rapportait avoir eu des idées suicidaires ou avoir déjà fait une tentative de suicide (96). Chez des joueurs pathologiques hospitalisés, il est retrouvé pour un tiers d'entre eux un antécédent de tentative de suicide, la plupart du temps à cause du jeu (100). Le risque relatif de suicide n'est pas connu.

- Autres pathologies de l'axe I associées

Le *trouble anxieux généralisé*, le *trouble panique* et les *phobies spécifiques* seraient trois fois plus fréquents chez les joueurs pathologiques que dans la population générale (93). Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) n'a pas été recherché dans les études épidémiologiques à grande échelle citées. Chez des joueurs en soins, 6.5% présentent un TOC (96).

Le *syndrome de stress post traumatique* est retrouvé dans **15%** des cas chez les joueurs pathologiques (rapporté sur la vie entière) (90).

Dans **40 à 60%** des cas, les symptômes anxieux seraient antérieurs à l'apparition du jeu pathologique (89)(90).

Les *troubles psychotiques* n'ont pas été recherchés dans les grandes études épidémiologiques précédemment référencées. Une étude portant sur un échantillon de patients présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif retrouve une prévalence de jeu pathologique et problématique de **19%** (101).

Une enquête épidémiologique met en évidence le *trouble déficit de l'attention et hyperactivité* (TDAH) chez 13.4% des joueurs pathologiques (90). Parmi des patients traités pour un jeu excessif, **26%** présentent un TDAH actuel ou dans leurs antécédents personnels (102).

2. Comorbidités de l'axe II (troubles de la personnalité)

Petry (89) retrouve un risque relatif de présenter un trouble de la personnalité entre 3.7 et 8.9, correspondant à plus de **60%** des joueurs pathologiques (prévalences vie-entière).

Les études réalisées sur des cohortes de joueurs problématiques suivis dans des centres de soins retrouvent une prévalence importante de troubles de la personnalité. Il existe des résultats contradictoires concernant le diagnostic précis de l'axe II.

Qu'elles soient en population générale ou au sein de groupes de patients en suivi, toutes les études s'accordent sur la prédominance de troubles de la personnalité caractérisés par un haut niveau d'impulsivité, appartenant au *cluster B* (103)(93).

Dans une méta-analyse de 2011, le trouble de la personnalité *antisocial* est le plus décrit chez le joueur problématique, à hauteur de **28,8%** (93). D'autres études retrouvent majoritairement la présence du trouble de la personnalité *borderline* (104).

L'impulsivité et son intrication avec le jeu excessif ont été étudiées. L'impulsivité semble à la fois être un facteur de vulnérabilité et mauvais pronostic du jeu pathologique. Elle est associée à une mauvaise observance des soins. Les composantes de l'impulsivité entrent en jeu dans les modèles basés sur la typologie des joueurs pathologiques (103)(105).

G. Modèles expérimentaux ou théoriques

Les modèles explicatifs du jeu pathologique sont multiples, issus de disciplines aussi différentes que la Psychanalyse et les Neurosciences (hypothèses neurobiologiques et neurocognitives).

1. Le modèle analytique

Bien avant l'apparition du jeu pathologique dans le DSM, la psychanalyse s'est penchée sur la question en tentant de comprendre le sens du jeu pour l'individu.

Il existe peu de textes psychanalytiques sur ce sujet par rapport à la quantité de publications scientifiques.

Von Hattinberg est le premier à s'y intéresser en 1914. Il interprète le jeu comme une érotisation de la peur. Le vertige, la fascination, le frisson pour le jeu seraient liés à un déplacement de la libido.

Le texte le plus connu en la matière est attribué à S. Freud (106). Ses réflexions sur le jeu sont exposées dans le texte *Dostoïevski et le parricide* publié en 1928.

Pour Freud, cette « passion pathologique » pour le jeu aurait la fonction psychique d'autopunition liée aux fantasmes œdipiens. Le mécanisme profond de la conduite du joueur pathologique tourne autour des processus d'intégration de la Loi. Chez un individu, la constitution des instances morales serait fondée sur le refoulement du désir de parricide (fantasme œdipien) issu des angoisses de castration et de l'ambivalence envers le père. Pour Freud, la perte au jeu devient symboliquement une punition par l'entité paternelle.

Le but de l'analyse est de chercher quelles sont les sources profondes du sentiment (conscient ou inconscient) de culpabilité.

En 1945, Fenichel rapproche le jeu pathologique des « névroses impulsives », lesquelles seront par la suite à l'origine de la classification dans « les troubles du contrôle des impulsions » du DSM.

En 1957, Bergler fait une description précise du jeu pathologique dans son ouvrage de référence *The psychology of gambling* (107), en s'appuyant sur son expérience auprès de soixante joueurs. Parmi les motivations conscientes des joueurs, il rapporte la recherche du frisson ou du vertige lié au jeu (*thrill*). Il rejoint la théorie de Freud : le joueur est animé par un désir inconscient de perdre (autopunition), masochisme moral. Ce qui proviendrait, selon lui, d'une tentative illusoire de déjouer la logique et le hasard, et ignorant donc le principe de réalité au profit du principe de plaisir. La rébellion contre la réalité, la loi parentale, est suivie d'un besoin inconscient d'autopunition.

2. L'approche cognitive

Il existe de nombreux travaux portant sur l'approche cognitive du jeu pathologique. Elle traite des cognitions ou croyances dites irrationnelles ou erronées, appelées aussi *distorsions cognitives*. Le joueur a alors une perception particulière de la notion de risque ou de hasard, ne tenant plus compte des probabilités mathématiques qui conditionnent l'issue du jeu.

Beck a d'abord décrit de manière générale les distorsions cognitives comme « un contenu de pensées idiosyncrasiques reflétant des conceptualisations irréalistes ou déformées » (108).

Chez un joueur, les distorsions cognitives favorisent l'augmentation de la fréquence de jeu et des sommes pariées. Par la suite, elles contribuent à l'apparition et au maintien des problèmes de jeu (9)(109).

Dans une étude, 70% des verbalisations « à voix haute » des pensées des joueurs sont erronées. Certains joueurs ignorent voire nient l'importance du hasard comme déterminant de l'issue du jeu. Tous les joueurs sont sujets à ce type de croyances. Elles sont cependant présentes en plus grand nombre et avec d'avantage de conviction chez les joueurs pathologiques (110)(111).

Les distorsions cognitives en question sont ci-dessous présentées, illustrées par des exemples.

- *la méconnaissance du principe d'indépendance des tours*

L'indépendance des événements signifie que ce qui est déjà arrivé n'influera aucunement sur ce qui se produira par la suite. Ce principe régit l'ensemble des JHA.

Par exemple, à chaque fois qu'une roue de roulette est lancée, le résultat est indépendant des tours de roues précédents. S'il méconnaît ce principe, le joueur peut croire qu'il a plus de chance d'obtenir le tirage d'un chiffre si celui-ci n'est pas sorti les tours précédents.

- *l'illusion de contrôle*

Le sujet a le sentiment de pouvoir influencer des phénomènes strictement liés au hasard.

Le joueur pense que la chance peut être :

- une variable contrôlable (par des comportements superstitieux),
- une variable de trait (certains sujets seraient pour lui chanceux pour tels jeux et malchanceux pour d'autres)
- ou contagieuse (jouer à tel endroit ou à côté de telle personne affecte ses chances de gain).

L'implication du joueur dans le déroulement du jeu (FDR structurel) participe à l'illusion de contrôle. Plus le sujet est actif dans la séquence de jeu, plus il a l'illusion de contrôler l'issue du jeu (112). Il croit développer des compétences pour déterminer ou influencer le résultat du jeu, surestimant sa probabilité de succès.

Par exemple, le joueur pense que la force avec laquelle il actionne le bandit manchot des machines influence le résultat du jeu.

D'autres facteurs participent à l'illusion de contrôle, comme la compétition et la familiarité avec la tâche.

- *les prédictions*

Lors de la séquence de jeu, le joueur décide de parier en fonction d'indices qu'il interprète comme des preuves saillantes de l'issue du jeu. Ces indices peuvent être internes (sentiments, intuitions, sensations, vécus corporels), externes (phénomènes météorologiques) ou le comportement des autres joueurs.

- *la méconnaissance du principe d'espérance de gain négative et l'espoir de « se refaire »*

L'espérance de gain correspond à la somme d'argent redistribuée entre les joueurs par rapport à la somme totale de leurs mises. L'espérance de gain détermine ce qu'un joueur peut espérer gagner à long terme. Or, les opérateurs de jeux prélèvent un certain pourcentage sur les mises récoltées, ils reversent donc moins d'argent aux participants qu'il n'y en a de misé. L'espérance de gain est alors négative pour l'ensemble des joueurs. Elle assure aux opérateurs de faire du profit lorsqu'un grand nombre de joueurs parient ou lorsqu'un seul joueur mise de façon répétitive. Plus un joueur parie, plus le nombre de ses mises augmente et plus il augmente ses probabilités de perdre. Tout ce qu'un joueur peut espérer et obtenir, à long terme, c'est perdre de l'argent.

Pour illustrer simplement l'espérance de gain négative, nous prendrons un exemple cité par Ladouceur et Sylvain dans leur ouvrage *Le jeu excessif* (9).

Deux personnes, en jouant à pile ou face, parient de l'argent. En début de partie, l'une d'elle peut gagner 4 fois consécutives et faire de l'argent. Si la partie se poursuit longtemps, les deux participants pourront s'attendre à gagner chacun 50% des parties. La répétition des

lancés conduit à ce qu'il n'y ait ni gagnant ni perdant (plus ils jouent, moins le jeu est intéressant financièrement).

Plaçons-nous dans la situation où une troisième personne lance la pièce à chaque tour à leur place et exige un retour de 8% de l'argent misé par les deux participants. Pour une partie brève avec peu de mises, un des participants peut comme précédemment gagner 4 fois et s'arrêter avec un gain. Si la partie se poursuit, le lanceur prenant 8%, l'espérance de gain est négative. Le lanceur accumule de l'argent alors que les participants ont un capital d'argent respectif qui décroît, malgré des gains ponctuels et minimes à l'occasion.

Le lanceur est en fait l'opérateur de jeu, il présente un taux de retour aux joueurs de 92%. Ce qui signifie à long terme que leurs clients perdront 8% de l'argent qu'ils ont misé. Ce pourcentage peut varier mais est toujours inférieur à 100%. Il existe donc toujours une espérance de gain négative.

La plupart des joueurs pathologiques croient qu'ils vont finir par « se refaire ». Ils dénie cette réalité statistique et poursuivent un jeu intensif dans l'espoir de récupérer plus d'argent qu'ils n'en ont misé et ainsi effacer leur dette de jeu.

- *l'abstraction sélective*

Le joueur se souvient essentiellement des gains (surtout « *big win* ») mais il sous-estime ses pertes d'argent.

- *les superstitions, associations illusives*

Elles rejoignent la notion d'illusion de contrôle et les prédictions. Le joueur pense que certains « grigris » ou talismans, comportements ou rituels ainsi que certains états d'esprit qu'il présente peuvent influencer la probabilité de gagner. Pour lui, jouer certains jours de la semaine sont plus propices pour gagner.

On comprend ainsi comment les distorsions cognitives peuvent initier et maintenir la personne dans un jeu intensif, pathologique. Elles sont la cible d'interventions thérapeutiques tant spécifiques (remédiation cognitive) qu'intégratives.

3. L'approche comportementale

Pour les comportementalistes, le jeu pathologique correspond à une forme d'apprentissage d'un comportement par les conséquences de l'action, définissant la notion de *conditionnement opérant* (113). Une action qui a des conséquences positives tendra à se répéter (*renforcement positif*). Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement (*renforcement négatif*).

Les sources de renforcement positif du jeu sont :

- le gain (l'argent),
- l'ambiance du lieu où se déroule le jeu (le casino),
- les interactions positives avec les autres joueurs et les employés,
- les near misses ou presque-gains.

Les sources de renforcement négatif du jeu sont :

- l'anxiété,
- la dépression.

Les JHA permettent alors d'échapper à un état émotionnel déplaisant.

Les JHA permettent un renforcement *intermittent* : on ne peut prévoir un gain, les participants continuent à jouer pour l'obtenir.

Dans le conditionnement *répondant ou pavlovien*, les comportements sont apparentés à des réflexes: c'est une réaction à une stimulation environnementale (113).

Il associe au jeu les stimuli visuels, sonores. Ces stimuli (*triggers*) sont par la suite souvent associés à un *craving* chez le joueur pathologique.

Certains auteurs attribuent l'acquisition des comportements à l'observation de modèles parentaux. Au cours de leur enfance, des joueurs à risque rapportent avoir été exposés de façon répétée au jeu voir au jeu pathologique par leur entourage. L'hypothèse soutenue est qu'ils développent par la suite ce type de comportement car il leur est familier et qu'ils n'ont pas reçu de mise en garde à cet égard.

Les méthodes aversives basées sur le modèle comportementaliste, visant à administrer un stimulus désagréable lors d'un comportement jugé inadéquat, ont été abandonnées.

Venant compléter l'approche cognitive, le modèle comportemental est à l'origine d'une part des mesures thérapeutiques qui peuvent être proposées aux joueurs pathologiques. Nous présenterons cette démarche et les études s'y rapportant en Partie II. Parmi ces mesures, nous citerons :

- les méthodes d'exposition en imagination et contrôlée in vivo,
- la désensibilisation systématique,
- le contrôle des stimuli.

4. L'approche neurobiologique

Les neurotransmetteurs et circuits cérébraux impliqués dans le jeu pathologique sont similaires à ceux impliqués dans les autres addictions.

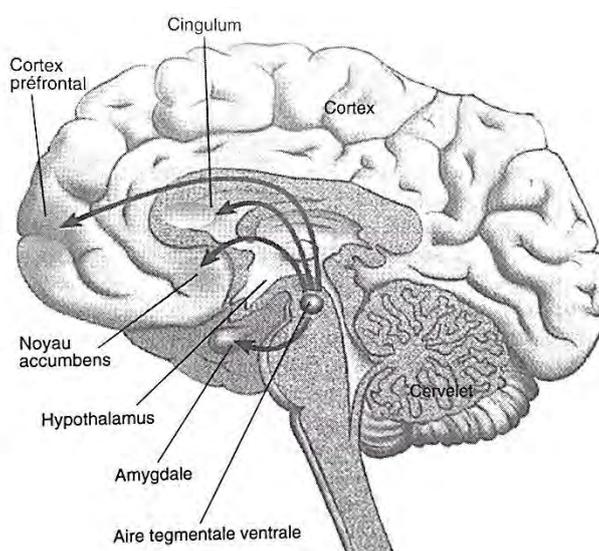
Dès 1990, Goodman suggère de rechercher une origine ou un mécanisme commun aux addictions qui s'exprimeraient par une multitude d'expressions comportementales (114).

Les études menées ultérieurement ont cherché à expliciter le rôle de la dopamine dans les addictions.

Le système dopaminergique est déterminant dans la mesure où il modifie le fonctionnement d'un ensemble neuronal particulier, le « circuit de la récompense » (cf. figure 11 page 66). L'activation de ce circuit participe à la perception du plaisir et de la récompense.

Ainsi, une sécrétion intense de dopamine au niveau du noyau accumbens chez les rongeurs est systématiquement retrouvée pour toutes les substances entraînant une pharmacodépendance chez l'Homme (115).

Figure 11 : Visualisation en coupe sagittale cérébrale du noyau accumbens et de l'aire tegmentale ventrale, et du système de récompense (116) : voies dopaminergiques, mésolimbiques et mésocorticales



- Le système dopaminergique

Comme précédemment cité, la dopamine est l'un des principaux neurotransmetteurs impliqués dans les mécanismes de récompense et de renforcement liés aux addictions. Le système dopaminergique est le système le plus anciennement étudié concernant les pathologies addictives. Il existe une sécrétion accrue de dopamine dans le noyau accumbens au moment du comportement de jeu (117)(118).

Le circuit dopaminergique mésolimbique entre l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens serait impliqué dans le jeu pathologique (119)(120).

Illustrant ces aspects neurobiologiques, le traitement de la maladie de Parkinson illustre le rôle de la dopamine dans la genèse des comportements de jeu. Les patients peuvent développer un jeu pathologique suite à l'administration d'un traitement agoniste dopaminergique (121)(122)(123)(124)(125).

- Noradrénaline

Il existe une augmentation de la noradrénaline et de ses métabolites aux niveaux sanguin et urinaire ainsi que dans le liquide céphalo-rachidien chez les joueurs pathologiques (126). L'activation du système sympathique conduit à une tachycardie, une hypersudation et une modification de la vasomotricité. Ainsi, la noradrénaline semble avoir un rôle dans l'excitation en situation de jeu (« le sujet se drogue à sa propre adrénaline ») (127).

Par ailleurs, dans le cortex préfrontal, la noradrénaline est un neurotransmetteur impliqué dans le contrôle de l'impulsivité. La cooccurrence entre TDAH et jeu pathologique est probablement en lien avec cette composante d'impulsivité (128).

- Sérotonine

Son implication dans le contrôle de l'impulsivité est actuellement bien établie. En effet, la sérotonine et son métabolite sont retrouvés en concentration moins importante dans le liquide céphalo-rachidien des joueurs pathologiques (129).

De façon expérimentale, l'administration d'un agent agoniste sérotoninergique (m-CPP) chez des joueurs pathologiques et chez d'autres sujets addicts a un effet euphorisant contrairement au groupe contrôle (130). Ces effets euphorisants sont comparables à ceux des drogues psychostimulantes. Le jeu apparaît donc comme un équivalent comportemental à l'usage de substances psychoanaleptiques.

Comme pour les addictions à des substances psychoactives, l'hypothèse de dysrégulation de l'homéostasie au niveau des systèmes de neurotransmissions est évoquée dans le développement du jeu pathologique.

Les systèmes adrénérergiques et sérotoninergiques seraient normalement couplés pour permettre une activation dopaminergique adéquate et donc une perception de la récompense optimale. La stimulation répétée et intense par certaines substances psychoactives (cocaïne, alcool, morphine, amphétamines, tabac) sur les récepteurs adrénérergiques et/ou sérotoninergiques serait à l'origine d'un découplage de ces systèmes, les rendant hyper-réactifs et autonomes (131). C'est ce mécanisme qui serait à l'origine d'une sensation de malaise en l'absence de consommation du produit. Un soulagement bref de cet état correspondrait à un recouplage artificiel de ces neurones par une nouvelle administration du produit, entretenant la poursuite des consommations. L'hypothèse est que le jeu ne peut déclencher ce processus biochimique. En revanche, les comorbidités addictives par ce découplage pourraient parallèlement en favoriser le développement dans un certain nombre de cas.

- Le système opioïde

Les endorphines sont impliquées dans la régulation des sensations de plaisir, de récompense et de douleur à travers la modulation des systèmes dopaminergiques mésolimbiques. Elles jouent un rôle dans le mécanisme des addictions et dans la genèse de certains aspects du jeu pathologique (130)(132).

- Le système glutamatergique

Neurotransmetteur impliqué également dans la motivation, le glutamate joue un rôle dans le processus des addictions (132). L'action modulatrice glutamatergique de l'administration de N-acétylcystéine, diminuant les symptômes de jeu pathologique, semble une piste prometteuse de compréhension et de traitement.

Certaines molécules constituent des pistes thérapeutiques pour le jeu pathologique bien qu'initialement destinées au traitement d'une autre addiction ou d'une comorbidité psychiatrique.

H. Les traitements

Les orientations thérapeutiques s'appuient sur les modèles de compréhension présentés. Le jeu pathologique nécessite une prise en charge *spécialisée*. Nous ferons le point sur les traitements qui semblent être validés.

L'importance des comorbidités, les concepts théoriques multiples ainsi que la dimension plurifactorielle et complexe du jeu pathologique ont conduit à des approches *intégratives* en matière de thérapeutique.

A ce jour, une offre de soin *pluridisciplinaire* semble idéale pour ces patients dont le jeu affecte toutes les dimensions de leur vie. Un soin sur plusieurs axes également : psychothérapeutique en première intention, complété selon les comorbidités par un traitement pharmacologique parfois, et un étayage social et familial.

Différentes approches thérapeutiques destinées aux joueurs pathologiques ont pu être évaluées telles que les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies brèves ainsi que des essais pharmacologiques. Les thérapies familiales et les groupes d'entraide par les pairs (*Gamblers Anonymous* par exemple) sont moins bien documentés. Ils font pourtant partie des interventions les plus répandues aux Etats-Unis par exemple. Les thérapies analytiques, bien que très soutenantes pour certains patients et prenant part aux approches intégratives et à la formation des thérapeutes du champ des addictions, n'ont pas fait l'objet d'évaluation spécifique dans cette indication.

Des interventions externes auprès des pairs, ou encore la limitation ou l'interdiction d'accès sur les lieux de jeu peuvent constituer une aide complémentaire précieuse.

L'ensemble de ces interventions a pour objectif une *limitation des risques* et des conséquences néfastes des conduites de jeu tant sur le plan de la souffrance psychique du patient, de ses relations familiales et sociales, que sur le plan financier.

Moins de 10% des joueurs pathologiques recevraient un traitement formel (133)(134) ce qui témoigne de la difficulté d'accès au soin. Seuls les joueurs les plus motivés parviennent en

effet à s'y engager. Les barrières à la mise en place d'un traitement sont le désir de s'en sortir par soi-même, la honte et la dénégation bien avant l'accessibilité au traitement (135). Il existerait une proportion non négligeable d'individus qui parviennent à une guérison sans soin spécifique (jusqu'à un tiers dans une étude) (134). Ils rapportent avoir mis en place des stratégies proches de celles proposées par les interventions comportementales (133).

Nous décrivons les différents traitements existants ou pistes thérapeutiques explorées, l'évaluation de leur efficacité selon les critères de *Evidence Base Medecine*, en exposant les données de la littérature scientifique internationale disponibles.

1. Pharmacothérapie

Il n'existe à ce jour aucune molécule ayant l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans l'indication du traitement du jeu pathologique. Aucun traitement pharmacologique n'est validé à l'étranger.

Le plus souvent, la prescription d'un traitement pharmacologique chez un joueur pathologique correspond à l'indication d'une comorbidité.

Nous présenterons les résultats d'essais pharmacologiques contrôlés randomisés avec administration en aveugle pour le traitement du jeu pathologique, provenant de trois sources distinctes, en fonction des molécules étudiées :

- une revue et méta-analyse de Pallesen et al. publiée en 2007 regroupant 16 études entre 2000 et 2006. Parmi elles, 8 études sont des essais contre placebo. Elles sont présentées dans la figure 13 page 73.
- une revue de la littérature de Hodgins et al. publiée en 2011 dans Lancet présentant les études du même type parues jusqu'en 2010. Deux études figuraient déjà dans la méta-

analyse de 2007 (136)(137). Les résultats de ces études sont présentées en figure 12 page 72.

- une revue de la littérature que nous avons effectuée en mars 2015, portant sur les essais cliniques pharmacologiques publiés dans les 5 dernières années sur PubMed, avec les termes de recherche suivants : (pathological gambling[MeSH Terms]) AND treatment[MeSH Terms].

Les résultats sont les suivants : 17 études étaient disponibles mais seulement deux présentaient les critères scientifiques requis.

Nous allons vous présenter les résultats de ces différentes études pour les traitements suivants : les antidépresseurs ISRS, les thymorégulateurs, les antagonistes des récepteurs opioïdes, les agents glutamatergiques, le bupropion et les antipsychotiques atypiques.

Figure 12 : Tableau récapitulatif des molécules concernées par des essais cliniques contrôlés randomisés, tableau extrait de Gambling disorders. Hodgins et al. 2011 Lancet (92)

	Dose (mg per day)	Number of participants	Response rate for drug	Response rate for placebo
Naltrexone ^{100,101}	50-150	122	61.8%	34.2%
Nalmefene ^{102,103}	20-100	414	51.8%	46%
Fluvoxamine ⁹³	50-250	47	72%	48%
Paroxetine ⁹³	10-60	121	62.9%	39.7%
Sertraline ⁹³	50-150	60	68%	66%
Bupropion ¹⁰⁷	75-375	39	35.7%	47.1%
Olanzapine ^{85,2}	2.5-15	63	66.7%	71.4%

Data from double-blind, placebo-controlled studies. Table does not include studies using an open-label design followed by double-blind discontinuation; studies used various measures to assess response, and some studies were fixed-dose studies and others allowed for dose titration. Where two studies have been done with the same drug, the response rates reflect pooled means. In these cases, there was often one positive and one negative study, and therefore the results need to be interpreted in the context of each study's method.

Table: Studies of usefulness of drugs for pathological gambling

Figure 13 : tableau extrait de *Outcome of Pharmacological treatments of Pathological Gambling. Pallesen et al. 2007, Journal of Clinical Psychopharmacology (138)*
Etudes publiées entre 2000 et 2006 d'essais thérapeutiques contrôlés randomisés avec administration en aveugle

TABLE 1. Studies Examining the Effectiveness of Pharmacological Treatments for Pathological Gambling

Study	Trial	Design	Intent-to-Treat Analysis	Mean Dose at End point (mg/d)	Duration	N*	Mean Age	Attrition [†] (%)	Proportion Males (%)	Formal Diagnosis
Black, ¹⁶ 2004	Bupropion vs placebo	Open label	Not used	400	8 wk	10	44.6	0.0	40.0	Yes
Blanco et al, ⁸ 2002	Fluvoxamine vs placebo	Double blind	Subjects with ≥ 2 postrandomization observations	200	6 mo	32	42.1	59.4	65.6	Yes
Dannon et al, ¹⁷ 2005	Topiramate vs fluvoxamine	Single blind	Not used	200 and 200, respectively	12 wk	20	34.9	35.5	100.0	Yes
Dannon et al, ¹⁸ 2005	Bupropion vs naltrexone	Single blind	Not employed	424 and 116, respectively	12 wk	25	29.1	30.6	100.0	Yes
Grant et al, ⁷ 2003	Paroxetine vs placebo	Double blind	From wk 2	20–60	16 wk	71	45.4	44.7	60.5	Yes
Grant et al, ¹⁹ 2006	Nalmefene (25, 50 and 100 mg) vs placebo	Double blind	Subjects with ≥ 2 postrandomization observations	25, 50 and 100, respectively	16 wk	146	46.0	64.7	56.5	Yes
Grant and Potenza, ²⁰ 2006	Escitalopram vs pretreatment	Open label	From wk 2	25.4	11 wk	13	55.8	30.8	53.8	Yes [†]
Hollander et al, ²¹ 2000	Fluvoxamine vs placebo	Double blind	From wk 13	195	8 wk + 8 wk (crossover)	15	38.9	23.1	100.0	Yes
Hollander et al, ¹¹ 2005	Lithium-carbonate vs placebo	Double blind	Not used	1150	10 wk	29	44.5	27.5	58.6	Yes [§]
Kim and Grant, ²² 2001	Naltrexone vs pretreatment	Open label	From wk 2	157	6 wk	17	44.6	17.6	41.2	Yes
Kim et al, ²³ 2001	Naltrexone vs placebo	Double blind	From wk 6	187.5	11 wk	45	48.6	19.6	33.3	Yes
Kim et al, ²⁴ 2002	Paroxetine vs placebo	Double blind	From wk 2	51.7	8 wk	45	49.3	8.9	33.3	Yes
Pallanti et al, ²⁵ 2002	Nefazodone vs pretreatment	Open label	Not used	345.8	8 wk	12	48.5	14.3	71.4	Yes
Pallanti et al, ⁶ 2002	Lithium carbonate and valproate vs pretreatment	Single blind	From start of medication	1200 and 1500, respectively	14 wk	42	31.6	26.2	76.2	Yes
Sáiz-Ruiz et al, ²⁶ 2005	Sertraline vs placebo	Double blind	From start of medication	95.0	24 wk	60	38.9	38.3	90.0	Yes
Zimmerman et al, ²⁷ 2002	Citalopram vs pretreatment	Open label	From wk 2	34.7	12 wk	15	44.1	40.0	60.0	Yes

*The number for which the data analyses are based.

[†]Discontinued medication or withdrew from the study after randomization.

[‡]In addition to the *DSM* criteria for pathological gambling the patients also fulfilled the criteria for at least one anxiety disorder.

[§]In addition to the *DSM* criteria for pathological gambling, the patients also fulfilled the criteria for a bipolar spectrum disorder.

- Les antidépresseurs ISRS

Les molécules testées sont la fluvoxamine (139)(140)(141), la paroxétine (142)(143), le citalopram (144), l'escitalopram (145) et la sertraline (146).

Les ISRS ont montré une efficacité sur le jeu pathologique à travers l'amélioration d'une comorbidité anxiodépressive (citalopram et escitalopram). Cela corrobore l'usage contradictoire du jeu, l'amélioration thymique participant à l'amélioration des conduites de jeu.

Aucune différence significative contre placebo n'a été retrouvée concernant la sertraline, la paroxétine et la fluvoxamine.

- Les thymorégulateurs

Les molécules concernées sont le lithium (147)(148), le valproate de sodium (148) et le topiramate (141).

Deux arguments ont conduit les chercheurs à s'intéresser à cette classe thérapeutique dans le cadre du jeu pathologique :

- leur propriété anti impulsive ;
- l'importance de la comorbidité avec le trouble bipolaire.

Les études sur le lithium ne permettent pas de conclure car la première (lithium versus placebo) est menée auprès de patients ayant également un trouble bipolaire de type I, on ne peut considérer la supériorité du lithium sur le placebo comme indépendante pour le jeu pathologique (147).

La deuxième étude, comparative entre deux thymorégulateurs, retrouve un effet similaire entre le lithium et le valproate de sodium (148).

Une étude topiramate (antiépileptique) versus fluvoxamine (ISRS) ne retrouve pas de différence significative concernant l'effet sur les joueurs pathologiques (141).

- Antagonistes des récepteurs opioïdes

En bloquant les récepteurs centraux opioïdes et donc l'effet des endorphines endogènes, ils inhibent la libération de dopamine au niveau du noyau accumbens.

- La naltrexone se fixe spécifiquement sur les récepteurs μ -opioïdes. Elle a déjà été utilisée dans le cadre du traitement préventif de la rechute et du sevrage des sujets toxicomanes aux opiacés. Elle a également fait la preuve de son efficacité dans le maintien de l'abstinence à l'alcool en ciblant le craving.

Dans le cadre des essais portant sur le jeu pathologique sans comorbidité sévère associée, la naltrexone semble diminuer le craving pour le jeu (149). Le facteur limitant reste des effets secondaires sévères au niveau hépatique ayant conduit à des sorties prématurées d'une des études pour 38 patients sur 83 (136).

- Une molécule plus récente, le nalméfène, est également disponible. Il est indiqué pour obtenir des consommations contrôlées d'alcool chez les patients dépendants.

Dans le cadre du jeu pathologique, il a fait l'objet d'un essai thérapeutique contre placebo, chez 233 participants (150). Une réduction significative de la sévérité des problèmes de jeu est retrouvée avec une dose de 25 milligrammes par jour, bien tolérée.

- Agents glutamatergiques

Le N-acétylcystéine réduirait le craving et la recherche de récompense par une action sur les voies glutamatergiques du noyau accumbens. Son action semble supérieure au placebo chez les joueurs pathologiques ayant une comorbidité anxiodépressive ou présentant un trouble du contrôle des impulsions (151).

- Bupropion

Classé parmi les autres antidépresseurs, il inhibe de manière sélective la recapture de la dopamine et de la noradrénaline. Indiqué dans le sevrage tabagique, deux études retrouvent des résultats contradictoires en comparant son efficacité contre un placebo dans le cadre du jeu pathologique (152)(153).

- Les antipsychotiques atypiques

Ils sont évoqués comme piste de traitement du jeu pathologique en raison de leur action d'antagoniste dopaminergique et sérotoninergique. Seul l'olanzapine (versus placebo) a été testée dans deux études et n'a pas montré de supériorité en l'absence de comorbidité psychiatrique (154)(155).

Il existe plusieurs limites :

- peu d'études sont conduites contre placebo et en double aveugle (156);
- les taux de réponse au placebo sont élevés (136);
- les études disponibles présentent une durée de traitement et d'observation courte ;
- les critères de jugement de l'efficacité sur le jeu pathologique sont hétérogènes : abstinence / jeu contrôlé défini par une diminution significative d'un score ou d'une échelle symptomatique ;
- il existe une proportion élevée de perdus de vue ou de sorties prématurées d'étude à cause d'une mauvaise tolérance des traitements alors que les effectifs sont déjà très faibles ;
- peu de femmes sont concernées dans ces études ;
- un effet spécifique sur le jeu pathologique est difficile à établir : le facteur de confusion est l'effet concomitant possible sur les symptômes de comorbidités (thymorégulateur et trouble bipolaire de type I (147); ISRS et trouble anxieux (145)).

Les limites des études présentées ainsi que les résultats souvent contradictoires ne permettent pas de discerner à ce jour de traitement pharmacologique indiqué pour les joueurs pathologiques indépendamment de toute comorbidité.

2. Associations d'entraide par les pairs

Les *Gamblers Anonymous* (GA) correspondent à une association créée en 1957 aux Etats-Unis, sur le modèle des Alcooliques Anonymes. Ils proposent des groupes d'entraide entre joueurs actuels et anciens joueurs pathologiques. Ces rencontres sont hebdomadaires et suivent un programme en douze étapes. Ce programme est implanté essentiellement aux Etats-Unis et, depuis 1992, en France malgré des difficultés à se fédérer sous cette forme. Les dates, les lieux et les horaires sont disponibles sur le site internet www.gamblersanonymous.org. Les douze étapes des GA figurent, pour mémoire dans l'annexe 4 page 182.

Les GA considèrent le jeu comme une maladie incurable dont le maintien d'une abstinence au quotidien constitue le traitement.

Les *Gamblers Anonymous* constitueraient un recours répandu pour les soins aux Etats-Unis (157). L'efficacité de ces groupes d'entraide est difficile à évaluer. Une étude de 1988 est néanmoins disponible. Elle retrouvait un taux d'abandon à hauteur de 70%, et un taux de maintien de l'abstinence à un an de 8% dans un échantillon de 232 participants (158). L'abandon du groupe correspondait à un souhait de pratiquer un jeu contrôlé, au sentiment d'être guéri ou de se percevoir dans des difficultés de moindre sévérité par rapport aux autres joueurs du groupe.

Par ailleurs, il est fait référence à l'existence de ces groupes dans plusieurs protocoles d'études comparatives. Ces études visent à évaluer l'impact de différentes psychothérapies, les joueurs randomisés dans le groupe contrôle sont dirigés vers les GA dans l'attente d'être intégrés à un programme de soins spécifiques pour le jeu pathologique (159) (160).

3. Psychothérapies

a) Entretien motivationnel et interventions cognitivo-comportementales

De nombreuses études expérimentales rapportent l'intérêt des psychothérapies dans le traitement du jeu pathologique, et notamment sur la diminution de la fréquence de jeu.

L'information du patient sur le jeu pathologique, sa définition, ses conséquences et surtout sur le caractère addictif est un préalable nécessaire à toute entreprise thérapeutique.

10% des patients accèdent à des soins formels.

De ce fait, l'initiation d'une motivation au changement comme dans toutes les pathologies addictives est indispensable, impliquant le recours éventuel à des thérapies motivationnelles.

- Entretien motivationnel

Cette approche développée par Miller et Rollnick (161) correspond à un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Cette approche, centrée sur la personne, vise à répondre au problème de l'ambivalence face au changement selon quatre aspects : le partenariat, le non-jugement, l'altruisme et l'évocation.

L'entretien motivationnel a été intégré dans plusieurs programmes thérapeutiques destinés aux joueurs pathologiques. Nous exposerons plus loin les études tentant d'évaluer l'efficacité de cette approche.

- Intervention cognitive

Il s'agit de la remédiation cognitive c'est-à-dire d'une intervention thérapeutique ciblant les pensées et croyances irrationnelles liées aux JHA. La thérapie vise à corriger les distorsions cognitives qui initient, entretiennent et alimentent l'attrait du patient pour le jeu.

Par exemple, Ladouceur et Sylvain dans leur livre *Comprendre et vaincre le Gambling* (9) proposent un modèle aux patients : la formule « ABC des émotions ». Elle met en relation les situations ou événements (A), les pensées (B) et l'émotion ressentie (C). Les pensées influencent la façon dont il réagit ou ce qu'il ressent et lient l'événement aux émotions (analyse fonctionnelle de la situation). L'objectif est la recherche de pensées alternatives plus appropriées à la réalité des jeux : telles que l'approche rationnelle de la notion de hasard, l'indépendance des tours...

- Intervention comportementale

Cette orientation du traitement se veut complémentaire à l'approche cognitive. Elle repose sur l'analyse fonctionnelle des situations favorisant le jeu.

Nous allons présenter les points clés ciblés par les traitements comportementaux. Ils ont pour objet :

- l'identification des déclencheurs du jeu (*triggers* ou stimuli) induisant l'envie impérieuse et irrésistible de jouer (*craving*). Ces stimuli doivent être contrôlés par des mesures concrètes : éviter des trajets qui mènent à l'établissement de jeu, disposer de petites sommes d'argent...

- le traitement par exposition au jeu à travers la désensibilisation en imagination. Il s'agit d'un exercice effectué en présence d'un thérapeute qui vise à ce que le patient imagine la situation de jeu et l'éprouvé associé au *craving*. Ensuite, il doit décrire la situation à voix haute, puis utiliser l'apprentissage d'une méthode de relaxation dont l'objectif est de réduire l'impulsivité et la compulsion de jeu.

Une restructuration du temps libre est associée à l'approche comportementale. Le renforcement positif par des activités autres que le jeu est encouragé : le sport, les hobbies,

les activités culturelles sont placés au centre des programmes de loisirs élaborés avec le joueur et destinés à se substituer au jeu.

b) Interventions intégratives

Les prises en charge dites intégratives sont les plus répandues dans la littérature. Elles associent soit plusieurs approches psychothérapeutiques (par exemple, motivationnelles et cognitivo-comportementales), soit une psychothérapie combinée à un traitement pharmacologique.

En France sur l'ensemble du territoire, les soins s'adressant aux joueurs pathologiques et problématiques sont proposés au sein des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sur la base de la pluridisciplinarité des intervenants et de la multimodalité.

Il existe également deux centres de soins de référence en matière de jeu pathologique : le Centre Médical Marmottan à Paris sous la direction du Docteur M. Valleur, et le Centre de Référence sur le Jeu Excessif (CRJE) du CHU de Nantes créé à l'initiative du Professeur J-L. Vénisse.

L'approche de soin est centrée sur le patient. Le soin peut se décliner sous la forme d'approches individuelles ou groupales. Les joueurs bénéficient essentiellement de thérapies cognitivo-comportementales même si parfois des approches systémiques ou analytiques peuvent être proposées. Il est évident qu'un soin de qualité ne peut être envisagé que par des équipes préalablement formées.

Pour illustrer notre propos, nous allons vous présenter un modèle de traitement intégratif dit des « *pathways* » proposé par Blaszczynski et Nower (162).

Il se caractérise par une vision hétérogène des problèmes de jeu et donc des soins qui doivent être proposés, postulant une *typologie* des joueurs pathologiques selon 3 groupes :

- Pour le premier groupe, le jeu pathologique est un comportement apparu par conditionnement, sans psychopathologie prémorbide ni comorbidité associée. La perte de contrôle dans le jeu est le résultat du conditionnement (classique et opérant), des distorsions cognitives, de mauvaises prises de décision associées à une exposition fréquente aux JHA.

La prise de conscience du problème de jeu est précoce et il existe une compliance thérapeutique.

Les stratégies de soins visent alors à proposer des programmes d'intervention minimale (groupe de joueurs anonymes, restructuration cognitive).

- Pour le second groupe, en plus des principes environnementaux impliqués pour le premier groupe, les joueurs présentent une vulnérabilité émotionnelle caractérisée par un état prémorbide ou une comorbidité addictive ayant fait le terrain du jeu pathologique. Il s'agit par exemple de la préexistence d'une dépression, d'un trouble anxieux, d'une histoire traumatique.

Pour ces patients, peuvent être proposés des soins en psychothérapie, associés à des soins axés sur les stratégies de gestion du stress ainsi qu'un traitement pharmacologique en fonction des comorbidités.

- Dans le troisième groupe, en plus des principes environnementaux, les joueurs présentent une impulsivité, un déficit attentionnel, un trouble de la personnalité du type antisociale ou du cluster B pour lesquels le jeu s'inscrit dans des conduites à risques multiples et sévères, ou est source d'excitation.

Ces joueurs sont peu compliants aux soins, les thérapies cognitivo-comportementales axées sur le jeu leurs sont peu accessibles.

L'autre modèle existant dit *biopsychosocial* considère le jeu pathologique comme une problématique homogène. Comme pour le modèle des *pathways*, le modèle biopsychosocial reconnaît les mêmes FDR et processus impliqués.

Le traitement du jeu pathologique intègre d'autres dimensions qui sont controversées dans la mesure où elles n'ont pas été évaluées scientifiquement, mais qui n'en demeurent pas moins pertinentes.

Il s'agit :

- de l'écoute et du conseil aux proches ;
- des interventions sociales spécifiques telles que les conseils juridiques, la protection des biens (curatelle), le dossier de surendettement ou les démarches au commissariat pour demander une IM.

De la même façon, de manière plus marginale, on peut également citer :

- des techniques brèves consistant à joindre les joueurs pathologiques par téléphone ;
- ou encore des programmes de thérapie sur Internet.

c) *Données scientifiques*

- Revue et méta-analyse Cochrane (1980 – Octobre 2011)

Une revue de la littérature internationale par Cowlshaw et al. a été publiée en 2012 dans *The Cochrane Library* concernant les prises en charges psychothérapeutiques destinées aux joueurs problématiques et pathologiques (163).

Cette revue concernait les études publiées entre 1980 et le 11 octobre 2011.

Les études sélectionnées sont toutes :

- des essais contrôlés, randomisés, comparatifs ;
- avec groupe contrôle ;
- portant sur des psychothérapies destinées aux joueurs, en face à face ou en groupe, en présence de thérapeutes expérimentés.

Sur l'ensemble des publications des bases de données MEDLINE, EMBASE, CENTRAL et PsycINFO, quatorze études correspondaient à l'ensemble de ces critères. Pour deux études, des résultats sont manquants ou incohérents (164)(165).

Les résultats de douze de ces études ont fait l'objet d'une méta-analyse en fonction du type d'intervention :

- onze études évaluent des thérapies cognitivo-comportementales (CBT),
- quatre études examinent des thérapies basées sur l'entretien motivationnel (MIT),
- deux études portent sur des thérapies intégratives,
- une étude évalue un « autre type de psychothérapie » inspiré des étapes du programme des GA appelé Twelve Step Facilitated Group Therapy (TSF).

Les principaux éléments caractéristiques de ces études et des interventions thérapeutiques évaluées sont présentés dans les tableaux 1 à 4 page 85 à 93.

Nous rappelons dans cette méta-analyse que l'efficacité de ces interventions est comparée avec un groupe contrôle. Il ne s'agit pas de comparer les types d'interventions entre elles. Les patients du groupe contrôle ne reçoivent pas le traitement, le plus souvent ils sont sur la liste d'attente pour en bénéficier ou ils peuvent être dirigés vers les *Gamblers Anonymous*.

Les critères de jugement d'efficacité étaient :

- une diminution de la sévérité des symptômes du jeu pathologique,
- une réduction des pertes financières liées au jeu,
- une diminution de la fréquence du jeu.

Ces critères reflètent un objectif de recouvrement à un jeu contrôlé plutôt qu'à l'obtention d'une abstinence (166).

Les variables secondaires, telles que la fréquence de l'occurrence du diagnostic de jeu pathologique, les symptômes de dépression et d'anxiété, n'ont été relevées que pour les thérapies cognitivo-comportementales et «autre type de psychothérapie».

Le suivi

Pour l'ensemble des douze études, les variables principales sont relevées entre la fin de l'intervention et 3 mois après.

Les variables secondaires sont très partiellement relevées.

Trois études ont permis d'effectuer un suivi entre 9 et 12 mois mais n'ont relevé qu'une partie des variables (160)(167)(168).

Les résultats

Les résultats principaux de la méta-analyse sont présentés après chaque tableau regroupant les études concernées.

Les différences par rapport à la moyenne (SMD pour *standardised mean difference*) et leur intervalle de confiance à 95% pour les résultats significatifs sont précisés.

Tableau 1 : Essais contrôlés randomisés comparant les psychothérapies cognitivo-comportementales (CBT) versus groupe contrôle (GC)

Etude (par ordre alphabétique)	Interventions évaluées	Population	Critères d'inclusion CI / d'exclusion CE	Variables et suivi après intervention	Groupe Contrôle
Dowling 2007 (169)	CBT* en individuel : 12 séances de 1h30 CBT en groupe de 4 à 6 personnes : 12 séances de 2h Encadrement par des psychologues	RCT [†] GCBTindiv=14 GCBTgpe=17 GC=25 Total=56 56 participants dont 100% de femmes	CI : diagnostic de jeu pathologique, joueurs de machines à sous électroniques CE : non spécifié	- DSM IV-TR critères - pertes financières - Fréquence de jeu Suivi jusqu'à 6 mois	Aucun traitement
Grant 2009 (159)	CBT en 6 séances de 1h sur 8 semaines	RCT GCBT=33 GC=35 Total=68 48,7 ans d'âge moyen 63,2% de femmes	CI : 18 à 75 ans, jeu > 1 fois par semaine sur les 2 derniers mois, critères de JP recueillis par un entretien structuré CE : addiction à une substance psychoactive au cours des 3 derniers mois, toxiques urinaires positifs, traitement antérieur pour le JP, participation antérieure aux GA, idées suicidaires, traitements psychotropes.	- Sévérité des symptômes de JP - symptômes dépressifs - symptômes d'anxiété Suivi jusqu'à 6 mois	Patients sur liste d'attente pour débuter une thérapie, Référence faite aux rencontres des GA
Ladouceur 2001 (170)	CBT : Jusqu'à 20 séances de 1h en individuel. Une session par semaine. En moyenne les participants du groupe CBT ont reçu 11,03 séances axées sur une approche cognitive.	RCT GCBT=35 GC=29 88 individus randomisés, 31 n'ont pas complétés le traitement. 40,8 ans d'âge moyen pour le GCBT dont 31 hommes. 43,4 ans d'âge moyen pour le GC dont 22 hommes.	CI : Diagnostic initial de JP (DSM-IV), accord pour la randomisation CE : intentions suicidaires, schizophrénie, trouble bipolaire, trouble mental d'origine organique.	- Sévérité des symptômes de JP - pertes financières - fréquence de jeu Suivi jusqu'à 6 mois	Après un entretien d'évaluation, les personnes du groupe contrôle sont sur liste d'attente pour recevoir le traitement CBT, qui débiterait dans un délai de 3 mois

* CBT : Cognitive behaviour therapy

† RCT : Randomized control trial

Ladouceur 2003 (171)	10 séances hebdomadaires de 2h en groupe	RCT GCBT=34 GC=25 71 personnes randomisées, 46 dans le groupe CBT (dont 12 n'ont pas complété le traitement) 42,56 ans d'âge moyen pour le groupe CBT dont 73,5% d'hommes 44,56 ans d'âge moyen pour le GC dont 84% d'hommes	CI : Diagnostic initial de JP (DSM-IV), accord pour la randomisation. CE : schizophrénie, trouble bipolaire, trouble mental d'origine organique.	- sévérité des symptômes de JP - pertes financières - fréquence de jeu - occurrence du diagnostic de JP Suivi à 6 mois A 12 et 24 mois après l'intervention, non analysés	Les participants randomisés dans le groupe contrôle sont sur une liste d'attente pour recevoir le traitement CBT, qui débiterait dans un délai de 4 mois.
Marceaux 2011 (172)	CBT <i>Group with Mapping</i> (CBGT [†] -mapping) : 8 séances hebdomadaires de 4h50 en groupe TSF [§] <i>Group Therapy</i> : randomisation d'un second group, thérapie inspirée du programme des GA mais aussi CBT et MET.	RCT CBGT-mapping=15, TSF=11, GC=7 38 participants initialement 33 complètent les interventions (dont 23 sont des femmes) 48,56 d'âge moyen pour le GC 47,64 ans pour TSF 47,44 ans pour CBT	CI : âge>21 ans, 5 critères DSM-IV concernant le JP au moins présentés sur l'année précédente, 5 critères du SOGS ^{**} sur la vie entière. CE : non spécifié	- Sévérité des symptômes de JP - Pertes financières liées au jeu - fréquence de jeu - occurrence du diagnostic de JP - symptômes dépressifs - symptômes anxieux. Suivi jusqu'à 6 mois.	Les participants randomisés dans le groupe contrôle sont sur une liste d'attente pour recevoir une des interventions, l'attente est de 8 semaines.

[†] Cognitive behavioural group therapy

[§] Twelve-Step Facilitated (Group Therapy)

^{**} South Oaks Gambling Screen

Melville 2004a (173)	<p><i>Node-link Mapping Group</i> CBT (Groupe 1): 2 entretiens individuels dont une séance enregistrée de verbalisation des cognitions (exposition en imagination à une séquence de jeu) puis 16 séances de 1h30 en groupe, utilisation de supports visuels.</p> <p><i>Non-Mapping Group</i> CBT (Groupe2) : 16 séances de 1h30 en groupe suivant les mêmes principes sans support visuel.</p>	<p>RCT</p> <p>Groupe 1a = 4 Groupe 2a =4 GC=5</p> <p>13 participants dont 8 femmes. 68 ans d'âge moyen pour le Groupe1 52 ans pour le Groupe 2 53 ans pour le GC</p>	<p>CI : critères diagnostiques du DSM-IV pour le JP, score SOGS > ou = à 5.</p> <p>CE : non spécifié.</p>	<p>- Sévérité des symptômes de JP</p> <p>Suivi jusqu'à 6 mois</p>	<p>Les participants randomisés dans le groupe contrôle sont sur une liste d'attente pour recevoir une des interventions, l'attente est de 8 semaines.</p>
Melville 2004b (173)	<p>Groupe1b correspondant à une intervention CBT identique à l'intervention <i>Node-link Mapping Group</i> CBT (Groupe 1) de l'étude Melville 2004a.</p>	<p>RCT</p> <p>Groupe1b=9 GC=10</p> <p>19 participants dont 16 femmes. 51 ans d'âge moyen dans le Groupe1b 54 ans dans le GC</p>	<p>CI : critères diagnostiques du DSM-IV pour le JP, score SOGS > ou = à 5.</p> <p>CE : non spécifié.</p>	<p>- Sévérité des symptômes de JP</p> <p>Suivi jusqu'à 6 mois</p>	<p>Les participants randomisés dans le groupe contrôle sont sur une liste d'attente pour recevoir une des interventions, l'attente est de 8 semaines.</p>
Oei 2010 (174)	<p><i>Individual</i> CBT : 6 séances individuelles hebdomadaires de 2h</p> <p><i>Group</i> CBT : 6 séances hebdomadaires de 2h30 en groupe</p>	<p>RCT</p> <p>IndivCBT=37 GCBT=37 GC=28</p> <p>102 participants dont 42 femmes</p> <p>43,43 ans d'âge moyen pour IndivCBT 48,67 ans pour GCBT 43,38 ans pour GC</p>	<p>CI : âge > 18 ans, diagnostics du JP selon le DSM-IV, consentement recueilli.</p> <p>CE : recevoir un traitement adjuvant, difficultés avec l'Anglais, diagnostic de trouble de la personnalité selon le DSM-IV, hypomanie.</p>	<p>- pertes financières liées au jeu - fréquence de jeu - symptômes dépressifs - symptômes anxieux</p> <p>Suivi jusqu'à 6 mois</p>	<p>Les participants randomisés dans le groupe contrôle sont sur une liste d'attente pour recevoir une des interventions, l'attente est de 6 semaines avant une seconde randomisation vers un des groupes d'intervention CBT.</p>
Petry 2006 (160)	<p><i>Individual</i> CBT and GA^{††} <i>Referral</i> : liste d'informations sur les rencontres des GA remise, 8 séances individuelles hebdomadaires de 1h.</p>	<p>RCT</p> <p>GCBTIndiv=84 GWBCBT=84 GARéf=63</p>	<p>CI : âge >18 ans, diagnostic JP selon les critères DSM-IV, jeu sur les 2 derniers mois</p>	<p>- sévérité du JP - pertes financières liées au jeu</p>	<p>Correspond au groupe GA <i>Referral</i></p>

^{††} GA : Gamblers anonymous

	<p>CBT <i>Workbook</i> and GA <i>Referral</i>: liste d'informations sur les rencontres des GA remise par un thérapeute lors d'un entretien de 10 à 15 minutes, manuel de travail avec exercices CBT et report des dettes liées au jeu.</p> <p>GA <i>Referral</i>: liste d'informations sur les rencontres des GA remise par un thérapeute lors d'un entretien de 10 à 15 minutes.</p>	231 inclusions dont 127 hommes	CE : intentions suicidaires récurrentes, symptômes psychotiques lors des mois précédents, traité antérieurement pour le JP.	- fréquence du jeu	
Sylvain 1997 (175)	<p>CBT : séances individuelles de 1h à 1h30, 1 ou 2 fois par semaine, maximum 30h par participant. En moyenne 16,7h de traitement.</p>	<p>RCT GCBT=14 GC=15 29 inclus, uniquement des hommes</p> <p>37,6 ans d'âge moyen pour GCBT 42,6 ans pour GC</p>	<p>- sévérité du JP SOGS - pertes financières au jeu - fréquence du jeu</p> <p>Suivi à 6 mois et à 12 mois.</p>	<p>CI : JP selon critères du DSM-III</p> <p>CE : non spécifié</p>	Liste d'attente, contact téléphonique par le thérapeute une fois par mois, proposition de traitement CBT au bout de 4 mois.

Résultats principaux des études CBT versus contrôle

Les thérapies cognitivo-comportementales sont efficaces immédiatement après le traitement (0-3 mois) sur les 3 critères principaux : diminution de la sévérité des symptômes de JP (SMD^{††} -1,82. IC95% = -2,61 à -1,02. n=402), des pertes financières (SMD -0,52. IC95% = -0,71 à -0,33. n=505) et de la fréquence du jeu (SMD -0,78. IC95% = -1,11 à -0,45. n=505). Il n'existe pas de résultat significatif en faveur de ces thérapies à 9-12 mois.

^{††} Standardised Mean Difference

Tableau 2 : Essais contrôlés randomisés comparant les interventions motivationnelles (MET) versus groupe contrôle (GC)

Etude (par ordre alphabétique)	Interventions évaluées	Population	Critères d'inclusion CI / d'exclusion CE	Variables et suivi après intervention	Groupe contrôle
Diskin 2009 (168)	<i>Motivational Intervention (MI)</i> MI : une seule séance	RCT MI=42 GC=39 97 randomisations 81 inclusions Dont 46 hommes 45 ans d'âge moyen	CI : âge>17 ans, CPGI ^{§§} > ou = 3, jeu au cours des 2 mois précédents CE : traitement actuel pour le JP, ne parle pas Anglais	- sévérité du JP - pertes financières liées au jeu - fréquence du jeu Suivi à 3, 6, 9 et 12 mois	Intervention de contrôle comprenant un seul entretien semi structuré où est abordé le module SCID-II concernant les troubles de la personnalité, évocation du JP
Petry 2008 (176)	- MET ^{***} : entretien de 50 minutes , balance décisionnelle - MET <i>and Condensed</i> CBT : 1 séance d'entretien motivationnel de 50 min, 3 séances brèves cognitivo-comportementales - <i>Bref Advice</i> (BA): entretien de 10 minutes, information sur JP et facteurs de risque, conseils pour tenter de limiter les conséquences du jeu et recueil de son comportement : argent, temps, dépenses concernés par le jeu.	RCT MET=55 MET+cCBT=40 BA=38 GC=47 180 inclusions 108 hommes 41,8 ans d'âge moyen	CI : SOGS>ou=3, Paris >100\$ et à 4 occasions dans les 2 mois précédents, âge> 18 ans. CE : intentions suicidaires, symptômes psychotiques dans les mois précédents, souhait d'un traitement plus intensif que ceux prévus dans l'étude.	- sévérité des symptômes de JP - pertes financières liées au jeu Suivi jusqu'à 9 mois	Pas de traitement, informé de reprises de contact pour des évaluations dans 6 semaines, dans 9 mois.
Petry 2009 (159)	- MET : entretien de 50 minutes , balance décisionnelle	RCT MET=30	CI : SOGS>ou=3, Paris >100\$ et à 4 occasions dans les 2 mois précédents,	- sévérité des symptômes de JP - pertes financières	Pas de traitement, informé de reprises de contact pour des évaluations dans 6

^{§§} Problem Gambling Severity Index of the Canadian Problem Gambling Index

^{***} Motivational Enhancement Therapy

	<p>- MET <i>and</i> Condensed CBT : 1 séance d'entretien motivationnel de 50 min, 3 séances brèves cognitivo-comportementales</p> <p>- <i>Bref Advice (BA)</i> : entretien de 10 minutes, information sur JP et facteurs de risque, conseils pour tenter de limiter les conséquences du jeu et recueil de son comportement : argent, temps, dépenses concernés par le jeu.</p>	<p>MET+cCBT=21 BA=32 GC=34 117 inclusions, Dont 99 hommes</p>	<p>âge > 18 ans.</p> <p>CE : intentions suicidaires, symptômes psychotiques dans les mois précédents, souhait d'un traitement plus intensif que ceux prévus dans l'étude.</p>	<p>liées au JP - fréquence de jeu</p> <p>Suivi jusqu'à 9 mois</p>	<p>semaines, dans 9 mois.</p>
--	--	---	--	---	-------------------------------

Principaux résultats des études MET versus contrôle

Les interventions motivationnelles présentent un bénéfice par rapport au groupe contrôle : il existe une baisse des pertes financières à court terme (à 0-3 mois) (SMD -0,41. IC95% = -0,75 à -0,07. n=244) et une diminution de la fréquence du jeu (à 9-12 mois) (SMD -0,53. IC95% = -1,03 à -0,02. n=62).

L'effet sur la sévérité du jeu est proche de zéro.

Tableau 3 : Essais contrôlés randomisés comparant les thérapies intégratives versus groupe contrôle (GC)

Etude (par ordre chronologique)	Interventions évaluées	Population	Critères d'inclusion CI / d'exclusion CE	Variables et suivi après intervention	Groupe contrôle
Petry 2008 (176)	<p>- MET : entretien de 50 minutes, balance décisionnelle</p> <p>- MET <i>and Condensed</i> CBT : 1 séance d'entretien motivationnel de 50 min, 3 séances brèves cognitivo-comportementales</p> <p>- <i>Bref Advice</i> : entretien de 10 minutes, information sur JP et facteurs de risque, conseils pour tenter de limiter les conséquences du jeu et recueil de son comportement : argent, temps, dépenses concernés par le jeu.</p>	<p>RCT</p> <p>MET=55 MET+cCBT=40 BA=38 GC=47</p> <p>180 inclusions 108 hommes</p> <p>41,8 ans d'âge moyen</p>	<p>CI : SOGS\geq3, Paris >100\$ et à 4 occasions dans les 2 mois précédents, âge > 18 ans.</p> <p>CE : intentions suicidaires, symptômes psychotiques dans les mois précédents, souhait d'un traitement plus intensif que ceux prévus dans l'étude.</p>	<p>- sévérité des symptômes de JP</p> <p>- pertes financières liées au jeu</p> <p>Suivi jusqu'à 9 mois</p>	<p>Pas de traitement, informé de reprises de contact pour des évaluations dans 6 semaines, dans 9 mois.</p>
Petry 2009 (167)	<p>- MET : entretien de 50 minutes, balance décisionnelle</p> <p>- MET <i>and Condensed</i> CBT : 1 séance d'entretien motivationnel de 50 min, 3 séances brèves cognitivo-comportementales</p>	<p>RCT</p> <p>MET=30 MET+cCBT=21 BA=32 GC=34</p> <p>117 inclusions Dont 99 hommes</p>	<p>CI : SOGS\geq3, Paris >100\$ et à 4 occasions dans les 2 mois précédents, âge > 18 ans.</p> <p>CE : intentions suicidaires, symptômes psychotiques dans les mois précédents, souhait d'un traitement plus intensif que ceux prévus dans l'étude.</p>	<p>- sévérité des symptômes de JP</p> <p>- pertes financières liées au JP</p> <p>- fréquence de jeu</p> <p>Suivi jusqu'à 9 mois</p>	<p>Pas de traitement, informé de reprises de contact pour des évaluations dans 6 semaines, dans 9 mois.</p>

	<p>- <i>Bref Advice</i> : entretien de 10 minutes, information sur JP et FDR, conseils pour tenter de limiter les conséquences du jeu et recueil de son comportement : argent, temps, dépenses concernés par le jeu.</p>				
--	--	--	--	--	--

Résultats principaux Thérapies intégratives versus contrôle

Ces thérapies ne semblent pas montrer de bénéfice par rapport au groupe contrôle à 0-3 mois sur l'ensemble des variables principales.

L'échantillon présente une faible intensité des troubles avant l'intervention.

A 9-12 mois, ces thérapies diminuent la sévérité des symptômes de jeu pathologique de manière significative mais modérée (SMD -0,38. IC95% = -0,74 à -0,02. n=128).

Tableau 4 : Essais contrôlés randomisés comparant d'autres thérapies versus groupe contrôle (GC)

Etude	Intervention évaluée	Population	Critères d'inclusion CI / d'exclusion CE	Variables et suivi après intervention	Groupe contrôle
Marceaux 2011 (172)	<p>CBT <i>Group with Mapping</i> (CBGT-mapping) : 8 séances hebdomadaires de 4h50 en groupe</p> <p>TSF <i>Group Therapy</i> : randomisation d'un second groupe, thérapie inspirée du programme des GA mais aussi CBT et MET.</p>	<p>RCT CBGT-mapping=15 TSF=11 GC=7</p> <p>38 participants initialement 33 complètent les interventions (dont 23 sont des femmes).</p> <p>48,56 ans d'âge moyen pour le GC 47,64 ans pour TSF 47,44 ans pour CBT.</p>	<p>CI : âge>21 ans, 5 critères DSM-IV concernant le JP au moins présentés sur l'année précédente, 5 critères du SOGS sur la vie entière.</p> <p>CE : non spécifié</p>	<p>- Sévérité des symptômes de JP - Pertes financières liées au jeu - fréquence de jeu - occurrence du diagnostic de JP - symptômes dépressifs - symptômes anxieux.</p> <p>Suivi jusqu'à 6 mois.</p>	<p>Les participants randomisés dans le groupe contrôle sont sur une liste d'attente pour recevoir une des interventions, l'attente est de 8 semaines.</p>

Résultats principaux comparant l'intervention *Twelve-Step Facilitated Group Therapy* versus contrôle

Portant sur 18 patients, il existe un effet bénéfique significatif de cette thérapie sur l'ensemble des variables relevées : diminution de la sévérité des symptômes de jeu pathologique (SMD -1,82. IC95% = -2,98 à 0,66. n=18), diminution des pertes financières (SMD -1,38. IC95% = -2,46 à -0,30. n=18) et moindre fréquence du jeu (SMD -1,66. IC95% = -2,78 à -0,53. n=18).

Concernant les variables secondaires, il existe également une baisse de l'occurrence de diagnostic de jeu pathologique et une diminution des symptômes de dépression dans le groupe ayant bénéficié de la thérapie.

En conclusion, les données présentées recommandent en priorité des thérapies cognitivo-comportementales.

Il s'agit de programmes d'interventions brèves (d'une à 20 séances hebdomadaires). Leur efficacité est mise en évidence à court terme (3 mois). Elle porte sur les éléments suivants :

- diminution de la sévérité des symptômes ;
- réduction des pertes financières ;
- diminution de la fréquence de jeu.

Les thérapies intégratives correspondent à l'association entre approche motivationnelle et interventions cognitivo-comportementales très brèves (3 séances).

La mise en évidence de leur efficacité est différée. Il s'agit d'une diminution modérée de la sévérité des symptômes, constatée à 12 mois uniquement.

Paradoxalement, l'entretien motivationnel évalué de manière isolée diminuerait les pertes financières à 3 mois, ainsi que la fréquence du jeu à 12 mois.

Il existe de nombreuses limites dans ces études :

- l'efficacité à long terme de ces interventions n'est pas évaluée ; les patients des groupes contrôles sont sur liste d'attente pour la thérapie, ceci ne permet pas d'envisager la poursuite d'un suivi à long terme ;
- il existe de nombreux biais (exemples : les techniques de randomisation sont peu spécifiées, le recueil des données est partiel, il existe de nombreux perdus de vue parfois non inclus dans l'analyse).

- Revue de littérature récente (Octobre 2011 – Mars 2015)

Nous avons effectué une revue des études plus récentes d'octobre 2011 à mars 2015, portant sur les traitements psychothérapeutiques du jeu pathologique selon les critères précédemment cités pour la revue de Cowlshaw.

La recherche dans la base de données PubMed avec les termes suivants ((psychotherapy[MeSH Terms]) AND treatment[MeSH Major Topic]) AND pathological gambling[MeSH Major Topic] AND (Clinical Trial[ptyp])) retrouve 5 références dont deux études seulement portant sur des essais cliniques contrôlés randomisés (177)(178).

Une première étude évalue une thérapie cognitivo-comportementale destinée à traiter le jeu pathologique chez des patients (n = 44) présentant une schizophrénie (177). Cette thérapie spécifique est adaptée à ce type de comorbidité. Elle est composée de 20 sessions de 1h (16 individuelles et 4 en groupe) comprenant : psychoéducation, contrôle du stimulus, exposition graduelle et prévention de la rechute pour le jeu pathologique. Les patients du groupe expérimental comme ceux du groupe contrôle sont suivis une fois par mois par un psychiatre et reçoivent un traitement pharmacologique pour la schizophrénie (antipsychotique associé ou non à un thymorégulateur ou à des benzodiazépines).

Le traitement psychothérapeutique est efficace sur le taux d'abstinence à 3 mois (73,9% versus 19%) ainsi que sur la diminution des fréquences de jeu et des pertes financières. Cet effet, moins marqué, reste significatif à 6 et 12 mois après l'intervention.

Dans la seconde étude en population étudiante (178), les joueurs (n = 147) à risque ou pathologiques sont répartis aléatoirement dans 3 groupes :

- ceux bénéficiant d'une session d'entretiens personnalisés individuels axés sur une approche motivationnelle, une observation des comportements de jeu, de leurs conséquences et sur de la psychoéducation ;
- ceux qui participent à 4 à 6 sessions de thérapies cognitivo-comportementales en groupe (analyse fonctionnelle des comportements de jeu et remédiation cognitive brève) ;
- un groupe contrôle, sans intervention.

Les deux interventions diminuent significativement les conséquences du jeu ainsi que le nombre de critères du DSM-IV retrouvés par rapport au groupe contrôle. La thérapie cognitivo-comportementale diminue de plus la fréquence du jeu. Les variables sont relevées à 6 mois de la fin des interventions.

Ces études viennent étayer les conclusions de la revue de littérature positionnant le traitement cognitivo-comportemental comme référence thérapeutique pour le jeu pathologique.

I. La prévention

1. Différentes notions de prévention

En 1964, Caplan (179) emprunte au domaine de la santé publique les concepts de prévention primaire, secondaire et tertiaire qui avaient été définis par Leavell et Clark (180) et les applique au domaine de la santé mentale.

La *prévention primaire* constitue la véritable prévention, qui a pour but d'éviter la survenue de la maladie. Elle est appliquée à des personnes considérées comme physiquement et émotionnellement saines. Elle vise la promotion de la santé et repose sur l'éducation sanitaire, la vaccination, les activités de remise en forme ou la protection de la santé en milieu professionnel. Elle peut être délivrée individuellement, à la population générale ou se concentrer sur des personnes risquant de développer des maladies spécifiques.

La *prévention secondaire* (ou traitement) se concentre sur les individus malades, risquant de développer des complications voire une aggravation de leur état. Une fois diagnostiqués, ces sujets pourront bénéficier d'une intervention précoce afin d'interrompre le processus morbide en cours. Cela devrait permettre de prévenir de futures complications ou séquelles, de limiter les incapacités et d'éviter le décès. Ces interventions peuvent aller du dépistage au traitement précoce de la maladie.

La *prévention tertiaire* (ou réadaptation, réhabilitation) intervient lorsqu'un déficit ou une invalidité est permanente et irréversible. Elle a pour but de permettre aux personnes handicapées d'améliorer leur fonctionnement. La réadaptation regroupe à la fois des interventions individuelles et des actions sur l'environnement.

Gordon (181) propose une classification alternative pour la prévention des troubles psychiques. Celle-ci définit trois types de prévention : universelle, sélective et indiquée.

Cette classification est la plus souvent retenue car elle permet de s'adresser plus simplement aux publics ciblés dans les problèmes de jeu.

La *prévention universelle* comprend des interventions qui peuvent être délivrées à la population générale, en espérant un bénéfice pour tous les individus, c'est-à-dire la diminution de la probabilité de survenue de la maladie.

Dans le cas des risques liés aux JHA, il s'agit par exemple des campagnes d'information effectuées par les opérateurs de jeu accompagnant leurs promotions, messages radio, télévisuels. Elle correspond également à la limitation du nombre de casinos sur le territoire et à la mise à disposition d'informations générales sur le risque addictif potentiel des JHA par les acteurs de prévention.

La *prévention sélective*, quant à elle, se réfère à des interventions qui ciblent des sous-populations identifiées comme étant à risque élevé pour le trouble. Les personnes vulnérables dans le cas du jeu sont celles présentant des FDR de jeu pathologique et des comorbidités addictives ou psychiatriques associées.

En matière de JHA, ce type de prévention correspond à l'information des joueurs, à l'interdiction des jeux aux mineurs (interdiction de jouer en ligne, d'entrer dans les casinos et d'acheter des jeux de la FDJ), aux campagnes de prévention en milieu scolaire et à la sensibilisation des parents sur les risques d'une pratique de jeu précoce.

Enfin, la définition de Gordon de la prévention *indiquée* inclut des interventions ciblant les individus à haut risque présentant des signes ou symptômes de la maladie minimes mais détectables. Elle correspond par exemple au repérage des joueurs problématiques par des auto-questionnaires sur les lieux de jeux ou en ligne, à leur orientation vers des structures de soins ainsi qu'aux mesures d'auto-exclusion des casinos et des sites de jeux en ligne légaux.

2. Prévention à l'étranger et en France

a) A l'étranger

La prévention du jeu pathologique fait suite à l'encadrement législatif instauré dans différents pays. L'existence d'une inflation du secteur des JHA et la prise de conscience du risque sanitaire associé a conduit à la mise en place de politiques de prévention, en tout premier lieu au Canada et en Nouvelle-Zélande. Suite à l'expérience dans ces deux pays, les professions de santé considèrent l'action de proximité comme primordiale.

Au Canada, plusieurs programmes de prévention du jeu excessif pour les jeunes sont disponibles et ont été implantés dans les écoles (182). Ils reposent sur la prévention universelle et considèrent l'exposition précoce au jeu comme un facteur de risque. Un des programmes a montré un intérêt sur la diminution des croyances erronées et une moindre intensité des pratiques de jeu chez les adolescents (183). Une prévention « d'amont » est particulièrement intéressante par l'intermédiaire de la sensibilisation des parents à cette pathologie, leurs permettant de mieux se représenter le danger d'une exposition précoce et d'être plus attentif aux conduites de jeu de leurs enfants.

b) *En France*

En France, l'engagement des pouvoirs publics dans ce domaine est très récent.

Ces mesures se situent entre la prévention universelle et la prévention indiquée.

Plusieurs dates clefs marquent l'évolution et l'encadrement de la prévention :

- 2005 : un protocole pour la promotion du « Jeu Responsable » voit le jour auprès des casinos en France.
- 1^{er} novembre 2006 : le contrôle systématique de l'identité aux entrées des casinos devient obligatoire ainsi que la création d'une base de données informatiques des personnes interdites de casinos. Ces deux mesures permettent une protection des mineurs et des interdits volontaires de jeu.

La liste des interdits de jeu est actualisée tous les mois par le ministère de l'intérieur. Elle est transmise au directeur de chaque casino par voie électronique sous forme d'un fichier sécurisé et répliquable informatiquement.

- 2007 : Il est demandé aux promoteurs de jeu de mettre en place des programmes de prévention de l'abus de jeu.

La FDJ, le PMU et les casinos mettent à disposition de leurs clients des supports (site internet, logos, flyers) faisant référence au « Jeu Responsable ». Des tests d'auto-évaluation des conduites de jeu à risque et des numéros verts en cas de problèmes de jeu (comme « SOS Joueurs ») sont disponibles.

Des mesures spécifiques sont imposées aux casinotiers (184) : affichage des risques liés au jeu et formation des personnels.

Certains casinos proposent à leurs clients de limiter leurs moyens de paiement pour les aider à limiter leurs dépenses (refus des dépôts de chèque).

- 1^{er} juillet 2007 : l'interdiction à la vente de l'ensemble des produits de la FDJ aux mineurs est mise en place.
- 2007 - 2011 : le jeu pathologique est inscrit au plan Addictions du ministère de la Santé. En 2008, Expertise Collective de l'Inserm sur ce sujet a lieu (5).

- 2008 : Sur les recommandations de l'Expertise Collective, l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales est créé. Le CRJE s'intègre dans ce projet.

Le CRJE a été la première structure sur le territoire français à développer une activité de recherche, de formation et d'information sur le jeu excessif et pathologique. Il s'adresse aux joueurs, aux non joueurs, à leur entourage, aux professionnels de la santé et du champ social, ainsi qu'aux opérateurs de jeu privés engagés dans le « Jeu Responsable ». Des formations y sont proposées, ainsi qu'au Centre Marmottan à Paris.

- mai 2010 : ouverture à la libre concurrence du jeu en ligne, création de l'ARJEL et de l'ODJ.
- mai 2015 : création du site Internet Evalujeu par l'ARJEL.

Les interventions préventives ciblent le plus souvent les FDR identifiés et les populations à risque telles que les jeunes, les personnes ayant une comorbidité ou les joueurs en ligne.

3. Spécificités de la prévention en ligne

Nous avons évoqué les risques majeurs liés à la pratique des JHA en ligne.

Une étude constate que peu de sites font référence au risque sanitaire liés aux JHA (185). Ils sont parfois même incitatifs, par l'intermédiaire des messages de partage auprès des pairs.

Un autre phénomène incitatif constaté : des sessions de jeu gratuites permettant à quiconque de s'initier.

Selon Griffiths (43), 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, informations 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.

L'ARJEL prend en compte ces éléments dans le cahier des charges des mesures imposées aux sites légaux en France, elle impose aux sites recevant son agrément de respecter ces mesures. Le site Internet Evalujeu (www.evalujeu.fr) constitue un des dispositifs de prévention mis en place par l'ARJEL. Il propose une évaluation des conduites de jeu, des conseils aux joueurs et un annuaire des organismes d'aide. Les limitations de jeu disponibles sur les sites de jeux en ligne agréés y sont expliquées : plafond de dépôt, plafond de mise, les dispositifs d'exclusion...

Au Canada, un site de prévention pour la santé adressé aux jeunes (YouthBet.net) a été créé pour les informer et prévenir des conduites de jeu à risque (186).

Certains auteurs pensent que l'utilisation des données en ligne pour identifier les joueurs à problème et les aider pourrait être une piste de prévention indiquée (187).

II. Réflexions préalables à notre travail de recherche

Des démarches de prévention sont proposées dans les casinos depuis plus de 10 ans.

Elles sont développées dans le cadre de leur politique dite de « Jeu Responsable ». Le groupe de casinotiers Lucien Barrière est un des premiers en France à mettre à disposition de ses clients un dispositif de ce type, inspiré de celui créé initialement en Suisse.

La politique de prévention du groupe (188) repose sur deux principes :

- le jeu est un loisir et doit le rester ;
- certains clients développent un jeu pathologique et le casino doit mettre à leur disposition des moyens pour les aider.

La charte « Jeu Responsable » du groupe, appliquée à l'ensemble de leurs établissements, définit huit engagements :

- garantir des conditions d'accès "responsables" aux espaces de jeu ;
- proposer des outils souples d'auto-régulation du jeu ;
- établir un « Superviseur Jeu Responsable » dans chaque casino ;
- former l'ensemble de leurs équipes au « Jeu Responsable » ;
- communiquer et informer sur le « Jeu Responsable » ;
- aider leurs clients à mieux comprendre l'offre de jeux ;
- adopter et respecter une politique de « marketing responsable » ;
- auditer et faire certifier ces engagements.

Les moyens pour la mise en œuvre de cette politique de prévention se situent à plusieurs niveaux dans l'organigramme de l'entreprise :

- au plan national, une commission a lieu quatre fois par an, composée de 15 personnes dédiées à l'élaboration et à l'application des mesures « Jeu Responsable » du groupe ;
- au niveau régional, un membre de la commission nationale anime une réunion trimestrielle avec ses correspondants locaux pour les accompagner dans la mise en application du programme ;

- localement, dans chaque casino, un « Superviseur Jeu Responsable » est chargé de la relation avec les clients en situation de jeu pathologique. Cette personne, salariée du casino, est exclusivement dédiée au programme de prévention.

Par ailleurs, la diffusion d'avertissements sur le caractère potentiellement à risque de la pratique des jeux est proposée par l'intermédiaire :

- d'un affichage obligatoire aux entrées des salles,
- de flyers et d'un Guide « Jeu Responsable »,
- d'un site internet dédié (à l'adresse : www.preferezunjeuresponsable.com).

Ces supports permettent également aux clients d'évaluer leur pratique de jeu et de prendre connaissance des moyens d'aide disponibles directement dans le casino et des structures de soins en dehors. Le superviseur doit s'assurer de la mise en place de ces supports dans les endroits les plus visibles du casino.

De plus, le « Superviseur Jeu Responsable » doit former et impliquer ses collaborateurs dans la politique de prévention. La formation de sensibilisation de l'ensemble des employés au dépistage des joueurs pathologiques est obligatoire dans les 90 jours après leur embauche.

Cette formation vise à :

- communiquer auprès des employés la politique de prévention du groupe par rapport aux risques liés à la pratique des JHA ;
- informer l'employé sur le jeu pathologique dans un objectif de dépistage de la clientèle concernée (définition, sensibilisation aux « signaux d'alerte » à travers des quizz, jeux de rôle, présentations de vidéos) ;
- informer à propos des interventions en matière de prévention mises en place dans leurs casinos.

D'autre part, il est également chargé d'animer la commission mensuelle locale « Jeu Responsable ».

Les objectifs des commissions sont les suivants :

- mettre en place les directives du groupe ;
- suivre les clients en difficulté et les clients en exclusion volontaire ;
- travailler sur les points d'optimisation (communication, affichages, formation, etc...) ;
- évaluer le programme de façon continue ;
- participer à la recherche scientifique, en collaborant à des études portant sur le jeu.

Le superviseur est l'interlocuteur privilégié des clients dépistés. Il réalise des entretiens personnalisés avec les joueurs détectés. Par ailleurs, l'enregistrement de leurs visites dans une base de données informatiques est possible. Ce report des visites peut être consulté par le superviseur.

De ce fait, la politique « Jeu Responsable » menée dès 2004 correspond à un dispositif non intrusif d'observation du comportement de jeu de la clientèle. Elle est associée à une collaboration avec des centres médicaux spécialisés pour la gestion des situations de joueurs pathologiques.

L'objectif de cette collaboration est un conseil en matière de politique de prévention auprès des consommateurs de jeux et des personnes vulnérables. Elle vise une meilleure accessibilité aux soins pour les joueurs pathologiques, et à une réflexion autour des interventions proposées par le groupe de casinotiers. Le superviseur peut échanger avec les médecins sur les pratiques de l'établissement en matière de « Jeu Responsable » et sur les cas de clients en addiction (dans le respect de l'anonymat). Il s'agit d'un partenariat inédit et non imposé aux casinotiers par la réglementation.

C'est dans ce contexte que le CHU de Toulouse participe à ces commissions depuis 2007. A l'initiative du casinotier, le professeur Laurent Schmitt, chef de service du CSAPA de proximité, ainsi que le Docteur Virginie Rouch, responsable d'une unité d'hospitalisation¹⁰, ont été sollicités. Ils sont présents à chaque commission mensuelle du casino à titre

¹⁰ Service de Psychiatrie adultes du Professeur Laurent Schmitt, unité fonctionnelle 3, nouvel hôpital de Psychiatrie de Purpan, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

consultatif. Il n'existe aucun financement de la part du groupe de casinotiers ni conflit d'intérêt avec celui-ci.

Un partenariat de cet ordre est présent dans d'autres villes.

- A Enghien-les-Bains, des « commissions externes » permettent aux employés de bénéficier de l'approche scientifique de deux professeurs de médecine. Une étude y est menée avec des psychologues des centres Louis-Mourier et Marmottan.
- A Cannes, l'association « SOS Joueurs » participe aux formations de sensibilisation des employés.
- A Lille, une collaboration avec les services d'Addictologie du CHU est également mise en place.

La figure 14 présentée page 107, empruntée au dossier de presse du groupe Lucien Barrière (188), récapitule le dispositif « Jeu Responsable ».

Les clients peuvent faire l'objet de différentes mesures interdisant leurs accès aux salles de jeux. Il s'agit des mesures d'exclusion volontaire (contractuelle), d'interdiction ministérielle (mesure de Police).

Celles-ci sont présentées dans le tableau 5 figurant page 108.

Par ailleurs, la direction du casino peut refuser l'accès à son établissement à toute personne qu'elle estime susceptible de troubler l'ordre, la tranquillité ou la régularité des jeux. La police judiciaire est informée de cette décision interne et non nationale. Nous verrons qu'il s'agit de client dénommés « à ne pas recevoir » (ANPR).

Figure 14 : Récapitulatif du dispositif de prévention « Jeu Responsable » du groupe de casinotiers Lucien Barrière (Source : dossier de presse Lucien Barrière Hôtels et Casinos (188))

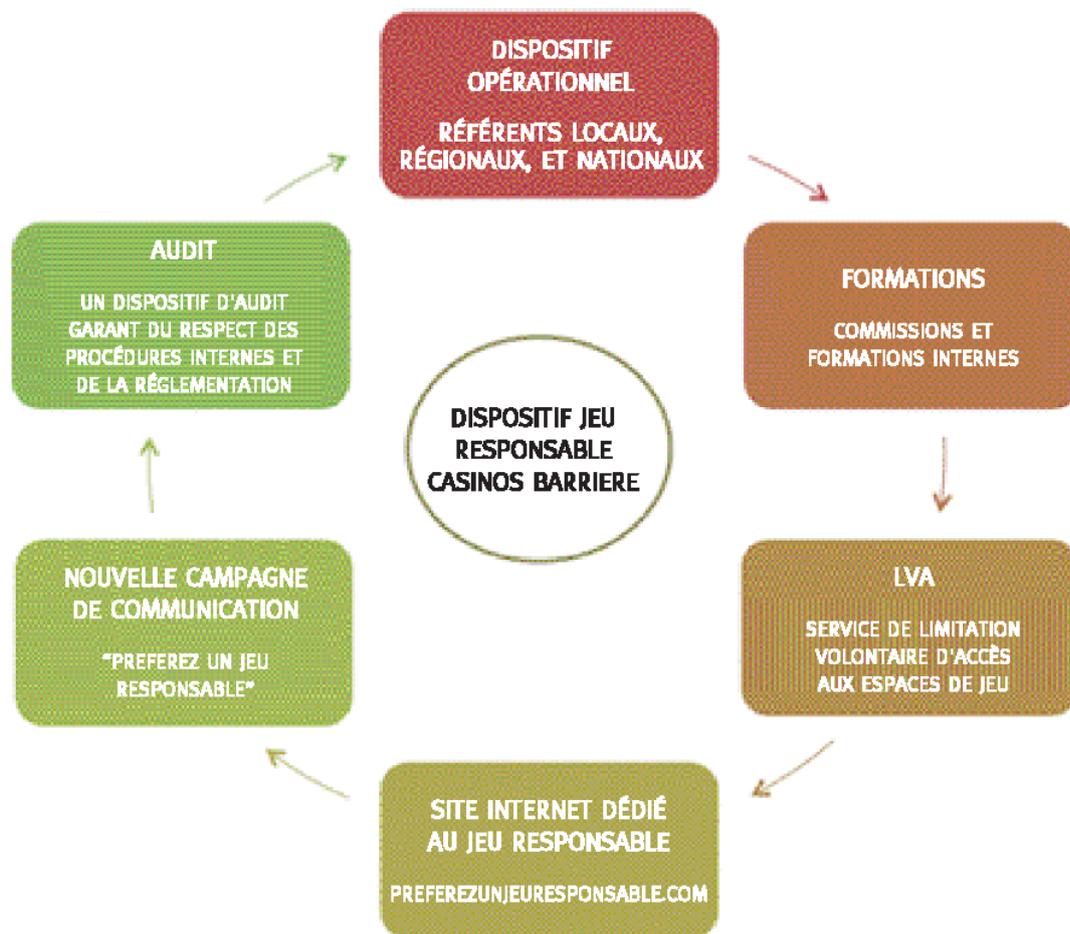


Tableau 5 : Récapitulatif concernant les limitations volontaires d'accès (LVA), interdictions ministérielles (IM) et refus d'accès aux clients dénommés « à ne pas recevoir » (ANPR)

	LVA	Exclusion volontaire	IM	ANPR
Nature de la mesure	Contrat*	Contrat*	Mesure de police administrative spéciale	Décision du directeur du casino
Sujet à l'initiative de la mesure	Client ou proposée par un employé du casino	Client ou proposé par un employé du casino	Client Juge d'application des peines	Casino
Casino(s) concerné(s)	Ensemble des casinos du groupe Lucien Barrière	Ensemble des casinos du groupe Lucien Barrière	Nationaux (et étendue aux jeux en ligne légaux)	Ensemble des casinos du groupe Lucien Barrière
Démarches auprès du :	Casino	Casino	Ministère de l'intérieur (commissariat de Police)	Casino
Démarche volontaire pour le client	Oui	Oui	Oui	Non
Accès aux salles	Quota mensuel	Non autorisé	Non autorisé	Non autorisé
Durée	Fixée par le casino	Fixée par le casino	3 ans irrévocables	1 à 3 ans
Réintégration dans les salles de jeux	Automatique	-Sur demande du client par courrier Possibilité de mise en place d'une LVA lors de la réintégration en commission	Retrait de la liste nationale des interdits sauf décision du ministère de l'intérieur	Sur demande du client par courrier et accord donné par le directeur du casino
Démarche de prévention « Jeu Responsable »	Oui	Oui	Oui	Non (initiée suite à des délits dans l'enceinte du casino)

* Interventions à disposition des clients avec leur accord, s'applique dans le groupe de casinotiers sur décision du conseil d'administration

Parmi les moyens mis à disposition des clients, la limitation volontaire d'accès (LVA) est la mesure phare du dispositif « Jeu Responsable ». Il s'agit d'encourager des mesures de recouvrement du contrôle du comportement de jeu à défaut d'une abstinence. Elle paraît conforme aux recommandations de soin préconisant un jeu contrôlé plutôt qu'une abstinence. Elle est proposée depuis juin 2009 aux clients qui souhaitent réduire la fréquence de leurs visites au casino. Elle prend la forme d'un contrat entre le client et le casinotier.

Cette limitation, valable dans l'ensemble des casinos du groupe, est un système de crédit de visites mis en place sur une période de 3 mois minimum à 24 mois maximum. Le client a le choix d'un quota d'une à huit visites par mois maximum et peut utiliser son crédit lorsqu'il le souhaite. Lorsque ce crédit est épuisé, l'entrée du casino lui est refusée. Il n'y a pas de possibilité de report des visites non consommées. Les clients, même s'ils sont détenteurs de la carte Casinopass, ne recevront aucune sollicitation commerciale par courrier, e-mail ou sms. Le contrat LVA ne peut être rompu dès lors qu'il a été signé. La LVA n'a pas vocation à se substituer à une demande d'interdiction ministérielle de jeu sur le territoire national.

Le seul motif d'annulation d'une LVA est le recours justement à une interdiction ministérielle ou à toute interdiction d'accès d'un autre ordre (exclusion volontaire, ANPR).

Du même ordre, en matière de « Jeu Responsable », le groupe de casinotiers Partouche a souscrit à un dispositif interactif nommé ADICTEL (www.adictel.com), service de prévention et d'aide pour les joueurs dépendants. Il comprend un centre d'appels gratuits, un centre de formation et une plate-forme de limitation d'accès au jeu.

La LVA semble s'apparenter à une démarche de prévention indiquée. Elle n'a néanmoins jamais bénéficié d'une évaluation de son efficacité sur les conduites de jeu.

Il nous a semblé important de proposer de tenter d'évaluer cette mesure.

Il nous paraît d'autant plus pertinent d'évaluer ce type d'intervention que seulement environ 10% des joueurs pathologiques s'orientent vers les soins et qu'une grande majorité d'entre eux ne visent pas une abstinence.

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- L'objectif principal de notre étude est de décrire l'impact de la LVA sur la fréquentation à distance de la mesure.

Il existe plusieurs objectifs secondaires dans notre étude :

- Décrire la survenue d'annulations et de renouvellements de la mesure et le profil des clients concernés.
- Examiner le taux de visites effectif par rapport au quota de visites autorisées.

III. Etude

A. Matériel et méthodes

Le design de l'étude était observationnel et rétrospectif.

1. Participants

Les participants ont été recrutés au sein des clients des casinos du groupe Lucien Barrière. 39 établissements sont implantés en France et en Suisse.

Les données ont été fournies par le groupe. L'observation portait sur des données recueillies de manière longitudinale.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- avoir fait l'objet, dans l'un des 39 casinos, d'au moins une LVA débutée après le 1^{er} novembre 2011 et arrêtée avant le 31 juillet 2013 inclus,
- avoir au moins une visite aux casinos enregistrée entre le 30 avril 2011 et le 31 juillet 2014.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- être mineur,
- avoir fait l'objet d'une LVA ayant débuté avant la date du 1^{er} novembre 2011.

2. Définitions des variables observées

Les éléments observés, nous ont été transmis sous la forme de quatre bases de données préalablement anonymisées portant sur :

- les caractéristiques socio-démographiques de chaque client,
- les LVA créées,
- les dates d'entrées des clients ayant pu être enregistrées avant, pendant et après la LVA,
- l'identité des casinos référencés.

La constitution d'une seule base de travail regroupant les informations contenues dans les quatre bases de données fournies permettait d'identifier les informations attribuables à un seul client.

a) Les caractéristiques sociodémographiques des clients

Pour chaque client, étaient renseignés :

- la date et le lieu de naissance,
- le genre,
- le nom du casino ayant initié la LVA.

b) Les limitations volontaires d'accès et fréquentation des salles

- Pour chaque LVA, nous disposons :
 - de la date d'enregistrement,
 - de la date de prise d'effet,

- de l'identité du casino,
- de la durée prévue,
- de la durée effective d'application,
- du quota de visites mensuelles autorisées,
- de la survenue d'une éventuelle annulation.

Un même client a pu bénéficier de plusieurs LVA sur la période d'inclusion.

Pour chaque client, nous avons comptabilisé le nombre mensuel de visites enregistrées par l'intermédiaire de leur carte Casinopass à 3 temps : avant, pendant et après la LVA. Ceci est illustré par la figure 15 page 115.

- Les visites avant la LVA

Nous nous sommes tout particulièrement intéressés au nombre mensuel de visites le mois précédant l'initiation de la LVA. Nous avons nommé cette variable : **nombre de visites à M-1**. Nous avons postulé qu'elle reflétait un comportement de jeu considéré comme problématique ou pathologique. Pour s'assurer que cette variable soit renseignée pleinement sur le mois complet, nous nous assurons qu'une fréquentation non nulle existait dans la base de données entre le 6^{ème} et le 2^{ème} mois précédant l'initiation de la LVA. En effet, nous ne disposons pas de la date de création de la carte Casinopass ni de la survenue d'une interdiction d'accès antérieure. Nous ne pouvions pas, à cette occasion, identifier si des visites n'étaient pas reportées. De même, une absence de visite préalable à la LVA pour cause d'interdiction ne nous était pas signalée.

- Les visites pendant la LVA

Nous avons reporté le **taux de visites utilisées** par les clients par rapport au quota autorisé. Ce taux correspondait au rapport du nombre total de visites sur le nombre maximal de visites autorisées, en pourcentage.

- Les visites après la LVA

Sur cette période, nous avons comptabilisé les visites au cours du **3^{ème} mois et du 12^{ème} mois de la fin de la LVA.**

La fréquentation du client après l'intervention au cours de ces deux périodes était comparée à celle constatée antérieurement.

Cela nous avait permis de déduire notre critère de jugement principal.

Nous vous proposons un exemple pour une meilleure compréhension des éléments chronologiques décrits.

Un employé enregistrait une LVA le 6 mars 2012 pour une durée prévue de 6 mois. La LVA prenait effet le 1^{er} avril 2012 et se terminait le 30 septembre 2012.

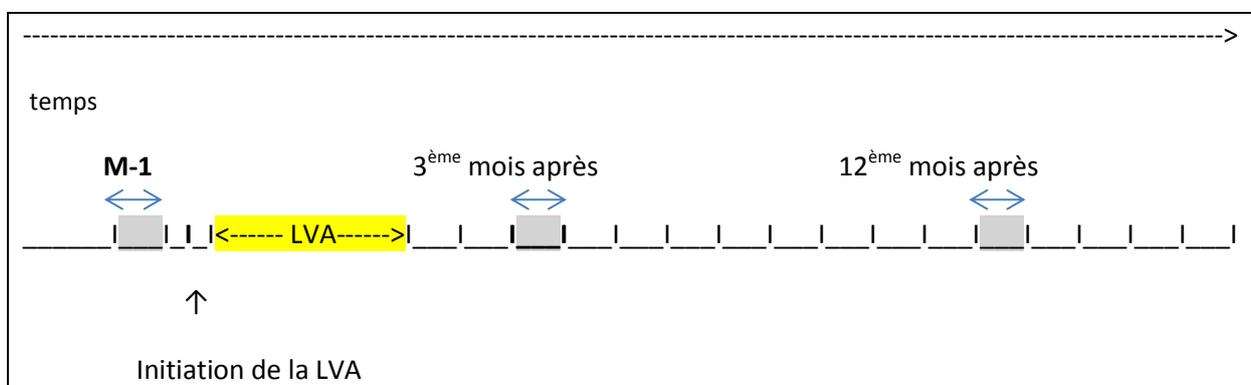
Le nombre de visites à M-1 était comptabilisé si nous avons constaté une visite enregistrée entre le 1^{er} août 2011 et le 31 janvier 2012.

La variable *nombre de visites à M-1* était le nombre de visites comptabilisées entre le 1^{er} février 2012 et le 29 février 2012.

La fréquentation au cours du 3^{ème} mois de la fin de la LVA correspondait au nombre de visites entre le 1^{er} décembre 2012 et le 31 décembre 2012.

La fréquentation au cours du 12^{ème} mois correspondait au nombre de visites entre le 1^{er} septembre 2013 et le 30 septembre 2013.

Figure 15 : Illustration des périodes de fréquentation d'intérêt avant et après la LVA : mois précédant l'initiation (M-1), pendant le 3^{ème} mois et le 12^{ème} mois qui suivent la fin de la LVA.



c) *Critères de jugement*

(1) Principal

L'impact sur la fréquentation des clients était observé à deux périodes :

- au cours du 3^{ème} mois de la fin de la limitation
- au cours du 12^{ème} mois de la fin de la limitation.

Ainsi, le critère de jugement principal correspondait :

- au rapport entre le nombre de visites au 3^{ème} mois de la fin de la limitation et le nombre de visites le mois précédent l'intervention ;
- au rapport entre le nombre de visites au 12^{ème} mois de la fin de la limitation et le nombre de visites le mois précédent l'intervention.

Un rapport strictement inférieur à 100% traduit une réduction de la fréquentation à distance de la LVA.

Le critère de jugement principal était renseigné en cas :

- de 1^{ère} LVA unique en l'absence de toute annulation (groupe 1 défini au paragraphe suivant);
- nombre de visites à M-1 renseignée et non nulle.

(2) Secondaires

(a) Définition de sous-groupes d'intérêt et leur profil

Groupe 1

Il correspondait aux clients ayant fait l'objet d'une première LVA, unique sans annulation.

Groupe 2

Il correspondait aux clients ayant un renouvellement de LVA.

Nous considérons ce renouvellement comme un échec de la 1^{ère} LVA.

De plus, il ne permettait pas un suivi de la fréquentation au décours de cette 1^{ère} intervention.

Groupe 3

Il correspondait aux clients pour lesquels une annulation est survenue.

Pour rappel, le seul motif possible d'annulation d'une LVA est la mise en place d'une **interdiction** d'accès (IM, exclusion volontaire ou ANPR telles que définies dans le tableau 5 page 108).

Profil des groupes

Pour chaque groupe, les éléments suivants ont été relevés :

- les catégories d'âge¹¹ ;
- le sexe ;
- avant la LVA :
 - le nombre de visites à M-1 ;

¹¹ 18 à 34 ans inclus, 35 à 59 ans et 60 ans et plus.

- au cours de la LVA :
 - la moyenne de la fréquentation mensuelle ;
 - la durée réelle de la LVA en mois ;
 - le quota de visites autorisées ;
 - le taux de visites utilisées.

Le critère de jugement principal, défini précédemment, était renseigné au sein des clients du groupe 1 uniquement.

3. Gestion des bases de données et analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées par Matthieu Wargny, Interne des hôpitaux de Toulouse, D.E.S. de Santé Publique et Médecine Sociale.

Une phase de contrôle des données manquantes, aberrantes ou incohérentes a été conduite en préalable à toute analyse.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif (n) et de pourcentage (%), calculés à partir des données complètes. Le nombre de données utilisées, ou à défaut le nombre de données manquantes, devait systématiquement être rapporté.

Les variables quantitatives étaient résumées à l'aide d'un paramètre de position (moyenne ou médiane) et d'un paramètre de dispersion (écart-type ou intervalle interquartile), selon que leur distribution était jugée ou non gaussienne.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel libre R à l'aide de l'interface Rstudio. Le croisement des bases de données a été réalisé grâce au package (sqldf), permettant l'utilisation du langage SQL (Structured Query Language, ou « langage de requête structurée »).

B. Résultats

1. Participants

a) *Effectifs des clients inclus*

3 454 clients ont bénéficié d'une LVA entre sa création en juin 2009 et le 18 juin 2014 (date à laquelle ces informations nous ont été fournies). Une synthèse de l'ensemble des données fournies est présentée en annexe 5, tableau 1 page 183.

1 221 clients étaient éligibles à partir du 1^{er} novembre 2011.

13 clients n'ont pas été inclus du fait d'une absence de visite enregistrée entre le 30 avril 2011 et le 31 juillet 2014.

Au total, l'effectif de notre population d'étude était de 1 208 clients.

Au sein de notre échantillon :

- 998 clients constituaient le groupe 1 ;
- 87 appartenaient au groupe 2 ;
- 123 constituaient le groupe 3.

La répartition des clients est rapportée dans la figure 16 page 120.

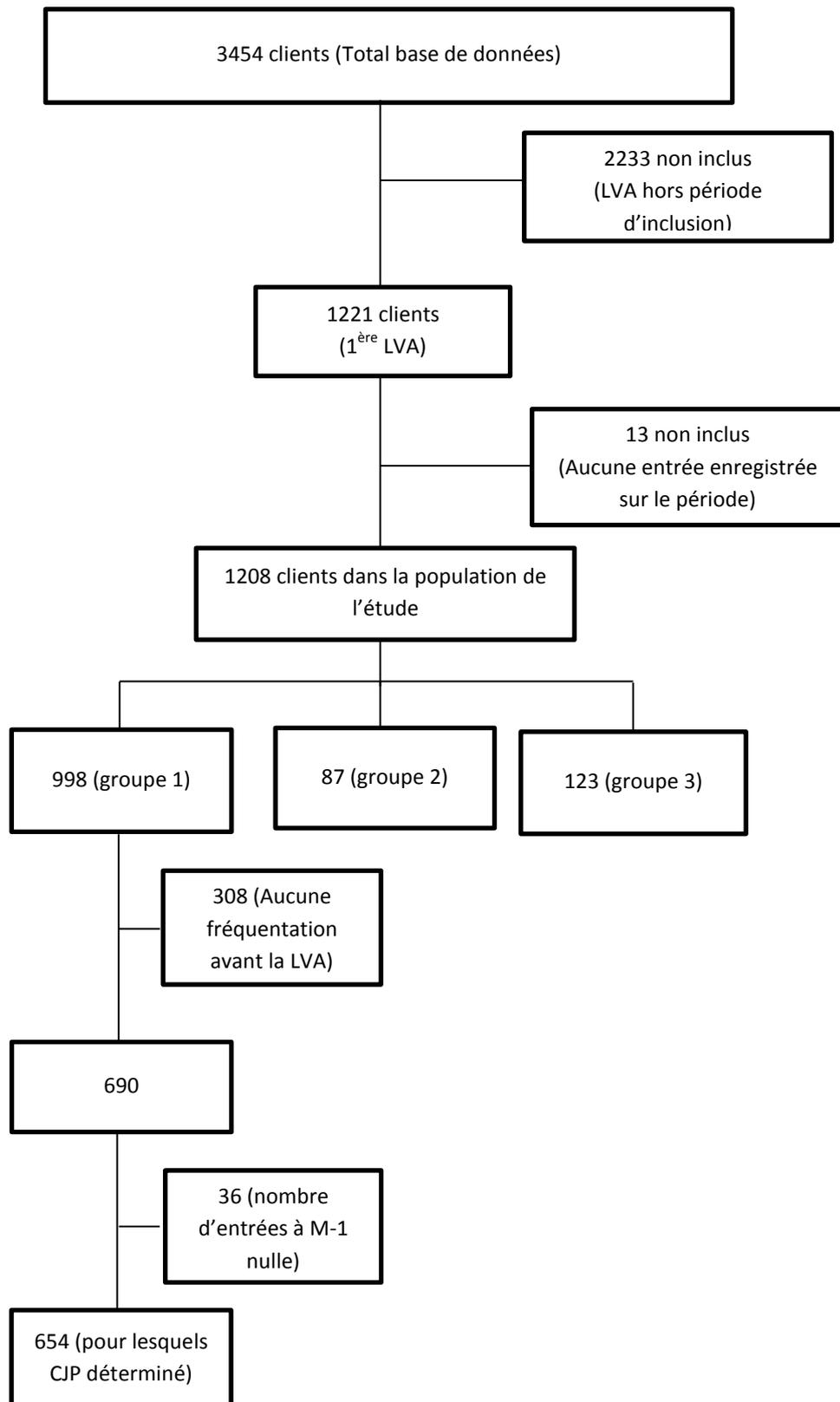


Figure 16 : Diagramme de flux des clients au cours de l'analyse des données de l'étude

b) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon total

Nous repérons une prédominance masculine (57.8%).

L'âge moyen à l'initiation de la LVA est de 44.8 ans. Les clients étaient âgés de 19 ans à 91 ans.

Ils sont originaires de France dans 94.8% des cas.

Les caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude sont rapportées dans le tableau 6 page 122.

Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble de la population d'étude.

	n = 1208	%
Sexe		
femmes	510	42.2
hommes	698	57.8
Age à l'initiation de la 1^{ère} LVA, en années¹²		
<i>Moyenne</i>	44.8	
<i>Min / Max</i>	18/91	
<i>Médiane (IIQ)</i>	44.0	[31.6 ; 57.4]
Pays de naissance du client		
<i>France</i>	1145	94.8
<i>Suisse</i>	50	4.1
<i>Italie</i>	4	0.3
<i>Allemagne</i>	3	0.2
<i>Belgique</i>	3	0.2
<i>Albanie</i>	1	0.1
<i>Espagne</i>	1	0.1
<i>Turquie</i>	1	0.1

¹² Distribution uniforme des âges.

2. Les limitations volontaires d'accès de la population d'étude

a) *Nombre de LVA par client*

Les résultats sont détaillés dans le tableau 7 page 124.

Les clients sélectionnés ont fait l'objet de 1360 LVA au total.

1 098 clients (89.9%) ont eu une première LVA unique. 108 clients (8.8%) ont bénéficié de 2 LVA et 14 clients (1.1%) ont bénéficié de 3 LVA.

b) *Fréquentation avant la LVA*

Le nombre mensuel de visites avant la LVA pour l'effectif total est présenté dans le tableau 8 page 124.

Les clients ont 4.51 visites en moyenne sur la période des 6 mois précédent l'application de la mesure (ET±4.95).

Sur cette période, nous constatons une fréquentation moyenne maximale le mois précédent la LVA : 5.83 visites en moyenne (ET±6.26).

Tableau 7 : Nombre de LVA par client.		
Nombre de LVA par client	N = 1221	%
1	1098	89.9
2	108	8.8
3	14	1.1
4	1	< 10 ⁻³

Tableau 8 : Nombre mensuel de visites avant la LVA. Effectif total = 1208.		
AVANT LA LVA (n = 1208) ¹³	Moyenne	Ecart-type
<i>6 mois avant</i>	3.64	±5.36
<i>5 mois avant</i>	3.85	±5.56
<i>4 mois avant</i>	4.24	±5.80
<i>3 mois avant</i>	4.41	±5.80
<i>2 mois avant</i>	5.08	±6.23
<i>1 mois avant</i>	5.83	±6.26
Nombre de visites mensuelles avant la LVA – moyenne sur les 6 mois	4.51	±4.95

¹³ Moyennes obligatoirement sous-estimées sur la période avant la LVA, puisque tous les individus ne sont pas suivis et que nous ne pouvons savoir quelles données sont manquantes.

c) *Pendant la LVA*

Le tableau 9 page 126 et le tableau 10 page 127 présentent la fréquentation pendant la LVA.

Pour 105 clients (8.7%), la 1^{ère} visite était enregistrée au cours de cette période.

Les clients avaient 1 à 8 visites mensuelles autorisées.

La LVA à une visite concernait 48.5% de l'échantillon (n=586).

La LVA à deux visites concernait 24% des clients (n=290).

La LVA à quatre visites concernait 15.1% des clients (n=182).

Un de nos objectifs secondaires était d'examiner le taux de visites effectif par rapport au quota de visites autorisées.

Nous avons constaté que les clients n'utilisaient pas au maximum leur quota de visites.

En effet, 485 clients (40.8%) ont un taux d'utilisation entre 50 à 80% (exclus).

403 clients (33.9%) utilisaient 80 à 100% (exclus) de leurs visites.

289 clients (24.3%) ont utilisé moins de la moitié de leur quota de visites autorisées.

7 clients ont utilisé leur quota maximal (0.6%).

5 clients ont dépassé leur quota de visites. Ces données incohérentes concernent 0.4% de l'effectif. Pour un seul client, ce quota n'a pas été respecté chaque mois concerné par la limitation : il a effectué 18 visites sur une période de 6 mois au lieu de 1 visite par mois maximum.

Le tableau 11 page 128 présente les informations se rapportant à la durée de la mesure.

Pour 123 clients, la LVA a été annulée. Cette annulation est survenue avant même l'initiation de la LVA pour 19 clients (1.6% de l'effectif total). L'annulation est survenue pour 14 clients le mois suivant sa mise en place (1.2%).

Tableau 9 : Récapitulatif des informations concernant la 1^{ère} LVA de chaque client, débutée après le 1^{er} novembre 2011 et terminée avant le 31/07/2013.

	n = 1208	%
Quota mensuel de visites autorisées au cours de la LVA		
1	586	48.5
2	290	24
3	67	5.5
4	182	15.1
5	16	1.3
6	17	1.4
7	2	0.2
8	48	4
1^{ère} visite enregistrée après le lancement de la LVA = oui (n = 1208, %)	105	8.7
Nombre de LVA annulées (n, %)	123	10.2

Tableau 10 : Nombre de visites mensuelles pendant la LVA. Effectif total = 1208.

PENDANT LA LVA (effectifs décroissants)	Moyenne	Ecart-type
<i>Mois 1 (n = 1175)¹⁴</i>	1.76	±1.66
<i>Mois 2 (n = 1160)</i>	1.69	±1.57
<i>Mois 3 (n = 879)</i>	1.53	±1.45
<i>Mois 4 (n = 865)</i>	1.53	±1.44
<i>Mois 5 (n = 853)</i>	1.47	±1.38
<i>Mois 6 (n = 295)</i>	1.06	±1.08
<i>Mois 7 (n = 290)</i>	1.09	±0.99
<i>Mois 8 (n = 284)</i>	1.04	±0.95
<i>Mois 9 (n = 263)</i>	1	±0.95
<i>Mois 10 (n = 262)</i>	0.98	±0.88
<i>Mois 11 (n = 261)</i>	0.99	±0.95
<i>Mois 12 à 15 (n = 1)</i>	2	-
Taux de visites utilisées/maximum ¹⁵	61.5%	±0.28
Taux de visites utilisées, en 5 classes	n = 1189 (¹⁶)	%
<i>[0-50[</i>	289	24,3
<i>[50-80[</i>	485	40,8
<i>[80-100[</i>	403	33,9
<i>100 %</i>	7	0.6
<i>> 100%</i>	5 (¹⁷)	0.4

¹⁴ n = 1175 car 33 LVA ont été annulées avant l'issue du 1^{er} mois d'application de celle-ci et ne figurent pas dans l'effectif, soit 2.7% des premières LVA considérées.

¹⁵ Proportion par rapport au quota de visites mensuelles autorisées, sur l'ensemble de la période de LVA.

¹⁶ Les LVA annulées avant leurs mises en place ne sont pas comptabilisées (cf. annexe 5 tableau 15 page 183 : durée constatée de la LVA).

¹⁷ Cinq clients ont dépassé leur fréquentation autorisée, ce qui constitue des données incohérentes pour 0.4% de l'effectif. Après contrôle, un seul client a dépassé son quota de visites chaque mois, soit 18 visites sur 6 mois au lieu de 6 au maximum. Nous n'avons pu expliquer cette incohérence.

Tableau 11 : Durées prévues et effectives concernant la 1^{ère} LVA de chaque client de l'échantillon total.

	n = 1208	%
Durée <i>initiale</i> de la LVA, en mois (= durée prévue)	N = 1208	(%)
3	225	18.6
4	1	0.1
5	1	0.1
6	598	49.5
8	1	0.1
9	22	1.8
12	304	25.2
15	2	0.2
24	54	4.5
Durée <i>constatée</i> de la LVA, en mois (= durée réelle)	N = 1208	(%)
0 (LVA annulée avant sa mise en place)	19	1.6
1 (LVA annulée le mois suivant sa mise en place)	14	1.2
2	15	1.2
3	281	23.3
4	14	1.2
5	12	1
6	558	46.2
7	5	0.4
8	6	0.5
9	21	1.7
10	1	0.1
11	1	0.1
12	260	21.5
16	1	0.1
Médiane [IIQ]	6	[3 ; 6]
Durée <i>constatée</i> de la LVA, en jours, dans les différentes populations	Moyenne	Ecart-type (±)
<i>Moyenne, n = 1208</i>	211	±102.8
<i>En cas d'arrêt précoce, n = 123</i>	110.6	±89.3
<i>LVA menée dans les termes prévus, n = 1085</i>	222	±98

d) Après la LVA

Le nombre moyen de visites mensuelles était maximal le premier mois après la LVA (moyenne = 4.54 ; ET±5.27) pour décroître progressivement chaque mois, tel que cela est détaillé dans le tableau 12 page 130.

Tableau 12 : Nombre de visites mensuelles après la LVA. Effectif total = 1208.

APRES LA LVA (n = 1208)	Moyenne	Ecart-type
<i>Dernier mois de la LVA¹⁸</i>		
<i>Mois 1</i>	4.54	±5.27
<i>Mois 2</i>	4.25	±5.16
<i>Mois 3</i>	3.97	±5.25
<i>Mois 4</i>	3.83	±5.08
<i>Mois 5</i>	3.80	±5.22
<i>Mois 6</i>	3.47	±4.96
<i>Mois 7</i>	3.24	±4.84
<i>Mois 8</i>	3.16	±4.75
<i>Mois 9</i>	3.11	±4.74
<i>Mois 10</i>	3.03	±4.70
<i>Mois 11</i>	2.82	±4.26
<i>Mois 12</i>	2.84	±4.48

¹⁸ En cas de LVA de moins d'un mois, on comptait le nombre de visites de ce mois.

3. Les sous-groupes de clients

a) *Groupe 1*

Les caractéristiques socio-démographiques de ce groupe (cf. tableau 13.a. page 134) correspondaient à :

- une surreprésentation masculine (577 hommes soit 56%) ;
- une classe d'âge majoritaire de 35-59 ans (inclus).

Le nombre de visites au cours du mois précédent la limitation (nombre visites à M-1) n'était renseigné que pour 690 clients de ce groupe. La médiane du nombre de visites à M-1 est égale à 6, avec l'intervalle interquartile compris entre 3 et 11 inclus.

Ceci se traduit par les éléments suivants :

- 25% des clients fréquentaient les casinos à hauteur de 6 à 11 visites au cours du mois précédent la LVA ;
- 25% des clients se rendaient aux casinos plus de 12 fois par mois au cours du mois précédent la LVA.

Les caractéristiques de la LVA au sein du groupe 1 (cf. tableau 13.b. page 135) étaient les suivantes :

- une durée effective de 6 mois et plus pour 75% des clients ;
- le quota mensuel d'une visite par mois concernait 48% d'entre eux, tandis que 24% bénéficiaient de deux visites par mois.

Les caractéristiques de la fréquentation de ce groupe au cours de la LVA étaient les suivantes :

- un taux de visites utilisées de 50 à 80% (exclus) concernait 383 clients (38%) ;
- un taux d'utilisation de 80 à 100% (exclus) concernait 351 clients (35%).

b) Groupe 2

87 clients ont bénéficié d'un renouvellement de la mesure sur la période d'étude, soit 7.2% de l'échantillon total.

52% des clients de ce groupe étaient des femmes. Il existait une proportion de femmes plus importante que dans les autres sous-groupes.

La tranche d'âge la plus représentée était les 35-59 ans.

La fréquentation avant la limitation était plus élevée qu'au sein des autres groupes. Le nombre de visites à M-1 était renseigné pour 75 clients : la médiane était de 8, et l'intervalle interquartile compris entre 4 et 12.

Les caractéristiques de la LVA du groupe 2 sont les suivantes :

- Une durée de moins de 6 mois est retrouvée pour 75% d'entre eux ;
- les quotas d'une, deux et quatre visites par mois étaient les plus retrouvés.

La moyenne de la fréquentation mensuelle au cours de la limitation était la plus élevée des 3 groupes. Un taux de visites utilisées entre 50 et 80% concernait 45 clients (52%). 31 clients (36%) utilisaient 80 à 100% de leur quota de visites.

Dans le groupe 2, la première LVA était plus brève que pour le groupe 1 alors même que la fréquentation en amont était plus intense.

c) *Groupe 3*

123 clients ont fait l'objet d'une annulation, soit 10.2% de l'échantillon total.

Les clients de ce groupe :

- étaient majoritairement des hommes (79 clients soit 64%) ;
- appartenaient le plus souvent à classe d'âge des 35-59 ans (59 clients soit 48%).

La fréquentation avant la limitation était renseignée pour 97 clients. La fréquentation sur cette période était plus importante que celle du groupe 1 (médiane = 7 et IIQ = [3 ; 12]).

Pour 19 clients, l'annulation est survenue avant l'initiation de la mesure.

Les caractéristiques de la LVA :

- La durée réelle était, de fait, plus courte (3 mois).
- Les LVA d'une, deux et quatre visites étaient les plus retrouvées.

La LVA a été annulée avant même l'issu du 1^{er} mois d'application pour 14 clients. Ceci était responsable d'une diminution importante de la moyenne de fréquentation mensuelle.

Un taux de visites utilisées :

- entre 0 et 50% concernait 23 clients du groupe (22%) ;
- entre 50 et 80% était retrouvé pour 57 clients (55%) ;
- entre 80 et 100% concernait 21 clients (20%).

Dans le groupe 3, l'annulation correspondait à une interdiction d'accès.

Tableau 13.a : Description des sous-groupes 1, 2, et 3. N = 1208.

Variables du profil	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	N = 998	%	N = 87	%	N = 123	%
Age par catégories						
<i>De 18 à 34 ans (inclus)</i>	326	33%	24	28%	40	33%
<i>De 35 à 59 ans (inclus)</i>	470	47%	36	41%	59	48%
<i>60 ans et plus</i>	202	20%	27	31%	24	20%
Sexe						
<i>femmes</i>	421	42%	45	52%	44	36%
<i>hommes</i>	577	58%	42	48%	79	64%

Tableau 13.b : Description des sous-groupes 1, 2 et 3. N = 1208.

Variables du profil	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
Nombre d'entrées à M-1¹⁹	N = 690		N = 75		N = 97	
<i>Médiane [IIQ]</i>	6	[3 ; 11]	8	[4 ; 12]	7	[3 ; 12]
Moyenne de la fréquentation mensuelle pendant la LVA	N = 998		N = 87		N = 104	
<i>Médiane [IIQ] car distribution non normale</i>	0.83	[0.67 ; 1.67]	0.92	[0.67 ; 1.67]	0.8	[0.5 ; 1.50]
Durée réelle de la LVA, en mois						
<i>Médiane [IIQ]</i>	6	[6 ; 12]	6	[3 ; 6]	3	[1 ; 5]
Taux de visites utilisées, en 5 classes	N = 998		N = 87		N = 104	
<i>[0-50[</i>	256	26%	10	11%	23	22%
<i>[50-80[</i>	383	38%	45	52%	57	55%
<i>[80-100[</i>	351	35%	31	36%	21	20%
<i>100 %</i>	6	1%	0	0%	1	1%
<i>> 100%</i>	2	0%	1	1%	2	2%
Quota mensuel de visites autorisées						
<i>1</i>	483	48%	40	46%	63	51%
<i>2</i>	237	24%	34	39%	19	15%
<i>3</i>	55	6%	3	3%	9	7%
<i>4</i>	155	16%	8	9%	19	15%
<i>5</i>	14	1%	1	1%	1	1%
<i>6</i>	15	2%	1	1%	1	1%
<i>7</i>	2	0%	0	0%	0	0%
<i>8</i>	37	4%	0	0%	11	9%

¹⁹ Nombre de visites pendant le mois précédant la date de création de la LVA, mesurée à la condition qu'au moins une visite ait été relevée entre 6 mois et 2 mois **avant** la LVA.

4. Impact de la LVA

L'impact sur la fréquentation n'a pu être évalué que pour 654 clients parmi les 998 du groupe 1 (objectif principal).

En effet, 308 clients n'avaient aucune fréquentation enregistrée avant la LVA, ne permettant pas de point de comparaison. 36 clients enregistraient des visites au cours des 6 mois antérieurs et, cependant, n'avaient aucune visite au cours du mois précédent la LVA.

Cinq niveaux de variation de la fréquentation étaient relevés:

- inférieure à 50% : forte réduction de la fréquentation des salles des casinos ;
- entre 50% et 80% (inclus) : réduction modérée de la fréquentation ;
- entre 80% et 100% (exclus) : faible réduction de la fréquentation ;
- entre 100% et 200% : pas d'efficacité de l'intervention sur la fréquentation (restée identique ou majorée) ;
- supérieure à 200% (inclus) : intensification majeure de la fréquentation (ayant plus que doublée).

Le détail des résultats est présenté dans le tableau 14 page 137.

Plus de 50% des clients ont diminué leur fréquentation au décours de la mesure, au deux temps d'observation.

L'effet s'intensifiait dans le temps.

Plus précisément, nous avons constaté un impact plus marqué à 12 mois qu'à 3 mois de l'intervention :

- 354 clients (54%) ont réduit de plus de 50% leur fréquentation à 3 mois;
- 444 de clients (68%) ont réduit de plus de 50% leur fréquentation à 12 mois.

Tableau 14 : Critères de jugement principal : fréquentation relative au décours de la LVA, au 3^{ème} mois et au 12^{ème} mois, calculés pour le groupe 1 (N_{total} = 998).

<i>Variables du profil</i>	A 3 mois		A 12 mois	
Critère de jugement d'efficacité de la LVA (%)	N = 654		N = 654	
$a < 50\%$	354	54%	444	68%
$50\% \leq b < 80\%$	78	12%	62	9%
$80\% \leq c < 100\%$	32	5%	24	4%
$100\% \leq d < 200\%$	130	20%	77	12%
$e \geq 200\%$	60	9%	47	7%
<i>Médiane (IIQ)</i>	0.5	[0 ; 1]	0.22	[0 ; 0.71]
<i>Min / Max</i>	0/28		0/15	

C. Discussion

1. Les résultats

❖ *L'objectif principal de l'étude*

L'impact des limitations volontaires d'accès (LVA) sur les conduites de jeu était observé au 3^{ème} mois et au 12^{ème} mois. Le nombre de visites au cours du mois précédent la mise en place de la limitation constituait la fréquentation de référence.

Au 3^{ème} mois :

- 71% des clients (n=464) ont réduit leur fréquentation ;
- 54% des clients (n=354) ont réduit au moins de moitié leur fréquentation ;
- 9% ont plus que doublé la fréquence de leurs visites (n=60).

Au 12^{ème} mois :

- 81% des clients (n=531) ont réduit leur fréquentation ;
- 68% des clients (n=444) présentaient une réduction de plus de 50% des visites ;
- 7% ont plus que doublé la fréquence de leurs visites (n=47).

Il semble exister un meilleur contrôle sur la fréquence de jeu pour une grande majorité des clients. Cet impact est repérable à 3 mois et s'intensifie à 12 mois.

L'efficacité de la LVA nous permet de faire un corollaire avec les thérapies brèves recommandées pour le jeu pathologique.

- Dans le cadre des thérapies motivationnelles, il est bien établi que la réduction des conduites de jeu est perceptible à moyen terme (12 mois) et non à court terme (189).
- Pour les thérapies cognitivo-comportementales, la revue de la littérature retrouve une efficacité à court terme (3 mois) mais pas à moyen terme (12 mois), en sachant que dans le cadre de la LVA cette efficacité est également retrouvée à 3 mois.
- Nous savons que dans d'autres indications thérapeutiques, les thérapies cognitivo-comportementales peuvent témoigner d'une amélioration à distance comme dans le trouble panique avec ou sans agoraphobie et dans la phobie sociale (190)(191).

Ainsi, nous pouvons soulever comme hypothèse explicative de l'efficacité de la LVA le fait qu'elle se rapproche d'une intervention comportementale.

En effet, l'objectif dans les deux cas est une réduction des conduites de jeu et non une éviction totale (jeu contrôlé).

La LVA réduit l'accessibilité à l'environnement de jeu habituel par un contrôle externe.

Elle réduit la fréquence d'exposition aux stimuli *in situ*. Elle se rapproche par cet aspect du contrôle du stimulus décrit pour les psychothérapies, visant à réduire le *craving* pour le jeu.

De ce fait, elle participe à une restructuration du quotidien pour permettre aux clients d'investir d'autres centres d'intérêts.

Le contenu des thérapies est structuré et le nombre de séances est programmé. Les LVA ont, elles aussi, une durée préalablement déterminée.

Par ailleurs, avant la mise en place de la LVA, une information est souvent délivrée sur le jeu pathologique permettant une meilleure connaissance de la maladie. Le nommer en tant que maladie peut permettre ainsi un recours au soin et une orientation vers les CSAPA.

Cette mesure novatrice qu'est la LVA s'inscrit, de plus, dans le cadre des recommandations internationales en vigueur pour la prise en charge du jeu pathologique. En effet, elle prône un jeu contrôlé et non une abstinence (189)(166).

On peut également percevoir d'autres avantages à cette mesure :

- Elle propose un cadre souple et bref. Elle est rapidement applicable et accessible ce qui convient peut-être mieux aux joueurs dont le fonctionnement se caractérise par l'impulsivité et l'instantanéité (103)(162). Nous savons comme les soins formels peuvent pêcher du fait des délais de mise en place concourant à une perte de motivation des joueurs et un mauvais accès aux soins.
- Autre avantage, elle est peu stigmatisante dans la mesure où elle est initiée dans un lieu de jeu et non dans une structure psychiatrique ou spécialisée en Addictologie.
- Autre avantage, elle est peut-être plus facilement acceptable dans la mesure où il s'agit d'une simple limitation contractualisée, et non d'une éviction très prolongée ou imposée par un tiers comme dans le cadre de l'interdiction ministérielle.
- Comme il s'agit d'un contrat, on ne peut revenir sur sa décision mais, par contre, on peut choisir de la renouveler de sa propre initiative.

La situation actuelle est que seulement environ 10% des joueurs pathologiques accèdent aux soins (133)(134).

On peut s'interroger ainsi sur le fait que la LVA puisse représenter un premier maillon d'un dispositif sanitaire plus global voire même un facilitateur ultérieur de l'accès aux soins.

❖ *Parmi nos objectifs secondaires* figurait la description du profil des clients des groupes suivants :

- groupe 1 : ayant fait l'objet d'une première LVA sans annulation ni renouvellement ultérieur (n=998);
- groupe 2 : ayant fait l'objet d'un renouvellement de la mesure (n=87) ;
- groupe 3 : n'ayant pu mener à son terme une première LVA du fait d'une annulation (n=123).

Cette description du profil des clients portait sur les caractéristiques socio-démographiques et la fréquentation des salles de jeux.

○ *Les caractéristiques socio-démographiques*

La population de l'étude avait un âge moyen de 44,8 ans (répartition uniforme). Les clients avaient entre 18 ans et 91 ans. Il s'agissait majoritairement d'hommes (57,8%) comme attendu et décrit dans la littérature (20)(21).

Dans les trois sous-groupes de joueurs, la tranche d'âge majoritaire était les 35-59 ans. Il s'agit d'une population plus âgée que celle des joueurs pathologiques en population générale (20) ou encore que celle des joueurs en ligne (45).

Nous avons constaté également que la proportion des clients de plus de 60 ans est plus importante dans le groupe 2. Les femmes y étaient d'avantage représentées que dans les autres groupes (52% de femmes dans le groupe 2 contre 42% dans le groupe 1, et 36% dans le groupe 3).

Cette association peut s'expliquer par ce qui est classiquement décrit dans la littérature concernant le jeu pathologique chez les femmes. Elles s'initient au jeu plus tardivement que les hommes. Elles s'orientent essentiellement vers les machines à sous (66)(64). Ces dernières sont particulièrement pourvoyeuses d'addiction rapide. La prise en compte de cette pathologie et le recours aux soins est plus rapide que chez les hommes(67)(68)(65).

Il s'avère que c'est au sein du groupe 2 qu'une nouvelle LVA est appliquée. Elle peut être le reflet de deux dimensions :

- une grande difficulté à contrôler le jeu et donc la nécessité d'avoir recours à une nouvelle mesure ;
- mais également, peut-être une meilleure prise de conscience du trouble par rapport à la population masculine et, de ce fait, un recours plus facile aux mesures de limitation.

○ *La fréquentation des salles de jeux*

Nous disposons :

- de leur fréquentation antérieure à la LVA et pendant la LVA ;
- des caractéristiques de l'intervention proposée (quota, durée).

Le mois précédent la limitation, la fréquentation la plus faible était observée dans le groupe 1.

Dans le groupe 2, par rapport aux autres groupes, il existe :

- une fréquentation plus importante en amont (cf. tableau 13.b. page 135 : Médiane = 8, IIQ [3 ; 11] pour le groupe 2) ;
- une durée de la LVA, cependant, moins longue (cf. tableau 13.b. page 135. Groupe 2 : Médiane = 6, IIQ = [3 ; 6]. Groupe 1 : Médiane = 6, IIQ = [6 ; 12]).

105 clients de la population d'étude (8,7%) n'avaient aucune entrée enregistrée avant le début de l'intervention.

Ceci soulève la question de la qualité du dispositif de dépistage et de suivi des visites des clients. La qualité du dépistage des clients ayant un jeu pathologique par le personnel est essentielle dans le cadre de ce dispositif.

Le recours aux formations proposées par le Centre Médical Marmottan à Paris ou le CRJE du CHU de Nantes sont les plus adaptées à cet objectif.

Il existe probablement une sous-estimation du jeu pathologique.

Le dispositif proposé à Toulouse propose une réintégration progressive suite à une interdiction volontaire par l'intermédiaire de la mise en place d'une LVA. De fait, notre critère de jugement principal n'a pu être renseigné pour ces clients puisqu'une fréquentation d'amont devait être constatée.

Un certain nombre de clients en ANPR ne seraient potentiellement pas repérés comme des joueurs pathologiques. Le délit à l'origine de l'interdiction peut pourtant être commis pour poursuivre la pratique du jeu. Il semble intéressant de proposer un dépistage également auprès de ces clients s'ils sollicitent le casino pour une réintégration.

❖ *Taux de visites utilisées (objectif secondaire)*

Les taux d'utilisation les plus importants concernaient le groupe 2 (cf. tableau 13.b. page 135, moyenne de fréquentation mensuelle pendant la LVA et taux de fréquentation).

Les clients ayant fait l'objet d'un renouvellement de la mesure ont, au total :

- la fréquentation la plus importante en amont ;
- des taux d'utilisation plus importants ;
- mais des durées de limitation cependant plus courtes.

Nous supposons que ces interventions n'ont pas permis une mise à distance suffisante du jeu.

Ces aspects rejoignent notre hypothèse d'un profil particulier de joueurs au sein de ce groupe (proportion de femmes plus importante).

Nous avons été surpris de constater que la fréquentation en période de limitation n'était pas maximale pour une grande majorité de clients.

Pour la totalité de l'échantillon d'étude :

- 40,8% (n=485) avait un taux de visites utilisées compris entre 50% et 80% (exclus).
- 33,9% (n=403) utilisaient 80 à 100% (exclus) de leurs visites.
- 24,3% (n=289) utilisaient moins de la moitié de leur quota de visites autorisées.

Nous émettons plusieurs hypothèses explicatives :

- les clients avaient un quota ne limitant pas leur fréquentation habituelle.
Nous éliminons d'emblée cette hypothèse car les moyennes de visites antérieures étaient bien supérieures à celles pendant la LVA. 48,5% des clients (n=586) étaient limités à une visite par mois alors que la moyenne des visites mensuelles sur les 6 mois avant était de 4,51 (ET±4,65).
- Le report des visites n'était pas systématique. Cette hypothèse est peu probable en période de LVA. Nous verrons que l'enregistrement des visites dans la base de données dépend cependant d'un « facteur humain ».
- Il s'agissait de conduites de jeu transitoirement intenses, ne correspondant pas à un jeu pathologique. Par exemple, elles pourraient être symptomatiques d'un épisode maniaque ou d'hypomanie résolu au moment de la LVA.
- Il s'agissait d'un jeu problématique ou pathologique spontanément résolutif comme cela est décrit dans la littérature (134).
- La LVA pourrait avoir un impact immédiat sur les capacités d'autocontrôle des clients par l'intermédiaire d'un contrôle du stimulus. Cela reviendrait à assimiler une telle mesure à une intervention comportementale. Nous l'avons vu, ces interventions ont montré une efficacité à court terme, notamment une réduction de la fréquence de jeu.

Nous n'avons pu étayer d'avantage ces hypothèses du fait des limites de notre étude.

2. Limites et biais de l'étude

- *Biais de sélection*

Du fait de son design, rétrospectif et observationnel, notre étude a présenté de nombreux biais.

Nous avons postulé que les clients concernés par une telle mesure étaient des joueurs pathologiques.

Nous n'avons pas d'autres renseignements concernant les comportements de jeu que le nombre mensuel de visites.

Dans nos critères d'inclusion, l'absence de dépistage du jeu pathologique par un outil validé constitue un biais. Cela nous conduit à inclure dans l'échantillon d'étude des clients ne présentant potentiellement pas un jeu pathologique, mais :

- un jeu problématique ;
- un jeu intensif transitoire sans que cela ne rentre dans notre cadre clinique.

Il aurait été souhaitable que, de manière concomitante à la mise en place de la LVA, les clients puissent bénéficier d'un dépistage standardisé du jeu pathologique : critères DSM, ICJE, SOGS.

Plusieurs arguments ont motivé le choix de notre période d'inclusion :

- La période est postérieure à une uniformisation des pratiques dans les casinos avec une sensibilisation généralisée des employés, une proposition de limitation et un encadrement similaire dans les différents casinos.
- La période permet d'avoir des informations sur le comportement des clients en amont de la limitation, avec un recul sur la pratique de ces interventions auprès des clients (LVA depuis juin 2009, carte Casinopass avec enregistrement des visites, suivis parfois des clients en amont).

La population de l'analyse n'étant pas celle présente à l'inclusion, cela constituait un biais d'attrition. Le critère de jugement principal n'a pu être renseigné que pour une partie de la population de l'étude (654 clients des 1208 recrutés).

- *Biais de mesure et biais de confusion*

Notre critère de jugement principal est le reflet de l'impact sur la fréquence de jeu. L'augmentation de la fréquence de jeu est bien documentée comme un facteur prédictif de jeu problématique et pathologique (20)(21). L'observation d'une fréquentation de référence plus importante dans les groupes où la 1^{ère} limitation était un échec (groupes 2 et 3) suggère que la fréquence de jeu est également un facteur de gravité.

Nous avons constaté une intensification très importante de la fréquentation pour certains clients. Au maximum, la fréquentation était multipliée d'un facteur 28 à 3 mois, et d'un facteur 15 à 12 mois de la limitation. Nous avons émis l'hypothèse que ces clients étaient des joueurs pathologiques évoluant vers une aggravation des troubles sans score psychométrique validé pour l'étayer.

Notre critère de jugement principal n'est pas un outil validé, contrairement aux tests psychométriques existants. Il pourrait faire l'objet d'une validation à l'aide d'une confrontation clinique (validité intrinsèque).

Il s'agit d'un travail original et descriptif. Nous n'avons pas retrouvé d'étude similaire portant sur des interventions préventives ciblées menées par un promoteur de jeu dans la littérature existante. Notre critère de jugement ne pouvait à ce jour faire l'objet d'une validation extrinsèque.

Parmi les critères de jugement pour évaluer l'impact d'une intervention sur le comportement addictif, il aurait été pertinent d'effectuer à l'initiation de la LVA et au décours :

- une évaluation psychométrique par un questionnaire validé (nombre de critères DSM-IV, SOGS, ICJE) ;
- une évaluation des pertes financières liées au jeu.

Ces critères d'évaluation d'efficacité figurent dans les essais thérapeutiques présentés (cf. partie II, 2. Psychothérapies page 83). La fréquence de jeu figure parmi les critères d'efficacité des thérapies (essais contrôlés randomisés). Pour de nombreux auteurs, c'est un critère de jugement pertinent (169)(171)(172)(167).

Nous n'avions pas la possibilité de proposer ces évaluations, même rétrospectivement, puisque nous n'avions pas la possibilité de contacter les clients concernés (données anonymisées).

Cependant, dans les supports « Jeu Responsable » (flyers), les casinos Lucien Barrière mettent à disposition des questionnaires d'auto-évaluation validés tels que l'ICJE. Il n'existe aucun report des résultats de ces questionnaires.

La fréquentation des salles de casinos pourrait être influencée par d'autres facteurs, non reportés dans notre étude. Les facteurs de confusion sont :

- L'administration d'un traitement formel, la mise en place d'une intervention médico-sociale ;
- La présentation d'une autre pathologie pouvant conduire à des comportements de jeu intensifs (épisode maniaque ou hypomanie) ;
- La fréquentation d'autres établissements de jeux que ceux du groupe de casinotiers. L'intervention n'est pas généralisée au niveau national contrairement à l'IM. On peut également imaginer un investissement plus prononcé des autres jeux pratiqués (multi-activité fréquente) notamment des jeux en ligne (21)(45).
- Un report des visites de moins bonne qualité à 12 mois de l'intervention qu'à 3 mois car l'enregistrement est moins systématique dans la base de données. En effet, en cas de seule présentation d'une pièce d'identité, l'enregistrement dépend d'un

« facteur humain ». Il s'agit de données manquantes entraînant une sous-estimation de la fréquentation à distance de l'intervention.

De même, ceci pourrait expliquer qu'un nombre plus important de clients réduisent leur fréquentation au 12^{ème} mois, alors même qu'aucune nouvelle intervention n'a eu lieu.

Ce dernier élément de fonctionnement des enregistrements des visites nous éclaire sur une donnée surprenante constatée : 36 clients avaient une fréquentation rapportée entre 6 mois et 2 mois avant toute limitation tandis que leur nombre de visites était nul le mois précédent la LVA. Il pourrait s'agir également de données manquantes.

- *Données surprenantes et incohérentes*

Une seule donnée incohérente figurait dans les bases de données exploitées que nous n'avons pu expliquer : un client n'a pas eu son quota de visites autorisées respecté pendant la LVA, 6 visites par mois étaient enregistrées au lieu d'une seule.

Ces données surprenantes (taux de fréquentation pendant la LVA supérieure à 100% pour 5 clients) concernaient 0,4% des clients. Elles ne justifient pas un changement des modalités d'enregistrement des visites. Il nous semble cependant important de pouvoir sensibiliser le personnel de contrôle aux entrées pour améliorer la qualité de ce suivi ou dans l'optique d'études ultérieures.

IV. CONCLUSION

En synthèse :

- 2,7% des français connaissent des difficultés liées à la pratique des jeux de hasard et d'argent en 2014.
- La prévalence du jeu pathologique en France concerne 0,5% de la population générale. Cette estimation est stable par rapport à celle effectuée en 2010, avant l'ouverture à la concurrence de l'offre de jeu en ligne.
- Du fait qu'aujourd'hui l'offre de jeu est largement diffusée grâce notamment à Internet et la multitude de supports en ligne disponibles, l'exposition à ce risque n'a jamais été aussi importante. Le jeu problématique est, quant à lui, plus fréquent (2,2% des français en 2014 contre 0,9% en 2010).
- Les conséquences du jeu pathologique sont loin d'être négligeables : le jeu prend tout le champ de l'existence du sujet, il peut conduire à la ruine financière et au suicide dans les cas les plus graves.
- Les adolescents, les adultes jeunes et les joueurs en ligne sont des populations particulièrement concernées par le jeu pathologique.
- Les comorbidités addictives et psychiatriques sont fréquemment retrouvées alors même qu'elles constituent un facteur de mauvais pronostic.
- Les facteurs de risques exposant un individu à cette pathologie sont multiples et intriqués. Ils constituent les cibles de la thérapeutique et de la prévention. Comme pour toute addiction, ils sont liés à l'environnement (situationnels), à la vulnérabilité individuelle et à l'objet de l'addiction (structurels).
- Le jeu pathologique nécessite un traitement spécialisé, multimodal et pluridisciplinaire. A ce jour, les thérapies cognitivo-comportementales sont la référence et restent aussi les plus documentées.
- La demande d'aide des joueurs problématiques et pathologiques est minoritaire. Il existe une mauvaise observance des soins initiés.
- L'obtention d'une abstinence n'est pas la règle, les interventions visent davantage une réduction des pratiques de jeu (jeu contrôlé).

- L'impact des mesures préventives sur la prévalence du jeu pathologique reste à évaluer.

La revue de la littérature que nous avons proposée s'inscrit dans le cadre d'un travail préliminaire à notre étude.

L'encadrement des jeux d'argent a récemment évolué. L'incitation au rapprochement des structures de soins par les casinotiers a donné lieu à la mise en place d'un dispositif inédit. Le partenariat entre soins de proximité et opérateurs de jeu, ici casinotiers, participe à la cohérence des politiques de protection des consommateurs de jeu et des personnes vulnérables.

Notre travail de recherche, rétrospectif et observationnel, portait sur les limitations volontaires d'accès (LVA) des clients du groupe de casinos Lucien Barrière, dans le cadre de leur politique dite de « Jeu Responsable ».

Ces interventions ont plusieurs intérêts. Comparables sur le plan pratique à des interventions comportementales, il s'agit de démarches contractuelles entre le casinotier et un client, prônant un jeu contrôlé. Elles sont destinées aux individus dont le jeu est perçu comme problématique ou pathologique. Leur efficacité est soulignée. Nous avons constaté une réduction de la fréquentation chez 71% des clients au 3^{ème} mois de la fin de la LVA (n=464), et chez 81% des clients au 12^{ème} mois de la fin de l'intervention (n=530).

Elles peuvent donc être considérées comme des interventions de prévention ciblée, directement accessibles sur le lieu de jeu.

La LVA pourrait ainsi être considérée comme un outil s'intégrant dans un dispositif sanitaire plus global.

Concernant l'intervention et les recherches à venir, plusieurs points seront à prendre en compte et à améliorer :

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Winnicott DW. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Gallimard. 1975.
2. Caillois R. Les jeux et les hommes. Gallimard; 1958.
3. Boutin C. Le jeu : chance ou stratégie? Choisir librement la place du jeu dans votre vie. Les éditions de l'Homme. Québec; 2010.
4. INSEE. Les services marchands en 2010 : retour de la croissance. Insee Prem. 2011;n°1366.
5. Inserm. Jeux de hasard et d'argent : Contextes et addictions [Internet]. Editions Inserm. Paris; 2008. 889 p. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/77#expert>
6. Trucy F. L'évolution des jeux de hasard et d'argent. Rapport d'information au Sénat n°58. 2006.
7. Adès J, Lejoyeux M. Jeu pathologique. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Paris; 2000.
8. Grall-Bronnec M. Le jeu pathologique. Comprendre, prévenir, traiter. Elsevier Masson. 2012.
9. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C. Le jeu excessif. Comment comprendre et vaincre le gambling. Les éditions de l'Homme. Québec; 2000.
10. Lesieur HR. The Chase : Career of the Compulsive Gambler. Cambridge, Mass: Schenkman Books Inc.; 1984. 323 p.
11. Orford J, Morison V, Somers M. Drinking and gambling: a comparison with implications for theories of addiction. Drug Alcohol Rev. 1996;15:47–56.
12. Petry NM. Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? Addiction. 2006;101:152–60.
13. Potenza MN. Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction : an overview and few findings. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2008;363(1507):3181–9.
14. Fatseas M, Guérin A, Auriacombe M. Nouvelle révision du DSM en préparation : quels enjeux pour les addictions ? Courr Addict. 2008;10:3–4.
15. Denis C, Fatseas M, Auriacombe M. Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders: 3. An assessment of Pathological Gambling criteria. Drug Alcohol Dependence. 2012;122(1-2):22–7.
16. American psychiatric association, editor. DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington (D. C.) London: American Psychiatric Publishing; 2013.
17. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS) : a new instrument for the identification of pathological gamblers. Am J Psychiatry. 1987;144(9):1184–8.
18. Lejoyeux M. Echelles de dépistage du jeu pathologique. Neuro-Psy. 1999;(14):67–71.

19. Ferris J, Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index : final report. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2001.
20. Costes JM, Pousset M, Eroukmanoff V, Le Nezet O, Richard JB, Guignard R, et al. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Baromètres Santé 2010 INPES, module jeux de hasard et d'argent. Lettre d'information de l'OFDT, Tendances 77 [Internet]. 2011. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/tendances77.pdf>
21. Costes JM, Eroukmanoff V, Richard JB, Tovar ML. Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014. Note d'information n°6 de l'Observatoire des Jeux. 2015.
22. Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychology Report*. 1997;80, 83–8.
23. Rönnerberg S, Volberg RA, Moore W, Andrén A, Munck IM, Jonsson J, et al. Gambling and problem gambling in Sweden. Stockholm: National Institute of Public Health; 1999 p. 88.
24. Welte JW, Barnes GM, Wieczorek WF, Tidwell M-C, Parker J. Gambling participation in the U.S. : results from a national survey. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Council Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2002;18(4):313–37.
25. 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. New Zealand: Wellington, Department of Internal Affairs; 2000 p. 286. Report No.: 3.
26. AUSTRALIAN GOVERNMENT PRODUCTIVITY COMMISSION. Australia's Gambling Industries. Canberra, Australie; 1999. Report No.: 10.
27. Jonsson J. An overview of prevalence surveys of problem and pathological gambling in the Nordic countries. *J Gambl Issues*. 2006;(18):31–8.
28. Druine C. Belgium. In: Griffiths M, Hayer T, Meyer G, editors. *Problem Gambling in Europe*. Springer New York; 2009. p. 1–16.
29. Goudriaan AE, Bruin D de, Koeter MWJ. The Netherlands. In: Griffiths M, Hayer T, Meyer G, editors. *Problem Gambling in Europe*. Springer New York; 2009. p180-207.
30. Meyer G, Hayer T. Germany. In: Griffiths M, Hayer T, Meyer G, editors. *Problem Gambling in Europe*. Springer New York; 2009. p. 85–101.
31. 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 Psychiatr Scand*. 2008 Mar;117(3):236–9.
32. Wardle H, Sproston K, Orford J, Erens B, Griffiths MD. British gambling prevalence survey 2007. National Centre for Social Research; 2007 p. 306.
33. Barbaranelli C, Vecchione M, Fida R, Podio-Guidugli S. Estimating the prevalence of adult problem gambling in Italy with SOGS and PGSI. *J Gambl Issues*. 2013;(28):1–24.
34. Cox BJ, Yu N, Afifi TO, Ladouceur R. A national survey of gambling problems in Canada. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2005 Mar;50(4):213–7.

35. Stucki S, Rihs-Middel M. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005 : an update. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Council Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2007 Sep;23(3):245–57.
36. Chóliz M. Experimental analysis of the game in pathological gamblers: effect of the immediacy of the reward in slot machines. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Council Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2010 Jun;26(2):249–56.
37. Bonnaire C, Lejoyeux M, Dardennes R. Sensation seeking in a French population of pathological gamblers: comparison with regular and nongamblers. *Psychol Rep*. 2004 Jun;94(3 Pt 2):1361–71.
38. Griffiths MD. Psychobiology of the near-miss in fruit machine gambling. *J Psychol Interdiscip Appl*. 2003;(125):347–57.
39. Habib R, Dixon MR. Neurobehavioral evidence for the “Near-Miss” effect in pathological gamblers. *J Exp Anal Behav*. 2010 May;93(3):313–28.
40. Browne M, Langham E, Rockloff MJ, Li E, Donaldson P, Goodwin B. EGM Jackpots and Player Behaviour: An In-venue Shadowing Study. *J Gambl Stud*. 2014 Jul 27;1–20.
41. Custer R. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry*. 1984;45(12):35–8.
42. Langer EJ. The illusion of control. *J Pers Soc Psychol*. 1975;32(2):311–28.
43. Griffiths M. Internet gambling: issues, concerns, and recommendations. *Cyberpsychology Behav Impact Internet Multimed Virtual Real Behav Soc*. 2003 Dec;6(6):557–68.
44. Suler J. The online disinhibition effect. *Cyberpsychology Behav Impact Internet Multimed Virtual Real Behav Soc*. 2004 Jun;7(3):321–6.
45. Tovar ML, Costes JM, Eroukmanoff V. Les jeux d’argent et de hasard sur Internet en France en 2012. *Lettre d’information de l’OFDT et l’Observatoire des Jeux, Tendances n°85*. 2013.
46. Wardle H, Griffiths MD, Orford J, Moody A, Volberg R. Gambling in Britain: A Time of Change? Health Implications from the British Gambling Prevalence Survey 2010. *Int J Ment Health Addict*. 2011 Apr 1;10(2):273–7.
47. Wood RT, Williams RJ. Internet gambling: Prevalence, patterns, problems, and policy options. Alberta, University of Lethbridge.; 2009;
48. Wardle H, et al. British Gambling Prevalence Survey 2010. London : National Centre for Social Research / NHS; 2011.
49. Kairouz S, Nadeau L, Paradis C. Enquête ENHJEU - Québec. Portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans. Montréal: Université Concordia; 2011 p. 48.
50. Petry NM. Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine? *Fam Pract*. 2006 Aug;23(4):421–6.
51. Loba P, Stewart SH, Klein RM, Blackburn JR. Manipulations of the features of standard video lottery terminal (VLT) games: effects in pathological and non-pathological gamblers. *J Gambl*

- Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming. 2001;17(4):297–320.
52. Welte JW, Wieczorek WF, Barnes GM, Tidwell M-C, Hoffman JH. The Relationship of Ecological and Geographic Factors to Gambling Behavior and Pathology. *J Gambl Stud*. 2004;20(4):405–23.
 53. 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 Rev Can Psychiatr*. 2006 Oct;51(12):764–73.
 54. Moore SM, Thomas AC, Kyrios M, Bates G, Meredyth D. Gambling accessibility: a scale to measure gambler preferences. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2011 Mar;27(1):129–43.
 55. Bakken IJ, Göttestam KG, Gråwe RW, Wenzel HG, Øren A. Gambling behavior and gambling problems in Norway 2007. *Scand J Psychol*. 2009 Aug;50(4):333–9.
 56. Zheng WY, Walker M, Blaszczyński A. Mahjong gambling in the Chinese-Australian community in Sydney: a prevalence study. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2010 Sep;26(3):441–54.
 57. Welte JW, Barnes GM, Wieczorek WF, Tidwell M-CO, Parker JC. Risk factors for pathological gambling. *Addict Behav*. 2004 Feb;29(2):323–35.
 58. Raylu N, Oei TP. Role of culture in gambling and problem gambling. *Clin Psychol Rev*. 2004 Jan;23(8):1087–114.
 59. Lam D. The influence of religiosity on gambling participation. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2006;22(3):305–20.
 60. Bastiani L, Gori M, Colasante E, Siciliano V, Capitanucci D, Jarre P, et al. Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2013 Mar;29(1):1–13.
 61. Delfabbro P, Thrupp L. The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents. *J Adolesc*. 2003 Jun;26(3):313–30.
 62. Vachon J, Vitaro F, Wanner B, Tremblay RE. Adolescent gambling: relationships with parent gambling and parenting practices. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. 2004 Dec;18(4):398–401.
 63. Abdi TA, Ruitter RAC, Adal TA. Personal, social and environmental risk factors of problematic gambling among high school adolescents in Addis Ababa, Ethiopia. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2015 Mar;31(1):59–72.
 64. Shaffer HJ, Hall MN. Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. 2001 Jun;92(3):168–72.
 65. Shaffer HJ, LaBrie RA, LaPlante DA, Nelson SE, Stanton MV. The road less travelled: moving from distribution to determinants in the study of gambling epidemiology. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2004 Aug;49(8):504–16.

66. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL, Buchanan SN, Potenza MN. Late-onset pathological gambling: clinical correlates and gender differences. *J Psychiatr Res.* 2009 Jan;43(4):380–7.
67. Grant JE, Kim SW. Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Compr Psychiatry.* 2002 Feb;43(1):56–62.
68. 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 Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming.* 2006 Jun;22(2):221–40.
69. Desai RA, Maciejewski PK, Pantalon MV, Potenza MN. Gender differences in adolescent gambling. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr.* 2005 Dec;17(4):249–58.
70. Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. *Tendances 79, OFDT.* 2012;4.
71. Messerlian C, Byrne AM, Derevensky JL. Gambling, youth and the internet: should we be concerned? *Can Child Adolesc Psychiatry Rev Rev Can Psychiatr Enfant Adolesc.* 2004 Feb;13(1):3–6.
72. Petit A, Karila L, Lejoyeux M. [Adolescent pathological gambling]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie.* 2015 May;22(5):564–8.
73. Ladouceur R, Bouchard C, Rhéaume N, Jacques C, Ferland F, Leblond J, et al. Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming.* 2000;16(1):1–24.
74. McNeilly DP, Burke WJ. Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming.* 2000;16(4):393–415.
75. Erickson L, Molina CA, Ladd GT, Pietrzak RH, Petry NM. Problem and pathological gambling are associated with poorer mental and physical health in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005 Aug;20(8):754–9.
76. Pietrzak RH, Molina CA, Ladd GT, Kerins GJ, Petry NM. Health and psychosocial correlates of disordered gambling in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry.* 2005 Jun;13(6):510–9.
77. Levens S, Dyer A-M, Zubritsky C, Knott K, Oslin DW. Gambling among older, primary-care patients: an important public health concern. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry.* 2005 Jan;13(1):69–76.
78. Desai RA, Maciejewski PK, Dausey DJ, Caldarone BJ, Potenza MN. Health correlates of recreational gambling in older adults. *Am J Psychiatry.* 2004 Sep;161(9):1672–9.
79. Gerstein D, Murphy S, et al. *Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission: National Opinion Research Center.* Chicago: National Opinion Research Center; 1999.
80. Versini A, LeGauffre C, Romo L, Adès J, Gorwood P. Frequency of gambling problems among parents of pathological, versus nonpathological, casino gamblers using slot machines. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* 2012 Feb;21(1):86–95.

81. Black DW, Monahan PO, Temkit M, Shaw M. A family study of pathological gambling. *Psychiatry Res.* 2006 Mar 30;141(3):295–303.
82. Eisen SA, Lin N, Lyons MJ, Scherrer JF, Griffith K, True WR, et al. Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addict Abingdon Engl.* 1998 Sep;93(9):1375–84.
83. Slutske WS, Zhu G, Meier MH, Martin NG. Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Jun;67(6):624–30.
84. Schreiber L, Odlaug BL, Kim SW, Grant JE. Characteristics of pathological gamblers with a problem gambling parent. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* 2009 Dec;18(6):462–9.
85. Komoto Y. Factors Associated with Suicide and Bankruptcy in Japanese Pathological Gamblers. *Int J Ment Health Addict.* 2014;12(5):600–6.
86. Petry NM, Steinberg KL, Women’s Problem Gambling Research Center. Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav.* 2005 Jun;19(2):226–9.
87. Hodgins DC, Schopflocher DP, el-Guebaly N, Casey DM, Smith GJ, Williams RJ, et al. The association between childhood maltreatment and gambling problems in a community sample of adult men and women. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav.* 2010 Sep;24(3):548–54.
88. Black DW, Shaw MC, McCormick BA, Allen J. Marital status, childhood maltreatment, and family dysfunction: a controlled study of pathological gambling. *J Clin Psychiatry.* 2012 Oct;73(10):1293–7.
89. 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):564–74.
90. Kessler RC, Hwang I, et al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med.* 2008;38:1351–60.
91. Ibáñez A, Blanco C, Donahue E, Lesieur HR, Pérez de Castro I, Fernández-Piqueras J, et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry.* 2001 Oct;158(10):1733–5.
92. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet.* 2011 Nov 26;378(9806):1874–84.
93. Lorains FK, Cowlishaw S, et al. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling : systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction.* 2011;(106):490–8.
94. Cunningham-Williams RM, Grucza RA, Cottler LB, Womack SB, Books SJ, Przybeck TR, et al. Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. *J Psychiatr Res.* 2005 Jul;39(4):377–90.

95. Cowlshaw S, Merkouris S, Chapman A, Radermacher H. Pathological and problem gambling in substance use treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2014 Feb;46(2):98–105.
96. Fuentes D, Tavares H, Artes R, Gorenstein C. Self-reported and neuropsychological measures of impulsivity in pathological gambling. *J Int Neuropsychol Soc JINS.* 2006 Nov;12(6):907–12.
97. el-Guebaly N, Patten SB, Currie S, Williams JVA, Beck CA, Maxwell CJ, et al. Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *J Gamb Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gamb Inst Study Gamb Commer Gaming.* 2006;22(3):275–87.
98. Hodgins DC, Peden N, et al. The association between comorbidity and outcome in pathological gambling : a prospective follow-up of recent quitters. *J Gamb Stud.* 2005;21:255–71.
99. Petry NM, Kiluk BD. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis.* 2002;(190):462–9.
100. Kausch O. Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *J Clin Psychiatry.* 2003 Sep;64(9):1031–8.
101. Desai RA, Potenza MN. A cross-sectional study of problem and pathological gambling in patients with schizophrenia/schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry.* 2009;(70):1250–7.
102. Grall-Bronnec M, Wainstein W, et al. Attention deficit Hyperactivity Disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment : a hidden disorder. *Eur Addict Res.* 2011;(17):231–40.
103. Steel Z, Blaszczyński A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction.* 1998;93:895–905.
104. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *J Personal Disord.* 2004 Oct;18(5):500–5.
105. Leblond J, Ladouceur R, Blaszczyński A. Which pathological gamblers will complete treatment? *Br J Clin Psychol.* 2003;(42):205–9.
106. Freud S. *Dostoïevski et le parricide.* PUF. Paris; 1928.
107. Bergler E. *The psychology of gambling.* Hill and Wand. New York; 1957.
108. Beck AT. Thinking and depression : Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry.* 1963;324–33.
109. Joukhador J, Blaszczyński A, MacCallum F. Superstitious Beliefs in Gambling Among Problem and Non-Problem Gamblers : Preliminary Data. *Journal of Gambling Studies.* 2004;171–80.
110. Ladouceur R. Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. *Addic Behav.* 2004;29:555–65.
111. Toneatto T. Cognitive psychopathology of problem gambling. *Subst Use Misuse.* 1999;34:1593–604.

112. Bonnaire C, Varescon C. L'addiction aux jeux d'argent : casino, champs de courses et jeux de grattage. *Addict Comport Asp Clin Psychopathol Margaga Paris*. 2009;49–106.
113. Skinner BF. *Science and human behaviour*. Macmillan. New York; 1953.
114. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict*. 1990;1403–8.
115. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol*. 1954 Dec;47(6):419–27.
116. *Traité d'Addictologie*. Médecine Sciences Flammarion. Paris; 2006. 800 p.
117. Edwards S, Koob GF. Neurobiology of dysregulated motivational systems in drug addiction. *Future Neurol*. 2010 May 1;5(3):393–401.
118. Volkow ND, Wang G-J, Fowler JS, Tomasi D, Telang F. Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011 Sep 13;108(37):15037–42.
119. 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 Feb;8(2):147–8.
120. De Ruiter MB, Veltman DJ, Goudriaan AE, Oosterlaan J, Sjoerds Z, van den Brink W. Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2009 Mar;34(4):1027–38.
121. 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 Sep;62(9):1377–81.
122. Gschwandtner U, Aston J, Renaud S, Fuhr P. Pathologic gambling in patients with Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol*. 2001 Jun;24(3):170–2.
123. Ondo WG, Lai D. Predictors of impulsivity and reward seeking behavior with dopamine agonists. *Parkinsonism Relat Disord*. 2008;14(1):28–32.
124. Montastruc J-L, Schmitt L, Bagheri H. [Pathological gambling behavior in a patient with Parkinson's disease treated with levodopa and bromocriptine]. *Rev Neurol (Paris)*. 2003 Apr;159(4):441–3.
125. Zack M, Poulos CX. Parallel roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant addiction. *Curr Drug Abuse Rev*. 2009 Jan;2(1):11–25.
126. Roy A, Adinoff B, Roehrich L, Lamparski D, Custer R, Lorenz V, et al. Pathological gambling. A psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Apr;45(4):369–73.
127. Meyer G, Schwertfeger J, Exton MS, Janssen OE, Knapp W, Stadler MA, et al. Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology*. 2004 Nov;29(10):1272–80.
128. Arnsten AFT. Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 8:7–12.

129. Nordin C, Eklundh T. Altered CSF 5-HIAA Disposition in Pathologic Male Gamblers. *CNS Spectr.* 1999 Dec;4(12):25–33.
130. Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 2001 Jul;6(3):217–26.
131. Salomon L, Lanteri C, Glowinski J, Tassin J-P. Behavioral sensitization to amphetamine results from an uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2006 May 9;103(19):7476–81.
132. Bullock SA, Potenza MN. Update on the Pharmacological Treatment of Pathological Gambling. *Curr Psychopharmacol.* 2013;2(3):204–11.
133. Hodgins DC, el-Guebaly N. Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. *Addict Abingdon Engl.* 2000 May;95(5):777–89.
134. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry.* 2006 Feb;163(2):297–302.
135. Suurvali H, Hodgins DC, Cunningham JA. Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *J Gambli Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambli Inst Study Gambli Commer Gaming.* 2010 Mar;26(1):1–33.
136. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatry.* 2001 Jun 1;49(11):914–21.
137. Grant JE, Potenza MN, Hollander E, Cunningham-Williams R, Nurminen T, Smits G, et al. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry.* 2006 Feb;163(2):303–12.
138. Pallesen S, Molde H, Arnestad HM, Laberg JC, Skutle A, Iversen E, et al. Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 2007 Aug;27(4):357–64.
139. Hollander E, DeCaria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biol Psychiatry.* 2000 May 1;47(9):813–7.
140. Blanco C, Petkova E, Ibáñez A, Sáiz-Ruiz J. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr.* 2002 Mar;14(1):9–15.
141. Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, Musin E, Kotler M. Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. *Clin Neuropharmacol.* 2005 Feb;28(1):6–10.
142. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC, 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 Jun;63(6):501–7.
143. Grant JE, Kim SW, Potenza MN, Blanco C, Ibanez A, Stevens L, et al. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol.* 2003 Jul;18(4):243–9.

144. Zimmerman M, Breen RB, Posternak MA. An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry*. 2002 Jan;63(1):44–8.
145. Grant JE, Potenza MN. Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006 Jul;21(4):203–9.
146. Saiz-Ruiz J, Blanco C, Ibáñez A, Masramon X, Gómez MM, Madrigal M, et al. Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jan;66(1):28–33.
147. 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*. 2005 Jan;162(1):137–45.
148. Pallanti S, Quercioli L, Sood E, Hollander E. Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *J Clin Psychiatry*. 2002 Jul;63(7):559–64.
149. Grant JE, Kim SW, Hartman BK. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *J Clin Psychiatry*. 2008 May;69(5):783–9.
150. Grant JE, Odlaug BL, Potenza MN, Hollander E, Kim SW. Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2010 Oct;197(4):330–1.
151. 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 Sep 15;62(6):652–7.
152. Black DW. An open-label trial of bupropion in the treatment of pathologic gambling. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 Feb;24(1):108–10.
153. Black DW, Arndt S, Coryell WH, Argo T, Forbush KT, Shaw MC, et al. Bupropion in the treatment of pathological gambling: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *J Clin Psychopharmacol*. 2007 Apr;27(2):143–50.
154. Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, Rosenthal R, Rugle L. A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacol Biochem Behav*. 2008 May;89(3):298–303.
155. McElroy SL, Nelson EB, Welge JA, Kaehler L, Keck PE. Olanzapine in the treatment of pathological gambling: a negative randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2008 Mar;69(3):433–40.
156. Kim SW, Grant JE. An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2001 Sep;16(5):285–9.
157. Petry NM, Armentano C. Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: a review. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1999 Aug;50(8):1021–7.
158. Stewart RM, Brown RI. An outcome study of Gamblers Anonymous. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1988 Feb;152:284–8.

159. Grant JE, Donahue CB, Odlaug BL, Kim SW, Miller MJ, Petry NM. Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2009 Sep;195(3):266–7.
160. Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, et al. Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol*. 2006 Jun;74(3):555–67.
161. Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement*. 2ème édition. InterEditions. Paris; 2013.
162. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addict Abingdon Engl*. 2002 May;97(5):487–99.
163. Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling (Review). *Cochrane Libr*. 2012;(11).
164. Carlbring P, Jonsson J, Josephson H, Forsberg L. Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther*. 2010;39(2):92–103.
165. Dowling N, Smith D, Thomas T. Treatment of female pathological gambling: the efficacy of a cognitive-behavioural approach. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2006 Dec;22(4):355–72.
166. Ladouceur R, Lachance S, Fournier P-M. Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behav Res Ther*. 2009 Mar;47(3):189–97.
167. Petry NM, Weinstock J, Morasco BJ, Ledgerwood DM. Brief motivational interventions for college student problem gamblers. *Addict Abingdon Engl*. 2009 Sep;104(9):1569–78.
168. Diskin KM, Hodgins DC. A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behav Res Ther*. 2009 May;47(5):382–8.
169. Dowling N, Smith D, Thomas T. A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behav Res Ther*. 2007 Sep;45(9):2192–202.
170. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, et al. Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis*. 2001 Nov;189(11):774–80.
171. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behav Res Ther*. 2003 May;41(5):587–96.
172. Marceaux JC, Melville CL. Twelve-step facilitated versus mapping-enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: a controlled study. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming*. 2011 Mar;27(1):171–90.
173. Melville CL, Davis CS, Matzenbacher DL, Clayborne J. Node-link-mapping-enhanced group treatment for pathological gambling. *Addict Behav*. 2004 Jan;29(1):73–87.
174. Oei TPS, Raylu N, Casey LM. Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother*. 2010 Mar;38(2):233–8.

175. Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *J Consult Clin Psychol.* 1997 Oct;65(5):727–32.
176. Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood DM, Morasco B. A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol.* 2008 Apr;76(2):318–28.
177. Echeburúa E, Gómez M, Freixa M. Cognitive-behavioural treatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia: a pilot study. *Behav Res Ther.* 2011 Nov;49(11):808–14.
178. Larimer ME, Neighbors C, Lostutter TW, Whiteside U, Crouse-Cormier JM, Kaysen D, et al. Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. *Addict Abingdon Engl.* 2012 Jun;107(6):1148–58.
179. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry.* Basic Books. New York; 1964. 304 p.
180. Leavell HR, Clarke EG. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach.* 1958. 689 p.
181. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 1983 Apr;98(2):107–9.
182. Ladouceur R, Goulet A, Vitaro F. Prevention programmes for youth gambling: a review of the empirical evidence. *Int Gambl Stud.* 2013;13(2):141–59.
183. Williams RJ, Wood RT, Currie SR. Stacked Deck: an effective, school-based program for the prevention of problem gambling. *J Prim Prev.* 2010 Jun;31(3):109–25.
184. Arrêté du 14 mai 2007 relatif à la réglementation des jeux dans les casinos.
185. Khazaal Y, Chatton A, Bouvard A, Khiari H, Achab S, Zullino D. Internet poker websites and pathological gambling prevention policy. *J Gambl Stud Co-Spons Natl Counc Probl Gambl Inst Study Gambl Commer Gaming.* 2013 Mar;29(1):51–9.
186. Korn D, Murray M, Morrison M, Reynolds J, Skinner HA. Engaging youth about gambling using the internet: The YouthBet.net website. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique.* 2006 Dec;97(6):448–53.
187. Brezing C, Derevensky JL, Potenza MN. Non-substance-addictive behaviors in youth: pathological gambling and problematic Internet use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2010 Jul;19(3):625–41.
188. Lucien Barrière H et C. Dossier de presse : préférez un jeu responsable. [Internet]. Available from: http://www.lucienbarriere.com/localized/fr/groupe/groupe_lucienbarriere/presse/Dossier_Presse.htm
189. Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling [Systematic Review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2012. 2012.
190. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1996 Mar;27(1):1–9.

191. Bakker A, van Balkom AJ, Spinhoven P, Blaauw BM, van Dyck R. Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *J Nerv Ment Dis.* 1998 Jul;186(7):414–9.
192. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addict Abingdon Engl.* 1993 Jun;88(6):791–804.

Ce document contient un total de 192 références.

VI. ANNEXES

ANNEXE 1

South Oaks Gambling Screen (Lesieur et Blume, 1987; version française de Lejoyeux, 1999)

1. Quel est le plus gros montant que vous avez joué ou parié en une seule journée ? :

2. Est-ce que vos parents ont ou ont eu un problème de jeu ?

Mes deux parents jouent (ou jouaient) trop

Mon père joue (ou jouait) trop

Ma mère joue (ou jouait) trop

Aucun des deux ne joue (ou ne jouait) trop

3. Lorsque vous avez joué au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous retourné(e) au jeu un autre jour pour vous refaire, c'est-à-dire pour regagner l'argent perdu auparavant ?

Jamais

Quelques fois (moins de la moitié des fois où j'ai perdu)

La plupart des fois où j'ai perdu

Chaque fois que j'ai perdu

4. Avez-vous prétendu, au cours des 12 derniers mois, avoir gagné de l'argent en jouant alors qu'en réalité vous en aviez perdu ?

Jamais (ou je n'ai jamais joué)

Oui, moins de la moitié des fois où j'ai perdu

Oui, la plupart du temps

5. Pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des 12 derniers mois ?

Non

Oui, il y a quelques mois, mais pas actuellement

Oui

6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà joué ou parié plus que vous en aviez l'intention ?

Oui

Non

7. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu au cours des 12 derniers mois ?

Oui

Non

8. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous déjà senti(e) coupable de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit lorsque vous jouez ?

Oui

Non

9. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous envisagé d'arrêter de jouer tout en pensant que vous en étiez incapable ?

- Oui
- Non

10. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous caché des billets de loterie, de l'argent de jeu ou d'autres signes de jeu loin de votre conjoint(e), de vos enfants ou d'autres personnes importantes dans votre vie ?

- Oui
- Non

11. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous disputé avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent ?

- Oui
- Non

12. (Si vous avez répondu oui à la question 11) : Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu ?

- Oui
- Non

13. Au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous emprunté de l'argent sans le rembourser à cause du jeu ?

- Oui
- Non

14. Au cours de ces 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté de votre travail (ou de l'école) en raison du jeu ?

- Oui
- Non

15. Avez-vous emprunté de l'argent au cours des 12 derniers mois pour jouer ou pour payer des dettes de jeu ?

- Oui
- Non

Si OUI, d'où provenait cet argent ?

	OUI	NON
a) De votre budget familial		
b) De votre conjoint(e), ou ami(e)		
c) De membres de votre famille ou de votre belle-famille		
d) De banques, sociétés de crédits ou institution de prêt		
e) De cartes de crédit		
f) De prêts usuriers		
g) De vente d'actions, de bons d'épargne ou d'autres valeurs		
h) De vente de propriétés personnelles ou familiales		
i) Vous avez fait des chèques sans fonds		
j) Vous avez une marge de crédit avec un casino		

Indice canadien du jeu problématique Version abrégée

Au cours des 12 derniers mois :

1. Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?
 Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours
2. Avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?
 Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours
3. Êtes-vous retourné jouer une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?
 Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours
4. Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?
 Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours
5. Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ?
 Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours
6. Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ?
 Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours
7. 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) ?
 Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours
8. Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre ménage ?
 Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours
9. Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?
 Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Notation de l'indice canadien du jeu problématique (modifiée pour fins cliniques plutôt que pour fins de recherche)

Attribuer les notes suivantes à chaque réponse :

- + Jamais = 0
- + Parfois = 1
- + La plupart du temps = 2
- + Presque toujours = 3

Les notes des neuf questions sont additionnées et les résultats sont interprétés comme suit :

- + 0 = pas de problème
- + 1-2 = faible risque
- + 3-7 = risque modéré
- + 8 + (jusqu'à un maximum de 21) = problème de jeu

Ces scores peuvent être utilisés sans renseignements supplémentaires pour évaluer le degré de risque. Cependant, si les habitudes de jeu d'une personne et ses facteurs de risque (énumérés ci-dessous) sont connus, ces renseignements peuvent également servir pour l'interprétation des résultats.

Jeu non problématique (score de 0 à l'indice canadien du jeu problématique).

Ce score signifie que les habitudes de jeu de la personne n'ont pas de conséquences négatives. Cette personne joue peu ou ne joue pas du tout, ou encore elle joue « socialement », sans problème.

Habitudes de jeu à faible risque (score de 1 ou 2 à l'indice canadien du jeu problématique)

Ce score signifie que les habitudes de jeu de la personne n'ont probablement pas de conséquences négatives. Si cette personne joue souvent ou si au moins deux des facteurs de risque énumérés ci-dessous sont présents, ce score peut indiquer un risque assez élevé pour qu'il soit exploré.

Habitudes de jeu à risque modéré (score entre 3 et 7 à l'indice canadien du jeu problématique)

Ce score signifie que les habitudes de jeu de la personne peuvent avoir des conséquences négatives. Il indique un niveau de risque qui mérite d'être exploré, en particulier si cette personne joue souvent ou si trois ou quatre des facteurs de risque énumérés ci-dessous sont présents.

Jeu problématique (score entre 8 et 27 à l'indice canadien du jeu problématique)

Ce score signifie que les habitudes de jeu de la personne ont des conséquences négatives. Cette personne peut avoir perdu le contrôle de ses habitudes de jeu. Plus le score est élevé, plus les habitudes de jeu sont excessives et plus il y a de facteurs de risque, plus le problème est susceptible d'être grave. Cette personne devrait définitivement être encouragée à réfléchir à ses habitudes de jeu et à leurs conséquences.

Quelques facteurs de risque

- + Croyances erronées quant aux chances de gagner aux jeux de hasard et d'argent
- + Le fait pour une personne de gagner une somme importante lorsqu'elle commence à jouer
- + Antécédents de problèmes de drogue, d'alcool, de jeu ou de dépenses excessives
- + Antécédents dans la famille de problèmes de drogue, d'alcool, de jeu ou de dépenses excessives
- + Antécédents de problèmes de santé mentale, et particulièrement de dépression, de stress ou de troubles traumatiques
- + Solitude, ennui chronique ou absence de loisirs
- + Recours au jeu, à l'alcool ou aux drogues pour faire face aux sentiments ou aux événements négatifs
- + Tendance à avoir des comportements compulsifs
- + Problèmes financiers

INDICE CANADIEN DU JEU EXCESSIF – VERSIONS 1.0

FÉVRIER 2001

Section 1 – Participation au jeu

Nous aimerions d'abord vous poser quelques questions au sujet d'activités auxquelles vous participez peut-être.

Les gens parient de l'argent et pratiquent plusieurs types de jeu, incluant l'achat de billets de loterie, le bingo ou les cartes avec leurs amis. Je vais vous énumérer quelques activités de jeu auxquelles vous auriez pu parier de l'argent.

1 a. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur des billets de loterie tels que le 6/49, le Super 7 ou le POGO? Diriez-vous tous les jours, 2 à 6 fois par semaine, environ une fois par semaine, entre 2 à 3 fois par mois, environ une fois par mois, entre 6 à 11 fois par année, entre 1 à 5 fois par année ou jamais?

<1> Tous les jours

<2> Entre 2 à 6 fois par semaine

<3> Environ une fois par semaine

<4> Entre 2 à 3 fois par mois

<5> Environ une fois par mois

<6> Entre 6 à 11 fois par année

<7> Entre 1 à 5 fois par année

<8> Jamais

<97> Répond volontairement « ne joue pas » ou ne joue pas pour de l'argent

<98> Ne sais pas

<99> Refuse de répondre

b. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur des billets de loterie quotidienne tels que la Quotidienne ou Banco (les mêmes catégories de réponses pour a. s'appliquent aux questions b. à v.)

c. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur des prix instantanés ou des cartes à gratter tels que ...

d. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur des billets de tirage au sort ou de levée de fonds?

e. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent aux courses de chevaux aux hippodromes ou hors hippodromes?

f. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent au bingo?

g. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur des machines à sous ou sur des appareils de loterie vidéo (ALV) dans un casino?

- h. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent au poker dans un casino?
- i. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent au jeu de black jack dans un casino?
- j. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent au jeu de la roulette dans un casino?
- k. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent au Kéno dans un casino?
- l. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les appareils de loterie vidéo (ALV) AILLEURS QU'aux CASINOS (ALV = l'appareil ne distribue aucune pièce de monnaie)
- m. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent aux loteries sportives (ex : Mise-o-Jeu)?
- n. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur des cagnottes sportives (pool)?
- o. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les résultats d'un événement sportif (autres que des loteries sportives ou des cagnottes sportives (pool))?
- p. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les jeux de cartes ou les jeux de société avec la famille ou des amis?
- q. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les jeux de cartes ailleurs que dans un casino et sur lesquels nous ne nous sommes pas encore informés (salles de cartes clandestines, au travail)
- r. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les jeux d'habiletés tels que le billard, les quilles ou les dards?
- s. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les jeux dans les arcades ou sur les jeux vidéo?
- t. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les jeux par le biais d'Internet?
- u. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les sports avec un preneur de paris clandestins (bookies)?
- v. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié personnellement ou dépensé de l'argent sur des actions, des options ou sur le marché boursier?

INTERVIEWEUR: Si on vous le demande, ceci n'inclut pas les fonds mutuels ni les RÉÉR.

VÉRIFICATION: Si la personne interrogée n'a jamais joué ou si elle a répondu "ne joue pas" moins de deux fois, passez à la section 4.

2. Combien d'heures ou de minutes passez-vous normalement chaque fois... (les mêmes catégories de réponses pour a. s'appliquent aux questions b. à v.)

a. que vous achetez des billets de loterie tels que le 6/49, le Super 7, etc. (veuillez adapter nom de jeu à votre province?)

INTERVIEWEUR: Indiquez le nombre EXACT de MINUTES s'il vous plaît. NE PAS ARROTI

<1-480> Indiquez le nombre de MINUTES

<481> Plus de 8 heures

<998> Ne sait pas <999> Refuse de répondre

b. que vous achetez des billets de loterie quotidienne tels que la Quotidienne ou Banco?

c. sur des prix instantanés ou des cartes à gratter tels que ...?

d. sur des billets de tirage au sort ou de levée de fonds?

e. aux courses de chevaux aux hippodromes ou hors hippodromes?

f. que vous jouez au bingo?

g. sur des machines à sous ou sur des appareils de loterie vidéo (ALV) dans un casino?

h. que vous jouez au poker dans un casino?

i. que vous jouez au black jack dans un casino?

j. que vous jouez à la roulette dans un casino?

k. au Kéno dans un casino?

m. sur les appareils de loterie vidéo (ALV) AILLEURS QU'AU X CASINOS (ALV = l'appareil ne distribue aucune pièce de monnaie)?

n. sur les loteries sportives (ex : Mise-o-Jeu)

o. sur les cagnottes sportives (pool)?

p. que vous pariez sur les résultats d'événements sportifs?

q. sur les jeux de cartes ou les jeux de société avec la famille ou des amis?

r. sur les jeux de cartes ailleurs que dans un casino (salles de cartes illégales, au travail)?

s. sur les jeux d'habiletés tels que le billard, les quilles ou les dards?

- t. sur les jeux dans les arcades ou les jeux vidéo pour de l'argent?
- u. sur les jeux par le biais d'Internet?
- v. sur les sports avec un preneur de paris clandestins (bookies)?
- w. sur les actions, les options ou le marché boursier?

3. Combien d'argent, n'incluant pas vos gains au jeu, dépensez-vous sur...

- a. des billets de loterie tels que le 6/49, le Super 7, etc. (veuillez adapter le nom des jeux à votre province) au cours d'un mois type? (les mêmes catégories de réponses pour a. s'appliquent aux questions b. à w.)

INTERVIEWEUR: Si le répondant vous demande de clarifier, dites-lui de ne pas inclure l'argent gagné et ENSUITE dépensé.

<1-7777> Indiquez le montant d'argent

<d> Ne sait pas <r> Refuse de répondre

- b. des billets de loterie quotidienne tels que la Quotidienne ou Banco au cours d'un mois type?
- c. des prix instantanés ou des cartes à gratter au cours d'un mois type?
- d. des billets de tirage au sort ou de levée de fonds au cours d'un mois type?
- e. les courses de chevaux aux hippodromes ou hors hippodromes au cours d'un mois type?
- f. le bingo au cours d'un mois type?
- g. les machines à sous ou les ALV au cours d'un mois type?
- h. le poker dans un casino au cours d'un mois type?
- i. le black jack dans un casino au cours d'un mois type?
- j. le jeu de la roulette dans un casino au cours d'un mois type?
- k. le Kéno dans un casino au cours d'un mois type?
- m. les appareils de loterie vidéo (ALV) AILLEURS QU'AUX CASINOS (ALV = l'appareil ne distribue aucune pièce de monnaie) au cours d'un mois type?
- n. les loteries sportives au cours d'un mois type?
- o. les cagnottes sportives (pool) au cours d'un mois type?
- p. les résultats d'événements sportifs au cours d'un mois type?
- q. les jeux de cartes ou les jeux de société avec la famille ou des amis, au cours d'un mois type?

r. les jeux de cartes ailleurs qu'au casino (salles de cartes illégales, au travail) au cours d'un mois type?

s. les jeux d'habiletés tels que le billard, les quilles ou les dards au cours d'un mois type?

t. les jeux dans les arcades ou les jeux vidéo au cours d'un mois type?

u. les jeux par le biais d'Internet au cours d'un mois type?

v. les sports avec un preneur de paris clandestins (bookies) au cours d'un mois type?

w. Combien d'argent, Y COMPRIS les profits d'investissements antérieurs, est-ce que vous dépensez sur les actions, les options ou le marché boursier au cours d'un mois type?

4. Au cours des 12 derniers mois, quelle est la plus grosse somme d'argent que vous ayez dépensé sur...

a. des billets de loterie tels que le 6/49, le Super 7, etc. (veuillez adapter le nom des jeux pour votre province) en une journée? (Les catégories de réponses pour a. s'appliquent de b. à w.)

<1-7777> Indiquez le montant d'argent

<d> Ne sait pas <r> Refuse de répondre

b. des billets quotidiens de loterie quotidienne tels que la Quotidienne ou Banco en une journée?

c. des prix instantanés ou des cartes à gratter en une journée?

d. des billets de loterie ou de levée de fonds en une journée?

e. les courses de chevaux aux hippodromes ou hors hippodromes en une journée?

f. le bingo en une journée?

g. les machines à sous ou les ALV en une journée?

h. le poker dans un casino en une journée?

i. le black jack dans un casino en une journée?

j. le jeu de la roulette dans un casino en une journée?

k. le Kéno dans un casino en une journée?

m. les appareils de loterie vidéo (ALV) AILLEURS QU'AUX CASINOS (ALV = l'appareil ne distribue aucune pièce de monnaie) en une journée?

n. les loteries sportives en une journée?

o. les cagnottes sportives (pool) en une journée?

- p. les résultats d'événements sportifs en une journée?
- q. les jeux de cartes ou les jeux de société avec la famille ou des amis en une journée?
- r. les jeux de cartes ailleurs qu'au casino (salles de cartes illégales au travail) en une journée?
- s. les résultats de jeux d'habiletés tels que le billard, les quilles ou les dards en une journée?
- t. les jeux dans les arcades ou les jeux vidéo en une journée?
- u. les jeux par le biais d'Internet en une journée?
- v. les sports avec un preneur de paris clandestins (bookies) en une journée?
- w. Combien d'argent, Y COMPRIS les profits d'investissements antérieurs, est-ce que vous dépensez sur les actions, les options, ou le marché boursier en une journée?

VÉRIFICATION: SI LE RÉPONDANT NE JOUE PAS, PASSEZ À L'ITEM 18.

Section 2 – L'évaluation des problèmes de jeu

[Les items 5 à 13 sont cotés. Cotez 1 pour chacune des réponses « quelquefois », 2 pour « la plupart du temps » et 3 pour « presque toujours ».

Certaines des questions suivantes ne s'appliqueront peut-être pas à votre situation mais s'il vous plaît, essayez d'être le plus précis possible dans vos réponses.

EN VOUS RÉFÉRANT AUX 12 DERNIERS MOIS...

5. Avez-vous déjà parié plus que vous ne pouviez vraiment vous permettre de perdre? Diriez-vous jamais, quelquefois, la plupart du temps ou presque toujours?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

6. Tout en continuant de vous référer aux 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de jouer de plus grosses sommes d'argent pour atteindre le même état d'excitation?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

7. Lorsque vous avez joué, êtes-vous retourné un autre jour pour essayer de regagner l'argent perdu auparavant?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

8. Avez-vous emprunté de l'argent ou vendu quelque chose afin d'obtenir de l'argent pour jouer?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

9. Avez-vous déjà pensé que vous pourriez avoir un problème de jeu?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

10. Le jeu vous a-t-il causé des problèmes de santé de toute nature, y compris le stress ou l'anxiété?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

11. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont dit que vous aviez un problème de jeu, indépendamment que vous pensiez que ceci soit vrai ou non?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

12. Est-ce que vos activités de jeu ont déjà causé des problèmes financiers pour vous ou votre ménage?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

13. Vous êtes-vous déjà senti coupable à cause de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit lorsque vous jouez?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

14. Avez-vous déjà menti aux membres de votre famille ou à d'autres personnes pour cacher vos activités de jeu?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

15. Avez-vous déjà parié ou dépensé plus d'argent au jeu que vous en aviez l'intention?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

16. Avez-vous déjà voulu arrêter de parier de l'argent ou de jouer mais pensiez que vous en étiez incapable?

<1> Jamais

<3> Quelquefois

<5> La plupart du temps

<7> Presque toujours

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

Section 3 - Corrélations

Maintenant, nous allons explorer certaines de vos croyances à l'égard du jeu, de même que les premières expériences que vous avez eues avec le jeu ou les paris d'argent.

Pour chacun des items suivants, s'il vous plaît nous dire si vous êtes tout à fait en accord, en accord, en désaccord ou tout à fait en désaccord ?

17. Après avoir perdu plusieurs fois de suite, vous avez probablement plus de chances de gagner. Êtes-vous tout à fait en accord, en accord, en désaccord ou tout à fait en désaccord ?

<1> Tout à fait en accord

<3> En accord

<5> En désaccord

<7> Tout à fait en désaccord

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

18. Vous pourriez gagner plus d'argent si vous aviez recours à un système ou une stratégie quelconque.

- <1> Tout à fait en accord
- <3> En accord
- <5> En désaccord
- <7> Tout à fait en désaccord
- <8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

19. Est-ce que vous vous rappelez avoir gagné une grosse somme d'argent lorsque vous avez commencé à jouer?

- <1> Oui
- <5> Non
- <8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

20. Est-ce que vous vous rappelez avoir PERDU une grosse somme d'argent lorsque vous avez commencé à jouer?

- <1> Oui
- <5> Non
- <8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

21. Est-ce que quelqu'un de votre famille a DÉJÀ eu des problèmes de jeu?

- <1> Oui
- <5> Non
- <8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

22. Est-ce que quelqu'un de votre famille a DÉJÀ eu des problèmes d'alcool ou de drogues?

- <1> Oui
- <5> Non
- <8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

VÉRIFICATION : SI LE RÉPONDANT NE JOUE PAS, PASSEZ À L'ITEM 25.

23. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez consommé de l'alcool ou des drogues en jouant?

- <1> Oui

<5> Non

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

24. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez joué sous l'effet de l'alcool ou de drogues?

<1 > Oui

<5> Non

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

25. Avez-vous déjà eu l'impression que vous pourriez avoir un problème d'alcool ou de drogues?

<1 > Oui

<5> Non

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

VÉRIFICATION : SI LE RÉPONDANT NE JOUE, PASSEZ À L'ITEM 27.

26. Au cours des derniers 12 mois, si un événement pénible est survenu dans votre vie, est-ce que vous avez eu envie de jouer?

<1 > Oui (inclut autant jouer que l'envie de jouer)

<5> Non

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

27. Au cours des 12 derniers mois, si un événement pénible est survenu dans votre vie, est-ce que vous avez eu envie de consommer de l'alcool?

<1 > Oui (inclut autant la consommation que l'envie de consommer)

<5> Non

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

28. Au cours des 12 derniers mois, si un événement pénible est survenu dans votre vie, est-ce que vous avez eu envie de consommer des drogues?

<1 > Oui (inclut autant la consommation que l'envie de consommer)

<5> Non

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

29. Tout en continuant de vous référer aux 12 derniers mois, est-ce que vous avez été suivi par un médecin à cause de problèmes physiques ou émotifs provoqués par le stress.

<1> Oui

<5> Non

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

30. Est-ce que vous vous êtes senti gravement déprimé?

<1> Oui

<5> Non

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

VÉRIFICATION : SI LE RÉPONDANT NE JOUE PAS, PASSEZ À LA SECTION DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.

31. Est-ce que vous avez songé sérieusement au suicide ou tenté de vous suicider à cause de vos habitudes de jeu?

<1> Oui

<5> Non

<8> Ne sait pas <9> Refuse de répondre

ANNEXE 3

Questionnaire AUDIT (version française) - Alcohol Use Disorders Identification Test

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. in *Addiction* 1993 (192)

A. U. D. I. T. (Alcohol Use Disorders Identification Test)									
Une boisson standard = 10 g d'alcool pur									
(Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool de l'année écoulée. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et non pas les dernières semaines)									
1/ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?									
Jamais	0	Une fois par mois ou moins	1	2 à 4 fois par mois	2	2 à 3 fois par semaine	3	4 fois ou plus par semaine	4
2/ Combien de boissons standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?									
Une ou deux	0	Trois ou quatre	1	Cinq ou six	2	Sept à neuf	3	Dix ou plus	4
3/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standard ou plus ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
4/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
5/ Dans l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
6/ Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
7/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
8/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
9/ Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?									
Non	0	Oui, mais dans l'année passée			2	Oui, au cours de l'année dernière			4
10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?									
Non	0	Oui, mais dans l'année passée			2	Oui, au cours de l'année dernière			4

Interprétation :

- Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

- Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

ANNEXE 4

LES DOUZE ETAPES DES GAMBLERS ANONYMOUS

1. Nous avons reconnu notre impuissance à l'égard du jeu. Nous avons perdu le contrôle de notre vie.
2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance Supérieure à nous-mêmes pourrait nous redonner une manière normale de penser et de vivre.
3. Nous avons pris la décision de remettre notre volonté et notre vie à cette Puissance Supérieure, Telle que nous La concevons.
4. Nous avons fait notre bilan personnel, moral et financier, sans réserve et sans crainte.
5. Nous avons reconnu la nature de nos torts et l'avons avouée à un autre être humain.
6. Nous sommes tout à fait prêts à supprimer nos défauts de caractère.
7. Nous avons humblement demandé à Dieu, Tel que nous le concevons, de remédier à nos imperfections.
8. Nous avons fait une liste de toutes les personnes à qui nous avons causé du tort et sommes devenus prêts à faire amende honorable envers toutes ces personnes.
9. Dans la mesure du possible, nous avons fait amende honorable envers ces personnes, sauf si, en faisant cela, nous leur causions du tort ou en faisons à d'autres personnes.
10. Nous avons continué à faire notre bilan personnel et, lorsque nous avons tort, nous l'avons promptement admis.
11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre relation consciente avec Dieu, Tel que nous le concevons, en priant seulement pour connaître Sa Volonté à notre égard et pour La mettre en pratique.
12. Tout en ayant fait des efforts pour mettre ces principes en pratique dans tous les domaines de notre vie, nous avons essayé d'apporter ce message à d'autres joueurs compulsifs.

ANNEXE 5

Informations sur les limitations d'accès aux salles de jeux des Casinos du Groupe Lucien Barrière depuis leurs créations

Tableau 15 : Synthèse des bases utilisées (effectifs).

Désignation de la base	Total	Utilisé
Détail des LVA Unité : la LVA	4564	1360 , en ne conservant que les LVA débutées après le 01/11/11 et terminées avant le 31/07/2013 (inclus)
Visites depuis 2006 des clients ayant fait l'objet d'une LVA Unités : la visite (max 1/jour et par individu)	594 576	335 634 En limitant du 30/04/2011 au 31/07/2014

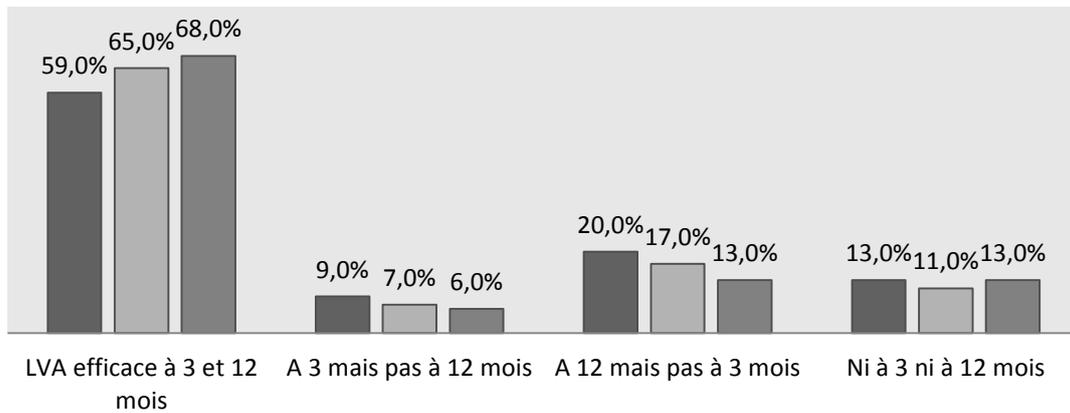
Tableau 16 : Description des groupes déterminés par la durée prévue de la LVA, parmi les individus du groupe 1.

Durée prévue pour la LVA	3 mois		6 mois		12 mois	
Variables du profil	N = 225	%	N = 518	%	N = 262	%
Age par catégories	225		518		262	
<i>De 18 à 34 ans (inclus)</i>	72	32%	174	34%	73	28%
<i>De 35 à 59 ans (inclus)</i>	91	40%	253	49%	125	48%
<i>60 ans et plus</i>	62	28%	91	18%	64	24%
Sexe	225		518		262	
<i>femmes</i>	110	49%	202	39%	121	46%
<i>hommes</i>	115	51%	316	61%	141	54%
Nombre d'entrées autorisées durant la LVA	2	[1 ; 4]	2	[1 ; 4]	1	[1 ; 2]
Moyenne de la fréquentation mensuelle durant la LVA						
<i>Médiane [IIQ] car distribution non normale</i>	0.83	[0.7 ; 2.0]	0.83	[0.7 ; 1.8]	0.8	[0.5 ; 0.9]
Taux de fréquentation pendant la LVA, en 5 classes	176		518		262	
<i>[0-50[</i>	37	21%	134	26%	71	27%
<i>[50-80[</i>	137	78%	152	29%	80	31%
<i>[80-100[</i>	1	1%	231	45%	105	40%
<i>100 %</i>	1	1%	1	0%	4	2%
<i>> 100%</i>	0	0%	0	0%	2	1%
Nombre de visites durant le mois précédant la LVA²⁰						
<i>Médiane [IIQ]</i>	9	[4 ; 13.3]	8	[7.3 ; 11]	5	[2 ; 8.5]
CJP < 100%... (n, %)	127		323		181	
<i>A 3 et 12 mois (= efficace)</i>	75	59%	209	65%	123	68%
<i>A 3 mais pas à 12 mois (= échec long terme)</i>	11	9%	24	7%	11	6%
<i>A 12 mais pas à 3 mois (= échec court terme)</i>	25	20%	56	17%	24	13%
<i>Ni à 3 ni à 12 mois (= échec)</i>	16	13%	34	11%	23	13%

²⁰ Nous nous sommes limités ici à la population pour laquelle au moins une visite était recensée entre les mois M-6 et M-2 avant la LVA, afin de limiter le risque d'avoir des données manquantes non identifiées comme telles.

Efficacité de la LVA en fonction de la durée prévue de la LVA parmi les clients du groupe 3 (n, %)

■ LVA pendant 3 mois □ LVA pendant 6 mois ■ LVA pendant 12 mois



GAMBLING DISORDER: REVIEW AND STUDY OF VOLUNTARY ACCESS LIMITATIONS OFFERED TO CASINO CUSTOMERS

Toulouse, June 15, 2015

ABSTRACT :

The prevalence of pathological gambling was estimated to have affected 0.5% of the French population in 2014. This retrospective study portrays the voluntary access limitations offered to casino customers as part of a "Responsible Gambling" policy. The main goal of this study was to observe how often customers visited gambling centers following an intervention compared to before limitations were applied. Among the study population (N=1208), comparison data for gambling center visits was available for 654 customers. A reduction in the number of visits was observed for 71% of customers (n=464) in the third month after an intervention and for 81% (n=444) in the 12th month after an intervention.

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : Specialized clinical medicine

KEY WORDS : Prevention, Gambling disorder, pathological gambling, casinos.

TITLE AND ADDRESS OF UFR OR LABORATORY :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202
31073 Toulouse Cedex 7

Thesis Research Supervisor : Doctor Virginie ROUCH

**JEU PATHOLOGIQUE : REVUE DE LITTERATURE ET ETUDE
PORTANT SUR LES LIMITATIONS VOLONTAIRES D'ACCES AUX
SALLES DE JEUX PROPOSEES AUX CLIENTS D'UN GROUPE DE
CASINOTIERS**

Toulouse, le 15 juin 2015

RESUME EN FRANÇAIS :

La prévalence du jeu pathologique en France concerne 0,5% de la population générale en 2014. Notre étude, rétrospective, portait sur les limitations volontaires d'accès des clients aux salles de casinos dans le cadre d'une politique dite de « Jeu Responsable ». L'objectif principal était d'observer la fréquentation des salles de jeux de ces clients au décours de l'intervention par rapport à celle antérieure à la limitation. Parmi la population d'étude (N=1208), un comparatif de la fréquentation était renseigné pour 654 clients. Une réduction de la fréquentation était retrouvée pour 464 clients (71%) au 3ème mois de la fin de l'intervention, et pour 530 clients (81%) au 12ème mois de la fin de l'intervention.

Titre et résumé en Anglais : voir au recto de la dernière page de la thèse

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Prévention, jeu pathologique, casinos.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Virginie ROUCH