
UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°103

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE PSYCHIATRIE

par

Morgane GUILLOU LANDRÉAT

Née le 12 novembre 1977 à Morlaix

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2007

**ÉTUDE DE LA PERSONNALITÉ DE JOUEURS
PATHOLOGIQUES EN DEMANDE DE SOINS
AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE DE NANTES**

Président : Monsieur le Professeur Jean Luc Venisse

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Jean Luc Venisse

SOMMAIRE

Première partie revue de la littérature

1	INTRODUCTION.....	6
1.1	DEFINITIONS DU JEU	6
1.2	LES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT AU FIL DU TEMPS	9
1.3	CONSTRUCTION DU CONCEPT DE JEU PATHOLOGIQUE.....	12
1.3.1	Les premières descriptions	12
1.3.2	Apports de la psychanalyse et de la sociologie	14
1.3.3	Les classifications internationales, le DSM	15
1.3.4	Le jeu pathologique, une addiction sans substance.....	17
1.4	LIMITES ENTRE UN JOUEUR MODERE OU « SOCIAL » ET UN JOUEUR EXCESSIF OU PATHOLOGIQUE	19
1.4.1	Joueurs sociaux	19
1.4.2	Joueurs professionnels.....	19
1.4.3	Les joueurs pathologiques	20
1.4.4	Quelques données de prévalence.....	20
1.5	JEUX DE HASARD ET D'ARGENT DISPONIBLES EN FRANCE ACTUELLEMENT	22
1.5.1	Le casino	22
1.5.2	Le PMU (Pari mutuel urbain).....	23
1.5.3	La Française des Jeux (FDJ)	24
1.5.4	Les jeux sur Internet.....	25
2	MODELES DE COMPREHENSION DU JEU PATHOLOGIQUE	26
2.1	APPROCHE LEGALE, LE JOUEUR ET LA LOI	26
2.2	APPROCHE SOCIO CULTURELLE	28
2.2.1	Facteurs économiques	29
2.2.2	Facteurs culturels.....	30

2.2.3	Facteurs socio démographiques	33
2.2.3.1	Jeu pathologique et Age	33
2.2.3.1.1	Adolescence et jeu pathologique.....	33
2.2.3.1.2	Sujet âgé et jeu	35
2.2.3.2	Jeu pathologique et genre.....	37
2.3	APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE.....	39
2.3.1	Approche psychanalytique	39
2.3.1.1	Les théories de Freud	39
2.3.1.2	Les apports « post freudiens ».....	42
2.3.2	Approche cognitive et comportementale.....	44
2.3.2.1	La négation du hasard	45
2.3.2.1	L'illusion de maîtrise	46
2.3.3	Fonctions exécutives	46
2.3.4	Jeu pathologique et THADA.....	47
2.3.5	Hypothèses neurologiques fonctionnelles.....	48
2.3.6	Modèles cognitifs du jeu, selon Blaszczynski et al.	49
2.4	APPROCHE FAMILIALE ET GENETIQUE	50
2.4.1	Facteurs génétiques	51
2.4.2	Facteurs environnementaux.....	52
2.4.3	Approche biologique moléculaire	53
2.4.3.1	Récepteurs dopaminergiques.....	53
2.4.3.2	Systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques.....	54
2.4.3.3	Génétique et extraversion.....	55
2.5	APPROCHE BIOLOGIQUE	56
2.5.1	Liens entre dépendance(s) et l'axe hypothalamo-surrénalien	56
2.5.2	Le dysfonctionnement dopaminergique	60
2.5.3	Autres hypothèses	62
2.5.3.1	Dysfonctionnement sérotoninergique	62
2.5.3.2	Les endorphines.....	62
3	JEU PATHOLOGIQUE ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE	63
3.1	APPROCHE CATEGORIELLE	64

3.1.1	Jeu pathologique et trouble de la personnalité antisociale	65
3.1.2	Jeu pathologique et personnalité obsessionnelle ou anankastique	66
3.1.3	Jeu pathologique et personnalité évitante.....	68
3.1.4	Jeu pathologique et autres troubles de personnalité	68
3.2	APPROCHE DIMENSIONNELLE	69
3.2.1	Les joueurs pathologiques, une population hétérogène	69
3.2.1.1	Variations en fonction de l'âge	70
3.2.1.2	Variations en fonction du type de jeux.....	70
3.2.2	Recherche de sensations.....	71
3.2.3	Impulsivité.....	75
3.2.4	Jeu pathologique et ordalie.....	77

Seconde partie

Etude de la personnalité d'une population de joueurs pathologiques en demande de soins dans le service d'addictologie de Nantes

1.	INTRODUCTION.....	78
2.	MATERIELS ET METHODES	79
1.1.	TYPE D'ETUDE.....	80
1.2.	POPULATION.....	80
1.2.1.	Critères d'inclusion	80
1.2.2.	Les critères d'exclusion.....	80
1.3.	MESURES EFFECTUEES ET INSTRUMENTS UTILISES	81
1.3.1.	Evaluation des pratiques de jeu	81
1.3.2.	Evaluation globale.....	82
1.3.3.	Evaluation de la personnalité	82
1.3.4.	Evaluation des comorbidités : Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI (Lecrubier et al., 1987).....	88
1.4.	PROCEDURE UTILISEE	88

1.5	HYPOTHESES OPERATIONNELLES.....	89
1.6	ANALYSE STATISTIQUE	89
2.	RESULTATS	89
2.1.	CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES	90
2.1.1.	Age et sexe	90
2.1.2.	Caractéristiques socio professionnelles et familiales	90
2.2.	CARACTERISTIQUES DU JEU	90
2.3	RESULTATS CONCERNANT LES COMORBIDITES	91
2.3.1	Comorbidités addictives	91
2.3.2	Comorbidités psychiatriques	92
2.4	RESULTATS DES EVALUATIONS DE PERSONNALITE	93
2.4.1	Evaluation catégorielle : le SCID II ¹²⁷	93
2.4.2	Evaluation dimensionnelle : Le MMPI-2	96
2.4.3	Mesure de la recherche de sensations	97
2.5	SCORES D'IMPULSIVITE ET RECHERCHE DE SENSATIONS EN FONCTION DES TROUBLES DE PERSONNALITE CATEGORIELS	99
3	DISCUSSION	102
3.1	COMPARAISON AVEC LA POPULATION GENERALE	102
3.2	COMPARAISON AVEC LES ETUDES DE PERSONNALITE CHEZ DES JOUEURS PATHOLOGIQUES 102	
3.3	PARTICULARITES EN FONCTION DES TROUBLES DE PERSONNALITE CATEGORIELS	106
3.3.1	Les sujets répondant aux critères de personnalité antisociale	106
3.3.2	Les sujets répondant aux critères de personnalité borderline.....	106
3.3.3	Caractéristiques selon l'âge et le sexe.....	107
3.4	PARTICULARITES EN FONCTION DES TRAITS DIMENSIONNELS DE PERSONNALITE.....	108
3.4.1	Représentation de la dimension dépressive.....	108
3.4.2	Représentations des dimensions d'hypomanie, déviation psychopathique.....	108
3.5	RECHERCHE DE SENSATIONS ET IMPULSIVITE	109
3.5.1	Dimensions de recherche de sensations	109
3.5.2	Dimensions d'impulsivité	111

3.6	LIMITES DE CETTE ETUDE	112
4	CONCLUSION.....	114
	REFERENCES	117
	ANNEXES.....	127
	ANNEXE 1. LE SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN ¹⁶	127
	ANNEXE 2. ECHELLE DE ZUCKERMAN.....	127

1 Introduction

Les jeux de hasard et d'argent sont sources de passions dévorantes depuis des siècles, comme celle vécue par Alexis Ivanovitch dans le roman autobiographique de Dostoïevski ². Mais ils sont aussi sources de débats de société ayant inclus ou incluant l'Etat, la morale, la religion, la médecine, mais également l'industrie du jeu et ses utilisateurs .

Il n'est entré comme entité pathologique dans les classifications psychiatriques qu'en 1980 dans la troisième édition du Manuel Statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM III)³.

Plus que le phénomène du jeu, ce sont les regards portés sur lui qui ont évolué au fil du temps. Actuellement, il existe des discussions autour de la classification nosologique du jeu pathologique; mais beaucoup d'auteurs le considèrent comme une « addiction comportementale », ou « sans substances ».

Ainsi, dans une première partie, je vais faire un rappel de l'histoire de cette entité, dont les descriptions sont bien antérieures à son intégration comme « maladie » et des différentes définitions disponibles. De plus, je ferai une synthèse des connaissances actuelles sur le jeu pathologique et ses différentes hypothèses étiopathogéniques.

Puis j'exposerai plus particulièrement les données de la littérature internationale sur le jeu pathologique et les troubles de la personnalité associés.

Enfin, dans une seconde partie, je présenterai une étude préliminaire menée dans le service d'addictologie de Nantes chez des joueurs pathologiques en demande ou en cours de soins, où nous avons fait une description catégorielle et dimensionnelle des personnalités des joueurs.

1.1 Définitions du jeu

La langue française manque de finesse pour décrire le jeu, contrairement à l'Anglais où on distingue « play » et « game ». Cette distinction est celle qui existe entre l'aspect ludique du jeu d'un enfant et celle d'un jeu impliquant des règles et des conventions sociales, comme R .Caillois les avait distingués dans ses travaux respectivement en *Païdia* (jeu désordonné) et *Ludus* (jeu réglé).⁴

Le jeu, d'une manière générale, est synonyme de loisir, avec une notion de plaisir. Il est avant tout universel et nécessaire, même si il a longtemps été considéré comme une activité futile. Il a une fonction à la fois au niveau collectif, social et culturel mais aussi au niveau individuel.

Le jeu permet, par le biais d'une scène séparée de la réalité quotidienne, des ressentis et des éprouvés extrêmes qui ne seraient pas possibles dans la vie réelle du sujet, où il existe des impératifs sociaux. Il ménage un espace entre le plaisir et la réalité.

Winnicott a d'ailleurs souligné cet aspect essentiel de la fonction du jeu. En effet, chez l'enfant, le jeu représente un espace transitionnel entre lui et sa mère. Il est vécu comme une « aire de compromis » qui permet de « maintenir à la fois séparés et reliés l'une à l'autre réalité intérieure et réalité extérieure ».⁵

Ce vécu persiste toute la vie chez le sujet et constitue un trait d'union symbolique essentiel dans l'accès à la symbolisation et à la créativité et donc par extension au loisir et au plaisir.

Au 20^{ème} siècle certains auteurs se sont penchés sur les définitions du jeu. Huizinga en 1938 dans *Homo Ludens* a donné la première définition du jeu, mais en excluant les jeux d'argent.

Selon lui, le jeu est "une activité volontaire", accomplie dans certaines limites fixées de temps et de lieu, suivant une règle librement consentie mais complètement impérieuse, pourvue d'une fin en soi, accompagnée d'un sentiment de tension et de joie et d'une conscience d'« être autrement » que la « vie courante » et surtout « dénuée de tout intérêt matériel et de toute utilité ».⁶

R.Caillois a ensuite élargi cette définition, en y intégrant les jeux d'argent. Il en parle comme d'une activité *libre et volontaire* c'est-à-dire qu'« un jeu où on se trouverait obligé de participer cesserait aussitôt d'être un jeu ». Il se déroule en dehors du reste de l'existence du sujet en un temps et un lieu défini ; il est *réglé*, c'est-à-dire soumis à des règles préétablies. C'est une activité *fictive et improductive*, c'est-à-dire qu'il y existe une conscience d'une autre réalité et que les transferts d'argent dans le cadre du jeu ne sont pas considérés comme une production.

Par ailleurs, il s'est aussi intéressé à la typologie des jeux en différentes catégories selon leurs caractéristiques et à leurs liens avec la réalité sociale.

Il a distingué 4 types de jeux :

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

Les jeux de hasard et d'argent rentrent dans la catégorie de l'*alea*, mais il existe aussi certains éléments de l'*ilinx* dans la sensation de vertige décrite et recherchée par les joueurs.⁴

En effet, les jeux de hasard et d'argent sont des sources de sensations particulières pour les joueurs, ce qui peut contribuer à ce qu'ils deviennent objet de dépendance.

Les jeux de hasard et d'argent sont réunis sous le terme de « Gambling » dans la littérature anglo-saxonne.

D'une manière générale, on considère comme jeux de hasard et d'argent, les jeux où le sujet mise irréversiblement un bien (argent ou objet) et où l'issue du jeu aboutit à une perte ou un gain, en fonction partiellement ou totalement du hasard.

Ils peuvent s'intégrer dans la vie quotidienne sans empiéter sur la vie du sujet et constituer un espace d'éprouvés, où les sujets peuvent tester leur goût pour le risque de manière plus ou moins contrôlée.

Des jeux, tels que le loto ou le Millionnaire ou les paris sur les courses de chevaux, sont entrés dans le quotidien médiatique et en particulier télévisuel de chacun et représentent une part de rêverie et d'idéal, un espace potentiel entre réalité et plaisir.

En 2004, 30 millions de personnes auraient joué à un jeu de hasard et d'argent au moins une fois dans l'année. De plus, environ 5 millions de personnes jouent chaque semaine au loto.^{7, 8}

Les liens entre les jeux de hasard et d'argent et la société sont anciens et le concept de jeu pathologique, bien qu'apparu comme entité morbide en 1980 dans le DSM III, est décrit depuis longtemps, en particulier dans la littérature.⁹

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

L'histoire des jeux de hasard et d'argent semble liée à celle des hommes dès l'instant que se créent des groupes et des organisations sociales.¹⁰

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

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

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

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

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

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

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

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

considéré comme « la partie abominable de l'œuvre de Satan ».

Ainsi Charlemagne et ses successeurs jusqu'au 14^{ème} siècle ont tenté de contrôler le jeu par des réglementations interdictrices. Mais le combat était vain et les pratiques de jeu se sont étendues dans la haute société puis au peuple.^{10, 11}

En 1539, la Loterie est introduite en France et autorisée par François Ier, moyennant une redevance au trésor. Dans toute l'Europe, les loteries deviennent un moyen fiable de financement des travaux publics et autres œuvres.

La loterie d'Etat sera considérée longtemps comme un instrument du despotisme jusqu'à la Révolution ; puis elle sera réintroduite pendant le Directoire.

Après la Révolution, le jeu prend une grande ampleur, malgré des interdictions de l'Etat.

On assiste à l'institutionnalisation du jeu comme source de revenus et comme « impôt ».

La roulette apparaît au 18^{ème} siècle. Les machines à sous sont inventées aux Etats-Unis au 19^{ème} siècle et leur succès est rapide.

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

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

L'histoire des jeux de hasard et d'argent est marquée par l'alternance entre des phases de répression et des phases de tolérance de la part de l'Etat. Leurs liens ont toujours été passionnels, oscillant entre l'attrance et l'intérêt pour des bénéfices possibles et les interdictions posées à certains moments face à des abus ou des fraudes.

De manière paradoxale, au cours de l'histoire, les deux bénéficiaires principaux du système de jeu ont été les deux institutions susceptibles de s'opposer aux jeux de hasard et d'argent : l'Eglise

et l'état. Mais ces fluctuations entre légalisation et pénalisation n'ont eu que peu de conséquences sur le comportement et le développement des activités de jeux.¹¹

Au 20^{ème} siècle, on a assisté à l'essor des jeux de hasard avec le développement des casinos.

De plus, des jeux moins onéreux et « luxueux » se sont développés en masse.

Le PMU voit le jour en 1931 et la Loterie Nationale en 1933. Depuis 1989, les « jeux instantanés » de la Française des jeux se multiplient, tels que Millionnaire, Banco, Morpion entre autres. De plus, dans la dernière décennie, la Française des Jeux a développé des jeux, tels que le Rapido dont le principe de fonctionnement est proche des machines à sous. Les mises sont modiques, il existe des tirages toutes les 5 minutes et des gains immédiats.

Leur distribution et donc leur disponibilité et accessibilité se sont accrues de manière exponentielle.

Actuellement le jeu est toléré, sous strict contrôle de l'Etat. Pour certains auteurs, la prise en compte des joueurs pathologiques par la médecine serait une forme de contrôle social de conduites de jeux abusives, désormais autorisées par la Loi.

La médecine prendrait le relais, là où auparavant la Loi et la morale et en particulier religieuse condamnait et tentait de maîtriser ces comportements.

1.3 Construction du concept de jeu pathologique

1.3.1 Les premières descriptions

L'évolution du concept de jeu pathologique suit parallèlement l'évolution de la séparation de la médecine et de la religion et s'inscrit dans un autre temps que celui du développement du jeu et du constat des abus. Beaucoup de problématiques, notamment du côté des conduites d'excès dont le jeu, ont longtemps été vues sous l'angle de la morale et de la religion avant d'être vues au travers de la médecine.

En 1494, Sebastien brant dans « La Nef des Fous »(*Narrenschiff*), fait une description très proche de celle des premiers psychiatres qui se sont intéressés à cette entité .¹²

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

Mais bien que la dimension potentiellement morbide n'échappe pas à l'auteur qui en parle comme d'une potentielle «*quatrième maladie* » chez « *celui qui en a déjà trois graves* », le jeu reste avant tout un problème moral et religieux .

*« Il n'est jamais de jeu
Qui soit pur de pêché
Et le joueur non plus
N'est pas enfant de Dieu :*

Tous les joueurs du monde sont des fils de Satan ! »

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

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

Au 19^{ème} siècle, le courant hygiéniste donne un rôle d'« entrepreneurs de la morale » aux médecins selon l'expression du sociologue H. Becker : ils sont décrits comme des personnes qui oeuvrent au nom du bien de tous en imposant des normes et leurs conceptions de ce qui est bon pour les autres.¹⁰

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

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

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

Les descriptions cliniques de l'époque sont au niveau symptomatique peu éloignées des travaux actuels sur le jeu pathologique. Dans un ouvrage intitulé « Le joueur, esquisse psychologique » en 1929, R.Dupouy et P.Chatagnon assimilent le cas d'un joueur à une toxicomanie. Ils en ont extraits une description du jeu en cinq étapes¹³ :

- 1-Etape d'initiation : l'inscription à un cercle de jeux
- 2-Etape d'accoutumance : très rapide et liée aux gains initiaux
- 3-Etape de besoin, où le sujet devient « prisonnier du cercle »
- 4-Etape de souffrance, où le jeu est central dans la vie du sujet
- 5-Etape des conséquences : sociales, familiales, financières et psychologiques

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

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

1.3.2 **Apports de la psychanalyse et de la sociologie**

En 1957, Edmund Bergler a fait une description du « Gambler » joueur pathologique en opposition au « Joueur du dimanche » dans son ouvrage « *The psychology of gambling* ». Il a isolé cinq critères de jeu pathologique, qui se rapprochent des définitions actuelles¹⁴ :

- 1-Le joueur doit jouer régulièrement
- 2-Il existe un optimisme non entamé par les expériences répétées d'échec
- 3-Le joueur ne s'arrête jamais tant qu'il gagne
- 4-Il finit par prendre trop de risques, malgré des promesses initiales
- 5-Il existe chez le joueur un vécu de thrill, c'est-à-dire une sensation de frisson, d'excitation à la fois douloureuse et plaisante. Le joueur essaiera ensuite toujours de retrouver cette sensation, il parle de « Craving for thrill ».

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

Il est désormais admis de manière générale que le joueur pathologique passe par trois phases sur une période de 10 -15 ans^{13, 15}.

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

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

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

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

1.3.3 **Les classifications internationales, le DSM**

Le jeu pathologique est entré dans les classifications internationales depuis 1980, dans le DSM III.

Les sujets présentant des traits de personnalité antisociale ont été exclus de la définition de l'entité psychopathologique. L'accent était mis sur le caractère compulsif et impulsif des troubles, décrits également comme progressifs et envahissant l'ensemble de la vie du sujet.³

Puis en 1987, dans le DSM IIIR, le jeu pathologique a été classé parmi les « troubles du contrôle des impulsions », avec la kleptomanie, la trichotillomanie et le trouble explosif intermittent. Ces troubles sont définis par la répétition de comportements de caractère impulsif, précédés d'un sentiment de tension interne et avec une culpabilité secondaire.⁹

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

Actuellement dans le DSM IV (1994, APA) le jeu pathologique est défini selon 10 critères. Les sujets doivent répondre à au moins cinq critères pour être considérés joueurs pathologiques.¹

Les critères DSM sont reconnus dans la littérature internationale, comme les critères diagnostiques du jeu pathologique. Parmi les outils diagnostiques existants, le South Oaks Gambling Screen , SOGS¹⁶ est un auto questionnaire spécifique du jeu pathologique. Il est reconnu comme un outil statistique fiable par la plupart des auteurs et son adéquation est bonne avec les critères DSM.

Critères du jeu pathologique selon le DSM IV (APA,1994)¹

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

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

1.3.4 Le jeu pathologique, une addiction sans substance

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

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

Goodman a établi en 1990 une liste de critères des addictions qui peuvent correspondre autant aux addictions avec ou sans substances.¹⁷

Critères de Goodman(1990)¹⁷

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.
 - 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - 7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 - 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
- F. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

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

Ainsi l'objet de la dépendance change ; il existe des différences en fonction de l'objet de dépendance mais on peut également faire ressortir des similarités au niveau clinique et psychopathologique.

La dépendance à un objet se développe contre la volonté consciente du sujet. Elle peut être vue comme la tentative d'un sujet de faire face aux événements de vie avec sa personnalité, son histoire et son contexte. On peut le voir comme une variante du « modèle adaptatif » de B.Alexander.¹⁸

En ce qui concerne le jeu pathologique, certains éléments descriptifs et diagnostiques sont superposables à ceux des dépendances aux substances psychoactives^{7, 19} :

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

L'existence de points communs entre les différentes dépendances fait que les sujets peuvent passer d'un objet à un autre au cours de leur vie, avec parfois une sorte d'autosubstitution d'un « produit » par un autre.

Ainsi le jeu pathologique s'inscrit parfois dans un « parcours » de dépendances. Les dépendances peuvent se succéder ou coexister. Selon Lesieur et Blume (1993), parmi les sujets en traitement pour une dépendance à l'alcool et / ou aux drogues, il existait 9 à 14 % de joueurs pathologiques²⁰.

De l'autre côté des études réalisées sur les consommations de substances dans des populations de joueurs pathologiques en demande de traitement retrouvaient environ 50 % d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues.²¹

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

1.4 *Limites entre un joueur modéré ou « social » et un joueur excessif ou pathologique*

Les joueurs dépendants ou pathologiques ne représentent qu'une infime partie de l'ensemble des joueurs.

Selon Igor Kusyszyn (1972), professeur de psychologie à Toronto, il est possible de distinguer trois grandes catégories de joueurs de manière schématique²² :

1.4.1 Joueurs sociaux

Cette catégorie regroupe tous les joueurs occasionnels, ou réguliers, mais pour qui le jeu a une place limitée et reste un loisir.

La plupart de joueurs « sociaux » ont conscience de la faible probabilité de gain ; ils peuvent contrôler leur comportement et jouer de manière modérée. Le budget des jeux s'intègre dans le budget général au même titre que d'autres loisirs.

Cette catégorie est vaste et hétérogène. Elle regroupe les sujets ne jouant que parfois au casino en vacances et ceux qui s'adonnent régulièrement aux jeux de grattage ou de loto par exemple. Mais leur point commun reste la notion de plaisir et de loisir.

1.4.2 Joueurs professionnels

Cette catégorie regroupe les sujets qui jouent de manière professionnelle, de la même manière qu'on pratique un sport de compétition. Il s'agit de jeux sur lesquels le joueur intervient et non pas de hasard pur, comme le poker par exemple.

En effet, certains comme Edmund Bergler opposent différents types de jeux en fonction

du degré théorique d'intervention du sujet sur le jeu et sa pratique. Ainsi Bergler oppose les *jeux d'habileté ou de pur raisonnement*, tels que les échecs, aux *jeux mêlant adresse et hasard*, comme le poker ou les paris, et aux *jeux de hasard « pur »*, c'est-à-dire qui ne laissent pas de place à la réflexion ou à l'habileté ; les machines à sous en sont un exemple¹⁴.

Cependant, en pratique les distinctions sont délicates entre les jeux qui relèvent du pur hasard et ceux qui laissent une place à l'action du joueur.

Par ailleurs, les spéculations boursières peuvent par certains points être rapprochées de cette catégorie¹⁰.

1.4.3 **Les joueurs pathologiques**

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

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

Caillois insiste sur la nature « libre et volontaire » du jeu. La limite entre jeu « social » et pathologique pourrait être définie par le sentiment d'aliénation et le caractère obligé du comportement dans le jeu pathologique, il n'existe plus de liberté et le jeu n'est plus une activité volontaire du sujet⁴.

Mais la distinction radicale entre le jeu social et le jeu pathologique est délicate. Les jeux de hasard et d'argent pour certains et en particulier selon les sociologues, impliquent une part naturelle d'excès²³. Celui-ci peut être volontaire et permet au sujet de se perdre dans le jeu. L'intérêt du jeu de hasard et d'argent vient d'ailleurs du fait qu'il permet de prendre des risques.

Il répond à un besoin de transgression et à une recherche de sensations. Or dans les parcours de jeux des sujets, il existe probablement des allers et venues d'une catégorie à une autre, entre la pratique d'un jeu modéré ou « social » et celle d'un jeu pathologique^{23, 24}.

1.4.4 **Quelques données de prévalence**

Il existe peu de données de population générale sur le jeu et donc sur les parcours ludiques des sujets. On connaît les pratiques de jeux de hasard et d'argent au travers des sujets qui présentent des difficultés en lien avec leur pratique de jeu pathologique ou à risques et sont demandeurs de soins souvent dans des structures spécialisées.²³

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

Le taux de prévalence du jeu pathologique en population générale varie par exemple aux Etats-Unis de 1.2% à 3.4% et une étude a retrouvé un taux de 2% dans une population de patients déjà suivis en psychiatrie pour une autre raison que le jeu²⁵.

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

Au Québec, des études de prévalence du jeu en population générale ont été menées en 1992 et en 1996 ; elles retrouvaient respectivement 1.1% et 2.1% de joueurs pathologiques dans la population^{26, 27}. Une étude récente de prévalence en population générale a été menée en 2002 par les mêmes auteurs, dans l'objectif de suivre l'évolution de la prévalence ; ils ont retrouvé des taux comparables de 0.8% de joueurs pathologiques (IC=0.6-1.0) et de 0.9% de joueurs à risque (IC=0.7-1.1)²⁸.

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

D'une part au niveau individuel, le jeu pathologique est, comme l'a décrit Olievenstein pour les toxicomanies, le résultat de la rencontre entre une personnalité, un objet (le jeu de hasard et d'argent) et un moment socio culturel²⁹. Il existe un terrain avec des hypothèses de vulnérabilité génétique, familiale, environnementale et biologique. Il se surajoute des facteurs psychopathologiques, des comorbidités psychiatriques et de personnalités et des facteurs

cognitifs.

Les conséquences du jeu pathologique sont lourdes au niveau individuel en particulier dans les domaines financiers, socio-familiaux et psychologiques. Elles le sont d'autant plus quand elles touchent des populations pauvres du fait que les pourcentages de sommes jouées sont proportionnellement plus élevés selon Brenner R. et Brenner. De plus selon Castellani et Rugle, les jeux de hasard et d'argent sont des facteurs de risque de démantèlement des liens communautaires et familiaux avec un risque à long terme de précarisation^{30, 31}

Mais d'autre part au niveau collectif, les jeux de hasard et d'argent représentent une véritable industrie. Certains parlent d'une « République des jeux »¹¹. De nombreux intervenants des sciences humaines, en particulier journalistes et sociologues se sont penchés sur ce système des jeux et sa relation quasi « passionnelle » avec les institutions et en particulier l'Etat.

1.5 Jeux de hasard et d'argent disponibles en France actuellement

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

1.5.1 Le casino

Les casinos sont les formes actuelles des maisons de jeux qui existaient sous l'Ancien Régime. Différentes modifications du régime légal ont contribué au développement des casinos tels qu'ils existent actuellement.

Il existe 192 casinos en France, avec un chiffre d'affaires de 18,66 milliards d'euros (données de 2004)²⁴.

On y retrouve les tables de jeux et la roulette. De plus, depuis 1987 pour certains et 1991 pour tous, les casinos ont, le droit et l'exclusivité de l'exploitation des machines à sous. Ces « bandits manchots » représentent désormais 93% de leurs revenus.^{8, 24, 32}

Après des tentatives d'interdiction totale à la Révolution, l'Etat prend le contrôle et crée la

« Ferme des jeux » qui gère, jusqu'en 1837, 7 établissements.

Le décret de 1806 qui permet l'exploitation de jeux dans les villes d'eau et à Paris va permettre l'installation des casinos et l'enrichissement de certaines régions telles que la Principauté de Monaco.^{10, 33}

Mais l'essor du jeu légal n'a pas empêché les corruptions dont les casinos ont beaucoup souffert. La littérature véhicule également une certaine image des casinos. Ils sont les théâtres de romans et de nouvelles, où se jouent beaucoup de passions, comme dans la nouvelle « 24 heures de la vie d'une femme » de Stefan Zweig³⁴.

Ces images transmises depuis longtemps par la littérature et les médias font du casino un lieu de toutes les possibilités et de toutes les ouvertures. Mais il est également mystérieux et impénétrable, et potentiellement source de dangers. Tous ces éléments entretiennent une certaine fascination ambiguë du public, qui associe souvent le casino à des connotations de luxe et de mystère.

Il existe de plus une notion d'élitisme, peut être majorée par le contrôle des entrées en France. Cette surveillance des entrées par des physionomistes n'était que symbolique jusqu'à récemment. Il s'agissait d'une forme de personnification de la frontière entre la réalité et le jeu ; mais il n'existait pas de contrôles d'identité ou de papiers.

Ce statut a changé en novembre 2006, des contrôles systématiques des identités à l'entrée des casinos ont désormais été instaurés³².

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

1.5.2 **Le PMU (Pari mutuel urbain)**

Il gère les paris sur les courses de chevaux en dehors des hippodromes.

Il est dans le domaine public depuis 1985. Au début des années 1980, les terrains de courses ont été désertés et les paris ont diminué. Les modalités d'accès aux paris ont alors été diversifiées.

L'offre s'est développée avec l'augmentation du nombre de courses par an et la diversification des types de paris. Le tiercé, créé en 1954, a été enrichi par le quarté en 1976 et le quinté en 1989, qui ont attiré une clientèle plus large vers les paris.¹⁰

En effet, les résultats du tiercé pourraient éventuellement être pronostiqués par les véritables turfistes amateurs de courses de chevaux. Mais le quarté et le quinté relèvent beaucoup plus du hasard que de pronostics de sport de compétition.

Le chiffre d'affaires du PMU est estimé à 8 milliards d'euros. La progression du chiffre d'affaires a été de + 47.5 % depuis 1999.³²

Il existe deux manières de parier sur les courses de chevaux.

1. Paris à l'hippodrome

Plus de la moitié de ceux qui s'y rendent, y vont au moins trois fois par semaine.

Les effets de foule et le spectacle vécu en direct sont des facteurs accentuant les sensations vécues et l'intensité du vécu du parieur. Cette modalité de paris perd proportionnellement de l'importance par rapport au PMU et aux paris en ligne .

Ils ne représentent actuellement que 4 % des paris hippiques en France.

2. Paris « course par course »

Ils ont permis une plus grande diffusion des paris sur les courses de chevaux. Ils permettent des paris en temps réel en dehors des champs de course, tous les jours, dans les points courses, et également de plus en plus sur Internet.

Les joueurs sont d'une manière générale d'une classe socio professionnelle moyenne^{7, 33}.

1.5.3 La Française des Jeux (FDJ)

Elle gère le Loto, successeur de la Loterie nationale depuis 1980 et le loto sportif depuis 1985.

L'offre se diversifie de plus en plus avec les jeux de grattage tels que *Tacotac*, *Banco* ou *Millionnaire*.

Elle tend à proposer des jeux se rapprochant de plus en plus des machines à sous. Les sommes à miser sont modiques, le jeu est simple et le résultat immédiat.

Ces caractéristiques rendent les jeux parfois très « addictogènes », surtout quand les tirages sont répétés et rapides et que les potentiels de gains sont importants.

Le *Rapido*, existant depuis 1999, est par exemple un jeu de loterie avec des tirages toutes les 5 minutes, dont le principe de fonctionnement peut s'assimiler aux machines à sous. La machine a un effet hypnotisant sur le sujet et les sensations éprouvées sont fortes ; la perte de contrôle peut être plus facile dans ces conditions que pour d'autres types de jeux.

La FDJ a un grand nombre de points de ventes dans les cafés.

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

Le chiffre d'affaires de la Française des jeux a dépassé celui du PMU au cours de la dernière décennie. En 2004, il était de 8,55 milliards d'euros et avait une croissance évaluée à + 9,8 % par rapport à l'année précédente.^{24, 32}

Dans le cas du loto, l'état ne reverse que la moitié des sommes jouées et reste maître de cette industrie du jeu, avec des prélèvements annuels s'élevant à 5 milliards d'euros¹¹.

Le loto en 30 ans a « engendré » 15 489 millionnaires, ce qui représente une minorité par rapport aux 5 millions de français qui y jouent par semaine⁸.

Les français dépensent de plus en plus dans les jeux. Au cours de l'année 2004, 30 millions de personnes en France auraient joué au moins une fois. La majorité des gens est concernée par le jeu si on considère ces chiffres. Donc les joueurs, en prenant en compte tous ceux qui jouent même occasionnellement, sont des sujets sans caractéristiques particulières^{8, 32}.

Mais quand le jeu devient pathologique, des caractéristiques émergent.

1.5.4 **Les jeux sur Internet**

Le premier casino virtuel a été ouvert sur Internet en août 1995, l'offre de jeux d'argent en ligne

augmente rapidement.

La Française des jeux (FDJ) et le PMU ont ouvert des accès Internet pour les mises. Le portail de la FDJ représente actuellement en chiffres un chiffre d'affaires de 29 millions d'euros en 2004, soit 0,3 % du CA total, contre 8 millions d'euros en 2003. Le portail Internet a été visité par 1,8 million de visiteurs uniques en 2005, avec 500.000 gagnants en 2004.³²

Il n'existe pas de mesures restrictives applicables au domaine d'Internet, il est donc sujet à un développement exponentiel. Il existe pour l'instant un quasi vide juridique concernant les jeux d'argent sur Internet ; les casinos virtuels sont aux limites de la légalité.

Actuellement il existe beaucoup de controverses autour du marché des jeux et de la libéralisation des jeux de hasard et d'argent, en particulier au travers du domaine des jeux par Internet. Les industries du jeu européennes se disputent ce marché fructueux et les législateurs ont des difficultés à harmoniser la situation.

Une étude récente apporte des résultats assez inquiétants sur ce phénomène. Deux tiers des joueurs réguliers sur Internet répondent aux critères de joueur pathologique, mais surtout il existe indépendamment du jeu pathologique une association entre les jeux sur Internet et la précarité de la santé physique et mentale. Ils arrivent donc peut être moins aux soins spécialisés et sont plus volontiers en contact avec leurs médecins généralistes.³⁵

Pour l'instant, il n'y a que peu de données disponibles sur ces jeux.

2 Modèles de compréhension du jeu pathologique

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

2.1 Approche légale, le Joueur et la Loi

Les jeux de hasard et d'argent sont depuis leur genèse écartelés entre légalisation et pénalisation. Les rapports du jeu, et donc du joueur, en particulier pathologique, avec la loi sont donc complexes.

La législation sur le jeu n'a pratiquement pas évolué depuis le Code Napoléon.

Selon la jurisprudence, les jeux de hasard se définissent par la prééminence de la chance sur l'adresse ou sur les combinaisons de l'intelligence ; entrent dans cette catégorie baccara, poker, roulette, boule, loto contrairement au billard, échecs et bridge.

L'article 410 du Code Pénal de 1810 interdit de manière formelle les jeux de hasard et d'argent en sanctionnant ceux qui organisent le jeu et non pas ceux qui s'y adonnent³⁶.

Puis ils ont été progressivement ré-autorisés dans des cadres précis par des dérogations de l'administration. Les casinos ont été réglementés en 1907, les paris de courses de chevaux en 1891.³⁶

Actuellement, les jeux d'argent et les paris sont réglementés par des dérogations et la tenue de jeux en dehors du cadre légal est répréhensible.

Ce statut du jeu, interdit sauf sous conditions particulières, est toujours actuel. Certains auteurs imaginent que les pouvoirs publics se gardent la possibilité d'un retour en arrière et d'une nouvelle interdiction au cas où les coûts sociaux deviendraient trop importants²³.

Au niveau du Droit civil, peu d'articles sont consacrés au jeu. Les dettes de jeux ont un statut particulier. L'article 1965 dispose que « la loi n'accorde aucune action pour le paiement d'une dette de jeu ou le paiement d'un pari ».³⁷

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

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

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

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

Depuis 2003, des mesures de prévention collectives sont en place dans les casinos en France. Nicolas Sarkozy et les casinotiers ont reconnu que le « jeu excessif peut conduire à dépendance » (*Relevé de conclusions*, 1/07/03). De plus le second rapport du Sénateur Trucy paru en 2006 insiste sur les risques de dépendance liée aux jeux de hasard et d'argent et soulignent le rôle essentiel des pouvoirs publics face à cette problématique émergente.^{23, 32}

Une charte déontologique a été signée par les 2 syndicats professionnels de casinotiers et est affichée dans les établissements.

Un Observatoire du jeu ODJ est en projet de création depuis décembre 2003 et réunirait plusieurs chercheurs concernés par le jeu pathologique.²³

Par ailleurs en juin 2006, le Ministère des finances a créé le COJER, Comité consultatif pour l'encadrement du jeu et du jeu responsable. Ce comité pluridisciplinaire a une mission de prévention, d'expertise et de régulation concernant les plans d'action de la Française de Jeux. L'objectif est de favoriser une pratique raisonnable des jeux de hasard et d'argent. Les autorités évoquent d'étendre le projet au PMU dans un second temps³⁸.

2.2 Approche socio culturelle

La sociologie intervient à différents niveaux dans le domaine du jeu. Elle sert en particulier de tiers et permet de prendre du recul par rapport à une approche médicale centrée sur le sujet.

Elle intègre les comportements dans la société et soutient une approche pluridisciplinaire du trouble.

J.P. Martignoni-Hurtin insiste sur la construction sociale du jeu pathologique et met en garde sur la dichotomie qui existe entre le jeu pathologique « maladie » et la légitimation du jeu comme une industrie et une source de développement. Le risque qu'il souligne est que cela aboutisse à une déresponsabilisation totale du sujet d'une part et de l'industrie du jeu d'autre part.²³

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

2.2.1 **Facteurs économiques**

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

Dans l'histoire, on a ainsi pu constater un développement des jeux de hasard et d'argent accru dans les périodes de crises, comme pendant la crise économique de 1929 .

En effet, une situation économique plus difficile, avec des emplois plus précaires, favoriserait le développement des comportements de jeu.

Dans la société actuelle, la réussite sociale est valorisée et le besoin de consommation est mis en avant. Mais ces objectifs sont difficilement atteignables dans le quotidien de chacun par la voie classique du travail et le jeu représenterait l'espoir en une autre vie.

Le recours au hasard et à la chance peut apparaître comme une voie rapide et facile d'accès, qui court-circuite la longue voie du travail, et fait l'économie des apprentissages et de l'application des habiletés.

Les espoirs de gains sont une voie d'accès potentielle pour atteindre des idéaux entretenus par la société.

Ce facteur économique est retrouvé de manière relativement ubiquitaire dans différentes études. La précarité de l'emploi est retrouvé comme un des facteurs différenciant significativement les joueurs à risque ou pathologiques des sujets contrôles selon une étude de Gill et al. Dans cette étude, ils ont fait un recueil téléphonique en population générale des comportements de jeux et des conditions de vie (n=6045). Ils ont constaté de manière significative une plus grande précarité de l'emploi, un milieu socio économique plus défavorisé chez les joueurs à risque ou pathologiques en comparaison à des joueurs réguliers ne répondant pas aux critères de jeu à risque (SOGS, Lesieur et Blume, 1987).³⁹

Une étude de Black et al. a retrouvé de manière significative plus de familles nombreuses chez les joueurs pathologiques que chez les sujets contrôles. Or les familles nombreuses ont été reconnues comme à risque de délinquance, de crime et de violence. Les familles de joueurs pathologiques sont également décrites comme souvent dysfonctionnelles, au niveau de l'ascendance et de la descendance.⁴⁰

On peut donc imaginer que les classes socio économiques plus défavorisées seraient plus vulnérables. Mais plusieurs auteurs émettent une autre hypothèse explicative pour la plus grande prévalence des comportements de jeux à risque ou pathologique dans les populations socialement défavorisées. Ils évoquent le rôle de la répartition des jeux et l'existence d'une plus grande proportion de machines de jeux disponibles par personne dans ces zones défavorisées, donc une plus grande accessibilité ³⁹. Une étude canadienne s'est d'ailleurs intéressée à la répartition des jeux de videoloterie à Montréal en fonction des niveaux socio économiques ; les auteurs ont constaté que ces appareils sont concentrés en masse dans les zones plus défavorisées ⁴¹.

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

2.2.2 **Facteurs culturels**

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

On peut effectivement s'interroger sur le rôle des facteurs culturels et religieux dans les

dépendances au jeu.

Plusieurs auteurs ont souligné le rôle des facteurs sociaux et culturels dans les comportements de jeux et dans les motivations des sujets pour jouer. Des études sur les impacts culturels sur le jeu ont souligné que l'appartenance à une minorité ethnique était un facteur de risque de développer des conduites de jeu problématiques. Des études de prévalence dans des minorités ethniques ont été effectuées en Australie. La prévalence était évaluée à 2.9% chez les adultes chinois vivant en Australie.^{42, 43}

Lai D.W. s'est intéressé aux conduites de jeu dans un groupe de chinois de plus de 60 ans vivant au Canada. Dans cette étude, les auteurs ont recherché à identifier des facteurs de risque de jeu dans cette population précise en comparant des sujets joueurs et non joueurs.

Les facteurs favorisant le jeu de manière significative pouvaient sembler paradoxaux. D'une part ils retrouvaient comme facteurs prédisposants au jeu le fait d'avoir vécu plus longtemps au Canada, mais d'autre part le fait d'avoir une identité ethnique chinoise forte. De plus, il semble que les niveaux d'études plus élevés et les meilleurs niveaux socio-économiques étaient également des facteurs de risque de jeu.

Les types de jeux étaient spécifiques ; parmi les 2257 sujets interrogés, 26.6 % disaient avoir joué au moins une fois dans l'année passée et 5.5% jouaient quotidiennement. Le jeu le plus pratiqué était à 75% le Mahjong, jeu de domino traditionnel chinois, alors que seuls 10% jouaient aux machines à sous, 6.9% aux cartes et 3.1% à la loterie. Les auteurs ont interprété cette répartition comme le reflet de la fonction sociale du jeu en particulier dans une minorité ethnique qui a un fort besoin d'appartenance.⁴²

Les perceptions du jeu diffèrent aussi selon les cultures. En Chine, les paris sont sur-représentés et sont considérés comme des activités criminelles, mais ne sont pas, contrairement à la vision occidentale, assimilée à une pathologie mentale. De plus, il existe des particularités de croyances et psychologiques culturelles.^{42, 43}

De même, une étude menée en Australie en population générale a isolé plusieurs facteurs de risques de jeu et de jeu pathologique. Les sujets, dont la langue était autre que l'anglais, avaient plus de risque d'avoir des conduites de jeu problématiques ou pathologiques, d'autant plus si leurs situations professionnelles étaient précaires³⁹.

Tous ces éléments laissent entendre que les facteurs culturels et d'intégration des sujets migrants jouent un rôle dans l'installation des conduites de jeu et dans l'émergence du jeu pathologique.

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

Il existerait selon certains des différences de comportements face au jeu en fonction de la religion pratiquée. Diaz et al. (2000) ont retrouvé dans une étude à Las Vegas que les catholiques auraient plus tendance à jouer que les Protestants et que quelle que soit la religion, la fréquentation régulière des lieux de culte était un facteur « protecteur » des comportements de jeu.⁴⁴

En chine, certains auteurs se sont intéressés aux effets de la religion, sur les comportements de jeux de hasard et d'argent. Ils ont distingué la pratique religieuse « privée » c'est-à-dire les prières solitaires et l'application quotidienne des commandements religieux et la pratique « publique », qui inclue la participation au culte religieux et les prières publiques.

Ils ont trouvé des différences de fréquence de participation aux cultes entre les joueurs et les non joueurs dans la population étudiée. De plus, il existait un lien inversement proportionnel entre la sévérité des comportements de jeux (fréquence et nombre de jeux différents) et la fréquence de participation au culte religieux.⁴⁴

Les résultats de cette étude sont congruents avec les études précédentes et les parallèles déjà faits entre le jeu et le culte. Les auteurs insistent sur la notion de réseau social que représente la religion, les sujets soutenus par ce réseau auraient alors peut-être moins de motivation à aller jouer.

Lejoyeux décrit l'atmosphère du jeu comme empreinte d'une « forme de recueillement » et de tension. Le joueur est en position d'attente d'un espoir, concentré sur une représentation de l'avenir. Mais cette tension est formelle, c'est-à-dire vide de tout contenu. L'attention du sujet est focalisée sur un point unique, dans le jeu il s'agit du gain ou de la perte, mais aussi sur les croyances et, dans le culte, le sujet est focalisé sur la foi et sur ses croyances.⁴⁵

Le jeu, de la même manière que le culte, se déroule dans des endroits qui lui sont exclusivement consacrés. De plus, tous deux sont régis par des règles communément admises par tous. « Le magicien, le devin, le scarificateur et le joueur commencent par circonscrire leur espace consacré avant toute activité ». ⁴⁵

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

2.2.3 **Facteurs socio démographiques**

2.2.3.1. Jeu pathologique et Age

2.2.3.1.1 *Adolescence et jeu pathologique*

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

Cette disponibilité et cette accessibilité aux jeux croissantes sont des facteurs exposants aux conduites de jeux, aux abus et éventuellement à la dépendance au jeu, d'autant plus que l'exposition est précoce.

Les jeux, en particulier ceux de la Française des jeux, sont facilement accessibles aux mineurs sans contrôle particulier.⁴⁶

En France, les jeux de la Française des Jeux sont interdits jusqu'à 16 ans, mais les contrôles sont difficiles. De même, au Québec, une étude retrouvait que 44% des élèves du secondaire avait participé à des jeux étatisés dans les 12 derniers mois, alors que dans ce pays, les jeux étatisés sont interdits jusqu'à 18 ans.⁴⁷

Des études québécoises de prévalence estiment que 70 à 90 % des jeunes scolarisés jouent et que 15 à 40% seraient des joueurs réguliers. Parmi eux, 3 à 14% risqueraient d'être sujets à des

conséquences liées au jeu et 2 à 6 % rencontreraient les critères définissant le jeu pathologique. Certains évoquent des taux de prévalence du jeu pathologique chez les adolescents supérieures aux prévalences en population adulte^{48, 49}. Les conduites de jeu sont souvent associées à des consommations de substances à cet âge de la vie, en particulier de cannabis.

Certains auteurs évoquent un lien entre le développement de la disponibilité des jeux de hasard et d'argent et l'émergence de conduites de jeu chez les adolescents, comme le souligne Wilson dans une étude sur la présence des jeux de vidéo loterie près des lycées à Montréal.⁴¹

De nombreuses études s'accordent à reconnaître que l'exposition précoce, dans l'enfance ou l'adolescence, aux jeux de hasard et d'argent est un facteur de risque d'émergence du jeu pathologique à l'âge adulte,⁴⁶ de manière similaire à ce qui a souvent été décrit concernant les substances.

Une étude prospective de cohorte au Canada a suivi annuellement, dans une approche développementale, 903 jeunes sujets de 11 à 16 ans, qui ont été revus à 17 et à 23 ans, dans l'objectif d'identifier les facteurs de risque de conduites à risque de l'adolescence versus des conduites à risque et antisociales qui persistent la vie entière.

Cette étude permet de constater de manière significative une association entre les expositions les plus précoces aux substances (alcool et cannabis) et aux jeux de hasard et d'argent (11 ans), et le maintien de conduites antisociales et de conduites à risque à l'âge adulte.⁵⁰

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

De plus dans leur parcours, les sujets exposés plus précocement avaient de nombreuses comorbidités addictives (consommation précoce d'alcool, avec plus de dépendance et consommations de cannabis et cocaïne) et psychiatriques (idéations suicidaires).

Par ailleurs, ce groupe rapportait également des troubles cognitifs plus fréquents, en particulier

des troubles de la concentration, de la compréhension et de remémoration, dont les auteurs ne savaient pas s'ils étaient pré ou post morbides.⁴⁶

Ainsi on peut conclure, à partir de la littérature internationale, que l'exposition précoce et le début précoce des jeux de hasard et d'argent est un facteur de risque d'émergence de jeu pathologique à l'âge adulte, mais également un facteur de risque d'apparition de troubles plus sévères.^{46, 49}

Quand le jeu pathologique est installé à l'adolescence, les sujets ont des caractéristiques différentes des sujets joueurs pathologiques plus âgés. Ibanez et al. ont comparé 3 tranches d'âge de joueurs pathologiques, de 17 à plus de 44 ans. Ils retrouvaient des différences au niveau psychopathologique en fonction de la tranche d'âge.

Chez les plus jeunes, la dimension recherche de sensations était importante et diminuait avec l'âge. Le groupe le plus jeune ne présentait pas de troubles psychopathologiques, mais ils étaient présents chez les plus âgés. Les auteurs expliquaient ces différences en partie par les conséquences du jeu pathologique qui pourraient faire émerger des troubles anxieux, des dépressions, des idées suicidaires chez les sujets dont le parcours est plus long.^{51, 52}

Ces différences sont importantes à prendre en compte pour envisager les mesures de prévention et de prise en charge à mettre en place pour cette population.

Des pédiatres préconisent la mise en place de prévention et d'information aux jeunes, et à leur entourage familial, scolaire et éducatif. De même, Wilson et al., à la suite de leur étude sur la répartition géographique des jeux près des lycées, évoquent la nécessité d'une réflexion plus élargie de santé publique, qui impliquerait les différents intervenants de l'industrie du jeu, et les politiques.^{41, 53}

2.2.3.1.2 Sujet âgé et jeu

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

Plusieurs études de prévalence ont souligné la progression du nombre de joueurs et de joueurs pathologiques chez les sujets âgés. Certaines études ont retrouvé une augmentation de la

participation aux jeux de hasard et d'argent vie entière chez les sujets de plus de 65 ans de 35 à 80 % entre 1975 et 1998^{42, 54}. Une autre étude téléphonique chez des sujets de plus de 60 ans a montré que 71 % des sujets interrogés avaient au moins joué une fois les 12 derniers mois et parmi eux 1.6 % répondaient à des critères de jeu à risque et 1.2% à ceux de jeu pathologique (Wiebe, 2002)⁴².

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

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

De plus $\frac{3}{4}$ des joueurs pathologiques avaient conscience de leurs troubles et étaient intéressés par une démarche de soins, mais sans y avoir accédé jusqu'à présent⁵⁵.

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

Dans cette étude, ils ont comparé des joueurs pathologiques de plus de 60 ans à des joueurs pathologiques plus jeunes, tous recrutés via la ligne « Connecticut Council on Problem Gambling Helpline ».⁵⁴

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

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

Le parcours de jeu étaient plus long chez les âgés ; les problèmes de jeu étaient plus centrés sur

un type de jeu, en particulier les machines à sous alors que les jeunes avaient plus de types de jeux problématiques.

Les auteurs émettaient deux hypothèses. Tout d'abord les sujets jeunes seraient plus chercheurs de sensations et auraient un besoin de recherche de nouveauté plus important. Cette dimension diminue avec l'âge. De plus, les sujets âgés auraient plus de plaisir à jouer à des jeux non stratégiques (machines à sous) ; les auteurs émettent l'hypothèse du rôle des troubles cognitifs de cet âge et de la dégradation des fonctions exécutives dans le choix des jeux.

Par ailleurs, les sujets du groupe « âgé » rapportaient significativement moins de conséquences légales, anxieuses ou familiales du jeu et moins d'antécédents familiaux d'abus de substances. Ces différences montrent que la souffrance se situerait à un autre niveau chez les sujets les plus âgés.

De plus, la représentation dans les études reste en deçà de la représentation des sujets âgés dans la population générale. Ainsi dans l'étude de Potenza et al. le taux de 16.5% de sujets de plus de 55 ans est bien en dessous du taux de 30.3% de sujets de plus de 55 ans dans la population de plus de 18 ans au Connecticut⁵⁴.

Mais la détresse psychosociale et l'isolement, ainsi que les moindres conséquences légales et psychiatriques, sont des facteurs de risques de non accès et d'échappements aux soins. Ces conclusions devraient conduire à s'interroger sur les moyens de prévention et de traitement à adapter pour cette tranche d'âge.

2.2.3.2. Jeu pathologique et genre

Certains auteurs ont émis l'hypothèse de l'augmentation progressive de la prévalence du jeu pathologique chez les femmes, en particulier du fait de l'acquisition d'indépendance financière croissante des femmes¹⁵.

Mais jusqu'à présent, toutes les études de prévalence s'accordent pour reconnaître que la prévalence du jeu pathologique est sensiblement moindre chez la femme que chez l'homme. La prévalence vie entière était de 0.64% pour les hommes et de 0.23% pour les femmes dans une étude réalisée aux Etats-Unis en 2006⁵⁶.

Plusieurs études retrouvent des différences de parcours de jeu entre les hommes et les femmes.

La plupart des auteurs ont trouvé un âge de début des conduites de jeu et d'apparition du jeu pathologique plus précoce chez les hommes que chez les femmes ⁵⁶⁻⁵⁸.

La typologie des jeux est différente. Les femmes s'adonnent en particulier aux machines à sous et préfèrent les casinos. Elles reconnaissent plus volontiers une fonction dysphorique et contra-dépressive du jeu, alors que les hommes jouent plus aux paris sportifs et de chevaux ⁵⁷.

Les éléments de sévérité et les comorbidités diffèrent. Les hommes ont plus d'antécédents de consommations de substances (alcool, drogues et consommation de tabac plus importante) anciennes ou actuelles. Les femmes ont plus de comorbidités psychiatriques associées ; elles présentent des troubles anxieux, et des troubles de l'humeur associés. D'autres auteurs ont relevé l'existence d'autres dépendances comportementales : achats compulsifs, boulimies, compulsions sexuelles⁵⁹.

Au niveau social et familial, les conséquences du jeu sont également différentes. Les hommes ont plus de problèmes légaux et ont souvent des antécédents de ruptures de couple.

Les femmes restent plus souvent en couple, mais elles vivent volontiers avec des hommes ayant eux même des consommations d'alcool et des problèmes de jeu pathologique⁶⁰.

Les différences dans le mode d'entrée dans les soins sont discutées. Plusieurs auteurs rapportent que les femmes auraient des problèmes liés au jeu plus rapidement que les hommes et seraient amenées à demander un traitement plus rapidement que les hommes⁶⁰.

Mais dans une étude récente, Nelson et al. réduisaient les différences de parcours de jeux entre hommes et femmes à la seule différence d'âge de début des troubles, qui étaient plus tardifs chez la femme (30 ans en moyenne ,versus 22 ans chez l'homme). Par ailleurs, ils rapportaient que les femmes avaient plus rapidement des conséquences du jeu et étaient plus rapidement demandeuses de soins, mais ils ne retrouvaient pas de différences significatives avec les hommes.⁵⁸

Des études ultérieures pourraient éclairer ces différences, en particulier affiner les éléments psychopathologiques pour une meilleure appréhension des troubles.

2.3 ***Approche psychopathologique***

2.3.1 **Approche psychanalytique**

2.3.1.1. Les théories de Freud

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

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

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

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

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

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

Tout d'abord, le jeu aurait une fonction d'autopunition.

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

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

En effet, les thèmes de crimes sont récurrents dans son œuvre. « Il a d'abord traité du criminel

commun (celui qui agit par égoïsme) (*Raskolnikof ; crime et chatiment*), du criminel politique et religieux (*Les possédés*), et ce n'est qu'à la fin de sa vie qu'il remonta jusqu'au crime originel, le parricide (*Les Frères Karamazov*), et qu'il fit littéralement à travers lui sa confession ».

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

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

Freud considère les « attaques » de l'écrivain comme une « volonté d'identification avec un mort, une personne effectivement morte ou encore vivante mais dont on souhaite la mort ». Le symptôme est là comme une punition autorisée par le surmoi.

La passion du « jeu pour le jeu » amène le joueur à défier le destin. Le jeu, scène intermédiaire entre fiction et réalité est l'occasion idéale de réémergence de la mégalomanie infantile. Quand le joueur joue et gagne, il retrouve cette conviction de toute puissance et l'envie « de provoquer le destin, de lui donner une chiquenaude, de lui tirer la langue » comme le dit Alexis Ivanovitch.

Mais ce monde du leurre et de l'imaginaire est celui du déni de la castration. Les gains dans le jeu maintiennent dans l'illusion de toute puissance d'un monde imaginaire.

Le joueur pathologique ne joue pas pour gagner, il joue pour le jeu et jouera bien souvent jusqu'à perdre son dernier centime.

Quand il passe du gain à la perte, il retire une certaine jouissance de cette tension entre plaisir et déplaisir. La perte a une fonction d'expiation de la faute, mais elle permet aussi de l'objectiver et de la rendre nommable sous une forme acceptable par le conscient, contrairement à la culpabilité liée au parricide.

La quête de la perte est une forme de recherche de castration et la perte est un gain symbolique de castration. Le sujet demande au destin de lui signifier l'inéluctable et de freiner son désir de toute puissance et de le mettre face à la loi.

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

La deuxième fonction attribuée au jeu par Freud est une forme équivalente de la masturbation.

Freud fait le parallèle avec la nouvelle de Stefan Zweig « 24 heures de la vie d'une femme » pour expliquer les rapports possibles entre le sentiment de culpabilité et le besoin d'auto punition et une origine pubertaire.

Il fait un rapprochement entre le jeu et la masturbation, de la même façon qu'il a considéré toutes les toxicomanies comme des substituts du « besoin primordial » qu'est la masturbation.

Il considère la « transe fiévreuse » et les « tremblements des mains et des pieds » décrits dans *Le Joueur* et le jeu de mains décrit par S. Zweig qui fascine la femme observatrice comme des équivalents d'onanisme.

« Deux mains contractées firent un mouvement particulièrement effrayant, elles bondirent en quelque sorte pour saisir quelque chose qui n'existait plus et elles s'abattirent ensuite, comme agonisantes, sur la table, obéissant uniquement dans leur inertie à la loi de la pesanteur. Mais ensuite elles reprirent soudainement vie encore une fois, elles coururent fiévreusement de la table au corps dont elles faisaient partie, grimpèrent comme des chats sauvages le long du tronc... ».

Le jeu de mains marque le début et la fin d'une passion amoureuse furtive entre un jeune homme et une femme d'une quarantaine d'années. La femme espère le « sauver » de sa passion du jeu, mais elle apprend plus tard qu'elle n'a pas réussi et que le jeune homme s'est suicidé.

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

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

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

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

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

2.3.1.2 Les apports « post freudiens »

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

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

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

« The psychology of gambling » édité en 1957 a longtemps fait autorité ; comme on l'a vu plus haut, il a été un des premiers à tenter de définir le joueur pathologique en opposition au « joueur du dimanche »¹⁴.

Il a opposé les motivations conscientes du joueur, à la recherche de sensations, du « thrill » et les motivations inconscientes, qui se rapprochent des conceptions de Freud.

Il parle d'une « névrose de base », correspondant à une régression orale. La répétition de séquences identiques serait une tentative d'éliminer tout ce qui concerne le principe de réalité au profit exclusif du principe de plaisir, avec un retour à la toute puissance infantile.

Il décrit chez le joueur des distorsions de son raisonnement logique, avec des croyances inébranlables, en lien avec un sentiment mégalomane d'omnipotence.

La maîtrise affichée et la froideur apparente des joueurs ne seraient que le masque d'une faiblesse infantile. Les rituels magiques et les superstitions ne seraient que des symptômes de l'expression de la mégalomanie infantile.

Elle se croit capable de diriger le Destin, qui correspond à la projection des parents.

Pour Bergler, perdre pour le joueur est le prix à payer pour s'être rebellé contre l'autorité parentale. La perte remet en scène des situations de rejet des parents.

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

Otto Fenichel dans son livre *La théorie psychanalytique des névroses* classe le jeu dans la rubrique des « névroses impulsives », qui se caractérisent par des actes commis de manière syntone au moi. Les toxicomanies et les addictions sans toxiques étaient d'ailleurs classés à proximité du jeu dans une catégorie des « caractères dominés par leurs instincts »^{10, 61}

Selon lui, le jeu pathologique est un « combat contre le destin ». Il est l'expression d'un conflit avec un surmoi primitif.

« Sous la pression des tensions internes, le caractère badin peut se perdre ; le Moi ne peut plus contrôler ce qu'il a mis en train et est submergé par un cercle vicieux d'anxiété et de besoin violent de réassurance, angoissant par son intensité. Le passe-temps primitif est maintenant une question de vie ou de mort. »

Il reprend les propos de Freud, en particulier ceux concernant l'expression de conflits autour de la période infantile et de la masturbation.

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

Tostain en 1967 reprend la question du sens de la conduite du joueur.

Le hasard serait pour le joueur « cet Autre supposé savoir auquel il peut se fier, se confier, tout comme le faisaient les Anciens quand ils lisaient dans le ciel l'heure de la bataille à livrer ».

Tostain reformule les analyses de Freud et énonce clairement la problématique de castration

comme celle du rapport du sujet à la Loi, et pas seulement celle de la culpabilité et du besoin de punition.

Par ailleurs selon lui, la mort du père est aussi centrale dans la passion du jeu. Mais il considère que la mort du père est consciemment souhaitée et que la problématique émergerait d'une défaillance du refoulement de ce désir parricide.⁶¹

Dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle, les théories cognitivo-comportementales se sont développées et ont enrichi les approches psychopathologiques du jeu pathologique.

2.3.2 **Approche cognitive et comportementale**

Des études se sont intéressées à l'approche du jeu pathologique en tant que comportement.

Des hypothèses de conditionnement ont été avancées comme intervenant dans les addictions, y compris le jeu mais surtout dans l'initiation et la répétition de ce comportement.

Mais au-delà d'une approche comportementale simple, qui est celle des apprentissages, il faut intégrer l'approche plus complexe cognitive qui est celle de l' « apprentissage des apprentissages »⁷.

Les jeux relevant du hasard pur comme les machines à sous peuvent de manière plus ou moins rationnelle faire référence à la statistique, en entretenant le sentiment de maîtrise du joueur.

Les publicités de La Française de Jeux et en particulier du loto l'utilisent et inculquent parfois des messages ambivalents tels que « *100% des gagnants ont tenté leur chance* ». Ce slogan peut suggérer un faux syllogisme inconscient à ceux qui le lisent : « 100% des joueurs sont gagnants ! ». Mais malgré la probabilité mathématique infinitésimale de gagner, les gens continuent de jouer.¹¹

Ladouceur et al. se sont beaucoup intéressés dans leurs travaux à cette approche qui intègre les attentes, les croyances et les représentations du sujet. Ils ont surtout mis en avant le rapport du joueur pathologique avec le hasard et sa croyance en sa capacité à influencer le jeu.

Les cognitions du joueur pathologique se caractérisent par plusieurs points.²⁸

2.3.2.1 La négation du hasard

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

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

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

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

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

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

Dans une étude effectuée chez des joueurs pathologiques, Ladouceur et al. ont enregistré les pensées à voix hautes des joueurs pendant le jeu. Ils ont constaté 70 % de cognitions erronées, c'est-à-dire de pensées irrationnelles chez les joueurs pathologiques⁶².

De plus dans une étude plus récente comparant des joueurs pathologiques à des joueurs non pathologiques, les mêmes auteurs ont retrouvé un pourcentage de cognitions erronées plus élevé chez les joueurs pathologiques, et surtout une plus grande conviction en ces croyances quand les sujets y étaient confrontées après la phase de jeu.²⁸

Ces pensées irrationnelles sont associées et entretiennent le sentiment de maîtrise du joueur pathologique.

2.3.2.1 L'illusion de maîtrise

Les joueurs ont l'impression de pouvoir maîtriser le hasard et contrôler le jeu par des stratagèmes particuliers.

Le sujet peut alors avoir une forte illusion de contrôle, avec un espoir de gain qui outrepassa la logique et peut parfois se transformer en croyance et en foi de manière quasi mystique. La conviction intime et inébranlable et l'illusion de maîtrise du hasard s'installent et entretiennent les conduites de jeu.

Cette illusion peut aussi correspondre à l'idée que le sujet peut se faire un allié d'un « lieu de contrôle » extérieur personnifié de manière plus ou moins magique. Les joueurs utilisent des procédés et des rituels « magiques » ; le hasard est personnifié et omniprésent. Le jeu est un espace où la chance et le destin remplace le hasard et qui laisse le sujet croire que la force de ses désirs influence le destin.²⁸

Bergler en 1957, parlait de l'« optimisme du joueur » qui concerne l'optimisme des résultats attendus, en passant outre la succession d'échecs ou de pertes au jeu.¹⁴

Les sujets auront d'autant plus d'illusion de contrôle qu'ils interviennent de manière active dans la séquence de jeu. Ainsi les joueurs de dés vont lancer le dé d'une manière particulière afin d'influencer le résultat.

2.3.3 **Fonctions exécutives**

Par ailleurs, les joueurs pathologiques ont des perceptions et des conceptions logico mathématiques inadaptées, qui les amènent à prendre des décisions inappropriées aux situations.

Il existe un constat clinique et phénoménologique de déficit de prise de décision et de dysfonctionnement de la régulation des comportements chez les sujets dépendants et en particulier chez les joueurs pathologiques.

Quelques études se sont intéressées au fonctionnement cognitif des joueurs pathologiques et à leurs capacités de prise de décision. Leurs auteurs ont suggéré l'existence de déficit attentionnel et de troubles des fonctions exécutives chez les joueurs pathologiques^{63, 64}.

Brand et al. ont trouvé un déficit de prises de décisions (testé par le *Game Dice Task*), avec des prises de risques plus importantes chez des joueurs pathologiques comparées à des témoins en situation expérimentale de jeu (sans enjeux d'argent).⁶⁵

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

Goudriaan et al. ont trouvé des résultats similaires dans une étude comparant des joueurs pathologiques à des dépendants à l'alcool et à des sujets atteints de syndrome de Gilles de la Tourette.⁶⁶

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

Par ailleurs, Goudriaan et al. ont retrouvé des différences de déficits cognitifs selon le type de jeux. Les joueurs de machines à sous avaient plus de dysfonctionnements de prises de décisions comparativement aux joueurs de casinos.⁶⁶

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

2.3.4 **Jeu pathologique et THADA**

Par rapport aux traits cognitifs retrouvés chez les joueurs pathologiques, plusieurs auteurs ont fait le rapprochement avec le Trouble de déficit attentionnel et d'hyperactivité de l'enfant (THADA).

En effet, dans ces deux pathologies, on retrouve des déficits des fonctions exécutives, des difficultés attentionnelles et une impulsivité. Cette impulsivité se manifeste dans le THADA, entre autres, par une incapacité à attendre la récompense, de la même manière que cela a pu être décrit chez les joueurs pathologiques.⁶⁷

Plusieurs études ont retrouvé des antécédents de THADA chez des joueurs pathologiques. Une étude récente espagnole retrouvait 29.1% d'antécédents de THADA dans une cohorte de joueurs pathologiques. Les auteurs ont émis l'hypothèse qu'il existerait une persistance des symptômes du THADA à l'adolescence et à l'âge adulte chez certains enfants ayant un THADA dans l'enfance ; il persisterait en particulier sous forme d'un déficit attentionnel et des fonctions exécutives. Ce déficit représenterait alors une vulnérabilité à l'âge adulte pour le jeu pathologique.⁶⁷

Certains auteurs parlent de déficit global des fonctions exécutives, mais d'autres auteurs parlent de déficit sélectif. En effet, plusieurs études s'accordent pour souligner des déficits des capacités d'inhibition et des capacités à attendre et reporter les réponses en lien avec une récompense. Par ailleurs l'attention soutenue et la mémoire de travail sont en général maintenues.

De plus selon les tests utilisés dans les études, les résultats observés diffèrent. Ainsi, les études réalisées avec *l'Iowa gambling task*⁶⁵ ou le *Delay Discounting Task*⁶⁸ retrouvaient des différences significatives entre les joueurs pathologiques et les sujets contrôles, alors que celles réalisées avec le *Wisconsin Card sorting test* ne montraient pas de différences.^{67, 69}

Ces constatations ont eu des conséquences au niveau de l'interprétation fonctionnelle neurologique.

2.3.5 **Hypothèses neurologiques fonctionnelles**

En effet, à partir des déficits globaux ou sélectifs observés, différents auteurs ont émis des hypothèses de dysfonctionnements corticaux. Les déficits des fonctions exécutives laissaient penser qu'il existait des dysfonctionnements des zones impliquées dans les prises de décision : le cortex préfrontal dorsolatéral et le cortex orbitofrontal. Certains auteurs parlant d'un déficit plus sélectif, en particulier centré sur le contrôle de l'inhibition, ont évoqué la zone ventromédiale du

cortex préfrontal plutôt que la zone dorsolatérale. Cette hypothèse est congruente avec les zones décrites dans les autres dépendances (Volkow et al.)^{65, 67}.

Mais il ne s'agit que d'hypothèses émises à partir de constatations cliniques et fonctionnelles. Il existe, à notre connaissance, peu d'études de neuro-imagerie dans le jeu pathologique, mais elles se développent actuellement dans le champ des addictions.

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

Blaszczynski et al. ont beaucoup travaillé sur le jeu pathologique ; ils ont théorisé une modélisation du jeu pathologique en essayant d'intégrer les différentes approches psychopathologiques, cognitives et neurobiologiques.

Selon ce modèle, on peut schématiser 3 sous groupes de joueurs pathologiques.⁷⁰

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

Ces sujets n'ont pas de psychopathologie pré morbide particulière.

Il existe à un certain moment une plus grande accessibilité et disponibilité du jeu, auquel le sujet peut être exposé à tout âge par son entourage ou ses proches par exemple.

Le joueur va osciller entre un jeu social, ou excessif, voire pathologique à certains moments de sa vie.

Le rôle du conditionnement opérant serait important dans ce sous groupe. Les sujets ressentent des sensations d'excitation interne et les distorsions cognitives peuvent s'installer rapidement concernant les probabilités de gagner ; il en résulte une distorsion du jugement et des prises de décision. En général ce sous groupe a des scores de sévérité peu élevés du jeu.

Ce sous groupe a été décrit sous différentes appellations dans plusieurs études.

La demande et l'adhésion aux soins sont bonnes.

2. Les joueurs « émotionnellement vulnérables »

Ce sous groupe présente des facteurs de risque identiques au groupe précédent, c'est à dire la disponibilité et l'accessibilité aux jeux.

Mais il existe de plus des symptômes prémorbides, de type anxiété et dépression, associés à une histoire de difficultés de résolution des problèmes et des évènements de vie négatifs.

Il existe donc une fragilité émotionnelle, en lien avec des facteurs psychosociaux et des facteurs de vulnérabilité biologique.

3. Les joueurs « antisociaux impulsifs »

Ce troisième sous groupe est le plus sévère et sera détaillé plus loin.

Ce modèle est théorique et n'est pas absolu, mais il permet d'essayer de distinguer quelques sous groupes parmi les joueurs pathologiques qui représentent un groupe de sujets très hétérogènes.

De plus, ces regroupements cliniques permettent de faire des parallèles avec les facteurs biologiques et génétiques.

2.4 Approche familiale et génétique

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

Les auteurs s'accordent à reconnaître que les facteurs non héréditaires jouent un rôle prépondérant dans la symptomatologie. Les études actuelles cherchent à éclairer les interactions entre gènes et environnement dans les addictions et dans le cas du jeu pathologique.⁷¹

Lesieur et Klein ont retrouvé dans une population de lycéens des antécédents de « jeu excessif » chez un ou les deux parents chez 5 % des sujets et parmi les lycéens, 17 % présentaient déjà des symptômes de jeu problématique⁷². Par ailleurs, dans une autre étude dans une population en demande de soins pour une dépendance à des substances psychoactives ou au jeu pathologique,

les mêmes auteurs ont trouvé que 39 % des sujets avaient un père joueur pathologique et 3 % une mère joueuse pathologique (Lesieur et al.,1986)⁷¹.

Mais les études réalisées sur ce sujet sont souvent informelles et concernent des petites cohortes. Il est donc difficile de conclure sur le rôle de l'hérédité dans cette transmission.

En effet, différencier ce qui relève de facteurs environnementaux et ce qui relève de facteurs génétiques est complexe, car gènes et environnement interagissent. Ainsi, Plusieurs études ont été menées chez des jumeaux monozygotes et dizygotes pour mettre en exergue les facteurs génétiques.

2.4.1 **Facteurs génétiques**

Les résultats sont parfois contradictoires dans le rôle attribué aux facteurs génétiques dans le jeu pathologique. Winters et al .ont rapporté une héritabilité modérée et variable selon le type de jeux à haut degré de sensation ou non. De plus, ils ont retrouvé peu d'héritabilité chez les femmes ce qui soulève l'hypothèse d'une héritabilité différente en fonction du sexe ; mais cette différence n'était pas retrouvée dans d'autres études (Winters et Rich,1998)⁷¹.

Eisen et al . ont rapporté que l'hérédité génétique expliquait 35 à 54 % de la vulnérabilité à développer des symptômes de jeu pathologique^{73, 74}. Ils retrouvaient une bonne concordance de symptômes chez les jumeaux et en particulier monozygotes.

Plus récemment, Slutske et al. ont confirmé ces résultats et ont estimé la variabilité des risques de jeu pathologique due à 50 % aux facteurs génétiques et à 50 % aux facteurs environnementaux non familiaux et aux facteurs individuels⁷⁵.

Des transmissions de troubles de l'humeur et de dépendances à l'alcool chez des parents de premier degré des joueurs pathologiques ont aussi rapportées par plusieurs auteurs.

Ramirez et al. ont retrouvé dans une cohorte de joueurs pathologiques que 50 % avaient des antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool chez leurs parents ⁷⁶. Roy et al . ont également retrouvé cette plus grande fréquence d'antécédents parentaux de dépendance à l'alcool (24 %) par rapport à la population générale, mais ils retrouvaient aussi 33 % d'antécédents de troubles de l'humeur chez les parents de joueurs pathologiques⁷⁷.

Une étude plus récente sur les parents de premier degré de joueurs pathologiques a été menée par Black et al. Ils ont confirmé les données des études précédentes en rapportant des antécédents sur la vie entière d'abus ou de dépendance à l'alcool (31%), d'abus ou de dépendance à des drogues (5%) chez les parents de premier degré des joueurs. De plus, ils ont retrouvé 19 % de dépressions sévères⁷¹.

Potenza s'est intéressé aux liens spécifiques du jeu pathologique et des dépressions dans une étude sur des jumeaux de sexe masculin d'âge moyen. Ils retrouvaient une variabilité du jeu pathologique de 66 % d'origine génétique et de 41 % pour les dépressions majeures. La corrélation était forte entre le jeu pathologique et les dépressions, et l'influence génétique était plus significative dans cette population précise présentant cette comorbidité⁷⁸.

Black et al. ont aussi retrouvé des troubles anxieux généralisés (8 %) et des troubles de la personnalité de type antisociale (5 %) dans les antécédents des parents de premier degré de joueurs..

L'hypothèse que le jeu pathologique ait des facteurs génétiques communs avec la dépendance aux substances et en particulier à l'alcool, mais également avec le trouble de personnalité antisociale, a été avancée dans plusieurs études sur des populations de jumeaux.

La co-occurrence fréquente de ces troubles serait expliquée en partie par des gènes qui influenceraient de manière similaire ces trois troubles psychiatriques, probablement par le biais de facteurs neurobiologiques et neurotransmetteurs communs.

Krueger et al. parlent d'« externalizing factor » qui englobe le trouble de personnalité antisociale, la désinhibition et l'abus ou la dépendance aux substances ; mais ils n'y incluent pas le jeu pathologique⁷⁹. Ils ont considéré récemment que ce facteur « externalizing » serait hautement héréditaire et que ces trois registres de troubles seraient liés par un spectre commun génétique^{71, 79}.

Or ce facteur est également décrit dans plusieurs études comme étant fortement lié génétiquement avec le jeu pathologique. La question de l'intégration du jeu pathologique dans un spectre génétique commun avec la dépendance à l'alcool, la personnalité antisociale et la désinhibition peut donc se poser. (Slutske et al.)^{71, 75}.

2.4.2 **Facteurs environnementaux**

Mais la présence de troubles de l'humeur, d'abus ou de dépendances aux substances psychoactives, et de difficultés psychosociales, peut se comprendre aussi au travers des facteurs environnementaux non génétiques.

Le jeu pathologique est un facteur de risque d'exclusion et d'isolement. Les dysfonctionnements familiaux sont souvent rapportés par les études ; les divorces sont fréquents. Ces conséquences familiales décrites résultent probablement de la somme de facteurs génétiques et des conséquences des réactions émotionnelles et psychologiques en lien avec la symptomatologie et les conséquences du jeu pathologique chez le proche⁷¹, comme c'est le cas dans beaucoup d'addictions.

2.4.3 **Approche biologique moléculaire**

Des travaux se sont également intéressés à l'approche biologique moléculaire du jeu pathologique.

Ils ont essayé de déterminer des formes alléliques spécifiques plus représentés chez les joueurs pathologiques.

2.4.3.1 **Récepteurs dopaminergiques**

Chez des modèles animaux (rats), le rôle prédominant de la dopamine sur les systèmes de récompense et de plaisir, en cause dans les dépendances et dans le jeu pathologique, a été démontré.⁸⁰

La biologie moléculaire s'est donc intéressée aux gènes codant pour la dopamine et ses récepteurs, en particulier les récepteurs D2 et D4.

Les résultats des études diffèrent et sont parfois contradictoires. Les liens sont complexes entre les formes alléliques, le génotype et le phénotype. Des allèles d'un même gène peuvent avoir plusieurs formes d'expression phénotypique.

Des auteurs se sont intéressés dans un premier temps au polymorphisme du gène DRD2. Ce récepteur est particulièrement retrouvé au niveau des systèmes de récompenses du système nerveux central (noyau accumbens, amygdale et cortex orbito-frontal).⁸¹

Chez les joueurs pathologiques, Comings et al. ont trouvé 50 % de prévalence de l'allèle A1

versus 25 % chez les témoins appariés (différence très significative)⁸². L'existence de cet allèle A1 a été retrouvée associée à une concentration moins importante de récepteurs DRD2 ; les auteurs ont émis l'hypothèse que la moindre sensibilité à la récompense pourrait être liée à cette concentration moins importante de récepteurs chez les sujets ayant des troubles addictifs par exemple.⁸¹

De même ils ont trouvé un lien entre le niveau de sévérité du jeu et les formes alléliques. Les sujets ayant les formes les plus sévères de jeu présentaient l'allèle A1 (Taq1) dans 63,8% des cas, alors que ceux ayant les scores les plus bas n'avaient l'allèle A1 que dans 40,9 %.

De plus, cette forme allélique était plus fréquemment retrouvée chez les sujets joueurs pathologiques ayant des conduites d'abus ou de dépendances à l'alcool ou à d'autres substances associées. De la même manière, elle était plus fréquente chez les sujets dépendants à l'alcool et aux opiacés non joueurs pathologiques versus des sujets témoins.

Ces données vont dans le sens d'un spectre commun des dépendances, associant une vulnérabilité commune génétique et neurobiologique.⁸²

Comings et al. ont également réalisé une étude génétique du récepteur DRD1. Ils suggéraient dans leurs résultats un probable effet additif du polymorphisme et de l'expression du gène DRD1 à celui du gène DRD2.⁸³

D'autres études se sont intéressées ensuite au gène DRD4. Certains auteurs ont trouvé, dans une population de 68 sujets caucasiens, des associations entre le polymorphisme allélique de ce gène et l'existence de jeu pathologique, et ceci de manière plus significative chez les femmes⁸⁴. Comings et al., dans une étude sur une plus grande cohorte, ont retrouvé que le rôle du gène du récepteur DRD4 dans le jeu pathologique était plus complexe que découlant seulement de son polymorphisme génétique. Ils n'ont pas retrouvé de variation phénotypique significative en comparant les polymorphismes génétiques de ce gène. Cependant, ils ont trouvé une plus grande fréquence d'hétérozygotie chez les joueurs pathologiques, associée à de plus grands scores de sévérité chez les dépendants aux substances dans la même étude.⁸⁰

2.4.3.2 Systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques

Les systèmes neurobiologiques sérotoninergiques et noradrénergiques joueraient également un

rôle dans le jeu pathologique.

Des associations positives ont été retrouvées entre le gène du transport de la sérotonine et le jeu pathologique.

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

Ils ont retrouvé de manière significative une plus grande réactivité des joueurs pathologiques, qui décrivaient une sensation de craving plus importante et avaient une augmentation des taux de prolactine plus élevée par rapport au groupe contrôle. De plus, ils retrouvaient une association positive entre l'intensité des symptômes cliniques de jeu pathologique et l'intensité de la réaction neuroendocrine ⁸⁵.

Par ailleurs, d'autres auteurs se sont intéressés au rôle de la Monoamine oxydase A dans le jeu pathologique. Dans une étude en 2000, Perez de Castro et al. ont retrouvé une association positive entre le polymorphisme génétique de la monoamine oxydase A et le jeu pathologique. Les mêmes auteurs ont retrouvé dans une autre étude, une association entre le polymorphisme du gène codant pour la MAO A et celui de la sérotonine, retrouvés plus fréquemment associés chez les joueurs pathologiques en comparaison à des témoins appariés. Ils émettaient l'hypothèse d'une action simultanée de ces deux systèmes sur la vulnérabilité des joueurs pathologiques. ⁸⁶

Certaines de ces études ont suggéré que ces facteurs moléculaires seraient liés au genre. En effet, plusieurs études rapportent des polymorphismes génétiques retrouvés plus significativement chez les hommes par rapport aux femmes. Mais le biais est que beaucoup d'études portent sur des populations caucasiennes masculines majoritairement. ⁸⁶

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

2.4.3.3 Génétique et extraversion

Certaines études se sont intéressées à la génétique de l'extraversion et de la recherche de nouveauté. En effet, ces dimensions de personnalité fortement chercheuse de sensations sont depuis Zuckerman reconnues comme étant fortement associées aux dépendances d'une manière

générale et au jeu pathologique en particulier. Une étude de Cohen et al. a retrouvé, dans une étude expérimentale chez des volontaires sains, des liens entre des traits d'extraversion au niveau de la personnalité, une plus grande fréquence de l'allèle Taq1 (gène DRD2) et une plus grande réactivité cérébrale à des tests de récompense (analyse par neuroimagerie ; IRM fonctionnelle)⁸¹. Cette étude soutient l'hypothèse de liens entre le polymorphisme génétique, le fonctionnement cérébral et les traits de personnalité.

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

2.5 Approche biologique

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

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

On peut émettre 2 hypothèses sur les types de liens :

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

Des études faites chez des dépendants aux opiacés de longue date ont montré que les substances agissent sur les systèmes dopaminergiques, mais également sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ; ainsi des concentrations sériques diminuées d'ACTH et de cortisol ont été constatées (Amir et Coll.,1980 ;Gold et Rea,1983 ;Szekely,1994)⁸⁷.

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

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

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

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

Pour rendre compte des connaissances chez l'homme, on peut se référer à une revue de la littérature, dans laquelle les auteurs se sont intéressés au lien entre axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et dépendance (Kreek, 1998)⁸⁸.

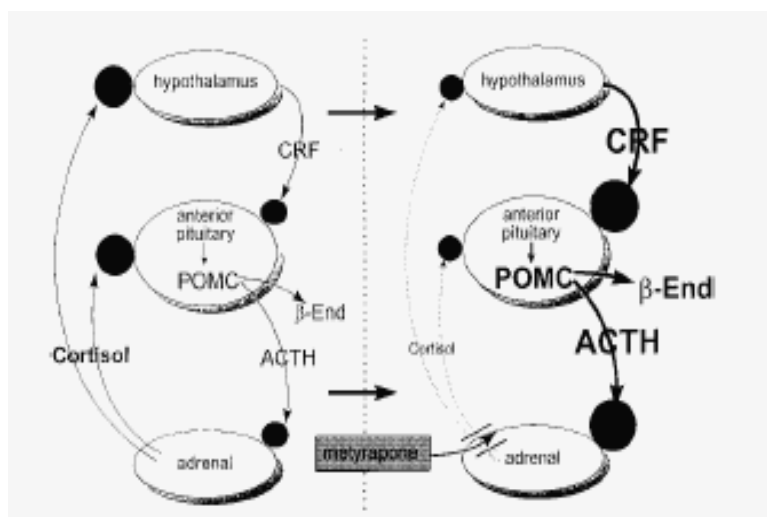


Fig.1 Illustration du test à la métapyrone et son effet sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Extrait de Kreek & Koob (1998)

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

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

L'hypothèse émise a été que ce sevrage induit serait dû à l'effet d'un stimulus conditionnel interne de sevrage aux opiacés. En effet, cette réponse était similaire à celle observée lors de l'exposition à des stimuli liés aux opiacés (stresseurs environnementaux). Par ailleurs, il a été montré que l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (augmentation des taux d'ACTH, de cortisol et d'endorphines) précédait le début des symptômes de sevrage.

Ces résultats chez l'homme posent la question de savoir si la réactivité aux stresseurs environnementaux par exemple les stimuli liés à l'objet de dépendance est aussi associée à des modifications de l'axe corticotrope chez les sujets dépendants.

Par ailleurs plus récemment, des études ont été menées chez des joueurs réguliers et /ou pathologiques. Les auteurs se sont intéressés au dosage de cortisol chez les joueurs en situation de jeu « in vivo ». Meyer G. et al. (2000) ont retrouvé en situation réelle de jeu au casino une augmentation prolongée du taux de cortisol salivaire. Elle y était associée à des signes de réactivité psychophysiologique, marquée par une augmentation du rythme cardiaque en situation de jeu ⁸⁹. Mais les mêmes auteurs dans une étude ultérieure n'ont pas retrouvé d'augmentation

significative du cortisol en comparaison à des joueurs non pathologiques⁸⁹. Ils ont cependant noté une réactivité psychophysiologique, avec une activation du système sympathique et une augmentation du rythme cardiaque, ainsi qu'un un taux plus élevé de dopamine et norépinephrine⁹⁰.

Des études chez l'animal viennent confirmer l'importance du stress et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien dans l'initiation de la rechute.

Des chercheurs se sont intéressés aux différences entre 2 groupes animaux définis par leur tendance à s'auto-administrer des substances. Des animaux présentant une réactivité motrice et comportementale élevée à l'exposition forcée à un nouvel environnement, dits les High Responders (HR), montraient une réponse locomotrice plus forte aux opiacés et aux psychostimulants (cocaïne et amphétamines), et une tendance plus forte à s'auto-administrer des substances par rapport aux autres animaux, dits Low Responders (LR) (Piazza, 1991)^{91, 92}.

Par ailleurs, les animaux HR semblaient présenter une dérégulation de l'axe corticotrope. Cela se manifestait par une sécrétion prolongée de corticostérone en réponse à une épreuve de stress. De plus, ils avaient une plus grande sensibilité aux effets comportementaux (augmentation de l'activité locomotrice) et dopaminergiques (augmentation de libération de dopamine) des glucocorticoïdes. Ces différences concernant l'axe corticotrope entre animaux HR et LR semblaient expliquer la plus grande vulnérabilité des animaux HR aux substances pouvant donner lieu à dépendance.

En résumé, il a été montré deux choses :

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

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

corticotérocne chez les sujets dépendants, en réponse à l'exposition à des stressors environnementaux.

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

2.5.2 **Le dysfonctionnement dopaminergique**

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

Ce système de la récompense se compose du thalamus, de l'amygdale, du noyau accumbens et du cortex préfrontal. Les voies dopaminergiques concernées principales sont la voie cortico-nigro-striatale et la voie méso-cortico-limbique.⁸¹

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

La sécrétion dopaminergique est modulée par le système opioïde, les interneurones GABA, et par les récepteurs à l'acétylcholine ainsi que par les récepteurs CB1. L'action des différentes substances exogènes est bien connue.⁸⁷

Les études animales semblent peu réalisables dans le cas du jeu pathologique, mais l'implication de ce système dopaminergique dans les addictions et dans le jeu pathologique est reconnue actuellement.

Roy et al. ont retrouvé dans des études comparant des joueurs pathologiques à des sujets sains des taux de métabolites de la noradrénaline, marqueur du système dopaminergique, plus élevés dans le LCR et dans les urines chez les joueurs^{77, 93}.

Des études de neuro-imagerie fonctionnelle (IRM fonctionnelle, PET scanner) l'ont également souligné ; elles retrouvaient des activations anormales des zones striato-thalamo-cortico préfrontales.

Potenza et al. ont fait plusieurs études d'IRM fonctionnelle chez des joueurs pathologiques en situation expérimentale ; ils les ont exposé à des stimuli de jeux (films vidéos) ou à des tests (stroop test) et ont retrouvé une diminution de l'activité du cortex orbito-frontal ventro-médial significative par rapport aux sujets contrôles.

Cette zone est celle qui est liée à la prise de décision et surtout à l'initiation des réponses liées à des motivations en lien avec une récompense, mais cette zone est aussi liée à l'attente de la récompense.⁹⁴

Des études ont retrouvé des taux abaissés de dopamine et de ses métabolites dans le LCR de joueurs pathologiques, suggérant une fonction altérée des systèmes noradrénergiques et dopaminergiques.⁴⁵

Certains auteurs ont récemment soutenu cette hypothèse, à partir d'études chez des sujets sains, dont l'extrapolation peut laisser imaginer le rôle de la dopamine dans les addictions. Ils ont trouvé des liens entre des diminutions de dopamine provoquées (déclenchés par des injections de BCAA) et de mauvaises prises de décisions liées aux émotions, avec en particulier peu de résistance aux récompenses à court terme malgré des conséquences négatives à long terme⁹⁵.

Elle est d'ailleurs aussi confirmée de manière indirecte par le fait que les conduites de jeu pathologique surviennent chez des sujets atteints de la maladie de Parkinson, donc ayant des lésions des voies dopaminergiques (locus niger), lors des traitements par agonistes dopaminergiques.

Bien connue, cette association connaît des facteurs prédictifs : la précocité de la maladie de parkinson, des comportements de jeu antérieurs aux symptômes parkinsoniens et l'association des traitements par dopamine et levodopa /carbidopa⁹⁶; la posologie est aussi retrouvée comme facteur de risque mais de manière plus discutée. Le type d'agonistes n'interviendrait pas.^{97, 98}

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

pathologique.

2.5.3 **Autres hypothèses**

2.5.3.1 Dysfonctionnement sérotoninergique

Le caractère impulsif et compulsif du jeu pathologique a conduit à des hypothèses de dysfonctionnements sérotoninergiques, de même que les réponses aux traitements par antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine^{7, 85}.

Mais les résultats sont parfois discordants ; certaines études n'ont rapporté aucune altération des taux de métabolites de la sérotonine (5-hydroxytryptamine et 5-hydroxyindoleacetic) chez les joueurs pathologiques, alors que d'autres auteurs ont retrouvé des taux diminués de 5-HIAA chez des hommes joueurs pathologiques (Nordin and Eklundh, 1999).

Dans une étude plus récente, ces mêmes auteurs ont dosé les monoamines dans le LCR de joueurs pathologiques (n=40) et de sujets contrôles. Ils ont retrouvé des taux significativement inférieurs de tryptophane et de sérotonine dans les LCR des joueurs pathologiques, alors que contrairement à leur étude précédente, ils retrouvaient des taux élevés de 5-HIAA. Les auteurs en concluaient que la sérotonine jouait un rôle dans la pathogénie du jeu pathologique⁹³.

2.5.3.2 Les endorphines

Blaszczynski et al. ont retrouvé des taux abaissés de β endorphines chez des joueurs de champs de course. Ils retrouvaient des différences en fonction du jeu ; les joueurs de machines à sous avaient des taux similaires à ceux des témoins. Ces différences pourraient s'expliquer par des niveaux d'activation corticale et d'éveil différents (Blaszczynski,1986). Ces résultats étaient soutenus par une étude de Meyer et al. en 2004, qui retrouvait que les taux de β endorphines chez les sujets joueurs à problèmes avaient une nette tendance à être inférieurs à ceux des joueurs non problématiques⁸⁹.

Il existe quelques études qui ont associé des enregistrements électroencéphalographiques aux mesures neurobiologiques. Mais il n'existe pas de résultats concluants à notre connaissance.

3 Jeu pathologique et troubles de la personnalité

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

D'une part, il existe des comorbidités addictives, en particulier des abus ou des dépendances à des substances. Lesieur et Blume (1993) ont retrouvé 9 à 14 % de jeu pathologique chez les sujets dépendants à des substances psychoactives (alcool ou drogues)²⁰. D'un autre côté, des études de cohorte de joueurs pathologiques en traitement ont révélé de 47 à 52 % d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à des drogues²¹.

Au niveau psychiatrique, il est associé aux troubles anxieux, aux troubles de l'humeur et à la dépression en particulier⁹⁹, ainsi qu'à différents troubles de la personnalité.

Les prévalences des troubles de personnalité chez les joueurs pathologiques varient de 25 à 93% selon les études. Blaszczynski et Steel, dans une étude australienne, ont retrouvé que 93 % des sujets joueurs pathologiques en demande de traitement répondaient aux critères d'au moins un trouble de la personnalité¹⁰⁰.

Ibanez et al. ont retrouvé 42 % de troubles de personnalité dans leur population espagnole de joueurs pathologiques. Ces troubles représentaient dans leur étude la comorbidité psychiatrique la plus fréquente¹⁰¹.

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

Il est donc intéressant de s'intéresser aux troubles de la personnalité dans l'optique d'une meilleure appréhension individuelle et pour la prise en charge^{70, 101}.

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

Le modèle catégoriel répartit les troubles en classes selon des critères diagnostiques bien définis, mais qui sont loin de faire l'unanimité, notamment du fait de chevauchements diagnostiques problématiques.

L'approche dimensionnelle permet d'identifier des traits de avec l'idée d'un continuum entre normal et pathologique.

3.1 Approche catégorielle

Peu d'études ont été faites sur les troubles de personnalité chez les joueurs pathologiques.

Une étude de Black et Moyer retrouvait chez des joueurs pathologiques une forte association avec la personnalité obsessionnelle compulsive (59 %), la personnalité évitante à 50 %, la personnalité schizoïde (33 %) et la personnalité schizotypique (30 %) ¹⁰².

Tableau 1. Répartition des troubles de personnalité catégoriels selon la littérature
D'après les études de Blaszczyński et al. ¹⁰⁰, Black et Moyer ¹⁰², Specker et al. ¹⁰³

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

Les résultats des études ne sont pas toujours congruents (cf tableau 1). On peut émettre des limites à ces résultats, en effet les études disponibles ont souvent été réalisées en population masculine majoritairement, chez des joueurs pathologiques en demande de soins et d'âge moyen¹⁰⁴.

De plus, beaucoup d'études ont été faites sur le continent nord américain ; alors qu'on peut supposer qu'il pourrait exister des différences de personnalité des joueurs en fonction de différents types de populations, comme cela a été suggéré dans quelques études comparant la psychopathologie des joueurs selon les tranches d'âge et les sexes ou les origines culturelles^{52, 56}

3.1.1 Jeu pathologique et trouble de la personnalité antisociale

La personnalité antisociale regroupe un ensemble d'anomalies du caractère et des conduites caractérisées par l'impulsivité, une instabilité affective et professionnelle et des tendances antisociales¹⁰⁵.

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

Dans le DSM III, la personnalité antisociale a été exclue du cadre du jeu pathologique³. Puis cela a été révisé dans les versions ultérieures ; selon le DSM IIIR, « Les problèmes liés au jeu sont souvent associés à la personnalité antisociale, et, dans le jeu pathologique, le comportement antisocial est fréquent. Lorsque les deux troubles sont présents, les deux diagnostics doivent être faits »⁹.

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

La personnalité antisociale a une prévalence de 1,5 à 3,5 % en population générale^{105, 106}. Les études chez les joueurs pathologiques retrouvent des taux supérieurs à ceux là. Steel et Blaszczynski ont trouvé 29 % de personnalité antisociale chez des joueurs en demande de traitement¹⁰⁷ alors que Ibanez et al. ont retrouvé une prévalence de 14,5 % chez 69 joueurs

pathologiques¹⁰¹ .

Pietrzak et Petry ont trouvé dans une cohorte de joueurs pathologiques plus importante (n=237), une prévalence de 16,5 % de personnalité antisociale¹⁰⁶.

Dans cette étude, les joueurs pathologiques répondant aux critères diagnostiques de personnalité antisociale étaient majoritairement des hommes, en moyenne plus jeunes. Leur niveau d'éducation était moindre et ils avaient plus d'antécédents de ruptures conjugales¹⁰⁶.

Beaucoup d'études s'accordent en général pour dire que la cooccurrence des 2 diagnostics pronostique un niveau de sévérité du jeu pathologique plus élevé, au niveau social, médical et des consommations de substances psychoactives associées^{106, 107}.

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

3.1.2 Jeu pathologique et personnalité obsessionnelle ou anankastique

Des hypothèses de similarités ont été émises par rapport aux points communs cliniques entre le jeu pathologique et les troubles obsessionnels compulsifs.

En effet, de la même manière, il existe une tension et une angoisse incontrôlable avant l'acte, associée à un vécu de culpabilité ensuite dans le jeu pathologique et les troubles obsessionnels compulsifs¹⁰⁸.

De plus certaines études ont retrouvé chez des joueurs pathologiques, de la même manière que chez les sujets atteints de troubles obsessionnels compulsifs , des réponses positives aux traitements par antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine^{109, 110}. Mais la littérature est controversée par rapport aux liens entre ces deux entités cliniques.

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

Hollander a émis l'hypothèse que le jeu pathologique pouvait être classé dans le spectre des

troubles obsessionnels compulsifs(Hollander,1997)¹¹¹.Par ailleurs, Blaszczynski et al. ont retrouvé dans une étude chez des joueurs pathologiques plus de traits obsessionnels et compulsifs chez les joueurs en comparaisons à des témoins .Ils avaient fait le lien entre certains symptômes obsessionnels (peur de perdre le contrôle) et le jeu pathologique alors que d'autre symptômes n'y étaient pas associés (vérification,peur de contamination)¹¹². Frost et al. en 2001 ont supporté cette hypothèse par une étude où ils comparaient des joueurs de jeux de grattage et de loterie pathologiques versus des joueurs non pathologiques ;ils ont également retrouvés des scores de sévérité d' obsessionnalité (Y-BCOS) plus importants dans le groupe pathologique¹¹¹.

Black et al. ont retrouvé des résultats similaires d'association entre des symptômes obsessionnels et le jeu pathologique mais sur une plus petite cohorte ¹⁰².

D'autre part , les études menées analysant l'existence de jeu pathologique chez les patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs ,retrouvent de 0 à 1% de prévalence (Bienvenu et al. 1990 ;Hollander et al.1997)¹⁰⁸.Ce taux ne diffère pas des taux de prévalence retrouvés en population générale.

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

Kim et Grant ont comparé les traits de personnalité de deux populations de joueurs pathologiques et de sujets atteints de troubles obsessionnels compulsifs, selon le modèle de Cloninger (*Tridimensionnal personality Questionnaire*).Ils ont retrouvé plus de différences significatives que de similitudes entre ces deux populations. Les joueurs avaient des scores élevés de « recherche de nouveauté », ce qui est cohérent avec la littérature où l'impulsivité et la recherche de sensations sont des traits fréquemment décrits .De plus à l'inclusion de cette étude ils avaient exclus les sujets présentant un trouble de personnalité antisociale ; mais malgré cela le trait de recherche de nouveauté était significativement élevé. De plus les niveaux d' « évitement du danger » étaient nettement moindre chez les joueurs .L'hypothèse émise par les auteurs est que les obsessions des joueurs seraient liées au « craving » c'est à dire à l'envie irrépressible de jouer, qui s'intègre à la définition du jeu pathologique ,plutôt qu'aux doute et aux ruminations retrouvées chez les obsessionnels.¹⁰⁸

Les résultats de la littérature retrouvent donc que les joueurs pathologiques ont des scores plus élevés que des témoins et des joueurs non pathologiques aux échelles d'évaluation des troubles obsessionnels compulsifs .Mais les hypothèses émises discordent selon les auteurs .Mais on peut

s'appuyer sur l'étude de Kim et Grant, qui a retrouvé des différences significatives entre une population de joueurs pathologiques et une population de sujets présentant des troubles obsessionnels compulsifs ,pour bien distinguer ces deux entités morbides .

3.1.3 Jeu pathologique et personnalité évitante

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

Elle se rapproche de la personnalité dépendante, mais les sujets évitants ont un niveau d'anxiété plus élevé que les sujets dépendants ; de plus ils redoutent les relations aux autres par peur du rejet, alors que les sujets dépendants ne se sentent en sécurité qu'en présence de quelqu'un d'autre.¹⁰⁵

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

Specker et al. ont retrouvé dans une étude un taux de personnalité évitante de 12,5% .Elle était la personnalité la plus représentée dans cette étude¹⁰³.

De même une étude menée sur une population de sujets suivis en ambulatoire, comparant les joueurs pathologiques ($SOGS \geq 5$) aux non joueurs ou à des joueurs non pathologiques, a retrouvé, de manière significative, une plus grande fréquence de la personnalité évitante par rapport aux autres troubles de la personnalité chez les joueurs .Mais cette étude a été menée en population majoritairement féminine et afroaméricaine .Les résultats sont donc difficilement généralisables¹¹³.

3.1.4 Jeu pathologique et autres troubles de personnalité

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

Blaszczynski et al. ont trouvé une grande fréquence de borderline (70%), puis venaient les personnalités narcissiques (57%) et histrioniques (66%) et dépendantes (37%) dans leur étude catégorielle de personnalités chez les joueurs pathologiques ($n=82$)¹⁰⁰.

De même Fernandez et al. ont trouvé 32% de troubles de personnalité dans une cohorte de joueurs pathologiques. La plus fréquente était la personnalité borderline (16%) puis suivaient en fréquence la personnalité antisociale, paranoïde, narcissique et non spécifiques (8% chacun)¹¹⁴.

Beaucoup d'études rapportent la cooccurrence fréquente de plusieurs troubles de personnalité. Dans leur étude de 1998, Blaszczynski et al. retrouvaient en moyenne 4.7 ($SD=2.8$) troubles de personnalité de l'axe II du DSM par sujet¹⁰⁰. Ce phénomène reflète la complexité clinique et permet de soulever l'intérêt d'une approche dimensionnelle. De plus les instruments de diagnostics catégoriels tendent à créer des faux positifs et à parfois surestimer les troubles de personnalité.

3.2 Approche dimensionnelle

Quelques études se sont intéressées à une approche dimensionnelle, en se penchant particulièrement sur les dimensions de recherche de sensations et d'impulsivité.

Cette approche permet d'identifier des sous populations cliniques parmi le grand spectre que représente le jeu pathologique.

3.2.1 Les joueurs pathologiques, une population hétérogène

En effet, la population de joueurs pathologiques et par extension de joueurs en général semble être hétérogène, probablement plus que pour les autres dépendances.

Il existe de grandes variations d'âges, de sexe, de catégories socio professionnelles et de psychopathologies.

3.2.1.1 Variations en fonction de l'âge

Certains auteurs se sont intéressés aux variations de la psychopathologie et de la personnalité des sujets en fonction de l'âge^{52, 54}.

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

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

De l'autre côté les sujets d'âge moyen (27- 43 ans) avaient des scores plus élevés au MMPI de dépression, d'hypocondrie et de psychopathie⁵².

3.2.1.2 Variations en fonction du type de jeux

Petry et al. ont comparé les caractéristiques de joueurs pathologiques en fonction du type de jeu de prédilection (Machines à sous, jeux de cartes , paris de chevaux, paris sportifs, loterie et grattage)⁵⁷.

Ils ne se sont pas intéressés particulièrement à la personnalité, mais ils ont trouvé des différences significatives et ont ébauché une sorte de typologie en fonction des jeux.

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

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

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

Les joueurs de jeu à gratter et de loterie, jouaient différemment, c'est-à-dire des sommes plus

faibles mais plus fréquemment et avaient un profil plus sévère. Ils rapportaient plus d'abus et de dépendances à l'alcool et aux substances associées que dans les autres groupes .De plus, il existait des troubles psychiatriques sévères : des antécédents de suicide (30%) et d'hallucinations (15%).

L'hypothèse émise par les auteurs est que les sujets ayant des pathologies psychiatriques sévères pouvaient avoir accès facilement à ce type de jeux du fait de leur disponibilité et du faible coût ; ils seraient plus vulnérables face à cette exposition

Dans le cas des jeux de cartes, on est dans un type de jeu à la limite des jeux de hasard pur, comme on l'a évoqué plus haut. Les joueurs de cartes avaient des niveaux de sévérité du jeu, des comorbidités psychiatriques et addictives inférieures à tous les autres groupes .L'hypothèse émise par les auteurs était que les jeux de cartes demandaient une attention et un maintien du jugement, ce facteur conduirait les joueurs à garder une certaine maîtrise de leur comportement ⁵⁷.

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

3.2.2 Recherche de sensations

La recherche de sensations est un concept que Zuckerman a développé dès 1964.Elle s'éloigne du concept pur de trait de personnalité du fait du peu de stabilité dans le temps .Mais ce trait de recherche de sensations se rapproche de l'extraversion décrite par Eysenck et de la recherche de nouveauté décrite par Cloninger¹⁰⁵ .

Zuckerman a défini la Sensation Seeking Scale, qui évalue la recherche de sensations selon 4 facteurs principaux ¹¹⁵:

- 1) **Recherche de danger et d'aventures (TAS)**, regroupant des items de goût du risque, de l'extrême.
- 2) **Recherche d'expériences (ES)**, reflétant le besoin d'expériences nouvelles constantes.

- 3) **Désinhibition** (DIS) : besoin d'hédonisme, au travers d'activités sociales avec parfois des transgressions de règles établies.
- 4) **Susceptibilité à l'ennui** (BS), reflétant le fait que le sujet ne supporte pas la répétition, la routine et la solitude.

La dimension de recherche de sensations a été beaucoup décrite chez des sujets dépendants à des substances (alcool, opiacés, cocaïne) dans des études les comparant à des sujets contrôles¹¹⁶.

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

Lejoyeux et al. ont étudié les niveaux de recherche de sensations et les niveaux d'impulsivité dans une étude contrôlée dans une population de sujets dépendants à l'alcool en demande de sevrage, en distinguant deux groupes en fonction de l'existence ou non d'une comorbidité « Trouble du contrôle des impulsions » (ICD) incluant donc le jeu pathologique. Il a utilisé dans cette étude la *Barratt Impulsive Scale* et l'*échelle de Zuckerman*.

Ils ont retrouvé que le groupe joueur pathologique avait des niveaux de recherche de sensations significativement élevés, avec en particulier des niveaux élevés de recherche d'expérience et de désinhibition. Par ailleurs, les scores d'impulsivité ne différaient pas entre les sujets présentant une comorbidité jeu pathologique et les autres.

Les auteurs concluaient que dans cette population, le jeu pathologique serait plus lié à une désinhibition et à la recherche d'expérience qu'à l'impulsivité. Mais ces résultats concernaient un type de population particulier (dépendants à l'alcool, demandeurs de sevrage) et ne sont donc pas généralisables¹¹⁷.

Par ailleurs, d'autres auteurs ont utilisé le modèle de Cloninger (*Tridimensionnal personality Questionnaire* ou *inventory*) pour l'approche dimensionnelle de la personnalité^{105, 118}.

Ce modèle explore 4 dimensions. Un tempérament « équilibré », selon ce modèle, correspond à des scores moyens pour chaque dimension :

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

Kim et Grant, en utilisant le *TPQ*, ont comparé les traits de personnalité d'une population de joueurs pathologiques et de sujets atteints de troubles obsessionnels compulsifs. Bien que dans cette étude ils aient exclus les sujets présentant un trouble de personnalité antisociale, les joueurs avaient des scores élevés de recherche de nouveauté. Ceci confirme l'hypothèse que la recherche de nouveauté chez les joueurs est indépendante des comorbidités antisociales¹⁰⁸.

Ces résultats ont été confirmés par une étude de Martinotti et al. Ils ont comparé des populations de joueurs non cliniques en différenciant les joueurs pathologiques des non pathologiques et des sujets contrôles. Ils ont retrouvé de manière significative des taux plus élevés de recherche de nouveauté dans le groupe de joueurs pathologiques par rapport aux deux autres¹¹⁶.

Plusieurs auteurs ont avancé l'hypothèse que cette dimension de recherche de sensations serait liée à l'âge des sujets. Une étude espagnole retrouvait des niveaux de recherche de sensations avec l'échelle de Zuckerman significativement supérieurs, en particulier pour la recherche de danger et d'aventures chez des joueurs pathologiques âgés de 17 à 24 ans en comparaison à 2 groupes plus âgés de 24-43 ans et plus de 44 ans⁵².

Certains auteurs interprètent cette recherche d'expériences et de nouveauté des joueurs pathologiques comme des défenses contre la dépression et l'anxiété.

Les études rapportent des prévalences élevées de dépression et d'anxiété ; un lien a même été établi entre les comportements de jeu et les niveaux d'anxiété des sujets. Des auteurs (Graham et Lowenfeld, 1986) ont défini un sous type de personnalité « réactionnelle à la dépression » en utilisant les résultats du MMPI chez des joueurs pathologiques⁷⁰. Mc Cormick et al. (1994) ont aussi décrit un sous-type de joueurs présentant une dysthymie chronique avec une dépressivité sous jacente, qui serait un facteur pronostique de rechute⁷⁰.

Par ailleurs, ces mêmes auteurs ont également décrit une forte susceptibilité à l'ennui, en particulier chez certains joueurs pathologiques que les auteurs qualifiaient d'« hyperactifs » ; ils seraient chroniquement sous stimulés et chercheraient donc constamment à éviter l'ennui. Lesieur et al. ont caractérisé ces joueurs chercheurs de sensations et d'expériences « Action seekers ». Ces « sous types » de joueurs pathologiques auraient une mauvaise tolérance à l'ennui, la recherche de nouveauté et de sensations seraient plus importantes chez eux⁵⁹.

Selon plusieurs auteurs, en fonction du sous type sous jacent, on observerait des conduites de jeu différentes. Ceux ayant une forte susceptibilité à l'ennui joueraient plutôt à des jeux « à sensations » Ils ont souvent besoin de stimulations, d'être hyperactifs et en tension, avec une incapacité à ressentir des émotions et à se détendre.

Leurs jeux de prédilection sont souvent des jeux pouvant maintenir des niveaux d'excitation intenses et soutenus tels que les paris hippiques par exemple ; alors que les joueurs présentant un profil plus déprimé joueront plus volontiers à des jeux isolés socialement et répétitifs , aux machines à sous par exemple^{57, 70}.

Mais d'autres auteurs n'ont pas trouvé de différences de niveaux de recherche de sensations entre des joueurs pathologiques et des sujets témoins.

Brand et al. se sont intéressés aux processus cognitifs de prise de décision chez les joueurs pathologiques (*Iowa gambling task*) et à la recherche de sensations (*échelle de Zuckerman*) chez des joueurs pathologiques en comparaison à des sujets contrôles. Ils n'ont pas retrouvé de différences de scores de recherche de sensations entre les joueurs et les sujets témoins⁶⁵. De même Castellani et Rugle (1995) ne trouvaient pas de niveaux de recherche de sensations plus élevés chez les joueurs pathologiques en comparaison à un groupe de sujets dépendants à l'alcool^{70, 119}.

Ces différences peuvent s'expliquer en partie par des différences de matériels et de méthodes, et par la variation du nombre de patients. Mais ces études ont été menées dans différents pays et on pourrait aussi émettre une hypothèse de variabilités méthodologiques et culturelles.

3.2.3 Impulsivité

Elle peut être décrite comme l'implication dans des conduites ou comportement produisant un effet immédiat positif, mais se résultant par des effets négatifs à long terme (Logue, 1995). Inclure l'impulsivité comme trait de personnalité au sens strict pose les mêmes problèmes conceptuels que pour la recherche de sensations. Je l'évoque donc ainsi mais en émettant la réserve du manque de stabilité dans le temps de l'impulsivité¹⁰⁵.

Les échelles utilisées pour l'évaluation des traits d'impulsivité des sujets sont la *Barratt Impulsive Scale*¹²⁰ et l'*échelle d'impulsivité d'Eysenck*¹²¹.

L'hypothèse du rôle de l'impulsivité chez les joueurs pathologiques est ancienne. Les études ne coïncident pas toutes, mais plusieurs auteurs ont retrouvé un moindre autocontrôle chez les joueurs comme chez les sujets dépendants à l'alcool (Mc Cormick et al., 1987)⁷⁰ et un niveau élevé d'impulsivité en comparaison à des témoins^{100, 122}.

De même, Castellani et Rugle ont retrouvé dans une étude des taux d'impulsivité plus élevés chez les joueurs pathologiques en les comparant à des sujets dépendants à l'alcool, mais sans augmentation de la recherche de sensations¹¹⁹.

Blaszczynski et al. ont souligné la complexité de l'association entre le jeu et les traits d'impulsivité. L'impulsivité est une dimension difficilement dissociable des catégories de personnalité antisociale et de la psychopathie¹¹². Elle doit s'appréhender au travers d'un modèle complexe de structure de personnalité à la fois catégoriel et dimensionnel.

Ainsi plusieurs auteurs ont décrit un modèle de joueur pathologique « antisocial impulsif » répondant à la fois aux critères de l'impulsivité et du trouble de personnalité antisociale. Ce sous groupe de joueurs pathologiques correspond au troisième sous-groupe selon la modélisation de

Blaszczynski, que nous avons détaillée plus haut ⁷⁰. Ce sous groupe est caractérisé comme le plus sévère au niveau de la symptomatologie du jeu et des comorbidités associées.

Ils ont plus souvent des antécédents familiaux de jeu pathologique. Le début des troubles est précoce ; le niveau de sévérité du jeu est plus élevé. Il existe plus de comorbidités suicidaires et de dépendance(s) à des substances associées ; les traits de personnalité associés sont de type narcissiques et antisociaux et il existe fréquemment des troubles affectifs.

Les comportements criminels sont plus fréquents, même non liés au jeu dans l'histoire du sujet. La demande et la réponse aux traitements de ces sujets sont souvent mauvaises et l'inadaptation s'étend souvent à tous les domaines de la vie du sujet, au delà du jeu.

Plusieurs auteurs ont avancé l'hypothèse du rôle de l'impulsivité comme trait de personnalité sous jacent dans la co-occurrence de jeu pathologique et d'abus ou de dépendances à des substances.

Des hypothèses de vulnérabilité biologique, en particulier concernant le système dopaminergique et génétique sous tendent ce sous-groupe « antisocial impulsif ».

Les auteurs ont rapproché les joueurs de ce groupe avec ceux ayant eu un déficit attentionnel de l'enfance. En effet, Carlton et al. ont conclu dans une étude chez des joueurs pathologiques qu'ils avaient plus d'antécédents de trouble hyperactif avec déficit attentionnel dans l'enfance (THADA) que les sujets témoins ^{67, 70}.

Rugle et Melamed (1993) ont trouvé des résultats similaires. Or si on considère que l'impulsivité est un trait important du THADA, ces conclusions renforcent les hypothèses de liens entre impulsivité et jeu pathologique ⁶³.

Cette dimension d'impulsivité est décrite comme la plus sensible au niveau clinique par plusieurs auteurs. Elle est indépendante du jeu, mais est un bon facteur prédictif de sévérité, au moins pour un sous groupe de joueurs.

Alessi et Petry ont mené une étude expérimentale analysant l'impulsivité des joueurs pathologiques en utilisant le « *delay discounting task* », test où les sujets ont le choix entre des petits gains immédiats ou un gros gain différé ⁶⁸.

Ils ont retrouvé que la sévérité du jeu pathologique était proportionnelle au degré d'impulsivité,

retrouvée par le questionnaire et testée par le « delay discounting task ».

Mais, comme pour le trait recherche de sensations, toutes les études ne coïncident pas et ne retrouvent pas cette association entre impulsivité et jeu pathologique.

Allcock et al. ont comparé les résultats aux échelles de Barratt et d'Eysenck de trois groupes cliniques de 10 sujets : un groupe de joueurs pathologiques, un groupe de dépendants à l'alcool et un groupe de dépendants aux opiacés avec un groupe de 25 sujets témoins.

Ils en ont conclu que les joueurs n'étaient pas impulsifs, du fait d'une élévation des scores à l'échelle de Barratt pour les dépendants aux opiacés, mais une absence de différence significative entre les joueurs pathologiques et les témoins. Mais la puissance statistique de cette étude était faible¹²³.

Lejoyeux et al. retrouvaient des résultats comparables, mais dans une population de sujets dépendants à l'alcool. Il existait des traits élevés de recherche de sensations quand il y avait une comorbidité de trouble du contrôle des impulsions (jeu pathologique inclus) alors que le taux d'impulsivité n'était pas significativement modifié. Ce constat souligne que les deux tests Barratt impulsive scale et l'échelle de Zuckerman n'explorent pas les mêmes domaines¹¹⁷.

D'une manière générale, il existe peu d'études dimensionnelles de la personnalité des joueurs pathologiques disponibles à notre connaissance. Il est relativement admis qu'il existe des dimensions d'impulsivité et de recherche de sensations chez les joueurs pathologiques. Mais ces dimensions ne sont peut être pas caractéristiques de tous les joueurs.

3.2.4 Jeu pathologique et ordalie

D'autres auteurs comme M.Valleur ont développé l'importance du concept de conduites ordaliques dans le cadre du jeu pathologique.

La conduite ordalique, selon Valleur, peut être définie par le sujet par le fait de s'engager de façon plus ou moins répétitive dans des épreuves comportant un risque mortel : épreuve dont l'issue ne doit pas être évidemment prévisible. Cette conduite a deux versants : l'abandon ou la soumission au verdict du destin mais aussi la tentative de maîtriser et du contrôler sa vie²⁴.

Selon Valleur, les addictions peuvent toutes se schématiser sur un axe de gradient ordalique entre

d'un côté le « risque subi » et de l'autre côté le « risque choisi »²⁴.

Il s'agirait d'un spectre commun à toutes les addictions .Le jeu pathologique est central sur cet axe : le risque y est vécu de manière aigue, plus que dans les troubles du comportement alimentaires ou la dépendance au tabac (« risque subi »), mais il ne s'agit pas d'un risque vital comme dans les dépendances aux substances (« risque choisi »).

Plusieurs études vont dans ce sens, l'ordalie est retrouvée dans beaucoup d'études sur les addictions, quelque soit l'objet de la dépendance en question.

Ainsi, comme on a pu le constater, il existe une littérature riche sur le jeu pathologique .Mais il existe peu de données françaises sur le sujet.

De plus en ce qui concerne l'étude de la personnalité, peu d'études se sont intéressées simultanément aux deux versants catégoriel et dimensionnel de la personnalité du joueur.

Dans la deuxième partie de mon propos, je vais donc vous présenter une étude descriptive transversale qui a été menée au CHU de Nantes et dont l'objectif était de décrire une population de joueurs pathologiques ou à risque en demande de traitement et de confronter ces résultats à ceux de la littérature international

Etude de la personnalité d'une population de joueurs pathologiques et à risques suivie au niveau d'une structure de soins spécialisés en addictologie en 2006

1. Introduction

Le service d'addictologie du CHU de Nantes reçoit depuis plusieurs années des sujets en difficulté avec leurs comportements de jeu et cherchant une aide et des soins.

Les joueurs pathologiques ou à risques y sont pris en charge au même titre que tous les sujets présentant une ou plusieurs dépendance(s) avec ou sans substances. Mais bien qu'il existe des points communs avec les autres dépendances, la population de joueurs a ses particularités.

Comme nous l'avons vu plus haut, la littérature internationale est riche sur ce sujet .Cependant, il n'existe quasiment pas d'études françaises sur les joueurs pathologiques .De plus, si on s'intéresse aux personnalités des joueurs pathologiques, les données disponibles dans la littérature sont essentiellement catégorielles.

Ainsi le service d'addictologie du CHU de Nantes a mené en 2006 une étude transversale sur un groupe de patients dont le motif de consultation initial était un problème de jeu.

Les sujets de la cohorte étudiée dans cette étude étaient en demande de soins dans le service, ou en cours de prise en charge ou ayant déjà été pris en charge pour un problème de jeu dans le service .Un des volets important de cette étude, que je vais développer ici, concernait la personnalité des joueurs, qui associait à la fois une approche catégorielle et dimensionnelle.

L'objectif principal de cette étude était de décrire les antécédents, les parcours de jeu, et les comorbidités des sujets, en insistant sur l'étude exhaustive des personnalités catégorielle et dimensionnelle, sur un échantillon de joueurs à risques ou pathologiques, consultant dans une structure française de soins spécialisée en addictologie.

Les objectifs secondaires étaient de comparer les résultats aux données internationales et d'évaluer la faisabilité d'évaluations multiaxiales dans cette population, dans un but d'application de ce schéma à une cohorte de sujets plus importante.

2. Matériels et méthodes

La méthodologie présentée concerne l'étude « « Description d'une population de joueurs pathologiques et à risques suivie au niveau d'une structure de soins spécialisés en addictologie ». Cette étude a été menée dans le service d'addictologie du CHU de Nantes. L'investigateur principal était le Pr Venisse . Cette étude a reçu le financement dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique inter-régional 2006.

Elle a reçu l'accord du Comité de Protection des Personnes.

1.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale sans bénéfice individuel direct .Tous les sujets étaient volontaires, leur consentement éclairé était recueilli par écrit avant le début de l'étude.

Dans ce protocole, il existait une évaluation unique par un seul évaluateur, formé à la passation des différents questionnaires, qui avait lieu dans le service d'addictologie du CHU de Nantes.

1.2. Population

Les sujets ont été recrutés sur la base des listes de sujets consultants ou ayant consulté dans le service d'addictologie du CHU de Nantes pour le même motif de « problèmes de jeu » (pathologiques ou à risques) depuis le 01/01/2004.

1.2.1. Critères d'inclusion

Les patients devaient répondre à différents critères pour être inclus :

- Etre âgés de 18 à 70 ans
- Consulter ou avoir consulté depuis le 1^{er} janvier 2004 un praticien du service d'addictologie du CHU de Nantes
- Répondre aux critères diagnostiques de « joueur pathologique » ou joueur à risques »selon le DSM –IV
- Accepter de participer au travail d'évaluation
- Donner leur consentement éclairé par écrit
- Ne pas présenter de critères d'exclusion

1.2.2. Les critères d'exclusion

Les sujets présentant l'un des critères suivants ont été exclus de cette étude :

- Présence d'un trouble bipolaire retrouvé à l'évaluation (MINI) : épisode maniaque actuel au cours de l'évaluation ou trouble bipolaire vie entière, indépendamment du jeu pathologique
- Présence de troubles des fonctions supérieures, de troubles mnésiques
- Présence de difficultés de compréhension ou d'expression écrite et absence de maîtrise de la langue française.
- Refus du sujet de participer

1.3. Mesures effectuées et instruments utilisés

1.3.1. Evaluation des pratiques de jeu

1.3.1.1. La section « jeu pathologique » du DSM IV¹

Cette section consiste en une liste de 10 critères, présents ou non chez le sujet, en dehors de l'existence d'un épisode maniaque.

La présence d'un nombre minimal de 5 critères assure le diagnostic de jeu pathologique.

L'existence de 2 à 4 critères permet de définir le sujet comme un joueur à risque.

Cette évaluation était réalisée à l'inclusion des patients.

1.3.1.2. Le South Oaks Gambling Screen, SOGS (Lesieur et Blume, Lejoyeux)^{16, 45}

Cet outil est un entretien structuré à visée diagnostique et pronostique (cf. **annexe 1**).

Il existe 16 items ; un score de 3 ou 4 définit le joueur comme « à risque » et un score supérieur ou égal à 5 le définit comme « pathologique ». Cet outil est l'instrument d'évaluation de

référence au niveau de la littérature internationale .Il existe une forte adéquation entre les résultats du SOGS avec les critères DSM IV ¹ du jeu pathologique .

1.3.2. Evaluation globale

1.3.2.1. Addiction Severity Index, ASI ^{124, 125}

L'ASI est un entretien semi-structuré qui permet une évaluation multifactorielle des conduites addictives .La version initiale était étudiée pour évaluer les dépendances à des substances, mais il existe une version élargie adaptée à l'évaluation conjointe du jeu « ASI gambling » (Petry et al.). Cette version de l'ASI a été validée par une étude de Petry et al.¹²⁵ et utilisée à plusieurs reprises comme instrument d'évaluation globale du sujet et de ses dépendances au jeu et aux substances.

Cet instrument explore 7 domaines de la vie du sujet : l'état médical, emploi et ressources, alcool, autres substances psychotropes, situation légale, situation familiale et sociale et état psychologique, auxquels se surajoutaient une section jeu et une section tabac pour la version utilisée dans notre étude.

De ces données sont tirés deux types de score pour chaque domaine : un premier score « de sévérité » (0 à 9) qui reflète un niveau de sévérité clinique et une nécessité d'intervention supplémentaire pour les scores au-delà de 4 .Le deuxième score dit « composite » est établi à partir de formules mathématiques qui retire la subjectivité de l'évaluateur .Dans mon propos, je ne m'intéresserai qu'aux scores de sévérité.

1.3.3. Evaluation de la personnalité

1.3.3.1. Structured Clinical Interview for DSM IV Axis Disorders, SCID-II (First M.B.; Cottraux M.,1999)^{105, 126, 127}

Le *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders* ou SCID-II est un entretien diagnostique semi-structuré évaluant les 10 troubles de la personnalité du DSM-IV, ainsi que de la personnalité dépressive et de la personnalité passive-agressive inclus dans

l'Annexe B du DSM-IV regroupant les « Critères et axes proposés pour des études supplémentaires ».

1.3.3.1.1. Structure

En 1984, un module destiné à l'évaluation des troubles de la personnalité était ajouté à la version initiale du Structured Clinical Interview for DSM-III. En 1985, ce module a été séparé du SCID pour l'évaluation des troubles de l'Axe I, sous l'appellation de SCID-II.

En 1986, le SCID-II a été révisé pour tenir compte des modifications introduites dans la révision du DSM-III, le DSM-III-R, et a été complété par un questionnaire de screening. Cette version a été utilisée, puis corrigée en fonction des résultats, et la version définitive du SCID-II pour le DSM-III-R a été publiée en 1990.

Après la publication du DSM-IV, le SCID-II a été adapté à la nouvelle édition de la classification et de nombreuses questions ont été reformulées pour permettre de mieux tenir compte du vécu du sujet. La version du SCID-II pour l'évaluation des troubles de la personnalité du DSM-IV a été publiée en 1997. Elle a été traduite en français par Cottraux M. .

Dans le SCID-II, les dix troubles officiels du DSM-IV et ceux de l'Annexe B sont évalués, l'un à la suite de l'autre, dans l'ordre suivant : personnalité évitante, personnalité dépendante, personnalité obsessionnelle-compulsive, personnalité passive-agressive, personnalité paranoïaque, personnalité schizotypique, personnalité schizoïde, personnalité histrionique, personnalité narcissique, personnalité borderline, personnalité antisociale.

L'ordre dans lequel les troubles sont évalués diffère de celui dans lequel ils sont décrits dans le DSM-IV, ceci afin de ne pas choquer le sujet dès le début de l'entretien par des questions se rapportant à l'un ou l'autre des troubles du cluster A ou « bizarre ».

Pour chaque trouble de la personnalité, les critères sont évalués dans l'ordre de leur parution dans le DSM-IV. En général, il y a une question par critère de personnalité mais, dans certains cas, il y a plusieurs questions pour évaluer les différents aspects du critère.

Le SCID comporte 3 colonnes : la colonne de gauche comprend les questions de l'entretien, celle du milieu les critères diagnostiques, et celle de droite est réservée à la cotation.

Pour chaque critère, le SCID-II comporte des commentaires destinés à aider le clinicien dans l'interprétation du critère et pour lui permettre de le différencier par rapport à des critères similaires faisant partie de la définition d'un autre trouble. Ces commentaires ne sont pas inclus dans l'instrument lui-même mais font partie du guide de l'utilisateur du SCID.

A titre d'exemple, le tableau suivant reproduit les 3 colonnes correspondant à l'évaluation du quatrième critère de la personnalité évitante selon le DSM-IV. L'exemple est suivi du commentaire, relatif à ce critère, figurant dans le guide de l'utilisateur.

Personnalité évitante	Critères de personnalité évitante
4. Vous avez dit que vous êtes [êtes-vous] souvent préoccupé(e) à l'idée d'être critiqué(e) ou rejeté(e) dans des situations sociales. Donnez-moi quelques exemples. Passez-vous beaucoup de temps à être préoccupé(e) par ceci ?	(4) Craint d'être critiqué ? 1 2 3 ou rejeté dans des situations sociales 3 = Passe beaucoup de temps à être préoccupé(e) par des situations sociales.
? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = non significatif 3 = significatif ou vrai	

1.3.3.1.2. Administration

Le SCID-II peut être utilisé en clinique et dans le domaine de la recherche.

L'intérêt du SCID-II est l'utilisation d'un questionnaire avant la passation de l'entretien. Le questionnaire forme la base de l'entretien clinique mettant l'accent sur les points pouvant avoir de l'importance. Il comprend 119 questions en vrai/faux. L'avantage du questionnaire est d'éliminer toutes les réponses négatives sachant qu'il a été conçu pour être très sensible ; mais l'inconvénient est qu'il est peu spécifique et qu'il peut exister des faux positifs.

La durée de passation est de une heure à deux ou trois heures d'entretien après la passation du questionnaire.

1.3.3.1.3. Cotation

La cotation du SCID-II est basée sur le fait qu'un comportement ou un trait de personnalité anormal peut être absent (cotation = 1), au-dessous du seuil, c'est-à-dire présent mais ne répondant pas entièrement ou ne répondant pas à toutes les caractéristiques du critère qui a été évalué (cotation=2), ou pathologique et répondre au seuil requis pour constituer un critère

diagnostique (cotation=3). La cotation « ? » est réservée à des situations où les réponses du sujet ne concordent pas avec les informations qui sont disponibles par ailleurs.

Pour déterminer si un critère doit être coté « 2 » ou « 3 », l'examineur doit se référer à des instructions précises, variables d'un critère à l'autre. Ces instructions figurent dans le guide de l'utilisateur. Elles concernent différentes caractéristiques, telle que la fréquence ou l'intensité d'un comportement, ou la présence d'un sentiment de détresse ou d'une perturbation du fonctionnement social ou professionnel.

1.3.3.1.4. Conventions du SCID-II

Avant de coter « 3 », l'interviewer ou le clinicien doit vérifier que le comportement en question répond aux trois « P » suivants : il doit être pathologique, persistant, et « pervasive » (envahissant). Le comportement est pathologique lorsqu'il est au-dessus de la norme culturelle de l'individu, il est persistant lorsqu'il est fréquent et présent depuis au moins 5 ans, il est envahissant lorsqu'il apparaît dans de nombreux domaines et avec beaucoup d'individus.

Le SCID tient compte du critère de durée en demandant que les comportements anormaux persistent pendant au moins 5 ans.

D'après le DSM-IV, un trouble de la personnalité débute tôt, à la fin de l'enfance ou au début de l'adolescence. Le SCID tient compte de ce critère en exigeant que le sujet puisse faire remonter la première manifestation d'un comportement (au moins) à la fin de l'adolescence ou au début de ses 20 ans.

1.3.3.1.5. Fidélité inter-juges et validité du SCID-II

Les études de fidélité inter juges ont été réalisées sur les versions DSM-III ou DSM-III-R et l'étude de la version française n'a été que préliminaire.

Le degré d'agrément est mesuré par le coefficient kappa. Celui-ci est un des coefficients les plus utilisés pour mesurer le degré de concordance entre des juges classant les mêmes individus dans une ou plusieurs catégories préalablement définies.

Il se définit ainsi :

$$\text{Kappa} = (\text{concordance observée} - \text{concordance prévisible}) / (1 - \text{concordance prévisible})$$

Lorsque 2 mesures sont concordantes à un degré qui n'est pas supérieur au pur hasard, la valeur de kappa est 0. Lorsque les deux mesures sont parfaitement concordantes, kappa est égal à 1.

Selon PERRY, un kappa supérieur à 0,75 représente un excellent accord diagnostic par rapport au hasard ; un kappa compris entre 0,4 et 0,75 représente un accord allant de correct à bon ; un kappa inférieur à 0,4 correspond à un faible accord diagnostic par rapport au hasard.

Plusieurs études ayant mesuré la fiabilité inter-juges de la version du DSM III dans des groupes de patients psychiatriques ont retrouvé des kappa autour de 0.50, elles pouvaient donc conclure à une fiabilité inter juges correcte.

En ce qui concerne la *validité* du SCID-II, une étude a été menée en 1999 par Bouvard M. et coll.¹²⁶. L'objectif de cette étude était la comparaison de sujets contrôles et de sujets pathologiques sur le SCID-II (questionnaire et entretien, version DSM-IV), puis la comparaison de l'avis d'un clinicien au SCID-II. Le groupe de patients (n=26) était composé de sujets ayant un trouble anxieux et/ou un trouble de la personnalité. Les diagnostics ont été portés par des cliniciens au cours d'un entretien. Le groupe de sujets contrôles a été recruté dans la population générale.

Dans un premier temps, les patients et les sujets contrôles ont été comparés sur le SCID-questionnaire et le SCID- entretien. Les résultats du SCID II- entretien montrent une différence significative entre les 2 groupes.

Le SCID-II (questionnaire et entretien) permet donc de différencier des sujets pathologiques de sujets contrôles ; la sensibilité est bonne.

La comparaison du SCID II- entretien et du clinicien montre des coefficients d'agrément (kappa) peu élevés. Sur les 7 coefficients kappa calculés, aucun n'était supérieur à 0,50. La comparaison du SCID II- questionnaire avec le clinicien est encore moins bonne que la comparaison avec le SCID II- entretien.

Ces résultats sont en accord avec ceux de la littérature et confirment, d'une part, la sensibilité des questionnaires à l'égard des troubles de la personnalité, et d'autre part, le peu d'agrément entre l'avis du clinicien et les entretiens structurés de la personnalité.

1.3.3.2. Le Minnesota Multiphasic personality Inventory, MMPI^{126, 128}

(Butcher ,1989 ; Guelfi et al., 1995)

Ce questionnaire a été créé en 1937 par Hathaway et McKinley ; il a été révisé par Butcher en 1989(MMPI 2) .Il s'agit de l'un des questionnaires les plus connus et les plus utilisés pour l'approche dimensionnelle de la personnalité.

Il s'agit d'un autoquestionnaire de 567 items évaluant la psychopathologie générale .Il couvre un champ assez vaste des aspects caractériels et affectifs mais également de la condition physique, des attitudes morales ou des conduites sociales d'un individu. La forme originale comportait 550 items et permettait d'obtenir des scores standardisés sur 9 échelles cliniques et 4 échelles de validité (ou attitudes de réponse), sous la forme de scores T (moyenne à 50 et écart-type à 10).

Il évalue 10 échelles cliniques : hypocondrie, dépression, hystérie de conversion, déviation psychopathique, masculinité/féminité, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie, hypomanie, introversion sociale.

Il s'agit donc d'un outil d'évaluation dimensionnelle de la personnalité. Chaque question (par exemple « J'ai peur de disputes avec ma famille ») était inscrite sur une carte que le sujet devait ranger dans un groupe « vrai » ou dans un groupe « faux » (ou « je ne sais pas »).

1.3.3.3. La Sensation seeking scale , SSS ¹²⁶ (Zuckerman,1971 ;Loas et al.2001)

Il s'agit d'un autoquestionnaire qui mesure la recherche de sensations (cf. **annexe 2**). Dans notre propos nous avons considéré la recherche de sensations comme un trait de personnalité, même si on peut y opposer le fait que ce trait ne soit pas stable dans le temps.

Zuckerman définissait la recherche de sensations comme « l'expression d'une disposition neurophysiologique correspondant à une variabilité de l'excitabilité corticale » ce qui peut l'apparenter à un trait de tempérament (Pelissolo ,2002)¹⁰⁵.

Cette dimension est souvent étudiée dans la littérature internationale chez les joueurs pathologiques.

1.3.3.4. Barratt Impulsive Scale, 10 ème version , BIS-10^{120, 126}

Il s'agit d'un auto questionnaire en 34 items .Il évalue l'impulsivité et permet de distinguer 3 sous scores .Elle distingue l'impulsivité motrice, l'impulsivité cognitive et la difficulté de planification.

L'impulsivité motrice est définie par le fait d'agir en l'absence de réflexion et représente la dimension comportementale de l'impulsivité. Elle implique l'action sans pensée.

L'impulsivité cognitive est définie comme la prise de décision cognitive rapide. Elle se définit par des difficultés potentielles ressenties devant des tâches intellectuelles.

La difficulté de planification ou impulsivité non planifiée est caractérisée par une orientation sur le présent et une absence d'anticipation et d'orientation vers le futur.

Il est beaucoup utilisé dans la littérature internationale pour l'étude des traits d'impulsivité dans les populations de sujets dépendants dont les joueurs pathologiques.

1.3.4. Evaluation des comorbidités : Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI (Lecrubier et al., 1987)

Cet 5 ème version de cet entretien diagnostique permet d'explorer de manière standardisée et rapide les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM IV.

Cet outil a permis dans cette étude à l'inclusion d'exclure les sujets répondant aux critères de trouble bipolaire vie entière ou d'épisode maniaque ou hypomaniaque actuel.

1.4. Procédure utilisée

Les sujets ont été extraits de la liste de consultants du service d'addictologie depuis 2004 et ont été sollicités pour participer à l'étude par téléphone ou par courrier.

Les sujets ayant répondu et donné leur accord et leur consentement éclairé par écrit ont été évalué en une session .L'évaluateur était unique. Il s'agissait d'une attachée de recherche clinique compétente dans la passation de ces questionnaires.

Les évaluations de l'ensemble de cette étude se sont étalées sur 3 mois.

Pour chaque sujet l'ensemble des questionnaires a pris 2 demi journées.

1.5 Hypothèses opérationnelles

La première hypothèse était que les données de la littérature internationale, concernant en particulier les parcours de jeux et les troubles de personnalité des joueurs, pouvaient s'appliquer à la population de joueurs français.

La deuxième hypothèse était que les outils d'évaluation utilisés dans les études internationales et en particulier nord américaines pouvaient être utilisés dans une population clinique de joueurs consultants pour leur problème de jeu en France.

1.6 Analyse statistique

Les résultats descriptifs ont été exprimés sous forme de moyenne et d'intervalle de confiance pour les variables quantitatives et sous forme de pourcentage pour les variables qualitatives.

Les analyses comparatives ont été réalisées par des tests usuels de comparaisons de moyenne et de pourcentages (test de Fisher, Chi-deux).

2. Résultats

Le nombre de sujets consultants depuis 2004 était de 46 sujets .28 sujets ont pu être contactés et ont accepté de participer .Mais seuls 25 sujets ont pu être inclus durant la période d'inclusion (février 2006 - avril 2006). Parmi eux, un sujet a été exclu du fait de résultats invalides .L'analyse de cette étude s'est donc faite sur 24 sujets.

2.1. Caractéristiques socio démographiques

2.1.1. Age et sexe

Dans ce groupe on retrouvait 79,2% d'hommes (n=19) et 20.8 % de femmes (n=5).

La moyenne d'âge au moment de l'étude était de 43,8 ans (min=25 ans, max =63 ans ; IC à 95% [39.3-48.3]).

La moyenne d'âge des femmes était plus élevée que celle des hommes au moment de l'évaluation : 49,2 ans contre 40 ,2 ans pour les hommes.

2.1.2. Caractéristiques socio professionnelles et familiales

Au niveau socio professionnel, il existait 70.8 % (n=17) d'ouvriers et d'employés et 29.2% de cadres et professions libérales (n=7).

Les professions coïncidaient avec les niveaux scolaires ; 7 sujets avaient acquis un niveau d'enseignement supérieur et 12 sujets avaient des formations professionnalisantes (BEP, CAP, Bac pro et apprentissage).

62,5% des sujets étaient en activité professionnelle au moment de l'évaluation.

Ceux qui étaient inactifs l'étaient pour des raisons de chômage (n=2 soit 8.3%), de retraite (n =4 soit 16.6%) ou d'invalidité ou arrêt longue maladie (n=3 soit 12.6%).

Au niveau familial, 54.2% des sujets vivaient seuls (n=13) dont la moitié étaient séparés ou divorcés et l'autre moitié célibataires.

Parmi les 45.4% de ceux vivant en couple (n=11), plus de la moitié étaient mariés ou « pacsés » (n=7) et certains vivaient en concubinage (n=4).

Les familles étaient assez peu nombreuses : 29.2% des sujets n'avaient pas d'enfant et parmi ceux qui en avaient, le nombre variait de 1 à 4, avec une moyenne de 2 enfants par famille.

2.2. Caractéristiques du jeu

Le jeu de prédilection des sujets étaient le casino pour 10 d'entre eux, soit 41.7%, le pari sportif pour 11 sujets, soit 45,8% et la loterie pour 3 sujets, soit 12.5%.

L'âge de début du jeu variait de 12 ans à 53 ans .Onze sujets avaient démarré leurs conduites de jeu entre 20 et 40 ans (45.8%), 9 sujets avaient débuté avant 20 ans (37.5%) et 4 d'entre eux après 40 ans (16.7%).

La durée moyenne des parcours de jeu des sujets au moment de l'évaluation était de 18.5 ans. Les durées oscillaient selon les individus de 1 an à 51 ans.

Parmi les joueurs, 22 sujets (91.6%) répondaient aux critères DSM IV de « jeu pathologique » et 2 (8.4%) répondaient aux critères de « joueur à risque ».

Les scores du SOGS¹⁶ étaient tous ≥ 5 , allant de 9 à 16/20, avec une moyenne de 12.2 et une médiane à 12 (IC 95% [11.18 à 13.32]).

Au niveau de la section jeu de l'Addiction Severity Index^{124, 125}, les scores étaient inférieurs à 4 pour 11 sujets et supérieurs à 4 pour 13 sujets. La moyenne des scores de sévérité de la section jeu était de 5/9, la médiane était de 5 et l'Intervalle de confiance de 95% était de [4.38 à 5.71] (cf. **figure 2**).

2.3 Résultats concernant les comorbidités

2.3.1 Comorbidités addictives

Au niveau des sections substances de l'Addiction Severity Index ¹²⁴, la majorité avaient des scores de sévérité nuls pour cette section (n= 20) ; mais 4 sujets avaient des scores positifs de 3 à 8, soit une moyenne de 5.7 de score de sévérité pour les 4 sujets ayant des problèmes de substances.

Par ailleurs au MINI, on retrouvait des abus ou des dépendances à des substances actuels ou passés.

Il existait 2 cas de dépendance aux benzodiazépines passées et 2 abus de cannabis passés, ce qui représentait 16 % des sujets présentant un abus ou une dépendance à une ou plusieurs substances passés.

Au niveau des consommations d'alcool, on retrouvait au MINI 6 sujets répondant aux critères d'abus d'alcool passé et 2 sujets à ceux de dépendance à l'alcool passée, ce qui représentait 33.3% des sujets ayant des antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool passés.

En ce qui concernait les dépendances ou abus actuels, on retrouvait 3 sujets répondant aux critères de dépendance actuelle à une substance : on a retrouvé une dépendance actuelle aux benzodiazépines, une dépendance actuelle au poppers et une dépendance actuelle au cannabis chez trois sujets différents. Au niveau des consommations d'alcool actuelles, 1 seul sujet répondait aux critères de dépendance et il n'y avait aucun abus rapporté. Ainsi 16.6 % des sujets de notre étude répondaient aux critères de dépendance actuelle à une substance, en y incluant l'alcool.

On n'a pas retrouvé de troubles du comportement alimentaires actuels ou passés.

2.3.2 Comorbidités psychiatriques

On a retrouvé des épisodes dépressifs majeurs actuels chez 5 patients (20.8%). Il existait un risque suicidaire chez 9 sujets (37.5%).

Les troubles anxieux étaient fréquents. On retrouvait des antécédents de trouble panique dans la vie entière chez 8 sujets (soit 33.3%) et une phobie sociale actuelle ou passée chez 5 sujets (20.8%). De plus 4 sujets (16.6%) répondaient aux critères de syndrome de stress post traumatique actuel ou passé. Les Troubles Obsessionnels Compulsifs et l'anxiété généralisée étaient moins retrouvés (2 sujets ayant des TOC passés et 1 sujet ayant une anxiété généralisée passée).

Par ailleurs on retrouvait les critères de symptômes psychotiques actuels ou passés chez 5 sujets (20.8%) et 2 sujets répondaient aux critères de troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques.

2.4 Résultats des évaluations de personnalité

2.4.1 Évaluation catégorielle : le SCID II¹²⁷

Dans notre étude, 13 sujets, soit 54.2 % des sujets répondaient aux critères d'au moins un trouble de la personnalité (TP) selon le SCID II; 45.8% ne répondaient à aucun critère de trouble de la personnalité selon ce questionnaire.

Parmi les 54.2% de sujets présentant un ou plusieurs troubles de la personnalité, 9 sujets avaient un trouble de personnalité isolé (soit 69.2% des sujets ayant un trouble de personnalité) et 4 sujets associaient plusieurs troubles (2 troubles pour 3 sujets et 3 troubles pour 1 sujet). La moyenne des troubles de personnalité catégoriels par personne chez les sujets ayant au moins un trouble de personnalité était de 1.4.

Le tableau 2 suivant montre la répartition des troubles de la personnalité exprimée en absolu et en pourcentage dans la population totale étudiée.

La figure 1 représente la répartition des troubles de la personnalité en pourcentage de la population de joueurs présentant au moins un trouble de la personnalité.

Type de personnalité	Nb de sujets observés (no)	Répartition en % par rapport à la population totale de l'étude
	N=24	N=24
Sujets présentant au moins 1 TP	13	54,2%
Cluster C		
Évitante (E)	4	16,6
Dépendante (D)	0	0
Obsessionnelle compulsive (OC)	2	8,3
Passive agressive ("PA)	1	4,2
Cluster A		
Paranoïaque (Par)	4	16,6
Schizotypique (S.typ)	2	8,3
Schizoïde (S.oïd)	1	4,2
Cluster B		
Histrionique (H)	0	0
Narcissique (N)	0	0
Borderline (BDL)	6	25
Antisociale (AS)	4	16,6

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

La répartition des troubles diagnostiqués selon les clusters étaient assez équilibrée : on a retrouvé 6 diagnostics de troubles du cluster C, 5 du cluster A et 7 du cluster B.

Répartition (%) des types de TP

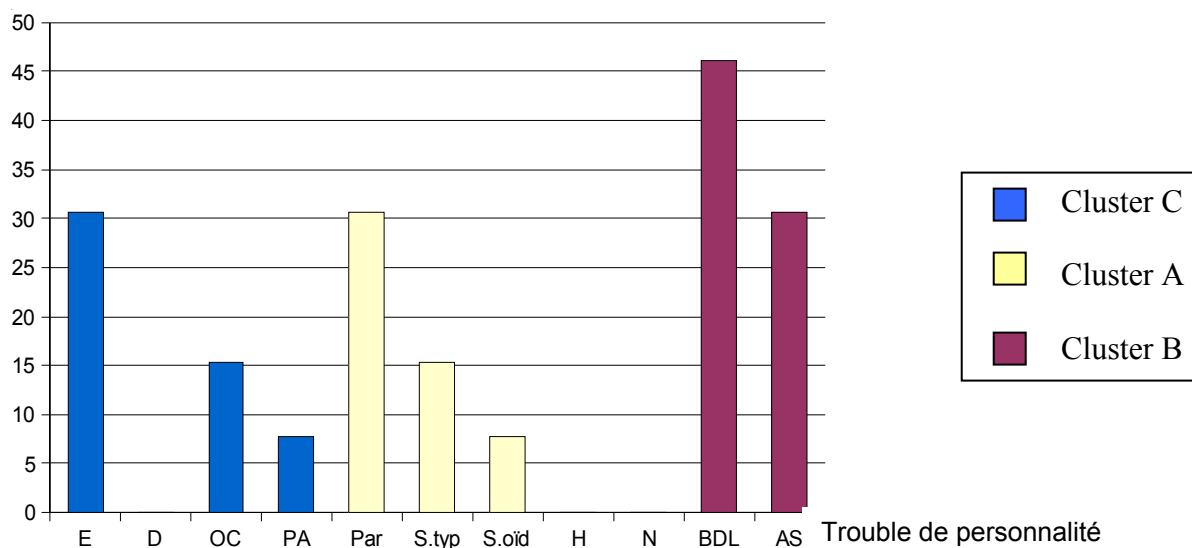


Figure 1. Histogramme de répartition des troubles de personnalité catégoriels dans l'échantillon par rapport au nombre de sujets présentant un ou plusieurs troubles de personnalité (n =13)

Comme on peut le voir sur les schémas, la personnalité pathologique la plus représentée dans notre population était la personnalité borderline.

Les personnalités les plus fréquentes ensuite dans notre population étaient en proportion égale la personnalité paranoïaque, la personnalité antisociale et la personnalité évitante.

Parmi les sujets répondant aux critères de personnalité borderline, la majorité (4 sujets sur 6, soit 66,6%) présentaient d'autres troubles de personnalité associés.

On retrouvait 2 sujets associant personnalité borderline et antisociale et 2 sujets associant borderline et évitante, dont un qui présentait associé un troisième trouble de personnalité passive agressive.

Par ailleurs, les personnalités obsessionnelle compulsive, schizotypique et schizoïde étaient moins fréquentes. Les personnalités dépendante, narcissique et histrionique n'étaient pas retrouvées dans notre population.

2.4.2 Evaluation dimensionnelle : Le MMPI-2

Les résultats du MMPI se répartissaient comme indiqués dans le tableau 3 ci-dessous.

Les scores y sont exprimés en moyennes de T-scores et en intervalles de confiance à 95 %.

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

Tableau 3. Moyennes et Intervalles de confiance à 95% des scores du MMPI

Comme le tableau 3 le montre, les moyennes des T scores étaient plus élevées pour les items de dépression et de psychasthénie.

Ensuite, à un niveau moindre, entre 55 et 60 de moyennes de T scores, on retrouvait les items de schizophrénie, déviations psychopathiques et l'hypochondrie puis avec des moyennes encore inférieures l'hystérie et la paranoïa.

Nous avons également identifié au niveau monodimensionnel, les dimensions dont les scores étaient significatifs. Les scores étaient considérés significatifs au niveau individuel, quand le T-score était au-delà de 65.

Par ailleurs, nous avons aussi identifié chez chaque sujet, les deux dimensions pour lesquelles les T scores étaient les plus élevés.

Au niveau monodimensionnel, on retrouvait des scores significatifs de dépression chez 11 sujets soit 45.8 % des sujets. De même, la dimension de psychasthénie était retrouvée significativement élevée chez 9 sujets, soit 37.5 % et celle d'hypochondrie était retrouvée chez 6 sujets soit 25% du total de la population.

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

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

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

2.4.3 Mesure de la recherche de sensations

Les résultats à l'échelle de Zuckerman sont exposés ci-dessous dans le tableau 4, en moyenne et en intervalles de confiance à 95 %.

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

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

Les moyennes des scores de goût du danger et de l'aventure et de recherche d'expériences étaient légèrement élevées au dessus de la moyenne. Mais les scores de désinhibition et de susceptibilité à l'ennui étaient inférieurs à la moyenne.

2.4.4 Mesures de l'impulsivité

Les résultats retrouvés à l'échelle d'impulsivité dans notre échantillon de joueurs sont exprimés en moyenne et en intervalle de confiance à 95 % dans le tableau 5 ci-dessous.

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

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

On retrouvait des scores moyens au dessus des moyennes pour le score total et pour chaque sous score.

2.5 Scores d'impulsivité et recherche de sensations en fonction des troubles de personnalité catégoriels

Nous nous sommes dans un premier temps intéressés aux scores de recherche de sensations et d'impulsivité en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble de la personnalité, comme cela est résumé dans le tableau 6 ci-dessous.

Il n'existait pas de différences significatives lorsque l'on comparait les niveaux d'impulsivité et de recherche de sensations dans les deux groupes de joueurs pathologiques en fonction de la présence ou de l'absence de trouble de personnalité. La différence la plus importante retrouvée concernait la dimension d'impulsivité motrice, dont la différence de moyennes entre les deux groupes tendait vers la significativité ($p=0.07$) mais sans être significative dans cette étude.

	Présence de trouble(s) de personnalité n=13	Absence de trouble(s) de personnalité n=11	P (t test)
ERS Score total	18.9	17.7	$p=0.34$
ERS Goût du danger et aventure	4.7	5.7	$p=0.46$
ERS Recherche expériences	5.7	5	$p=0.65$
ERS Désinhibition	4.2	3.8	$p=0.7$
ERS Susceptibilité à l'ennui	4.3	2.8	$p=0.2$
BIS Score total	72.7	66	$p=0.15$
BIS Impulsivité motrice	26	23	$p=0.07$
BIS Impulsivité cognitive	17.8	17	$p=0.6$
BIS Difficultés de planification	29.1	27	$P=0.18$

Tableau 6. Résultats exprimés en moyenne en fonction de l'existence ou non d'un trouble de personnalité selon le SCID II

Nous nous sommes intéressés dans un second temps aux résultats aux échelles de recherche de sensations de Zuckerman et d'impulsivité de Barratt pour les sujets répondant à au moins un trouble de la personnalité catégorielle et en fonction du trouble existant, pour les 4 troubles les plus représentés dans notre étude .Les résultats sont exposés dans le tableau 7.

Comme nous pouvons le noter dans ce tableau, tous les scores d'impulsivité et de recherche de sensations étaient plus élevés pour les sujets ayant un trouble de personnalité antisociale par rapport aux autres troubles de personnalité les plus représentés dans notre échantillon .

Mais les différences observées n'étaient pas statistiquement significatives dans notre échantillon.

	Personnalité borderline (n=6)	Personnalité paranoïaque (n=4)	Personnalité Evitante n=4	Personnalité antisociale (N=4)
ERS Score total	18.8	17.5	14.2	29.5
ERS goût danger et aventures	5.5	4	2.5	8.5
ERS Recherche expériences	5.5	6	6	6.2
ERS Désinhibition	3.8	3.5	3	6.7
ERS Susceptibilité à l'ennui	4.3	4	2.7	8
BIS Score total	73.1	72.5	73.2	82.2
BIS Impulsivité motrice	26.1	26.2	22	29.7
BIS Impulsivité cognitive	18.3	17.2	18.7	20.7
BIS Difficultés de planification	29.1	29	30.3	31.7

Tableau 7. Moyennes des scores d'impulsivité et de recherche de sensations en fonction du type de trouble de la personnalité pour les troubles les plus représentés dans notre étude

Nous avons également analysés les scores de sévérité de l'ASI en fonction des types de personnalités catégorielles.

Les moyennes des scores de l'Addiction Severity Index sont représentées dans la figure 2. Ils sont représentés sur cette figure pour la moyenne du groupe de joueurs pathologiques (moy.tot.), pour ceux répondant aux critères de trouble de personnalité antisociale (TP AS) et borderline (TP BDL) .

Les scores des sujets ne répondant à aucun trouble de la personnalité catégoriel ou aux autres troubles de la personnalité catégoriels étaient proches de la moyenne du groupe total et ne sont pas représentés sur cette figure.

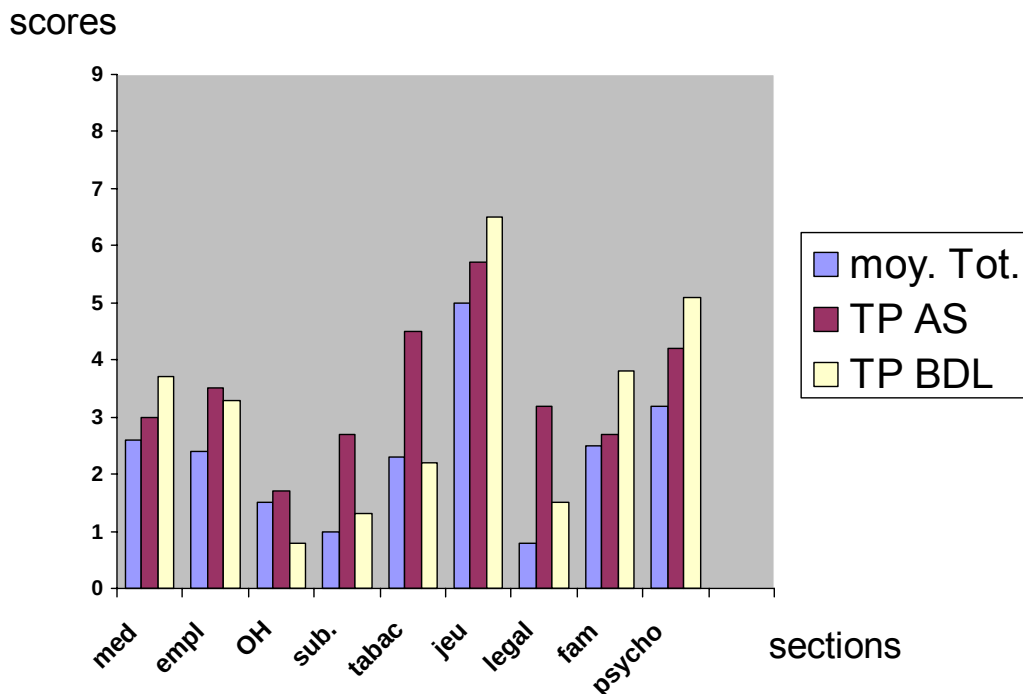


Figure 2. Moyennes des scores de l'Addiction Severity Index pour la totalité des sujets(moy.tot.), pour les sujets ayant une personnalité antisociale (TP AS) et borderline (TP BDL)

3 DISCUSSION

Notre échantillon de joueurs avait des caractéristiques sociodémographiques en accord avec celles retrouvées dans la littérature internationale. En effet, nous retrouvions une majorité d'hommes d'âge moyen, avec un parcours de jeu assez long. Les jeux de prédilection les plus retrouvés étaient le casino et le pari sportif, ce qui coïncident aussi avec les données d'autres études.

3.1 Comparaison avec la population générale

Dans notre étude, nous avons retrouvé au moins un trouble de la personnalité catégoriel chez la moitié des sujets joueurs pathologiques (54.2 %).

Or en population générale, certaines études rapportent qu'il existe 10 % de troubles de la personnalité (1993)¹⁰⁵.

La différence de pourcentage de troubles de la personnalité entre la population générale et notre étude était statistiquement très significative ($p < 0.001$), ce qui correspond aux données de la littérature.

De plus nos résultats différaient également qualitativement des résultats en population générale. En population générale, selon Maier W.¹⁰⁵, les troubles de personnalité les plus fréquemment retrouvés dans la population générale sont les personnalités obsessionnelles compulsives (3%), passives agressives (1.8%), paranoïaques (1.8%) et dépendantes (1.5%).

Or dans notre étude, seule la personnalité paranoïaque était retrouvée de manière fréquente et les personnalités passives agressives et obsessionnelles étaient peu représentées dans notre population de joueurs et la personnalité dépendante était absente dans notre échantillon.

3.2 Comparaison avec les études de personnalité chez des joueurs pathologiques

Dans notre étude la prévalence des troubles de personnalité catégoriels était de 54.2 %. Dans la littérature, les prévalences des troubles de la personnalité chez les joueurs pathologiques varient beaucoup de 25 % (Specker et al.1996)¹⁰⁷, à 93 % (Blaszczynski et al.1998)¹⁰⁰, en passant par 42 % dans une étude espagnole (Ibanez et al ,2001)¹⁰¹ cf **tableau 1**.

Nous avons choisi de comparer nos résultats à ceux de l'étude de 1998 de Blaszczynski et al. , même si les instruments d'évaluation de la personnalité différaient.

Ces deux outils d'évaluation, le Personality Dimensionnal Questionnaire¹²⁹ et SCID-II¹²⁷ , sont tous les deux des outils diagnostiques catégoriels des troubles de la personnalité de l'axe II selon le DSM IV^{1, 126} .

Cette étude était, à notre connaissance, la plus documentée et est restée une référence dans le domaine des études catégorielles de personnalité de joueurs pathologiques. Dans cette étude australienne, ils ont étudié les personnalités d'une population de 82 joueurs en demande de traitement pour leurs problèmes de jeu dans un centre spécialisé dans le traitement du jeu pathologique^{100, 107} .

Dans leur cohorte, tous les sujets répondaient aux critères DSM de jeu pathologique, alors que dans notre population 22 sujets répondaient aux critères de joueurs pathologiques et 2 sujets sur 24 répondaient aux critères de joueurs à risque.

La moyenne d'âge des sujets était plus faible que dans notre étude (38 ans versus 43.8 ans), le pourcentage d'homme /femme était de 73% d'hommes et de 27% de femmes (versus respectivement 79.2 % et 20.8 % dans notre étude).

On est parti d'une hypothèse H_0 que nos résultats obtenus étaient identiques à ceux de la littérature internationale .On a donc fait un test de Fisher pour comparer les effectifs obtenus (n_0) dans notre étude et les effectifs théoriques obtenus en appliquant les pourcentages de l'étude australienne à notre échantillon .Ce test a été choisi du fait du nombre de sujets faibles par échantillon ($n < 5$).Les résultats sont exposés dans le tableau 8 suivant.

On retrouvait des différences de représentation des troubles de la personnalité entre l'étude australienne et notre étude française.

Tableau 8. Comparaison des résultats obtenus dans l'étude à des résultats théoriques en appliquant les pourcentages de Blaszczyński et al., 1998^{100, 107}

Personnalité	Nb de sujets observés n0	Étude de Blaszczyński, 1998 (%)	Nombre de sujets théoriques nt	Test Fisher no/nt p(α=5%)	Significativité
	N = 24	N = 82	N = 24		
% de TP	13 %	93 %	22		
Cluster A					
Paranoïaque	4	40	10	p =0.11	NS
Schizotypique	2	38	9	P=0.003	significatif
Schizoïde	1	21	5	P=0.19	NS
Cluster B					
Histrionique	0	66	16	p<0.0001	Très significatif
Narcissique	0	57	14	p<0.0001	Très significatif
Borderline	6	70	17	p=0.003	significatif
Antisociale	4	29	7	P=0.49	NS
Cluster C					
Évitante	4	37	9	p=0.19	NS
Dépendante	0	49	12	p<0.0001	Très significatif
Obsessionnelle compulsive	2	31	7	p=0.14	NS
Passive agressive	1	35	8	p=0.026	significatif

Les différences étaient significatives en ce qui concerne les troubles de personnalité passives agressives, schizotypiques et borderlines. Elles étaient très significatives en ce qui concerne les personnalités narcissiques, histrioniques et dépendantes. Il n'existait pas de différence significative en ce qui concerne la personnalité antisociale.

Les différences étaient toutes caractérisées par des pourcentages moins importants de troubles retrouvés dans notre population en comparaison à celle de l'étude australienne. Les différences étaient nettes pour les personnalités du cluster B très représentées dans l'étude australienne et moins représentées dans notre étude.

Mais il existait plusieurs biais limitant la comparaison de ces résultats.

Tout d'abord, le nombre de sujets était nettement moins important dans notre cohorte.

De plus les instruments d'évaluation catégorielle étaient différents. La sensibilité et la spécificité des instruments varient entre le PDQ-R¹²⁹ et le SCID II¹⁰⁵, les résultats n'étaient donc pas strictement comparables .

Les études ayant comparé le PDQ dans sa version actuelle (PDQ-4 +) avec le SCID-II ont retrouvé peu d'agrément entre les deux outils. Ils ont retrouvé que le coefficient d'agrément était relativement satisfaisant pour la personnalité antisociale et la personnalité borderline (kappa respectivement de 0.57 et 0.49), qui correspondent à 2 des personnalités d'intérêt dans notre propos .Mais il était inférieur pour les autres troubles de personnalité .Cette différence d'agrément s'expliquerait selon certains auteurs en partie par le fait qu'il s'agisse d'un questionnaire pour le PDQ et d'un entretien pour le SCID II .Ils ne testeraient donc pas les mêmes éléments.¹²⁶

Peu d'études ont utilisé le SCID-II, comme nous l'avons fait. Une étude espagnole d'Ibanez et al. (2001) l'a utilisé dans une population de 69 joueurs. Ils ont retrouvé 42 % de troubles de la personnalité, répartis en 14.5 % de troubles de la personnalité antisociale et 27.5% d'autres troubles de personnalité non spécifiés^{52, 101, 114}.

Ces résultats étaient les plus proches, à notre connaissance, de ceux que nous avons obtenus, puisque nous avons retrouvé 54.2 % de troubles de personnalité et 16.6 % de trouble de personnalité antisociale.

Les hypothèses que nous pouvions émettre étaient que ces similitudes pouvaient être liées à l'utilisation du même outil diagnostique d'une part. Mais nous pouvions également émettre l'hypothèse de similitudes culturelles plus importantes entre les populations espagnoles et françaises en comparaison aux études australiennes ou nord américaines.

3.3 Particularités en fonction des troubles de personnalité catégoriels

Lorsque nous avons ensuite observé plus précisément les caractéristiques des sujets en fonction des troubles de la personnalité existants, nous avons pu mettre en avant des tendances.

3.3.1 Les sujets répondant aux critères de personnalité antisociale

Les sujets présentant une personnalité antisociale (n = 4) étaient tous du sexe masculin, leur moyenne d'âge (36 ans) était plus jeune que celle du groupe et des autres troubles de personnalité.

Ils avaient des scores de sévérité élevés à l'ASI pour la section tabac (moyenne = 4.5), la section jeu (moyenne = 5.75) et pour la section psychologique (moyenne = 4.25).

Au niveau dimensionnel, 50 % de ces sujets présentant une personnalité antisociale avaient des scores élevés (T score > 65) de déviation psychopathique et de paranoïa.

Les caractéristiques de ces sujets pouvaient s'apparenter à la typologie du « joueur antisocial impulsif » déjà décrit dans la littérature^{70, 122}.

3.3.2 Les sujets répondant aux critères de personnalité borderline

Les sujets présentant une personnalité borderline (n=6) étaient répartis à 50 % entre hommes et femmes et avaient une moyenne d'âge de 42.8 ans.

Leurs scores de sévérité à l'ASI étaient élevés pour la section jeu (moyenne=6.5) et la section psychologique (moyenne=5.1). Mais quand on observait individuellement les scores de sévérité, il semblait que ce groupe de sujets présentaient moins de complications multiples, mais quand il en existait une, elle était sévère.

Ainsi les scores de l'ASI dans ce groupe borderline étaient individuellement soit nuls, soit très élevés. Pour la section des substances, cinq sujets avaient un score nul, mais celui qui avait un score positif était à 8/9 ; pour le tabac, trois sujets avaient un score nul mais les 3 autres avaient une moyenne de 4.5. Pour la situation légale, la situation était semblable, 4 sujets avaient des scores nuls, mais ceux ayant des scores positifs avaient un score de 2 pour l'un et de 7/9 pour l'autre .

Il existait donc particulièrement dans ce groupe border line de grandes variabilités interindividuelles des scores de sévérité .Les résultats étaient donc difficilement interprétables et généralisables dans cette étude à petit effectif .Mais il émergeait une hypothèse que les joueurs ayant une personnalité borderline pouvaient avoir des conséquences et des comorbidités addictives pouvant être d'emblée sévères quand elles étaient présentes.

De plus, les scores de sévérité étaient en moyenne plus élevés dans le groupe borderline par rapport au groupe de personnalité antisociale pour les sections psychologique, du jeu et médicale, sans qu'il n'y ait eu de significativité statistique établie.

Nous n'avons pas fait émerger de caractéristiques particulières pour les autres troubles de la personnalité les plus représentés, ni pour le groupe sans trouble de la personnalité.

3.3.3 Caractéristiques selon l'âge et le sexe

D'autre part, nous n'avons pas pu constaté de différences de personnalité ou de traits en fonction du genre et de l'âge. Beaucoup d'études ont émis l'hypothèse que les troubles de personnalité ne seraient pas aussi stables dans le temps que leur définition le prétend. Selon Maier et d'autres auteurs également , les troubles de personnalité varieraient selon le sexe et évolueraient avec l'âge , en particulier le trouble de la personnalité antisociale qui se retrouverait plus fréquemment avant 45 ans^{55, 60, 130}. Cette donnée valable en population générale a aussi été rapportée dans des populations de joueurs pathologiques . Cette évolution permettrait d'expliquer en partie des différences psychopathologiques retrouvées entre des joueurs pathologiques de sexe et d'âge différents^{51, 52, 60}.

Mais nous ne l'avions pas fixé comme objectif et notre groupe de patients était assez homogène en âge, la moyenne d'âge était à 43.8 ans avec un intervalle de confiance à 95 % allant de 39.3 à 48.3 ans. Les sujets correspondaient donc plutôt à des joueurs d'âges moyens qu'à des joueurs jeunes quand on se référait à l'étude de Gonzalez et al. (2005)⁵².

D'autre part notre échantillon était composé de $\frac{3}{4}$ de joueurs de sexe masculin, les descriptions et comparaisons des profils selon le genre n'étaient donc pas réalisables.

3.4 Particularités en fonction des traits dimensionnels de personnalité

Par rapport à l'approche dimensionnelle des personnalités, nous avons retrouvé avec le MMPI-2¹²⁸ des profils de personnalité récurrents dans notre échantillon de joueurs.

3.4.1 Représentation de la dimension dépressive

La dimension dépressive était importante associée à celle de psychasthénie et d'hypocondrie.

Les associations entre les dimensions de dépression et d'hypocondrie étaient fréquentes chez les mêmes sujets. L'existence de cette dimension était congruente avec les données de la littérature^{70, 71, 99}.

Dans notre groupe de joueurs pathologiques d'âge moyen en demande de soins, avec des durées de parcours de jeu de 18.5 ans en moyenne (oscillant de 1 à 51 ans), nous pouvions émettre deux principales hypothèses psychopathologiques.

Ces dimensions pouvaient être prémorbides, comme cela a déjà été décrit⁷⁰ et le jeu pouvait alors avoir une fonction « contra-dépressive », permettant le maintien d'une stimulation.

Mais elles pouvaient également être secondaires aux conduites de jeu et à leurs conséquences négatives chez des joueurs dont le parcours était long et étant dans la phase dite de désespoir, où les idées suicidaires étaient également fréquentes (37.5 % des sujets). Mais il était difficile dans cette étude descriptive de définir les facteurs en cause, d'autant plus qu'il pouvait aussi s'agir de la sommation des deux.

3.4.2 Représentations des dimensions d'hypomanie, déviation psychopathique

D'autre part, dans une proportion moindre, on retrouvait les dimensions d'hypomanie, de déviation psychopathique et de paranoïa comme étant les dimensions dominantes chez 16.6 % des sujets pour chacune des dimensions.

Des associations étaient retrouvées entre la dimension d'hypomanie et de déviation psychopathique, où elles étaient les deux dimensions dominantes chez 2 sujets, qui ne présentaient pas de troubles de personnalité catégoriels.

Deux sujets présentaient au niveau bidimensionnel une association entre la dimension de déviation psychopathique et de paranoïa ; ils étaient tous deux de sexe masculin, plus jeunes que

la moyenne de l'échantillon (30 et 31 ans), et ils répondaient tous les deux aux critères de trouble de personnalité antisociale selon le SCID II.

Ces différences observées pouvaient se schématiser en deux « pôles » de dimensions de personnalité plus représentées dans cette population : un premier pôle constitué d'une dimension dépressive associée à l'hypocondrie et à la psychasthénie et un second regroupant la déviation psychopathique, l'hypomanie et la paranoïa.

Les dimensions de déviation psychopathique et de paranoïa semblaient être associées à un âge plus jeune, et au trouble de personnalité antisociale dans notre échantillon ; mais la taille de l'échantillon ne permettait pas d'avancer au-delà de ces hypothèses.

3.5 Recherche de sensations et impulsivité

Au niveau des résultats des échelles de recherche de sensations et d'impulsivité, nous avons retrouvé des scores élevés en accord avec les données de la littérature.

Mais contrairement à certaines études où il existait des scores de recherche de sensation élevés mais des scores d'impulsivité faibles^{117, 123}, nous avons plutôt retrouvé des scores d'impulsivité élevés et des scores de recherche de sensations inférieurs à ceux rapportés dans d'autres études

3.5.1 Dimensions de recherche de sensations

Les moyennes des scores à l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman étaient relativement plus élevées pour la recherche d'expérience et le goût du danger et de l'aventure, par rapport à la désinhibition et la susceptibilité à l'ennui.

Ces résultats correspondaient en partie à ceux de la littérature. Lejoyeux avait décrit dans une étude des scores élevés de recherche d'expérience¹¹⁷, mais la dimension de désinhibition y était aussi fortement représentée, contrairement à notre étude ; de plus une étude espagnole avait retrouvé des scores élevés de goût du danger et de l'aventure, mais cette dimension était surtout

présente chez un groupe de joueurs de 17-24 ans⁵². Mais notre groupe de joueurs était moins homogène en âge ou en comorbidités associées que dans ces études.

L'étude des scores de recherche de sensations en fonction de l'existence ou de l'absence d'au moins un trouble de la personnalité catégoriel n'a pas été informative et ne mettait pas en évidence de différences.

Cependant nous avons dans un second temps étudié les scores moyens des sujets présentant au moins un trouble de la personnalité en fonction du type de trouble de la personnalité pour les 4 troubles de personnalité les plus représentés.

Nous avons ainsi retrouvé que les scores de recherche de sensations totaux et pour toutes les dimensions des sujets ayant un trouble de personnalité antisocial tendaient à être plus élevés en comparaison aux autres troubles de la personnalité et aux moyennes totales de l'échantillon. Mais il n'existait pas de signification statistique de ces différences, probablement du fait du nombre faible de sujets.

Ces différences semblaient plus importantes en particulier pour les dimensions de goût du danger et de l'aventure et de la susceptibilité à l'ennui.

Certains auteurs ont mis en avant la fréquence de la susceptibilité à l'ennui chez les joueurs pathologiques (Mc Cormick et al., Lowenfeld et al.)⁷⁰. Nous ne l'avons pas retrouvé en étudiant les moyennes des scores pour l'échantillon total (moyenne faible, 3.6/10) ; mais nous l'avons retrouvée plus élevée dans le groupe de sujets ayant un trouble de personnalité antisociale (moyenne de 8/10).

Par ailleurs, les sujets ayant une personnalité évitante avaient des scores de susceptibilité à l'ennui qui tendaient à être plus faibles (2.5/10), de même que le goût du danger et de l'aventure, mais il ne semblait pas exister de différences pour la désinhibition avec les autres sujets.

Les scores des patients borderline et paranoïaque tendait à être presque identiques entre eux et différaient très peu des moyennes de l'échantillon total.

3.5.2 Dimensions d'impulsivité

L'analyse était assez comparable à celle faite pour la dimension de recherche de sensations.

Les moyennes des scores pour l'échantillon total étaient relativement élevés de manière homogène pour les 3 sous scores d'impulsivité.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative d'impulsivité en fonction de l'existence ou de l'absence de trouble de la personnalité pour les dimensions d'impulsivité cognitive et difficultés de planifications ; mais il existait une différence pour l'impulsivité motrice qui tendait vers la significativité ($p=0.07$).

Nous avons ensuite étudié les scores d'impulsivité chez les 13 sujets présentant au moins un trouble de la personnalité en fonction de la nature du trouble.

De la même manière que pour la recherche de sensations, le groupe ayant une personnalité antisociale avaient des scores qui tendaient à être plus élevés par rapport aux autres troubles de personnalité et à la moyenne de l'échantillon. La différence semblait être plus importante pour la dimension d'impulsivité motrice.

Les sujets ayant des personnalités évitantes avaient des scores faibles d'impulsivité motrice.

Ainsi l'impulsivité motrice, déjà retrouvée fréquemment élevée dans des études chez des joueurs pathologiques semblait ressortir comme une composante discriminante du score d'impulsivité entre les différents groupes ayant un trouble de la personnalité ou non.

Les personnalités borderline et paranoïaque avaient comme pour la recherche de sensations des résultats très similaires et légèrement au dessus des moyennes de l'échantillon.

Ainsi les antisociaux tendaient à être plus impulsifs et plus « chercheurs de sensations » selon les données de notre étude.

Ce regroupement correspondait avec les données de la littérature et le joueur « antisocial impulsif » décrit par Blaszczynski et al.⁷⁰ Ils soulignaient que cette catégorie de joueurs étaient la

plus sévère ; dans notre étude nous avons effectivement trouvé des scores moyens de sévérité de l'addiction severity index élevés pour les sujets ayant des personnalités antisociales.

Mais les sujets borderline avaient aussi des moyennes de scores de sévérité supérieures aux antisociaux pour l'état médical, psychologique et les relations familiales et sociales. De plus ils avaient un potentiel de gravité très élevé avec de grande variabilité interindividuelle des scores, selon les résultats de notre étude. Ils mériteraient donc l'attention des cliniciens pour une prise en charge adaptée et participant à la prévention de conséquences sévères des conduites de jeu.

3.6 Limites de cette étude

Les limites de notre étude étaient nombreuses.

Tout d'abord, le nombre de sujets inclus était insuffisant pour une bonne analyse statistique et nous ne pouvions donc interpréter nos résultats qu'en parlant de tendances, par défaut de puissance statistique.

De plus, il existait une grande variabilité interindividuelle des sujets pour de nombreuses variables (âge, durée de jeu de 1 à 51 ans par exemple).

Les sujets ont participé à l'étude à des temps différents de leur prise en charge ; certains sujets étaient en demande de traitement, mais la plupart étaient en cours de prise en charge en addictologie ou avaient déjà été pris en charge.

Ces différences représentaient un biais important pour l'interprétation des données ; en effet les traits de personnalité sont censés être stables dans le temps, mais nous disposons de peu de données sur l'impact des prises en charge sur l'évolution des traits de personnalité des sujets. Nous pouvons tout à fait imaginer qu'un traitement des conduites de jeu et des comorbidités associées pourrait modifier l'expression des différents traits de personnalité .Mais il faudrait développer une étude prospective d'impact de la prise en charge sur l'évolution de la personnalité pour permettre de conclure .

Par ailleurs, notre étude avait pour objectif de décrire une population de joueurs pathologiques et les troubles de personnalité associés ; mais il existait un biais de recrutement, commun avec la plupart des études sur le jeu pathologique.

En effet, il s'agissait de sujets en demande de soins dans un service spécialisé pour leurs problèmes de jeu ; de plus ils étaient majoritairement de sexe masculin et d'âge moyen .Ainsi, les résultats n'étaient probablement qu'un reflet parcellaire des caractéristiques des joueurs pathologiques, dont une grande partie n'accède pas aux soins tels qu'ils sont organisés actuellement.

Cette étude préliminaire a donc fait ressentir le besoin de développer une étude descriptive sur une plus grande cohorte de joueurs pathologiques, en essayant de développer des études allant vers les usagers des jeux de hasard et d'argent pour permettre un dépistage, une meilleure appréhension de cette population et de lui permettre un accès aux soins.

4 CONCLUSION

Cette étude transversale de personnalité chez des joueurs pathologiques était une étude préliminaire.

Elle nous a permis de constater la faisabilité de ce type d'études dans une population de joueurs pathologiques. Nous avons pu mettre en avant des tendances et mieux caractériser une cohorte de joueurs pathologiques suivis dans un service spécialisé d'addictologie en France.

Dans notre population, la moitié des joueurs répondaient aux critères d'au moins un trouble de personnalité catégoriel.

Il existait une variabilité importante des types de personnalités catégorielles et dimensionnelles dans cette étude. Les personnalités majoritairement représentées étaient les personnalité borderline, antisociale, évitante et paranoïaque.

Les sujets répondant aux critères de la personnalité borderline avaient souvent un autre trouble de la personnalité associé.

Les sujets répondant aux critères de personnalité antisociale, tous masculins et de moyenne d'âge plus jeune, semblaient être plus impulsifs, avec des scores relativement élevés d'impulsivité motrice et chercheurs de sensations, avec un goût du danger et de l'aventure et une susceptibilité à l'ennui élevés.

De plus, ces deux catégories de personnalité borderline et antisociale étaient associées à des scores de sévérité de leurs conduites addictives plus élevés.

Par ailleurs, les sujets évitants avaient des scores faibles de goût du danger et de l'aventure et de susceptibilité à l'ennui et d'impulsivité motrice, mais les scores de désinhibition étaient comparables aux autres sujets.

Nous n'avons pas trouvé de caractéristiques particulières des sujets paranoïaques dans cette étude, ni des sujets ne présentant aucun trouble de la personnalité.

Toutes ces différences de personnalités catégorielles et surtout dimensionnelles sont très importantes à prendre en compte en clinique et en recherche clinique.

Plusieurs sujets peuvent avoir des symptômes similaires et être joueurs pathologiques, mais la psychopathologie sous-jacente peut beaucoup varier.

Nous avons discuté, au cours de ce travail, du rôle fondamental des différents facteurs environnementaux et psychopathologiques associés aux facteurs génétiques et biologiques, dans la genèse du jeu pathologique.

Nous imaginons facilement que des sujets évitants, ayant des scores faibles de recherche de sensations et des scores élevés de dépression et des sujets antisociaux, ayant des scores élevés d'impulsivité et de recherche de sensations ne présenteront pas les mêmes problématiques et ne nécessiteront pas la même prise en charge.

Ainsi, il serait intéressant, en pratique clinique, d'adapter des stratégies thérapeutiques en fonction des types de personnalités des sujets.

De plus, de nombreux auteurs établissent désormais des hypothèses neurobiologiques différentes selon les traits psychopathologiques présentées. Or pour pouvoir approfondir ces travaux de recherche de corrélations entre les phénotypes cliniques et les caractéristiques neurobiologiques et génétiques, il est essentiel de faire des descriptions cliniques précises, informatives d'un grand nombre de joueurs pathologiques et de leurs personnalités entre autres.

Nous avons bien conscience des limites de cette étude, mais elle nous a donné des pistes préliminaires d'études pour des études ultérieures chez des joueurs pathologiques.

Il faudrait envisager une étude prospective incluant un plus grand nombre de joueurs, éventuellement multicentrique, où les patients seraient évalués au début de la prise en charge, à des temps prédéfinis au cours de la prise en charge et en fin de traitement ou à la sortie de la structure pour évaluer si il existe des modifications des traits de personnalité dans le temps et en fonction des types de prise en charge.

REFERENCES

1. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.4th edn. Washington, DC: APA; 1994.
2. Dostoïevski F. *Le joueur*. La flèche(Sarthe): folio classique; 2000.
3. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd edn. Washington, DC: APA; 1980.
4. Caillois R. *Les jeux et les hommes,le masque et le vertige*. Paris: Folio essais; 1992.
5. Winnicot D. *Jeu et Réalité,l'espace potentiel* gallimard; 1971.
6. Huizinga J. *Homoludens.Essai sur la fonction sociale du jeu*. Paris: Gallimard; 1951.
7. Valleur M, Bucher C. *Le Jeu pathologique*. Paris: Armand Colin; 2006.
8. Béziat B. 128 millionnaires en trente ans. *Sud Ouest*. 19/05/06 2006.
9. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*,3rd edn Revised. Washington, DC: APA; 1987.
10. Valleur M, Bucher C. *Le Jeu pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France 1997.
11. Brasey E. *La République des Jeux*. Paris Robert Laffont S.A.; 1992.
12. Brant S, Horst M. *La Nef des fous (Narrenschiff)*: La Nuée Bleue; 2005.
13. Dupouy R, Chatagnon P. Le joueur,esquisse psychologique. *Annales médico-psychologiques*. 1929;12,II(087):102-112.
14. Bergler E. *The psychology of gambling*. USA: International Universities Press; 1985.
15. Custer RL. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry*. 1984;42(12):139-147.
16. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling (SOGS) : a new instrument for the identification of pathological gamblers *Am J Psychiatry*. 1987;144(9):1184-1188.
17. Goodman A. Addiction:definition and implications. *Br J Addict*. 1990;85(11):1403-1408.
18. Alexander BK. The globalization of addiction. *Addiction Research*. 2000;8(6):501-526.
19. Venisse JL, Dupuis G, Gohier M. Le jeu pathologique:entre Passion et Addiction ?
20. Lesieur HR, Blume SB. Pathological gambling,eating disorders,and the psychoactive substance use disorders. *Journal of Addictive diseases*. 1993;12:89-102.

21. Hall GW, Carrierio NJ, Takushi RY, Montoya ID, Preston KL, Gorelick DA. Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *Am J Psychiatry*. Jul 2000;157(7):1127-1133.
22. Kuzyszyn I. the gambling addict versus the gambling professional. *The International Journal of Addictions* 1972;7(2):387-393.
23. Martignoni-Hutin J. Que peut apporter la sociologie dans le débat sur le jeu compulsif? *Psychotropes* 2005;11(2):55-86.
24. Valleur M. Jeu pathologique et conduites ordaliques. *Psychotropes*. 2005;11(2):9-30.
25. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. Prevalence and diagnostic correlates of DSM IV pathological gambling in psychiatric outpatients. *J Gambl study*. 2006;22:255-262.
26. Ladouceur R. The prevalence of pathological gambling in Canada. *J Gambl Stud*. 1996;12:129-142.
27. Ladouceur R. Prevalence estimate of Pathological Gambling in Quebec *Can J Psychiatry*. 1991;36:732-734.
28. Ladouceur R. Perceptions among pathological and non-pathological gamblers. *Addict Behav*. 2004;29(3):555-565.
29. Olievenstein C. *La vie du toxicomane*. Paris: Presses Universitaires Françaises; 1982.
30. Brenner R, Brenner G. *Spéculation et jeux de hasard*. Paris: PUF; 1993.
31. Castellani B, Wootton E, Rugle L, et al. Homelessness, negative affect, and coping among veterans with gambling problems who misused substances. *Psychiatr Serv*. 1996;47(3):298-299.
32. Trucy F. Rapport d'information sur l'évolution des jeux de hasard et d'argent au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation: Sénat; 2006.
33. Bucher C. Jouer à se faire interdire *Psychotropes*. 2005;11(2):87-98.
34. Zweig S. *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*. Paris: Stock; 1992.
35. Petry NM. Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine? *Fam Pract*. Aug 2006;23(4):421-426.
36. Art 410. *Code Pénal*: Dalloz; 1980:284-290.
37. Code civil. Vol Titre XIII des contrats aléatoires: Litec; 1989:1016-1019.
38. Coppé JF. Discours pour la mise en place du COJER; 2006.

39. Gill T, Dal Grande E, Taylor AW. Factors associated with gamblers: A Population-based cross-sectionnal Study of South Australian Adults. *J Gambl stud.* 2006;22(2):143-164.
40. Black DW, Moyer T, Schlosser S. Quality of life and family history in pathological gambling. *J Nerv Ment Dis.* Feb 2003;191(2):124-126.
41. Wilson DH, Gilliland J, Ross N, Derevensky JL, Gupta R. Video lottery terminal acces and gambling among high school students in Montréal *can J Public Health.* 2006;97(3):202-206.
42. Lai DW. Gambling and the older chinese in canada. *J Gambl Stud.* 2006;22(1):121-141.
43. Papineau E. le jeu pathologique dans la communauté chinoise, une vision anthropologique. *Loisir et Société* automne 2001 2001;24(2).
44. Lam D. Influence of religiosity on gambling participation *J Gambl Stud.* 2006(22):305-320.
45. Ades J, Lejoyeux M. Jeu pathologique. *Encyclopédie médico chirurgicale.* Vol Psychiatrie. Paris: Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS; 2000:396-A-325.
46. Burge AN, Pietrzak RH, Petry NM. Pre/Early adolescent onset of gambling and psychosocial problems in treatment-seeking pathological gamblers. *J Gambl Stud.* Fall 2006;22(3):263-274.
47. Chevalier S, Griffiths M. Why don't adolescents turn up for gambling treatment? *eGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues.* 2004.
48. Ladouceur R, Ferland F, Vitaro F, Pelletier O. Modifying youth perception toward pathological gamblers. *Addictive Behaviors.* 2005;30:351-354.
49. Messerlian C, Derevensky JL, Gupta R. Youth gambling problems : a public health perspective *Health Promotion International.* 2005;20(1):69-79.
50. Wanner B, Vitaro F, Ladouceur R, Brendgen M, Tremblay RE. Joint trajectories of gambling, alcohol and marijuana use during adolescence : a person and variable-centered developpemental approach *Addict Behav* 2006;31(4):566-580.
51. Ibanez A, Blanco C, Moreryra P, Saiz-Ruiz J. Gender differences in pathological gambling. *J Clin Psychiatry.* Mar 2003;64(3):295-301.
52. Gonzalez N, Mora M, Gutierrez-Maldonado J, Ariza A, lourido-Ferreira MR. Pathological Gambling and Age : differences in personality ,psychopathology and response to treatment variables. *Addict Behav.* 2005;30:380-388.

53. Turchi RM, Derevensky JL. Youth Gambling :Not a safe bet *Curr Opin Pediatr.* 2006;18(4):454-458.
54. Potenza MN, Steinberg MA, Wu R, Rounsaville BJ, O'Malley SS. Characteristics of older adult problem gamblers calling a gambling helpline *J Gambl Stud.* Jul 2006.
55. Pietrzak RH, Petry NM. Severity of gambling problems and psychosocial functioning in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* Jun 2006;19(2):106-113.
56. Blanco C, Hasin DS, Petry N, Stinson FS, Grant BF. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* Jul 2006;36(7):943-953.
57. Petry N. A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity *Addiction.* 2003;98:645-655.
58. Nelson SE, Laplante DA, Labrie RA, Shaffer HJ. The proxy effect: Gender and Gambling Problem Trajectories of Iowa gambling Treatment Program participants. *J Gambl Stud.* jul 2006;13.
59. Lesieur HR, Blume SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *Br J Addict.* aug 1991;86(8):1017-1028.
60. Ladd G, Petry N. Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and clinical psychopharmacology.* 2002;10(3):302-309.
61. Sucquart I. *Le jeu pathologique : "Une addiction nouvelle"*. Nantes, thèse de médecine; 1993.
62. Gaboury A, Ladouceur R. Erroneous perceptions and gambling *Journal of social behavior and Personality.* 1989(4):411-420.
63. Rugle LJ, Melamed Neuropsychological assesment of attention problems in pathological gamblers. *Journal of nervous and mental disease.* 1993; 181:107-112.
64. Specker SM. Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Annals of Clinical Psychiatry* 1995;7:175-179.
65. Brand M, Kalbe E, Labudda K, Fujiwara E, Kessler J, Markowitsch HJ. Decision-making impairments in patients with pathological gambling. *Psychiatry Research.* 2005;133:91-99.

66. Goudriaan AE, Oosterlaan J, De Beurs E, van den Brink W. Decision making in pathological gambling :A comparison between pathological gamblers,alcohol dependents,persons with Tourette syndrome,and normal controls. *Cognitive Brain research*. 2005;23:137-151.
67. Rodriguez-Jimenez R, Avila C, Jimenez-Ariero MA, et al. Impulsivity and sustained attention in pathological gamblers : influence of chidhood THADA history. *J Gambl Stud*. 2006;22:451-461.
68. Alessi SM, Petry N. Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting task procedure. *Behavioural Processes*. 2003;64:345-354.
69. Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, van den Brink W. Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction*. Apr 2006;101(4):534-547.
70. Blaszczynski A. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 2002;97:487-499.
71. Black DW, Monahan PO, Temkit M, Shaw M. A family study of pathological gambling. *Psychiatry Res*. Mar 30 2006;141(3):295-303.
72. Lesieur HR, Klein R. Pathological gambling among high school students. *Addict Behav*. 1987;12(2):129-135.
73. Eisen SA, Slutske WS, Lyons MJ, et al. The genetics of pathological gambling. *Semin Clin Neuropsychiatry*. Jul 2001;6(3):195-204.
74. Eisen SA, Lin N, Lyons MJ, et al. Familial influences on gambling behavior :an analysis of 3359 twin pairs. *addiction*. 1998;93:1375-1384.
75. Slutske WS, Eisen S, Xian H, et al. A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. *J Abnorm Psychol*. May 2001;110(2):297-308.
76. Ramirez LF. Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive behaviors*. 1983;8:425-428.
77. Roy A, Adinoff B, Roehrich L, et al. Pathological gambling. A psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry*. Apr 1988;45(4):369-373.
78. Potenza MN. Shared genetic contributions to pathological gambling and major depression in men *Arc Gen Psychiatry* Sep 2005;62(9):1015-1021.

79. Krueger RF, Hicks BM, Patrick CG, Carlson RS, Iacono WG, McGue M. Etiologic connections among substance dependence ,antisocial disorder ,and desinhibited personality :modeling the externalizing spectrum. *Journal of abnormal psychology* 2002;111:411-424.
80. Comings DE, Gonzalez N, Wu S, et al. Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviors: Tourette syndrome, THADA, pathological gambling, and substance abuse. *Am J Med Genet.* Aug 20 1999;88(4):358-368.
81. Cohen MX, Youngb J, Baekc J, Kesslerc C, Ranganath R. Individual differences in extraversion and dopamine genetics predict neural reward responses *Cogn. Brain Res.* 2005(25):851-861.
82. Comings DE, Rosenthal RJ, Lesieur HR, et al. A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics.* Jun 1996;6(3):223-234.
83. Comings DE, Gade R, Wu S, et al. Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Mol Psychiatry.* Jan 1997;2(1):44-56.
84. Castro Pd. Genetic association study between pathological and a fonctionnal DNA polymorphism at the D4 receptor gene. *Pharmacogenetics.* 1997(7):345-348.
85. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L, Decaria C, E H. Serotonin Dysfunction in Pathological Gamblers: Increased Prolactin Response to Oral m-CPP Versus Placebo. *CNS Spectr.* . 2006;11(12):956-964.
86. Perez de Castro I, Ibanez A, Saiz-Ruiz J, Fernandez-Piqueras J. Concurrent positive association between pathological gambling and functional DNA polymorphisms at the MAO-A and the 5-HT transporter genes. *Molecular Psychiatry.* 2002(7):927–932.
87. Reynaud M, Bailly D, Venisse JL. *Médecine et Addictions : Peut on intervenir de manière précoce et efficace?* Paris: Masson; 2005.
88. Kreek M, Koob G. Drug dependence :stress and dysregulation of brain reward pathway. *Drug and alcohol dependence.* 1998;51:23-47.
89. Da Costa A, Thevenin J, Roche F, Romeyer-Bouchard C, Abdellaoui L, Messier M. Results From the Loire-Ardèche-Drôme-Isère-Puy-de-Dôme (LADIP) Trial on Atrial flutter, a Multicentric Prospective Randomized study comparing Amiodarone and

- Radiofrequency Ablation After the First Episode of Symptomatic Atrial Flutter. *Circulation*. 17/10/2006 2006;114(16):1676-1681.
90. Brunelle C, Assaad JM, O'Phil R, Tremblay RE, vitaro F. Exaggerated Ethanol-induced Cardiac Reactivity as an indicator of increased Risk for gambling *Addict Behav*. 2003;17(1):83-86.
 91. Piazza PV. Individual vulnerability to drug self administration :action of corticosterone on dopaminergic systems as a possible pathophysiological mechanism. *Willner,P ,Sheel-Krüger ed.The mesolimbic dopamine system for motivation to action* John Wiley and Soms LTS; 1992
 92. Piazza PV, Rougé-Pont F, Deminière JM, Kharoubi M, Le Moal M, Simon H. Dopaminergic activity is reduced in the prefrontal cortex and increased in the nucleus accumbens of rats predisposed to develop amphetamine self-administration. *Brain Research*. 1991; 567(1):169-174.
 93. Nordin C, Ingemar SD. CSF monoamine patterns in pathological gamblers and healthy controls. *J Psych. Res*. 2006(40):454-459.
 94. Potenza MN, Leung HC, Blumberg HP, et al. An fMRI Stroop Task Study of Ventromedial Prefrontal Cortical Function in Pathological Gamblers. *Am J Psychiatry* 2003;160:1990-1994.
 95. Sevy S, Hassoun Y, Bechara A, et al. Emotion-based decision-making in healthy subjects :short-term effects of reducing dopamine levels. *Psychopharmacology*. Aug 17 2006.
 96. Weintraub D, Sideroxf A, Potenza M, et al. Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in parkinson disease. *Arch Neurol*. 2006;63(7):963-973.
 97. Voon V, Hassan K, Zurowski M, et al. Prospective prevalence of pathological gambling and medication association in parkinson disease. *Neurology*. 2006;66(11):1750-1752.
 98. Drapier D, Drapier S, Sauleau P, et al. Pathological gambling secondary to dopaminergic therapy in Parkinson's disease. *Psychiatry Res*. Sep 29 2006.
 99. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. May 2005;66(5):564-574.
 100. Blaszczynski A, Steel Z. Personality Disorders Among Pathological Gamblers. *J Gambler Stud*. Spring 1998;14(1):51-71.

101. Ibanez A, Blanco C, Donahue E, et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry*. Oct 2001;158(10):1733-1735.
102. Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatr Serv*. Nov 1998;49(11):1434-1439.
103. Specker SM, Carlson GA, Edmondson KM, Johnson PE, Marcotte M. Psychopathology in gamblers seeking treatment. *J Gambl stud*. 1996;12(1):67-81.
104. Wang X. Antisocial personality disorder and gambling: comments on Pietrzak & Petry (2005). *Addiction*. May 2006;101(5):748; author reply 748-749.
105. Feline A, Guelfi J-D, Hardy P. *Les troubles de la personnalité*: Médecine-Sciences Flammarion; 2002.
106. Pietrzak RH, Petry NM. Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction*. Aug 2005;100(8):1183-1193.
107. Steel Z, Blaszczynski A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*. Jun 1998;93(6):895-905.
108. Kim SW, Grant JE. Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. Nov 30 2001;104(3):205-212.
109. Hollander E, Concetta MD, J, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. A randomized double blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathological gambling. *Biological psychiatry*. 2000;47(9):813-817.
110. Kim SW, Grant JE. The psychopharmacology of pathological gambling. *seminars in clinical neuropsychiatry*. 2001(6):184-194.
111. Frost RO, Meagher BM, Riskind JH. Obsessive-compulsive features in pathological lottery and scratch-ticket gamblers. *J Gambl Stud*. Spring 2001;17(1):5-19.
112. Blaszczynski AP. Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological reports*. 1999;84:107-113.
113. Henderson MJ. Psychological correlates of comorbid gambling in psychiatric outpatients: a pilot study. *Subst Use Misuse*. Jul 2004;39(9):1341-1352.
114. Fernandez-Montalvo J, Echeburua E. Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *J Personal Disord*. Oct 2004;18(5):500-505.

115. Zuckerman M, Eysenck S, Eysnck HJ. Sensation Seeking in England and in America :cross cultural,age,and sex comparisons. *Journa of consulting and clinical psychology*. 1978;46:139-149.
116. Martinotti G, Andreoli S, Giametta E, Poli V, Bria P, Janiri L. The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Compr Psychiatry*. Sep-Oct 2006;47(5):350-356.
117. Lejoyeux M, Feuche N, Loi S, Solomon J, Ades J. Impulse-control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity. *Psychiatry Res*. Nov 16 1998;81(2):149-155.
118. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch gen psychiatry*. 1993;50:975-990.
119. Castellani B, Rugle L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity,sensation seeking and craving. *International journal of the addictions* 1995;30:275-289.
120. Barratt E. Anxiety and impulsiveness related to psychomotir efficiency. *persp. motor schills* 1959;9:191-198.
121. Eysenck SBG, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensionnal system of personnality description. *British journal of clinical psychology*. 1977;16:57-68.
122. Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*. Jan 1997;92(1):75-87.
123. Allcock CC, Grace DM. Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. *Aust N Z J Psychiatry*. Sep 1988;22(3):307-311.
124. Mc Lellan A, Luborsky L, Cacciola J, et al. New data from the Addiction Severity Index : Reliability and validity in three centers *Journal of nervous and mental diseases* 1985(173):412-423.
125. Petry NM. Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis*. Jun 2003;191(6):399-407.
126. Bouvard M. *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Paris: Masson; 2002.
127. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM III-R(SCID-II).Part I:Description. *Journal of personality disorders*. 1995(9):83-91.

128. Hathaway S.R., Mc Kinley JC. *Manuel de l'inventaire mutiphasique de personnalité du Minnesota*. Paris; 1996.
129. Hyler SE, Rieder RO, Williams JB. The Personality Diagnostic Questionnaire:development and preliminary results. *Journal of personality disorders*. 1988(2):229-237.
130. Martins SS, Lobo DS, Tavares H, Gentil V. Pathological gambling in women: a review. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. Sep-Oct 2002;57(5):235-242.

ANNEXES

Annexe 1. Le South Oaks Gambling Screen¹⁶

1. Pendant la dernière année, combien de fois avez-vous joué ou parié de l'argent ? (10 formes de jeux et paris sont cotées, en trois rubriques « pas du tout », « moins d'une fois par semaine, « une fois ou plus par semaine »)
2. Quel est le plus gros montant d'argent que vous ayez perdu lors d'une journée en jouant ou en pariant ?
3. Est-ce que l'un ou l'autre de vos parents avait un problème de jeu ?
4. Lorsque vous jouez, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire, c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant ?
5. Avez-vous déjà affirmé avoir gagné de l'argent alors que vous en aviez perdu ?
6. Pensez vous avoir déjà eu un problème de jeu ?
7. Avez-vous déjà joué plus que vous en aviez l'intention ?
8. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu ?
9. Vous êtes vous déjà senti coupable à cause de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit quand vous jouez ?
10. Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de jouer, mais vous pensiez que vous en étiez incapable ?
11. Avez-vous déjà caché des billets de loterie, de l'argent du jeu ou d'autres signes de jeu loin de votre conjoint, de vos enfants, ou d'autres personnes importantes dans votre vie ?
12. vous êtes vous déjà disputé avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent ?
13. Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu ?
14. Avez-vous déjà emprunté de l'argent et n'avez pas remboursé cet emprunt à cause du jeu ?
15. Vous êtes vous déjà absenté de votre travail (ou de l'école) à cause du jeu ?
16. Avez-vous déjà emprunté de l'argent pour jouer ou payer des dettes de jeu ?
(Moyens ici détaillés en 9 items, du budget familial aux faux chèques, en passant par différentes formes de crédit)

Score = 3 ou 4 → Joueur « à risque » Score $\geq$ 5 → Joueur « pathologique »

Annexe 2. Echelle de Zuckerman

ECHELLE DE ZUCKERMAN

Ceci est une échelle exprimant diverses opinions sur vos goûts et vos envies. Pour chaque item, il vous est demandé d'entourer soit A soit B selon vos préférences. Répondez à tous les items même si le choix entre A et B vous paraît parfois difficile.

- 1A Je n'aime pas la sensation d'être dans les airs.
- 1B Je prends du plaisir dans les parcs d'attraction (montagnes russes, loopings...).

- 2A J'aimerais un travail qui demande beaucoup de voyages.
- 2B Je préférerais un travail dans un endroit stable.

- 3A J'aimerais voyager en stop.
- 3B Faire du stop est un moyen de voyager trop dangereux.

- 4A Je ne trouve pas que ça vaille le risque de jouer de l'argent.
- 4B J'aime jouer de l'argent.

- 5A Il faut vite que je rentre dans un lieu réchauffé quand il fait froid.
- 5B Je suis revigoré par un temps vif et froid.

- 6A J'aime les fêtes "sauvages" et deshabinées.
- 6B Je préfère les fêtes tranquilles où l'on discute bien.

- 7A Je ne supporte pas de voir un film une seconde fois.
- 7B Il y a certains films que je prends plaisir à regarder deux ou trois fois.

- 8A Dire "merde" en public est vulgaire et irrespectueux.
- 8B J'emploie parfois "merde" pour exprimer mes sentiments ou choquer quelqu'un.

- 9A Je trouve un certain plaisir à des travaux de routine.
- 9B Bien que ce soit parfois nécessaire, je n'aime pas les travaux de routine.

- 10A Je rêve souvent que je pourrais être un alpiniste.
- 10B Je ne comprend pas les gens qui risquent leur peau à escalader des montagnes.

- 11A Je n'aime aucune odeur corporelle.
- 11B J'aime certaines odeurs corporelles.

- 12A Cela m'ennuie de voir toujours les mêmes têtes.
- 12B J'aime le confort paisible des visages familiers.

- 13A J'aime bien m'habiller de façon excentrique.
- 13B J'ai tendance à m'habiller de façon classique.

- 14A Seuls les voyages dans des pays civilisés m'intéressent.
- 14B J'aimerais bien voyager dans des endroits étranges et inhabituels comme l'Amazonie ou l'Antarctique.

- 15A J'aime explorer une ville étrangère par mes propres moyens même si je dois me perdre.
- 15B Je préfère prendre un guide quand je suis dans un endroit que je ne connais pas.

- 16A Je n'aime pas les gens qui agissent afin de choquer les autres.
 16B Si l'on peut prédire toutes les paroles et tous les actes d'une personne, c'est qu'elle doit être ennuyeuse.
- 17A Il m'est difficile de prendre plaisir à un film ou une pièce où je peux prévoir ce qui va arriver.
 17B Ça ne me dérange pas de voir un film ou une pièce où je peux prévoir ce qui va arriver.
- 18A J'ai déjà essayé de fumer de l'herbe, ou du moins j'aimerais bien.
 18B Je ne fumerai jamais de l'herbe.
- 19A Je n'aimerais essayer aucune drogue qui puisse produire des effets bizarres et dangereux sur moi.
 19B J'aimerais bien essayer une drogue qui produise des hallucinations.
- 20A Je préférerais vivre dans une société idéale où tout le monde est en sécurité et heureux.
 20B J'aurais préféré vivre dans les jours troublés de l'histoire.
- 21A Une personne sensée évite les activités dangereuses.
 21B J'aime bien faire parfois des activités quelque peu dangereuses.
- 22A Je n'aime pas les gens "dans le vent".
 22B J'aime la compagnie des gens vraiment "dans le vent".
- 23A Les stimulants m'indisposent.
 23B Souvent j'aime me stimuler en buvant de l'alcool ou en fumant de l'herbe.
- 24A L'on devrait changer de travail de temps en temps simplement pour éviter de s'enliser dans la routine.
 24B L'on devrait trouver un travail à peu près satisfaisant et s'y attacher.
- 25A Je prends les plats que je connais bien de façon à n'être ni déçu ni mécontent.
 25B J'aime essayer de nouveaux plats.
- 26A Au sein d'une bonne entente sexuelle, on ne s'ennuie jamais l'un avec l'autre.
 26B C'est normal de s'ennuyer après un temps avec le même partenaire sexuel.
- 27A J'aime bien regarder chez moi ou chez des amis des films ou des diapositives de voyage.
 27B Regarder des films ou des diapositives de voyage chez quelqu'un m'ennuie à mourir.
- 28A J'aime bien essayer de nouvelles marques dans l'espoir de trouver quelque chose de différent ou de mieux.
 28B Je suis fidèle aux marques que je sais fiables.
- 29A J'aimerais bien pratiquer le ski nautique.
 29B Je n'aimerais pas faire du ski nautique.
- 30A La plupart des adultères arrivent par pur ennui.
 30B L'adultère est la plupart du temps le signe d'un mariage raté.
- 31A J'aimerais essayer le surf.
 31B Je n'aimerais pas essayer le surf.
- 32A Je trouve cela plus stimulant que les gens ne soient pas d'accord avec moi.
 32B Je n'aime pas avoir à argumenter avec des gens qui ont des opinions nettement divergentes des miennes : de telles discussions ne mènent à rien.
- 33A J'aimerais partir en voyage sans avoir planifié ni la route ni l'emploi du temps.
 33B Quand je pars en voyage, j'aime bien préparer la route et l'emploi du temps comme il faut.
- 34A Je préfère avoir pour amis des gens qui ont bien les pieds sur terre.
 34B J'aimerais me faire des amis dans des groupes d'avant-garde, par exemple des artistes.

- 35A Je n'aimerais pas apprendre à piloter un avion.
35B J'aimerais apprendre à piloter un avion.
- 36A La plupart des barbes sont désagréables à voir.
36B J'aime bien voir des hommes qui portent la barbe.
- 37A Je voudrais faire de la plongée sous-marine.
37B Je préfère la surface de l'eau à ses profondeurs.
- 38A J'aimerais rencontrer des gens qui sont homosexuels (homme ou femme).
38B Je garde mes distances vis-à-vis de toute personne que je trouve ambiguë.
- 39A Je préfère la musique classique et le jazz aux musiques plus populaires et légères.
39B Je préfère les musiques plus populaires et légères à la musique classique et au jazz.
- 40A J'aime conduire des voitures décapotables.
40B Je n'aime pas conduire des voitures décapotables.
- 41A J'aimerais tenter l'expérience d'être hypnotisé.
41B Je n'aimerais pas être hypnotisé.
- 42A Le but le plus important de la vie est de vivre à fond et de faire le plus d'expériences possibles.
42B Le but le plus important de la vie est de trouver la paix et le bonheur.
- 43A J'aimerais faire du saut en parachute.
43B Je ne voudrais jamais sauter d'un avion.
- 44A Je rentre dans l'eau froide progressivement pour laisser mon corps s'y habituer.
44B J'aime plonger ou sauter d'un coup dans l'océan ou dans une piscine froide.
- 45A Je n'aime pas les sons irréguliers et discordants de la musique moderne.
45B J'aime bien écouter de nouvelles musiques inhabituelles.
- 46A Je préfère des amis tout à fait imprévisibles.
46B Je préfère des amis sûrs et prévisibles.
- 47A Je ne m'intéresse pas aux expériences pour elles-mêmes.
47B J'aime avoir des expériences nouvelles et excitantes, même si elles font un peu peur et sont non conventionnelles ou illégales.
- 48A Quand je pars en vacances, je préfère le confort d'une bonne chambre et d'un bon lit.
48B Quand je pars en vacances, je préfère le changement procuré par le camping.
- 49A Quand je vais nager dans un lac ou un océan, je préfère rester près du bord.
49B Parfois j'aime nager loin du rivage.
- 50A Je prends souvent plaisir à braver l'autorité irrationnelle.
50B Je suis généralement respectueux de l'autorité légale.
- 51A L'essence d'une belle oeuvre réside dans sa pureté, sa symétrie de forme et son harmonie de couleurs.
51B Je trouve souvent de la beauté dans les couleurs discordantes et les formes irrégulières de la peinture moderne.
- 52A J'aime bien passer du temps dans l'environnement familial de la maison.
52B Je m'énervais rapidement dès que je dois rester chez moi.

- 53A J'aime plonger d'une grande hauteur.
 53B Je n'aime pas l'impression que j'ai sur un haut plongeur (ou je ne m'en approche même pas du tout).
- 54A J'aime bien sortir avec quelqu'un d'attrayant physiquement.
 54B J'aime bien sortir avec quelqu'un qui partage mes valeurs.
- 55A Boire beaucoup gâche habituellement les fêtes parce que certaines personnes deviennent bruyantes et violentes.
 55B Boisson à volonté est la clef de la réussite d'une fête.
- 56A J'aime bien parfois faire des choses incongrues juste pour en voir l'effet sur les autres.
 56B Je me comporte toujours normalement, choquer ou troubler les autres ne m'intéresse pas.
- 57A La pire faute sociale est d'être violent ou grossier.
 57B La pire faute sociale est d'être ennuyeux.
- 58A Je cherche à avoir une bonne nuit de récupération après une longue journée.
 58B Je souhaiterais n'avoir pas besoin de gaspiller autant de temps à dormir.
- 59A L'on devrait avoir beaucoup d'expériences sexuelles avant le mariage.
 59B C'est mieux si deux jeunes mariés commencent leur expérience sexuelle ensemble.
- 60A Même si j'en avais les moyens financiers, je ne me risquerais pas à me mêler à des gens frivoles comme ceux de la "jet set".
 60B Je pourrais envisager de chercher des plaisirs tout autour du monde avec la "jet set".
- 61A J'aime les gens tranchants et spirituels même s'ils blessent parfois les autres.
 61B Je n'aime pas les gens qui rient aux dépens des autres.
- 62A Presque tout ce qui est agréable est illégal ou immoral.
 62B La plupart des choses agréables sont parfaitement légales et morales.
- 63A Une bonne peinture devrait choquer ou secouer les gens.
 63B Une bonne peinture devrait donner un sentiment de paix et de sécurité.
- 64A Il y a beaucoup trop de sexe au cinéma.
 64B J'aime regarder certaines scènes érotiques au cinéma.
- 65A Je ne prends pas de plaisir à des discussions dans lesquelles les gens s'échauffent tant qu'ils finissent pas s'insulter.
 65B Je prends du plaisir à une discussion intellectuelle bien échauffée même si les gens deviennent excédés.
- 66A Je me sens mieux après un bon verre.
 66B Il y a quelque chose qui ne tourne pas rond chez les gens qui ont besoin d'alcool pour se sentir bien.
- 67A Les gens qui conduisent des motos doivent avoir une sorte de besoin inconscient de se faire mal.
 67B J'aimerais bien faire de la moto.
- 68A Les gens devraient s'habiller avec un certain bon goût, une apparence et un style soignés.
 68B Les gens devraient s'habiller de façon personnalisée même si les résultats sont parfois étranges.
- 69A Naviguer sur de longues distances dans une petite embarcation est imprudent.
 69B J'aimerais bien naviguer sur une longue distance dans une petite embarcation censée tenir sur la mer.
- 70A Je n'ai aucune patience avec les gens ternes et ennuyeux.
 70B Je trouve quelque chose d'intéressant chez presque tous les gens avec lesquels je parle.

- 71A Skier très vite est une bonne façon de finir avec un plâtre.
71B Je pense que j'appréciera la sensation de skier très vite.
- 72A Je préfère les gens calmes et tempérés.
72B Je préfère les gens qui expriment leurs émotions même s'ils sont un peu instables.

COMPOSITION DES FACTEURS :

Facteur général (22 items) :

2A, 5B, 10A, 11B, 12A, 15A, 19B, 20B, 21B, 29A, 33A, 35B, 41A, 42A, 43A, 44B, 46A, 48B, 51B, 63A, 67B, 72B.

Facteur danger/aventure (14 items) :

1B, 10A, 21B, 29A, 31A, 35B, 37A, 40A, 43A, 49B, 53A, 67B, 69B, 71B.

Facteur recherche d'expériences (18 items) :

3A, 8B, 13A, 14B, 18A, 19B, 33A, 34B, 36B, 38A, 39A, 45B, 46A, 47B, 50A, 51B, 56A, 68B.

Facteur desinhibition (14 items) :

4B, 6A, 22B, 23B, 26B, 30A, 54A, 55B, 59A, 60B, 61A, 62A, 64B, 66A.

Facteur susceptibilité à l'ennui (18 items) :

7A, 9B, 12A, 16B, 17A, 20B, 24A, 25B, 27B, 28A, 32A, 46A, 52B, 57B, 58B, 63A, 65B, 70A.

NOM : GUILLOU LANDREAT

PRENOM : Morgane

Titre de thèse :

Etude de la personnalité de joueurs pathologiques en demande de soins
au service d'addictologie de Nantes

RESUME

Le jeu pathologique est défini selon le DSM IV comme une « pratique inadaptée, persistante et répétée » des jeux de hasard et d'argent. Les hypothèses étiopathogéniques sont multiples. Selon la littérature, sa prévalence est de 1 à 3 % en population générale et de nombreuses comorbidités sont décrites, en particulier des troubles de la personnalité, mais il existe peu d'études françaises. Ainsi nous avons réalisé une étude transversale dans le service d'addictologie de Nantes chez 24 patients consultants pour un problème de jeu.

Une évaluation globale des conduites addictives (Addiction Severity Index) et de la personnalité (SCID II, MMPI-2 ; ERS ; BIS-10) a été effectuée.

Nos résultats étaient congruents avec la littérature internationale et retrouvaient une fréquence élevée de certains troubles et traits de personnalité et des dimensions d'impulsivité élevées. Nous avons discuté ces résultats en les comparant à ceux de la littérature internationale.

MOTS-CLES

Jeu pathologique - MMPI-2 - SCID II - Addiction Severity Index -
Troubles de personnalité - Traits de personnalité