

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 111

THÈSE
pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de PSYCHIATRIE)

par

Olivier, Georges, Étienne VERMEULEN

Né le 03/10/1983 à Roubaix

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2011

JEU EXCESSIF CHEZ LES SENIORS

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VÉNISSE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie GRALL-BRONNEC

« Le hasard donne les pensées et le hasard les ôte »

Blaise Pascal.

Table des matières

INTRODUCTION	8
EN QUOI LE VIEILLISSEMENT INFLUENCE-T-IL LE JEU EXCESSIF ?.....	14
I. Les jeux de hasard et d'argent : un loisir fréquent chez les personnes âgées.....	15
II. Les personnes âgées : un groupe à risque de jeu pathologique ? (Fréquence supposée du jeu excessif dans cette population)	18
III. Une fréquence très probablement sous-estimée	22
1. Problématique de la validité des outils de dépistage.....	22
2. « Tabou » de l'addiction chez les seniors.....	23
2.1. Dénier et souhait de désirabilité des personnes âgées ?	23
2.2. Un déni partagé par les soignants ?	24
IV. Quelles sont les particularités du jeu chez les seniors ?.....	25
1. Des caractéristiques socio-démographiques et des facteurs de risque spécifiques ?.....	25
1.1. Des caractéristiques socio-démographiques spécifiques ?.....	25
1.1.a. Comparaison des joueurs seniors aux joueurs plus jeunes.....	25
1.1.b. Comparaison des joueurs seniors aux seniors non joueurs.....	26
1.2. Des facteurs de risques spécifiques ?.....	26
2. Des caractéristiques particulières à prendre en compte ?.....	28
2.1. L'âge de début des troubles ?.....	28
2.2. Une typologie de joueurs différente ?.....	30
2.3. Des motivations et des conduites de jeu spécifiques ?.....	31
2.4. Des troubles cognitifs pouvant favoriser les conduites de jeu ?.....	33
3. Le cas particulier de la maladie de Parkinson et des agonistes dopaminergiques.....	36
V. Des conséquences plus marquées du jeu excessif chez les seniors ?	38

VI. Bilan des connaissances actuelles.....	40
VIGNETTES CLINIQUES	42
I. Première vignette clinique : Madame B. Anne.....	43
1. Présentation	43
1.1. Antécédents.....	44
1.2. Histoire de vie.....	45
1.3. Histoire des troubles.....	47
1.3.a. Conditions de jeu.....	48
1.3.b. Fonction du jeu.....	48
1.3.c. Conséquences du jeu.....	49
1.3.d. Résultats aux questionnaires d'évaluation.....	49
2. Réflexions.....	50
2.1. Psychopathologie.....	50
2.2. Réflexions sur le jeu excessif.....	54
II. Deuxième vignette clinique : Monsieur Marc P.....	55
1. Présentation.....	55
1.1. Antécédents.....	55
1.2. Histoire de vie.....	56
1.3. Histoire des troubles.....	59
1.3.a. Conditions de jeu.....	59
1.3.b. Fonction du jeu.....	59
1.3.c. Conséquences du jeu :	60
1.3.d. Résultats aux questionnaires d'évaluation.....	61
2. Réflexions.....	62
2.1. Psychopathologie.....	62
2.2. Réflexions sur le jeu excessif.....	64
2.2.a Les facteurs de risque individuels.....	65
2.2.b Les facteurs de risque liés aux jeux de hasard et d'argent.....	65

2.2.c Les facteurs de risques liés au contexte.....	65
III. Troisième vignette clinique : Monsieur René H.	67
1. Présentation	67
1.1. Antécédents.....	67
1.2. Histoire de vie.....	68
1.3. Histoire des troubles.....	70
1.3.a. Jeux de hasard et d'argent.....	70
Conditions de jeu.....	71
Fonction du jeu.....	71
Conséquences du jeu.....	72
Résultats aux tests d'évaluation dans le service d'addictologie.....	72
1.3.b. La maladie de Parkinson.....	73
2. Réflexions.....	75
2.1. Psychopathologie.....	75
2.2. Réflexions sur le jeu excessif.....	76
2.2.a. Les facteurs de risque individuels.....	76
2.2.b. Les facteurs de risque liés aux jeux de hasard et d'argent.....	78
2.2.c. Les facteurs de risque liés au contexte.....	78
IV. Regards croisés sur les vignettes cliniques.....	79

ANALYSE DE L'ÉCHANTILLON DES PATIENTS D'au moins 60 ANS SUIVIS PAR LE CENTRE DE RÉFÉRENCE SUR LE JEU EXCESSIF DE NANTES.....81

I. Objectif de l'étude	82
II. Matériel et méthodes.....	82
1. Design.....	82
2. Les participants.....	82
3. Les outils d'évaluation.....	83
3.1. L'hétéro-évaluation	83
3.2. L'autoévaluation.....	85

4. Analyses statistiques.....	88
III. Résultats	88
1. Description du sous-groupe des joueurs d'au moins 60 ans.....	88
1.1. Les caractéristiques socio-démographiques.....	88
1.1.a. Le genre et l'âge.....	88
1.1.b. Les catégories socio-professionnelles.....	88
1.2. Les caractéristiques liées au jeu.....	88
1.2.a. Sévérité du trouble.....	88
1.2.b. Le parcours de jeu.....	89
1.2.c. Le type de jeu.....	89
1.2.d. Motifs et attentes autour la prise en charge.....	89
1.2.e. Les enjeux financiers	90
1.2.f. Les distorsions cognitives et les croyances irrationnelles liées au jeu.....	91
1.3. Les caractéristiques cliniques des joueurs.....	91
1.3.a. Les comorbidités psychiatriques et addictives.....	91
1.3.b. Les caractéristiques liées à la personnalité.....	91
2. Comparaison du sous-groupe des joueurs âgés de 60 ans et plus à celui des moins de 60 ans	93
IV. Discussion.....	94
1. Description du sous-groupe des joueurs d'au moins 60 ans.....	94
2. Comparaison de cette population de joueurs de plus de 60 ans à celle des moins de 60 ans	96
2.1. Un nombre de critères DSM-IV plus faible chez joueurs de plus de 60 ans.....	96
2.2. Une persévérance dans le jeu plus marquée.....	96
2.3. Un style de défense plus mature.....	97
3. Limites et perspectives.....	98
CONCLUSION	99
BIBLIOGRAPHIE.....	103

ANNEXES.....113

ABRÉVIATIONS117

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé définit une personne âgée à partir de 60 ans.

Troisième et dernière période de la vie, après la croissance et l'âge adulte, la vieillesse est l'aboutissement normal du processus de vieillissement biologique.

L'O.M.S définit arbitrairement certaines tranches d'âges correspondant à des phases de ce vieillissement biologique. Ainsi, les personnes âgées seraient celles incluses dans la tranche d'âge des 60-74 ans, tandis que les personnes de 75 à 90 ans seraient des vieillards, puis de grands vieillards (Organisation mondiale de la Santé 1999).

En pratique, de nombreux facteurs influencent l'évolution d'un sujet et déterminent son entrée plus ou moins tardive dans l'une ou l'autre des catégories précédemment citées. Ainsi, d'un individu à l'autre, les aptitudes sensorimotrices et intellectuelles décroissent à des vitesses pouvant considérablement varier, en fonction de leurs mœurs passées, de leur profession ou de leurs habitudes alimentaires, etc...

Il existe certes un âge fixé à 60 ans par l'OMS pour définir l'entrée dans la classe d'âge des personnes âgées. Ceci correspondait jusqu'à depuis peu à l'âge légal de départ en retraite. Cependant, le recul de l'âge de ce départ, corollaire à l'accroissement de l'espérance de vie et de l'état de santé des sujets vieillissants, « brouille les cartes ». Ainsi, cette imprécision se retrouve dans les études scientifiques, qui donnent souvent des bornes différentes : les seniors sont alors « les plus de 55 ans », « les plus de 60 ans », « les plus de 65 ans » voire « les plus de 70 ans » ...

La pratique de la psychiatrie est de plus en plus confrontée à l'accueil de personnes âgées de plus de 60 ans. Ceci s'explique en particulier par une évolution socio-démographique française : le « papy-boom ». En effet, selon une étude de l'INSEE le nombre de plus de 60 ans d'ici à 2035 va littéralement exploser. Dès 2014, les 60 ans et plus seront plus nombreux que les moins de 20 ans. Et en 2060, 32 % des Français auront 60 ans et plus (INSEE 2010). De plus, sur les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée, qui attirent grâce à leurs villes côtières notamment, la population des personnes âgées apparaît déjà importante et il est donc essentiel de se préoccuper de cette nouvelle et future patientèle.

Les difficultés de la retraite, la solitude, les maladies, sont donc autant de facteurs susceptibles d'être plus présents chez les personnes âgées, et de les fragiliser.

Celles-ci constituent d'ailleurs une cible de choix pour les opérateurs de jeux, comme l'attestent par exemple les facilités de transport mises à leur disposition dans nombre de villes de tous pays par les casinos.

Les personnes âgées sont donc généralement considérées comme un groupe à risque en matière de jeu pathologique, à côté des adolescents, des minorités culturelles, des personnes économiquement vulnérables.

Les études concernant cette population sont toutefois relativement rares et les données sont souvent issues d'études en population générale, non particulièrement ciblées sur cette question.

Le vieillissement suppose toute une série de changements pour un individu. Quelles peuvent être ses implications sur le plan psychique et sur le plan physique ?

Pour apporter une réflexion sur les impacts du vieillissement sur le psychisme, nous nous appuyerons sur une vision psychanalytique. En ce qui concerne le vieillissement physique, nous nous concentrerons sur ses conséquences neurologiques et surtout sur les fonctions exécutives.

Ces deux aspects nous semblent très intéressants pour aborder la question de l'impact du vieillissement sur le développement d'une addiction comportementale.

Dans la vision psychanalytique, le début du vieillissement correspond à l'arrivée sur la scène mentale d'une nouvelle donnée : notre inéluctable finitude. Le fantasme d'éternité rencontre une limite jusque-là ignorée par la libido, lorsqu'il est mis à mal par l'apparition d'un fléchissement durable, aux multiples conséquences (affectives, mentales, corporelles, professionnelles ou sociales).

Sur le plan métapsychologique, le vieillissement est un processus de mise en tension du Moi avec le Çà. Le Moi sait qu'il va mourir ; le Çà l'ignore ; l'appareil psychique entre ainsi dans un conflit topique. Le vieillissement psychique va ainsi découler de la capacité du Moi à supporter la perte de la jeunesse et la peur de la mort sans être mentalement paralysé. L'énergie psychique ainsi libérée est alors disponible pour relancer une nouvelle fécondité créatrice à la mesure des moyens restants.

L' appareil psychique va devoir se remanier au fil des gains mais surtout des pertes.

« Vieillir » peut ainsi signifier « mûrir » et être un moment de vie où il est possible d'apprendre sur soi et de produire un gain narcissique, en donnant du sens à sa vie actuelle ou passée, par exemple par la transmission de connaissances d'une génération à l'autre, d'un esprit à l'autre. « Vieillir pourrait donc être jouir de la vie qui reste » (Le Gouès 2000).

Cependant, l'avancée en âge va être marquée par différents types de pertes : la perte d'objet, de fonction ou de soi.

La perte d'objet est marquée par la mort d'un être cher. Elle va être l'occasion d'un travail de deuil, dont la difficulté peut être sérieusement accrue par l'ancienneté et la profondeur de l'investissement de l'objet perdu. En effet, un couple de trente ou quarante années d'existence commune n'est pas seulement soudé par les mêmes habitudes, mais aussi par le jeu des identifications respectives : l'autre est devenu une partie de soi et réciproquement. Ce n'est plus simplement quelqu'un d'autre qui est perdu mais aussi une partie de soi.

La perte de fonction est celle liée à l'atteinte d'une partie de soi, corporelle et symbolique ; notamment la réduction de la puissance sexuelle chez l'homme et la diminution de la séduction chez la femme. L'écart entre le désir et les moyens de sa réalisation s'accroît alors et relance le complexe œdipien de castration. L'impossibilité de cette relance fait peser des risques sévères sur la vie psychique.

La perte de soi correspond psychiquement à la mise en perspective de la mort, lorsqu' « elle devient une affaire personnelle, sa propre mort et le fait d'être soi-même réellement et vraiment mortel » (E. Jaques, 1963 ; traduit par (Anzieu 1974)).

Selon Le Gouès (Le Gouès 2000), le vieillissement va également s'accompagner de deux grandes modifications du Moi : l'affaiblissement et la rigidification.

« L'affaiblissement est la traduction mentale de la baisse intellectuelle.[...] Le Moi, affaibli, qui continue à être confronté à des désirs infantiles dont la nature n'a pas changé, peut réagir de différentes façons :

- Soit il souffre, se déprime, parvient tant bien que mal à faire son deuil puis à relancer ses sublimations. On dit que le Moi parvient à se réorganiser de façon moins ambitieuse.
- Soit il refuse la baisse de ces capacités. Sa défense par la dénégation le lance dans la suractivité, avec tous les risques qui lui sont liés.
- Soit il s'oppose à la réalité du déclin par une régression partielle (anale le plus souvent), ou massive (comme un état pseudo-démontiel par exemple).
- Soit il rigidifie son fonctionnement et, le cas échéant lance une défense projective de type érotomaniaque ou délirante.

La rigidification, elle, s'exprime par une tendance conformiste qui correspond au désir de s'opposer au changement. Tout ce qui est nouveau avive l'angoisse de la mort, parce le nouveau souligne l'écoulement du temps.

Le Moi vieillissant lutte contre cet aspect inquiétant du nouveau en dressant contre lui des situations connues, comme ce recours au connu suffisait à offrir une protection efficace. Le sujet se replie sur des zones d'activités qu'il a précédemment maîtrisées et s'y attache de façon ritualisée, crispée même. »

Nous venons donc de voir que le vieillissement peut entraîner un grand nombre de remaniements psychiques et devra aboutir à de nombreux ajustements, notamment vis-à-vis de son lien à l'objet. On voit donc bien, que vient poindre à nouveau la question du lien et des dépendances éventuelles. Nous pouvons ainsi aisément comprendre comment la solution addictive peut prendre tout son sens, dans cette période de crise de vie.

Du point de somatique, le cerveau vieillissant est caractérisé par de nombreux changements physiologiques, structurels, fonctionnels et neurocognitifs. Les liens entre ses différents processus sont complexes et caractérisés par de larges variations interindividuelles (Caserta et al. 2009).

Selon l'hypothèse du vieillissement frontal, les déficits cognitifs liés à l'âge seraient principalement dus à un dysfonctionnement du cortex préfrontal lié à des modifications anatomiques et physiologiques (atrophie du lobe frontal lié à l'âge, altérations de la neurotransmission, modifications de la plasticité neuronale, altération de la connexion avec d'autres régions cérébrales...) (Sara N Burke et Barnes 2006).

Les fonctions cognitives ne déclinent pas de manière uniforme avec le vieillissement cérébral. Parmi ces fonctions, les fonctions exécutives montrent un déclin lié à l'âge précoce et considérable. La vitesse de traitement de l'information et la mémoire de travail semblent également particulièrement affectées (Caserta et al. 2009).

Le fonctionnement exécutif renvoie à un ensemble de processus cognitifs dont le rôle principal est de faciliter l'adaptation du sujet aux situations nouvelles et/ou complexes.

En effet, si la plupart de nos activités quotidiennes peuvent être réalisées de façon routinière un certain nombre de situations nécessitent, pour produire un comportement efficace et approprié au contexte, l'intervention de mécanismes de contrôle. Ces mécanismes de contrôle, ou exécutifs, regroupent un grand nombre de processus distincts tels que l'inhibition de réponses prédominantes, l'initiation de comportement, la planification de l'action, la génération d'hypothèses, la flexibilité cognitive, le jugement et la prise de décision.

L'ensemble des études sur le vieillissement exécutif montre une altération des fonctions exécutives fondamentales au cours du vieillissement normal, et donc du système de supervision attentionnel.

Si avec l'âge l'ensemble des fonctions fondamentales sont à terme altérées, leurs atteintes ne suivent pas la même chronologie. La flexibilité mentale semble être la dernière fonction à être atteinte au cours du vieillissement, alors que l'inhibition et la mise à jour des informations en mémoire de travail, sont atteintes plus précocement. Ses fonctions ont cependant une certaine unité, et l'altération de l'une d'elle a un retentissement sur des processus plus complexes tels que la planification.

La prise de décision est également altérée, surtout quand l'interprétation de stimuli émotionnels est nécessaire pour l'évaluation du problème dans sa globalité (Baena et al. 2010).

A partir de ces constatations, l'hypothèse que l'altération des fonctions exécutives observée au cours du vieillissement normal soit un facteur de vulnérabilité dans la pratique des JHA semble légitime. Nous reverrons plus en détails cette hypothèse ultérieurement.

Pour présenter ce travail de thèse, nous avons pris le parti de réaliser une revue de littérature française et internationale sur les différents sites de recherche bibliographique, principalement PUBMED® avec comme mots-clés « gambling », « pathological gambling », « older adult », « elderly », « aged ».

Celle-ci a pour but de s'attacher à étudier le jeu excessif, à savoir problématique et pathologique, dans la population spécifique des seniors. L'idée était de tenter de caractériser ce trouble, par des questionnements successifs. Les jeux de hasard et d'argent sont-ils une occupation fréquente chez les personnes âgées ? Courent-elles le même risque de devenir addicts que les plus jeunes ? La fréquence des troubles addictifs liés aux JHA est-elle sous-estimée ? Quelles sont les particularités de jeu chez les seniors ?

Dans le but de joindre au sujet une approche clinique, nous proposons l'illustration de cette problématique par trois vignettes cliniques. Celles-ci sont représentées, par trois personnes de plus de 60 ans, ayant débuté un jeu problématique puis pathologique, après leur mise à la retraite et ayant réalisé une demande de soins auprès du service universitaire d'addictologie de Nantes.

Enfin, nous finirons par la présentation de l'échantillon de joueurs de plus de 60 ans, qui ont participé à l'étude ÉVALJEU.

**EN QUOI LE VIEILLISSEMENT
INFLUENCE-T-IL LE JEU EXCESSIF ?**

I. Les jeux de hasard et d'argent : un loisir fréquent chez les personnes âgées

Le jeu de hasard et d'argent (JHA) désigne généralement une forme spécifique de jeu, qui réunit trois conditions :

- le joueur mise de l'argent ou un objet de valeur
- la mise ne peut pas être reprise
- l'issue du jeu repose principalement sur le hasard

Il s'agit donc d'un jeu qui permet un gain potentiel en espèces mais qui exige une mise de la part des participants.

Il n'existe pas en France d'étude épidémiologique centrée sur cette question des JHA chez les personnes âgées. Pour appréhender la fréquence de ces activités auprès des seniors, on peut s'appuyer sur deux types de données ; celles fournies par les opérateurs de jeux, premièrement, et secondairement celles résultantes des études épidémiologiques nord-américaines.

Les données des pratiques de jeu pour la France sont celles qui sont fournies par les opérateurs de jeu, c'est à dire la Française des Jeux, les casinos, et le PMU.

Selon la FDJ, environ 30 millions de personnes ont joué en France en 2005, dont plus de 28 millions à des jeux de cette société.

Toujours selon les données de cette société, les joueurs se répartissent ainsi :

Plan d'action pour le jeu responsable, FDJ 2006.

(d'après un échantillon représentatif de 2000 personnes)

	Distribution de la population		Opérateurs		
	Total	Joueurs	FDJ	PMU	Casino
16-24 ans	14,00%	15,00%	15,00%	9,00%	19,00%
25-34 ans	17,00%	20,00%	21,00%	22,00%	19,00%
35-44 ans	18,00%	20,00%	20,00%	17,00%	19,00%
45-59 ans	25,00%	25,00%	25,00%	29,00%	20,00%
60 ans et plus	26,00%	20,00%	19,00%	23,00%	23,00%
Hommes	48,00%	48,00%	47,00%	60,00%	53,00%
Femmes	52,00%	52,00%	53,00%	40,00%	47,00%
Cadres	26,00%	27,00%	26,00%	28,00%	25,00%
Ouvriers, employés	29,00%	33,00%	34,00%	39,00%	30,00%
Sans emploi, retraités	45,00%	40,00%	40,00%	34,00%	45,00%

On s'aperçoit grâce à ce tableau que les personnes âgées de plus de 60 ans sont autant concernées par la pratique des jeux de hasard et d'argent que les autres catégories d'âge.

Les études nord-américaines abondent également dans ce sens.

En 2001, dans l'état du Nebraska, McNeilly et Burke ont réalisé une étude consacrée aux activités sociales auxquelles les personnes âgées de plus de 65 ans avaient accès. Les JHA étaient les activités les plus fréquemment relatées, avec en tête le bingo puis les jeux de casino. Il est à noter que ces activités étaient souvent favorisées par l'organisation des trajets (McNeilly et W J Burke 2001).

Levens et al. ont mené une large étude dont l'objectif était d'évaluer le taux de prévalence du jeu dans un échantillon de personnes âgées de plus de 65 ans, consultant son médecin généraliste. Près de 70 % des 843 sujets inclus avaient joué à un jeu de hasard et d'argent au moins un fois au cours de l'année écoulée (Levens et al. 2005).

De même, l'étude de Vander Bilt s'est attachée à étudier les liens entre le fait de sortir de chez soi pour aller jouer et certains indices de santé physique et mentale et de soutien social. Dans cette cohorte de 1016 sujets, âgés en moyenne de 79 ans, près de la moitié d'entre eux (47,7%) jouaient à des JHA (Vander Bilt et al. 2004).

Le jeu fait donc partie des activités de loisir les plus fréquentes chez les personnes âgées, et certains auteurs insistent sur le caractère « social » de cette activité, qui ne serait que rarement problématique et qui ne constituerait le plus souvent pas une forme exclusive de loisirs (Zaraneck et Chapleski 2005)

Ainsi, dans une étude de 2004 de Desai et al., sur les variables de santé et de bien-être associés au jeu récréatif chez des adultes âgés de plus de 65 ans, 50,3 % affirmaient avoir joué au JHA dans l'année. Les chercheurs mettaient en évidence l'absence d'impact sur la santé et le sentiment de bien être des joueurs par rapport aux non-joueurs (Rani A Desai et al. 2004).

Cependant, on peut constater une nette augmentation de la disponibilité et l'accessibilité des jeux de hasard et d'argent dans les pays industrialisés (Blaszczynski et Nower 2002).

De même, on peut penser que le type de jeu pratiqué a changé depuis ces dernières années. Ainsi aux traditionnels « bingos » d'Amérique du Nord, auxquels les femmes se livrent dans les sous-sols des églises, s'ajoutent divers type cartes à gratter, des loteries vidéo et des machines à sous. De même, en France, le traditionnel tiercé du dimanche ou la cérémonie du tirage du loto font place aux « courses par courses » du PMU, au « RAPIDO® » de la Française des jeux et un nombre de personnes âgées des deux sexes attendent tous les matins l'ouverture du casino et des salles des machines à sous.

Ainsi l'étude nord-américaine de Gerstein vient confirmer l'idée d'une augmentation progressive de la participation de personnes âgées aux jeux de hasard et d'argent. En effet, dans la population générale, le pourcentage de joueurs âgés était passé de 35 % en 1975 à 80 % en 1998. De plus, 0,4 % étaient considérés comme joueurs pathologiques, 0,7 % comme des joueurs problématiques (Gerstein et al. 1999).

Cette augmentation de l'offre et de la participation des personnes âgées aux jeux de hasard et d'argent associée à un accroissement générationnel de leur nombre, fait donc naturellement craindre à une augmentation du nombre de joueurs problématiques et pathologiques. En effet, comme nous allons le voir par la suite, il paraît intéressant de penser que cette population peut rencontrer des raisons plus spécifiques de dérapage de leur conduite de jeu.

II. Les personnes âgées : un groupe à risque de jeu pathologique ? (Fréquence supposée du jeu excessif dans cette population)

Le jeu pathologique est une entité reconnue et validée en matière de jeux de hasard et d'argent par une littérature scientifique internationale abondante qui en fait pour certains un modèle d'addiction sans drogue.

Ces critères reprennent en grande part ceux qui ont été proposés pour la définition de la "dépendance aux substances psychoactives".

Les distinctions de plus en plus classiques dans les addictions à des substances psychoactives entre usage simple ou festif, usage à risque, usage nocif ou abus, et dépendance, peuvent tout à fait trouver leur place en matière de pratiques ludiques ; de même que les critères définis par Goodman (Goodman 1990).

À partir de là, on peut distinguer :

- des joueurs sociaux, pour qui le jeu garde une place limitée, celle d'un loisir (ils sont environ 35 millions en France), dont on peut rapprocher les joueurs professionnels, notamment de cartes, qui en tirent des revenus conséquents, et également le spéculateur boursier ;
- des joueurs problématiques qui sont engagés dans des pratiques de jeux intensives et répétitives et rapportent un certain nombre de dommages au plan financier, personnel, familial et professionnel ;
- enfin, des joueurs pathologiques qui répondent aux critères diagnostiques du jeu pathologique du DSM IV (*cf. annexes*).

On ignore en France la prévalence du jeu pathologique dans cette tranche d'âge.

Cependant, on peut tenter d'en avoir une idée au vue des données étrangères, en particulier nord américaines.

D'après le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, la proportion de seniors augmenterait parmi les joueurs pathologiques (Marie Grall-Bronnec et al. 2009)

Plusieurs études permettent de réfléchir à cette prévalence du jeu pathologique chez les seniors.

D'après les études en population générale, les seniors seraient, dans l'ensemble, légèrement moins touchés par le jeu pathologique que les autres : Petry cite en ce sens l'étude NORC, selon laquelle il n'est retrouvé que 0,4 % de joueurs pathologiques et 0,7 % de joueurs problématiques, chez les personnes âgées (Nancy M Petry 2002).

La prévalence de jeu problématique et celle de jeu pathologique seraient inférieures à celles retrouvées chez les sujets plus jeunes. Ainsi, des études vont dans ce sens :

Dans l'étude de Desai et *al.*, sur les 2417 sujets interrogés par téléphone, la proportion de joueurs à risque et pathologique étaient de 0,5 % pour les sujets de plus de 65 ans, comparés à 2,4 % pour les plus jeunes (Rani A Desai et al. 2004).

Dans une étude plus récente, Sacco et *al.*, mettent en évidence une prévalence plus faible de jeu pathologique chez les sujets âgés que celle du groupe de référence, à savoir des hommes caucasiens entre 25 et 59 ans (Sacco et al. 2011).

Cependant, lorsqu'on cible plus spécifiquement la population des seniors, on obtient des taux de prévalence significativement plus élevés.

L'étude de Mc Neilly et Burke en 2000, avait spécifiquement pour objectif d'évaluer la prévalence des problèmes de jeu auprès d'un échantillon de retraités de plus de 65 ans, mais également de décrire les comportements de jeu et les motivations des joueurs et d'identifier le profils de ceux qui développent un problème de jeu. Le principal outil d'évaluation était le South Oaks Gambling Screen-Revised past year), qui permet de dépister le jeu à risque (3-4 réponses positives) et le jeu pathologique (au moins 5 réponses positives) (McNeilly et W J Burke 2000).

315 sujets, répartis en deux groupes (issus de la communauté versus participants à des sorties « casino ou bingo ») ont complétés l'ensemble des questionnaires.

Les résultats indiquaient que, parmi les joueurs de la communauté, 1,3 % étaient des joueurs à risque et 2,7 % des joueurs pathologiques, tandis que les proportions s'élevaient respectivement à 5,5 % et 11% pour les participants aux sorties « casino ou bingo ».

Levens *et al.* (Levens *et al.* 2005), sur 843 personnes de plus de 65 ans, considéraient 10,9 % des sujets comme « à risque », mais ici cette catégorie était défini par le fait d'avoir misé plus que l'on pouvait se le permettre dans l'année, ou plus de 100 dollars en une fois...

Wiebe et Cox (Wiebe et Brian J Cox 2005) ont étudié les pratiques de jeu sur un échantillon de 1000 personnes de plus de 60 ans, au Manitoba, par enquête téléphonique. L'outil utilisé pour mesurer les problème de jeu était le SOGS-R.

Le jeu apparaissait là encore comme une pratique fréquente, 74,7 % des sujets ayant joué au moins une fois dans l'année. Les auteurs retrouvaient 1,2 % de joueurs pathologiques probables, et 1,6 % de joueurs à problèmes. Était, dans ces cas, particulièrement en cause, la pratique des machines à sous. Cette étude tendait donc à montrer que les personnes âgées étaient un peu moins à risque que l'ensemble de la population, ce qui confirme les études antérieures.

Une étude de Philippe et Vallerand (Philippe et Vallerand 2007), dans le Grand Montréal, sur 810 personnes de plus de 55 ans, retrouvait 1,2 % de joueurs pathologiques et 1,6 % de joueurs « à problèmes », chiffres qui étaient au moins aussi importants que ceux de la population générale du Québec.

Lorsqu'on va regarder encore plus précisément ces prévalences dans la population de joueurs âgés, les taux s'élèvent, une nouvelle fois.

Dans une population de seniors plus ciblée ; c'est à dire auprès des plus de 60 ans de l'état du Connecticut, issus de centres pour seniors, de salles de bingo, et d'autres activités communautaires; Erickson *et al.*, retrouvent que 6,4 % des réponders avaient un problème de jeu et 3,8 % étaient définis comme joueurs pathologiques. L'outil d'évaluation principal était le questionnaire SOGS, une fois encore (Erickson *et al.* 2005).

De même, l'étude étasunienne de Ladd *et al.*, retrouve des proportions similaires de joueurs seniors à risque ou pathologiques. En effet, dans cet échantillon de 492 participants âgés de plus de 65 ans, recrutés dans des centres spécialisés pour les personnes âgées et sur les sites de bingo, les taux de prévalence, évalués par le SOGS-R, s'élèvent à 6% pour le jeu problématique et à 4,7% pour le jeu pathologique (Ladd *et al.* 2003).

Lorsqu'on s'intéresse donc à la prévalence du jeu problématique et du jeu pathologique chez les personnes âgées, on observe le phénomène suivant : plus la population est ciblée, plus les taux s'élèvent.

Ainsi, dans les études en population générale, pour les seniors, le taux de prévalence du jeu pathologique s'élèverait autour de 0,5 % et celui du jeu problématique autour de 0,7 %. Ces taux seraient donc inférieurs à ceux retrouvés dans la population générale.

Lorsqu'on s'attache spécifiquement à étudier la population des personnes âgées, on retrouve des taux de prévalence autours de 1,6 à 3 % de joueurs problématiques et autours de 1,2 % de joueurs pathologiques.

Quand on s'intéresse aux joueurs seniors, on retrouve qu'environ 6 % répondent aux critères de jeu problématique et environ 4 % à ceux de jeu pathologique.

On s'aperçoit donc que la fréquence du jeu excessif est loin d'être négligeable.

Au vu de l'accroissement démographique de cette génération, on peut supposer que, malgré des pourcentages assez faibles, le nombre de joueur problématiques et pathologiques seniors, pourrait être amené à dépasser celui des joueurs adultes.

De plus, cette fréquence pourrait être sous-estimée. Nous allons en voir les raisons.

III. Une fréquence très probablement sous-estimée

1. Problématique de la validité des outils de dépistage

Divers instruments d'évaluation standardisés permettent de dépister les problèmes de jeu, d'établir un diagnostic catégoriel ou d'apprécier la sévérité du comportement pathologique.

Comme nous venons de le voir, la plupart des études proposées s'appuient sur le SOGS ou SOGS-R. Cet auto-questionnaire considéré comme un instrument de référence, permet de dépister des joueurs à risque probables et des joueurs pathologiques probables. En population générale, il est établi que cet instrument surestime les problèmes de jeu (Strong et al. 2003).

A l'inverse, dans la tranche d'âge des seniors, le SOGS pourrait sous-évaluer les comportements problématiques. (L. Wainstein, M. Grall-Bronnec, et Venisse 2008; Clarke 2008)

En effet, dans leur étude de 2005, Wiebe et Cox se sont questionnés sur le fait qu'elle ne retrouvait qu'une faible taux de jeu excessif dans la population des seniors par rapport à la population générale. En effet, seul un peu moins de 3 % des seniors remplissaient les critères de jeu problématique (score égal à 3-4 ; 6 % des participants) ou pathologique (score supérieur à 5 ; 1,2 % des participants)(Wiebe et Brian J Cox 2005).

De plus, l'examen des caractéristiques socio-démographiques et les modèles de jeu ne permettaient pas de définir une limite claire entre le jeu problématique et pathologique.

Ils se sont donc interrogés sur la pertinence des items. Ainsi, sur leur échantillon de seniors, deux principales catégories étaient sous représentées :

- l'absentéisme professionnel dû au jeu.

La plupart des seniors étaient en effet à la retraite et disposaient d'un temps libre beaucoup plus grand pour aller jouer. Cet item apparaissait donc inadapté

- l'emprunt ou le détournement d'argent pour jouer.

Au vue des possibles ressources financières accumulées sur un temps long de vie professionnelle, et sur le fait que culturellement, cette tranche d'âge serait peut-être moins encline à emprunter de l'argent, ces items leur paraissent inadaptés pour apprécier les habitudes de jeu.

Les critères du DSM-IV pourraient représenter la façon plus satisfaisante d'évaluer les comportements de jeu problématiques, d'en déterminer la sévérité et de diagnostiquer le jeu pathologique. L'ensemble des dix items semble être adapté à la tranche des seniors. La présence de deux à quatre critères diagnostiques définit le jeu à risque, tandis que cinq critères positifs affirment un diagnostic de jeu pathologique. Cependant, ces critères seraient limités pour appréhender plus précisément cette problématique chez les seniors. (Hong, Sacco, et Cunningham-Williams 2009; Gebauer, LaBrie, et Shaffer 2010)

Ainsi de nombreux auteurs proposent qu'un outil spécifique pour personnes âgées soit mis à l'étude, car la distinction est chez eux peu nette entre joueurs « problématiques » et « pathologiques » : certaines questions, notamment sur le retentissement sur les activités professionnelles, ne sont en effet guère adaptées à des retraités.

Il est ainsi délicat de chiffrer avec précision les problèmes de jeu chez les sujets âgés.

2. « Tabou » de l'addiction chez les seniors

2.1. Dénier et souhait de désirabilité des personnes âgées ?

Dans la grande étude de 2005, Wiebe et Cox (Wiebe et Brian J Cox 2005), mettent en avant la notion de souhait de désirabilité sociale des seniors qui pourraient constituer un biais important dans leur enquête. En effet, malgré un contact téléphonique (probablement moins engageant qu'une rencontre), seuls 39 % des seniors appelés ont souhaité répondre aux questionnaires. En contrepoint, Potenza *et al.* (Potenza et al. 2006) ont étudié sur un an les appels téléphoniques d'un numéro d'aide aux joueurs au Connecticut. Seize virgule cinq pour cent de ces appels concernaient des personnes âgées.

On peut ainsi supposer que, malgré un certain degré de reconnaissance des difficultés liées au jeu, beaucoup n'osent pas les dévoiler au grand jour et demander de l'aide de peur de déplaire à son entourage, de ne pas renvoyer une image positive d'eux-mêmes.

2.2. Un déni partagé par les soignants ?

En miroir, l'idée que les personnes âgées seraient moins à risque de développer une addiction aux jeux de hasard et d'argent, que les plus jeunes, a été évoquée dans les premières publications sur le sujet. (Gullickson et Hartmann 1997; Gullickson et Hartmann 1999)

Cependant cette idée vient d'être clairement remise en question par des études plus récentes.

Ainsi, dans une publication de 2008 qui étudie les facteurs prédictifs et la prévalence de jeu problématique chez les seniors, Zaranek et Lichtenberg, suggèrent que les seniors, du fait de différents facteurs, ont autant voire plus de risque de développer des problèmes de jeu, et que la sévérité de ceux-ci serait aussi importante que pour des sujets plus jeunes. (Zaranek et Lichtenberg 2008)

IV. Quelles sont les particularités du jeu chez les seniors ?

1. Des caractéristique socio-démographiques et des facteurs de risque spécifiques ?

1.1. Des caractéristiques socio-démographiques spécifiques ?

Plusieurs études nord-américaines se sont consacrées à une description des caractéristiques socio-démographiques, en rapport avec le type de jeu de hasard et d'argent.

Ainsi, O'Brien Cousins et Witcher (Cousins et Witcher 2007) ont étudié la pratique du bingo en Alberta auprès de 400 personnes de 65 ans et plus. Il s'agissait pour eux d'une activité féminine, qui touchait les plus âgées, avec peu de revenus, et des problèmes de santé. Cette étude confirmerait ainsi un stéréotype sur cette pratique : elle concernerait des femmes seules, qui ont peu d'activités physiques. Mais elles feraient moins usage d'alcool que les hommes et pas plus d'usage de tabac.

Il paraît aussi intéressant de comparer dans un premier temps, cette population de joueurs seniors avec des joueurs plus jeunes et, dans un second temps avec les seniors non joueurs.

1.1.a. Comparaison des joueurs seniors aux joueurs plus jeunes

Petry a choisi une population d'étude de 343 joueurs pathologiques bénéficiant de soins, qu'elle a répartis en trois sous-groupes en fonction de l'âge : 18-35 ans, 36-55 ans, plus de 55 ans (Nancy M Petry 2002).

La proportion de femmes augmentait avec l'âge (respectivement 23%, 45 % et 55 %) pour devenir majoritaire dans le sous-groupe le plus âgé. Ce dernier était associé à plus de problèmes d'emploi, mais à moins de difficultés sociales, judiciaires et d'abus de substance psycho-active.

L'âge et le sexe avaient un effet sur le début des problèmes de jeu et les sommes dépensées : les femmes « âgées » ne commençaient à jouer régulièrement qu'après 55 ans, alors que les hommes « âgés » rapportaient une longue histoire de jeu. Les femmes « âgées » misaient les plus grosses sommes dans le mois qui précédait le début des soins, semblant indiquer un accès aux soins plus rapide.

Cette population de femmes âgées préférerait également les JHA non stratégiques comme les machines à sous, plutôt que ceux stratégiques, comme les paris sportifs (Toneatto et Wang 2009; Brian L Odlaug, Marsh, et al. 2011) et rapporterait plus de troubles de l'humeur et de troubles anxieux et moins de comorbidités addictives (Blanco et al. 2006; Toneatto et Wang 2009).

1.1.b. Comparaison des joueurs seniors aux seniors non joueurs

Une première étude de 1996, menée dans l'Ontario, à partir d'une large enquête téléphonique auprès de 2016 adultes, mettait en évidence que les seniors qui jouaient à des jeux de hasard et d'argent buvaient environ 1,5 à 2 fois plus d'alcool que ceux qui ne jouaient pas et étaient plus souvent fumeurs (Smart et Ferris 1996).

De même, Desai et al. 2004, à partir de 2417 patients joints par liste téléphonique concluaient que les seniors joueurs consommaient plus d'alcool que les seniors non joueurs (Rani A Desai et al. 2004).

Dans l'étude de 2000 de McNeilly et Burke, les joueurs participant aux sorties « casino-bingo » étaient plus jeunes, plus souvent mariés, que ceux « issus de la communauté ». Ils vivaient plus souvent dans leur propre maison et étaient plus nombreux à conduire. Ils fumaient davantage et étaient plus nombreux à manger au moins deux repas quotidiens. Cependant, ils lisaient moins de livres et considéraient davantage les jeux de hasard et de l'argent comme inoffensif (McNeilly et W J Burke 2000)

L'étude de 2004 de Vanderbilt amène également à des conclusions proches. En effet, la population de joueurs âgés de plus de 70 ans était en général plus jeune que celle qui ne jouait pas et majoritairement constituée d'hommes. Ils jouissaient d'un meilleur soutien social et avait un plus bas niveau d'éducation, leur score de dépression était inférieur ; cependant, ils rapportaient un usage d'alcool au cours de l'année plus fréquent, mais de façon globale leur état de santé et leur fonctionnement cognitif semblaient meilleurs (Vander Bilt et al. 2004).

1.2. Des facteurs de risques spécifiques ?

Une étude, menée sur un échantillon de 843 sujets âgés de plus de 65 ans, ne retrouvait comme facteur prédictif d'une conduite à risque chez les seniors que deux événements : être un vétéran de l'armée et appartenir à une minorité ethnique (Levens et al. 2005)

Une autre étude, à partir de 1410 sujets de plus de 60 ans résidant dans la ville de Détroit, et évalués par le Lie and Bet questionnaire for screening pathological gambling, a été menée en 2007 (Zaraneck et Lichtenberg 2008). L'un des objectifs a été de déterminer les facteurs prédictifs du jeu problématique chez les seniors. L'analyse finale a montré qu'être marié, avoir des revenus limités, avoir un faible niveau de satisfaction quant à sa condition de citoyen de troisième âge, de disposer d'un moyen de transport et avoir un réseau social peu développé constituaient des facteurs de risque de comportement de jeu problématique dans cette population.

Plusieurs articles de la littérature américaine, confirment l'idée selon laquelle les seniors ayant un revenu fixe et limité seraient plus à risque de développer une conduite de jeu problématique. « Jouer » serait en effet la dernière occasion pour eux de faire un gros gain. Les conséquences financières de cette pratique seraient cependant plus dramatiques puisque les pertes dues au jeu ne pourraient être compensées par un accroissement des revenus professionnels (Gerstein et al. 1999; McNeilly D. P et Burke W. J 2002)

De plus, les jeux de casino semblent plus abordables financièrement que d'autres activités sociales. (Zaraneck et Lichtenberg 2008).

Outre-Atlantique, le Florida Counsel on Compulsive Gambling relève les facteurs favorisants suivants :

- l'existence fréquente chez les seniors d'un revenu disponible.
- le besoin pour certains autres de chercher un moyen d'augmenter leurs revenus insuffisants, qui va de pair avec une publicité omniprésente.
- l'ennui et le temps disponible à la retraite.
- la solitude et le désespoir après avoir perdu son conjoint, surajouté à l'absence du « contrôle » de l'autre.
- les incitations des casinos avec, en particulier, les transports gratuits.
- le besoin d'identification à un groupe dans le cadre d'une activité amusante et excitante.

Les seniors disposent de plus de temps, temps de plus en plus consacré par cette génération aux activités de loisirs. Les jeux de hasard et d'argent bénéficient d'une image désormais socialement acceptée, si ce n'est valorisée. N'étant pas considérés comme associés au grand âge, ils permettent aux seniors de se mêler à des gens plus jeunes, ce qui agirait comme un puissant renforcement positif de la pratique.

Il semble enfin que la dépendance au jeu s'installerait plus vite chez les seniors et que les sommes mises augmenteraient avec l'âge. Pour d'autres, à l'inverse, les dépenses des joueurs âgés de plus de 55 ans seraient inférieures à celle des autres groupes d'âge, mais la culpabilité ressentie serait plus grande (Marie Grall-Bronnec et al. 2009).

Le vieillissement s'accompagne de nombreux deuils et la fréquence de décès des proches, plus particulièrement celui du conjoint, peuvent conduire certaines personnes âgées à rechercher dans une conduite addictive des anesthésiques à leurs douleurs.

2. Des caractéristiques particulières à prendre en compte ?

2.1. L'âge de début des troubles ?

On peut relever deux situations cliniques de joueurs seniors à problème :

- ceux qui ont joué à minima toute leur vie et qui, à l'approche de la retraite, ont intensifié leur pratique. Le temps à présent libre et les revenus disponibles finissent de plonger la personne âgée dans la conduite addictive.
- Les joueurs âgés qui commencent à jouer après la retraite. La perte de contrôle peut être cependant très rapide et les sommes mises très importantes.

Plusieurs études se sont attachées à étudier l'impact de l'âge de début des troubles sur les habitudes de jeu, l'état somatique et psychiatrique, le recours aux soins ...

En 2004, l'étude de Burge et *al.* a eu pour but d'examiner les liens entre l'âge de la première expérience de jeu et la sévérité des problèmes de jeu et des comorbidités, chez 52 sujets âgés de plus de 65 ans, et présentant un score au SOGS d'au moins trois (Burge et al. 2004). Deux sous-groupes ont été constitués, en fonction de l'âge de la première expérience de jeu : avant ou après 21 ans. Pour le premier sous-groupe, l'âge moyen à la première expérience était de 15 ans et de 39 ans, pour le second. L'âge moyen au début de jeu régulier était respectivement de 32 et 48 ans.

Il semblait que les sujets du premier sous-groupe jouaient plus, étaient en moins bonne santé (ce qui pourraient encourager les activités de loisirs sédentaires comme les jeux de hasard et d'argent) et rapporteraient plus d'antécédents de troubles psychiatriques sur la vie entière (hormis les comorbidités addictives, aussi fréquentes dans les deux sous-groupes).

L'étude de Grant et al., s'est attachée à examiner les caractéristiques cliniques associées au jeu pathologique en fonction de l'âge de début des troubles (Jon E Grant et al. 2009).

Pour ceci, elle a recruté sur une période de 5 ans (entre 2002 et 2007) dans le Minnesota, un échantillon de 322 joueurs pathologiques (selon les critères du DSM IV) de plus de 18 ans. Cet échantillon a été divisé en 3 sous-groupes :

- début des troubles après 55 ans : les joueurs à « début tardif »
- début des troubles avant 26 ans : les joueurs à « début précoce »
- début des troubles entre 26 et 55 ans : les joueurs ayant débuté le jeu pathologique à un âge moyen

Le but était de comparer les joueurs « à début tardif » aux deux autres sous-groupes

Ils n'étaient que 52 sur 322 soit environ 13 % et avaient un âge moyen de début des troubles de 58,5 ans.

Les résultats de cette étude étaient les suivants : bien que le groupe de joueurs à « début tardif » ne se différencient pas des deux autres groupes vis à vis de la sévérité de leur conduite de jeu (sommés d'argent mises en jeu, temps passé à jouer...), il s'en détachait sur d'autres items.

Ainsi, ces joueurs :

- rencontraient significativement moins de problèmes financiers secondaires au jeu pathologique (interdit bancaire, détournement d'argent, crédit...). Ceci pourraient être en lien avec une demande de soins plus rapide après le début des troubles mais également avec l'hypothèse de plus grandes ressources financières préalables aux troubles.
- Présentaient plus de troubles anxieux sur la vie entière (38% versus 11 et 14 % dans les deux autres groupes)
- demandaient des soins plus rapidement (délai d'environ 4 ans entre le début des troubles et la demande de soins, comparé à 8 ans chez les joueurs à « début précoce » et 12 ans dans le dernier groupe).

La distinction clinique entre ces joueurs qui décompensent une pratique de jeu après la mise à la retraite et ceux qui la débute à cette période, est une donnée essentielle à prendre en compte (Jiménez-Murcia et al. 2010).

2.2. Une typologie de joueurs différente ?

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude sur la typologie des joueurs chez les seniors.

La plus connue, proposée par Blaszczynski (Blaszczynski et Nower 2002) décompose le groupe des joueurs pathologiques en trois sous-groupes :

- le premier, constitué de joueurs pathologiques, qu'on pourrait qualifier de « normopathes », c'est-à-dire sans psychopathologie prémorbide, avec des comorbidités dépressives, avant tout conséquences de la conduite de jeu. Ils s'avèrent motivés et compliants aux soins avec de bons résultats à un traitement léger ;
- le deuxième type, qualifié d'« émotionnellement vulnérable », peut utiliser le jeu pour moduler certains états affectifs, de nature anxiodépressive, en référence à des facteurs de vulnérabilité psychologique, éventuellement reliés à des événements de vie traumatiques, ou encore à des éléments de personnalité borderline, voire des antécédents de problèmes de jeu dans la famille. Ils justifieraient un traitement plus poussé et une exigence d'abstinence totale ;
- le troisième type, enfin, est caractérisé par une dimension impulsive qui se manifeste à travers d'autres troubles du contrôle des impulsions et des conduites. Des éléments de personnalité antisociale, des antécédents personnels de troubles précoces des conduites et notamment du trouble déficit de l'attention-hyperactivité (TDA/H), et souvent des antécédents familiaux de troubles des conduites sont associés, renvoyant à la notion de vulnérabilité neurobiologique, voire génétique. Souvent peu motivés pour les soins, ces patients nécessitent des programmes de soins spécifiques.

Nous pouvons penser que cette typologie de joueurs est retrouvée dans la population des personnes âgées.

Cependant, il pourrait être pertinent de penser au vu de la revue de littérature, que les joueurs de type 2, « émotionnellement vulnérables » pourraient être plus représentés du fait de l'accumulation d'évènements de vie douloureux, et des ressources psychiques déclinant avec l'âge.

De même, les joueurs de type 1, du fait d'un temps plus grand à consacrer au jeu et du déclin des fonctions cognitives, pourraient l'être tout autant.

A l'inverse, on peut penser que les joueurs de type 3, du fait des addictions comorbides ou des nombreuses conduites à risque, n'atteignent pas ces âges.

2.3. Des motivations et des conduites de jeu spécifiques ?

Plusieurs études vont dans le sens de motivations identiques pour les JHA entre les seniors et les plus jeunes. Ainsi, les pratiques de jeu des seniors seraient sous-tendues par le fait que le jeu facilite le sentiment d'évasion, d'excitation, le plaisir, le bien-être social et l'indépendance et que par ailleurs, il représente un espoir de gagner de l'argent (Brenda Munro et al. 2003; Clarke 2008).

Cependant, on peut remarquer que d'autres études vont mettre en valeur des différences dans les motivations de joueurs. Ainsi l'étude de Desai et al., apporte quelques informations sur les motivations de joueurs âgés (Rani A Desai et al. 2004). En effet, en comparant des joueurs récréatifs (moins de trois critères DSM IV positifs), en fonction de leur âge (plus de 64 ans versus 18-64 ans), elle met en évidence que, même si l'espoir de gain est une motivation essentielle pour les deux groupes, les seniors joueraient moins dans le but de gagner de l'argent que les plus jeunes (52 % versus 64 %). De plus, ils auraient commencé à jouer plus tardivement que les sujets plus jeunes (89 % après 18 ans versus 74 % après 18 ans).

Dans la même idée, en partant des critères DSM IV-R du jeu pathologique, plusieurs études vont dans le sens d'un item moins marqué chez les seniors : le « chasing losses », le fait de rechercher à « se refaire », de recouvrer ses pertes. Ainsi Sacco et al, dans un étude menée à partir d'un échantillon de joueurs issus de la grande étude nord-américaine NESARC, le groupe des plus de 60 ans se différencie statistiquement sur cet item (OR = 0.76; $P < .05$) et serait donc moins concerné. Les seniors seraient également moins dans une recherche de sensations que les plus jeunes (Sacco et al. 2011).

D'autres études ont eu pour but d'analyser les conduites de jeu des seniors comparées à celles de sujets plus jeunes. Ainsi, les seniors joueurs, qu'ils soient pathologiques ou non rapportent une fréquence des épisodes de jeu au moins hebdomadaire pour les formes de jeu les plus populaires. Dans l'étude de Wiebe et Cox 2005, la majorité des seniors avec un score SOGS supérieur à 3, consacrait plus d'une heure par semaine aux activités de jeu (Wiebe et Brian J Cox 2005).

De même, les seniors habitués au lieu de jeux, dépensent en moyenne plus d'argent dans les activités de jeux que les seniors non habitués notamment à la loterie, au bingo et aux jeux de casino. Par ailleurs, ils peuvent jouer des sommes d'argent plus importantes en un jour et retourner sur le lieu de jeu pour recouvrer les pertes (McNeilly et W J Burke 2000).

Les conduites de jeu problématique chez les seniors sont souvent associées aux machines à sous et aux venues au casino. Enfin, dans une étude réalisée à partir d'un échantillon de 1018 sujets, appelant une ligne d'appel pour les conduites de jeu problématiques, Potenza et *al.* ont observé que, les seniors décrivaient des séquences de jeu plus longues que les adultes plus jeunes (Potenza et al. 2006).

Ces résultats sont concordant à ceux de précédentes études sur des échantillons de joueurs problématiques en traitement (J E Grant, S W Kim, et Brown 2001; Nancy M Petry 2002).

2.4. Des troubles cognitifs pouvant favoriser les conduites de jeu ?

(cf. annexes : Les outils de mesure des fonctions exécutives)

Les facteurs cognitifs mis en cause et très étudiés dans le jeu pathologique sont-ils plus ou moins présents chez les personnes âgées ? Il convient ici d'éliminer des conduites liées à des troubles pré-déméntiels, qui relèveraient du diagnostic différentiel, comme d'ailleurs les états maniaques ou hypomaniaques.

Pour ce qui est des « erreurs cognitives » ou des « croyances irrationnelles », il est permis de se demander si certaines erreurs ne deviennent pas plus fréquentes avec l'âge, en dehors des troubles déméntiels ou pré-déméntiels ou des troubles thymiques, en matière de jeu pathologique.

Ces erreurs pourraient en effet être en lien avec un déclin global des fonctions cognitives (Band, Ridderinkhof, et Segalowitz 2002) ou plus spécifiquement des fonctions exécutives, associé à des modifications du lobe frontal, comme cela a été évoqué en introduction ou dans différentes études (West 1996; Raz et al. 1998).

Ainsi, les personnes âgées prendraient un temps de réflexion plus court pour résoudre un problème, et verraient diminuer leurs capacités de mémoire de travail et de mémoire à court terme, ainsi que la vitesse de traitement des informations (Johnson 1990; Scott Y H Kim, Karlawish, et Caine 2002; MacPherson, Phillips, et Della Sala 2002; Salthouse 1996)

Cette réduction de la mémoire de travail et celle du temps de réflexion seraient associées à des décisions impulsives (Bechara et Eileen M Martin 2004; Peter R Finn et al. 2002).

Dans cette optique, Wood et *al.* (Wood et al. 2005) ont utilisé l'Iowa Gambling Task (IGT), pour comparer les stratégies de prises de décision de personnes jeunes (88 sujets de 18 à 34 ans) et âgées (67 sujets de 65 à 88 ans). Les deux groupes réussissaient aussi bien l'épreuve, mais avec des « points forts » différents : l'apprentissage et la mémoire étaient meilleurs pour les jeunes, alors que les sujets âgés démontraient une meilleure appréciation des gains et des pertes.

Fein et al. (Fein, McGillivray, et Peter Finn 2007) ont mené une autre étude sur ce sujet sur 184 personnes âgées de 18 à 85 ans, évalués également par l'IGT. Cette population était séparée en deux groupes : les moins et les plus de 55 ans.

Les résultats laissaient entrevoir que les capacités de réussite à ce test, étaient différentes dans les deux groupes ; les jeunes s'appuyaient plus sur la mémoire de travail auditive et leur habilité psychomotrice, alors que les seniors, sur leur mémoire à court terme.

Il en était de même, concernant les facteurs d'échec; pour les jeunes, les traits de personnalité antisociale semblaient les plus liés à la prise de décisions désavantageuses, alors que c'étaient les symptômes obsessionnels pour les seniors.

L'étude tendait toutefois à montrer que les plus âgés faisaient des choix moins pertinents et plus d'erreurs cognitives.

Une diminution des performance au Trail Making Test (TMT) serait associé au jeu problématique chez les joueurs seniors. Un article scientifique australien (von Hippel et al. 2009) a ainsi montré que les sujets âgés qui venaient jouer au casino, rapportaient plus de problèmes de jeu si ils présentaient des déficits des fonctions exécutives (mis en évidence par le TMT).

De plus, chez ces joueurs, la sévérité des problèmes de jeu étaient significativement associés avec l'accroissement conjugué de la détresse financière et de la symptomatologie dépressive.

Il serait donc très probable que les joueurs seniors, qui ont des troubles des fonctions exécutives, développent des problèmes de jeu.

Une étude neuro-cognitive récente d' Odlaug et *al.*, s'avère très intéressante pour ouvrir la réflexion sur cette question des troubles cognitifs dans la pratique excessive des JHA (B L Odlaug, S R Chamberlain, et al. 2011).Elle avait pour but de comparer des joueurs réguliers, des joueurs à risque et pathologiques à travers des tests neuropsychologiques évaluant leur flexibilité mentale et leur impulsivité motrice.

Les résultats indiquaient l'absence de différences significatives entre le groupe des joueurs réguliers et celui des joueurs à risque. Cependant, celui des joueurs pathologiques se distinguait nettement des deux autres : ces joueurs pathologiques étaient significativement plus âgés, et déficients sur le plan du contrôle de l'impulsivité motrice, sur la vitesse de réponse et sur la flexibilité mentale.

Ce défaut de contrôle de l'impulsivité motrice pourrait se rapprocher d'une déficience des processus d'inhibition. Cependant, d'après Kertzman et *al.*, les erreurs cognitives qui inciteraient les joueurs pathologiques à prendre des décisions plus risquées, ne serait pas en lien avec une diminution des capacités d'inhibition (Kertzman et al. 2011)

Enfin, l'étude de Henninger semble bien montré que l'augmentation du risque dans la prise de décision est en fait indépendant de l'âge mais dépend des atteintes des fonctions exécutives (Henninger, Madden, et Huettel 2010).

Les études précédents laissent donc entendre que les troubles cognitifs et surtout l'atteinte des fonctions exécutives, telle que la flexibilité mentale ou l'inhibition, seraient plus fréquemment retrouvés chez les joueurs pathologiques et pourraient favoriser l'addiction aux JHA.

Ces troubles seraient de plus en plus fréquemment retrouvés avec l'avancée en âge, mais ne lui seraient pas spécifiques.

La maladie de Parkinson avec ses traitements agonistes dopaminergiques, peut représenter un exemple de ces altérations.

3. Le cas particulier de la maladie de Parkinson et des agonistes dopaminergiques

Une littérature assez abondante concerne le cas particulier des traitements anti-parkinsoniens dans leur lien avec le déclenchement du jeu pathologique (Kolla et al. 2010; Ambermoon et al. 2011)

De très nombreux médicaments dopaminergiques sont en effet cause de trouble du contrôle des impulsions, qu'il s'agisse de jeu pathologique, d'hyperactivité sexuelle, d'achats compulsifs...

Il s'agit surtout d'agonistes dopaminergiques. De nombreuses spécialités sont impliquées : ropinirole, cabergoline, piribédil, quinagolide, apomorphine, pramipexole, pergolide, bromocriptine, ainsi que la lévodopa.

L'apparition du jeu excessif chez les patients parkinsoniens surviendrait surtout chez ceux qui étaient des joueurs récréatifs avant la mise en place d'agonistes dopaminergiques. (Bharmal et al. 2010)

Voon et al. (Voon et al. 2007), ont évalué 73 sujets souffrant d'une maladie de Parkinson idiopathique. Pour 31 d'entre eux, un diagnostic de jeu pathologique débutant après la mise sous agoniste dopaminergique était porté. Ces sujets se différenciaient des autres par une maladie de Parkinson à début précoce, un haut niveau de recherche de sensations, plus d'antécédents personnels et familiaux d'abus d'alcool, plus de difficultés à planifier, plus d'épisodes maniaques ou hypomaniaques induits par le traitement.

Les auteurs concluaient que les trois premières caractéristiques étaient des facteurs prédictifs de développer un jeu pathologique sous agoniste dopaminergique chez un parkinsonien.

De même, dans une étude de 2011, ils confirmaient l'idée que les patients parkinsoniens qui avaient un trouble des contrôle des impulsions présentaient plus de comorbidités psychiatriques (état dépressif, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs), plus de retentissement fonctionnel de leur Parkinson (avec des dyskinésies plus marquées, notamment) et des caractéristiques neurocognitives spécifiques (plus grandes impulsivité et recherche de nouveauté) (Voon, Sohr, et al. 2011)

Une nouvelle étude de Voon, basée sur l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, a eu pour but d'étudier la relation entre les agonistes dopaminergiques et la prise de risque chez des patients parkinsoniens, qui présentaient ou non des troubles du contrôle des impulsions (jeu problématique ou achats compulsifs) (Voon, Gao, et al. 2011).

Quatorze sujets parkinsoniens avec ces troubles étaient comparés avec 14 sujets parkinsoniens indemnes de ces troubles, sur une tâche cognitive, basée sur le jeu d'argent et sur la possibilité de choix sûr ou risqué. Celle-ci était réalisée successivement sans et avec agoniste dopaminergique.

Sans agoniste dopaminergique, les sujets avec les troubles du contrôle des impulsions, faisaient plus de choix risqués que les sujets « contrôle ». Ceci était visualisé en imagerie par une activité cérébrale diminuée au niveau du cortex orbito-frontal et cingulaire antérieur. L'ajout des agonistes dopaminergiques, dans cette population d'« impulsifs » avait pour conséquence l'augmentation du risque dans les choix et était visualisée par une activité diminuée au niveau de la partie ventrale du striatum.

Les parkinsoniens, présentant des troubles du contrôle des impulsions, feraient des choix plus risqués que les parkinsoniens indemnes de ces troubles, quelles que soient les risques de perte.

Les agonistes dopaminergiques augmenteraient ce risque en détériorant l'évaluation du risque par le striatum.

Cette hypothèse « striatale » est également soulevée dans une autre étude d'imagerie fonctionnelle sur les agonistes dopaminergiques (Sean S O'Sullivan et al. 2011).

L'hypothèse d'une disconnection entre le cortex cingulaire antérieur et le striatum pourrait donc être la cause d'un manque de modification du comportement face aux pertes, ce qui pourrait expliquer que les joueurs parkinsoniens persévèrent dans leur prise de risque dans les JHA (Cilia et al. 2011).

Cependant, cette dysrégulation du circuit dopaminergique au niveau de la partie ventrale du striatum serait déjà présente chez les joueurs pathologiques indemnes du Parkinson (Cilia et al. 2010; Linnet, Møller, Peterson, Gjedde, et Doudet 2011a; Linnet, Møller, Peterson, Gjedde, et Doudet 2011b).

En l'état actuel des connaissances, on pourrait donc supposer que les sujets parkinsoniens, qui vont développer une pratique de jeu excessive sous agonistes dopaminergiques, présenteraient des facteurs de risques cognitifs prémorbides, potentiellement associés à des comorbidités psychiatriques, et que la prise des agonistes dopaminergiques viendrait nettement accentuer les troubles, notamment par la diminution de l'activité de la partie ventrale du striatum, et donc des capacités d'appréciation du risque.

Cette maladie de Parkinson et ses traitements peut donc être un exemple éclairant du fait que des troubles cognitifs, apparaissant avec l'avancée en âge, pourraient avoir un impact important sur le contrôle du jeu et favoriser sa pratique excessive.

V. Des conséquences plus marquées du jeu excessif chez les seniors ?

Plusieurs études soutiennent l'hypothèse que la pratique récréative des jeux de hasard et d'argent serait liée à un meilleur état de santé global chez les seniors.

Ainsi, dans l'étude de Desai de 2004, les scores au « shot form-12 » évaluant l'état de santé global, indiquait de manière significative, un meilleur état de santé physique et mental chez les joueurs récréatifs par rapport aux seniors non joueurs (Rani A Desai et al. 2004)

Ceci est retrouvée aussi dans l'étude de Vander Bilt qui rapporte un meilleur fonctionnement cognitif chez les seniors joueurs et également des niveaux de dépression plus bas. Les activités de jeu, lorsqu'elles sont pratiquées de manière récréative, permettraient ainsi d'augmenter l'activité, de développer les processus de socialisation et de stimuler les fonctions cognitives (Vander Bilt et al. 2004).

Cependant, les seniors joueurs récréatifs présenteraient un risque accru de dépendance nicotinique, d'abus ou de dépendance à l'alcool, d'obésité et de maladie chronique (Rani A Desai, Mayur M Desai, et Potenza 2007).

De plus, l'entrée du joueur senior dans un jeu excessif serait accompagnée de toute une série de comorbidités (Hong, Sacco, et Cunningham-Williams 2009). Ainsi, les seniors, habitués aux lieux de jeu, fumeraient davantage et mangeraient plus. Ils rapporteraient en outre plus de disputes à propos du jeu et de l'argent misé et également un usage d'alcool, au cours de l'année plus fréquent que les seniors non joueurs (McNeilly et W J Burke 2000).

Plus la période de jeu problématique serait longue, plus l'état de santé physique serait précaire et s'enrichirait de troubles psychiatriques (Burge et al. 2004).

Par ailleurs, les conduites de jeu problématique pourraient avoir des conséquences dramatiques, notamment financières chez les personnes âgées. En effet, même si elles ne sont pas nécessairement pauvres, elles n'ont souvent que des revenus limités et n'ont donc pas la possibilité de retravailler pour recouvrir leur perte ou renouveler leur économie (Rani A Desai et al. 2004; McNeilly D. P et Burke W. J 2002; J E Grant, S W Kim, et Brown 2001; Nancy M Petry 2002).

Enfin, les personnes âgées subissent les conséquences du relâchement des liens familiaux et plus largement des liens sociaux, avec parfois une difficulté à comprendre les transformations de la société et à y trouver une place adéquate (Aguerre 2002). Ainsi, beaucoup d'entre elles sont confrontées à la réduction de leur champ relationnel, les liens sociaux s'amenuisent, ce qui fragilise les modes de protection sociale et les rend plus vulnérables aux addictions (Zarnek et Lichtenberg 2008; Nancy M Petry et Weiss 2009). De ce fait, l'accès aux soins leur serait moins aisée et les seniors pourraient s'enfoncer dans ces conduites, à l'indifférence du plus grand nombre.

VI. Bilan des connaissances actuelles

Les jeux de hasard et d'argent apparaissent donc être un loisir fréquent chez les personnes âgées, au moins autant que dans la population générale, voire même davantage du fait d'un temps disponible plus important et d'une recherche plus aiguë d'entourage ou de sollicitations sociales.

Cette pratique à visée récréative serait même un indice de bonne santé physique et mentale et contribuerait à maintenir l'autonomie des seniors.

Le risque de passage d'un jeu récréatif à un jeu problématique ou pathologique serait non négligeable, mais inférieur à celui des plus jeunes. Cependant, la prévalence des problèmes de jeu chez les seniors pourrait être totalement sous-estimée du fait d'un manque de dépistage spécifique ou systématique, et du tabou sociétal des addictions chez le sujet âgé. Cependant, au vu de l'accroissement démographique de cette population, il est tout à fait pertinent de penser que, dans l'avenir, le nombre de joueurs excessifs âgés sera égal voire supérieur à celui des joueurs plus jeunes.

En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques, la population des joueurs âgés seraient davantage des joueurs encore « jeunes », actifs professionnellement et encore autonomes sur le plan physique. De plus, cette population se voit représenter par une plus grande proportion de femmes, qui débuteraient les jeux plus tardivement. De ce fait, la recherche d'excitation et de gains seraient moindre; à l'inverse, la lutte contre l'anxiété et la dépression, dans un contexte de deuil ou d'isolement social serait d'autant plus marquée.

On peut penser que dans la typologie des joueurs pathologiques de Blaszczynski, seraient moins représentés les joueurs, appartenant au type 3 (impulsifs, traits de personnalité antisociale) et beaucoup plus par ceux appartenant au type 2, « émotionnellement vulnérables » (Blaszczynski et Nower 2002)

Des facteurs de risque plus spécifique seraient responsables de la fragilisation de cette population, comme :

- une disponibilité de temps plus grande, associée à un sentiment d'ennui et d'isolement.
- l'existence d'évènements de vie douloureux comme les deuils, un état physique dégradé ou l'existence de douleurs chroniques.
- les faibles revenus à la retraite, qui seraient d'autant plus engageant pour tenter la chance une dernière fois, d'avoir de l'argent.

Les conséquences d'une addiction aux jeux de hasard et d'argent chez les personnes âgées pourraient beaucoup plus rapidement marquées, dans cette population par :

- des difficultés financières du fait de revenus limités,
- des troubles dépressifs et un risque suicidaire plus élevé du fait d'un manque de ressources (bio-psycho-sociales) plus important.

VIGNETTES CLINIQUES

Pour illustrer toute la complexité de cette addiction comportementale, nous avons fait le choix de présenter trois vignettes cliniques. Celles-ci ont en commun les caractéristiques suivantes :

- Ceux sont des joueurs pathologiques, selon les critères DSM IV et selon le questionnaire SOGS.
- Ils sont venus consulter dans le service d'addictologie du CHU de Nantes.
- Le jeu de hasard et d'argent est devenu un jeu problématique, puis pathologique suite à la mise à la retraite.
- Ils apparaissent indemnes de troubles addictifs patents, dans leur vie d'adulte.

Cependant, il est intéressant d'étudier chaque cas clinique, car le jeu de hasard et d'argent va représenter des caractéristiques et des enjeux spécifiques pour chacun.

I. Première vignette clinique : Madame B. Anne

1. Présentation

La première vignette clinique est représentée par cette femme, âgée aujourd'hui de 64 ans, actuellement en retraite en Vendée. C'est une ancienne comptable.

Nous avons choisi cet exemple clinique car Madame B. met en valeur, comment le jeu de hasard et d'argent peut venir répondre à une problématique névrotique de type obsessionnel. Le jeu semble alors représenter pour elle une voie de lutte contre la dépression. Nous allons ainsi voir dans quelle mesure cette patiente pourrait s'apparenter selon la typologie de Blaszczynski, à un joueur de type 2, « émotionnellement vulnérable ».

Du fait de du caractère névrotique de la patiente, nous nous sommes permis d'apporter un regard psychodynamique sur son histoire.

1.1. Antécédents

Antécédents personnels

- Médicaux : aucun
- Chirurgicaux : appendicectomie, hystérectomie.
- Psychiatriques : notion de trois épisodes dépressifs majeurs :
 - Premier épisode (janvier 1971) dans le post-partum. Pas de prise en charge psychothérapeutique ou médicamenteuse.
 - Deuxième épisode dépressif (1977) consécutif au décès de son père d'un cancer de la langue à l'âge de 64 ans.
 - Troisième épisode dépressif (2000) suite au décès de sa mère. Celui ci se caractérise par une dépression longue pendant une période de plus de deux ans. Cet épisode a nécessité la mise en place d'un traitement par antidépresseur (fluoxétine). Contexte d'un deuxième deuil successif, celui de son parrain, quelques mois après le décès de sa mère.
- Addictologiques
 - *Tabac* : période de consommation quotidienne sur une durée de 2 à 3 ans suite à son divorce. Arrêt, sans aide. Abstinence depuis.
 - *Alcool* : usage simple.

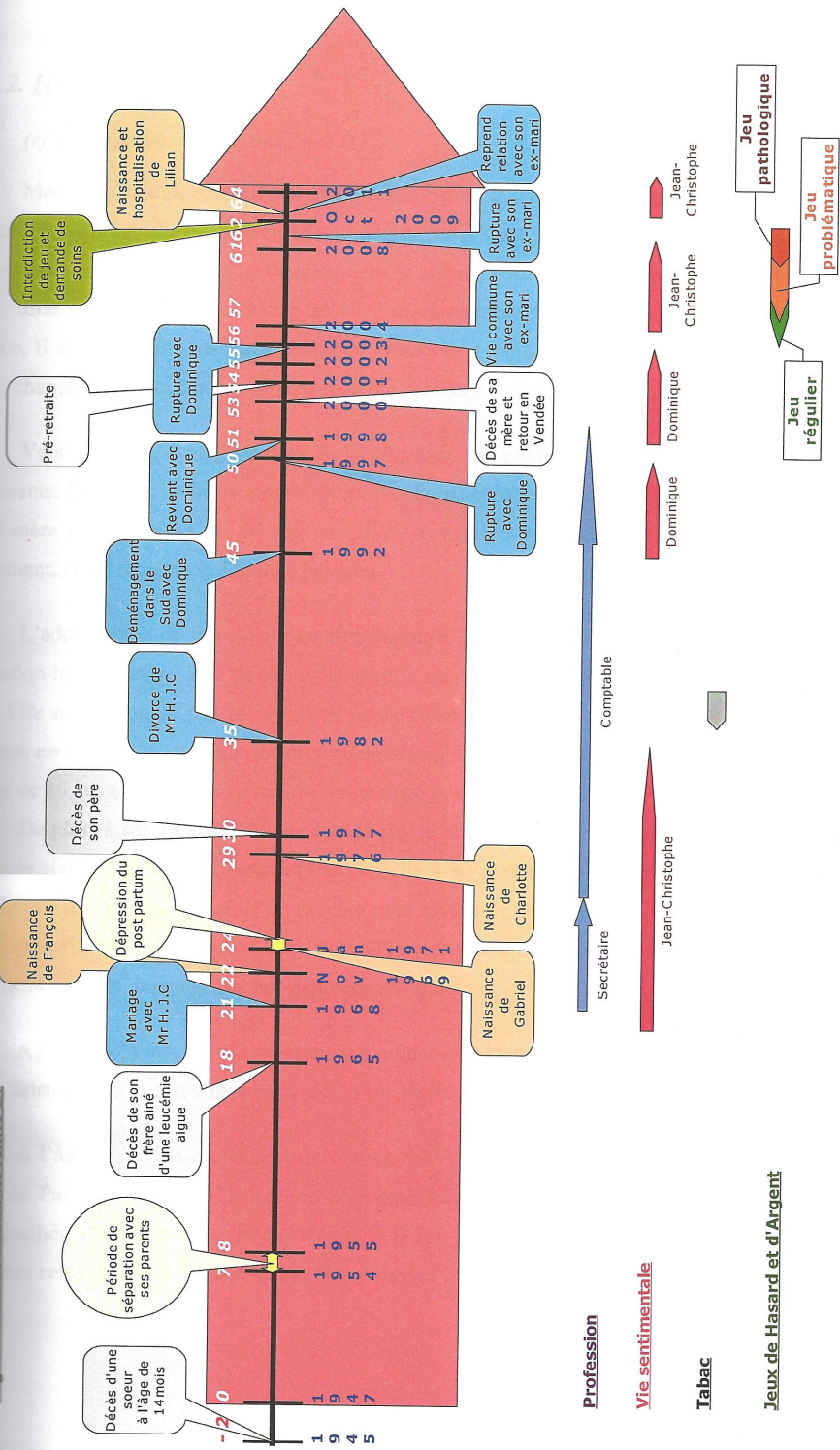
Antécédents familiaux

- Père : dépendance alcoolo-tabagique.
- Mère : notion de deuil pathologique suite au décès de son fils ; problématique de deuil réactivé au décès de son mari.

Traitement en cours

aucun.

Ligne de vie de Madame Anne B.



1.2. Histoire de vie

(cf. Ligne de vie de Madame Anne B.)

Madame Anne B. naît le 14 avril 1947 aux Sables d'Olonne. Cette naissance se fait dans un contexte particulier. Elle est née, en effet, quelques mois après le décès d'une sœur âgée de 14 mois prénommée Anne. Ses parents lui donnent donc le même prénom que sa sœur décédée en bas âge.

Elle est la 9^{ème} d'une fratrie de 10, l'avant-dernière fille. Son père est menuisier à son compte. Il aurait été un gros travailleur, peu présent à la maison au contraire de sa mère, mère au foyer, chargée de s'occuper des enfants et de ses parents.

Vers l'âge de 7-8 ans, Madame B. va connaître une première expérience de séparation avec ses parents. Elle est « invitée » à aller vivre chez la mère de son parrain, pour laisser sa place à sa grand-mère maternelle en fin de vie, que sa mère va accompagner jusqu'à la mort. Suite à cet événement, Anne regagne le domicile parental.

L'adolescence de la patiente va être marquée, à l'inverse, par l'absence de possibilité de séparation-individuation. Elle va être strictement « chaperonnée » par sa mère à la demande de son père. Elle ne peut ainsi pas se promener seule et encore moins parler avec des garçons. Cette situation est en effet la conséquence du comportement d'une sœur aînée qui s'est retrouvée enceinte à l'âge de 16 ans et a été ainsi contrainte au mariage avec le père de l'enfant.

De plus, à ses 18 ans, elle assiste à la fin de vie de son frère, âgé de 24 ans, atteint d'une leucémie aiguë. Il s'agit d'un moment très difficile à supporter pour cette jeune femme qui prend alors le rôle de soignant aux côtés de sa mère pour s'occuper des derniers instants de son frère. Son décès apparaît avoir été un choc dans la famille et aurait entraîné un deuil pathologique chez la mère de la patiente, marquée par une dépressivité chronique.

A l'âge de 21 ans, Anne est autorisée à quitter « le cocon familial ». Elle se marie, ainsi avec Jean-Christophe H. et part s'installer avec lui sur Nantes. Elle y débute un travail de secrétaire.

A l'âge de 22 ans et demi, en novembre 1969, elle donne naissance à son premier enfant, François. Puis, en janvier 1971, naît son deuxième garçon, Gabriel. La période du post partum, va être émaillée d'un premier épisode dépressif. Il est intéressant de noter le contexte particulier entourant cette grossesse. Tout d'abord, il semble que cette grossesse n'ait pas été « désirée ».

En effet, elle aurait été un incident de retour de couches. De plus, elle semble avoir été un enjeu au sein du couple. En effet, son mari, lui aurait demandé, de rester au foyer pour élever les enfants. Or, cette idée ne l'enchantait guère. En effet, Madame B. avait l'idée de reprendre son activité professionnelle pour garder une certaine autonomie, notamment financière, par rapport à son mari.

Suite à cet épisode dépressif, elle prend le parti de reprendre des études dans le domaine de la comptabilité sous forme de cours du soir en plus de son travail de secrétaire. Elle réussit dans cette entreprise et exerce comme comptable à partir de l'année 1974.

Elle prend juste le temps de s'arrêter pour la grossesse et la naissance de sa fille Charlotte en 1976.

L'année 1977 va s'avérer très difficile pour la patiente. En effet, son père décède d'un cancer de la langue à l'âge de 64 ans, dans une période particulière de changement de repères. Le couple vient de déménager de Nantes vers un village campagnard au nord de la Loire-Atlantique. C'est ainsi qu'elle se retrouve assez isolée et avec peu de soutien de la part son mari.

En 1982, elle prend la décision de le quitter et d'aller vivre seule avec ses enfants sur Nantes à nouveau. Elle y poursuit son emploi de comptable et compte quelques relations amoureuses.

C'est en 1992 qu'elle rencontre Dominique, militaire dans l'Armée de Terre, travaillant dans le Génie. De manière assez impulsive, elle accepte de le suivre sur Fréjus (région PACA), laissant sa fille de 16 ans, Charlotte, aller habiter chez son père. Elle part donc vivre dans le Sud-Est de la France, où elle retrouve un travail dans la comptabilité. Elle y connaît quelques difficultés de couple et une rupture d'un an avec son compagnon entre 1997 et 1998.

L'année 2000 va être source de nombreux bouleversements pour Madame B. En janvier, sa mère, âgée de 86 ans, décède des suites d'un diabète évolué, quelques semaines après son entrée en maison de retraite aux Sables d'Olonne. Du fait de l'éloignement géographique, la patiente n'a pas pu être présente pour les derniers jours de vie de sa maman. En raison de cette absence, la patiente affirme avoir ressenti un très grand sentiment de culpabilité, secondaire à celui d'avoir abandonné sa mère devant la mort.

L'année 2000 est aussi le moment d'un autre changement familial: la patiente devient grand-mère pour la première fois en janvier, puis une deuxième fois en mars. Les mois suivants seront marqués par une profonde remise en question de la patiente. Ainsi, elle décide de mettre un terme à sa vie dans la région PACA, en revenant habiter sur la Vendée, avec son compagnon, auprès de sa famille. Après plusieurs mois d'arrêt maladie, elle est placée en pré-retraite à partir de 2001. Malgré le soutien apporté par Dominique pendant les mois suivants, elle décide de se séparer de lui en 2003.

A partir de l'année 2004, elle reprend contact avec Jean-Christophe. Après quelques temps, ils décident de reprendre une vie commune.

Les troubles addictifs de Madame B. vont amener son ex mari, à la moitié de l'année 2009, à rompre une nouvelle fois avec elle. Cependant, elle conserve son soutien et il lui conseille de se faire interdire l'entrée des casinos et de consulter en novembre 2009 au Service d'Addictologie de Nantes.

La fin de l'année 2009 est marquée par la naissance de Lilian, fils de Charlotte. Celui-ci est atteint d'une malformation cardiaque congénitale grave, qui nécessite plusieurs mois d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales au CHU de Nantes. Cet événement est l'occasion pour Madame B. de renouer avec sa fille, de lui apporter son soutien et de retrouver une place dans la famille. De même, début de l'année 2010, elle reprend sa relation affective avec Jean-Christophe, mais ils décident de ne plus partager le même logement; elle reste habiter en location sur les Olonnes et lui, sur la Loire Atlantique.

1.3. Histoire des troubles

Il est à noter que le premier contact de cette femme avec les jeux de hasard et d'argent se situe vers l'âge de 30 ans. Les jeux de grattage sont alors achetés chez un buraliste. Il s'agit d'un jeu occasionnel à type d'usage simple.

L'initiation aux jeux de casino, en fin d'année 2003, se fait de la façon suivante : elle est invitée par sa sœur (qui est une joueuse régulière), et des amis, lors d'une soirée, à se restaurer et à jouer au casino aux Sables d'Olonne. Elle dit avoir d'emblée apprécié l'ambiance, l'accueil privilégié des clients mais ne perçoit pas de gains importants.

Cependant, forte de cette première expérience positive, elle prend l'habitude de réaliser, deux fois par semaine, des rencontres amicales au casino (diners puis JHA). Rapidement, ces rencontres ne lui suffisent plus et elle prend l'habitude d'aller jouer seule, en semaine, l'après midi, à partir de 2004.

Selon elle, la pratique des JHA ne serait devenue problématique qu'à partir de ses 60 ans, en 2007.

1.3.a. Conditions de jeu

Madame B. dit être attirée spécifiquement par les machines à sous. Elle ne s'intéresse pas aux jeux de table. En effet, elle met en avant les points suivants :

- Le côté ludique et attrayant des machines à sous, notamment celles riches en couleur et en bruit.
- L'accessibilité du jeu : ne pas avoir besoin de réfléchir ou d'apprendre des règles (par oppositions aux jeux de table).
- Elle reconnaît le côté régressif de son comportement : « les machines qui me plaisaient, c'était celles qui avaient des animaux, des jeux amusants, pour les princesses ! » ; « j'aime les coccinelles, donc je me dis qu'elles vont être gentilles avec moi ».

Lors d'une séquence de jeu, la patiente joue sur une ou deux machines avec une mise maximale de 20 centimes. Elle peut jouer jusqu'à environ 400 euros par période, d'une durée de 5 à 6 heures.

1.3.b. Fonction du jeu

Lorsqu'on demande à Madame B ce qu'elle y recherchait, Madame B énumère les éléments suivants :

- Tout d'abord l'intérêt du casino pour lutter contre les sentiments de solitude ou d'ennui. En effet, elle y voit un moyen de faire des rencontres, de tisser des liens sociaux. Elle apprécie également la valorisation narcissique apportée par l'attention des différents membres du casino.
- Elle met aussi en avant la recherche d'un effet hypnotique, anti-ruminatif des machines à sous. L'idée est de ne plus réfléchir à ses difficultés. Ainsi, on peut voir comment ce comportement sous-tend une fonction anti-dépressive, et anxiolytique.
- Enfin, elle reconnaît la recherche de gains mais surtout l'idée de « se refaire » financièrement, suite aux pertes.

1.3.c. Conséquences du jeu

Financières :

- Madame B a joué et perdu toutes les économies d'une vie
- L'ensemble de ses pertes pourrait s'élever à environ 40 000 euros.
- Elle a réalisé des emprunts auprès de deux organismes de crédit (emprunts à hauteur de 11 000 euros ; elle rembourse aujourd'hui 400 euros par mois)
- Elle a également « emprunté » de l'argent à l'association de retraités, dans laquelle est trésorière.

Sentimentales :

- Nouvel épisode de rupture sentimentale avec son mari, en lien avec les mensonges pour cacher ses difficultés.

Sociales :

- Isolement de plus en plus important et diminution des contacts avec ses enfants et ses amis.

Psychiques :

- Nouvel épisode dépressif majeur avec auto-dépréciation, sentiment de culpabilité. Troubles du sommeil avec insomnie quasi-totale. Conduite d'hyperphagie. Idéations suicidaires avec scénario.

Cette symptomatologie a eu pour conséquences la mise en place d'un traitement anti-dépresseur par ISRS, accompagné d'un traitement anxiolytique benzodiazépinique, suite à la première consultation dans le service d'addictologie

1.3.d. Résultats aux questionnaires d'évaluation

Lors de l'évaluation initiale, Madame B. remplit 6 critères diagnostiques DSM IV sur 10.

Il est important de préciser que les autres questionnaires n'ont été remplis par la patiente qu'après 6 mois de suivi.

Son score SOGS s'élève alors à 10 / 20.

Le score GABS est faible, avec 57 points. Madame B. présente donc peu de distorsions cognitives.

Le STAI-trait met en évidence un niveau d'anxiété faible et l'échelle de Beck, une dépression d'intensité légère.

Au DSQ-40, prédomine le style mature.

Les scores UPPS retrouve les scores de :

- 30/48 pour l'item *Urgence*.
- 21/44 pour l'item *manque de Préméditation*.
- 27/40 pour l'item *manque de Persévérance*
- 24/48 pour l'item *recherche de Sensations*

Sur l'inventaire du tempérament et du caractère :

- pour les tempéraments, *l'évitement du danger* apparaît le seul supérieur à 50% (65%).
- pour les caractères, *la détermination* recueille 60% et *la coopération*, 100%.

La WURS-C et l'ASRS ne retrouvent d'arguments en faveur d'un TDA/H.

2. Réflexions

2.1. Psychopathologie

Plusieurs éléments cliniques peuvent permettre de caractériser Madame B., comme présentant une névrose de type obsessionnel. Il semble ainsi que la sexualité psychique la plus investie, soit la sexualité anale. En effet, l'analité semble avoir été très présente dans la vie de cette patiente.

Tout d'abord de la part de sa profession. Elle fait le choix d'être comptable, de gérer les entrées et les sorties d'argent.

D'autre part, au vu de ses traits de caractères. La patiente se définit comme une femme forte, maîtresse de ses décisions : « j'ai toujours tenu ».

Somatiquement, elle fait part de problèmes de constipation depuis son enfance.

Elle évoque la satisfaction d'avoir été « pleine » lors de ses grossesses.

Enfin, on peut voir des caractéristiques anales dans ses rapports amoureux; notamment lorsqu'elle définit sa relation en ces termes : « je l'ai pris... je l'ai rendu ».

On peut donc faire l'hypothèse d'une certaine jouissance dans l'idée de rétention suivie d'une expulsion.

Sur le plan psychopathologique, on peut donc mettre en évidence les différentes pertes que la patiente a subies, sur un temps resserré.

Tout d'abord, on peut évoquer la notion de **perte d'objet**. On peut s'apercevoir des difficultés, qu'elle rencontre autour du travail de deuil de son père, de sa mère, puis de son parrain (qui semble avoir bénéficié d'une image paternelle forte). Ces difficultés semblent liées, certes à un investissement long et profond de ces figures, mais également à l'ambivalence importante de ces attachements. On peut se demander dans quelle mesure le sentiment de culpabilité fortement ressenti, n'est pas le retour des pulsions agressives contre soi.

Il en va de même dans ses relations amoureuses. On peut, en effet, voir toute la difficulté qu'a la patiente à se séparer de manière définitive, voire de rester seule.

Dans un deuxième temps, on peut voir l'existence d'**une perte de fonction**.

D'abord au niveau du milieu professionnel. La mise en pré-retraite semble avoir été, pour cette patiente, une perte grave d'une sublimation jusque-là majeure. En effet, son travail de comptable semblait très fortement investi et être une issue primordiale à la libération de sa libido.

Puis au niveau des relations amoureuses, il est intéressant de voir que la solution addictive est arrivée à un moment où la patiente est isolée sur le plan sentimental. On peut ainsi supposer à quel point il a été difficile pour elle de prendre conscience d'une diminution de son pouvoir de séduction.

Enfin, on peut évoquer la notion de **perte de soi**.

Il apparaît qu'il a pu exister une identification forte de la patiente à sa mère.

Comme elle, madame B. se retrouve seule aux alentours de la soixantaine à la retraite et pense à utiliser ses économies pour devenir propriétaire d'un appartement aux Sables d'Olonne.

Cependant, elle a une image bien terne de ce qu'a pu être ce temps où sa mère a vécu seule dans son appartement, suite au décès de son mari. Elle décrit une existence solitaire, marquée par l'absence de moments de joie ou de plaisir, une longue mort « à petit feu ». On peut donc faire l'hypothèse d'une réactivation des angoisses de mort suite au décès de sa mère et comprendre toute la complexité à « marcher dans les pas » de sa mère, en achetant un bien immobilier.

Face à une série de bouleversements de vie, et du fait d'une diminution des voies de sublimation possibles, on peut faire l'hypothèse que le Moi de Madame B. a pu être à la recherche d'un plaisir qui compte, afin de contrebalancer ce qui l'afflige.

En effet, le Moi affaibli par la vieillesse et la baisse instinctuelle, continue pourtant d'être confronté à des désirs infantiles, dont la nature n'a pas changé. Le retrait des investissements objectaux et sublimatoires a certainement surchargé le Moi par un repli narcissique qui l'affaiblit plus encore. Ainsi, pour réagir, il semble que le Moi de la patiente se soit opposé à la réalité du déclin par une régression partielle de type anal.

Le jeu d'argent apparaît une voie rêvée pour effectuer cette régression. En effet, dans la mesure où un changement est vécu comme une perte de maîtrise, la personne obsessionnelle renforce son besoin de vérification, de contrôle et de remise en ordre. Elle se comporte comme si suffisait de vérifier 3 fois un véhicule pour être garanti de faire un voyage sans histoire.

L'obsessionnelle adhère finalement à l'impondérable, même si elle admet rationnellement que l'impondérable n'est pas programmable, elle ne peut pas s'empêcher de faire comme s'il l'était.

Un changement est ainsi perçu comme une perte de contenu. Ainsi, l'argent qui symbolise un objet partiel, hautement investi, est compté et recompté, présenté comme un moyen d'accès à tout. L'obsessionnelle se pose en avare dont le renforcement de la rétention est supposé capable de lui épargner les douleurs de la castration. La possession de l'argent lui sert à tout y compris à séduire, de sorte que la perte d'argent est rapidement l'équivalent d'une perte de soi.

Cette symbolisation de l'analité par l'argent apparaît illustré par les propos suivants de Madame B. : « ma mère me l'a souvent répété pourtant : « il ne faut jamais vendre l'œuf dans le cul de la poule » » .

Ainsi on peut comprendre comment le jeu de hasard et d'argent, chez cette patiente, peut venir toucher au narcissisme même de la personne. La perte d'argent pouvant être vécue comme une perte de soi, on comprend aisément comment et par quel mécanisme, l'envie de « se refaire » prend tout son sens .

L'exemple de Madame B est tout à fait intéressant, car nous avons pu la rencontrer suite à la résolution de ses troubles addictifs. Cela permet de se pencher sur les éventuels ressorts de cette résolution.

D'abord, on peut voir que la patiente a pu retrouver petit à petit de nouvelles voies sublimatoires. Il est intéressant de noter que la guérison de la patiente apparaît en lien avec la récupération de sa fonction de mère et de grand-mère. En effet, il semble que le fait d'avoir été interpellé par sa fille, en demande de soutien, a permis à la patiente de rejouer à nouveau une problématique œdipienne. Elle a pu trouver un rôle d'aidant auprès d'elle, ce qu'elle n'avait pas pu faire auprès de sa mère (alors qu'elle avait l'image de cette dernière aidant sa propre mère dans l'accompagnement vers la mort).

Ceci semble avoir permis une libération de libido, qui a pu être investie dans d'autres activités. On peut penser notamment à la reprise de son rôle de trésorière dans l'association de retraités. Il est intéressant de noter que le retour à cette activité a été accompagné par de nouvelles autres comme le scrabble, l'aquagym, la gymnastique, le ping-pong, la chorale....

Elle a pu également renouer une relationnelle sentimentale avec son ex-mari qui, symboliquement, semble s'être imposé comme une figure paternelle l'incitant à demander l'interdiction de casino.

Enfin, on peut également faire l'hypothèse d'un rééquilibre du Moi avec la mise en place de nouvelles défenses génitalisées. En effet, le refoulement et la dénégation surtout, sont maintenant les plus présents, au premier plan.

Il semble ainsi que Anne B. préfère faire comme si la baisse de ses capacités, liée l'avancée en âge, n'existait pas. La multiplication de ses activités semble ainsi avoir comme buts de montrer qu'« elle est encore capable » ou qu'« elle n'est pas si vieille que ça ».

2.2. Réflexions sur le jeu excessif

Au regard de la clinique et des résultats de son évaluation, Madame B. pourrait apparaître une joueuse de type « émotionnellement vulnérable » selon la typologie de Blaszczynski.

En effet, on retrouve chez elle la notion d'épisodes anxio-dépressifs prémorbides, d'évènements de vie difficiles et surtout la fonction « auto-thérapeutique » de la pratique addictive.

Il est aussi intéressant de voir quelle place a pris la solution addictive pour la patiente dans sa lutte contre ses angoisses de mort. Il paraît en effet pertinent de faire le parallèle entre la problématique de cette personne du troisième âge, confrontée à la prise de conscience des différentes pertes de sa vie et de l'inéluctabilité de la mort (notamment par identification à sa mère) et la recherche de gains dans la pratique des machines à sous.

On peut faire également l'hypothèse d'un « héritage non souhaité ». Voici comment inconsciemment cette patiente a pu se mettre en tête : « je ne finirai pas comme ma mère ».

Par rapport aux données de la littérature, cette vignette clinique vient confirmer plusieurs hypothèses;

Elle vient ainsi confirmer un profil de joueur du « troisième âge » qui serait à prédominance féminine, qui commencerait à jouer après 55 ans, et qui ne présenterait pas d'antécédents d'abus ou de dépendance à des substances psycho-actives. Ce profil de joueur préférerait également les JHA non stratégiques comme les machines à sous, plutôt que ceux stratégiques (comme les paris sportifs) (Brian L Odlaug, Marsh, et al. 2011)

De même, elle laisse entrevoir que cette « nouvelle population de joueurs » pourrait avoir un accès aux soins assez rapide.

Cette vignette clinique retrouve des antécédents addictifs chez l'un des parents et anxio-dépressifs chez l'autre.

Elle souligne également, la fragilité financière plus prononcée de cette population.

Ainsi, face à des ressources économiques limitées, cette patiente n'a pas eu d'autres moyens que de contracter des crédits. Elle n'a pas donc pu, comme un sujet plus jeune, compenser par la réalisation d'heures supplémentaires ou d'un travail complémentaire.

L'exemple clinique a également confirmé les idées suivantes :

- Dans cette population, les buts principaux du jeu seraient la lutte contre la solitude et l'isolement.
- Le besoin d'identification à un groupe, dans le cadre d'une activité amusante et existante, apparaît important..
- Le jeu aurait une visée anti-dépressive, anxiolytique ; mais serait teinté d'une grande culpabilité.
- Un accroissement d'un temps disponible et de l'ennui favoriseraient le recours à ce comportement.

Enfin, il est à noter l'absence de troubles démentiels chez cette patiente ainsi qu'une bonne santé physique, ce qui va dans le sens de certaines études qui affirment que cette addiction nécessite un degré d'autonomie physique encore important (Rani A Desai et al. 2004; Vander Bilt et al. 2004)

II. Deuxième vignette clinique : Monsieur Marc P.

1. Présentation

Cette deuxième vignette clinique est représentée par cet homme, âgé de 69 ans, actuellement retraité en Loire-Atlantique, ancien vendeur automobile.

Ce monsieur semble représenter un sujet « à risque addictif » depuis l'enfance, qui a pu se stabiliser pendant sa vie active, et pour qui la retraite a pu être un facteur de décompensation.

1.1. Antécédents

Antécédents personnels

- Médicaux et chirurgicaux:
 - accident grave de voiture en 1969 : 39 fractures et une période de coma.
 - érysipèle, diabète de type II, hypertension artérielle, fracture de la clavicule.

- Psychiatriques : diagnostic probable du trouble hyperactivité avec déficit de l'attention dans l'enfance. Ce trouble a été mis en évidence rétrospectivement, par l'échelle WURS-C, lors de la participation de ce patient, à l'étude ÉVALJEU du service d'addictologie.
- Addictologiques :
 - Tabac : usage occasionnel de la pipe.
 - Absence d'utilisation d'autres substances psycho-actives.

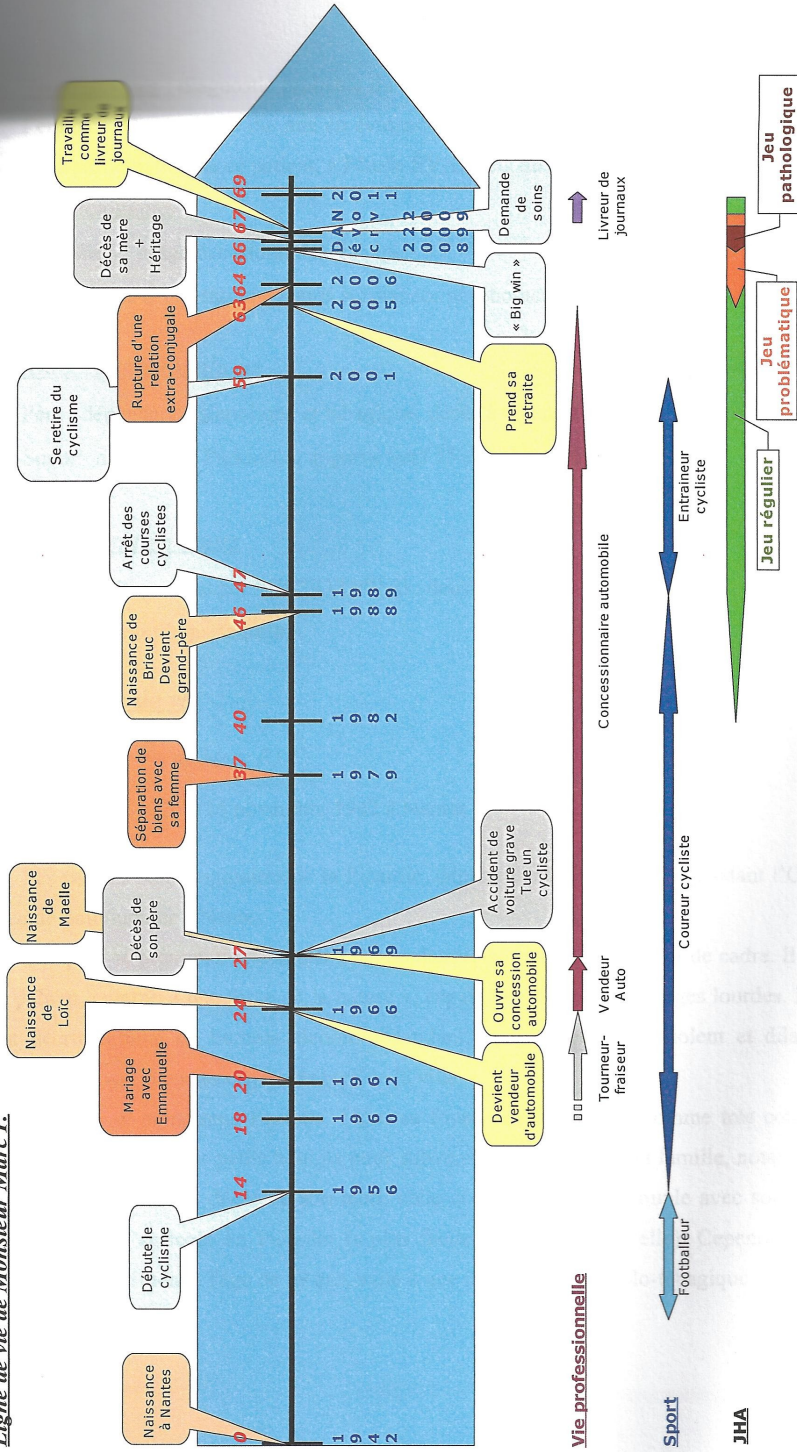
Antécédents familiaux

- Père : dépendance alcoolique et tabagique, décès à 48 ans d'une cirrhose évoluée.
- Soeur: maladie de Parkinson, apparue vers 55 ans.

Traitement en cours

- Anti-diabétique oral par METFORMINE : deux comprimés par jour.
- Traitement antihypertenseur.

Ligne de vie de Monsieur Marc P.



-

1.2. Histoire de vie

(cf. ligne de vie de Marc P.)

Monsieur P. naît le 25 novembre 1942 à Nantes.

Ses parents sont originaires de la Picardie, département qu'ils ont fui pendant l'Occupation Allemande pour habiter à Nantes.

Son père se prénomme Albert. Il a été boulanger-pâtissier puis sableur de cadre. Il est décrit, par le patient, comme « une force de la nature », capable de porter des charges lourdes. Mais il est surtout décrit comme un homme alcoolo-dépendant, pouvant être très violent et dilapidant les économies du foyer dans les différents bars de la ville.

Sa mère se prénomme Paulette. Mère au foyer, elle est décrite comme très courageuse et ayant dû réaliser différents petits boulots pour subvenir aux besoins de la famille, notamment celui de commerciale. Suite au décès de son mari, celle-ci s'est remise en couple avec son beau-frère, grand propriétaire agricole en Picardie (« plus facile à vivre » selon elle). Cependant, lui aussi décédera prématurément à l'âge de 49 ans, suite à une intoxication alcoolo-tabagique chronique.

Il est l'aîné d'une fratrie de deux. Sa sœur cadette se prénomme Bernadette. Elle est âgée de 22 mois de moins que lui.

Son enfance est assez difficile au vu des relations conflictuelles avec son père. Pour le préserver, sa mère décide de l'inscrire à « l'école des Frères » (il semble y avoir trouvé une image paternelle positive et fiable).

Il y réalise son certificat d'étude puis un CAP dans le domaine du dessin industriel.

Son enfance et son adolescence sont également marquées par une pratique sportive assez intensive : il joue d'abord au football, puis suite à une blessure, se tourne à l'âge de 14 ans vers le cyclisme. Ce sport se révèle être une réelle passion pour le patient ; il dit s'y être beaucoup investi et avoir eu, en tant que coureur, une carrière semi-professionnelle. Il fera des courses cyclistes jusqu'à l'âge de 47 ans puis deviendra entraîneur d'une équipe cycliste jusqu'à l'âge de 59 ans.

C'est dans ce cadre sportif, que Marc rencontre sa femme Emmanuelle en 1960, à l'âge de 18 ans ; il l'épousera en 1962, à l'âge de 20 ans. A partir de là, il commence à travailler comme tourneur-fraiseur sur Nantes.

L'année 1966 va s'avérer très importante pour lui. Tout d'abord, Monsieur P. décide de changer d'orientation professionnelle. Il devient ainsi vendeur automobile chez General Motors et a une évolution rapide dans l'entreprise. Il dit avoir été élu, plusieurs années de suite, meilleur vendeur de la région et même de France.

Cette année là, il devient également père pour la première fois. C'est en effet la naissance de son fils, Loïc.

L'année la plus marquante reste sans aucun doute l'année 1969. Celle-ci va être marquée par deux événements tragiques et deux événements heureux.

Tout d'abord, son père décède, des suites d'une cirrhose évoluée, malgré plusieurs hospitalisations en psychiatrie pour tenter de se sevrer en alcool.

Ensuite, Marc provoque un accident de la route grave sur Nantes, où il heurte un cycliste avec sa voiture. Ce dernier va décéder de ses blessures. Monsieur P. s'en sort avec de nombreuses fractures et un épisode de coma.

Mais c'est aussi une année riche en événements positifs, marquée par la naissance de sa fille Maelle, et la réussite d'un nouveau changement professionnel : il décide de s'associer à un ami coureur cycliste, pour monter sa propre concession automobile.

Les années suivantes sont marquées par le succès de son entreprise, au prix de nombreuses heures de travail. Ses activités, professionnelles et de coureur cycliste sont alors l'occasion de nombreux déplacements, dans toute la France. Monsieur P. affirme avoir profité de ces déplacements, pour vivre différentes relations amoureuses extra-conjugales.

En 1979, dans un contexte de difficultés économiques de son entreprise, Monsieur P. décide, avec sa femme, de réaliser une séparation de leurs biens.

En 1988, Monsieur P. devient grand-père pour la première fois, avec la naissance de Briec, fils de Loïc.

En 1989, à 47 ans, il met fin à sa carrière cycliste et devient entraîneur.

En 2001, à l'âge de 59 ans, il arrête sa participation au cyclisme.

En 2005, il prend sa retraite à l'âge de 63 ans. Celle-ci semble égayée par une relation extra-conjugale suivie, qui prend fin en 2006, le patient a alors 64 ans.

En avril 2009, sa mère âgée de 91 ans décède. Il hérite donc de la moitié de sa fortune, mais également de la charge de sa sœur. En effet, celle-ci est alors âgée de 64 ans, célibataire, sans enfant et vit au domicile de la mère. Elle est atteinte d'une maladie de Parkinson, qui évolue depuis plus de dix ans et s'avère de plus en plus dépendante physiquement. Monsieur P. se retrouve donc contraint de lui trouver un nouveau lieu d'hébergement, ce qu'il réussit, après maintes difficultés, en la faisant entrer en EHPAD sur la Loire-Atlantique, près de son domicile.

Il est à noter que depuis quelques mois, il doit également accepter la présence à son domicile de sa belle-mère atteinte de la maladie d'Alzheimer.

C'est en novembre 2009, que le patient va réaliser sa première demande de soins dans le service d'addictologie du C.H.U de Nantes. Cette demande de soins dans le service, va s'accompagner, à partir du début d'année 2010, de la décision de rembourser ses dettes. Pour ce faire, le patient, alors à la retraite, accepte de reprendre un emploi en tant que livreur de journaux. Il se lève ainsi tous les matins à 3 h et part faire sa tournée pendant plusieurs heures. Il arrondit également ses fins de mois en continuant à vendre de temps à autre des voitures de marque allemande, par le biais de son large réseau de connaissances.

1.3. Histoire des troubles

Le patient vient consulter en novembre 2009 dans le service d'addictologie pour la demande de prise en charge de sa dépendance aux paris hippiques. Retraçons ensemble son histoire de jeu.

Monsieur P. connaît ses premières expériences de jeu du hasard et d'argent à l'âge de 30 ans. Il ne mentionne pas de gains importants à ces occasions.

C'est à l'âge de 40 ans, en 1989, qu'il commence à faire des paris régulièrement. Il joue de manière non problématique, au PMU avec des amis, une fois par semaine environ.

Il semble que le jeu devienne problématique, suite à la mise à la retraite, à partir de l'âge de 63 ans. Ainsi, la fréquence de jeu s'accroît, les mises augmentent et le patient commence même à contracter quelques crédits « revolving ».

Par la suite, deux éléments semblent avoir renforcé la dépendance. Ainsi, en décembre 2008, Marc gagne une somme importante en jouant aux courses (gain de 29 000 euros, suivi d'un gain de 4 000 euros). Ceci semble renforcer d'autant plus les croyances du patient dans sa maîtrise du jeu et permet le remboursement d'une grande partie de ses dettes. Les paris sur les courses, ainsi que les jeux de grattage, deviennent alors quasi-quotidiens.

Le deuxième élément, qui semble vraiment avoir affecté le patient, est le décès de sa mère et surtout l'héritage qu'elle lui laisse. En effet, le patient va toucher une somme aux alentours de 60.000 euros. L'ensemble de cette somme va être progressivement engloutie dans le jeu.

1.3.a. Conditions de jeu

Le patient joue aux paris hippiques au PMU ou à l'hippodrome et aux jeux de grattage.

Malgré une retraite de 1300 euros par mois, il mise environ 4500, sur la même période ; soit 150 à 200 euros par jour. Il remise systématiquement la totalité de ses gains.

Il aime être dans des bistrottes pour miser sur les chevaux, entourés d'autres passionnés.

1.3.b. Fonction du jeu

- ***La recherche du gain.***

Il semble que le principal intérêt du patient dans les paris hippiques réside dans la recherche de gain. Celle-ci est surtout sous-tendue par les distorsions cognitives fortes du patient. En effet, le patient ne tient pas compte de la part du hasard dans les résultats des courses et au contraire, sur-valorise ses compétences à prédire ceux-ci.

Cette recherche de gain semble également liée à la « peur de manquer ».

- *La recherche de sensations.*

Le patient reconnaît lui-même également la recherche du frisson, du « thrill », d'excitation par le jeu. Il fait spontanément le lien entre ceci et la baisse de son activité sexuelle, notamment avec sa femme.

- *La recherche d'un espace de liberté.*

Au regard des différentes tâches de soutien, à la fois à sa sœur, mais également à sa femme et à sa belle-mère, il reconnaît que les paris hippiques représentent un espace d'évitement des difficultés. Ils lui confèrent ainsi des effets apaisants, anxiolytiques, et anti-ruminatifs. Ses allées et venues dans les bars ou les hippodromes sont ainsi cachées et il ne s'y impose aucune contrainte (de temps, de mise d'argent...).

- *La dimension sociale des paris hippiques*

Monsieur P. affirme prendre plaisir dans la rencontre de différentes relations amicales appartenant au milieu des courses. Il se targue même d'être ami avec des jockeys, ou un grand nombre de propriétaires de chevaux.

1.3.c. Conséquences du jeu :

- *Des conséquences financières.*

Monsieur P. a contracté des dettes importantes, notamment par la réalisation de crédits revolving. Ses pertes totales s'élèveraient aux alentours de 150.000 euros et lui valent, depuis juillet 2010, d'avoir constitué un dossier de surendettement à la Banque de France.

- *Des conséquences sentimentales.*

Il reconnaît des difficultés relationnelles avec sa femme.

- *Des conséquences psychiques .*

Lors de son évaluation, au début des soins dans le service d'addictologie, le MINI met en évidence le diagnostic d'anxiété généralisée secondaire au JHA et évalue comme élevé le risque suicidaire. Ce risque semble très lié au sentiment de culpabilité secondaire aux dettes de jeu.

1.3.d. Résultats aux questionnaires d'évaluation

8 critères DSM positifs sur 10: seul l'item 2 (tolérance) et l'item 9 (conséquences du jeu) ne sont pas remplis. Son score SOGS s'élève à 12/20. Ces deux scores indiquent la sévérité du trouble.

La GABS met en évidence de fortes distorsions cognitives liées au jeu, avec un score à 119/140.

Le STAI-trait vient confirmer l'existence d'un niveau d'anxiété élevé (62/80), déjà mis en évidence par le MINI.

L'échelle de Beck à 13 items retrouve un score de 13/39; ce qui correspond à une dépression modérée.

L'UPPS met surtout en évidence l'item « urgence » (score de 47/48) et celui de « recherche de sensation » (35/48)

Le TCI s'avère également intéressant. Au niveau du tempérament, « la recherche de nouveauté » (80/100) et « la persistance » (100/100) sont fortement représentées. Au niveau du caractère, la transcendance (93/100) domine les autres items.

Enfin, la WURS-C avec un score de 61/100 est très en faveur d'un diagnostic de TDA/H dans l'enfance; cependant ce diagnostic n'est pas dépisté à l'âge adulte par l'ASRS.

2. Réflexions

2.1. Psychopathologie

Sur le plan clinique, Monsieur P. semble présenter des **traits de personnalité narcissique**, selon le DSM IV :

- *le sujet a un sens grandiose de sa propre importance* : il aime ainsi mettre en avant ses différents dons :
 - dans le domaine musical : il aurait l' « oreille absolue », serait un très bon ténor aigu, et saurait jouer de différents instruments : harpe, accordéon, cornemuse...
 - dans le domaine commercial : il aurait été un excellent vendeur.
 - dans le domaine du cyclisme : il aurait été plusieurs fois champion de courses régionales.
 - dans le domaine sentimental : il aurait eu beaucoup de succès avec les femmes.
- *Le sujet est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté, de perfection, ou d'amour idéal* :
- *le sujet pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau* ;

Ces deux critères s'avèrent tout à fait remplis lorsqu'il explique ses rapports avec les paris hippiques, ses croyances en ses capacités de devinement infini, supérieures aux lois du hasard ; ceci malgré les pertes engendrées ...

- *le sujet montre un besoin excessif d'être admiré* ;
il recherche à « être unique », hors du commun, le centre de l'attention : « je suis sûr que vous n'avez jamais rencontré un cas comme moi » ; Il cherche également à « ne jamais perdre la face », éludant pendant l'entretien tous les pans de sa vie où il s'est retrouvé en difficulté, notamment son homicide involontaire, lors de l'accident de voiture.

- *Le sujet exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins (mensonges, chantages, violence verbale, etc.) :*

Monsieur P. a contracté plusieurs crédits au nom de sa femme, et profiterait de leurs séparations de biens pour flouer indirectement les banques.

Sur le plan psychodynamique, on retrouve toute l'importance de la réactivation l'angoisse de mort, suite au décès de sa mère et par l'identification possible à un corps vieillissant et dépendant, à l'image de celui de sa sœur (atteinte d'une maladie de Parkinson évoluée) ou de sa belle-mère (atteinte de la maladie d'Alzheimer).

En effet, le corps est une chose très investie chez Marc. Il tient à montrer de lui apparence soignée, se flatte de paraître plus jeune que son âge, de se tenir en forme physiquement.

On pourrait voir également dans la multiplication des conquêtes amoureuses, un besoin répété de se rassurer sur ses capacités de séduction et sexuelles.

Ainsi, par le jeu des identifications, Marc semble confronter à la **perte de soi**, à une prise de conscience du caractère inéluctable de la vieillesse et de la mort.

Pour y faire face, il met en place deux principaux types de défenses. En premier lieu, les défenses narcissiques sont sollicitées, au regard de sa personnalité. Nous retrouvons de ce fait une idéalisation importante de ses capacités et une ré-interprétation souvent prodigieuse de pans de sa vie passée. En second lieu, les défenses génitales sont en action. Le refoulement apparaît ainsi tellement puissant que le concept même de la mort apparaît irréprésentable. Ainsi, le patient affirme, par exemple, avoir être étonné de la mort de sa mère, à l'âge de 91 ans !

La dénégation des capacités déclinantes semble aussi présente. En effet, malgré l'avancée en âge, Monsieur P. ne se résout pas à diminuer ses prétentions vis à vis du du rythme de ses activités, notamment sexuelles.

Nous pouvons également faire l'hypothèse d'une **perte de fonction**, qui a été regagnée ensuite. En effet, il semble que pour Marc P. l'arrêt du travail et de ses activités sportives, qui étaient très investis, ait été difficile à assumer. Il nous signale bien que cette étape de sa vie a été déstabilisante et marqué par le début des problèmes de jeu. Ces derniers apparaissent également en lien avec l'arrêt d'une relation extra-conjugale très investie, et donc avec sentiment probable de perte de puissance sexuelle.

L'angoisse de mort semble figée dans une problématique œdipienne non résolue. En effet, nous pouvons avoir la nette impression, que le patient est à la recherche de la toute-puissance phallique, et dans la séduction de la figure maternelle. Sa plus grande angoisse apparaît donc être celle de castration, et quelle plus belle castratrice que « la faucheuse » elle même !

La mort viendrait représenter cette vengeance finale de la figure paternelle. Comme si, dans l'inconscient du patient, le père ne serait pas mort de cause naturelle, mais qu'il aurait été tué (par lui).

La mort apparaît être donc un châtement aux yeux de Monsieur P. Ainsi, dans sa conception de la vie, certaines personnes mériteraient de mourir et d'autres non, en fonction des actes positifs qu'ils ont accomplis dans leur vie. On retrouve là le fantasme œdipien : « si on doit mourir, c'est qu'une faute a été commise ».

Dans cette lutte contre les angoisses de mort, on peut comprendre comment la reprise du travail, cette distribution matinale des journaux, a une fonction purgatrice.

Ceci semble de tout à fait rejoindre la conception de Freud sur le jeu pathologique qu'il exprime dans son écrit de 1928 sur « Dostoïewski et le Parricide » et sur les besoins auto-punitifs du joueur (Freud 1928)

Cette distribution de journaux pourrait ainsi apparaître comme une punition auto-infligée dans la but d'atténuer la culpabilité, liée au vœu d'inceste œdipien et de parricide. Elle pourrait ainsi avoir remplacé dans ce but, la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Ces propos apparaissent tout à fait illustrer par une expression, plusieurs fois répétée pendant notre entretien : « il faut bien (re)boucher le trou ».

2.2. Réflexions sur le jeu excessif

Il nous semble pertinent de mettre en évidence, par cette vignette clinique, les différents facteurs, qui ont influencé cette conduite de jeu, et de les séparer en 3 parties :

- les facteurs de risque individuels
- les facteurs de risque liés aux jeux de hasard et d'argent
- les facteurs de risque liés au contexte

2.2.a Les facteurs de risque individuels

Nous retrouvons chez ce patient plusieurs éléments personnels pouvant favoriser une addiction:

- des traits de personnalité narcissique,
- un terrain impulsif biologique avec le TDA/H dans l'enfance et les antécédents d'alcool-dépendance chez son père et son oncle,
- une impulsivité élevée donc, mise en évidence par l'UPPS par avec les scores « urgence et « recherche de sensations » élevés,
- qui apparaît très en lien avec la recherche de nouveauté du tempérament ou celle de la transcendance du caractère.

En ce qui concerne les événements de vie, peuvent être cités à nouveau :

- le décès de sa mère et la notion d'un héritage non admissible,
- la mise à la retraite et la fin de sa carrière sportive,
- la fin d'une relation sentimentale investie.

Enfin, du point de vue psychodynamique, nous retrouvons la fonction auto-punitrice des JHA, devant une problématique œdipienne non résolue.

2.2.b Les facteurs de risque liés aux jeux de hasard et d'argent

Deux facteurs principaux émanent :

- l'existence d'un gain important (« big win »), qui va venir confirmer d'autant plus les croyances erronées du patient, quant à sa maîtrise du hasard.
- L'importance des distorsions cognitives, mis en évidence par le GABS.

2.2.c Les facteurs de risques liés au contexte

Sont retrouvés :

- la notion de pression sociale à jouer. Monsieur P. aime fréquenter les bars et les hippodromes, s'entretenir avec d'autres passionnés, des jockeys ou des propriétaires des chevaux. Il y est donc plus facilement entraîné à jouer.

- un surcroît de responsabilité. Alors qu'il pensait pouvoir jouir d'un temps de retraite centrée sur différentes passions (chants, pêche...), Monsieur P. s'est retrouvé contraint à s'occuper de sa sœur parkinsonienne et de sa belle-mère atteinte de la maladie d'Alzheimer.

La description clinique de Monsieur P. semble le rapprocher des joueurs de type 3 de Blaszczyński, à savoir ceux avec impulsivité biologique, du fait de l'existence du TDA/H, des antécédents familiaux de dépendance alcoolique et de cette recherche constante de sensations fortes.

Ce patient aurait su compenser son trouble impulsif par des activités professionnelle et sportive intenses.

III. Troisième vignette clinique : Monsieur René H.

1. Présentation

Cette troisième vignette clinique vient interroger les liens entre la maladie de Parkinson (et ses traitements dopaminomimétiques) et le jeu excessif.

Elle est représentée par Monsieur H., retraité agricole, aujourd'hui âgé de 67 ans, qui vit sur une petite commune rurale de 600 habitants, dont il est le maire depuis plusieurs années.

1.1. Antécédents

Antécédents personnels

- médicaux :
 - maladie de Parkinson, débutée à l'âge de 62 ans (fin 2006).
 - lombalgies chroniques avec nucléolyse L4-L5 en 1986.
 - dermite séborrhéique.
 - reflux gastro-oesophagien sur hernie hiatale.
 - colopathie fonctionnelle.
- chirurgicaux : amygdalectomie et adenoïdectomie dans l'enfance.
- psychiatriques :
 - premier épisode dépressif, secondaire à la maladie de Parkinson (en 2007).
- addictologiques :
 - *tabac* : dépendance entre l'âge de 18 ans et 38 ans, à hauteur de 20 cigarettes blondes par jour. Plusieurs tentatives d'arrêt ; arrêt définitif depuis l'âge de 38 ans, suite à des difficultés respiratoires.
 - *alcool* : usage simple (consommation quotidienne de 3 unités-standard d'alcool, depuis l'âge adulte).
 - pas de consommation d'autres toxiques. Absence de pratique sportive excessive.

Antécédents familiaux

- Un épisode dépressif majeur chez une nièce.
- La sœur et la mère du patient auraient été des joueuses régulières au PMU, sans notion d'abus.

Traitement en cours

MANTADIX 100 mg : 1 par jour

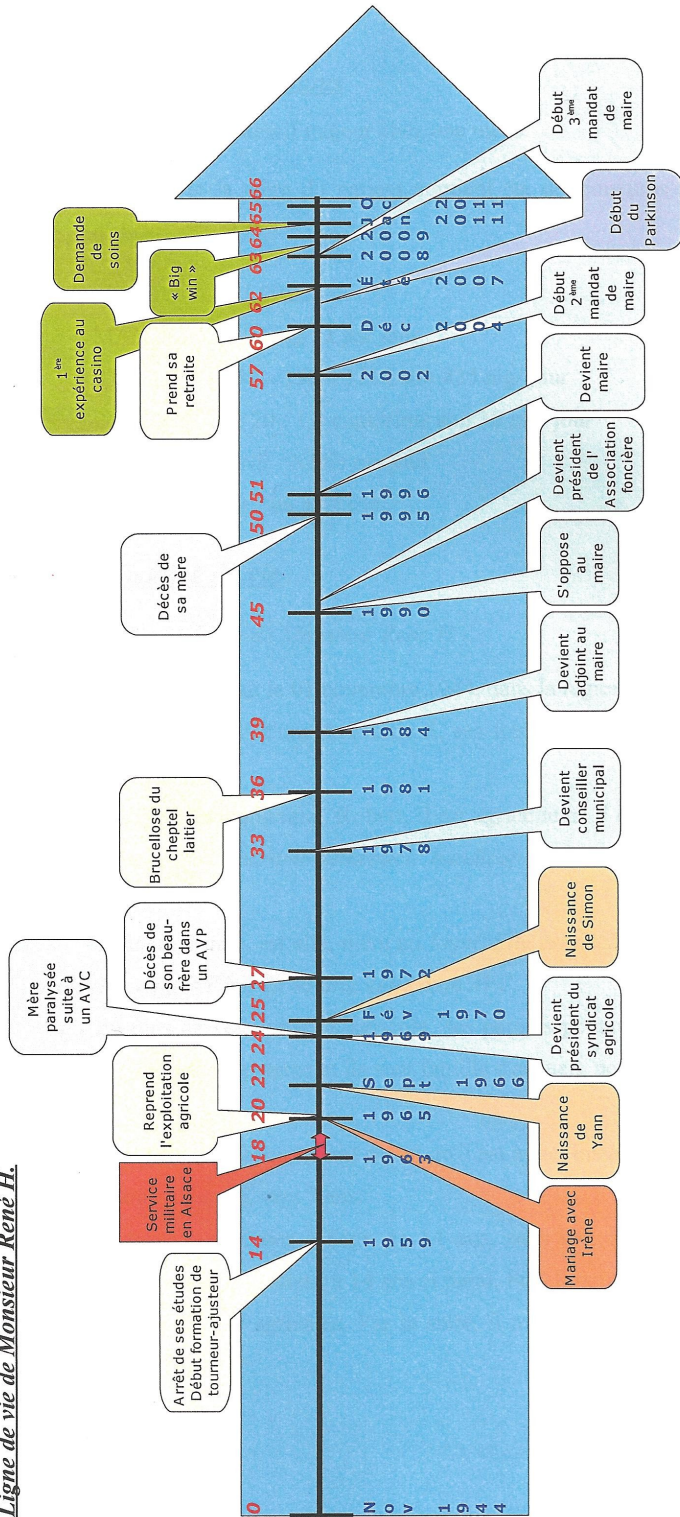
STALEVO : 150 – 150 – 125 ; soit 425 mg/ jour

PAROXÉTINE 20 : 1,5 comprimé soit 30 mg/ jour

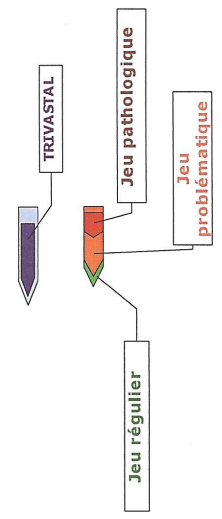
DOMPERIDONE : 3 fois par jour

AZILECT 1 mg : un le matin

Ligne de vie de Monsieur René H.



Exploitant agricole



Maladie de Parkinson

Jeu de Hasard et d'Argent

1.2. Histoire de vie

(cf. ligne de vie de Monsieur René H.)

Monsieur H. naît le 01 novembre 1944, dans la région de Chateaubriand.

Il est le second d'une fratrie de 5, ses frères et sœurs résident tous dans la même région depuis leur enfance.

Son père se prénomme, Robert, il est agriculteur. *Il est aujourd'hui âgé de 92 ans, retraité, en mauvaise santé (syndrome démentiel, handicapé, en fauteuil roulant) et vit en maison de retraite depuis 10 ans.*

Sa mère, Lucie, est elle, mère au foyer. *Elle est décédée en 1995, à l'âge de 72 ans, et était paralysée, depuis l'âge de 46 ans, suite à un AVC.*

En plus de l'exploitation agricole, ses parents poursuivent une tradition familiale instaurée par les grands parents paternels: ils sont famille d'accueil, pour handicapés mentaux.

Durant son enfance, on dit de lui qu'il est agité, instable, nerveux. Il commence à aider dans les travaux de la ferme, vers 7 ans.

Il arrête ses études à l'âge de 14 ans, sans son certificat d'études et s'oriente vers une formation de tourneur-ajusteur à 14 ans et demi. Puis il poursuit sa formation dans le domaine de la mécanique des engins agricoles. Par la suite, il travaille comme ouvrier agricole dans différentes fermes de sa région.

À 18 ans, il part réaliser son service militaire à Haguenau (en Alsace) pendant 16 mois ; il y est serveur en messe.

Cette première expérience de séparation d'avec sa famille s'avère assez difficile à supporter pour lui. De plus, il a fait la rencontre, quelques semaines auparavant, de sa future femme, qui habite son village. Ainsi, lors de ses permissions mensuelles, il réalise 12 heures de trajet en train de nuit pour revenir chez lui.

À la fin de son service militaire, il se marie, en 1965, à l'âge de 20 ans avec Irène (21 ans), et emménage dans la ferme de ses beaux-parents, car son beau-père est décédé.

Ils vivent donc leurs premières années de mariage, sous le toit de sa belle mère Hélène avec son beau-frère Jean-Pierre, encore mineur. René reprend et modernise peu à peu l'exploitation des beaux-parents, fort de son savoir acquis sur les engins agricoles.

En septembre 1966, à l'âge de 22 ans, Monsieur H. devient père pour la première fois. C'est la naissance de son fils Yann (*aujourd'hui marié, 3 enfants et résidant à 500 m de chez son père*). Quelques mois après, sa belle-mère part vivre en maison de retraite.

En 1969, la mère du patient se retrouve paralysée et en fauteuil roulant suite à un AVC.

En février 1970, naît leur deuxième fils : Simon (*aujourd'hui, vit lui aussi dans même commune que son père; est divorcé, et en concubinage avec une nouvelle compagne, avec laquelle il a eu 2 filles*). C'est également après cette naissance, que Monsieur H. et sa femme deviennent famille d'accueil.

L'année 1972, est marquée par le décès tragique de son beau-frère Jean-Paul dans un accident de la route.

L'année 1981 est une année critique pour son activité agricole. En effet, l'ensemble de son cheptel laitier est atteint de la brucellose. Il doit donc se résoudre à euthanasier l'ensemble de son troupeau. Cependant, il touche des aides financières, car il fait le choix d'une cessation de son activité laitière pour se consacrer à un cheptel de viande, ce qui s'avère finalement un choix payant.

En 1995, sa mère décède d'un nouvel AVC, à l'âge de 72 ans ; Monsieur H. a alors 50 ans.

A la fin de l'année 2004, René prend la décision d'arrêter son activité agricole, à l'âge de 60 ans. Il revend son exploitation et garde seulement 4 hectares pour ses besoins personnels.

À côté de son exploitation agricole, la « seconde vie » de Monsieur H. est représentée par sa carrière politique.

Il s'y engage à l'âge de 24 ans, en 1969, en devenant président du syndicat agricole de sa région et administrateur pour le Crédit Agricole. Puis il la poursuit en devenant représentant de sa commune : il devient ainsi conseiller municipal de sa commune, en 1978, puis adjoint au maire en 1984.

Cependant, en 1990, il défend farouchement ses idées, en se prononçant pour la politique de remembrement, et s'oppose au maire en place. Il n'est donc pas réélu représentant de sa bourgade, et décide alors, à l'âge de 46 ans, de retourner vers le milieu syndical.

Il va ainsi participer indirectement, et malgré tout, au début de la réalisation de ce projet de remembrement, par sa position de président de l'association foncière.

Suite au succès de cette politique, il se présente en 1996 contre le maire sortant et est élu maire de sa commune ; il a alors 51 ans. Apprécié pour la gestion de son village, il est réélu pour un deuxième mandat en 2002 puis pour un troisième en 2008, à l'âge de 63 ans.

1.3. Histoire des troubles

1.3.a. Jeux de hasard et d'argent

Monsieur H. connaît sa première expérience de JHA, pendant l'été 2007, avec sa femme, lors de vacances à Cannes ; le casino n'est alors situé qu'à quelques mètres de leur hôtel, avec des navettes régulières.

Il va tout de suite avoir la chance de gagner une somme importante de 3.000 euros, qui lui permet de rembourser la semaine de vacances. Ce gain très rapide semble être le point de départ, d'une accroche d'emblée massive, car le couple va aller jouer plusieurs heures par jour, pendant cette semaine-là.

De retour en Loire-Atlantique, le couple prend rapidement l'habitude de se rendre sur la côte dans les différents casinos (Pornichet, La Baule, Pornic...), chaque week end et malgré la distance (1h30 de route par trajet).

Une nouvelle fois, le patient et sa femme vont remporter, en fin d'année 2008, un grosse somme d'argent (« big win ») ; à savoir 9000 euros en une journée, en cumulant les gains obtenus dans 2 casinos.

Au fur et à mesure, sa femme va se laisser des week-end dans les casinos. A l'inverse, le patient va ressentir le besoin de multiplier ses allées et venues sur la Côte, et s'y rendre plusieurs fois par semaine, malgré des trajets l'hiver ou la nuit, et en délaissant en partie ses activités de maire.

Le jeu apparaît problématique, quasiment dès le départ pour Monsieur H. Les séquences de jeu sont rapidement longues (4 à 5 heures) et fréquentes (hebdomadaires) et les mises autour de 20 à 300 euros. De plus, le rythme et le montant des mises s'accroissent ; la fréquence devient vite bihebdomadaire et les mises passent de 100 à 800 euros.

Le « big win » semble marquer un tournant ; en effet, le patient va commencer à se rendre seul au casino et à augmenter ses mises (entre 700 et 800 euros). Le jeu semble devenir pathologique à partir de l'année 2009.

En novembre 2010, Monsieur H. fait l'expérience d'une période de 3 semaines sans se rendre au casino, et prend conscience début décembre, qu'il est dépendant aux JHA, suite à une rechute.

En janvier 2011, il demande des soins en addictologie, adressée par l'équipe de psychiatrie de liaison, qui était venue le rencontrer dans le service de neurologie du CHU de Nantes. Son objectif de soins est de parvenir à un jeu régulé, c'est-à-dire de n'aller jouer que :

- une fois / semaine le week-end,
- 3 heures maximum par séquence,
- avec une mise maximale de 100 euros par séquence.

Conditions de jeu

L'activité de jeu de Monsieur H. est uniquement centrée sur les machines à sous. Il ne se préoccupe pas des autres jeux de hasard et d'argent, disponibles dans le casino ou en dehors. Il n'a d'ailleurs jamais essayé les jeux de table ou le poker.

Fonction du jeu

Il est clair pour ce patient que la motivation principale du jeu sur les machines à sous est l'appât du gain.

Il élabore ainsi différentes tactiques dans le but de maximiser ses chances de gains.

Il raconte soit s'asseoir directement à ses machines préférées, qu'il connaît comme « généreuses » ou préférer observer l'ensemble des machines, avant de faire le choix de celle « qui va bientôt donner » (car n'a pas donné depuis un certain temps).

Conséquences du jeu

- *Financières* : les pertes totales s'élèveraient à 40.000 euros.
- *Sentimentales* : tensions croissantes dans son couple.

Résultats aux tests d'évaluation dans le service d'addictologie

Lors de l'évaluation initiale, Monsieur H. remplit 6 critères diagnostiques DSM IV sur 10, ce qui le range dans la catégorie des joueurs pathologiques.

Son score SOGS s'élève alors à 5/20. L'indice canadien du jeu excessif est de 10/27, et le classe dans la catégorie des joueurs problématiques.

Le score GABS est peu élevé à 85/140 et le GRCS à 106/161 (les deux dimensions les plus marquées sont les *espoirs liés au jeu* à 23/28 et l'*incapacité à arrêter de jouer* à 26/35).

Le STAI-trait met en évidence un niveau d'anxiété faible et l'échelle de Beck, l'absence de dépression.

Au DSQ-40, prédomine le style mature.

Les scores UPPS retrouvent les scores de :

- 29/48 pour l'item *Urgence*.
- 12/44 pour l'item *manque de Préméditation*.
- 13/40 pour l'item *manque de Persévérance*
- 20/48 pour l'item *recherche de Sensation*

La WURS-C et l'ASRS ne retrouvent pas d'arguments en faveur d'un TDA/H.

Ces résultats mettent en évidence l'absence de comorbidités psychiatriques, mais également que les distorsions cognitives liées au jeu sont faibles et le niveau d'impulsivité peu élevé.

La recherche de gain apparaît surtout soutenue par la persévérance et l'incapacité à arrêter de jouer, malgré les pertes.

1.3.b. La maladie de Parkinson

En fin d'année 2006, apparaissent les premiers symptômes neurologiques avec une gêne croissante à l'écriture, à type de micrographie, associée à des tremblements aggravés par l'émotion, des troubles de la marche à type de marche à petit pas et un léger syndrome extrapyramidal akinéto-rigide prédominant à droite.

Le diagnostic de maladie de Parkinson, est confirmée en février-mars 2007 et un traitement par un agoniste dopaminergique, le TRIVASTAL (piribédil) 50 mg (1 comprimé matin, midi et soir) et un IMAO-B, l'OTRASEL (1 comprimé le matin) est mis en place. Ce traitement apporte une amélioration limitée de la symptomatologie parkinsonienne avec la persistance d'une bradykinésie globale. De plus, il existe des douleurs au niveau de l'épaule droite. Malgré l'existence de cette symptomatologie et la confirmation du diagnostic, le patient prend la décision de le cacher à sa femme et à ses enfants.

Au cours de l'année 2007, il semble avoir existé une décompensation anxio-dépressive, ayant justifiée la prescription par le médecin traitant d'un antidépresseur (STABLON, 1 comprimé matin et soir) et d'un anxiolytique (bromazepam 6 mg, ½ comprimé X 3/jour).

Cette décompensation peut paraître en lien avec l'apparition de troubles du sommeil invalidants, évocateurs d'un « REM sleep behavior disorder », secondaires à l'évolution de la maladie de Parkinson.

Une petite dose de levodopa par SINEMET : 150 mg/jour est ajoutée, à partir de février 2008. Cependant cet ajout s'avère inefficace au vu de la persistance de la bradykinésie et des douleurs de l'hémicorps droit. L'augmentation de la posologie à 300mg par jour n'est pas tolérée par le patient ; ce qui induit un changement du traitement fin 2008 : l'arrêt du SINEMET, de l'OTRASEL et du STABLON et l'introduction du STALEVO et de la paroxétine.

On note une amélioration nette de l'état de santé de Monsieur H. suite à ce changement de traitement, notamment de la composante thymique, lors de l'année 2009.

Les problèmes de jeu sont signalés par la femme du patient en début d'année 2010, au neurologue. Il est également décidé de l'introduction d'un nouvel IMAO-B par AZILECT 1 mg (1 comprimé le matin).

En fin d'année 2010, la persistance des conduites de jeu est confirmée lors de la consultation neurologique et il est décidé de l'arrêt du TRIVASTAL. Le neurologue décrit également une tonalité dépressive plus marquée.

En avril 2011, Monsieur René H. est hospitalisé dans le service de neurologie du CHU de Nantes pour la réalisation de bilans complémentaires, dans le but de discuter de l'intérêt d'un traitement chirurgical par stimulation cérébrale profonde.

Une Imagerie par Résonance Magnétique cérébrale permet de mettre en évidence l'absence de lésion focale.

Les bilans neuropsychologiques mettent en évidence une efficacité globale convenable mais un léger ralentissement psychomoteur et de légères perturbations des fonctions exécutives :

Score MMS : 29/30

Score BREF : 15/18

Score MATTIS : 132/144

Score Wisconsin : critères 4/6, 21 erreurs et 9 persévérations

Lenteur au test de Stroop.

Ces perturbations touchent donc principalement les capacités d'inhibition de réponses prédominantes et de flexibilité mentale du sujet.

Au vu de la relative bonne tolérance des traitements en cours, et du rapport bénéfices/risques, l'indication de la neuro-stimulation n'est pas retenue. Ceci soulage en partie le patient, qui avait beaucoup d'appréhension vis à vis de cette opération.

2. Réflexions

2.1. Psychopathologie

Monsieur H. apparaît être une personne indemne de toute pathologie psychiatrique pré-morbide, « normopathe ». Il est une personne appréciée, notamment dans sa fonction de maire et apparaît bien inséré tant au niveau social que familial.

Il semble également avoir un rapport préalable « sage » par rapport à l'argent. Il se définit ainsi comme un bon gestionnaire, plutôt économe (« pas de gaspillage »), ne laissant que peu de place pour le luxe ou le caprice, dans ses achats.

De même, le patient a toujours été très actif, ne s'est permis des vacances qu'à l'âge de la retraite. Il n'y a jamais eu de place dans sa vie d'homme, pour des loisirs personnels, ou pour du repos.

Enfin, il affirme avoir toujours préféré faire passer les autres avant lui, aimer prendre des responsabilités et imposer ses projets à la communauté.

L'image de Monsieur H dépendant d'un jeu d'argent, dilapidant ses revenus et passant une grande partie de son temps dans une activité ludique, semble donc d'autant plus contradictoire.

Qu'a pu-t-il donc se passer ?

L'annonce de la maladie de Parkinson semble avoir été un facteur déclencheur de la conduite de jeu problématique.

L'arrivée brutale sur la scène mentale de la réalité d'un état de santé déclinant est venu faire traumatisme dans son espace psychique. L'intensité de ce traumatisme peut peut-être s'expliquer par l'identification du patient à sa mère et à son père, qu'il a connus de nombreuses années handicapés, en fauteuil roulant.

L'atteinte narcissique secondaire à cette maladie neurodégénérative, semble avoir déséquilibré tout l'équilibre trouvé jusqu'alors ; à savoir, la sublimation des pulsions archaïques de destruction, dans la réalisation de tâches de maire à visée altruiste, réparatrice, et au combien responsabilisantes.

Face à cette perte de soi, et l'avancée de l'idée consciente de sa propre mort, il semble qu'il y ait eu pour René une *relance de la pulsion d'emprise* (contemporaine du stade anal), qui s'est exprimée mentalement par une farouche résistance au changement, ainsi que par le désir de s'approprier l'objet ; comme si le fait de s'y agripper pouvait diminuer les angoisses d'abandon.

Nous pouvons avoir ainsi l'impression que, dans la famille du patient, ces questions de séparation-individuation sont complexes, potentiellement génératrices d'angoisse abandonnique.

En effet, d'un point de vue systémique, le modèle familial du patient est de type enchevêtré, où les parents et les enfants cohabitent forcément et où seul le décès rend possible la séparation. Malgré une grande proximité de ses membres, règnent des secrets, des choses indicibles, qu'il vaut mieux garder pour soi. Ainsi, Monsieur P. ne s'est pas autorisé à avouer sa maladie.

Les machines à sous ont pu donc être un moyen acceptable au premier abord de s'émanciper, mais surtout de débiter un mouvement régressif de caractère économique, ayant pour but de retrouver momentanément, ou durablement, un plaisir à fonctionner par la relance d'une fixation réussie ; anale dans son cas.

2.2. Réflexions sur le jeu excessif

Il nous semble là encore pertinent de mettre en évidence, par cette vignette clinique, les différents facteurs qui ont influencé cette conduite de jeu; et de les séparer en 3 parties.

2.2.a. Les facteurs de risque individuels

Ceux sont surtout ces facteurs qui sont les principaux responsables du jeu pathologique chez ce patient. Nous pouvons les diviser en 2 sous parties :

- La maladie de Parkinson

Ce qui questionne beaucoup pour ce cas clinique, c'est l'arrivée de la problématique des JHA, à un moment particulier du patient : au moment de l'apparition des premiers signes cliniques de la maladie de Parkinson.

Elle semble avoir eu des répercussions dans plusieurs dimensions.

- La première dimension semble être le retentissement psychique. Un épisode anxio-dépressif, en lien avec le début de la maladie de Parkinson et sa très probable atteinte narcissique, est en cours lors de la première expérience de jeu. Monsieur P. a donc pu trouver dans la pratique des JHA, un moyen de lutter contre des affects négatifs.

- Deuxièmement, la baisse des fonctions exécutives en lien avec la maladie de Parkinson semble avoir été également un facteur aggravant de la conduite. En effet, les tests neuropsychologiques réalisés mettent en évidence de légères perturbations de ces fonctions avec, notamment une tendance à la persévération.
Ceci a pu contribuer à favoriser un engagement du patient dans la pratique excessive du jeu, avec de moindres possibilités de résistance.
 - Troisièmement, il ne faut pas oublier que Monsieur H. souffre de douleurs chroniques, notamment au niveau de l'épaule droite et également de troubles du sommeil invalidants en lien avec sa maladie de Parkinson.
 - Enfin, il faut rajouter que cette maladie a une autre répercussion, plus intime, c'est la diminution de la qualité de la vie sexuelle du patient.
- Les traitements médicamenteux

Il apparaît important de se poser la question de l'impact des traitements agissant sur le SNC.

D'un côté, le traitement pour la maladie de Parkinson, à savoir l'agoniste dopaminergique, le TRIVASTAL (Piribédil), qui est reconnu comme pouvant favoriser le jeu pathologique.

En regardant la ligne de vie, on s'aperçoit bien que la pratique problématique des JHA intervient quelques mois après l'instauration de ce traitement. Cependant, cette période de latence est assez longue et il n'y a pas eu de déclaration en pharmacovigilance, qui aurait pu établir un score d'imputabilité. L'amélioration des troubles apparaît elle secondaire à l'arrêt de ce traitement.

De l'autre, nous pouvons nous interroger sur l'action favorisante du traitement antidépresseur glutamatergique par STABLON (tianeptine), mis en place par le médecin traitant. Il n'existe pas à notre connaissance d'article scientifique montrant que le jeu pathologique puisse être un effet secondaire à ce traitement ; cependant, nous savons que cette molécule a potentiellement des effets euphorisants, à forte dose.

De plus, une étude récente (Jon E Grant et al. 2010) met en évidence que la mémantine (qui est un antagoniste glutamatergique) pourrait diminuer la sévérité du jeu excessif, et améliorer les déficits cognitifs associés (notamment la flexibilité mentale), chez des joueurs pathologiques en soins. De même, plusieurs études (Thomas et al. 2010; Weintraub et al. 2010; Lee, Han-Joon Kim, et Jeon 2011) soutiennent qu'un autre médicament anti-glutamatergique, l'amantadine, réduirait lui aussi la pratique excessive des JHA, chez les patients parkinsoniens...

Nous pouvons donc nous questionner quant au rôle facilitateur pour le JHA, de l'association de médicaments agonistes glutamatergique et dopaminergique.

2.2.b. Les facteurs de risque liés aux jeux de hasard et d'argent

Cette troisième vignette clinique, comme la première, met en évidence le grand potentiel addictogène des machines à sous ; comment un joueur fragile va rapidement développer toute une série de tactiques, basées sur des cognitions erronées, dans le but illusoire d'accroître ses chances de gagner.

Elle met aussi très bien en évidence l'aspect renforçateur du « big win », dans la pratique excessive des JHA.

2.2.c. Les facteurs de risque liés au contexte

Chez cette personne qui s'accordait peu de repos et passait la plupart du temps sur son exploitation agricole, la mise à la retraite et ainsi l'apparition soudaine d'un temps disponible pour les loisirs, semble avoir été très fragilisant.

De plus, la pratique des jeux de hasard et d'argent est au départ un moment de plaisir partagé avec sa femme, pour René. Cet accompagnement apparaît un élément essentiel ; en effet, elle aurait aidé Monsieur H. à limiter ses dépenses. Ainsi, son absence dans la suite du parcours de jeu, aurait facilité la pratique excessive du jeu.

Enfin, Monsieur H. apparaît correspondre aux joueurs de type I de la classification de Blaszczynski : à savoir, les joueurs au comportement conditionné avec une psychopathologie minime, et un bon soutien social.

IV. Regards croisés sur les vignettes cliniques

En faisant un comparatif des différentes vignettes cliniques, nous pouvons retrouver bon nombre de points communs entre ces trois patients. Ces points communs concernent les 3 types de facteurs de risque.

Les jeux de hasard et d'argent semblent avoir été perçus très positivement au début de la conduite de jeu. Ils sont l'occasion d'activités en famille, entre amis ou en couple et ne revêtent pas d'aprioris négatifs.

De plus, nous nous apercevons que les séquences de jeu de ces seniors apparaissent longues dès le début du fait d'un temps disponible important.

L'élément principal qui semble avoir fait décompenser leur pratique de jeu est l'existence d'un gain important rapide (le « big win »).

Les machines à sous semblent avoir un fort pouvoir addictogène. En effet, lorsqu'on observe les lignes de vie, on s'aperçoit que Madame B. et Monsieur H. s'enfoncent rapidement dans un jeu problématique au contraire de Monsieur P., qui joue aux paris hippiques.

L'engagement problématique dans le jeu semble à chaque fois en lien avec l'espoir de gain tout d'abord, mais surtout lié à celui de « se refaire » par la suite.

Du point de vue psychopathologique, plusieurs événements semblent fragiliser ces personnes âgées :

- Le deuil, qui apparaît difficilement métabolisable psychiquement. Celui d'un parent, où le processus est entravé par la réélaboration complexe de la problématique œdipienne. Le deuil de soi, de capacités auxquelles on ne peut plus prétendre.
- La baisse de la qualité de vie sexuelle et le besoin de substitution de cette voie de libération libidinale vers une autre activité excitante.
- La mise à la retraite, chez des personnes pour lesquelles le travail était très investi, une valeur forte, la voie de sublimation principale.
- La notion la plus intéressante retrouvée à travers ces cas cliniques est celle de « l'héritage, qui ne peut être assumer ». Cette notion peut se décliner sur plusieurs plans.

Sur le plan réel, il se manifeste par un apport financier non négligeable, qui peut s'apparenter au « big win », car comme lui, il est soudain, important, et va être remis au fur et à mesure dans le jeu, jusqu'à sa perte.

Sur le plan symbolique, il s'avère lourd à porter, car il apporte son lot de responsabilités mais surtout réactive la problématique relationnelle de la personne avec sa figure parentale. Cette relation apparaît alors complexe, teintée d'ambivalence, réactivant la problématique œdipienne, et les pulsions les plus archaïques, destructrices. Pour s'en préserver, le mécanisme de défense projectif semble permettre de s'en débarrasser, en la liant exclusivement à sa représentation symbolique, l'héritage. Ainsi, il suffirait de se séparer de cet héritage pour faire l'économie du travail de deuil et des souffrances en lien avec ce travail.

Ce qui semble le plus différencier ces trois vignettes cliniques, ce sont leurs caractéristiques individuelles. De ce fait, il est intéressant de souligner, comment la pratique des jeux de hasard et d'argent peut répondre à différentes problématiques qu'elles soient névrotique, narcissique ou le fruit de troubles physiques, neurologiques comme la maladie de Parkinson.

**ANALYSE DE L'ÉCHANTILLON DES
PATIENTS D'AU MOINS 60 ANS SUIVIS
PAR LE CENTRE DE RÉFÉRENCE SUR LE
JEU EXCESSIF DE NANTES**

I. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est de rechercher s'il existe des caractéristiques spécifiques pour la population des sujets âgés d'au moins 60 ans, sur différents critères :

- les caractéristiques socio-démographiques
- les caractéristiques de jeu
- les caractéristiques cliniques des joueurs : leurs niveaux d'anxiété, de dépression, leur degré d'impulsivité, leur tempérament et leur caractère ...

II. Matériel et méthodes

1. Design

Cette étude est une sous-partie de l'étude ÉVALJEU, consistant en la constitution et le suivi d'une cohorte de joueurs excessifs débutants des soins dans le service universitaire d'addictologie de Nantes. Elle est monocentrique, non contrôlée et prospective.

Nous nous sommes limités ici à une évaluation transversale (portant sur des variables socio-démographiques et cliniques) des sujets débutant des soins spécifiques dans le service d'Addictologie pour des problèmes liés à une pratique excessive des JHA.

2. Les participants

L'étude ÉVALJEU est proposée à tous les sujets débutant des soins pour des problèmes de jeu et répondant aux critères d'inclusion. Pour ÉVALJEU, les critères d'inclusion sont les suivants:

- être âgés de plus de 18 ans.
- donner son consentement éclairé écrit.
- être affilié à la Sécurité Sociale.
- débiter des soins dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes pour des troubles addictifs liés aux JHA.

De même, ont été exclus les patients dans l'incapacité de remplir les questionnaires du fait :

- de la présence de troubles des fonctions supérieures.
- de la présence de difficultés pour la lecture ou l'écriture de la langue française.
- de l'existence d'une mesure de tutelle

Au moment de l'analyse des données, 133 participants, âgés de plus de 18 ans constituaient l'échantillon. Sur ses 133, 19 individus avaient 60 ans ou plus.

3. Les outils d'évaluation

3.1. L'hétéro-évaluation

Elle permettait d'évaluer :

- par un questionnaire élaboré par l'équipe du Centre de Référence sur le Jeu Excessif :
 - les données socio-démographiques : le sexe, l'âge, le statut marital, le niveau d'études, le statut professionnel actuel, la catégorie socio-professionnelle actuelle ou passée (en cas d'inactivité professionnelle actuelle)
 - les antécédents médicaux et chirurgicaux avec un module spécifique sur la maladie de Parkinson
 - les antécédents en santé mentale
- les comorbidités psychiatriques par le *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (D V Sheehan et al. 1998)*

La 5^e version de cet entretien diagnostique structuré permet d'explorer de façon standardisée et rapide les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV.

Les troubles explorés, sur la vie entière et sur la période actuelle, sont : les troubles thymiques, les troubles anxieux, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (alcool, tabac, substances illicites et médicamenteuses), les troubles psychotiques, et les troubles du comportement alimentaire. La période servant de référence pour poser un diagnostic « actuel » est variable selon les troubles.

- les renseignements sur la pratique de jeu par : le *Questionnaire "habitudes de jeu"*, spécialement conçu par le CRJE, et comportant 9 parties :
 - *Acquisition des habitudes de jeu* : il s'agit du parcours de jeu, jalonné par 4 étapes (initiation aux JHA, passage à une pratique plus régulière, passage à une pratique pathologique du jeu, début des soins spécifiques).
 - *Motif du début des soins dans le service* : évaluation des motivations intrinsèques et extrinsèques.
 - *Évaluation des périodes d'abstinence éventuelles* : nombre, durée, période.
 - *Exploration des JHA pratiqués*: bilan des JHA pratiqués par le sujet au cours de sa vie et fréquence à laquelle il y joue actuellement (i.e. sur les 12 derniers mois). Les JHA sont regroupés selon cinq grandes catégories (en fonction du type et du support) : jeux de loterie proposés par la FDJ, jeux de casino, et paris sportifs/hippiques d'une part, jeux en réel et jeux sur Internet d'autre part.
 - *Appréciation subjective du jeu de prédilection* : c'est-à-dire, dans le cas d'un sujet jouant à plusieurs types de jeu, quel est celui qu'il choisirait s'il ne devait en conserver qu'un.
 - *Description de la pratique actuelle (sur la dernière semaine)*: motivations à jouer, perception de contrôle, envie de jouer, fréquence du jeu, temps passé, argent misé.
 - *Bilan global des dommages* : impact sur la vie sociale, familiale et professionnelle, sur l'humeur et les finances.
 - *Évaluation précise de l'impact financier* : revenus mensuels, proportion disponible pour les loisirs, somme d'argent misé mensuellement, proportion des gains remisés, montant total des pertes financières depuis le début de la pratique.
 - *Qualité de l'étayage et des ressources* : soutien de l'entourage, persistance des loisirs...

- Les critères diagnostiques du DSM-IV

Il s'agit d'une liste de 10 critères diagnostiques, présents ou non chez le sujet (de 0 à 10 critères présents). La présence d'un nombre minimal de 5 critères, en dehors de l'existence d'un épisode (hypo-)maniaque, assure le diagnostic de jeu pathologique, entre 3 et 5 critère celui de jeu problématique.

La période de référence couvre les 12 derniers mois afin d'explorer la présence actuelle du trouble.

3.2. L'autoévaluation

Elle permettait d'interroger :

- les pratiques de jeu :
 - l'évaluation de la sévérité de la pratique, sur les 12 derniers mois par le SOGS : *South Oaks Gambling Screen (H R Lesieur et Blume 1987)*

Cet auto-questionnaire est considéré comme l'instrument de référence pour le dépistage et l'évaluation de la sévérité. S'inspirant des critères diagnostiques du DSM-III, il permet en 16 questions (20 items cotés) de dépister un problème de jeu (un score supérieur ou égal à 5/20 définit le sujet comme « joueur pathologique probable ») et d'en apprécier la sévérité. Le score est compris entre 0 et 20.
 - les distorsions cognitives liées au jeu par
 - le GABS : *Gambling Attitude and Beliefs Survey (R Breen et Zuckerman 1999)*

Cet auto-questionnaire explore les distorsions cognitives (ou pensées erronées, croyances dysfonctionnelles) spécifiques du jeu et le degré de conviction avec lequel le joueur y adhère. Il comprend 35 items, cotés de 1 à 4, permettant d'obtenir un score global compris entre 35 et 140.
 - le GRCS : *Gambling Related Cognitions Scale (Raylu et Oei 2004)*

Cet auto questionnaire explore en 23 items les croyances irrationnelles associées aux JHA. Il propose une répartition des distorsions cognitives en 5 facteurs : les biais d'interprétation, l'illusion de contrôle, le contrôle prédictif, les espoirs liés au jeu et l'incapacité à arrêter de jouer.
- La psychopathologie du joueur :
 - l'évaluation de son anxiété par le STAI : *State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al. 1983)*

Cet auto-questionnaire permet de mesurer l'anxiété-trait, reflétant le fonctionnement habituel, ainsi que l'anxiété-état, relative à l'état actuel du sujet, et dont le niveau est susceptible de varier très rapidement, en fonction des événements auxquels il doit faire face. Les deux échelles (anxiété-trait et anxiété-état) peuvent être utilisées de façon indépendante. Pour l'étude, seule l'anxiété-trait, évaluée par 20 items a été utilisée. Son score est compris entre 20 et 80.
 - sa dépression par la BDI-13: *Beck Depression Inventory (BDI-13)(Beck et Beamesderfer 1974)*

Ce questionnaire en 13 items, rempli par les patients eux-mêmes en fonction de leur état actuel, permet une mesure de l'intensité de la dépression, dont il évalue les aspects subjectifs, en particulier les cognitions dépressives. Le score est compris entre 0 et 39.

- son impulsivité par les scores UPPS : *Impulsivity Behavior Scale (UPPS : Urgency- lack of Premeditation- lack of Perseverance- Sensation seeking)*(Lynam et Whiteside 2001)

L'UPPS présente l'avantage de mesurer l'impulsivité de façon fine, par l'exploration de 4 facettes : l'urgence (score de 12 à 48), le manque de préméditation (score de 11 à 44), le manque de persévérance (score de 10 à 40) et la recherche de sensations (score de 12 à 48).

- ses mécanisme de défenses par le DSQ-40 : *Defense Style Questionnaire (Andrews, Singh, et Bond 1993)*

A été utilisée la version à 40 items. Chacun des 20 mécanismes de défense explorés est représenté par deux items. Pour chacun des 20 mécanismes de défense et pour chacun des 3 styles de défense, le score est compris entre 1 et 9. La période de référence couvre la vie entière, pour explorer le fonctionnement général du sujet.

- sa personnalité par le TCI (tempérament + caractère) : *Temperament and Character Inventory – 125 (TCI-125)*(Cloninger 1991; Pélissolo et Lépine 2002)

A été utilisée la version à 125 items du TCI, auto-questionnaire distinguant le tempérament (tendance héréditaire et stable dans le temps : origine génétique) du caractère (qui s'acquiert par l'influence de l'apprentissage, de l'expérience et de l'environnement : origine épigénétique)(Cloninger, Svrakic, et Przybeck 1993).

Quatre traits de tempérament ont ainsi été identifiés : « la recherche de nouveauté », « l'évitement du danger », « la dépendance à la récompense » et « la persistance ».

Trois traits de caractère peuvent également être mesurés par le TCI : « la détermination », « la coopération » et « la transcendance ».

- L'existence d'un TDA/H :

- dans l'enfance par l'échelle WURS-C : *Wender-Utah Rating Scale – Child (Ward, Wender, et Reimherr 1993; Bayle et al. 2003)*

Cet auto-questionnaire est un outil validé pour l'évaluation rétrospective du trouble déficit de l'attention-hyperactivité (TDA/H) dans l'enfance.

La version originale du questionnaire WURS-C contenait 61 items. Une version courte en 25 items a été développée, possédant de bonnes propriétés psychométriques, y compris pour la version française (Baylé et al, 2003). Le score est compris entre 0 et 100. Les auteurs ont estimé qu'un score supérieur ou égal à 46 permettait de poser le diagnostic.

- à l'âge adulte, par l'ASRS-1-1 : *Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist* (Kessler et al. 2005)

L'ASRS-1.1 est un auto-questionnaire en 18 items, inspirés des critères diagnostiques du DSM-IV-TR, permettant d'explorer la persistance du TDA/H de l'enfance à l'âge adulte. Il n'existe pas de score-seuil pour la version française. Cependant, les 6 premières questions semblent les plus prédictives du diagnostic et peuvent ainsi être utilisées de façon indépendante comme outil de dépistage (4 réponses positives sur les 6 premiers items indiquent la présence probable d'un TDA/H à l'âge adulte).

- les événements de vie par le questionnaire EVE (Ferreri 1987)

Il est constitué de 37 items représentant les événements les plus fréquemment répertoriés par les échelles usuelles d'événements de vie, regroupés en 5 domaines (vie familiale, vie professionnelle, vie sociale, vie conjugale et affective, santé). Nous y avons ajouté un autre domaine, appelé « autres événements traumatisants », constitué de 3 items, permettant d'explorer les abus physiques ou sexuels. Un score événementiel est calculé pour chaque événement, en fonction de son impact traumatique, compris entre 0 et 7. Le score événementiel cumulé est la somme de tous les scores événementiels individuels.

4. Analyses statistiques

La première étape a consisté à décrire l'échantillon de sujets âgés d'au moins 60 ans, au travers des différentes caractéristiques pré-citées.

La deuxième étape a été de comparer ce groupe au reste des sujets plus jeunes.

III. Résultats

1. Description du sous-groupe des joueurs d'au moins 60 ans

1.1. Les caractéristiques socio-démographiques

1.1.a. Le genre et l'âge

Dix neuf individus sur les 133 de la base de données avaient un âge égal ou supérieur à 60 ans.

Les participants, en majorité des hommes (58%), étaient âgés en moyenne de 64 ans (avec un écart-type de 2,94) et ont un âge compris entre 60 et 69 ans.

1.1.b. Les catégories socio-professionnelles

Plus d'un tiers des patients de l'échantillon (37%) étaient des retraités. Les catégories socioprofessionnelles également représentées étaient les cadres et professions intellectuelles supérieures (16%), les professions intermédiaires (16%), les employés (16%) et les personnes sans activité professionnelle (16%)

1.2. Les caractéristiques liées au jeu

1.2.a. Sévérité du trouble

Selon les critères du DSM IV, la majorité des participants présentaient un jeu pathologique (69%) ; plus de la moitié (58%) étaient considérés comme joueurs pathologiques (5 à 7 critères) et une minorité (11%), comme joueurs pathologiques sévères (8 à 10 critères).

Les autres joueurs étaient donc représentés par les joueurs à risque (31%) (3 à 4 critères

remplis).

Au niveau du score SOGS, les patients d'au moins 60 ans obtenaient une moyenne de 8,33/20.

1.2.b. Le parcours de jeu

Les joueurs commençaient à jouer au plus tôt à l'âge de 14 ans, et au plus tard à 63 ans, mais la moyenne d'âge d'initiation au jeu était de 30 ans (*écart type de 16*).

Le JHA devenait régulier vers 35 ans (*écart-type = 14,3*).

Cependant il ne devenait pathologique qu'à l'âge moyen de 53 ans (*écart-type de 10*) et les joueurs commençaient à se soigner seulement vers 63 ans (*écart type = 3*); soit une durée moyenne d'accès aux soins aux alentours de 10 ans.

1.2.c. Le type de jeu

74% des patients jouaient de préférence à des jeux de hasard : les loteries, le RAPIDO et les machines à sous.

Seulement 26% des individus avaient pour jeu de prédilection les jeux de quasi-adresse, c'est-à-dire les paris sportifs, les paris hippiques ou bien encore le black jack.

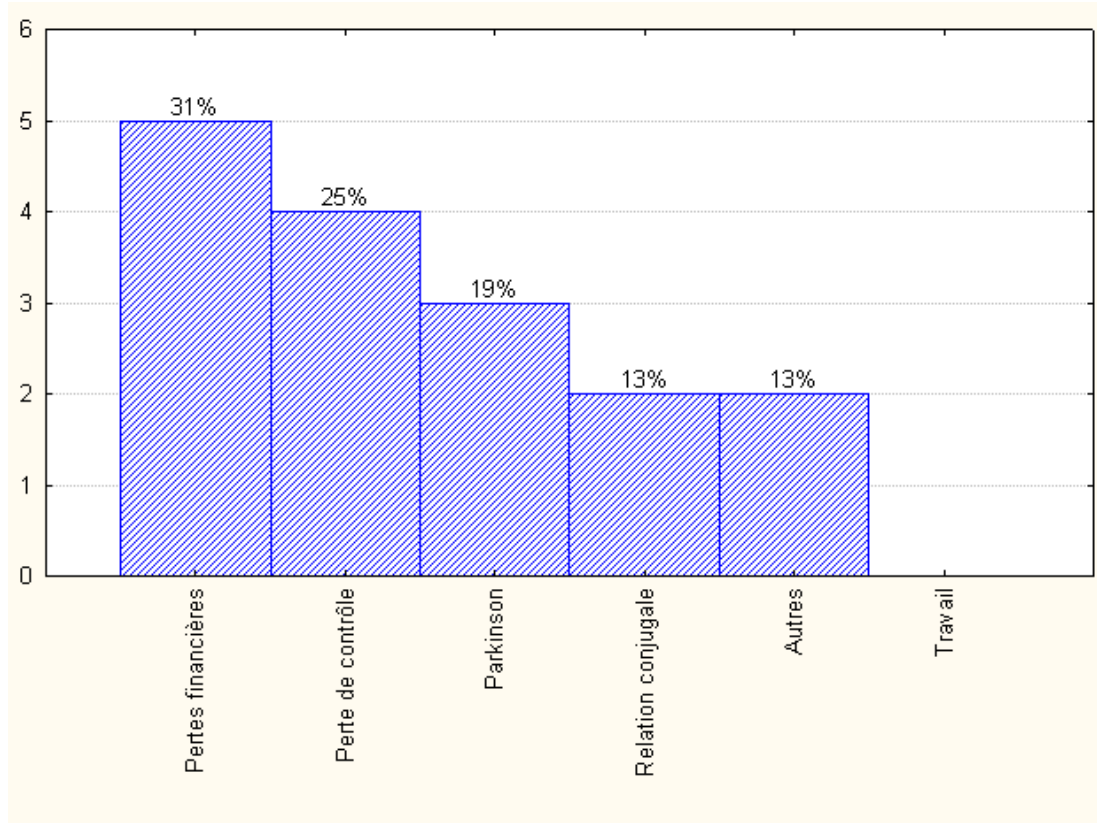
Aucun ne jouait au poker

Les joueurs jouaient en large majorité en « réel » c'est-à-dire hors ligne (89 %)

1.2.d. Motifs et attentes autour la prise en charge

Les différents motifs invoqués sont représentés dans le graphique A.

Graphique A. : Motifs de la consultation spécialisée



Les conséquences du jeu sur une activité professionnelle n'étaient pas évoquées alors qu'un peu moins de la moitié des participants (48%) en exerçaient encore une.

Près d'un tiers des patients, soit 60%, souhaitaient que la prise en charge leur permettent de jouer de manière contrôlé. 40% seulement souhaitaient s'abstenir de jouer définitivement.

1.2.e. Les enjeux financiers

Les revenus mensuels moyens des patients âgés d'au moins 60 ans étaient d'environ **2300 euros** (*écart type* = 2025), tandis que les mises mensuelles moyennes s'élevaient à **1725 euros** environ (*écart type* = 2850).

Les pertes totales s'élevaient en moyenne à près de **84 000 euros** (*écart type* = 110 070), soit un peu plus de **36 fois** les revenus mensuels ; elle étaient donc considérables, car revenaient à représenter 3 ans de revenus.

Le montant moyen des dettes actuelles était environ de **24 350 euros** (*écart type* = 28750), soit environ **10 fois** le montant des revenus mensuels.

1.2.f. Les distorsions cognitives et les croyances irrationnelles liées au jeu

Le score moyen au GABS chez les sujets d'au moins 60 ans était de 87,59/140. Celui au GRCS était de 74,6/161.

1.3. Les caractéristiques cliniques des joueurs

1.3.a. Les comorbidités psychiatriques et addictives

Sur les participants du groupe des seniors, on retrouvait donc que près de la moitié présentait des comorbidités anxio-dépressives. 50 % avaient un antécédent de trouble de l'humeur, actuel ou passé, et 44,4 % un antécédent de troubles anxieux actuel ou passé.

A l'échelle de dépression de Beck, les patients obtenaient en moyenne 9,71/39 ; ce qui correspond à la catégorie « dépression modérée ».

Au STAI, les patients obtenaient en moyenne 45,61/80, ce qui correspond à un niveau d'anxiété « moyen ».

Près d'un tiers présentaient un risque suicidaire actuel élevé.

La même proportion de joueurs était dépendante au tabac, mais seulement un peu plus de 15 % présentaient un abus ou une dépendance alcoolique.

Seulement environ un dixième des joueurs étaient addicts à une autre substance psychoactives (illicites ou médicamenteuses).

La comorbidité Trouble Déficit de l'Attention-Hyperactivité était très peu retrouvé. En effet, sur l'échelle WURS-C, les patients avaient en moyenne 39,18/100 ; ce qui est donc inférieur au score seuil de 46/100, permettant d'affirmer ce diagnostic de TDA/H. De même, sur les 6 premières questions de l'ASRS, le score moyen était de 2,47 ; ce qui s'avérait également insuffisant, pour ce diagnostic à l'âge adulte.

1.3.b. Les caractéristiques liées à la personnalité

- Personnalité antisociale.

Aucun des participants du sous-groupe n'avait de personnalité antisociale.

- Impulsivité.

Nous retrouvons les scores UPPS moyens suivants :

Urgence = 34,04/48

Manque de préméditation = 21,83/44

Manque de persévérance = 19,77/40

Recherche de sensation = 27,06/48

- Les mécanisme de défenses évalués par le DSQ-40:

Les scores moyens retrouvés aux trois différents styles de défense étaient les suivants:

- style mature : 6,36/9
- style névrotique : 4,86/9
- style immature : 4,52/9

- Tempérament et caractère évalué par le TCI :

- tempéraments : moyennes :
 - recherche de nouveauté : 43,91 %
 - évitement du danger : 56,32 %
 - dépendance à la récompense : 42,79 %
 - persistance : 70,18 %
- caractères : moyennes :
 - détermination : 54,22 %
 - coopération : 68,45 %
 - transcendance : 71,7 %

2. Comparaison du sous-groupe des joueurs âgés de 60 ans et plus à celui des moins de 60 ans

Celle-ci a été réalisée en utilisant comme modèle statistique le test U de Mann-Whitney. Ce test permet d'effectuer la comparaison de deux échantillons indépendants, de faibles effectifs, ne vérifiant pas la condition de "normalité", comme c'était le cas dans cette étude.

Ont été comparés entre les deux populations :

- le nombre de critères DSM-IV
- les scores au SGOS
- les scores UPPS
- les résultats du GABS et du GRCS
- les niveaux d'anxiété et de dépression mesurés par le BDI et le STAI
- les résultats du TCI et du DSQ
- les résultats de la WURS-C et de l'ASRS

On considère qu'il y a une différence significative entre les deux groupes si la probabilité p est inférieure à 0,05

Ce travail de comparaison des deux groupes n'a permis de mettre en évidence une différence significative, entre les joueurs âgés de 60 ans ou plus et les joueurs de moins de 60 ans, que pour les 3 variables suivantes:

- le nombre de critères DSM :
Les sujets âgés d'au moins 60 ans ont moins de critères DSM que les adultes plus jeunes.
- Le score « manque de persévérance » :
Les joueurs seniors ont des scores plus faibles que les personnes de moins de 60 ans.
Autrement dit, **les sujets vieillissants seraient plus persévérants que les adultes jeunes.**
- Le style mature au DSQ :
Il est **plus représenté chez les joueurs de 60 ans ou plus** que chez les moins de 60 ans.

IV. Discussion

1. Description du sous-groupe des joueurs d'au moins 60 ans

Le sous-groupe des joueurs d'au moins 60 ans est apparu globalement peu représentatif de la population générale des sujets âgés. En effet, les participants ne dépassaient pas l'âge de 69 ans et étaient représenté par une légère majorité d'homme.

De même, seul un peu plus de la moitié des sujets âgés (53 %) étaient sans activités professionnelles (37 % retraités et 16% sans activités) dans notre échantillon.

Nous avons donc eu affaire à **des « jeunes » seniors , encore assez actifs.**

Quant à la gravité des troubles, le nombre de critères DSM remplis, était assez élevé ; en effet, plus de la moitié des joueurs répondaient positivement à au moins 5 critères. L'intensité de cette addiction comportementale semblait donc à première vue non négligeable.

Les caractéristiques liées au jeu, retrouvées dans cette étude, apparaissaient à peu près conformes aux données de la littérature, concernant le jeu pathologique des seniors.

Ainsi, en moyenne, malgré un début des JHA, en milieu de vie, nous pouvions remarquer que **le jeu ne devenait pathologique que vers 53 ans, soit un âge pouvant correspondre à une perte d'activité professionnelle et à « la crise du milieu de vie »** (Jacques 1965).

La durée moyenne de 10 ans entre le début du jeu pathologique et la demande de soins apparaissait cependant **assez longue** au regard des données de l'étude de Grant *et al.* (Jon E Grant *et al.* 2009), qui retrouvait un délai de 4 à 8 ans pour les joueurs ayant débuté un JP après 54 ans.

Les sujets avaient plutôt une **pratique « traditionnelle »** des JHA, privilégiant les jeux de hasard, dans le **domaine « réel », hors-ligne.**

Par rapport aux enjeux financiers, les **revenus moyens** étaient relativement **élevés** et les **mises tout autant**, car représentant environ trois quarts de revenus. Le total des **pertes et l'endettement** actuel étaient eux aussi **considérables.**

En ce qui concernait les comorbidités; en comparant nos résultats avec ceux de l'étude référence de Petry et al.(Nancy M Petry, Stinson, et Bridget F Grant 2005), nous observions que la proportion des **comorbidités anxieuses et dépressives** semblaient **équivalentes**. Pour autant, nous notions une nette différence des nos résultats par rapport aux comorbidités addictives. En effet, la **dépendance tabagique** et la **problématique alcoolique** apparaissaient **nettement moins patentes** : environ deux fois moins fréquente pour le tabac (autour de 35 % contre 60 %) et sans commune mesure par rapport à l'alcool (16,7 % contre 73,2 %).

De même, pour l'**addiction aux autres substances psycho-actives**, qui étaient **marginales** dans notre échantillon (11,1 %) au contraire des 38,1 % dans l'étude de Petry.

Ceci laissait à penser que la population des seniors présentaient moins de comorbidités addictives que le population des moins de 60 ans; cette idée d'une **plus grande spécificité des troubles liés aux JHA, lorsqu'il débute tardivement**, semblait correspondre aux données de la littérature (Burge et al. 2004)

Enfin, les différentes échelles d'évaluation venaient confirmer ces premières données.

Le score SOGS moyen peu élevé (autour de 8,33) apparaissait conforme à la gravité des troubles supposée par les critères DSM IV; ceci en lien avec un degré relativement élevé des distorsions cognitives, au GABS mais un taux bas de croyances erronées au GRCS.

De même, les scores à l'échelle de Beck et au STAI indiquaient un niveau de dépression modéré et d'anxiété moyen; ce qui allait dans le sens d'une moitié de participants avec une comorbidité anxio-dépressive.

2. Comparaison de cette population de joueurs de plus de 60 ans à celle des moins de 60 ans

Revenons un à un sur les trois différences significatives retrouvées.

2.1. Un nombre de critères DSM-IV plus faible chez joueurs de plus de 60 ans

L'étude comparative des deux groupes met clairement en évidence un score inférieur des seniors aux critères de jeu pathologique. Qu'est ce qui pourrait expliquer cette différence :

- un accès plus rapide aux soins ?

Apparemment non, car le délai moyen de demande soins retrouvé est de 10 ans, ce qui n'est pas inférieur au délai moyen pour les moins de 60 ans.

- une moindre gravité des troubles ?

Lorsque nous observons les scores SOGS, les comorbidités psychiatriques ou addictives ainsi que les enjeux financiers, nous ne mettons pas en évidence de différence significative entre le sous-groupe des seniors et celui des moins de 60 ans. Nous pouvons ainsi infirmer cette idée d'une gravité moindre du jeu pathologique.

- des critères DSM moins adaptés au repérage des troubles dans cette population ?

Par élimination, cela semble l'hypothèse la plus plausible. Plusieurs articles scientifiques vont dans ce sens (Hong, Sacco, et Cunningham-Williams 2009; Gebauer, LaBrie, et Shaffer 2010).

2.2. Une persévérance dans le jeu plus marquée

Ceci laisse penser que les joueurs seniors auraient une plus grande capacité de maintenir leurs efforts pour finir leurs tâches que les joueurs plus jeunes ; qu'ils se disperseraient moins dans la multiplication des tâches, préférant achever celles qu'ils ont entamées.

Cela correspondrait à l'avancée en âge de ces sujets, comme dans la population générale des plus de 60 ans.

On peut faire l'hypothèse plus pessimiste, d'une limitation des aptitudes, qui les obligerait à se concentrer sur une tâche à la fois.

Cette idée pourrait faire écho à la notion de rigidification du Moi dans une vision psychanalytique du vieillissement, à savoir la tendance conformiste qui correspond au désir de s'opposer au changement, car tout ce qui est nouveau aviverait l'angoisse de la mort, parce que ce nouveau soulignerait l'écoulement du temps. Ainsi, le sujet préfère se replier sur des zones d'activités qu'il maîtrise et s'y attache de façon ritualisée.

Mais cette hypothèse peut surtout apparaître en lien avec le déclin des fonctions exécutives lors du vieillissement cérébral, et notamment de la flexibilité mentale et des processus d'inhibition de l'information.

Ainsi, chez les plus jeunes, l'impulsivité apparaîtrait prédominante pour sous-tendre les problèmes de jeu; alors que chez les plus âgés, cette dimension serait moins marquée et plutôt remplacée par une plus grande persévérance.

2.3. Un style de défense plus mature

Ce résultat peut venir vérifier l'hypothèse que le vieillissement entraîne bien un remaniement des défenses en faveur d'une plus grande maturité. Mais également que la population des joueurs pathologiques d'au moins 60 ans semble connaître ce remaniement, autant que les gens de leur classe d'âge.

Mais malgré tout, un style de défense plus mature ne préserverait pas de l'engagement dans une pratique addictive des JHA.

3. Limites et perspectives

Cette étude apporte donc des informations intéressantes mais souffre aussi de quelques limites :

- la faiblesse de l'effectif du sous-groupe des sujets âgés de 60 ans ou plus et le déséquilibre entre les deux sous-groupes qui limitent la puissance de l'analyse statistique.
- Une population de joueurs de plus de 60 ans composée uniquement de sexagénaires, encore assez actifs et donc peu représentatifs de l'ensemble de cette population.
- Un biais de recrutement, car n'étaient recensés que des joueurs ayant fait une demande de soins dans le service d'addictologie.

Dans le but d'augmenter la pertinence de l'étude, il y aurait un intérêt à refaire la même démarche de comparaison des deux populations avec:

- un nombre plus importants de seniors; quasi équivalent à celui des moins de 60 ans et au moins égal à 30 sujets.
- un troisième groupe de joueurs seniors récréatifs, comme contrôle.
- un panel d'âge plus élargi : avec une répartition des âges plus grande après 60 ans (avec des septuagénaires, des octogénaires voire des nonagénaires ...).

Cette étude vient de confirmer plusieurs idées :

- une gravité des troubles liés aux JHA, qui, si elle est moins marquée chez les seniors que chez les plus jeunes, reste cependant significative. Ce qui laisse supposer des conséquences plus lourdes, sur le plan financier du fait de ressources en général fixes ; sur le plan social, du fait d'un plus grand isolement; et surtout sur le plan psychique, au vue de la diminution des voies de sublimation possibles.
- la maturité des défenses psychiques ne préserverait pas du risque addictif. Le vieillissement ne protégerait pas du jeu excessif, et apporterait même de nouvelles fragilités, comme la baisse d'efficacité des fonctions exécutives ou la rigidification du Moi.
- L'inadaptation relative des outils d'évaluation de cette pratique dans la population des plus de 60 ans et donc la nécessité de la création de questionnaires de dépistage plus spécifiques.

CONCLUSION

Au vu de l'évolution démographique de cette population des plus de 60 ans, qui représenteront à l'avenir environ un tiers des Français, de leur participation croissante aux jeux de hasard et d'argent et du risque non négligeable de développer une pratique excessive, il paraissait primordial de s'interroger sur les moyens de prévention et de dépistage du jeu excessif chez les seniors.

En effet, l'avancée en âge apporterait avec elle des facteurs de risques supplémentaires, tels que la plus grande occurrence d'évènements de vie négatifs, la nécessité de répétition du travail de deuil (d'une relation ou d'une partie de soi), ou l'apparition de troubles cognitifs (notamment l'atteinte des fonctions exécutives). Ces facteurs de risques fragiliseraient ainsi nos aînés, vis à vis de la pratique des JHA, qui pourrait plus facilement devenir problématique voire pathologique.

Dans cette population spécifique, les conséquences de cette pratique excessive seraient importantes. Nous avons ainsi mis en évidence qu'elle s'accompagnait d'une plus grande fréquence de comorbidités psychiatriques ou addictologiques tels que les troubles anxio-dépressifs ou les conduites addictives alcooliques ou tabagiques.

De même, les conséquences seraient plus marquées chez les seniors que chez les plus jeunes. Sur le plan financier, le risque d'endettement serait plus important du fait de revenus limités. Sur le plan social, l'isolement et le manque de soutien plus accrus leur rendraient plus difficile l'accès aux soins.

Néanmoins, la pratique excessive des jeux de hasard et d'argent chez les personnes âgées apparaît proche de celle des plus jeunes.

De même, l'étude réalisée dans ce travail n'a permis de dégager que peu de spécificités liées à un âge avancé. Cependant, l'échantillon de joueurs d'au moins 60 ans y était modeste et l'étude ÉVALJEU n'a pas été construite pour cette population spécifique. Elle laissait tout de même supposer que l'évaluation de la sévérité de l'addiction au jeu par les critères DSM et le SOGS était inadéquate dans cette population.

Notre travail de thèse nous a montré toute la complexité de cette addiction comportementale, d'origine multifactorielle, fruit de la rencontre d'un sujet, d'un contexte et d'un produit.

Les vignettes cliniques soulignaient bien cette complexité et montraient aussi toute la singularité du comportement de jeu, pour chacun ; comment cette addiction aux JHA pouvait prendre une place importante chez des gens très différents, dans le contexte particulier du vieillissement et de la prise de conscience de l'inéluctabilité de leur mort.

Comme les outils de dépistage et de diagnostic actuels, le SOGS ou les critères du DSM IV, apparaissent insuffisants et surtout ne prennent pas en compte les spécificités de cette population, il nous semble opportun de se questionner sur la définition de facteurs de risque plus spécifiques pour les personnes âgées et de réfléchir à la création d'une nouvelle échelle de dépistage plus spécifique qui prendrait en compte :

- la notion d'un deuil récent (perte d'un parent, d'un enfant, d'une relation sentimentale),
- la notion d'un apport d'argent conséquent : héritage financier ou « big win » dans la pratique de jeu,
- la notion d'un état de santé dégradé récemment avec notamment l'existence de douleurs chroniques ou celle de l'annonce d'une maladie chronique invalidante,
- l'existence d'un manque de soutien social, d'un isolement,
- l'existence de troubles des fonctions exécutives.

Ainsi ces notions pourraient venir se substituer à celles moins adaptées aux seniors, comme le retentissement sur son emploi ou l'existence d'actes illégaux.

De nouvelles études, s'attachant à vérifier la pertinence de ces facteurs de risque, à créer et valider une échelle spécifique pour les personnes âgées, apparaissent donc nécessaires à mettre en œuvre.

Pour aider au repérage des sujets âgés à risque, il nous semble très intéressant de s'appuyer sur les aidants familiaux, les acteurs sociaux qui ont pu identifier un problème financier, un isolement plus marqué, ou l'apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive à bas bruit, chez leurs aînés.

A côté de l'amélioration du dépistage de cette pratique de jeu excessive, il nous paraît également important de mener des actions de prévention auprès des seniors, dans les clubs du troisième âge ou lors d'animations « bingo » par exemple, pour lever ce tabou des addictions dans cette population et diminuer les éventuels sentiments de culpabilité ou de réticence à la demande de soins spécifiques. En effet, les expériences éducatives sur les jeux de hasard et d'argent auprès des personnes âgées peuvent s'avérer « payantes ».

De plus, au vu de la spécificité de cette population, nous trouverions très intéressant de compléter le dépistage de cette addiction par le repérage de troubles cognitifs débutants associés, pour ainsi discuter de la pertinence de la mise en place d'une mesure de protection des biens rapide.

De même, l'évaluation du risque suicidaire nous apparaît indispensable, du fait de la diminution des recours possibles, devant des dettes parfois incommensurables.

Enfin, au niveau thérapeutique, nous soulignons l'intérêt des approches familiales et l'importance de l'appui sur acteurs sociaux pour aider aux démarches administratives comme l'interdiction de casino, le dossier de surendettement à la banque de France, ou la mise en place d'une protection des biens.

Dans l'idée de poursuivre ce travail de thèse, il nous semblerait pertinent de mener une enquête épidémiologique française sur le jeu de hasard et d'argent auprès des personnes âgées, en tentant de valider une échelle spécifique. Dans notre région, notamment sur les secteurs de La Baule-Pornichet ou des Sables d'Olonne, qui sont habités par une majorité d'habitants âgés de plus de 60 ans, à la retraite, et qui sont dotés de casinos, il apparaîtrait ainsi tout indiqué de mener une telle étude...

BIBLIOGRAPHIE

- Aguerre, Colette. 2002. « Quels sont les facteurs psychologiques garants d'une vieillesse réussie ? » *Pratiques psychologiques, L'Esprit du temps*, Le Bouscat édition.
- Ambermoon, Polly, Adrian Carter, Wayne D Hall, Nadeeka N W Dissanayaka, et John D O'Sullivan. 2011. « Impulse control disorders in patients with Parkinson's disease receiving dopamine replacement therapy: evidence and implications for the addictions field ». *Addiction (Abingdon, England)* 106 (2) (février): 283-293.
- Andrews, G., M. Singh, et M. Bond. 1993. « The Defense Style Questionnaire ». *Journal of nervous and mental disease* 181: 246-56.
- Anzieu, Didier. 1974. *Psychanalyse du génie créateur*. Collection Inconscient et culture.
- Baena, Elsa, Philip A Allen, Kevin P Kaut, et Rosalie J Hall. 2010. « On age differences in prefrontal function: the importance of emotional/cognitive integration ». *Neuropsychologia* 48 (1) (janvier): 319-333.
- Band, Guido P H, K Richard Ridderinkhof, et Sidney Segalowitz. 2002. « Explaining neurocognitive aging: is one factor enough? » *Brain and Cognition* 49 (3) (août): 259-267.
- Bayle, F.J, M.O Krebs, C. Martin, M.P Bouvard, et PH Wender. 2003. « French version of Wender Utah Rating Scale ». *Canadian Journal of Psychiatry* (48): 132.
- Bechara, Antoine, et Eileen M Martin. 2004. « Impaired decision making related to working memory deficits in individuals with substance addictions ». *Neuropsychology* 18 (1) (janvier): 152-162.
- Beck, Aaron T., et Alice Beamesderfer. 1974. *Assessment of depression: the depression inventory*. Psychological measurements in psychopharmacology. Paris,France: P. Pichot.
- Bharmal, A, C Lu, J Quickfall, D Crockford, et O Suchowersky. 2010. « Outcomes of patients with Parkinson disease and pathological gambling ». *The Canadian Journal of Neurological Sciences. Le Journal Canadien Des Sciences Neurologiques* 37 (4) (juillet): 473-477.
- Blanco, Carlos, Deborah S Hasin, Nancy Petry, Frederick S Stinson, et Bridget F Grant. 2006. « Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions ». *Psychological Medicine* 36 (7) (juillet): 943-953.
- Blaszczynski, Alex, et Lia Nower. 2002. « A pathways model of problem and pathological gambling ». *Addiction (Abingdon, England)* 97 (5) (mai): 487-499.
- Breen, R, et M Zuckerman. 1999. « 'Chasing' in gambling behavior: personality and cognitive determinants ». *Personality and Individual Differences* 27 (6) (décembre): 1097-1111.

- Burge, Alesia N, Robert H Pietrzak, Cheryl A Molina, et Nancy M Petry. 2004. « Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers ». *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 55 (12) (décembre): 1437-1439.
- Burke, Sara N, et Carol A Barnes. 2006. « Neural plasticity in the ageing brain ». *Nature Reviews. Neuroscience* 7 (1) (janvier): 30-40.
- Caserta, Maria T, Yvonne Bannon, Francisco Fernandez, Brian Giunta, Mike R Schoenberg, et Jun Tan. 2009. « Normal brain aging clinical, immunological, neuropsychological, and neuroimaging features ». *International Review of Neurobiology* 84: 1-19.
- Cilia, Roberto, Sang Soo Cho, Thilo van Eimeren, Giorgio Marotta, Chiara Siri, Ji Hyun Ko, Giovanna Pellecchia, Gianni Pezzoli, Angelo Antonini, et Antonio P Strafella. 2011. « Pathological gambling in patients with Parkinson's disease is associated with fronto-striatal disconnection: a path modeling analysis ». *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society* 26 (2) (février 1): 225-233.
- Cilia, Roberto, Ji Hyun Ko, Sang Soo Cho, Thilo van Eimeren, Giorgio Marotta, Giovanna Pellecchia, Gianni Pezzoli, Angelo Antonini, et Antonio P Strafella. 2010. « Reduced dopamine transporter density in the ventral striatum of patients with Parkinson's disease and pathological gambling ». *Neurobiology of Disease* 39 (1) (juillet): 98-104.
- Clarke, Dave. 2008. « Older adults' gambling motivation and problem gambling: a comparative study ». *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 24 (2) (juin): 175-192.
- Cloninger, C.R, D.M Svrakic, et T.R Przybeck. 1993. « A psychobiological model of temperament and character » (50): 975-990.
- Cloninger, C.R. 1991. *The Temperament and Character Inventory*. Washington University School of Medicine. St Louis, MO.
- Cousins, Sandra O'Brien, et Chad S G Witcher. 2007. « Who plays bingo in later life? The sedentary lifestyles of "little old ladies" ». *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 23 (1) (mars): 95-112.
- Desai, Rani A, Mayur M Desai, et Marc N Potenza. 2007. « Gambling, health and age: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions ». *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 21 (4) (décembre): 431-440.

- Desai, Rani A, Paul K Maciejewski, David J Dausey, Barbara J Caldarone, et Marc N Potenza. 2004. « Health correlates of recreational gambling in older adults ». *The American Journal of Psychiatry* 161 (9) (septembre): 1672-1679.
- Erickson, Lauren, Cheryl A Molina, George T Ladd, Robert H Pietrzak, et Nancy M Petry. 2005. « Problem and pathological gambling are associated with poorer mental and physical health in older adults ». *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20 (8) (août): 754-759.
- Fein, George, Shannon McGillivray, et Peter Finn. 2007. « Older adults make less advantageous decisions than younger adults: cognitive and psychological correlates ». *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS* 13 (3) (mai): 480-489.
- Ferreri, M. 1987. « Facteurs événementiels et dépression: le questionnaire EVE, une nouvelle approche de méthodologie prédictive ». *Psychologie Médicale* 19 (13): 2441-2448.
- Finn, Peter R, Carlos A Mazas, Alicia N Justus, et Joseph Steinmetz. 2002. « Early-onset alcoholism with conduct disorder: go/no go learning deficits, working memory capacity, and personality ». *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 26 (2) (février): 186-206.
- Freud, Sigmund. 1928. *Dostoïewski et le parricide*. Paris: PUF.
- Gebauer, Line, Richard LaBrie, et Howard J Shaffer. 2010. « Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: a brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population ». *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 55 (2) (février): 82-90.
- Gerstein, Dean R, John Hoffman, Cindy Larison, Laszlo Engelman, Sally Murphy, et Amanda Palmer. 1999. *Gambling Impact Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago, IL: University of Chicago, National Opinion Research Center (NORC).
- Goodman, A. 1990. « Addiction: definition and implications ». *British Journal of Addiction* 85 (11) (novembre): 1403-1408.
- Le Gouès, Gérard. 2000. *L'âge et le principe de plaisir: introduction à la clinique tardive*. 1 vol. Psychismes, ISSN 0335-492X. Paris: Dunod.
- Grall-Bronnec, Marie, Laura Wainstein, Morgane Guillou-Landréat, et Jean-Luc Vénisse. 2009. « Et si le jeu pathologique affectait aussi les seniors ? » *Alcoologie et Addictologie* 31 (1): 51-56.
- Grant, J E, S W Kim, et E Brown. 2001. « Characteristics of geriatric patients seeking medication treatment for pathologic gambling disorder ». *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 14 (3): 125-129.

- Grant, Jon E, Samuel R Chamberlain, Brian L Odlaug, Marc N Potenza, et Suck Won Kim. 2010. « Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study ». *Psychopharmacology* 212 (4) (décembre): 603-612.
- Grant, Jon E, Suck Won Kim, Brian L Odlaug, Stephanie N Buchanan, et Marc N Potenza. 2009. « Late-onset pathological gambling: clinical correlates and gender differences ». *Journal of Psychiatric Research* 43 (4) (janvier): 380-387.
- Gullickson, A, et D.J Hartmann. 1997. Compulsive Gambling in Michigan. A Final Report. Western Michigan University, Evaluation Center.
- . 1999. A survey of gambling behaviors in Michigan. Western Michigan University, Evaluation Center.
- Henninger, Debra E, David J Madden, et Scott A Huettel. 2010. « Processing speed and memory mediate age-related differences in decision making ». *Psychology and Aging* 25 (2) (juin): 262-270.
- von Hippel, William, Lily Ng, Laura Abbot, Samantha Caldwell, Georgia Gill, et Kym Powell. 2009. « Executive functioning and gambling: performance on the trail making test is associated with gambling problems in older adult gamblers ». *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B, Aging, Neuropsychology and Cognition* 16 (6) (novembre): 654-670.
- Hong, Song-Iee, Paul Sacco, et Renee M Cunningham-Williams. 2009. « An empirical typology of lifetime and current gambling behaviors: association with health status of older adults ». *Aging & Mental Health* 13 (2) (mars): 265-273.
- INSEE. 2010. « Projections de population à l'horizon 2060 » (1320). Insee Première (octobre).
- Jacques, Elliott. 1965. « Death and the Midlife Crisis ». *International Journal of Psychoanalysis*.
- Jiménez-Murcia, Susana, Eva M Alvarez-Moya, Randy Stinchfield, Fernando Fernández-Aranda, Roser Granero, Neus Aymamí, Mónica Gómez-Peña, Nuria Jaurrieta, Francesca Bove, et José M Menchón. 2010. « Age of onset in pathological gambling: clinical, therapeutic and personality correlates ». *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 26 (2) (juin): 235-248.
- Johnson, M M. 1990. « Age differences in decision making: a process methodology for examining strategic information processing ». *Journal of Gerontology* 45 (2) (mars): 75-78.

- Kertzman, Semion, Helena Lidogoster, Anat Aizer, Moshe Kotler, et Pinhas N Dannon. 2011. « Risk-taking decisions in pathological gamblers is not a result of their impaired inhibition ability ». *Psychiatry Research* 188 (1) (juin 30): 71-77.
- Kessler, Ronald C, Lenard Adler, Minnie Ames, Olga Demler, Steve Faraone, Eva Hiripi, Mary J Howes, et al. 2005. « The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population ». *Psychological Medicine* 35 (2) (février): 245-256.
- Kim, Scott Y H, Jason H T Karlawish, et Eric D Caine. 2002. « Current state of research on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons ». *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 10 (2) (avril): 151-165.
- Kolla, Bhanu Prakash, Meghna Prabhdas Mansukhani, Román Barraza, et John Michael Bostwick. 2010. « Impact of dopamine agonists on compulsive behaviors: a case series of pramipexole-induced pathological gambling ». *Psychosomatics* 51 (3) (mai): 271-273.
- Ladd, George T, Cheryl A Molina, Gerard J Kerins, et Nancy M Petry. 2003. « Gambling participation and problems among older adults ». *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 16 (3) (septembre): 172-177.
- Lee, Jee-Young, Han-Joon Kim, et Beom S Jeon. 2011. « Is pathological gambling in Parkinson's disease reduced by amantadine? » *Annals of Neurology* 69 (1) (janvier): 213-214; author reply 214-215.
- Lesieur, H R, et S B Blume. 1987. « The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers ». *The American Journal of Psychiatry* 144 (9) (septembre): 1184-1188.
- Levens, Suzi, Anne-Marie Dyer, Cynthia Zubritsky, Kathryn Knott, et David W Oslin. 2005. « Gambling among older, primary-care patients: an important public health concern ». *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 13 (1) (janvier): 69-76.
- Linnet, Jakob, Arne Møller, Ericka Peterson, Albert Gjedde, et Doris Doudet. 2011a. « Inverse association between dopaminergic neurotransmission and Iowa Gambling Task performance in pathological gamblers and healthy controls ». *Scandinavian Journal of Psychology* 52 (1) (février): 28-34.
- . 2011b. « Dopamine release in ventral striatum during Iowa Gambling Task performance is associated with increased excitement levels in pathological gambling ». *Addiction (Abingdon, England)* 106 (2) (février): 383-390.

- Lynam, Donald R, et Stephen P Whiteside. 2001. « The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity ». *Personality and Individual Differences* 30 (4): 669-689.
- MacPherson, Sarah E, Louise H Phillips, et Sergio Della Sala. 2002. « Age, executive function, and social decision making: a dorsolateral prefrontal theory of cognitive aging ». *Psychology and Aging* 17 (4) (décembre): 598-609.
- McNeilly D. P, et Burke W. J. 2002. « Disposable Time and Disposable Income: Problem Casino Gambling Behavior in Older Adults ». *Journal of Clinical Geropsychology* 8: 75-86.
- McNeilly, D P, et W J Burke. 2000. « Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults ». *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 16 (4): 393-415.
- . 2001. « Gambling as a social activity of older adults ». *International Journal of Aging & Human Development* 52 (1): 19-28.
- Munro, Brenda, Marlene Cox-Bishop, Wayne McVey, et Gordon Munro. 2003. Seniors who gamble: a summary review of the literature. Alberta Gaming Research Institute.
- Odling, B L, S R Chamberlain, S W Kim, L R N Schreiber, et J E Grant. 2011. « A neurocognitive comparison of cognitive flexibility and response inhibition in gamblers with varying degrees of clinical severity ». *Psychological Medicine* (mars 22): 1-9.
- Odling, Brian L, Patrick J Marsh, Suck Won Kim, et Jon E Grant. 2011. « Strategic vs nonstrategic gambling: characteristics of pathological gamblers based on gambling preference ». *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 23 (2) (mai): 105-112.
- Organisation mondiale de la Santé. 1999. « Vieillesse: transcender les mythes ». http://whqlibdocwho.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_991_fre.pdf.
- O'Sullivan, Sean S, Kit Wu, Marios Politis, Andrew D Lawrence, Andrew H Evans, Subrata K Bose, Atbin Djamshidian, Andrew J Lees, et Paola Piccini. 2011. « Cue-induced striatal dopamine release in Parkinson's disease-associated impulsive-compulsive behaviours ». *Brain: A Journal of Neurology* 134 (Pt 4) (avril): 969-978.
- Petry, Nancy M. 2002. « A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers ». *The Gerontologist* 42 (1) (février): 92-99.
- Petry, Nancy M, Frederick S Stinson, et Bridget F Grant. 2005. « Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 66 (5) (mai): 564-574.

- Petry, Nancy M, et Lindsay Weiss. 2009. « Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers ». *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 18 (5) (octobre): 402-408.
- Philippe, Frédérick, et Robert J Vallerand. 2007. « Prevalence Rates of Gambling Problems in Montreal, Canada: A Look at Old Adults and the Role of Passion ». *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* (mars 13).
- Potenza, Marc N, Marvin A Steinberg, Ran Wu, Bruce J Rounsaville, et Stephanie S O'malley. 2006. « Characteristics of Older Adult Problem Gamblers Calling a Gambling Helpline ». *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* (juillet 12).
- Pélissolo, A., et J.-P Lépine. 2002. « Traduction française et premières études de validation du questionnaire de personnalité TCI ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (155): 497-508.
- Raylu, Namrata, et Tian P S Oei. 2004. « The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties ». *Addiction (Abingdon, England)* 99 (6) (juin): 757-769.
- Raz, N, F M Gunning-Dixon, D Head, J H Dupuis, et J D Acker. 1998. « Neuroanatomical correlates of cognitive aging: evidence from structural magnetic resonance imaging ». *Neuropsychology* 12 (1) (janvier): 95-114.
- Sacco, Paul, Luis R Torres, Renee M Cunningham-Williams, Carol Woods, et G Jay Unick. 2011. « Differential item functioning of pathological gambling criteria: an examination of gender, race/ethnicity, and age ». *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 27 (2) (juin): 317-330.
- Salthouse, T A. 1996. « The processing-speed theory of adult age differences in cognition ». *Psychological Review* 103 (3) (juillet): 403-428.
- Sheehan, D V, Y Lecrubier, K H Sheehan, P Amorim, J Janavs, E Weiller, T Hergueta, R Baker, et G C Dunbar. 1998. « The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 59 Suppl 20: 22-33;quiz 34-57.
- Smart, R G, et J Ferris. 1996. « Alcohol, drugs and gambling in the Ontario adult population, 1994 ». *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 41 (1) (février): 36-45.

- Spielberger, CD, RL Gorsuch, PR Lushene, et AG Jacobs. 1983. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*.
- Strong, David R, Robert B Breen, Henry R Lesieur, et C W Lejuez. 2003. « Using the Rasch model to evaluate the South Oaks Gambling Screen for use with nonpathological gamblers ». *Addictive Behaviors* 28 (8) (octobre): 1465-1472.
- Thomas, Astrid, Laura Bonanni, Francesco Gambi, Angelo Di Iorio, et Marco Onofri. 2010. « Pathological gambling in Parkinson disease is reduced by amantadine ». *Annals of Neurology* 68 (3) (septembre): 400-404.
- Toneatto, Tony, et Jenny Jing Wang. 2009. « Community treatment for problem gambling: sex differences in outcome and process ». *Community Mental Health Journal* 45 (6) (décembre): 468-475.
- Vander Bilt, Joni, Hiroko H Dodge, Rajesh Pandav, Howard J Shaffer, et Mary Ganguli. 2004. « Gambling participation and social support among older adults: a longitudinal community study ». *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 20 (4): 373-389.
- Voon, Valerie, Jennifer Gao, Christina Brezing, Mkael Symmonds, Vindhya Ekanayake, Hubert Fernandez, Raymond J Dolan, et Mark Hallett. 2011. « Dopamine agonists and risk: impulse control disorders in Parkinson's disease ». *Brain: A Journal of Neurology* 134 (Pt 5) (mai): 1438-1446.
- Voon, Valerie, Mandy Sohr, Anthony E Lang, Marc N Potenza, Andrew D Siderowf, Jacqueline Whetteckey, Daniel Weintraub, Glen R Wunderlich, et Mark Stacy. 2011. « Impulse control disorders in Parkinson disease: a multicenter case--control study ». *Annals of Neurology* 69 (6) (juin): 986-996.
- Voon, Valerie, Teri Thomsen, Janis M Miyasaki, Minella de Souza, Ariel Shafro, Susan H Fox, Sarah Duff-Canning, Anthony E Lang, et Mateusz Zurowski. 2007. « Factors associated with dopaminergic drug-related pathological gambling in Parkinson disease ». *Archives of Neurology* 64 (2) (février): 212-216.
- Wainstein, L., M. Grall-Bronnec, et J.-L. Venisse. 2008. « Caractéristiques des conduites de jeux chez le sujet âgé ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 8 (46) (août): 17-22.
- Ward, MF, PH Wender, et FW Reimherr. 1993. « The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder [published erratum appears in Am J Psychiatry 1993 Aug;150(8):1280] ». *Am J Psychiatry* 150 (6) (juin 1): 885-890.

- Weintraub, Daniel, Mandy Sohr, Marc N Potenza, Andrew D Siderowf, Mark Stacy, Valerie Voon, Jacqueline Whetteckey, Glen R Wunderlich, et Anthony E Lang. 2010. « Amantadine use associated with impulse control disorders in Parkinson disease in cross-sectional study ». *Annals of Neurology* 68 (6) (décembre): 963-968.
- West, R L. 1996. « An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging ». *Psychological Bulletin* 120 (2) (septembre): 272-292.
- Wiebe, Jamie M D, et Brian J Cox. 2005. « Problem and probable pathological gambling among older adults assessed by the SOGS-R ». *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 21 (2): 205-221.
- Wood, Stacey, Jerome Busemeyer, Andreas Koling, Cathy R Cox, et Hasker Davis. 2005. « Older adults as adaptive decision makers: evidence from the Iowa Gambling Task ». *Psychology and Aging* 20 (2) (juin): 220-225.
- Zaranek, Rochelle R, et Elizabeth E Charleski. 2005. « Casino gambling among urban elders: just another social activity? ». *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 60 (2) (mars): S74-81.
- Zaranek, Rochelle R., et Peter A. Lichtenberg. 2008. « Urban elders and casino gambling: Are they at risk of a gambling problem ». *Journal of Aging Studies* 22 (1) (janvier): 13-23.

ANNEXES

Critères DSM-IV du jeu pathologique

Selon le D.S.M.IV (1994), le jeu pathologique est défini comme une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1/ Préoccupation par le jeu (p. ex. préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
- 2/ Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
- 3/ Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
- 4/ Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
- 5/ Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p. ex. des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
- 6/ Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se "refaire").
- 7/ Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
- 8/ Commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu.
- 9/ Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
- 10/ Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

La présence de trois ou quatre critères définit le jeu problématique, alors que le diagnostic de jeu pathologique requiert au moins cinq critères. Le « jeu excessif » rassemble le jeu problématique et le jeu pathologique.

Critères d'une addiction selon Goodman

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 9 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, familiales ou sociales
6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement
7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique
8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité
9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement

F/ Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue

Les outils de mesure des fonctions exécutives

• **Inhibition**

L'inhibition met en jeu des mécanismes permettant d'empêcher à des informations non pertinentes de rentrer dans la mémoire de travail et de supprimer des informations précédemment pertinentes mais devenues inutiles. Les principaux tests évaluant l'inhibition sont le Stroop, le Test de Hayling, le Go/No-go et le paradigme d'amorçage négatif.

• **Flexibilité**

La flexibilité est nécessaire pour pouvoir adapter son plan d'action en fonction des contingences expérimentales. Les tests les plus utilisés sont le Trail Making Test (TMT) et le Plus Minus Test (PMT).

• **Mise à jour**

Elle permet la mise à jour des informations en mémoire de travail. Le test le plus spécifique est le N-Back.

• **Planification :**

La planification permet l'agencement et l'ordonnancement temporel en terme de priorité des différentes étapes nécessaires à la mise en place de la stratégie.

Les tests les plus spécifiques sont la Tour de Londres ou la Tour de Hanoi.

• **Fonctionnement exécutif global**

Le Wisconsin Card Sorting Test (WCST) ne permet pas de mesurer spécifiquement l'une des fonctions exécutives mais permet une bonne évaluation globale. Il mesure la flexibilité mentale et les capacités à bénéficier d'une information en retour et d'inhiber une réponse devenue routinière.

• **Prise de décision**

La prise de décision est un processus cognitif qui permet la sélection d'une action parmi plusieurs alternatives. Elle fait intervenir plusieurs fonctions exécutives comme l'inhibition, la planification.

Un test utilisé pour l'évaluer est l'Iowa Gambling Test (IGT) également appelé Test du jeu de Poker, qui évalue la prise de décision émotionnelle. Contrairement aux autres tests, qui font essentiellement intervenir les structures dorsolatérales du cortex préfrontales, il ferait intervenir de manière prépondérante les structures ventromédianes du cortex préfrontal, impliquées dans la perception et le traitement des émotions.

ABRÉVIATIONS

Abréviations françaises

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CRJE : Centre de Référence sur le Jeu Excessif

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FDJ : Française des Jeux

IMAO-B : Inhibiteur de la Mono Amine Oxydase de type B

INSEE : Institut National de la Statistique et des études économiques

INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ISRS : Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine

JHA : Jeux de Hasard et d'Argent.

PMU : Pari Mutuel Urbain

SNC : Système Nerveux Central

TDA/H : Trouble Déficit de l'Attention-Hyperactivité

Abréviations anglaises

ASRS : Adult ADHD Self-Report- Scale Symptom Checklist

BDI : Beck Depression Inventory

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

DSQ : Defense Style Questionnaire

GABS : Gambling Attitude and Beliefs Survey

GRCS : Gambling Related Cognitions Scale

IGT : Iowa Gambling Task

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

NESARC : National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

NORC: National Opinion Research Center

REM : Rapid Eye Movement

SOGS(-R) : South Oaks Gambling Screen (-Revised)

STAI : State-Trait Anxiety Inventory

TCI : Temperament and Character Inventory

TMT : Trail Making Test

WURS-C: Wender Utah rating Scale - Child

NOM : VERMEULEN

PRÉNOMS: OLIVIER, GEORGES, ÉTIENNE

TITRE DE THÈSE : JEU EXCESSIF CHEZ LES SENIORS

RÉSUMÉ

Le jeu excessif chez les seniors possède-t-il des caractéristiques spécifiques ? En quoi le vieillissement peut-il influencer sur la pratique addictive des jeux de hasard et d'argent ? Dans le but d'apporter des réponses à ces questions, notre travail propose une revue de la littérature scientifique sur le jeu problématique et le jeu pathologique chez les personnes âgées, la présentation de trois vignettes cliniques, ainsi que l'étude d'un échantillon de joueurs âgés d'au moins 60 ans, suivis dans le service d'Addictologie du C.H.U de Nantes. Ceci laisse entrevoir toute la complexité de cette addiction comportementale ; comment, face aux problématiques de perte et de deuil, face à l'intrusion des angoisses de mort, la pratique des jeux de hasard et d'argent peut apparaître comme une solution parfois lourde de conséquences, pour différents types de seniors. Ce travail met aussi en évidence les difficultés de repérage et de prévention dans cette population.

MOTS-CLÉS

JEU DE HASARD - JEU D'ARGENT - JEU DE HASARD ET D'ARGENT - JEU À RISQUE - JEU

PROBLÉMATIQUE - JEU EXCESSIF - JEU PATHOLOGIQUE.

SÉNIOR - PERSONNE ÂGÉE - SUJET ÂGÉ - VIEILLISSEMENT.