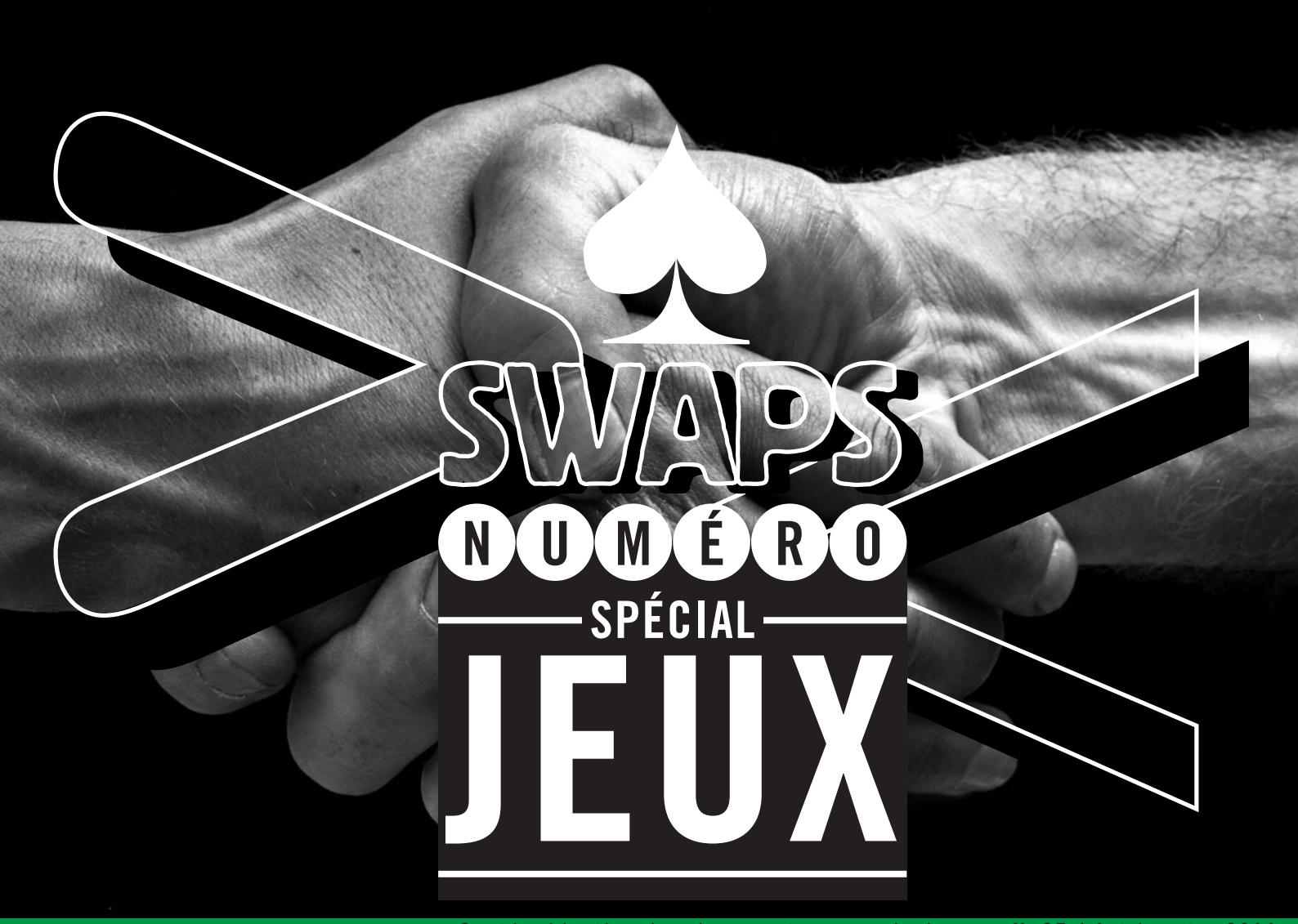


Santé, réduction des risques et usages de drogues **N° 65** / 4e trimestre 2011

Édito / 28

L'addiction au jeu est-elle **une « vraie » maladie ?** / 2

L'addiction aux jeux de hasard et d'argent en France en 2010 / 5

Données actuelles sur **le jeu problématique** / 10

Aspects cliniques du jeu pathologique / 17

Comment prévenir **le jeu excessif ?** Exemples de réponses étrangères / 21

Un observatoire sur les jeux : pourquoi et pour quoi faire ? / 24

Concilier **recettes et santé publique** / 26

/ 13

En septembre 2011, l'OFDT et l'Inpes ont présenté les premières données nationales de prévalence sur la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) en France, issues du Baromètre Santé 2010. Elles indiquent un taux de prévalence du jeu problématique de 1,3 % (dont 0,4 % de jeu pathologique). Cette prévalence est proche de ce qui peut être retrouvé dans la plupart des pays européens (0,6 à 2,2 %). Swaps s'est saisi de l'occasion, avec l'aide de Jean-Michel Costes, de l'Observatoire des jeux, pour faire un point sur la situation française, l'état des recherches sur l'étiologie du jeu problématique/pathologique et pour présenter certaines des initiatives de prévention menées à l'étranger. Avant de donner la parole au sénateur Trucy, à l'origine de la loi de mai 2010 sur le jeu en ligne. Avec, en filigrane, la possibilité d'une déclinaison de cette législation dans le cadre de la réduction des risques. Et, en guise d'introduction, une analyse stimulante de Marc Valleur sur la question controversée du classement du jeu pathologique au rang des « vraies » addictions…

ANALYSE

L'addiction au jeu est-elle une « vraie » maladie ?

Marc Valleur / Psychiatre, hôpital Marmottan (Paris)

Les cliniciens, mais aussi le grand public, et tous les nouveaux « addictologues » tendent de plus en plus à considérer le jeu pathologique – la dépendance aux jeux d'argent et de hasard – comme une « vraie » addiction, au même titre que l'alcoolisme ou les toxicomanies. La prochaine édition du DSM, bible nord-américaine en matière de classification des maladies mentales, devrait même comporter une catégorie « addictions », dans laquelle entrera le jeu pathologique. Mais cet élargissement de notre champ ne va pas sans polémiques, et les controverses sont nombreuses, qui portent par exemple sur la possibilité même d'être « addict » à des jeux en réseau sur Internet, ou sur la différence radicale qui devrait être maintenue entre des addictions « avec drogues », (les « vraies »), et des addictions sans drogues (simples symptômes, plus ou moins labiles).

Cette résistance à l'élargissement des addictions tend à une séparation entre ce qui relèverait de la médecine, et serait sous-tendu par la biologie, et ce qui serait de l'ordre de la psychologie ou de la sociologie : d'un côté des pathologies pour lesquelles il convient de chercher les meilleurs traitements médicamenteux, de l'autre des symptômes accessibles à la psychothérapie, sinon de fragiles et provisoires « constructions sociales ».

En matière de jeu, comme pour toutes les addictions sans drogues, il n'existe guère de dispositif expérimental

Un article paru en 2001 dans la revue *Science*[1] résumait ainsi ce clivage : *« Behavioral addiction do they exist ? Aided by brain imaging advances, scientists are looking for evidence that compulsive non-drug behaviors lead to long-term changes in reward circuitry. »*

Les preuves d'existence de la maladie se trouveraient donc dans l'objectivation, dans la mise en évidence de traces organiques dans le cerveau : une maladie non organique n'en serait pas une « vraie ».

Nombre d'auteurs se placent donc dans une position d'attente, partant du principe que ces « nouvelles pathologies » ne mériteront un réel droit de cité que lorsque des marqueurs biologiques en démontreront l'existence au plus profond des mécanismes vitaux.

La volonté scientifique de privilégier les données supposées « dures », issues de la biologie par rapport à des données supposées « molles », de psychologie ou de sociologie, explique donc la réticence de beaucoup à inclure dans le même groupe des usages de substances, avec leur versant objectif d'intoxication, et des conduites qui, par définition, sont moins inscrites dans le champ de la biologie, relèvent d'abord de la subjectivité et préexistent à toute objectivation.

L'assimilation entre addiction et troubles durables ou irréversibles des circuits cérébraux n'est pas un fait indiscuté et indiscutable

Parmi les tenants d'une équivalence entre les diverses addictions, beaucoup pensent que le jeu, comme l'usage de drogues, doit induire des modifications cérébrales, mais les éléments de preuve, ici, ne sont pour l'instant qu'indirects.

La dépendance à une substance psychoactive est en effet évaluée expérimentalement assez facilement, notamment par des épreuves d'auto-administration chez l'animal, alors qu'en matière de jeu, comme pour toutes les addictions sans drogues, il n'existe guère de dispositif expérimental permettant les mêmes mesures. (L'éthologie doit encore progresser pour nous proposer des équivalents, chez le rat, de la dépendance aux machines à sous, au sport, au travail, ou aux relations amoureuses passionnelles et destructrices).

Ne doutons pas que les recherches vont se multiplier, qui finiront par prouver que l'intensité des sensations éprouvées dans les séquences de jeux de casino, mais aussi de jeux vidéo, sans parler des transports amoureux, se traduisent par des modifications tangibles, et possiblement durables, des circuits de récompense.

Si des traitements se montrent efficaces pour lutter contre le « craving » d'excitants ou d'alcool, ils auront beaucoup de chances d'être utilisables pour les addictions au jeu.

Mais il faut souligner que l'assimilation entre addiction et troubles durables ou irréversibles des circuits cérébraux n'est pas un fait indiscuté et indiscutable.

C'est sans doute l'un des principaux effets des discussions sur le statut du jeu pathologique et des addictions sans drogues en général: la réactivation de débats fort classiques et anciens sur les « modèles de maladie » de l'alcoolisme et des toxicomanies, et des tensions entre des approches issues des sciences de la vie et d'autres, issues des sciences humaines et sociales.

En pratique, il est de toute façon impossible de disposer de quelconques tests biologiques de l'addiction, et le versant physiologique de la dépendance est inféré par l'existence de troubles physiologiques objectifs, qui sont en fait, de façon générale, plus des conséquences de l'addiction que sa définition.

Mais surtout, c'est la notion de « construction sociale » qui doit être interrogée et nuancée, tant elle serait susceptible de s'appliquer à l'ensemble du champ des addictions, sinon à celui de la pathologie mentale.

Plutôt que cette notion, le philosophe Ian Hacking a développé celle de « niche écologique » de maladie mentale, et il oppose par ailleurs, plutôt que le « bio » au « psycho », des « genres indifférents » à des « genres interactifs ».

Rappelons que cet auteur a travaillé sur les conditions d'émergence et de disparition de la vogue récente de personnalités multiples aux États-Unis (conduisant à l'introduction, dans le DSM, du « trouble dissociatif de la personnalité »), ainsi que sur la « dromomanie », la folie des voyages qui sévit en France à la fin du XIXe siècle.

Il en vient à considérer que la naissance de telles maladies relève de la conjonction de quatre « vecteurs » : l'observabilité, l'évasion, la polarité culturelle et la taxinomie médicale. Nous pouvons voir que tous ces facteurs sont tellement présents dans le cas des jeux, et tout particulièrement des jeux sur Internet, que la « cyberaddiction »

[1] *Holden C, « "Behavioral" Addictions : Do They Exist ? », Science, 2001, 980-982*

pourrait tout à fait entrer dans ce groupe des maladies provisoires, que d'autres nomment des « pathologies liées à la culture ». C'est d'ailleurs l'ensemble des addictions qui pose, actuellement, de passionnants problèmes pour la taxinomie médicale, le caractère provisoire de certaines de ces maladies ne les rendant pas obligatoirement moins « réelles » que d'autres.

C'est l'ensemble des addictions qui pose, actuellement, de passionnants problèmes pour la taxinomie médicale

Que des troubles correspondent parfaitement à ce cadre ne veut toutefois pas dire qu'ils sont « fictifs », que la souffrance des patients concernés n'est pas réelle, et que les efforts des cliniciens pour soigner et pour comprendre sont vains : Hacking pense par exemple que l'hystérie entrait dans ce groupe, et qu'elle n'entre plus dans les classifications actuelles. On peut voir là non un désaveu de la clinique des névroses de Charcot jusqu'à notre époque, mais peut-être une victoire de l'alliance entre un regard psychanalytique et des mouvements de libération de la sexualité, d'émancipation des femmes, de reconnaissance des droits des minorités… Une maladie occupant une « niche écologique » plus ou moins durable n'est donc pas toujours aussi farfelue que la « drapétomanie », maladie des esclaves qui consistait à s'enfuir de leur lieu de travail…

Hacking propose par ailleurs, comme dit plus haut, de distinguer un « genre interactif » d'un « genre indifférent » : Dans un genre interactif, les sujets concernés par la classification voient leur vie, et leur propre conception d'eux-mêmes, modifiées par cette classification et par les discours qui en découlent (la vie des hystériques a changé en fonction des théories sur l'hystérie, mais aussi celle des autistes, des schizophrènes, etc.). Dans un « genre indifférent » au contraire, les objets classés n'en sont guère affectés, l'astronomie par exemple ne modifiant pas le cours des planètes.

L'accent mis sur la biologie en matière d'addiction a été, initialement, porté par la conscience aiguë des intervenants de tous ordres du caractère éminemment interactif de ce groupe : tous les discours sur « l'alcoolisme est une maladie comme les autres » ou « l'addiction est une maladie chronique du cerveau », procèdent de la volonté d'agir positivement sur les différents « addicts », en minimisant l'impact du regard moral sur ces conduites.

L'interaction entre conduite et cerveau ne doit pas être pensée à sens unique, la psychopathologie se réduisant alors à une neurologie

Les recherches scientifiques issues de cette volonté humaniste nous apportent à la fois de précieux renseignements sur les mécanismes d'adaptation de l'organisme à des substances, et des outils médicamenteux divers.

Mais cela ne signifie pas que l'addiction est « simplement » un processus biologique, et que les addictions sans drogues ont une consistance ontologique moindre. L'interaction entre conduite et cerveau ne doit pas être pensée à sens unique, dans une réduction « physicaliste », la psychopathologie se réduisant alors à une neurologie. Il y aurait alors un grand risque de ne prendre en compte que des facteurs individuels, d'ordre génétique par exemple, et de faire l'impasse tant sur la trajectoire individuelle, que sur les facteurs « sociétaux », par exemple l'offre de jeux d'argent de plus en plus addictifs…

Cela peut signifier au contraire que même les conduites les plus humaines, relevant de la psychologie et de la sociologie, peuvent finir par avoir des conséquences d'ordre biologique : la conduite en viendrait, dans ce schéma, à modifier le cerveau, l'âme agissant en quelque sorte sur le corps.

Dans le cas des addictions – de toutes les addictions – on peut considérer que le plus souvent la maladie subjective, le sentiment de perte de liberté, précède les éventuelles conséquences d'ordre physiologique.

Mais les deux dimensions devront, chaque fois que c'est possible, être prises en compte dans la clinique : celle-ci, fondée sur la relation à des sujets en souffrance, ne se satisfait pas de clivages disciplinaires, et doit emprunter ses outils et ses modélisations à l'ensemble des sciences concernées, des plus « dures » aux plus « douces ».

L'addiction aux jeux de hasard et d'argent en France en 2010

Jean-Michel Costes / membre de l'Observatoire des jeux

La pratique des jeux de hasard et d'argent, activités sociales et culturelles très anciennes, est très développée dans le monde occidental. Ceux-ci jouent un rôle important dans la vie quotidienne, le temps libre d'un grand nombre d'individus.

En Europe, en 2008, les recettes annuelles du secteur des services de jeux d'argent et de hasard, en termes de produit brut des jeux, ont été estimées à 75,9 milliards d'euros, dont 6,16 milliards pour les seuls services en ligne, secteur encore minoritaire (7,5 % de l'ensemble du marché des jeux d'argent et de hasard) mais en pleine expansion, qui devrait voir son volume multiplié par deux en cinq ans[1].

Une pratique sociale et un secteur économique en pleine expansion

En France, jusqu'à l'ouverture récente (2010) du marché des jeux en ligne, trois opérateurs de jeux se partageaient la plus grande part du secteur du jeu :

– les casinos, au nombre environ de 200, générant un PBJ (produit brut des jeux, soit les mises moins les gains) de 2,5 milliards d'euros en 2007[2], et ayant accueilli 37,4 millions de visiteurs en 2008 ;

– le PMU (Pari mutuel urbain), qui gère les paris d'argent sur les courses de chevaux en dehors des hippodromes, dont le chiffre d'affaires (de près de 10 400 points de vente) est de 9,3 milliards d'euros en 2009 (12e année consécutive de croissance) avec un nombre de clients de 6,5 millions ;

– la Française des jeux (FDJ), qui gère les jeux de tirage (le Loto, le Keno), les paris sportifs (le loto sportif), ainsi que les jeux de grattage (35 800 points de vente), société d'économie mixte dont l'État détient plus de 70 % des parts sociales, dont le chiffre d'affaires est de 10,55 milliards d'euros en 2010 avec 27,8 millions de joueurs.

Un an après son ouverture, l'offre légale de jeu sur Internet a généré 2,9 millions de comptes joueurs actifs[3]. Les mises des joueurs ainsi que leurs dépenses nettes (les mises moins les gains) ont augmenté de façon importante au cours des dernières années, de même que les chiffres d'affaires des opérateurs de jeux. La dépense moyenne en jeux de hasard et d'argent est estimée à 134 euros par an et par habitant[4].

Si pour une majorité de joueurs les pratiques de jeu de hasard et d'argent sont une activité récréative, elles peuvent être préjudiciables à certaines personnes pour lesquelles le jeu devient un problème et génère des dommages individuels, familiaux, sociaux et professionnels. Chez certains, le jeu peut prendre la dimension d'une conduite addictive.

Épidémiologie du jeu problématique et/ou pathologique

Le jeu pathologique est analysé comme une addiction comportementale dans la littérature scientifique depuis une trentaine d'années. Les pratiques de jeu sont décrites selon un continuum allant du jeu « contrôlé » au jeu « pathologique » en passant par le jeu « à risque » (faible ou modéré). Les qualifications sont variables pour un

[1] *Commission Européenne, Livre vert sur les jeux d'argent et de hasard en ligne dans le marché intérieur, 2011*

[2] *Lamour JF, Rapport [...] sur le projet de loi relatif à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, Assemblée Nationale, 2009, 512 p.*

[3] *ARJEL. Indicateurs de supervision, données trimestrielles T1, 2011*

[4] *Trucy F, Rapport d'information sur l'évolution des jeux de hasard et d'argent, Sénat, 2006*

niveau de risque donné. Nous retiendrons ici les termes suivants :

Joueur pathologique (ou excessif): joueur qui répond aux critères cliniques d'une addiction, c'est-à-dire une appétence pour le jeu – et ses effets hédoniques et psychostimulants – alliée à une perte de contrôle avec la poursuite du comportement de jeu malgré ses effets néfastes physiques, psychiques ou sociaux[5]. Dans une perspective épidémiologique, différentes échelles permettent d'approcher cette notion, en déterminant un seuil pour le nombre de critères, sans que le diagnostic ne puisse être formellement posé.

Joueur problématique : joueur pour lequel on relève des dommages liés à son comportement de jeu mais qui garde une certaine capacité de contrôle sur son comportement. Dans la pratique, on classe ainsi des joueurs répondant à certains critères du jeu pathologique mais en nombre inférieur au seuil fixé par les échelles épidémiologiques.

Au niveau international, on dispose de plusieurs outils permettant de classer un individu dans une catégorie à l'aide de différents critères. Parmi ces outils, développés au départ dans une perspective clinique, les trois principaux testés et validés pour une utilisation épidémiologique[6] sont le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), le test adapté du DSM-IV et l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE). C'est ce dernier qui a été choisi dans le cadre de la mesure effectuée pour la première fois en France en 2010.

La littérature scientifique internationale fait ressortir des facteurs associés à l'addiction au jeu[7]. Ils sont de trois natures : des facteurs liés à l'offre de jeu, des facteurs individuels et des facteurs environnementaux.

Certains types de jeu (machines à sous, jeux de table des casinos, Rapido…) ou certaines caractéristiques des jeux tels qu'une grande fréquence des gains possibles, un court délai entre la mise et le gain, la possibilité d'un gros gain précoce ou l'occurrence de « quasi gain », semblent engendrer plus de risque addictif. Dans ce domaine, la capacité addictive du jeu « en ligne » relativement aux formes traditionnelles de jeu est en cours d'étude et de discussion.

En matière de facteurs individuels, il est généralement observé des fréquences de jeu pathologique chez les hommes plus élevées. La précocité de contact avec le jeu est aussi un facteur associé au jeu pathologique. Les antécédents familiaux de jeu pathologique, les antécédents de maltraitance dans l'enfance et les comorbidités sont des facteurs de risque (ou de facteurs de gravité) de l'addiction au jeu.

En ce qui concerne l'environnement, l'impact des facteurs socio-économiques ressort. Le jeu pathologique est plus fréquent parmi les catégories sociales les moins favorisées ou les moins éduquées.

[5] *Goodman A, "Addiction : definition and implications", Br J Addict, 1990, 85, 11, 1403-8*

[6] *Pour être opérationnel dans une enquête épidémiologique, un test de repérage doit comporter un nombre limité d'items afin de ne pas trop alourdir le questionnaire. Même s'il peut en résulter des imprécisions de classement individuel, celles-ci sont globalement sans impact sur une mesure collective comme la prévalence.*

[7] *Inserm, Expertise collective : Jeux de hasard et d'argent, contextes et addictions, Les éditions Inserm, 2008*

La loi de 2010, le Comité consultatif et l'Observatoire des jeux

Face à l'essor d'une offre illégale de jeux d'argent et de hasard sur Internet, et pour répondre aux mises en demeure de la Commission européenne, La France s'est dotée d'un nouveau cadre légal et réglementaire régulant le secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne. Transposition en droit français d'une directive européenne, la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 introduit une « ouverture maîtrisée à la concurrence » du marché des paris en ligne (paris sportifs, paris hippiques et jeux de cercle, comme le poker), mettant fin au monopole d'État de la Française des Jeux et du PMU. Elle vise à rendre accessible une offre légale encadrée, économiquement viable et « compétitive » par rapport à l'offre illégale et elle a aussi pour objectif de lutter contre les sites illégaux.

La loi confie la régulation du marché des jeux d'argent et de hasard en ligne à une autorité administrative indépendante, l'ARJEL (autorité de régulation des jeux en ligne), chargée d'attribuer les agréments aux opérateurs de jeux sur Internet, de contrôler leur activité et de participer, en lien avec les ministères de l'intérieur et de la justice, à la lutte contre l'offre illégale.

La loi met en place également une nouvelle structure de coordination : le Comité consultatif des jeux (CCJ). Le CCJ est compétent pour l'ensemble du secteur des jeux. Il est composé d'un collège de dix-neuf membres (parlementaires, responsables administratifs, personnalités qualifiées), présidé par un membre du Parlement. Il est chargé de centraliser les informations en provenance des autorités de contrôle et des opérateurs de jeux et d'assurer la cohérence de la régulation au regard des objectifs généraux. Il formule des avis sur tout projet de texte législatif ou réglementaire que lui transmet le gouvernement sur le secteur des jeux. Il comporte un observatoire des jeux et deux commissions spécialisées, dénommées respectivement « commission consultative pour la mise en œuvre de la politique d'encadrement des jeux de cercles et de casinos » et « commission consultative pour la mise en œuvre de la politique d'encadrement des jeux et paris sous droits exclusifs ».

L'observatoire des jeux est composé de huit membres, désignés pour cinq ans, renouvelables une fois. Il a pour mission de conseiller le collège dans sa mission auprès du gouvernement ainsi que, à leur demande, les commissions spécialisées.

À la croisée des facteurs individuels et contextuels, les addictions « classiques » (aux produits psychoactifs), elles mêmes résultantes de la combinaison de multiples facteurs de risque ou de vulnérabilité, et l'addiction au jeu sont fortement associées. Ainsi, l'étude américaine de référence sur cette question établissait des risques relatifs élevés, chez les joueurs problématiques, pour la dépendance au tabac, l'abus ou la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites (OR ajustés sur les variables socio-démographiques de respectivement : 6,7 ; 6,0 et 4,4)[8]. Enfin, il faut souligner que les facteurs associés au jeu pathologique sont très similaires de ceux retrouvés à propos des addictions aux substances psychoactives.

Le jeu et le jeu problématique en France en 2010

L'importance du phénomène du jeu addictif n'avait jamais été mesurée en France. Afin de combler cette lacune, les pouvoirs publics ont mandaté l'OFDT pour réaliser une première enquête nationale de prévalence sur le jeu. Celle-ci a été conduite dans le cadre de l'enquête 2010 du Baromètre Santé de l'Inpes, avec l'objectif de fournir des données sur le nombre de joueurs occasionnels et réguliers, mais également d'estimer la taille de la population concernée par le jeu excessif ou pathologique. Cette estimation ne concernant que la période précédant l'ouverture du marché des jeux en ligne (loi du 12 mai 2010), elle ne peut servir à mesurer l'impact de cette loi sur la prévalence du jeu excessif ou pathologique. Pour en savoir plus sur les résultats de cette enquête, leurs limites et la méthodologie employée, on se rapportera à la publication référencée en bibliographie[9].

[8] *Petry NM, Stinson FS, Grant BF, "Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", J Clin Psychiatry, 2005, 66, 564-574*

[9] *Costes JM, Pousset M, Eroukmanoff V et al., « Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010 », Baromètre santé 2010, module jeux de hasard et d'argent Inpes/OFDT, Tendances, 2011, n° 77, 8 p.*

[10] *Ferris J, Wynne H, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. L'indice canadien du jeu excessif, 2001, 72 p.*

Joueurs, joueurs actifs et joueurs problématiques

Près d'une personne sur deux (48 %) âgée de 18 à 75 ans déclare avoir joué de l'argent au cours des 12 derniers mois. Une grande majorité des personnes qui jouent le font assez occasionnellement et n'investissent que d'assez petites sommes d'argent. En effet, seul un peu plus d'un joueur sur cinq (soit 10,9 % de la population générale) joue régulièrement dans l'année (52 fois ou plus) et un peu moins d'un sur dix (soit 4,7 % de la population générale) déclare dépenser dans l'année plus de 500 euros.

Les joueurs actifs, c'est-à-dire ayant joué au moins 52 fois et/ou dépensé au moins 500 euros au cours des douze derniers mois représentent 12,2 % de la population générale. Ce sont majoritairement des hommes (62,7 %). Leur âge moyen (47 ans) est nettement plus élevé que celui des joueurs dans l'année (43 ans) et que l'ensemble des personnes interrogées, âgées en moyenne de 45 ans. À ce stade, le niveau de diplôme apparaît également comme un facteur corrélé à la pratique du jeu. Plus l'activité de jeu se fait intense et fréquente, plus la part des personnes diplômées diminue ; si 76,2 % de l'ensemble de la population interrogée possède un niveau inférieur au égal au baccalauréat, la part est de 77,7 % chez les joueurs dans l'année et passe à 87,0 % chez les joueurs actifs.

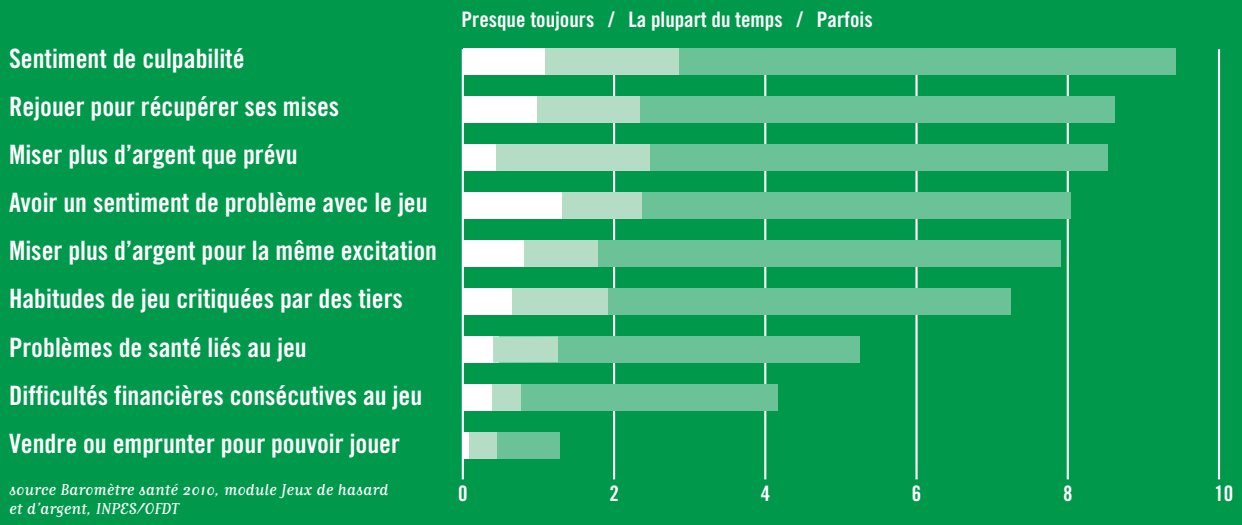
L'outil de repérage des problèmes de jeu utilisé dans l'enquête est l'ICJE[10]. La prévalence du jeu « excessif » en France métropolitaine est estimée à 0,4 % et celle du jeu « à risque modéré » à 0,9 %. En termes d'effectifs, le nombre de Français concernés serait de l'ordre de 200 000 joueurs excessifs et 400 000 joueurs « à risque modéré ». Les notions de *« jeu excessif »* et *« jeu à risque modéré »* utilisées par l'ICJE correspondent respectivement à celles

Prévalence du jeu « problématique » dans la population française âgée de 18 à 75 ans

Indice ICJE : prévalence en %		IC à 95 %	correspondance avec autre joueur « pathologique »	correspondance avec autre joueur « problématique »
parmi l'ensemble de la population				
Joueur à risque modéré	0,9	[0,78-0,94]		1,3
Joueur excessif	0,4	[0,38-0,50]	0,4	

source Baromètre santé 2010, module Jeux de hasard et d'argent, INPES/OFDT

Fréquence de rencontre des critères du jeu problématique parmi les joueurs actifs âgés de 18 à 75 ans (en %)



source Baromètre santé 2010, module Jeux de hasard et d'argent, INPES/OFDT

Caractéristiques socio-démographiques des joueurs

	Hommes	Âge moyen	Revenu ≤1100 €	Aucun diplôme	Diplôme ≤ Bac
Population générale 18-75 ans (N=24 291)	48,6 %	44,9	34,7 %	17,1 %	76,2 %
Joueurs dans l'année (N=11 553)	52,2 %	43,3	32,7 %	16,3 %	77,7 %
Joueurs actifs (N=2 943)	62,7 %	47,2	34,7 %	21,6 %	87,0 %
Joueurs à risque modéré (N=209)	76,1 %	41,6	52,4 %	33,2 %	90,5 %
Joueurs excessifs (N=108)	75,5 %	41,4	57,8 %	36,3 %	91,8 %
Joueurs excessifs ou à risque modéré (N=317)	75,9 %	41,5	54,2 %	34,2 %	91,0 %

source Baromètre santé 2010, module Jeux de hasard et d'argent, INPES/OFDT

Consommation de substances psychoactives chez les joueurs

	Tabac		Alcool*		Cannabis		Autres drogues illicites
	quotidien	≥10/j	conso. à risque	risque de dépendance	dans le mois	≥10/mois	consommation dans l'année
Population générale 18-75 ans (N=24 291)	29,7 %	20,6 %	15,5 %	3,2 %	4,4 %	2,1 %	2,2 %
Joueurs dans l'année (N=11 553)	34,0 %	24,7 %	17,7 %	3,6 %	4,3 %	2,3 %	2,2 %
Joueurs actifs (N=2 943)	36,2 %	27,2 %	21,0 %	5,0 %	3,7 %	2,0 %	2,1 %
Joueurs à risque modéré (N=209)	50,2 %	41,5 %	33,6 %	9,9 %	13,6 %	6,5 %	4,1 %
Joueurs excessifs (N=108)	64,2 %	50,1 %	50,5 %	26,3 %	6,1 %	5,3 %	6,4 %
Joueurs excessifs ou à risque modéré (N=317)	55,0 %	44,5%	39,4 %	15,5 %	11,0 %	6,1 %	4,9 %

** Audit complet, en trois classes*
source Baromètre santé 2010, module Jeux de hasard et d'argent, INPES/OFDT

de *« jeu pathologique »* et *« jeu problématique »* utilisées dans les autres outils, en sachant que certains auteurs incluent dans le terme « jeu problématique » le jeu pathologique.

Avec une prévalence globale (regroupant jeu problématique et pathologique) de 1,3 %, la France se situerait à un niveau relativement bas par rapport aux États-Unis et à l'Australie (autour de 5 %) et dans une position intermédiaire en Europe (les résultats équivalents pour cette donnée dans les pays qui ont mené ce type d'étude vont de 0,6 % à 2,2 %).

Parmi les critères permettant de repérer la dimension problématique de la pratique du jeu (items du ICJE), ceux le plus fréquemment rencontrés parmi les joueurs actifs sont : l'auto-perception du problème ou sa perception à travers le regard des autres, la volonté illusoire de se « refaire » et le ressenti d'une perte de contrôle (dépenser plus que voulu).

Les « joueurs excessifs» se distinguent de l'ensemble des joueurs par un certain nombre de caractéristiques. Ce sont plus souvent des hommes (75,5 % des joueurs excessifs sont des hommes *vs* 62,7 % des joueurs actifs).

Les joueurs excessifs sont significativement plus jeunes que les joueurs actifs (41 ans en moyenne contre 47 ans). La part de joueurs excessifs parmi les joueurs actifs varie sensiblement avec l'âge. C'est chez les 25-34 ans que l'on trouve la plus forte proportion de joueurs excessifs (6,9 %), suivis par les 18-24 ans (4,4 %) et les 45-54 ans (4,7 %). Les joueurs excessifs représentent en moyenne 3,7 % de l'ensemble des joueurs actifs de 18 à 75 ans.

Cette population se caractérise aussi par sa précarité financière ; ils sont 57,8 % à déclarer un revenu inférieur à 1 100 euros contre 34,7 % chez les joueurs actifs. Seuls un tiers d'entre eux vivent en couple (33,6 %), nettement moins que les autres joueurs. Plus d'un joueur excessif sur trois ne possède aucun diplôme et la quasi-totalité des joueurs excessifs ont un niveau d'études inférieur ou égal au Baccalauréat, proportions largement supérieures à celles observées chez les joueurs actifs ou dans l'année.

Parmi les joueurs actifs, une plus forte proportion de jeu problématique est constatée chez les joueurs réguliers de Rapido, de PMU, de paris sportifs et de poker (les effectifs des joueurs réguliers de jeux de table et machines à sous sont trop faibles pour permettre une telle analyse).

On dénombre davantage d'excessifs parmi les joueurs actifs jouant sur Internet. Près d'un joueur actif sur dix jouant « en ligne » est classé dans la catégorie « excessif » (8,3 %) et 14,4 % sont des joueurs « à risque modéré ». L'enquête étant antérieure à la date d'application de la loi du 12 mai 2010, l'essentiel de l'offre de jeux de hasard et d'argent sur Internet était illégale ; à cette époque, 9,1 % des joueurs actifs déclaraient une activité de jeu sur Internet au cours de l'année, dont 4,7 % avec une fréquence au moins hebdomadaire.

Consommations de substances psychoactives et jeu excessif

Cette enquête permet également d'explorer les addictions aux substances psychoactives les plus consommées rencontrées chez les joueurs excessifs et/ou à risque modéré.

En population générale en 2010, la part de fumeurs quotidiens est d'environ 30 %. Les joueurs dans l'année sont à peine plus fréquemment fumeurs avec près d'un fumeur quotidien sur trois (34,0 %). Parmi les joueurs excessifs, environ deux individus sur trois sont des fumeurs quotidiens (64,2 %). Cette différence reste significative après ajustement sur le sexe, l'âge et le niveau de diplôme des joueurs.

En matière d'alcool, les consommations les plus à risque (échelle retenue : Audit-complet[11]) sont plus fréquemment rencontrées chez les joueurs qu'en population générale. Cette surreprésentation s'accentue chez les joueurs excessifs : 26,3 % ont un risque de dépendance à l'alcool et la moitié (50,5 %) affiche une consommation à risque (contre respectivement 3,2 % et 15,5 % en population générale).

La consommation mensuelle de cannabis des joueurs dans l'année est comparable à celle de la population générale (4,3 % contre 4,4 %) ; celle des joueurs excessifs est plus élevée (6,1 %).

Surveiller l'effet de l'ouverture du marché des jeux en ligne

La prévalence du jeu pathologique (ou excessif) est estimée en France métropolitaine à 0,4 % de la population générale – et celle du jeu problématique (incluant le jeu pathologique) à 1,3 %. Ces taux peuvent apparaître modérés si on les compare au plan international, la France se situant à un niveau moyen en Europe.

Toutefois, cette mesure a été faite avant l'ouverture du marché des jeux en ligne encadrée par la loi de mai 2010, c'est-à-dire dans un contexte ou l'offre était très encadrée. Il convient donc de rester très attentif aux évolutions, de prendre les mesures nécessaires en termes de prévention et de soins en prenant en compte les informations fournies par cette enquête sur les problèmes induits par ces pratiques et les populations les plus concernées. La reconduction d'une telle enquête dans les deux ans à venir sera nécessaire afin de mesurer les évolutions liées à l'ouverture du marché des jeux en ligne.

[11] *Alcohol Use Disorder Identification Test, mis au point sous l'égide de l'OMS pour repérer les consommateurs d'alcool à risque.*

Données actuelles sur le jeu problématique

Gaëlle Bouju / Ingénieur de recherche, Institut fédératif des addictions comportementales, CHU de Nantes

En septembre 2011, l'OFDT et l'Inpes présentaient les premières données nationales de prévalence sur la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) en France, issues du Baromètre Santé 2010[1]. L'occasion de faire brièvement le point sur l'état actuel des recherches sur l'étiologie du jeu problématique/pathologique, qui représente le plus gros des travaux actuels dans ce domaine. Le lecteur pourra également se référer à deux revues de littérature menées récemment[2,3], ainsi qu'à la récente expertise collective de l'Inserm sur les JHA[4].

L'éventail des vulnérabilités individuelles

Facteurs démographiques. Certaines particularités démographiques des joueurs sont connues pour être associées au jeu problématique/pathologique. Il s'agit notamment de l'âge (en particulier une initiation précoce au jeu et l'isolement des seniors) et du sexe (avec une nette prédominance masculine des problèmes de jeu).

Comorbidités psychiatriques. Il est largement admis que le jeu pathologique est fortement comorbide d'autres troubles psychiatriques, au premier rang desquels se situent les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (alcool en particulier) et les troubles de l'humeur (dépression notamment). Les troubles de la personnalité sont aussi fréquemment associés au jeu pathologique, et notamment les troubles de la personnalité anti-sociale et borderline. Enfin, la comorbidité avec le trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité (TDA/H) est fréquente, notamment du fait du trait d'impulsivité présent dans les deux troubles[5].

Aspects cognitifs et émotionnels. Certains déficits cognitifs ont pu être mis en évidence chez les joueurs problématiques/pathologiques, en particulier concernant les capacités d'inhibition, de planification, de mémoire de travail, d'estimation temporelle, de résolution de problèmes, d'attention sélective, etc.

Au niveau émotionnel, les joueurs pathologiques présentent souvent des capacités d'autorégulation (capacité à contrôler ses émotions) diminuées, altérant par ailleurs d'autres fonctions cognitives comme la prise de décision ou la capacité à différer la récompense. Les liens entre impulsivité et jeu pathologique font ainsi l'objet de nombreux travaux actuellement, avec notamment la mise en évidence d'un lien entre le niveau d'urgence (tendance à agir précipitamment, notamment dans un contexte émotionnel négatif), et la sévérité du jeu pathologique[6].

Évènements de vie. Des expériences négatives dans l'enfance, comme des abus sexuels ou physiques, sont souvent rapportées par les joueurs problématiques/pathologiques, notamment les femmes. Le problème de jeu est alors d'autant plus sévère et apparaît d'autant plus précocement que l'expérience est traumatisante[7]. C'est ainsi le ressenti de l'évènement qui lui confère une caractéris-

[1] *Costes JM, Pousset M, Eroukmanoff V et al., « Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010 »,Tendances, n°77, sept 2011*

[2] *Hodgins DC, Stea JN, Grant JE, "Gambling disorders", Lancet, 2011, 378, 9806, 1874-84*

[3] *Bouju G, Grall-Bronnec M, Landréat-Guillou M, Vénisse JL, « Jeu pathologique : facteurs impliqués », L'Encéphale, 2011, 37, 322-331*

[4] *Expertise collective « Jeux de hasard et d'argent – Contextes et addictions », éditions Inserm, 2008, 492 p., Publiée sur Internet : www.inserm.fr/index.php/thematiques/sante-publique/expertises-collectives*

[5] *Grall-Bronnec M, Wainstein L, Augy J et al., "Attention Deficit Hyperactivity Disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment : a hidden disorder", European Addiction Research, 2011, 17, 231-240*

[6] *Grall-Bronnec M, Wainstein L, Feuillet F et al., "Clinical profiles as a function of level and type of impulsivity in a sample group of at-risk and pathological gamblers seeking treatment", Journal of Gambling Studies, 2011, sous presse*

[7] *Petry NM, Steinberg KL, "Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers", Psychology of addictive behaviours, 2005, 19, 2, 226-229*

tique de facteur de risque, plutôt que l'évènement en lui-même. Une mauvaise estime de soi peut alors en résulter, accentuant encore la vulnérabilité de la personne.

Vulnérabilité neurobiologique. La voie dopaminergique méso-cortico-limbique, aussi appelée système de récompense, est considérée comme la base neurobiologique des addictions. L'activation anormalement élevée de cette voie par la répétition du comportement de jeu entraîne une libération explosive de dopamine, à l'origine du plaisir intense ressenti par le joueur, qu'il cherchera à reproduire sans cesse. Depuis quelques années, d'autres systèmes de neurotransmission sont aussi étudiés, notamment les systèmes sérotoninergique et noradrénergique.

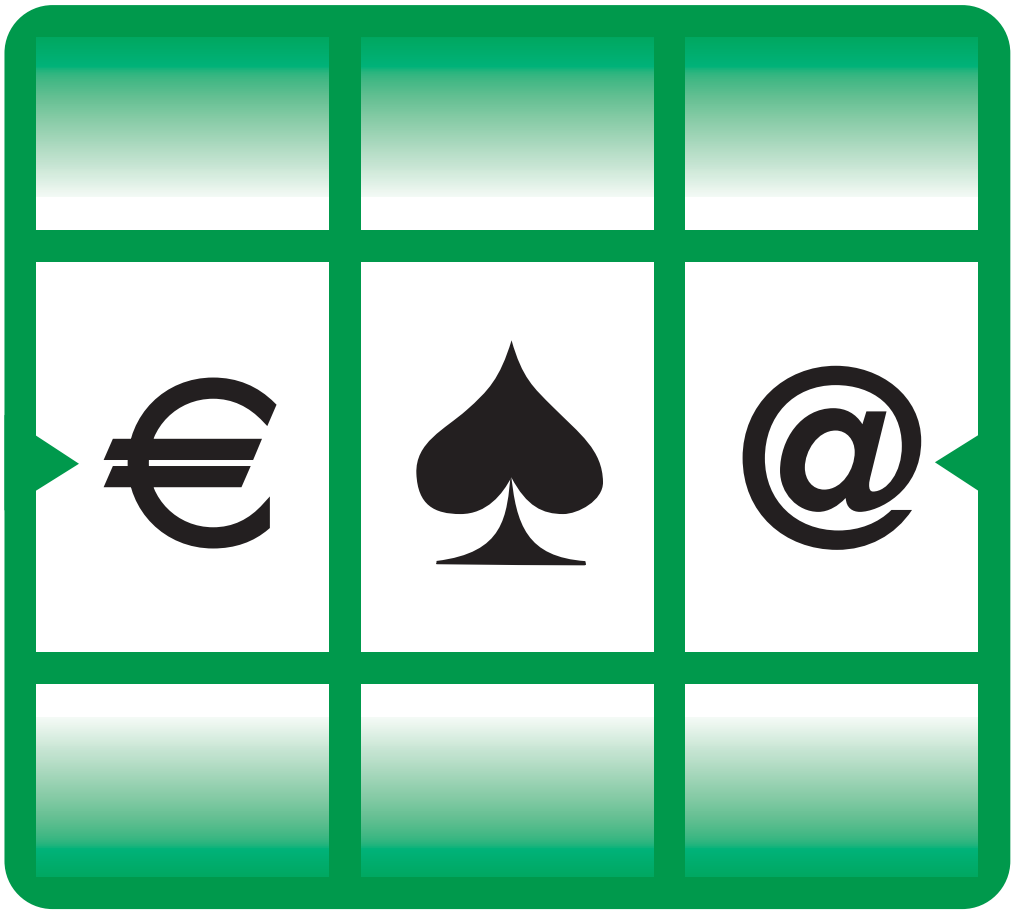
Une exposition précoce au jeu est considérée comme un facteur de risque important de développer un problème de jeu à l'âge adulte

Vulnérabilité génétique. Le plus souvent, on considère que les aspects non héréditaires du jeu pathologique sont prédominants, même si l'existence d'une vulnérabilité génétique semble indiscutable. Au niveau moléculaire, on retrouve des variations alléliques de certains gènes des systèmes de neurotransmission dopaminergiques et sérotoninergiques, qui concernent principalement des récepteurs post-synaptiques, et certains transporteurs pré-synaptiques de ces deux monoamines ou des enzymes qui interviennent dans leur catabolisme.

Le poids des facteurs environnementaux

Facteurs socio-économiques. L'appartenance à une minorité ethnique, un statut socioéconomique bas, l'inactivité, et un statut marital divorcé ou séparé sont autant de caractéristiques associées au jeu problématique/pathologique.

Accessibilité et offre de jeu. S'il est admis que plus les jeux d'argent sont disponibles et l'offre variée, plus la fréquence des pratiques de jeu augmente, il semble que l'augmentation des pratiques ne soit pas toujours liée à une augmentation des problèmes de jeu. Ceci est notamment vrai dans les environnements de jeux hors ligne. Dans le cas des jeux sur Internet, il semble toutefois que la prévalence des problèmes de jeu soit bien supérieure par rapport au jeu hors ligne[1], notamment du fait de l'extrême accessibilité et de l'importante diversité de l'offre sur Internet.



Éducation. Une exposition précoce au jeu est considérée comme un facteur de risque important de développer un problème de jeu à l'âge adulte. De plus, certains éléments connus pour favoriser le développement du jeu problématique/pathologique, comme les distorsions cognitives notamment, peuvent se transmettre de parents à enfants, et en particulier de père à enfant, et indirectement favoriser la reproduction par les enfants du comportement de jeu des parents[8].

L'influence des pairs est aussi déterminante, notamment lorsque le jeu est associé à des valeurs positives, même si elle l'est dans une moindre mesure que celle de la famille. Ceci est d'autant plus vrai dans les jeux « sociaux », c'est-à-dire nécessitant une interaction avec d'autres joueurs, comme dans le cas du poker par exemple, où la première motivation à jouer citée par les joueurs est l'aspect convivial du jeu[9].

Facteurs culturels. Si certaines cultures valorisent les JHA, d'autres les interdisent. Lorsque le jeu est très valorisé, le repérage d'une pratique comme problématique en est d'autant plus difficile. Il semble aussi que certains groupes culturels répugnent à demander de l'aide, influençant ainsi le recours et la réussite de la prise en charge, et ce d'autant plus que les traitements actuels du jeu pathologique sont très largement fondés sur la culture occidentale[10].

Les particularités liées aux jeux

Caractéristiques structurelles. Les particularités des différents types de jeu ont souvent été mises de côté au profit des facteurs individuels et environnementaux. Cependant, on sait désormais que certaines caractéristiques des jeux peuvent favoriser et entretenir une pratique problématique/pathologique : les modes de paiement, le niveau et la fréquence des gains, le délai entre la mise et le gain, les quasi-gains, la part de stratégie, ou encore certaines caractéristiques sensorielles du jeu (son, rythme, couleurs, etc.). À la frontière avec les vulnérabilités psychologiques, on peut aussi évoquer des jeux qui favorisent les consommations associées de substances psychoactives, accentuant la perte de contrôle sur le jeu.

Les jeux en ligne ont un caractère plus addictogène, du fait notamment de l'anonymat, de l'accessibilité, de la désinhibition et du confort procurés par Internet

Distorsions cognitives. Les distorsions cognitives (pensées erronées sur la place du hasard dans les JHA) tiennent aussi une place centrale dans le développement et le maintien des problèmes de jeu[11]. Si elles sont présentes chez quasiment tous les joueurs, elles sont exacerbées dans le cas des joueurs problématiques/pathologiques, et peuvent être de nature très différente selon le type de jeu (par exemple, l'illusion de contrôle est souvent exacerbée dans le cas des jeux faisant intervenir de l'adresse, comme le poker, et les pensées magiques sont souvent plus présentes dans les jeux de pur hasard, comme les machines à sous).

Supports de jeu. Le caractère plus addictogène des jeux en ligne, du fait notamment de l'anonymat, de l'accessibilité, de la désinhibition et du confort procurés par Internet, a déjà été souligné par plusieurs études[1,12]. Par ailleurs, si l'implication des téléphones portables ou de la télévision dans les jeux d'argent fait pour le moment l'objet de peu de recherches, celle-ci devrait être plus prise en compte, notamment concernant les pratiques de jeu des jeunes.

Deux modèles intégratifs

Au début des années 2000, deux modèles intégratifs ont été proposés pour expliquer l'étiologie du jeu pathologique. Le modèle biopsychosocial de Sharpe[13] explique le développement du jeu pathologique par l'interaction d'un individu vulnérable avec des expériences précoces de jeu et des situations de vie négatives.

Le modèle des typologies de joueurs de Blaszczynski[14] postule quand à lui l'existence de trois grands profils de joueurs : les joueurs conditionnés comportementalement, les joueurs émotionnellement vulnérables, et les antisociaux-impulsifs (lire p. 17 l'article sur les aspects cliniques du jeu pathologique pour plus de précisions). Si ces deux modèles ont beaucoup apporté dans le domaine du jeu pathologique, ils laissent peu de place aux facteurs structurels. Cette voie de recherche devrait être développée dans le futur afin de proposer un modèle explicatif plus complet et des approches thérapeutiques et préventives plus adaptées.

[8] *Oei TP, Raylu N, "Familial influence on offspring gambling : a cognitive mechanism for transmission of gambling behavior in families", Psychological medicine, 2004, 34, 1-10*

[9] *Shead NW, Hodgins DC, Scharf D, "Differences between Poker Players and Non-Poker-Playing Gamblers", International Gambling Studies, 2008, 8, 2, 167-178*

[10] *Raylu N, Oei TP, "Role of culture in gambling and problem gambling", Clinical psychology review, 2004, 23, 1087-1114*

[11] *Joukhador J, Blaszczynski A, Maccallum F, "Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers : preliminary data", Journal of Gambling Studies, 2004, 20, 2, 171-180*

[12] *Griffiths M, Wardle H, Orford J et al., "Sociodemographic correlates of Internet gambling : findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey", Cyperpsychology and behavior, 2004, 2, 2, 199-202*

[13] *Sharpe L, "A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling : a biopsychosocial perspective", Clinical psychology review, 2002, 22, 1-25*

[14] *Blaszczynski A, Nower L, "A pathways model of problem and pathological gambling", Addiction, 2002, 97, 487-499*

SUPPLÉMENT

N° 65

actu-alités scienti-fiques

Dorénavant, *Swaps* réserve un cahier central à la diffusion des connaissances scientifiques en addictologie à partir d'analyses critiques et de résumés d'articles issus de la littérature scientifique internationale.
Ce supplément régulier a été rendu possible grâce au soutien de la Direction générale de la santé.
LA RÉDACTION

Des emplois à bas seuil pour les usagers de drogues

L'équipe bien connue de Vancouver (Canada), dont les célèbres Julio Montaner et Thomas Kerr sont les leaders, discute la notion d'emploi à bas seuil pour apporter une réponse aux besoins des usagers de drogue contraints en quelque sorte à des activités génératrices de désordre dans la rue. Les activités génératrices de revenu des injecteurs de drogue sont souvent sources de troubles dans l'espace public, notamment le travail sexuel, la mendicité, la revente ou le trafic de drogue. La réponse sociale s'exprime le plus souvent par des actions de maintien de l'ordre résultant dans le déplacement de ces activités de place en place et dans l'isolement croissant des groupes et personnes concernés des lieux de prise en charge possibles, et donc sans gain collectif tangible.

Dans le centre de Vancouver, épicentre de la scène de la drogue, il existe très peu d'opportunités d'emploi à bas seuil : un café communautaire, une activité de médiateur pair, des activités de recyclage de matériel, au total quelques dizaines de postes pour quelques milliers d'usagers. L'étude menée en 2008-2009 s'est donc intéressée à la fréquence et au temps passé pour ces différentes activités génératrices de problèmes dans l'espace public au sein de la cohorte VIDUS, source de très nombreux résultats pour comprendre la situation et les risques chez les usagers de drogue. Il s'agit d'une population de 45 ans en médiane, avec 35 % de femmes et 35 % de population aborigène.

Parmi les 874 participants, un sur deux est engagé dans une de ces activités de rue, 25 % dealent, 19 % font de la revente, 7 % mendient, 9 % font du travail sexuel, 1 % nettoient les pare-brise pour des durées hebdomadaire respectivement de 20, 14, 14, 9 et 5 heures. Ces activités sont moins fréquentes pour ceux qui ont par ailleurs un emploi, elles sont associées aux montants d'argent quotidiens consacrés à l'achat de drogue, à l'injection quotidienne de cocaïne, à la consommation quotidienne de crack, à l'injection en public, au partage de seringues, aux épisodes de consommation massive, aux contacts avec la police, au fait d'avoir été victime de violence. On ne trouve pas d'association avec l'âge, le sexe, une incarcération récente, ni le fait d'être sous méthadone.

À la question : « Si un travail occasionnel n'interférant pas avec votre bien-être vous était offert, le prendriez-vous ? Si oui, quelle activité arrêteriez-vous ? », 47 % mettraient fin à leur activité de rue, 63 % des personnes

engagées dans le travail sexuel l'arrêteraient, 44 % arrêteraient le deal, 37 % la mendicité et 29 % la revente. Les caractéristiques de la consommation n'entrent pas en ligne de compte. Par contre, les personnes récemment incarcérées et les personnes sous méthadone se déclarent plus prêtes à cesser leurs activités.

Et les auteurs de conclure que l'usage de drogue – en particulier la cocaïne, l'injection et l'usage quotidien – pousse à ces activités faisant désordre, que les opportunités manquent pour offrir des alternatives, et que le fait que ceux qui sont sous méthadone ne sont pas moins engagés dans ces activités mais les arrêteraient pour un emploi occasionnel ordinaire prouve l'efficacité de la substitution.

Si fameuse soit cette équipe, si importante sa contribution à la réduction des risques, on ne peut que s'étonner d'une certaine légèreté dans la façon d'aborder un sujet aussi intéressant : pas d'information sur les autres ressources dans cette population relativement âgée, sur les contextes familiaux et les supports attendus, une question très biaisée sur l'offre d'un emploi « régulier ». Les associations observées entre les activités de rue et la consommation sont sans doute complexes, constituant des styles de vie en termes de rythme, de relations, d'activité, d'incapacité qui ne se résument pas à une relation univoque comme le laisse penser la présentation des données.

Caractériser et quantifier les différents types d'activités parmi les usagers et selon leurs pratiques et évaluer avec chacun ses besoins, ses capacités et ses motivations permettrait d'enrichir les services qui pèchent bien souvent par un déficit de programme d'insertion économique, comme le montre d'ailleurs ici, contrairement au commentaire, le fait que les personnes en traitement sont aussi engagées que les autres dans les activités de rue. Les faibles durées d'activité, la fraction relativement modeste de personnes prêtes à s'engager dans des emplois ordinaires soulignent la difficulté de la tâche. En outre, les styles de vie menés pendant de longues périodes d'usage de drogue ont altéré les qualifications et les aptitudes à la vie active.

Le contexte général de détérioration des conditions d'emploi n'est pas favorable pour générer des « emplois à bas seuil » en quantité suffisante dans les sociétés en pleine crise ; mais poser la question en proposant ce nouveau concept de « bas seuil d'emploi » constitue néanmoins un premier pas.

Debeck K, Wood E, Qi J, Fu E, McArthur D, Montaner J, Kerr T

"Interest in low threshold employment among people who inject illicit drugs. Implications for street disorders"

Int J Drug Policy, 2011, 22, 376-384

France Lert / Inserm UMRS 1018 (Villejuif)

Le traitement anti-VHC, potentiel outil de prévention ?

L'émergence du concept de traitement comme outil de prévention, ou TASP, tel que dérivé du VIH et appliqué à l'hépatite C chez les usagers de drogues, s'est produite quasi simultanément avec la présentation par les autorités médicales américaines, en novembre 2011, de données selon lesquelles l'hépatite C est devenue la cause de plus de décès que l'infection au VIH aux États-Unis…

Le concept de TASP a été largement développé ces dernières années dans l'infection à VIH. Le principe est celui d'un concept né avec la publication de Quinn en 2000 dans le *New England Journal of Medicine* et selon lequel, comme c'était le cas pour la transmission mère-enfant, la transmission dans les couples hétérosexuels sérodiscordants en Afrique était directement proportionnelle à la charge virale VIH, et ce avec ou sans traitement antirétroviral.

Onze ans après, les preuves sont là : une méta-analyse du TASP dans l'infection à VIH parvient au chiffre de 94 % de réduction du risque (Suzanne Attia, AIDS, 2009) ; plus récemment encore et de manière prospective, les résultats de l'essai HPTN 052 comparant deux stratégies de traitements (immédiat ou différé) chez des couples sérodiscordants dans les pays à forte prévalence montrent là aussi une efficacité très importante du traitement comme outil de prévention avec une réduction du risque de transmission hétérosexuelle de 96 % (hasard ratio à 0,04 ; intervalle de confiance à 95 % : 0,01-0,28).

Plus proche de la problématique des usagers de drogues, l'équipe de Julio Montaner avait montré comment le traitement pouvait être un outil de prévention de la transmission VIH chez les usagers de drogues à Vancouver (*Lancet*, 2010, 376, 532-539) avec, en population spécifique d'un quartier de Vancouver dédié à la consommation à la vente et à l'activité sexuelle chez les usagers de drogues, une bonne corrélation entre le nombre de patients sous traitement antirétroviral (HAART) et le nombre de nouveaux diagnostics VIH par an de -0,49 ($p<0,001$). Et aussi une corrélation entre une décroissance de la charge virale communautaire de l'ARN/VIH et une réduction de la transmission.

Depuis 2010, Peter Vickerman et Natasha Martin ont modélisé l'impact que pourrait avoir une augmentation du traitement du VHC chez les usagers de drogues sur la circulation du VHC et la transmissibilité de celui-ci. La dernière publication dans *Journal of Hepatology* enfonce

le clou en termes de modélisation incluant plusieurs variables telles que le taux attendu de réponse virologique soutenu, le taux de personnes sous traitement de substitution (TSO), le taux de co-infection par le VIH, le taux de réinfection par le VHC par poursuite de la pratique de partage de seringues notamment, le taux d'accès au programme d'échange de seringues, etc.

Cette modélisation a l'intérêt de poser les bases d'une réflexion sur l'éventualité du TASP dans l'infection à VHC. Compte-tenu du modèle d'éradication possible (RVS), des limites actuelles de la réduction des risques chez les usagers de drogues et de la perspective de traitements plus attractifs se passant des injections d'interféron (antipolymérase ou autres), ces modélisations qui pourraient être comparées d'un pays à un autre et d'une politique de réduction des risques à l'autre permettent d'entrevoir des modèles d'éradication du VHC. Parallèlement à ces modélisations, plusieurs études s'intéressent à la question du coût/efficacité de l'augmentation des stratégies d'offre de traitement du VHC aux personnes contaminées par le VHC, et notamment aux usagers de drogues. Le concept de traitement comme outil de prévention, et plus largement celui du concept de Test and Treat appliqué du VIH au VHC, connaît pourtant certaines limites. Le modèle VHC est plus complexe par le manque de données animales, le taux modéré de transmission sexuelle sauf chez les hommes ayant des relations sexuelle avec les hommes très insertives, l'incidence probablement assez faible du VHC dans cette population et le problème des populations non captives à l'exception de certaines villes ou certains quartiers comme celui de Vancouver. Quoi qu'il en soit, le sujet a été jugé suffisamment intéressant par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites pour qu'il diligente auprès de l'action coordonnée n° 25 une réflexion sur l'application du TASP à l'hépatite C.

Martin NK, Vickerman P, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Hickman M
"Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility"
Journal of Hepatology, 2011, 54, 6, 1137-44

Gilles Pialoux / Pistes

L'arrêt du tabac chez les déprimés, une analyse globale des données des vétérans américains

Le département des synthèses de médecine fondée sur les preuves des vétérans américains vient de publier une synthèse des données de l'arrêt du tabac chez les sujets dépressifs présents ou passés. Les auteurs ont sélectionné 884 études et en ont rejeté 792, pour répondre à 5 questions :

1. Quelle est l'efficacité comparée des différentes stratégies de sevrage tabagique sur les taux d'abstinence pour les patients dépressifs ?

Les résultats de leur méta-analyse montrent que combiner une psychothérapie visant à gérer l'humeur et le traitement de sevrage tabagique est supérieur au seul traitement de l'arrêt (RR = 1,45 ; IC 95 % : 1,01 à 2,07). Ajouter un médicament antidépresseur donne une tendance, mais qui n'atteint pas la significativité, à améliorer le sevrage (RR = 1,31 ; IC 95 % : 0,73 - 2,34). Trois des 4 essais de substituts nicotiniques chez les déprimés montrent une amélioration clinique significative du sevrage.

2. Faut-il traiter différemment pour les sevrer les patients dépressifs ?

Le bupropion tend à améliorer le résultat du sevrage des déprimés vis-à-vis d'un placebo, mais la différence n'est pas significative (39 % contre 32 %) quand il est ajouté a un substitut nicotinique et une prise en charge psychologique.

La prise en charge psychologique par courrier successif améliore le sevrage des patients avec antécédents de dépression majeur (38,5 % *versus* 7,4 % ; p = 0,01) à 6 mois, mais n'est pas significatif sur ceux qui ont une dépression actuelle sévère (17,9 % *versus* 8,0 % ; p = 0,15).

3. Existe-t-il une différence de réponse selon le sexe ?

Peu d'études permettent de répondre à cette question. Seul un essai naltrexone montre une amélioration significative chez les femmes sans amélioration chez les hommes.

4. Faut-il conduire le traitement d'arrêt du tabac simultanément ou séquentiellement à celui de la dépression ?

Aucune étude ne permet de répondre à la question, qui reste ouverte.

5. Quelle sont la nature et la fréquence des effets indésirables du sevrage tabagique chez les patients dépressifs ?

Les données sont insuffisantes pour répondre à la fréquence globale des effets secondaires chez les dépressifs. Dans deux des trois études retenues, les effets indésirables ont été plus fréquents chez les patients randomisés pour antidépresseurs que chez ceux recevant du placebo.

Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS et al.

"Comparative Effectiveness of Smoking Cessation Treatments for Patients With Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence"

VA-ESP Project #09-010, 2010, Department of Veterans affairs, Washington DC

Bertrand Dautzenberg / pneumologue, hôpital Pitié-Salpétrière (Paris)

Horaires de travail
et consommation d'alcool

Chacun connaît l'image d'Epinal de l'homme d'affaires surchargé qui finit sa journée de travail tard le soir un verre à la main. D'une manière générale, les activités professionnelles stressantes ou comprenant des plages de travail prolongées sont associées à une augmentation de la consommation d'alcool. Un travail néo-zélandais vient d'apporter la confirmation de la réalité de cette imagerie populaire. En suivant de façon prospective sur près de trente ans une cohorte de plus de 1 000 participants, la célèbre équipe de Christchurch, coordonnée par John Horwood et David Fergusson, a mis en avant l'impact délétère des horaires de travail étendus sur l'intensité des consommations alcooliques.

Les participants travaillant plus de 50 heures par semaine présentaient ainsi un risque 1,8 à 3,3 fois plus élevé de développer un trouble lié à l'usage de l'alcool (abus ou dépendance) comparé aux participants ne travaillant pas. De même, leur consommation d'alcool était statistiquement plus fréquente, plus intense et plus handicapante, et ce y compris après ajustement sur de nombreuses variables confondantes dont le sexe, le statut marital ou la survenue d'événements traumatiques récents.

Pour les auteurs, les explications de ces liens sont en faveur soit d'une utilisation de l'alcool afin de soulager le stress liés aux conditions de travail, soit, de façon plus indirecte, du fait d'une exposition à un environnement social favorable à la consommation d'alcool.

Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ

"Working hours and alcohol problems in early adulthood"

Addiction, 2012, 107, 1, 81-88

Yann Le Strat / addictologue, Hôpital Louis Mourier (Colombes)

Aspects cliniques du jeu pathologique

Marie Grall-Bronnec / Service d'addictologie, Institut fédératif des addictions comportementales, CHU de Nantes

Le jeu pathologique représente, à bien des niveaux, le prototype de l'addiction comportementale. On retrouve en particulier les deux symptômes-clés, au cœur de l'addiction, selon le modèle présenté par Goodman : la perte de contrôle sur la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA), et la poursuite du comportement en dépit des dommages multiples[1]. Pour résumer, le joueur pathologique est celui qui joue trop : trop souvent, trop longtemps, trop d'argent.

Le jeu pathologique n'est reconnu comme une entité nosographique à part entière par les experts du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux que depuis sa 3e édition, en 1980[2] (lire les encadrés 1 et 2).

Il est encore actuellement rattaché aux « troubles du contrôle des impulsions, non classés ailleurs », mais l'évolution progressive de son concept amènera à son glissement dans la catégorie des « addictions et troubles liés » dans la 5e version, en 2013.

L'étude des facteurs de risque

Les parentés avec les addictions les plus classiques, c'est-à-dire aux substances psychoactives, sont nombreuses, en termes cliniques, psychopathologiques, neurobiologiques ou encore génétiques. Les facteurs de risque de devenir un joueur pathologique et de le demeurer, tout comme ceux des autres troubles addictifs, peuvent être envisagés selon le modèle trivarié proposé par Claude Olievenstein au début des années 1970, résultant d'une interaction entre facteurs de risque liés à l'individu, au contexte socio-culturel et à l'objet de l'addiction, en l'occurrence ici la pratique des jeux de hasard et d'argent (voir figure 1 et l'article « Données actuelles sur le jeu problématique » p. 10).

Un autre modèle a été conceptualisé par Blaszczynski et Nower[3]. Il décrit les mêmes facteurs de risque, mais postule que les troubles liés à la pratique des JHA sont hétérogènes, quand le précédent modèle en assume une certaine homogénéité. Il s'agit d'un modèle intégrant les différents modèles théoriques du jeu pathologique, qu'ils soient psychanalytique, psychobiologique, comportemental, cognitif, sociologique, ou encore faisant référence aux addictions. Les auteurs ont défini une base commune, le « comportement conditionné », sur laquelle se greffent différentes formes de fragilité.

Trois stratégies thérapeutiques

À partir d'une évaluation multiaxiale, Blaszczynski et Nower différencient ainsi trois sous-types de joueurs, desquels découlent trois grandes stratégies thérapeutiques. Le premier type de joueurs est appelé joueur au « comportement conditionné ». Il s'agit des joueurs sans pathologie prémorbide. La première étape dans la constitution du trouble concerne les facteurs environnementaux, avec une augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des JHA. Le comportement de jeu est ensuite appris, selon les différents modèles d'apprentissage. Des schémas cognitifs particuliers se mettent en

[1] *Goodman A, "Addiction: definition and implications", Br J Addict, 1990, 85, 11, 1403-8*

[2] *APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.), 1980, Washington DC, USA*

[3] *Blaszczynski A, Nower L, "A pathways model of problem and pathological gambling", Addiction, 2002, 97, 5, 487-99*

→

1 Le « Jeu pathologique » selon le DSM

Dans ses éditions de 1994 et 2000, le DSM-IV considère qu'il y a « jeu à risque » lorsque 3 ou 4 critères suivants sont présents, et « jeu pathologique » lorsqu'au moins 5 critères sont présents.

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu :

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

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

APA, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), 1994, Washington DC, USA

APA, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed text revised), 2000, Washington DC, USA

2 Deux questions pour dépister

Le questionnaire de dépistage Lie/Bet consiste en deux questions, dérivées des critères diagnostiques de la section « jeu pathologique » du DSM-IV, qui permettent de dépister les problèmes de jeu de façon rapide, avec une excellente sensibilité et une très bonne spécificité. Une réponse positive suffit à faire évoquer des problèmes de jeu :

« Avez-vous déjà menti à votre famille ou vos amis à propos de l'argent que vous avez dépensé en jouant ? »

« Avez-vous déjà ressenti le besoin de miser toujours plus d'argent ? »

Johnson EE, Hamer RM et al., "The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers", Psychol Rep, 1997, 80, 1, 83-8

Johnson EE, Hamer RM et al., "The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study", Psychol Rep, 1998, 83, 3, Pt 2, 1219-24

3 Les distorsions cognitives liées au jeu

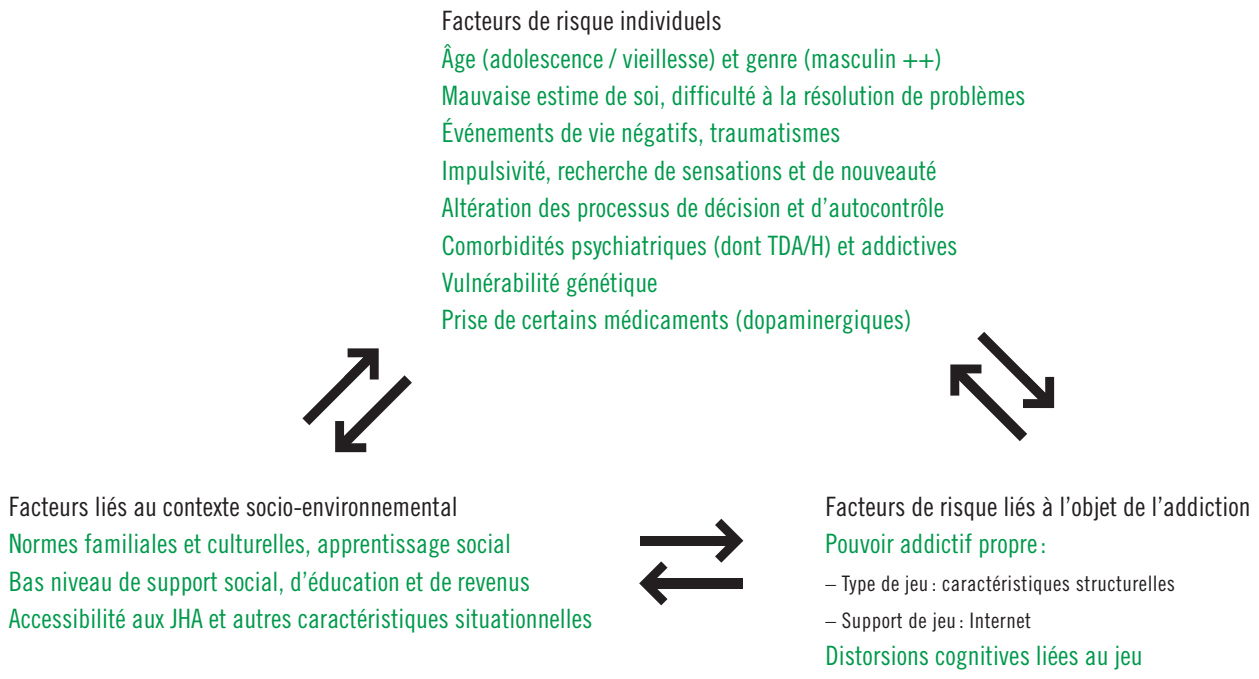
Les distorsions cognitives liées au jeu sont des pensées erronées, des croyances dysfonctionnelles, des erreurs d'appréciation ou de jugement liées à la situation de jeu, et plus spécifiquement au facteur « hasard » qualifiant le JHA. Ainsi, il a été démontré de façon expérimentale qu'elles existent chez tous les joueurs, même chez ceux qui n'ont pas perdu le contrôle sur leur pratique. Elles sont d'autant plus présentes que le sujet est en situation de jeu. Il est aussi établi que ces distorsions cognitives sont plus variées et plus envahissantes sur le plan psychique chez le joueur pathologique, avec un degré de conviction qui s'accroît au fur et à mesure qu'il joue, l'incitant ainsi à poursuivre le jeu.

Il s'agit principalement des biais d'interprétation (interprétation erronée des résultats du jeu, encourageant ainsi le sujet à continuer à jouer en dépit des pertes), de l'illusion de contrôle (croyance selon laquelle le sujet pourrait contrôler les résultats du jeu par l'intermédiaire de compétences, de capacités ou de connaissances personnelles), du contrôle prédictif (moyens par lesquels le sujet pourrait prévoir les résultats du jeu).

Gaboury A, Ladouceur R, "Erroneous perceptions and gambling", Journal of Social Behavior and Personality, 1989, 4, 411-420
Ladouceur R, Dubé D, "Erroneous perceptions in generating random sequences: identification and strength of a basic misconception in gambling behavior", Swiss Journal of Psychology, 1997, 56, 256-259

Ladouceur R, "Perceptions among pathological and nonpathological gamblers", Addictive Behaviors, 2004, 29, 555-565

Figure 1. Synthèse des facteurs de risque impliqués dans le développement et le maintien d'une pratique pathologique des JHA, selon le modèle biopsychosocial



place rapidement. On observe ainsi fréquemment des pensées erronées spécifiques du jeu, qui contribuent au maintien du problème de jeu (pour en savoir plus sur les distorsions cognitives liées au jeu, lire l'encadré 3).

L'accoutumance survient, l'activité s'organise dans la durée. Le joueur continue de jouer, perd plus souvent qu'il ne gagne, avec une constante : il joue pour se refaire.

Le deuxième type de joueurs concerne les sujets vulnérables sur le plan émotionnel. Cette vulnérabilité psychologique particulière se traduit par des comorbidités anxieuses et dépressives fréquentes et pré-existant au problème de jeu. Ces joueurs, fragiles sur le plan narcissique, se caractérisent par une faible estime d'eux-mêmes, un sentiment d'infériorité ou d'illégitimité. Par la pratique du jeu, ils sont à la recherche d'une réduction de l'attention portée à leurs difficultés existentielles. Ils tentent ainsi de moduler leurs états affectifs, de court-circuiter leur pensée. Ces sujets présentent des difficultés dans la gestion du stress, et font montre de peu de capacités d'adaptation. Ils rapportent fréquemment une impression de vide, un vécu abandonnique. Leur histoire, tant personnelle que familiale, est caractérisée par les traumatismes précoces, les événements de vie douloureux, les troubles addictifs chez les parents. Cette vulnérabilité psychologique repose aussi sur une vulnérabilité biologique, avec la description d'états d'hypo ou hyper-arousal.

Le dernier type de joueurs, appelé « antisocial impulsif », se distingue des précédents par ses caractéristiques d'impulsivité, de troubles de la personnalité antisociale et de déficit attentionnel, se manifestant par des comportements inadaptés multiples et sévères. L'impulsivité ne se limite pas à la seule pratique du jeu, mais affecte l'ensemble du fonctionnement psychosocial de l'individu. L'hyperactivité sur le plan moteur est fréquente, de même que les abus de substances psychoactives, le risque suicidaire, l'irritabilité, la faible tolérance à l'ennui et les comportements délictueux. L'effet de l'impulsivité est aggravé par la pression et la présence d'émotions négatives.

Quels soins pour quels joueurs ?

Selon une perspective bio-psycho-sociale, et à l'instar des autres conduites addictives, il est classique de proposer aux joueurs pathologiques des prises en charge thérapeutiques multifocales. La psychothérapie individuelle est au centre de ce dispositif, s'appuyant sur différents outils ou champs théoriques (entretiens motivationnels, thérapie comportementale et cognitive, thérapie psychanalytique…). Il s'agit en premier lieu de créer une

alliance thérapeutique de qualité garantissant un accompagnement au long cours. Le désir de changement est suscité tout autant que la compréhension de la fonction de la conduite pathologique. La prévention des rechutes constitue une partie importante du travail psychothérapique. Des entretiens de couple, voire une thérapie familiale, peuvent compléter la psychothérapie individuelle. La participation à un groupe de parole peut être un soutien précieux.

Les médicaments psychotropes sont encore réservés au traitement des comorbidités psychiatriques ou addictives, aucune molécule n'ayant à ce jour obtenu d'autorisation de mise sur le marché, en France ou ailleurs[4]. Néanmoins, la recherche pharmacologique en matière de jeu pathologique existe depuis plus de 10 ans. Un article de synthèse très récent recensait 18 essais thérapeutiques menés en double aveugle et contre placebo, testant des molécules ayant aussi fait l'objet d'études dans le cadre des addictions à des substances psychoactives[5]. On retrouve ainsi des molécules déjà testées dans le vaste champ des addictions : les antagonistes des récepteurs opiacés, les antidépresseurs, les thymorégulateurs et les modulateurs glutamatergiques. Dans l'ensemble, l'effet de ces molécules est supérieur à celui du placebo, même si la taille de l'effet est relativement faible, en raison probablement d'un effet placebo rapporté particulièrement fort[5].

La prise de conscience des dommages

Le volet social de la prise en charge peut s'avérer indispensable, compte-tenu des pertes financières souvent considérables. Le bilan des sommes perdues au jeu et des dettes constituées secondairement est une étape cruciale, qui participe à la prise de conscience des dommages de la conduite. Il peut aboutir au dépôt d'un dossier de surendettement à la Banque de France. L'aide à la gestion des biens peut passer par la proposition de mesures de curatelle. Enfin, certains joueurs décideront de se faire interdire l'entrée des casinos et seront pour cela inscrits sur une liste nationale par le ministère de l'intérieur.

Blaszczynski et Nower recommandent des soins différenciés selon la typologie précédemment décrite, avec une intensification progressive[3]. Ainsi, pour les joueurs « au comportement conditionné », la demande de soin intervient au moment où les pertes financières commencent à avoir un impact sérieux sur la vie du sujet et celle de ses proches.

Leur conscience du problème est relativement précoce et la motivation aux soins est authentique. On observe le plus souvent une bonne compliance thérapeutique. Les stratégies de soin visent à proposer des programmes d'intervention minimale (groupes de joueurs anonymes, approches visant la correction des cognitions erronées). Chez les joueurs « émotionnellement vulnérables », on associera psychothérapie, de préférence d'inspiration analytique, stratégies de gestion du stress et chimiothérapie anxiolytique et antidépressive en fonction des comorbidités. Enfin, les joueurs « antisociaux impulsifs » sont considérés comme peu compliants aux soins et peu accessibles aux instructions thérapeutiques. Les thérapies comportementales et cognitives sont intéressantes dès lors qu'elles visent le contrôle de l'impulsivité. On utilisera des médicaments pour contenir les angoisses massives et tenter d'élever le niveau de réactivité au stress.

[4] *Grant JE, Chamberlain SR et al., "Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study", Psychopharmacology (Berl), 2010*

[5] *Hodgins DC, Stea JN et al., "Gambling disorders", Lancet, 2011*

Comment prévenir le jeu excessif ?

Exemples de réponses étrangères

Julie Caillon / Psychologue / Institut Fédératif des Addictions Comportementales, CHU Nantes

Au cours des 40 dernières années, les jeux de hasard et d'argent (JHA) ont connu en France une croissance importante. Ainsi, le chiffre d'affaires de l'industrie des jeux légaux est passé de 98 millions d'euros en 1960 à 37 milliards d'euros en 2006. Avec 28,8 millions de joueurs en 2010, et une dépense moyenne annuelle de 175 € par personne, ils occupent une place importante dans les loisirs des Français. Si pour la grande majorité des joueurs cette pratique reste « sociale », on assiste au développement d'une addiction pour certains. Face à ce constat, certains pays dont la France ont mis en place une politique de santé publique et développé des actions de prévention.

Trois types de prévention

L'objectif principal de la prévention est de réduire l'incidence et la prévalence du jeu problématique et pathologique. Trois types existent en fonction de la population cible :

– la prévention universelle, qui s'adresse à la population générale sans facteur de risque particulier ;

– la prévention sélective, qui s'adresse aux individus ayant un facteur de risque ;

– la prévention indiquée, qui s'adresse aux individus présentant des signes de jeu problématique et aux joueurs pathologiques avérés.

Le retard français

La loi du 10 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence du marché des JHA en ligne a profondément modifié le paysage français, caractérisé jusqu'alors par un monopole étatique, représenté par les trois opérateurs historiques que sont la Française des Jeux, le Pari mutuel urbain et les casinos.

Si cette situation pouvait être considérée comme un moyen pour l'État de limiter le jeu, et ainsi de maintenir l'ordre public, force est de constater cependant que la France a pris beaucoup de retard dans sa reconnaissance des problèmes liés au jeu excessif. Jusqu'à cette année, c'était l'un des seuls grands pays développés à ne pas avoir mené d'étude de prévalence pour prendre la mesure du problème de jeu sur son territoire.

De même, alors que d'autres pays ou régions, comme la Suisse ou le Québec, ont développé des structures dédiées au problème de jeu problématique, il existe en France peu de dispositifs analogues visant à développer la prévention ou la recherche dans ce domaine. Le Centre de référence sur le jeu excessif est à ce jour la seule structure en France dédiée officiellement à la recherche, à la formation, et à la prévention (www.crje.fr).

Ce n'est que récemment, suite aux rapports du sénateur François Trucy (2002 et 2006)[1,2], et aux messages

[1] *Trucy F, Les jeux de hasard et d'argent en France. Rapport d'information au Sénat, 2002.*

[2] *Trucy F, L'évolution des jeux de hasard et d'argent. Rapport d'information au Sénat, 2006.*

d'alerte de professionnels de l'addictologie, que les pouvoirs publics ont engagé des démarches sur le jeu problématique et pathologique. L'État a réuni dans un premier temps les trois opérateurs historiques pour que des mesures de lutte contre le jeu excessif soient prises : actions d'information, de prévention, de formation et financement d'associations ou de recherches. Ils ont également signé une charte les engageant à promouvoir une politique de jeu responsable, en mettant par exemple en place des campagnes d'information et de prévention auprès des joueurs et des personnels et revendeurs travaillant à leur contact.

Les mesures de protection ont aussi été renforcées avec notamment le contrôle systématique à l'entrée des casinos en novembre 2006 pour protéger les interdits de jeu, et l'interdiction de vente des jeux de la Française des jeux aux mineurs en 2007.

De plus, la France a engagé d'autres démarches sur le jeu problématique et pathologique. En 2006, l'addiction au jeu a été inscrite dans le plan 2007-2011 du ministère de la santé concernant la prise en charge et la prévention des addictions. Dans le cadre des « appels à projets Mildt, Inserm, Inca sur les drogues et conduites addictives », les premières recherches sur le jeu pathologique ont été lancées en 2006 et 2007.

Plus récemment, la légalisation des jeux en ligne a conduit à la création de l'Autorité de régulation des jeux en ligne (Arjel) dont l'une des missions est de protéger les populations vulnérables et de lutter contre l'addiction par la mise en place, entre autres, d'un cahier des charges et de modérateurs de jeux (auto-exclusion, auto-limitation…).

En France, le chiffre d'affaires de l'industrie des jeux légaux est passé de 98 millions d'euros en 1960 à 37 milliards d'euros en 2006

Au Canada, des programmes pour mineurs

Les JHA sont régis par le code criminel, et seules les provinces peuvent gérer directement le jeu et les lieux de jeu. Depuis 1999, la vente des JHA est interdite aux mineurs de moins de 18 ans. Le plan d'action gouvernemental 2002-2003 mettait l'accent sur la formation des personnels et du grand public. De plus, le Canada fait preuve d'un effort particulier d'information auprès du grand public, mais également auprès des jeunes grâce à la mise en place de programmes préventifs structurés. En effet, les études de prévalence internationales montrent que les adolescents présentent 2 à 4 fois plus de conduites de jeu problématique.

Face à ce constat, plusieurs programmes préventifs destinés aux mineurs sont actuellement testés. Ces programmes, dont l'un a pour nom « Lucky, le hasard on ne peut rien y changer », visent à renforcer la connaissance des dangers liés à la pratique des JHA et à renforcer la capacité des jeunes à y faire face[3].

Très peu présentes en France, ces actions seraient intéressantes à développer en milieu scolaire. Plus généralement, il serait pertinent d'intégrer le jeu à des programmes de promotion de la santé globaux qui se baseraient par exemple sur le développement des compétences psychosociales.

Prise en charge à la Suisse

Un des axes de prévention développés par la Suisse concerne la mise en réseau des acteurs impliqués dans le jeu excessif. Le revenu brut du marché des jeux, qu'il s'agisse des casinos, des jeux de loterie et des paris, a plus que quintuplé au cours des dix dernières années. Cette expansion très importante du marché des jeux s'explique par la libéralisation de l'offre des JHA en 1998.

Le Groupement romand d'étude des addictions (GREA) a été mandaté pour mener des actions de coordination et de sensibilisation sur la thématique du jeu. L'une des priorités du dispositif intercommunal est de sensibiliser les professions sociales au repérage et à la prise en charge des joueurs excessifs. De même, la reconnaissance de la complémentarité des ressources est indispensable. En effet, il a été démontré que seul 1 % à 2 % des joueurs pathologiques cherchaient une aide spécialisée.

Dans ce but et face au problème de l'endettement de nombreux joueurs, le service social de Lausanne, l'association « Rien ne va plus » spécialisée sur la question du jeu excessif, la Cour des poursuites et faillites de Lausanne ou encore le centre social protestant se sont réunis pour animer un atelier et discuter de la manière d'offrir la meilleure articulation possible entre les différents intervenants. Mieux connaître le travail de chacun des acteurs permet d'apporter une réponse cohérente et adaptée aux joueurs, mais également à l'entourage en grande souffrance. Cela contribue également à améliorer la formation spécifique des professionnels de santé par l'amélioration du système de santé[4].

En France, le Réseau national pour la prévention et le soin du jeu pathologique (RNPSJP) est né en février 2009 d'une initiative des professionnels des structures de soins et de recherche sur l'addiction au jeu dans une perspective d'échanges et de collaborations autour des pratiques et des savoirs.

[3] *Inserm, Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions, 2008.*

[4] *Dunand C, Rihs-Middel M, Simon O, Prévenir le jeu excessif dans une société addictive. D'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique, Ed. Médecine & Science, 2010.*

Actions communautaires en Nouvelle-Zélande

En Nouvelle Zélande, la loi sur les jeux d'argent a reconnu en 2003 l'approche en santé publique comme indispensable pour prévenir les problèmes liés à la pratique des JHA. Pour aborder les inégalités observées (personnes les plus pauvres, issues de minorités ethniques, niveau d'éducation bas), la Nouvelle-Zélande propose une action importante de promotion de la santé sur le plan communautaire, consistant à habiliter les individus et leurs familles à agir au nom de leur communauté, de manière collective.

Le développement des nouvelles technologies et du jeu sur Internet interpelle sur la nécessité de mettre en place des stratégies de prévention adaptées

Des recherches menées dans ce pays soulignent l'importance d'une approche intégrée en s'appuyant sur les prestataires de santé de 1re ligne, en particulier les médecins généralistes. Le soutien des décideurs politiques est indispensable pour faire aboutir des transformations[4].

En France, l'étude menée par l'OFDT, conjointement à l'Inpes, a mis en évidence la précarité financière des joueurs problématiques et pathologiques. Face à ces inégalités, le développement de l'approche communautaire apparaît comme une stratégie de prévention adaptée et intéressante à développer[5].

S'adapter aux nouvelles technologies

De nombreux pays font aujourd'hui face à un développement important de l'offre de jeu sur leur territoire et sont donc confrontés à la nécessité de protéger la population des problèmes de jeu. Pour cela, les États ont le devoir de développer les actions présentées ci-dessus, mais également de développer les recherches, et d'améliorer l'accessibilité aux soins et à des conseils spécialisés.

Le développement des nouvelles technologies et du jeu sur Internet interpelle également sur la nécessité de mettre en place des stratégies de prévention adaptées face à ces nouvelles assuétudes.

L'équipe du Centre de référence sur le jeu excessif contribue notamment au développement de l'information et de l'assistance on line pour les joueurs et leur entourage grâce au site Aide-Info-Jeu (www.aide-info-jeu.fr).

Aux Pays-Bas, un dépistage ciblé

Aux Pays-Bas, une initiative originale a été mise en place : le dépistage automatique des joueurs problématiques à l'entrée des casinos. Si l'ordinateur qui contrôle les cartes d'identité indique une augmentation significative du nombre de visites ou si la personne a fréquenté le casino plus de 30 fois par mois pendant les trois derniers mois, la personne est automatiquement approchée pour voir si elle souhaite mettre en place une auto-limitation ou une auto-exclusion. Seulement 18,5 % de ces approches étaient perçues négativement par les clients[6].

[5] *OFDT, Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010, Tendances 2011, 77, 1-8.*

[6] *Smith G, Hodgins DC, Williams RJ, Research and measurement issues in gambling studies, Elsevier, 2007.*

Un observatoire sur les jeux : pourquoi et pour quoi faire ?

Charles Coppolani / Président de l'Observatoire des jeux

La mise en place d'observatoires s'est développée en concordance avec une orientation des politiques publiques vers une approche empirique, « basée sur les faits ». Cette approche doit permettre de prendre des décisions bien informées en inscrivant l'analyse du suivi de tendance d'indicateurs clefs et des résultats d'études les plus probants au cœur de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques. Cette approche s'oppose aux politiques basées sur des opinions, qui reposent largement sur une utilisation sélective des faits (par exemple, sur des études isolées) ou sur les avis d'experts ou de groupes, procédant souvent de points de vue idéologiques, de préjugés ou d'intérêts économiques.

Dans le champ des jeux de hasard et d'argent, le sénateur François Trucy, dans son rapport d'information de 2006, fait au nom de la commission des Finances, proposait de *« mettre en place un observatoire des jeux [ODJ] doté d'outils statistiques appropriés et ayant pour mission d'étudier tous les problèmes du jeu (évolutions des pratiques, de la consommation, de la dépendance…), sous tous leurs aspects (économiques, sociaux, juridiques) »*. Dans son esprit, cet observatoire doit réunir les spécialistes, collecter les données, les étudier et les comparer avec les données internationales, commander et exploiter des études, des travaux qui manquent cruellement aujourd'hui, créer et animer le débat que réclame ce phénomène de société.

Fournir aux décideurs et aux professionnels du secteur, ainsi qu'au public, des informations factuelles, objectives, fiables et comparables sur le phénomène des jeux de hasard et d'argent

La mission de l'ODJ est donc de fournir aux décideurs et aux professionnels du secteur, ainsi qu'au public, des informations factuelles, objectives, fiables et comparables sur le phénomène des jeux de hasard et d'argent nécessaires à l'élaboration des politiques publiques et à l'organisation des services déployés pour réguler le domaine.

Le jeu est un objet ambivalent car il peut être source de plaisir, stimulateur de l'intelligence et facilitateur des relations sociales mais aussi source de souffrance pour un individu et de désinsertion sociale.

La finalité de l'action de l'observatoire étant orientée vers l'aide à la décision, il doit régler sa focale sur ce qui est préoccupant, au regard des pouvoirs publics, dans le phénomène des jeux. En cela, l'objet de son observation est quelque peu différent de celui d'un centre d'étude académique sur la question. Ainsi, une accentuation forte est donnée au sujet des dommages (sanitaires et sociaux) liés à la pratique des jeux car si ces derniers n'existaient pas, les jeux ne seraient plus un sujet de politique publique.

La première priorité de l'ODJ est de concevoir et de mettre en place un « système de monitorage » sur le phénomène du jeu d'argent et de hasard, orienté dans une perspective d'aide à la décision. La mise en œuvre de ce dispositif de collecte et d'analyse des données essentielles et d'indicateurs clefs permettra de suivre les évolutions du phénomène dans toutes ses composantes – l'offre de jeux, les pratiques de jeux, les dommages liés au jeu et les réponses apportées par les dispositifs de prévention et de soins. Cette tache prioritaire sera accomplie en partenariat avec une équipe québécoise (dirigée par Louise Nadeau) qui vient d'être chargée par le ministère des finances du Québec d'un dispositif équivalent à celui de l'ODJ en France.

Animation et coordination des études sur le jeu

Si l'étude et le suivi du phénomène des jeux semblent encore très lacunaires en France, des données parcellaires existent. Le rôle de l'ODJ ne sera pas de se substituer au rôle de producteur de données que jouent déjà certains organismes (un principe de subsidiarité s'impose) mais de cordonner les initiatives existantes.

Dans cet esprit et dans une perspective d'améliorer les connaissances sur le phénomène du jeu en ligne, L'ODJ a mis en place un groupe de travail, lieu d'échanges et de coordination, réunissant les trois institutions ayant l'observation de cette thématique dans leur missions respectives.

Une même initiative devrait voir le jour en ce qui concerne le renouvellement de l'enquête nationale de prévalence afin de s'assurer qu'elle puisse avoir lieu dans des délais raisonnables et sous une forme qui puisse satisfaire à la finalité d'évaluation de l'impact de la loi de 2010.

Il semble d'ores et déjà opportun d'approfondir notre connaissance sur le phénomène du surendettement, qui occupe une place centrale dans les dommages liés au jeu

Appel d'offres de recherche

Comme le montrent les expériences d'autres observatoires, la frontière entre observation et recherche est ténue. Sans vouloir se disperser et en respectant une vision pragmatique centrant une mission d'observation sur le monitorage d'indicateurs et la réalisation d'études orientées vers l'aide à la décision, il y a du sens à l'étendre à un certain rôle dans l'animation de la recherche sur les jeux, ou du moins une partie de cette recherche, celle la plus proche du cœur de métier d'un observatoire, la recherche en sciences humaines et sociales et la recherche clinique. Ceci se fera en s'appuyant sur les organismes légitimes pour gérer ces questions et leurs procédures existantes et dans une perspective internationale afin de mieux être efficace dans un domaine ou les ressources humaines sont rares et les questions méthodologiques encore peu stabilisées.

L'ambition de l'ODJ en ce domaine est de lancer un appel d'offres commun France/Québec qui pourrait articuler deux démarches :

– appel d'offres sur des thématiques générales, initiative laissée aux chercheurs (laissant place à la créativité) ;

– appel à projets spécifiques, demande plus précise (coût social, études épidémiologiques sur les conséquences du jeu problématique).

Le pilotage du projet associerait côté français l'ISP (Institut de santé publique) ou l'Iresp (Institut de recherche et d'étude en santé publique) et du côté québécois le FRQSC (Fonds de recherche du Québec société et culture).

Étude du coût social

L'évaluation des conséquences économiques et sociales des pratiques ludiques est une attente forte des décideurs en vue d'adapter les politiques publiques en ce domaine. Au centre du débat est la question du bilan entre les coûts et les bénéfices que cette pratique génère pour l'ensemble de la collectivité. L'étude de l'impact du jeu de hasard et d'argent sur le bien-être collectif est donc une des priorités de l'ODJ. Elle sera le cadre conceptuel structurant la définition de son programme d'études.

Cette étude sera menée à l'aide d'une analyse de type « coût-bénéfice » ; l'estimation du coût social en est une première étape indispensable. L'ODJ procédera à un appel à projets auprès des équipes de recherche en science économique afin de réaliser une telle étude en deux étapes. Le projet retenu aura comme premier objectif de produire une première évaluation du « coût-bénéfice » sur les JHA en France sur la base des données actuellement disponibles. Les données nécessaires à l'application d'une telle étude économique étant assez lacunaires en France, le projet retenu aura comme second objectif de formuler des propositions en vue de les améliorer. Ces propositions permettront à l'ODJ de mieux définir ces priorités de travail à moyen terme, notamment le programme d'études qu'il compte mettre en place. Par exemple, il semble d'ores et déjà opportun d'approfondir notre connaissance sur le phénomène du surendettement, qui occupe une place centrale dans les dommages liés au jeu.

Investigations sur des questions d'actualité

En plus de ce cadre structurant d'action, l'ODJ pourra procéder à certaines investigations sur des thématiques particulières. Ainsi, à la demande du comité consultatif sur le jeu (CCJ), l'ODJ a lancé une première étude sur les liens entre le taux de retour au joueur, l'addiction et le blanchiment en réalisant une revue préliminaire de la littérature scientifique internationale existante sur la question et une série d'entretiens approfondis (experts, professionnels de la prévention et du soin, opérateurs et administratifs). Cette étude fera l'objet d'un rapport en cours de finalisation qui sera présenté au CCJ au printemps 2012.

Concilier recettes et santé publique

François Trucy / Sénateur, auteur du rapport d'information sur l'évolution des jeux de hasard et d'argent

Depuis la nuit des temps, les États – Ancien Régime, Révolution, République ou Empire – ont été confrontés aux jeux de hasard et d'argent. Aucun d'entre eux ne fut capable de les interdire, voire même d'en limiter les débordements.

De guère lasse, l'État finit par accepter l'idée que faute de pouvoir interdire le Jeu, il devait se contenter de l'organiser et d'en conserver le contrôle.

Il légiféra pour TOUT interdire… sauf, par dérogation, des jeux qu'il encadrait de manière très stricte.

Au demeurant, puisqu'il en gardait la responsabilité et les charges de police, l'État n'oublia jamais de prélever sur le produit des jeux des sommes très importantes qui m'avaient incité à le qualifier d'« État croupier » en 2002.

À ce compte là, étaient autorisées deux monopoles : les loteries de la Française des Jeux (SEM d'État) et les courses hippiques du PMU et des Sociétés Mères auxquels s'ajoutaient les casinos en secteur industriel contingenté. L'État, garant de l'ordre public, exerçait sur tous un contrôle sévère auquel participaient plusieurs ministères : l'intérieur, les finances, l'agriculture, la santé, la justice et les sports.

L'Arjel est une Autorité solide, compétente dans un domaine particulièrement complexe, et qui assume parfaitement sa mission

Mais si l'État pouvait s'enorgueillir des bons résultats de sa police (courses assainies, casinos irréprochables, chasse efficace aux jeux illégaux), il ne pouvait en dire autant de sa santé publique, parent pauvre de la lutte contre l'addiction au jeu.

Bon an, mal an, le secteur des jeux en France vivait une vie confortable sous la tutelle d'un État vigilant et soucieux de ses recettes. Les monopoles se développaient en toute tranquillité; quant aux casinos, ils profitaient amplement de l'autorisation d'exploiter des machines à sous avec une augmentation des chiffres d'affaires à deux chiffres annuels alors qu'auparavant ils périclitaient.

Oui mais ! Oui mais, chacun (et en particulier l'État, pourtant dûment averti par le Sénat) avait compté sans l'arrivée sur le marché d'Internet et des offres de jeux en ligne : paris sportifs, paris hippiques, poker, jeux de cercle… Des milliers de sites d'opérateurs, plus ou moins exotiques, prospéraient sans apporter aux joueurs et parieurs la moindre garantie.

Par contre des opérateurs, nombreux, « sérieux », combatifs, se développaient dans le monde entier (y compris en France) avec la ferme intention de pénétrer un marché français supposé « juteux ».

Force est de constater que la Commission européenne, souhaitant visiblement la mort des monopoles français, relayait fermement ces demandes et multipliait les procédures à l'encontre de la France.

Devant une telle situation, le gouvernement de 2010 a déposé devant le Parlement un projet de loi d'ouverture aux jeux en ligne.

La loi affirma clairement la volonté de mieux protéger les mineurs et les interdits volontaires, celle de lutter contre le jeu illégal, contre la corruption et la fraude en matière de paris sportifs et hippiques, et de mettre à l'ordre du jour la prévention des conflits d'intérêts.

Elle ouvrait le marché aux paris sportifs, aux paris hippiques sous leur forme mutuelle, au poker, seul jeu retenu même si le texte de loi ne parle que de « jeux de cercle » sans préciser le poker (!).

La Française des jeux conservait son réseau et son monopole pour jeux de tirage et de grattage, elle devait partager celui des paris sportifs tandis que le PMU perdait son monopole sur les paris hippiques mutuels. Seul le poker créait un nouveau secteur.

Une Autorité indépendante de régulation des jeux en ligne, l'ARJEL, était créée et mise opportunément en place (en préfiguration) un an avant la promulgation de la Loi.

Chargée d'accorder aux opérateurs candidats des « agréments » à la condition qu'ils satisfassent à des cahiers des charges légaux et techniques draconiens et fort coûteux, dotée de moyens (humains, matériels, informatiques et juridiques) puissants, l'Arjel, a pu, en temps réel, dès la promulgation de la loi, satisfaire à tous les objectifs qui lui avaient été assignés. C'est une Autorité solide, compétente dans un domaine particulièrement complexe, et qui assume parfaitement sa mission.

D'autres institutions importantes ont eu à intervenir dans l'élaboration de la Loi de mai 2010 et continueront à le faire pour en surveiller l'observance : le CSA, la CNIL, l'Afnor, l'Autorité de la concurrence.

La loi a dû fortement modifier la fiscalité des jeux pour ne pas introduire entre les formes de jeux, entre les opérateurs, entre les monopoles et le nouveau marché, des disparités de concurrence que l'Autorité en charge n'aurait pas manqué de relever.

Chose nouvelle, le gouvernement, sous la pression permanente des parlementaires, a mieux pris en compte le phénomène social de l'addiction au jeu, l'inscrivant dans la loi et dégageant des ressources nouvelles pour améliorer la prévention et la lutte contre ce fléau qui ne pourrait que croître dans l'avenir, compte tenu de l'offre.

Un an après la promulgation de la loi, quatre rapports importants sont venus contribuer à sa « revoyure » prévue dans le texte. Celui de l'Assemblée nationale par l'ancien ministre Jean-François Lamour, celui du Sénat (par le signataire de ces lignes), celui de l'Arjel et celui de madame le ministre Valérie Pécresse à l'intention du gouvernement.

De cet examen multi-oculaire sortiront d'ici peu une dizaine de décrets modificateurs ; et, dès qu'il sera possible de trouver un « véhicule législatif », une trentaine d'autres dispositions qui, elles, sont du domaine législatif, verront le jour.

Pour l'instant, on sait que le gouvernement ne veut pas ouvrir le marché aux jeux de cercle autres que le poker, ne veut pas modifier l'assiette de la fiscalité en choisissant le produit brut des Jeux à la place de la taxation des mises, et ne veut pas augmenter le taux de retour aux joueurs (TRJ) au dessus de 85 %.

Mais les parlementaires sont surtout particulièrement attentifs aux problèmes liés à la lutte contre l'addiction au jeu.

Comment seront financées les études que tout le monde réclame et que l'on attend en particulier du Comité consultatif des jeux, créé non sans mal dans la Loi et qui a le mérite de rassembler dans une seule entité tous les ministères concernés, les parlementaires et les personnes qualifiées ?

Le Comité travaille intensément, mais il ne produira rien de valable si on ne lui donne pas les moyens de conduire les études et travaux dont la France manque depuis toujours

Le Comité travaille intensément, mais il ne produira rien de valable si on ne lui donne pas les moyens de conduire les études et travaux dont la France manque depuis toujours.

Bien des incertitudes demeurent donc: le contraire eut étonné. Il appartient à tous les intervenants de ce vaste et complexe secteur d'activité de rester vigilants, de bien observer les effets de l'exécution de la loi… et de maintenir la pression sur l'exécutif.

Nous voulons bien que l'État reste « croupier », mais qu'il ne soit pas défaillant dans ses autres fonctions, en particulier dans le domaine de la santé publique.

Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

À retourner à l'association Pistes, service des maladies infectieuses, hôpital Tenon, 4 rue de la Chine, 75020 Paris

nom _____ prénom _____

profession _____ organisme _____

adresse _____

_____

code postal _____ ville _____

tél. _____ e-mail _____

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Édition
Philippe Périn

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Tiphaine Canarelli
Jean-Pierre Couteron
Isabelle Grémy
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Alexandre Marchant
Vincent Pachabézian
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Marianne Storogenko
Agnès Sztal
Antonio Ugidos
Claudine Vallauri

Gestion
Amanda Baptista
Secrétariat, abonnements
Valérie Berrebi

Réalisation graphique
Céline Debrenne
d'après une conception de
Sylvain Enguehard
Impression : **Stipa / 4M**
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

SWAPS
Chaire d'addictologie CNAM
case courrier 1D4P20292
rue Saint Martin
75141 Paris cedex 03

Téléphone : **01 56 01 74 36**
Fax : **01 56 01 74 38**
swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes (Promotion de l'information scientifique, thérapeutique, épidémiologique sur le sida), qui édite aussi Transcriptases et www.vih.org

Avec la participation
du Crips Île-de-France, du Crips
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien de la Direction générale de la Santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

et du laboratoire

Reckitt Benckiser

L'existence même des addictions sans produits reste discutée.

Au delà des questions passionnantes de taxonomie médicale, il en est une, d'addiction, qui se rapproche des toxicomanies que nous connaissons mieux : l'addiction aux jeux de hasard et d'argent ! Véritable lune de miel des premières consommations, conviction qu'on gère la situation même si les mises sont excessives, conséquences sociales, familiales, économiques désastreuses. Violence sociale induite même…

Vaste champ en jachère pour la réduction des risques que cette pratique addictive du jeu, objet central de cette 65e livraison de *Swaps*. Quand on songe combien l'alcool a du mal, encore en 2012, et depuis l'émergence de la réduction des risques, à avoir simplement droit de cité dans ce champ-là… Comme en atteste sa place modeste – et de rattrapage – dans l'expertise collective de l'Inserm vouée à la RdR.

La question du jeu comme produit addictif n'est pas réductible à sa seule épaisseur épidémiologique, comme parfaitement analysée dans ces colonnes (page 5) par Jean-Michel Costes, membre de l'Observatoire des jeux a qui l'on doit une partie de l'architecture éditoriale du présent numéro. La prévalence du « jeu pathologique », cadre nosologique qui devrait occuper plus de place encore dans la prochaine édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) de l'Association américaine de psychiatrie (AAP), est évaluée en France à 0,4 % de la population générale. Gageons que l'ouverture du marché des jeux en ligne, dans le sillage de la loi du 12 mai 2010, devrait « booster » cette prévalence.

L'équipe nantaise, avec Marie Grall-Bronnec (page 17), nous rappelle ici les enjeux cliniques, les spécificités psychopathologiques et les facteurs de risques impliqués dans le développement et le maintien d'une pratique pathologique des jeux, basés principalement sur un modèle biopsychosocial. Social qui conduit à souligner un autre point commun avec les drogues qu'est la masse globale d'argent en circulation : 39 milliards d'euros sont engagés par les parieurs chaque année en France. D'où une double composante sociale, celle qui contribue à l'addiction et celle induite par les pertes financières engendrées et leurs retentissements.

Pas étonnant donc que l'État s'en mêle. La Révolution puis la République ont tenté la prohibition, totalement inefficace, pour revenir au monopole d'État afin de réguler les flux et de ramener un paquet fiscal d'une dizaine de milliards d'euros.

Monopole d'État remis en question avec la mondialisation et l'explosion d'Internet qui bouleversent le paysage et obligent la puissance publique à s'adapter : c'est le sens de la loi « Trucy » (page 26). Avec en suspens cette question : quels enseignements tirer dans le champ des drogues pour une légalisation contrôlée comme alternative à la prohibition ?

Didier JAYLE et Gilles PIALOUX