

MÉMOIRE ORIGINAL

Évaluation sociodémographique, clinique et du parcours de jeu d'un échantillon de joueurs pathologiques français

Socio-demographic and clinical assessment, and trajectory of a sample of French pathological gamblers

M. Grall-Bronnec*, G. Bouju, M. Landréat-Guillou, J.-L. Vénisse

Service d'addictologie, centre de référence sur le jeu excessif, pavillon Louis-Philippe, hôpital Saint-Jacques, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 01, France

Reçu le 6 juillet 2009 ; accepté le 30 novembre 2009

Disponible sur Internet le 3 avril 2010

MOTS CLÉS

Jeu pathologique ;
Évaluation ;
Comorbidités ;
Personnalité ;
Habitudes de jeu

KEYWORDS

Pathological
gambling;

Résumé L'objectif de ce travail était de décrire de façon multiaxiale un échantillon de 24 joueurs pathologiques français, consultant ou ayant consulté dans le centre de soins ambulatoires en addictologie du CHU de Nantes. Les participants ont complété, au cours d'un entretien individuel unique, un ensemble de questionnaires incluant une description des caractéristiques de jeu, un dépistage des comorbidités d'axe I et II et une évaluation dimensionnelle de la personnalité. Soixante-quinze pour cent de l'échantillon souffrait d'au moins une comorbidité psychiatrique d'axe I. Il s'agissait le plus souvent de troubles de l'humeur (66,7%) et addictifs (54,2%). Les troubles de la personnalité étaient fréquents (54,2%), majoritairement du cluster B (29,2%). Les scores d'impulsivité et d'alexithymie étaient supérieurs à la normale, à la différence de celui de recherche de sensations. Les résultats vont dans le sens de ceux rapportés dans la littérature internationale et témoignent de l'importance de pratiquer des évaluations multiaxiales dans le cadre du jeu pathologique, tant le poids des comorbidités est lourd.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

Summary

Introduction. – International studies estimate the incidence of pathological gambling among adults at 0.2–3%. Following the lead of Anglo-Saxon countries, France has only just begun to consider this "new" addiction in studying its own population of pathological gamblers, attempting to understand the causes of the illness, and proposing specific treatments.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie.bronnec@chu-nantes.fr (M. Grall-Bronnec).

Assessment;
Comorbidities;
Personality;
Gambling habits

Objective. – The purpose of this study was to carry out a multiaxial assessment of French pathological gamblers, current or former outpatients of the addiction ambulatory care center of the University Hospital of Nantes, in order to compare our findings with those of the international literature.

Method. – During a single personal interview, the participants filled in a set of questionnaires including a description of gambling characteristics (pathological gambling section in the DSM-IV, South Oaks Gambling Screen, gambling history), a screening for axis I (Mini International Neuropsychiatric Interview) and II (structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders), comorbidities and personality tests using a dimensional approach (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Sensation Seeking Scale, Barratt Impulsiveness Scale, Toronto Alexithymia Scale). The number of subjects to include was not previously calculated, since the size of the sample depended upon each subject's availability and on the inclusion time period limited to 4 months. Continuous variables were described in terms of means and standard deviations, while categorical variables were described in terms of percentages. The protocol was accepted by the Advisory Committee for the Protection of Biomedical Research Subjects.

Results. – Analysis of the findings was based on a sample of 24 subjects. Half of the subjects fell into severe pathological gambling. Gambling had started at an average age of 24.9 years (S.D. = 12.3). The gambling problem appeared on average 9.4 years later (S.D. = 8.1). Casinos (41.7%) and sports pools (45.8%) were the most commonly reported types of games. Seventy-five percent of the sample suffered from at least one axis I psychiatric comorbidity. Most common among these were current (20.9%) and past (37.5%) episodes of major depression. Risk of suicide was observed in 36% of subjects, and nearly half of them were not currently suffering from an episode of major depression. The second most common psychiatric comorbidity was substance abuse (including alcohol) (54.2%). Personality disorders were common (54.2%) and mainly cluster B disorders (29.2%). Impulsiveness and alexithymia scores were above average, unlike sensation seeking scores.

Conclusions. – The results go along the same lines as those mentioned in the international literature and show how important it is to carry out multidimensional assessments within the context of pathological gambling, since comorbidities are such a burden. This study brings to light several perspectives. It would be interesting to repeat the assessment using a much larger sample. We plan to study those factors that influence the emergence of pathological gambling, and the initiation of specific treatments for pathological gamblers. Upon completion, the study would allow us to propose the treatment that is best suited to each gambler's profile.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

Introduction

En France, trois adultes sur cinq ont joué au moins une fois à un jeu de hasard et d'argent au cours de l'année écoulée, et la pratique des jeux ne cesse d'augmenter. Il est probable que l'escalade continue avec la prochaine ouverture du marché des jeux et paris sur Internet (poker, machines à sous, paris sportifs, notamment), signant la fin d'une particularité française qui rendait illégal tout pari en ligne réalisé en dehors du monopole étatique. Si pour la grande majorité des sujets cette pratique reste « sociale », on assiste au développement d'une addiction pour certains. Le jeu devient pathologique lorsqu'il constitue le seul champ d'investissement du sujet. Les études internationales estiment la prévalence du jeu pathologique en population générale adulte à 0,2–3% [23,32]. Contrairement à certains pays européens, aucune donnée épidémiologique n'est disponible en France, de même que les études cliniques sont rares sur le sujet.

L'étude a pour objectif l'évaluation multidimensionnelle d'un échantillon de joueurs pathologiques en soins. Pour cela, nous avons recueilli un ensemble de données socio-démographiques, biographiques et cliniques auprès d'un

échantillon français de joueurs à risque et pathologiques, consultant dans une structure de soins spécialisés en addictologie.

Matériel et méthodes

Design de l'étude

Cette étude descriptive, menée auprès de joueurs pathologiques, consistait en une unique évaluation, réalisée par un unique évaluateur et reposant sur des instruments de mesure validés.

Participants

Nous avons proposé à tous les sujets majeurs, consultant ou ayant consulté dans notre service pour un problème de jeu depuis 2000, de participer à l'étude. Après avoir été informés sur l'étude, les sujets signaient un consentement éclairé. Le nombre de refus de participer et leurs raisons ont été relevés. Le critère d'inclusion principal était de présenter le diagnostic de jeu pathologique [1].

Évaluation

Caractéristiques sociodémographiques

Elles étaient renseignées à l'aide d'un autoquestionnaire conçu pour l'étude.

Caractéristiques de la pratique de jeu

Section jeu pathologique du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) [1]. Nous avons utilisé le DSM-IV de façon catégorielle afin d'établir le diagnostic de jeu pathologique nécessaire à l'inclusion des sujets (présence d'au moins cinq critères) et, de façon dimensionnelle, en additionnant les critères présents pour obtenir un score de sévérité.

L'utilisation des critères diagnostiques du DSM-IV induit des taux de faux positifs bien moins élevés que celle du South Oaks Gambling Screen (SOGS).

South Oaks Gambling Screen [26]. Le SOGS est un autoquestionnaire permettant en 20 items d'établir un score de sévérité du problème de jeu. Dans la cotation proposée par les auteurs, un score supérieur ou égal à 5 est associé à la notion de jeu pathologique probable. Ce questionnaire est considéré comme l'outil de référence pour repérer les problèmes de jeu et quantifier leur sévérité.

Parcours de jeu. Les sujets étaient interrogés sur l'histoire de leur trouble, sur leurs habitudes de jeu, ainsi que sur les soins et mesures de protection dont ils ont pu bénéficier.

Comorbidités psychiatriques d'axe I

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) [24]. La cinquième version de cet entretien diagnostique structuré permet d'explorer de façon standardisée et rapide les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV.

Étude catégorielle et dimensionnelle de la personnalité

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID-II) [16]. Le SCID-II est un entretien semi-structuré permettant une évaluation catégorielle des principaux troubles de la personnalité.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory, deuxième version (MMPI-II) [9]. Le MMPI-II est un autoquestionnaire explorant la psychopathologie générale au travers de 567 items à réponse binaire (vrai/faux) et permettant une approche dimensionnelle de la personnalité. Les échelles cliniques mesurent l'hypocondrie, la dépression, l'hystérie de conversion, la déviation psychopathique, la masculinité-féminité, la paranoïa, la psychasthénie, la schizophrénie, l'hypomanie et l'introversivité sociale.

Sensation Seeking Scale (SSS) [36]. Cet autoquestionnaire mesure la recherche de sensations, dimension souvent associée aux troubles addictifs. Elle se définit comme la tendance à rechercher la nouveauté et les stimulations intenses, pour compenser un manque de réactivité affective avec des stimulations banales.

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) [30]. L'impulsivité est aussi une caractéristique fréquemment retrouvée chez les sujets souffrant de troubles addictifs. À partir des 30 items de cet autoquestionnaire, il est possible d'évaluer l'impulsivité et d'obtenir des sous-scores dimensionnels.

Toronto Alexithymia Scale-II (TAS-20) [2]. La TAS-20 est un autoquestionnaire explorant en 20 items une dimension de

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques ($n = 24$).

Caractéristiques	Pourcentage ou moyenne (écart-type)
<i>Sexe</i>	
Masculin	79,2 %
Féminin	20,8 %
<i>Âge</i>	
	43,8 (10,7)
<i>Statut marital</i>	
Célibataire, divorcé, veuf	54,1 %
Marié, vie maritale	45,9 %
<i>Nombre d'enfants</i>	
	1,5 (1,3)
<i>Niveau d'éducation</i>	
Pas le niveau baccalauréat	54,2 %
Baccalauréat	45,8 %
<i>Statut professionnel</i>	
Activité professionnelle	62,5 %
Sans emploi, retraité, en invalidité, en arrêt maladie	37,5 %
<i>Niveau professionnel</i>	
Ouvrier, employé	70,8 %
Cadre, profession libérale	29,1 %

personnalité peu étudiée : l'alexithymie. Certains auteurs [35] ont fait l'hypothèse que le sujet alexithymique utilise le comportement addictif comme moyen de réguler ses perturbations émotionnelles. La TAS-20 se compose de trois facteurs.

Analyses statistiques et considérations éthiques

Même si la littérature internationale tend à montrer une prévalence relativement élevée du jeu pathologique en population générale, l'accès aux soins pour les sujets qui en souffrent demeure limité. Le nombre de sujets à inclure n'a pas été calculé, la taille de l'effectif étant fonction de leur disponibilité et de la période d'inclusion limitée à quatre mois. Les variables quantitatives étaient décrites par des moyennes et des écarts-types, les variables qualitatives par des pourcentages.

Résultats

Participation

Depuis 2000, 46 sujets avaient sollicité des soins dans le service pour un problème de jeu. Nous avons été dans l'impossibilité de contacter huit d'entre eux. Dix autres ont refusé de participer et trois n'étaient disponibles qu'après la fin de la période d'inclusion. Nous avons donc inclus 25 sujets. Pour l'un d'entre eux, les résultats aberrants aux échelles de validité du MMPI-2 nous ont incités à considérer l'ensemble de ses réponses comme non fiables. L'analyse finale des résultats a donc porté sur 24 sujets.

Tableau 2 Caractéristiques de la pratique de jeu (n=24).

Caractéristiques	Pourcentage ou moyenne (écart-type)
<i>Sévérité</i>	
Score au SOGS	12,3 (2,5)
Score au DSM-IV	7,0 (1,7)
<i>Âge la première mise</i>	24,9 (12,3)
<i>Âge du début du problème de jeu</i>	34,3 (11,1)
<i>Âge du recours aux soins</i>	42,7 (10,8)
<i>Type de jeu favori</i>	
Casino (dont machines à sous)	41,7%
Paris sportifs (dont PMU)	45,8%
Jeux de grattage, loterie pluriquotidienne	12,5%
<i>Switch vers un autre jeu à l'arrêt du jeu de prédilection</i>	37,5%
<i>Somme maximale mise en une fois (euros)</i>	
15 à 150	8,3%
150 à 1500	66,7%
1500 à 15 000	20,8%
> 15 000	4,2%
<i>Statut vis-à-vis du soin</i>	
Plus de suivi	16,7%
Actuellement suivi	70,8%
Consultation prévue	12,5%
<i>Participation au groupe de parole mensuel</i>	
Non	37,5%
Oui	62,5%
<i>Interdiction de casino</i>	
Non	54,2%
Oui	45,8%
<i>Mesure de curatelle</i>	
Non	75%
Oui	25%

Caractéristiques sociodémographiques

Toutes les caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le [Tableau 1](#). Notre échantillon était composé de 79,2% d'hommes. En moyenne, les sujets étaient âgés de 43,8 ans (écart-type [E.T.] : 10,7), avaient 1,5 enfants (E.T. : 1,3) et 54,1% d'entre eux étaient célibataires, divorcés ou veufs. Plus de la moitié de l'échantillon (54,2%) avait un cursus scolaire court, et 62,5% des sujets avaient une activité professionnelle, en grande majorité (70,8%) comme ouvriers ou employés.

Caractéristiques de la pratique de jeu

Les caractéristiques de la pratique de jeu sont présentées dans le [Tableau 2](#).

La moitié des sujets souffrent de jeu pathologique sévère (huit à dix critères diagnostiques présents à la section jeu pathologique du DSM-IV).

La pratique du jeu a débuté à l'âge de 24,9 ans en moyenne (E.T. : 12,3), les hommes débutant plus tôt que les femmes (21,6 [E.T. : 9,4] contre 36,8 [E.T. : 14,8]). Les pro-

blèmes de jeu sont apparus en moyenne 9,4 ans après (E.T. : 8,1), plus tôt chez les femmes que chez les hommes (4,6 [E.T. : 5,5] contre 10,7 [E.T. : 8,3]). Le recours à des soins intervenait 8,4 ans après le début des problèmes (E.T. : 9,8), plus tôt chez les femmes que chez les hommes (4,4 [E.T. : 4,2] contre 9,5 [E.T. : 10,7]).

Quatre-vingt pour cent des femmes indiquaient que le casino (machines à sous) était leur type de jeu favori, tandis que les hommes préféraient, pour près de 58% d'entre eux, les paris sportifs (en particulier, hippiques).

Plus d'un tiers des sujets (37,5%) avaient changé de jeu au moment de l'arrêt du jeu de prédilection, le *switch* le plus fréquent (44,4%) étant du casino vers les loteries.

Dans notre échantillon, les pertes pouvaient atteindre 7 000 000 d'euros, reflétant les dommages financiers considérables du jeu pathologique.

Comorbidités psychiatriques d'axe I

La [Fig. 1](#) montre que les trois quarts des sujets présentaient au moins un trouble psychiatrique d'axe I, actuel ou passé. Les comorbidités psychiatriques les plus retrouvées

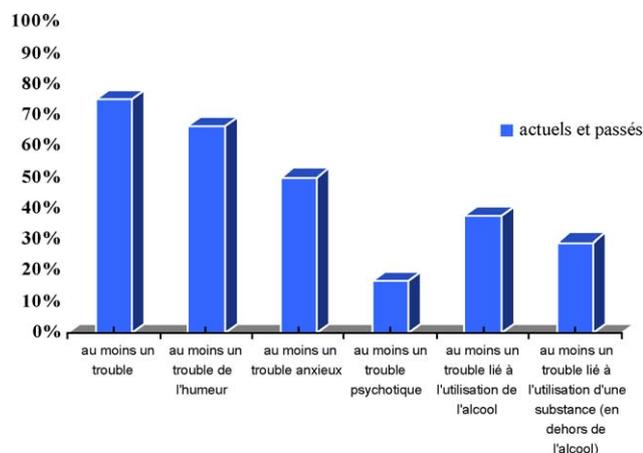


Figure 1 Comorbidités d'axe I selon le DSM-IV avec l'entretien standardisé MINI (troubles actuels et passés) ($n = 24$).

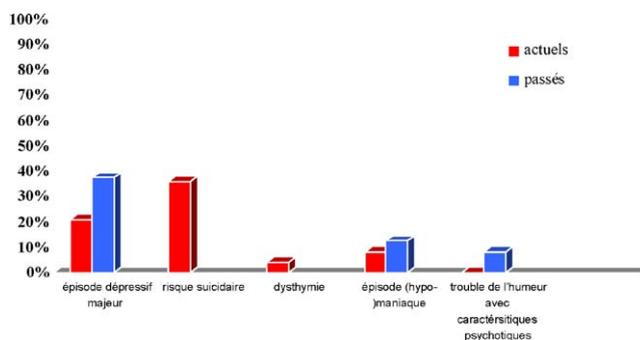


Figure 2 Troubles de l'humeur comorbides selon le DSM-IV avec l'entretien standardisé MINI (actuels ou passés) ($n = 24$).

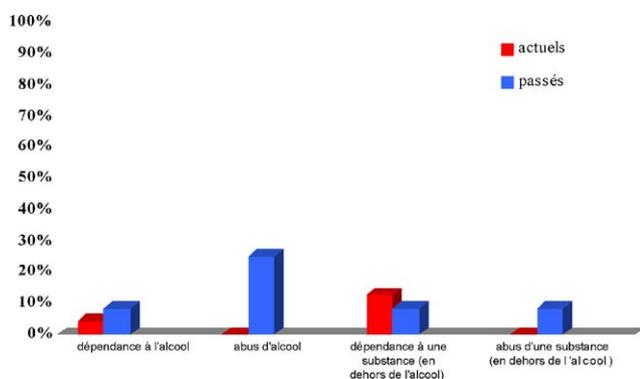


Figure 3 Comorbidités addictives selon le DSM-IV avec l'entretien standardisé MINI (actuels ou passés) ($n = 24$).

étaient les troubles thymiques dans leur ensemble (66,7%).

Comme indiqué sur la Fig. 2, il s'agissait, en premier lieu, des épisodes dépressifs majeurs actuels (20,9%) et passés (37,5%). De plus, un risque suicidaire existait chez 36% des sujets. Près de la moitié (44,5%) de ce sous-groupe ne souffrait pas actuellement d'épisode dépressif majeur.

La Fig. 3 représente les différentes comorbidités addictives (54,2% de l'échantillon) : la majorité concernait l'abus d'alcool (25%) et la dépendance à l'alcool (12,5%). Une faible proportion de l'échantillon remplissait les critères diagnostiques d'un abus ou d'une dépendance à une sub-

stance psychoactive autre que l'alcool, respectivement 8,3 et 12,5%, et la substance illicite la plus consommée était le cannabis.

Les troubles anxieux, passés et présents, étaient également souvent retrouvés (50%), avec une prédominance de trouble panique sur la vie entière (33,3%). Parmi les troubles anxieux actuels, les diagnostics le plus fréquemment retrouvés étaient le trouble anxieux généralisé (12,5%) et la phobie sociale (12,5%).

Enfin, les troubles psychotiques étaient les moins représentés (16,7% des sujets présentaient un trouble psychotique sur la vie entière, incluant pour l'un d'entre eux un trouble psychotique actuel également).

Étude catégorielle et dimensionnelle de la personnalité

Les résultats de l'étude catégorielle de la personnalité sont présentés sur la Fig. 4.

Dans l'échantillon, 54,2% présentaient au moins un trouble de la personnalité selon le SCID-II, le plus fréquent étant le trouble de la personnalité borderline (25% des sujets).

L'étude dimensionnelle de la personnalité reposait en partie sur le MMPI-2. Pour les échelles cliniques de dépression ($m : 62$, E.T. : 14), de psychasthénie ($m : 61$, E.T. : 15), de schizophrénie ($m : 60$, E.T. : 12) et de déviation psychopathique ($m : 58$, E.T. : 10), le score moyen obtenu se situait entre 58 et 64, signifiant la présence modérée des caractéristiques liées aux troubles respectifs. La présence des caractéristiques cliniques des autres échelles était considérée comme normale.

Les scores obtenus lors de la passation des autoquestionnaires évaluant la recherche de sensations, l'impulsivité et l'alexithymie sont présentés dans le Tableau 3. Pour cette dernière dimension, les deux tiers (66,7%) des sujets de l'échantillon peuvent être qualifiés d'alexithymiques (si le score global est supérieur à la note-seuil de 56/100, selon les recommandations des auteurs de la TAS-20).

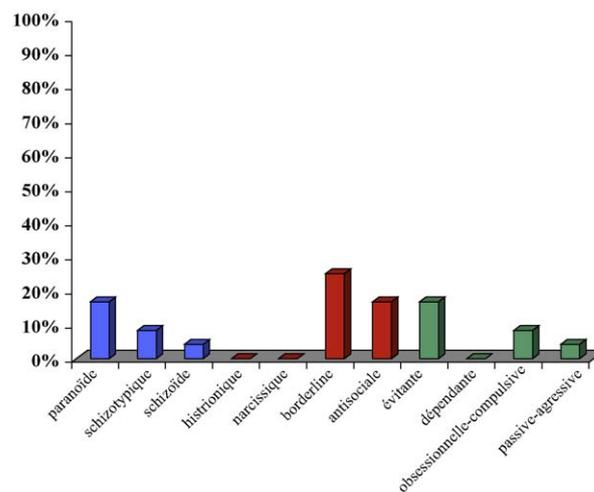


Figure 4 Troubles de la personnalité selon le DSM-IV avec l'entretien clinique standardisé SCID-II ($n = 24$).

Tableau 3 Évaluation dimensionnelle de la personnalité (échelle de recherche de sensations, échelle d'impulsivité de Barratt et échelle d'alexithymie de Toronto) ($n = 24$).

	Pourcentage ou moyenne (écart-type)
Échelle de recherche de sensation (/40)	18,4 (8,2)
Recherche de danger et d'aventures (/10)	5,2 (3,3)
Recherche d'expériences (/10)	5,5 (2,0)
Désinhibition (/10)	4 (2,5)
Susceptibilité à l'ennui (/10)	3,6 (2,9)
Échelle d'impulsivité de Barratt (/120)	69,9 (11)
Impulsivité motrice (/44)	24,5 (4,7)
Impulsivité cognitive (/32)	17,5 (3,9)
Absence de planification (/44)	27,9 (4,3)
Échelle d'alexithymie de Toronto (/100)	59 (10,7)
Difficultés à identifier les sentiments (/35)	20,8 (6,5)
Difficultés à décrire les sentiments (/25)	16,9 (4)
Pensées centrées sur les événements extérieurs (/40)	21,3 (4,7)
Sujets dont le score total est supérieur à 56/100	66,7%

Discussion

L'objectif de ce travail était de décrire de façon précise un échantillon de joueurs pathologiques français, consultant dans une structure de soins spécialisés en addictologie.

Caractéristiques sociodémographiques

Notre échantillon de joueurs était composé en majorité d'hommes. Nous attendions cette sur-représentation masculine, conformément aux données de la littérature [3,7,23,27,32]. La minorité de femmes trouve probablement son explication dans la place sociale qui leur était réservée jusqu'au début des années 1970. Parce que certaines barrières morales tombent, parce qu'elles ont acquis une indépendance financière, parce qu'elles sont plus nombreuses à fumer (en France, les ventes de tabac et de jeux de grattage ont souvent lieu au même endroit), les femmes sont maintenant plus exposées aux jeux de hasard et d'argent. On observe, depuis plusieurs années, une tendance à l'uniformisation du sex-ratio, comme pour d'autres pathologies addictives, en particulier la dépendance au tabac [20].

Par ailleurs, la proportion de femmes souffrant de jeu pathologique augmente avec l'âge [31].

Différentes études ont rapporté que les femmes commençaient à jouer plus tardivement que les hommes, mais que les problèmes de jeu s'installaient plus rapidement et que l'accès aux soins était plus précoce. Nos résultats indiquent la même tendance.

Plusieurs travaux ont également montré que le jeu de prédilection est différent selon le genre [20]. Là encore, ces données ont pu être confirmées dans notre échantillon.

Enfin, les troubles psychiatriques associés au jeu pathologique diffèrent en fonction du genre et sont habituellement anxiodépressifs pour les femmes et addictifs pour les hommes [4,34]. Notre effectif était trop restreint pour que nous puissions confirmer cette tendance.

L'âge moyen de notre échantillon est proche de celui des sujets inclus dans les études précédemment citées.

Caractéristiques de la pratique de jeu

L'intérêt de notre étude était de dépasser la simple description sociodémographique, pour établir un portrait fidèle de nos patients. Ainsi, l'une des originalités de notre approche était de décrire de façon détaillée les habitudes de jeu des sujets.

Le score moyen obtenu lors de la passation du SOGS était élevé, très proche de celui rapporté par d'autres auteurs [19]. La sévérité du problème de jeu était aussi confirmée par la section jeu pathologique du DSM-IV. Les scores importants tiennent surtout au fait que notre échantillon était composé de joueurs pathologiques en soins, population qui, par définition, a la pratique de jeu la plus problématique.

Les autres caractéristiques concernent des données peu retrouvées dans la littérature internationale. Le parcours de jeu a notamment été intégralement décrit, de l'initiation du comportement de jeu à la décision d'entamer des soins spécifiques. L'intervalle d'une dizaine d'années entre début du jeu et début des problèmes liés au jeu semble quelque peu en désaccord avec l'hypothèse communément admise d'un début du trouble chez l'adulte jeune. Il semble que, pour notre échantillon de joueurs pathologiques en soins, la dépendance survienne après une longue phase de jeu, plus ou moins continue, plus ou moins contrôlée. Toutefois, il s'agit d'une appréciation subjective et rapportée de façon rétrospective, ce qui induit un biais indéniable.

Dans notre échantillon, le recours à des soins intervenait tardivement après le début des problèmes de jeu. Deux hypothèses peuvent être émises concernant ce retard aux soins. La première concerne l'incapacité pour le sujet de percevoir le caractère pathologique de sa pratique des jeux de hasard et d'argent (en particulier la perte de contrôle), en raison de mécanismes bien connus de déni et d'ambivalence. Il faudrait alors attendre le stade des dommages pour que le sujet prenne conscience de ses difficultés, interroge sa pratique et manifeste l'envie de changer son comportement. La deuxième hypothèse concerne la représentation sociale du jeu pathologique, perçu encore par beaucoup comme un vice et non comme une maladie. Pourquoi alors s'adresser à un professionnel de santé? Par

ailleurs, le désarroi des joueurs pathologiques cherchant de l'aide peut être accentué par l'inaccessibilité des soins en France, très peu de structures offrant une prise en charge spécialisée. Ces deux hypothèses ne sont pas exclusives et offrent des pistes de réflexion sur la façon d'améliorer la prévention, le repérage et les soins précoces.

Certains types de jeu semblent particulièrement associés au risque de développer une addiction. Il s'agit des jeux de loterie présentant la caractéristique d'une proximité temporelle entre la mise et le résultat (machines à sous, jeux de grattage). Nous observons aussi dans notre échantillon un attrait pour les paris sportifs, en particulier hippiques. Compte-tenu du développement des courses (plusieurs par jour), de l'existence de chaînes de télévision spécialisées les retransmettant en direct, des méthodes commerciales employées (possibilité de faire ses paris à distance...), il est probable que le jeu pathologique dans cette population particulière continue à s'accroître.

Comorbidités psychiatriques d'axe I

Une très large majorité des sujets rapportait une comorbidité d'axe I actuelle ou passée. Cela peut rendre compte du caractère « sur-inclusif » du MINI, mais aussi s'expliquer par le recrutement particulier des sujets. Comme d'autres auteurs, nous faisons alors l'hypothèse que l'accès aux soins peut être favorisé par les troubles psychiatriques qui précèdent, accompagnent ou succèdent au problème de jeu [32]. À différents degrés, nos données concernant les comorbidités psychiatriques vont dans le sens de celles retrouvées dans d'autres études [11–13,19,21]. Les principaux motifs de variation concernent les outils diagnostiques choisis, la population de joueurs retenue et la période d'évaluation utilisée.

Il est difficile d'avoir une opinion univoque sur la nature du lien entre jeu pathologique et dépression. Cette dernière pourrait être secondaire à l'installation des problèmes de jeu, survenant au même titre que les autres dommages. Elle pourrait aussi entraîner une conduite ludique pathologique, le jeu ayant alors pour fonction de soulager les symptômes anxiodépressifs. Il semble que le sexe féminin soit particulièrement exposé à cette corrélation [25,32], comme cela a d'ailleurs pu être confirmé dans notre étude. La dernière hypothèse est que les deux types de troubles soient des co-occurrences. Le jeu pathologique a parfois été rangé dans le spectre des troubles de l'humeur [13], comme en témoigne la fréquence des comorbidités et des idées suicidaires chez les joueurs. Nous ne discutons pas chaque type de troubles thymiques, si ce n'est pour relever l'existence d'un risque suicidaire pour 36% des sujets, alors même que la moitié d'entre eux ne sont actuellement pas déprimés. Ce risque suicidaire élevé (indépendant de la dépression, semble-t-il) pourrait résulter d'un haut niveau d'impulsivité, souvent décrit chez les joueurs pathologiques.

Les données de la littérature sur les comorbidités anxieuses sont peu fréquentes [5,10]. Dans leur échantillon de joueurs pathologiques, Petry et al. [32] retrouvaient une prévalence des troubles anxieux sur la vie entière de 41,3%, avec 23,5% de phobies spécifiques, et « seulement » 18,2% de trouble panique, 10,5% de phobie sociale et 11,1%

d'anxiété généralisée. Le MINI ne comporte pas de section relative aux phobies spécifiques, ce qui explique la principale différence entre les précédents résultats et les nôtres. Nous sommes surpris par l'importance des antécédents de trouble panique, contrastant avec son absence actuelle. Nous faisons l'hypothèse que ce trouble a pu faire l'objet d'un traitement spécifique, mais aussi que le sujet a pu « s'auto-traiter » par la pratique du jeu ou la consommation d'un produit psychoactif, en premier lieu l'alcool. La dernière hypothèse est que le trouble panique a été traité « indirectement », via un traitement antidépresseur prescrit dans le cadre d'un épisode dépressif majeur (37,5% d'antécédents d'épisode dépressif majeur).

Nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature internationale concernant les comorbidités addictives, avec pour chefs de file l'abus et la dépendance à l'alcool [22,32]. Il est communément admis que dans le champ des addictions, des chevauchements entre dépendances existent. Certains auteurs utilisent la notion de « *switching addictions* » [18].

Notre échantillon comportait 16,7% de joueurs souffrant d'un trouble psychotique actuel ou passé. Les données de la littérature internationale concernant les liens entre psychotose et jeu pathologique sont pauvres. Nous expliquons notre résultat par le caractère sur-inclusif du MINI. Certains critères diagnostiques du trouble psychotique sont en effet peu spécifiques, et une réponse positive à la section « trouble psychotique » peut en fait rendre compte de distorsions cognitives spécifiques du jeu pathologique (illusion de contrôler le destin, conviction en sa propre capacité à influencer le cours du jeu, disparition des lois de probabilité, interprétations biaisées...). À l'inverse, la fréquence des troubles de la personnalité du cluster A (parmi les sujets présentant un trouble psychotique, 75% ont les critères diagnostiques pour au moins un trouble de la personnalité de type paranoïaque), ainsi que le score à l'échelle de schizophrénie du MMPI-2, confortent l'hypothèse que la psychotose existe vraiment.

Étude catégorielle et dimensionnelle de la personnalité

Il est essentiel de prendre en compte l'évaluation de la personnalité, dans la mesure où la présence d'un trouble de la personnalité constitue un facteur de gravité pour le jeu pathologique : on retrouve effectivement une plus forte association à d'autres comorbidités psychiatriques (en particulier l'usage de substances psychoactives) et une moindre adhésion aux soins.

Concernant les troubles de la personnalité diagnostiqués par le SCID-II, nos résultats sont en accord avec la littérature internationale [7,19]. Le trouble de la personnalité borderline était le plus rapporté dans notre échantillon, comme cela a déjà été rapporté par de nombreuses études relatives au jeu pathologique [7,15,22]. Concernant la prévalence du trouble de la personnalité antisociale, nos résultats se situent plutôt dans la « fourchette » basse (16,7%) des valeurs habituellement retrouvées [33]. Le recrutement particulier des sujets dans un lieu de soins l'explique probablement. Quoiqu'il en soit, la prévalence du trouble de la personnalité antisociale est bien plus élevée dans les

groupes de joueurs pathologiques que dans la population générale (1,5 à 3,5%). Il semble que ce trouble favorise la survenue d'une pratique pathologique du jeu. Certains critères diagnostiques du jeu pathologique sont communs à la personnalité antisociale (comportements de fraude, de vol, de mensonge), et il est ainsi probable que la prévalence de la personnalité antisociale soit sur-estimée dans les échantillons de joueurs pathologiques.

L'évaluation catégorielle montre ses limites, dans la mesure où 29,2% des sujets présentaient plusieurs troubles de la personnalité, appartenant le plus souvent à des clusters différents.

Concernant les résultats du MMPI-2, il n'est guère surprenant que l'échelle de dépression obtienne le score le plus élevé, compte-tenu de la fréquence de troubles thymiques comorbides. Blaszczynski et Nower [8] définissent un sous-type de joueurs pathologiques comme « émotionnellement vulnérables », caractérisés par une fragilité anxiodépressive prémorbide, qui pourrait précipiter la survenue d'une pratique pathologique du jeu.

Nous notons des scores élevés d'impulsivité et d'alexithymie, comme cela a déjà été montré dans le jeu pathologique, mais aussi d'autres conduites de dépendance [6,29,30].

Nous attendions un score de recherche de sensations plus élevé. N'ayant pas constitué de population témoin pour cette étude, nous avons confronté nos résultats à ceux de Michel et al. [28], qui ont comparé des sauteurs à l'élastique à des témoins issus de la population générale. Les sujets de notre échantillon ont en moyenne des scores inférieurs aux témoins de l'étude sus-citée, pour chacune des dimensions explorées. Le même type de résultats a déjà été rapporté. L'expertise collective réalisée sous l'égide de l'Inserm [14] a ainsi recensé 20 études ayant comparé le niveau de recherche de sensations de joueurs pathologiques à celui de sujets témoins : sept ne mettaient pas en évidence de différence entre les deux types de population, tandis que le niveau de recherche de sensations était plus élevé chez les joueurs pathologiques dans 11 études et plus bas dans deux. Il est établi qu'avec l'âge, la recherche de sensations tend à diminuer. Nous faisons l'hypothèse qu'il en est de même chez les joueurs pathologiques. Gonzales et al. [17] démontraient ainsi que le niveau de recherche de sensations était supérieur chez des joueurs pathologiques âgés de 17–24 ans, en comparaison de ceux âgés de 24–43 ans et de plus de 44 ans. Rappelons que l'âge moyen de notre échantillon était de 43,8 ans.

Conclusion

Les résultats de notre étude sont certainement limités par le manque de puissance de l'analyse. Un échantillon de 24 sujets n'est sûrement pas représentatif de l'ensemble des joueurs pathologiques français, et le design de notre étude ne correspond évidemment pas à une étude épidémiologique. En outre, cet effectif était trop faible pour que nous puissions envisager des analyses en sous-groupes, en particulier des comparaisons en fonction des différents troubles de la personnalité. De même, le recrutement particulier des sujets introduit un biais : nous n'avons rencontré que des joueurs pathologiques consultant ou ayant consulté dans un lieu de soins spécifiques. Enfin, le MINI, s'il présente

d'indéniables avantages, demeure un instrument de dépistage des troubles psychiatriques d'axe I assez sommaire.

Néanmoins, cette étude est une première en France et permet d'établir des comparaisons avec les travaux réalisés par d'autres équipes, en particulier dans les pays anglo-saxons. Elle a contribué à dégager plusieurs perspectives de recherche, comme l'évaluation d'un échantillon plus large de joueurs, incluant à la fois des joueurs pathologiques, en soins ou non, et des joueurs récréatifs. Il sera alors possible d'étudier les facteurs qui influencent l'émergence du jeu pathologique, et l'initiation de soins spécifiques du jeu pathologique. Ce travail pourrait permettre de proposer la prise en charge thérapeutique la plus adaptée possible au profil du joueur.

Remerciements

Cette étude a été soutenue par le programme hospitalier de recherche clinique interrégional 2006 (10 000 euros) et promu par le centre hospitalier universitaire de Nantes (BRD 06/5-M).

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC, USA: American Psychiatric Association; 1994.
- [2] Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research* 1994;38:33–40.
- [3] Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatric Services* 1998;49:1434–9.
- [4] Blanco C, Hasin DS, Petry N, et al. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine* 2006;36(7):943–53.
- [5] Bland RC, Newman SC, Orn H, et al. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry* 1993;38:108–12.
- [6] Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction* 1997;92:75–87.
- [7] Blaszczynski A, Steel Z. Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 1998;14:51–71.
- [8] Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97:487–99.
- [9] Butcher JN, Graham JR, Williams CL, et al. Development and use of the MMPI-2 content scales. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1990.
- [10] Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton 3rd WM, et al. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders: results from the Saint Louis Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *American Journal of Public Health* 1998;88:1093–6.
- [11] Cunningham-Williams RM, Grucza RA, Cottler LB, et al. Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. *Journal of Psychiatric Research* 2005;39(4):377–90.
- [12] Dannon PN, Lowengrub K, Sasson M, et al. Comorbid psychiatric diagnoses in kleptomania and pathological gambling: a

- preliminary comparison study. *European Psychiatry* 2004;19:299–302.
- [13] Dell’Osso B, Allen A, Hollander E. Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005;1:21.
- [14] Expertise collective. *Jeux de hasard et d’argent*. In: Contextes et addictions. Paris: Inserm; 2008.
- [15] Fernandez-Montalvo J, Echeburua E. Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with IPDE. *Journal of Personality Disorders* 2004;18:500–5.
- [16] First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. User’s guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I personality Disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1997.
- [17] Gonzales N, Mora M, Gutierrez-Maldonado J, et al. Pathological gambling and age: differences in personality, psychopathology and response to treatment variables. *Addictive Behaviors* 2005;30:380–8.
- [18] Hodgins DC, Peden N, Cassidy E. The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: a prospective follow-up of recent quitters. *Journal of Gambling Studies* 2005;21:255–71.
- [19] Ibanez A, Blanco C, Donahue E, et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1733–5.
- [20] Ibanez A, Blanco C, Moreryra P, et al. Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;64:295–301.
- [21] Kim SW, Grant JE, Eckert ED, et al. Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders* 2006;92:109–16.
- [22] Kruegelbach N, Walker HI, Chapman HA, et al. Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. *Actas Espanolas de Psiquiatria* 2006;34:76–82.
- [23] Ladouceur R, Jacques C, Chevalier S, et al. Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Canadian Journal of Psychiatry* 2005;50:451–6.
- [24] Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry* 1997;12:224–31.
- [25] Lejoyeux M, Mc Loughlin M, Adès J. Epidemiology of behavioral dependence: literature review and results of original studies. *European Psychiatry* 2000;15:129–34.
- [26] Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 1987;144:1184–8.
- [27] Martins SS, Tavares H, Lobo DSS, et al. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviours. *Addictive Behaviors* 2004;29:1231–5.
- [28] Michel G, Carton S, Jouvent R. Recherche de sensations et anhédonie dans les conduites de prise de risque. Étude d’une population de sauteurs à l’élastique. *Encéphale* 1997;23:403–11.
- [29] Parker JD, Wood LM, Bond BJ, et al. Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2005;74:51–5.
- [30] Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology* 1995;51:768–74.
- [31] Petry NM. A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist* 2002;42:92–9.
- [32] 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. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66:564–74.
- [33] Pietrzak RH, Petry NM. Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment seeking pathological gamblers. *Addiction* 2005;100:1183–93.
- [34] Potenza MN, Maciejewski PK, Mazure CM. A gender-based examination of past-year recreational gamblers. *Journal of Gambling Studies* 2006;22:41–64.
- [35] Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: University Press; 1997.
- [36] Zuckerman M. Dimensions of sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1971;36:45–52.