

ÉPIDÉMIOLOGIE

Prévalence du jeu pathologique en Île de France. Étude préliminaire

Prevalence of pathological gambling in the general population around Paris: Preliminary study

L. Romo^{a,*}, C. Legauffre^b, C. Genolini^a, C. Lucas^a, A. Morvannou^a,
Y. Lerfel^a, J. Adès^b

^a Laboratoire Evaclipsy et laboratoire ModelX, université Paris Ouest-Nanterre La Défense, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre cedex, France

^b Service de psychiatrie, CHU Louis-Mourier, 178, rue des Renouillers, 92701 Colombes cedex, France

Reçu le 7 avril 2010 ; accepté le 5 octobre 2010

Disponible sur Internet le 24 mars 2011

MOTS CLÉS

Jeu pathologique ;
Épidémiologie ;
Impulsivité ;
Anxiété ;
Dépression

Résumé Le jeu pathologique est caractérisé dans le DSM IV-TR comme faisant parti des Troubles du contrôle des impulsions. Il peut être également considéré comme une addiction comportementale selon les critères définis par Goodman en 1990. À ce jour, il n'existe aucune étude épidémiologique en France sur la prévalence du jeu pathologique. Notre étude évalue la prévalence du jeu pathologique dans un échantillon de 529 personnes : 368 joueurs (recrutés dans des lieux de jeu du Pari Mutuel Urbain et de La Française des Jeux) et 161 personnes en population générale. L'étude a eu lieu entre janvier 2008 et juin 2009. Nous avons utilisé comme instruments : le South Oaks Gambling Scale (SOGS), ainsi que l'échelle de Barratt BIS-10, l'échelle HAD et l'Adult Self Rating Scale (ASRS). Les résultats montrent un taux de prévalence du jeu pathologique de 1,24% et celui du jeu à risque de 5,59%. Dans la population des joueurs, le taux de prévalence du jeu pathologique s'élève à 9,23% et celui du jeu à risque à 10,86%. On retrouve une surreprésentation des hommes dans le groupe de joueurs pathologiques (88,9%) et une fréquence importante de consommations d'alcool et de tabac. La dépression et surtout l'anxiété sont élevées : 40% des joueurs pathologiques présentent un score d'anxiété significativement élevé. Les résultats indiquent des taux proches de ceux d'autres pays, comme le Canada. Il serait donc nécessaire de mettre en place des études de suivi de population et de patients, ainsi que des études spécifiques sur les sujets qui fréquentent les casinos, les hippodromes et qui jouent sur internet.

© L'Encéphale, Paris, 2011.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lucia.romo@orange.fr (L. Romo).

KEYWORDS

Pathological gambling;
Epidemiology;
Anxiety;
Depression;
Impulsivity

Summary

Introduction. – Pathological gambling is characterized in the DSM IV-TR as one of the disorders of impulse control. Problem gambling is also part of what is considered as behavioural addictions, the criteria of which have been defined by Goodman, with intrusive thoughts about the game, spending more and more to play, unable to control, reduce or stop gambling despite negative consequences, etc.

Aim of the study. – There is no epidemiological study in France on the prevalence of pathological gambling. We wanted to study the prevalence of pathological gambling in a sample of 529 persons: 368 gamblers of *Pari Mutuel Urbain* and *La Française des Jeux*, and 161 persons in the general population. The study took place between January 2008 and June 2009.

Methods. – As instruments, we used: the South Oaks Gambling Scale (SOGS) for screening of pathological gambling and the BIS-10 for impulsiveness' evaluation, the HAD scale to assess anxiety and depression and the ASRS for the evaluation of attention deficit disorder/hyperactivity disorder (ADHD).

Results. – The rate of pathological gambling in the general population is 1.24% (this result is similar to those found in other places, such as in Quebec). In the general population, the rate of play at risk is of 5.59%. Among the population of gamblers, the rate for pathological gambling (JP) amounted to 9.23% and risk gambling to 10.86%. Men are overrepresented in the group of pathological gamblers (88.9%), also with consumption of alcohol and tobacco. Suicide attempts are more important than in the general population, but the difference was statistically significant. Depression and anxiety are particularly high, 40% of gamblers with an anxiety score significantly higher.

Discussion. – The results indicate rates close to those of other countries, such as Canada. It would be necessary to establish follow-up studies of populations and patients, as well as specific studies on people who frequent casinos, racetracks and internet gambling. The importance of the phenomenon is obvious, because almost 20% of players have a gambling problem or risk and these people do not consult despite their psychological problems, family, work, debts.

© L'Encéphale, Paris, 2011.

Introduction

Parmi les différents types de joueurs, Adès et Lejoyeux [2] signalent les indifférents, qui ne jouent jamais et n'aiment pas le jeu ; les occasionnels qui jouent si l'occasion se présente ; les passionnés contrôlés, qui aiment les sensations de risque mais contrôlent le temps de jeu ; les joueurs compulsifs ou pathologiques pour lesquels le jeu serait une véritable drogue et les joueurs professionnels qui font du jeu leur profession et y arrivent à gagner leur vie.

Pour Bergler, les caractéristiques d'un joueur pathologique seraient, entre autres, une prise de risque inhabituelle, l'envahissement de la vie par le jeu, l'optimisme pathologique, l'incapacité de s'arrêter de jouer, le « frisson » du jeu [12].

Les critères de jeu pathologique n'apparaissent pas de la même manière au cours de la vie et le caractère chronique du trouble est discuté. Dans le DSM IV-TR [17], le jeu pathologique est caractérisé comme un trouble du contrôle des impulsions et si certaines caractéristiques sont identiques dans ces troubles, d'autres, comme la sensation croissante de tension avant le passage à l'acte, la difficulté à résister à la pulsion, sont plus spécifiques au jeu pathologique.

On peut noter d'ailleurs d'autres similitudes avec les addictions avec substances, comme l'alcoolodépendance.

Un diagnostic différentiel est nécessaire concernant les troubles bipolaires. Les épisodes de jeu compulsif et de pertes importantes n'apparaissent pas seulement lors des épisodes maniaques ou hypomaniaques ; néanmoins,

des comorbidités possibles existent avec des troubles de l'humeur. Le trouble de l'humeur précède souvent le jeu pathologique et persiste après l'arrêt du jeu.

En 1990, Goodman [14] a proposé des critères de l'addiction comportementale, en insistant sur deux critères principaux : l'incapacité répétée à contrôler un comportement et le fait de poursuivre celui-ci malgré ses conséquences négatives. Parmi les addictions comportementales, le jeu pathologique est le plus étudié dans la littérature scientifique [21].

Au flou de la frontière entre usage simple et abus, s'ajoute le flou de la frontière entre l'abus et la dépendance [24], ainsi que la difficulté à déterminer l'existence d'une dépendance physique et/ou psychique. La plupart des joueurs ne sont ni dans l'abus ni dans la dépendance, cependant, la part économique des personnes dépendantes, par rapport à la masse des usagers, est encore difficile à évaluer.

Il existe de réels problèmes d'évaluation dans le cadre du jeu pathologique. En effet, plusieurs outils sont utilisés à des fins différentes, telles que le dépistage, le diagnostic, la classification ou l'évaluation de la sévérité du problème [7].

Prévalence du jeu pathologique

En France, selon la MILDT [25], la prévalence de joueurs pathologiques (JP) en France oscillerait de 600 000 à 1 800 000. Des travaux actuels indiquent, par ailleurs, la progression récente du jeu sur internet, 3,5 % d'internautes [28]

déclarent utiliser l'internet comme un mode d'accès aux jeux d'argent.

Dans les autres pays, lorsque l'on s'intéresse à une revue de la littérature, sur 100 études réalisées sur le jeu à problème durant les 20 dernières années chez les adultes de plus de 18 ans [26], les résultats montrent que le jeu pathologique toucherait environ 1% de la population mondiale [11]. Cependant, la plupart des auteurs s'accorde sur l'intérêt des études longitudinales afin de prédire l'apparition et l'évolution du jeu pathologique [9].

Aux États-Unis, des études ont montré une augmentation du jeu pathologique chez les adultes et les jeunes [27], avec une plus grande comorbidité avec l'alcool, l'usage de substances et la dépendance à la nicotine [19].

Facteurs de risque liés à l'âge

Les études indiquent que 4,4 à 7,4% des adolescents présenteraient les critères de jeu pathologique associé à des comportements à risque et à des comportements d'impulsivité, comme la conduite en état d'ivresse, des conduites sexuelles compulsives, une conduite antisociale et/ou l'usage de substances psychoactives [10]. Chez les adolescents, les études signalent des prévalences deux à trois fois supérieures aux adultes, cependant, un problème relatif aux questionnaires existe car ils ne sont pas adaptés à cette population [6]. Enfin, dans une étude téléphonique portant sur 2274 personnes aux États-Unis, 68% des 14–21 ans avaient joué l'année précédente, dont 2% sur internet. De plus, 27% présentaient un problème de jeu chez les 14–15 ans et 13% d'entre eux avaient joué plus de 52 fois dans l'année [3].

Facteurs de risque psychologiques

Comme nous venons de le noter, le jeu compulsif est rarement une conduite isolée; il s'accompagne fréquemment d'autres addictions et de troubles psychiatriques: alcoolodépendance, troubles de la personnalité, dépression, troubles anxieux.

En France [22], une étude réalisée utilisant la même méthodologie que celle utilisée pour notre recherche (questionnaires anonymes appliqués dans les points de vente La Française des Jeux [LFDJ] et le Pari Mutuel Urbain [PMU]) a montré que sur 100 personnes âgées en moyenne de 46 ans, 23% présentaient un problème d'alcool, 44% fumaient et 14% obtenaient des scores significatifs au questionnaire d'achats compulsifs. Cinquante-six pour cent présentaient un problème de jeu, dont 22% un score de jeu pathologique, néanmoins, l'estime de soi restait bonne chez les JP et à risque.

D'autres prédictors d'un jeu problématique seraient la force du besoin de jouer (*craving*), les efforts infructueux pour arrêter de jouer et le jeu comme réponse à des émotions négatives, au stress et à la dépression.

L'Expertise collective Inserm sur les jeux de hasard et d'argent [12], prenant appui sur l'analyse de près de 1250 articles, recommande la protection de personnes vulnérables par des actions médicales et sociales, des interventions individuelles et collectives, des recherches sur les nouvelles formes de jeux et le développement des struc-

tures d'offre de soins, ainsi que promouvoir une enquête nationale de prévalence et des facteurs associés, enquête qui est actuellement en cours. La France était en effet un des seuls pays développés à ne pas avoir mis en œuvre ce type d'enquête. Des études sur les nouveaux types de jeux et des études de cohorte paraissent également indispensables.

Procédure

L'étude a été réalisée entre janvier 2008 et juin 2009 dans des centres du PMU et de LFDJ sur Paris et la région parisienne¹.

L'échantillon total est composé de 529 sujets (population générale et joueurs). Trente personnes ont été exclues de l'étude du fait de questionnaires incomplètement remplis.

La population générale est composée de 161 personnes.

Celle-ci a été recrutée dans les gares de Paris et de la région parisienne, et par la technique « boule de neige ». Le nombre de joueurs des centres de jeu est de 368. Dans ce groupe, 33 personnes présentaient les critères de jeu pathologique, ce qui correspond à un score supérieur ou égal à 5 au South Oaks Gambling Scale (SOGS) et 38 personnes avaient un problème de jeu à risque (score entre 2 et 4 au SOGS). Même si actuellement la différence entre JP et joueurs à risque (JR) est difficile à établir, nous avons considéré comme critère différentiel le score à la SOGS qui serait un indice de la gravité des conséquences du problème.

Tous les participants ont été informés des objectifs de la recherche, de la procédure (de manière orale) et nous avons obtenu un accord verbal de chaque personne. Par ailleurs, nous avons informé toutes les personnes de la possibilité de ne pas participer ou d'arrêter à n'importe quel moment de la passation. Nous avons observé, en général, un refus sur deux ayant pour principal motif le « manque de temps ».

Le recrutement a été effectué par quatre étudiantes de Master de psychologie CL, YL, AM et ED, toutes formées à la passation de ces outils d'évaluation.

Mesures

Les instruments utilisés étaient :

- un questionnaire sociodémographique ;
- la SOGS [16], instrument permettant de dépister les JP. Cette échelle est composée de 16 items, en tenant compte des sous-items, 20 items sont totalisés. Elle permet d'aborder les différentes difficultés liées au problème de jeu, telles que la fréquence du jeu, les sommes mises, les questions liées à l'entourage et les difficultés financières relatives au problème ;
- l'échelle HAD, ou Hospital Anxiety and Depression Scale de Zigmond et Snaith [29], un instrument comportant deux sous-échelles : dépression et anxiété ;
- l'échelle d'impulsivité de Barratt (Bis-10) [5] comprend 34 items et évalue trois dimensions : l'impulsivité motrice, l'impulsivité cognitive et attentionnelle, et la difficulté de planification, en plus d'un score global ;

¹ Cette étude a été réalisée avec le soutien de La Française des Jeux et du Pari Mutuel Urbain.

- l'échelle de dépistage de l'hyperactivité/déficit d'attention de l'Organisation mondiale de la santé: Adult Self Rating Scale (ASRS) [8];
- la qualité de vie est évaluée par une échelle Likert de 0 à 10 (0 étant l'équivalent d'une qualité de vie très faible et 10 correspondant à une excellente qualité de vie). L'évaluation comportait trois questions, elles concernent la qualité de vie physique: relative aux maladies somatiques, la qualité de vie psychique: relative à l'état mental et psychologique, et enfin la qualité de vie générale.

Résultats

Le logiciel utilisé pour l'analyse des résultats est le logiciel R.

Le taux de prévalence retrouvé dans notre étude parmi les sujets de la population générale est de 1,24% pour le jeu pathologique et de 5,59% pour le jeu à risque. Chez les sujets qui jouent, nous retrouvons 9,23% de JP et 10,86% de jeu à risque.

La population totale est composée de 529 personnes, 31,7% de femmes et 68,3% d'hommes. Dans cette population, 79,1% proviennent de la France métropolitaine; 47% sont célibataires et 41% vivent en couple.

En comparant nos trois groupes: joueurs non pathologiques (JNP), JR et JP, nous retrouvons les résultats suivants (Tableau 1).

Il n'y a pas de différence significative concernant l'âge des sujets dans les trois groupes.

En ce qui concerne le sexe, les hommes sont surreprésentés dans le groupe de JP et des JR (χ^2 , $p < 0,01$).

À travers des analyses de variance, nous n'avons trouvé aucune différence significative en ce qui concerne les revenus des joueurs (par année).

Tableau 1 Données sociodémographiques.

	J. path.	J. à risque	J. non path.
<i>État civil</i>			
Âge	36,4 (11,1)	38,7 (13,3)	38,5 (14,2)
Sexe ^a (homme)	88%	83,7%	64,7%
Célibataire	47,2%	53%	46,3%
Concubinage/marié	30,56%	44%	42,1%
<i>Scolarité^a</i>			
< Bac	22,2%	36,7%	12,1%
Bac	41,7%	26,5%	27,7%
Bac +2 et plus	33,3%	36,7%	59,3%
<i>Enfants</i>			
Pas d'enfants	45,7%	55%	55%
<i>Revenu annuel</i>			
< 15 000 €	54,5%	33,3%	31,8%
15 à 25 000 €	18,2%	22,9%	20,6%
25 à 35 000 €	21,2%	22,9%	22%
+ de 35 000 €	6,06%	20,83%	25,59%

Moyennes (écart-types) ou pourcentage. En gras, différences significatives (test de χ^2 et test exact de Fischer, selon des cas). J. path.: joueurs pathologiques; J. à risque: joueurs à risque; J. non path.: joueurs non pathologiques.

^a Différences significatives à $p < 0,001$.

Tableau 2 Psychopathologie.

	J. path.	J. à risque	J. non path.
<i>HAD</i>			
HAD-A ^a	9,09 (3,9)	7,65 (3,46)	6,68 (3,62)
HAD-D ^a	8 (3,56)	5,12 (2,91)	3,91 (3,03)
<i>Qualité de vie</i>			
1-4	17,2%	4,2%	3,6%
5-7	54,3%	47,9%	33,8%
8-10	28,5%	47,9%	62,6%
<i>Barratt</i>			
Cognitif	21,7 (5,65)	20 (5,84)	19,4 (5,92)
Motrice	19,4 (7,61)	17 (7,97)	16,7 (7,07)
Anticipation	23,5 (6,1)	18,9 (6,35)	19,8 (6,37)
Totale	64,6 (15,1)	55,6 (16,3)	55,9 (14,7)
<i>ASRS</i>			
> 4 ^a	31,43%	18,75%	13,22%

Moyennes (écart-types) ou pourcentage. En gras, différences significatives (test de χ^2 et test exact de Fischer, selon des cas). HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale; ASRS: Adult Self Rating Scale; J. path.: joueurs pathologiques; J. à risque; joueurs à risque; J. non path.: joueurs non pathologiques.

^a Différences significatives à $p < 0,05$.

Les sujets des groupes JP et JR ont des niveaux de scolarité plus bas, presque deux fois moins de sujets ont le niveau Bac (test exact de Fischer, $p < 0,01$).

Nous avons posé des questions sur la consommation de substances aux participants de l'étude, tout en considérant les limites de l'absence d'utilisation d'instruments d'évaluation validés, car cela aurait alourdi considérablement notre protocole, nous pouvons seulement signaler que: les JP semblent fumer davantage que les autres joueurs. Pour l'alcool, les joueurs semblent boire plus et la consommation des JP est presque doublée par rapport aux deux autres groupes. Concernant les autres comportements, la seule différence significative se situe au niveau des achats, qui sont plus fréquents chez les JP (χ^2 $p < 0,01$). La consommation de cannabis est importante dans les trois groupes (plus de 35%) et surtout chez les JR.

Les idées noires apparaissent dans presque un quart de la population des trois groupes étudiés mais les différences ne sont pas significatives. Enfin, 13,9% des JP ont déjà fait des tentatives de suicide (contre seulement 2% chez des JR et 5,3% chez la population générale).

Concernant les habitudes des joueurs, nous constatons que 52,8% des JP fréquentent le casino.

Concernant le Rapido, 58,3% de la population de JP jouent contre 63,3% chez les JR et seulement 22,7% chez les JNP.

Les jeux sur internet sont présents puisqu'ils concernent un quart de JP et JR, ainsi que la moitié chez les JNP.

Parmi tous les participants, 85,7% ne jouent pas sur internet, il ne faut pas oublier qu'en dehors des opérateurs traditionnels, les paris en ligne sur certains sites étaient illégaux au moment de la recherche, ce qui peut biaiser la réponse (Tableau 2).

Concernant la dépression, 31% des JP présentent un score de dépression significatif, contre 4% des JR et 3,7% des JNP (Anova $p < 0,01$).

L'anxiété présente des scores plus élevés : 40 % des JP présentent une anxiété significative et seulement 20,4 % chez les JR et 15,5 % chez des JNP (Anova $p < 0,01$).

L'impulsivité est plus élevée dans le groupe de JP mais les difficultés d'anticipation sont seulement un peu plus importantes chez les JNP que chez les JR.

Les scores d'hyperactivité/déficit d'attention, évaluées à travers l'ASRS, sont significativement plus élevés chez les JP que dans les deux autres groupes : 68,5 % des JP présentent les critères du TDA/H actuel selon l'ASRS (Anova, $p < 0,01$).

Discussion

Cette recherche a permis de mettre en évidence des résultats équivalents à ceux de la littérature mais aussi quelques différences.

Les taux de prévalence du jeu pathologique sont de 1,24 % en population générale et de 9,23 % chez les sujets qui jouent.

Concernant le jeu à risque, le taux retrouvé est de 5,59 % en population générale et de 10,86 % parmi les personnes qui jouent.

D'autres études utilisant The Gambling Impact and Behavior Study [20], aux États-Unis, ont retrouvé un taux de 2,5 % d'adultes JP ou à problèmes en population générale. Le taux de jeu pathologique n'est que de 1,5 % en population générale selon une autre étude [23].

D'autres taux de prévalence sont mis en évidence par l'utilisation d'un autre instrument, le NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems, qui repère 0,8 % de joueurs durant la vie entière et 0,4 % de joueurs à problèmes (des résultats plus bas qu'avec d'autres instruments) [13]. La prévalence durant la vie entière signalée [21] est de 0,4 à 2 % et le biais des tailles des échantillons, ainsi que les instruments utilisés constituent une explication des variations dans les résultats obtenus.

Parmi les JP de notre étude, la répartition selon le sexe est en faveur d'une surreprésentation des hommes (88,9 %) mais aussi chez les JR (83 %) et chez les JNP (64 %). Ces chiffres sont proches de ceux retrouvés en France dans une autre étude [1].

Concernant les comorbidités, deux études aux États-Unis ont montré des taux importants. L'une [15] montrait que 62,3 % des joueurs présentaient une comorbidité, en général un trouble de la personnalité (42 %), un abus d'alcool ou à d'autres substances (33,3 %), des troubles de l'humeur (15,9 %) et des troubles anxieux (7,2 %). L'autre [20] retrouvait des scores plus élevés, puisque 73,2 % présentaient un problème d'alcool, 38 % un problème de drogues, 49,6 % un trouble de l'humeur, 41,3 % des troubles anxieux et 60,8 % un trouble de la personnalité [11]. Notre travail met en évidence des résultats similaires à la première étude concernant l'alcool (58,3 %) et l'abus de substances (cannabis, 36 %). Cependant, concernant la dépression et les troubles anxieux, nos scores s'orientent davantage vers les pourcentages de la seconde étude. Par ailleurs, ils sont significatifs entre les trois groupes. Les JP semblent plus anxieux et déprimés que les JR et les JNP.

Les idées suicidaires associées aux troubles de l'humeur ont été évaluées dans une étude. Celle-ci a montré que 81,4 % des joueurs en traitement avaient reconnu avoir des idées suicidaires et 30,2 % avaient affirmé avoir tenté de se suicider durant les 12 derniers mois [4]. Nos données se révèlent moins élevées, tant pour les idées suicidaires que pour les tentatives de suicide. En effet, les idées suicidaires ne concernent que 13 % des JP, 5,3 % des JR et 2,04 % des JNP. Quant aux tentatives de suicide, nous retrouvons 13,9 % chez les JP et seulement 2,04 et 5,35 % chez les JNP.

L'impulsivité est une comorbidité récurrente chez les personnes dépendantes. Dans notre étude, nous trouvons des données concordantes avec la littérature : elle est beaucoup plus présente chez les JR et JP que chez les joueurs sans problème. Ces résultats vont dans le sens de ceux retrouvés en 2009 [18] et mettent en évidence que l'impulsivité, à un niveau élevé, peut être prédictive d'une évolution défavorable du jeu pathologique.

Dans notre étude, nous nous sommes plus intéressés à la qualité de vie et malgré les limites de celle-ci à travers seulement une échelle Likert, nous observons une bonne qualité de vie qui a été évaluée entre 8 et 10 sur 10. Cela concernait 28,3 % des JP, 47,9 % des JR et 62,6 % des JNP.

Les jeux sur internet sont présents chez un quart des joueurs à problèmes. Nous pensons que, dans l'avenir, la situation pourrait évoluer et le nombre de joueurs à problèmes qui jouent sur internet pourrait augmenter, compte tenu de l'ouverture du marché des jeux de hasard sur internet depuis juin 2010.

Notre étude présente de manière évidente des limites. Nous pouvons tout d'abord noter un biais de recrutement puisque les lieux de jeux qui ont été choisis pour représenter Paris et la petite couronne (les départements limitrophes 91, 92, 93, 78, 94) ne sont évidemment pas représentatifs de tout le territoire français.

Par ailleurs, n'ayant pas procédé à l'analyse des motifs de refus, nous pouvons nous interroger sur la relation entre la motivation des sujets de notre étude ayant accepté de répondre au questionnaire et leur degré de dépendance.

Nous devons signaler également le fait que des joueurs de jeux de table, comme le poker ou le black-jack, ainsi que des jeux sur internet, n'ont pas été inclus dans notre étude.

Une autre limite de notre étude est le non-appariement des groupes, dû principalement au nombre insuffisant de joueurs recrutés pour l'instant et aux effectifs différents entre les groupes de joueurs et la population générale.

Conclusion

L'originalité de ce travail tient dans la comparaison entre une population générale et une population de joueurs recrutés directement dans les lieux de jeux. Malgré des limites évidentes d'ordre méthodologique, notre étude met en évidence des résultats intéressants. Ainsi, concernant la population générale, le taux de JP avoisine celui retrouvé dans les autres pays européens (1,24 %). En revanche, le taux de JR est important à prendre en considération car il représente 5,29 % de la population générale. La proportion importante de JP et de JR parmi les sujets fréquentant les lieux de jeux, même si elle n'est pas surprenante, montre les relations très étroites entre comportement de jeu, jeu

pathologique et jeu à risque. Elle devrait inciter les pouvoirs publics et les autorités de santé à renforcer les démarches de prévention primaire et secondaire dans les sites de jeux, où se trouve une « population cible » particulièrement vulnérable.

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt.

Références

- [1] Achour-Gaillard A. Les joueurs dépendants : une population méconnue en France. CREDOC; 1993.
- [2] Adès J, Lejoyeux M. Encore plus ! Jeu, sexe, travail argent. Paris: Odile Jacob; 2001.
- [3] Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, et al. Gambling, alcohol and other substance use among youth in the United States. *J Stud Alcohol Drugs* 2009;70:134–42.
- [4] Battersby M, Tolchard B, Scurrah M, et al. Behavior in people with pathological gambling attending a treatment service. *Int J Ment Health Addict* 2006;4:233–46.
- [5] Baylé FJ, Bourdel MC, Caci H. Structure factorielle de la traduction française de l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10). *Rev Can Psychiatr* 2000;45:156–65.
- [6] Becoña E. In: Echeburua E, editor. Nuevas fronteras en el estudio del juego patológico. Madrid: Fundación Ramón Areces; 2006.
- [7] Blaszczynski A, Ladouceur R, Moodie C. The Sydney Laval Universities gambling screen: preliminary data. *Addict Res Theory* 2008;4:401–11.
- [8] Composite International Diagnostic Interview de l'OMS. Test de dépistage avec échelle d'auto-évaluation des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte (ASRS version. 1.1). Organisation mondiale de la santé; 2003.
- [9] Derevensky JL, Gupta R. Adolescents with gambling problems: a synopsis of our current knowledge. *eGambling: the Electronic Journal of Gambling Issues* 2004, 10. Available at <http://www.camh.net/egambling>.
- [10] Duhing AM, Maciejewski PK, Desai RA, et al. Characteristics of adolescent past-year gamblers and non-gamblers in relation to alcohol drinking. *Addict Behav* 2007;32:80–9.
- [11] Dyke N. Jeux et dépendances. In: Colloque international. Montréal: Fond québécois de la recherche sur la société et la culture; 2009.
- [12] Expertise collective Inserm. Jeux de hasard et d'argent. Contexte et addictions. Paris: Les Éditions de l'Inserm; 2008.
- [13] Gernstein D, Murphy S, Tace M, et al. Gambling impact and behaviour study. Chicago: report of the National Gambling Impact Study Commission; 1999.
- [14] Goodman A. Addiction, definition and implications. *Br J Addict* 1990;85:1403–8.
- [15] Ibañez A, Blanco C, Dorahue E, et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry* 2001;158:1733–5.
- [16] Lesieur HR, Blume S. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987;9:1184–8.
- [17] Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé, traduction J.-D. Guelfi, M.A. Crocq (Coord). Paris: APA; 2003.
- [18] Myrseth H, Pallesen S, Molde H, et al. Personality factors as predictors of pathological gambling. *Pers Individ Differences* 2009;47:933–7.
- [19] 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(5):564–74.
- [20] Rapport of the National Gambling Impact Study. Commission national Opinion Research, Center at the University of Chicago Gemini Research. The Lewin Group Christiansen/Cumming Associates. 1999.
- [21] Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris: Médecine Science/Flammarion; 2006.
- [22] Romo L, Cardon ML, Cerbeland, et al. Jeu pathologique et estime de soi. Étude sur une population à risque. *Alcoolologie et Addictologie* 2004;26(4):307–10.
- [23] Shaffer H. A public health perspective on gambling: the four principles. Report prepared for the American Gaming Association Responsible Gaming Lecture Series. Chicago; 2003.
- [24] Valleur M, Matysiak JC. Les addictions. Dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique. Liège: Armand Colin; 2002.
- [25] Venisse JL, Adès J, Valleur M. Rapport pour la MILDT concernant le problème des addictions aux jeux. Paris: MILDT; 2007.
- [26] Wiebe J, Volberg RA. Problem gambling prevalence research. A critical overview. A report to the Canadian Gaming Association; 2007.
- [27] Winters KC, Arthur N, Leiten W, et al. Gambling and drug abuse in adolescence. In: Derevensky JL, Gupta R, editors. Gambling problems in youth: theoretical and applied perspectives. New York: Kluwer Academic/Plenum; 2004.
- [28] Womack SB, Cotter LB, Grucza RA, et al. Personality characteristics of internet gamblers. Poster presentation at the Institute for Research on Pathological Gambling and Related Disorders Conference. Las Vegas; 2002.
- [29] Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.