

# Perspective médicale de l'addiction aux jeux d'argent dans le contexte suisse

Olivier Simon<sup>a</sup>, Coralie Zumwald<sup>a</sup>, Antonella Luongo<sup>a</sup>, Stéphanie Müller<sup>a</sup>, Caroline Dunand<sup>a</sup>, Tazio Carlevaro<sup>b</sup>, Jacques Besson<sup>a</sup>

## Quintessence

- Le médecin de premier recours a un rôle essentiel dans le dépistage du jeu excessif en sa qualité de dépositaire du secret médical.
- Plus du tiers des demandes d'aide liées au jeu excessif sont associées à des idées suicidaires lors de la première consultation.
- Le traitement est multimodal et multifocal et il doit combiner notamment la clarification des motivations à réduire ou non l'activité de jeu, le soutien aux proches, des restrictions d'accès au jeu et/ou à l'argent, l'intégration de l'espoir de gain structurellement négatif, et l'abord des comorbidités anxio-dépressives.
- Il existe en Suisse un réseau de centres et antennes de prises en charge spécialisée accessibles par le biais d'un numéro vert et des sites: [www.sos-jeu.ch](http://www.sos-jeu.ch)/[www.sos-spielsucht.ch](http://www.sos-spielsucht.ch)/[www.giocoresponsabile.com](http://www.giocoresponsabile.com).

De manière récurrente, les discours sur les jeux de hasard et d'argent ont été marqués par la condamnation morale d'une activité «déviante», allant à l'encontre des valeurs comme l'effort et le mérite, et menaçant la hiérarchie sociale [1]. C'est à partir du XIX<sup>e</sup> siècle qu'apparaissent les premières conceptualisations médicales du jeu excessif, qui est alors considéré avant tout comme une «maladie morale» [2]. A partir des années 70, la libéralisation du marché des jeux d'argent et l'expansion considérable de l'offre vont de pair avec une diminution des considérations morales. L'année 1980 sonne l'heure de la «DSM'isation» du trouble [2], avec l'apparition du «jeu pathologique» dans le manuel de référence. Ce dernier présente le joueur «pathologique» comme un individu distinct des autres types de joueurs, pouvant être évalué au moyen d'une liste de symptômes. Le trouble augmente en visibilité et devient un sujet de recherche dans de nombreux domaines, notamment en psychologie et en médecine.

La Suisse ne fait pas exception en matière de développement de l'offre de jeux d'argent avec, dès la fin des années nonante, le développement des loteries électroniques, puis, à partir de 2001, l'ouverture d'une vingtaine de casinos dans le cadre de la nouvelle Loi sur les maisons de jeux (LMJ, 1998; OLMJ, 2000), auxquels s'ajoute l'offre transfrontalière en matière de casinos mais aussi de jeux online.

Cette contribution se propose de faire le point sur le rôle du médecin en matière de jeu excessif. Une première partie sera consacrée aux définitions ainsi qu'à la pré-

sentation de quelques données épidémiologiques. Le cadre institutionnel suisse sera ensuite explicité, avant de se centrer sur la prévention et le traitement, avec un accent sur les prestations qu'il est possible de mettre en œuvre en médecine de premier recours, le cas échéant, encordé avec un centre spécialisé.

## Conceptualisations du jeu excessif et données épidémiologiques

### Trouble du contrôle de l'impulsion ou addiction?

Le jeu pathologique est actuellement catégorisé au sein du DSM-IV parmi les «Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs». Toutefois, cette catégorisation a été largement débattue et est appelée à évoluer dans le DSM-V ([www.dsm5.org/ProposedRevisions](http://www.dsm5.org/ProposedRevisions)), qui prévoit d'inclure le trouble sous l'appellation de «Gambling Disorder» dans la catégorie «Addictions and Related Disorders». Les critères en eux-mêmes (tab. 1) devraient rester identiques, à l'exception du critère 8 relatif aux actes illégaux, que le DSM V devrait supprimer en raison de sa faible prévalence. Quant au seuil diagnostique, il devrait rester à 5 critères. Il n'y a pas de critère de temporalité et le fait que les symptômes puissent s'expliquer par un état maniaque constitue un critère d'exclusion.

L'inclusion du jeu excessif dans le domaine des addictions résulte de nombreux travaux qui ont mis en exergue les points communs entre les deux types de troubles (pour une synthèse, voir [3]). Ces points communs concernent principalement la phénoménologie des deux catégories de troubles (notamment symptômes de tolérance et de sevrage, «craving»), leur évolution (chronicité, rémissions spontanées), les conséquences négatives (familiales, financières, légales), les traits de personnalité (impulsivité et recherche de sensations), les comorbidités (fréquente co-occurrence des deux types de troubles), les cognitions (recherche de récompense immédiate, prises de décisions problématiques), la neurobiologie (circuit dopaminergique) et la réponse aux traitements (modèles des 12 étapes, approches motivationnelles, prévention de rechute, effets thérapeutiques des antagonistes opioïdes).

Blaszczynski et Nower ont tenté de rendre compte des multiples dimensions du jeu excessif au sein d'un modèle

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêt en relation avec cet article.

<sup>a</sup> Centre du jeu excessif, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

<sup>b</sup> Gruppo Azzardo Ticino-Prevenzione, Bellinzona

intégratif dénommé modèle «des pathways» [4]. Le modèle des pathways part d'un constat clinique d'hétérogénéité des joueurs. Il distingue trois sous-groupes de joueurs:

- Le premier concerne les joueurs pathologiques dits «normaux», qui de par leur environnement ont été confrontés à une offre de jeu accessible et qui, par les gains intermittents, ont développé un jeu problématique par conditionnement.
- Le second groupe concerne les joueurs émotionnellement vulnérables, qui vont, en plus de ces mécanismes, trouver dans le jeu une échappatoire à des difficultés émotionnelles préexistantes.
- Le troisième sous-groupe présente les mêmes caractéristiques, auxquelles s'ajoute encore une prédisposition biologique à l'impulsivité (fig. 1 [6]).

**Prévalence**

Les études épidémiologiques estiment qu'il y aurait entre 1,6 et 4% de la population adulte concernée par un problème de jeu dans les pays industrialisés [5]. Selon la dernière enquête épidémiologique suisse, le nombre de joueurs excessifs, en Suisse, oscillerait entre 46 000 et 98 000 personnes pour la prévalence relative aux 12 derniers mois, et entre 149 000 et 230 000 personnes pour la prévalence sur la vie entière [6]. Malheureusement, ces données datent de 2006 et depuis il n'y a plus eu de recueil de données de prévalence au niveau national. Dans l'attente des données de l'Enquête suisse sur la santé 2012, les données recueillies auprès de populations jeunes suggèrent néanmoins une augmentation [7].

**Facteurs de risque**

Il n'y a pas de profil-type de joueur excessif. Le jeu excessif peut toucher tous les âges et toutes les catégories sociales de la population. Néanmoins, les statistiques nous indiquent que ce problème se manifesterait plus fréquemment chez les personnes de sexe masculin, jeunes, avec un statut socio-économique modeste, séparées ou divorcées et présentant des traits impulsifs. Dans une étude publiée en 2008, Johanson et ses collègues estiment que le risque de présenter un problème de jeu serait 2 à 3 fois plus élevé chez les hommes, 1,5 à 2 fois plus élevé chez les personnes divorcées, 2 à 3 fois plus élevé chez les personnes ayant un revenu modeste, 2 à 4 fois plus élevé chez les migrants et 3 à 10 fois plus élevé chez les personnes ayant des co-addictions ou des troubles anxieux et/ou dépressifs [8].

**Jeu excessif et suicidalité**

Newman et Thompson estiment qu'il y aurait 3,4 fois plus de tentatives de suicide chez les joueurs excessifs que dans la population générale, une fois les variables «addiction aux substances» et «troubles mentaux» contrôlées [9]. Seguin, Lesage, Chawky et al. ont mis en évidence environ 5% de joueurs excessifs dans un échantillon de personnes décédées par suicide dans la province du Nouveau-Brunswick (Canada) [10]. Il n'existe pas de données similaires en Suisse. Les données d'activité des centres spécialisés rapportent la présence d'idées suicidaires, scénarisées ou non, chez environ un tiers des joueurs excessifs consultant.

**Comorbidités**

D'après une récente méta-analyse, les comorbidités les plus courantes sont la dépendance à la nicotine (35-75% de joueurs excessifs), la dépendance à l'alcool (10-75%), les troubles dépressifs (10-45%) et les troubles anxieux (10-60%) [11]. Les auteurs font toutefois remarquer l'importante hétérogénéité des études, qui ciblent des populations différentes.

**Interventions en matière de jeu excessif**

**Cadre institutionnel suisse**

La Loi sur les maisons de jeu (LMJ) est entrée en vigueur en 2000. Elle a pour but d'empêcher la criminalité et le blanchiment d'argent, de garantir une exploitation des

**Tableau 1**  
Synthèse des 10 critères DSM-IV du jeu pathologique (seuil de 5 critères pour le diagnostic).

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

\* Critère supprimé dans le futur DSM-V.

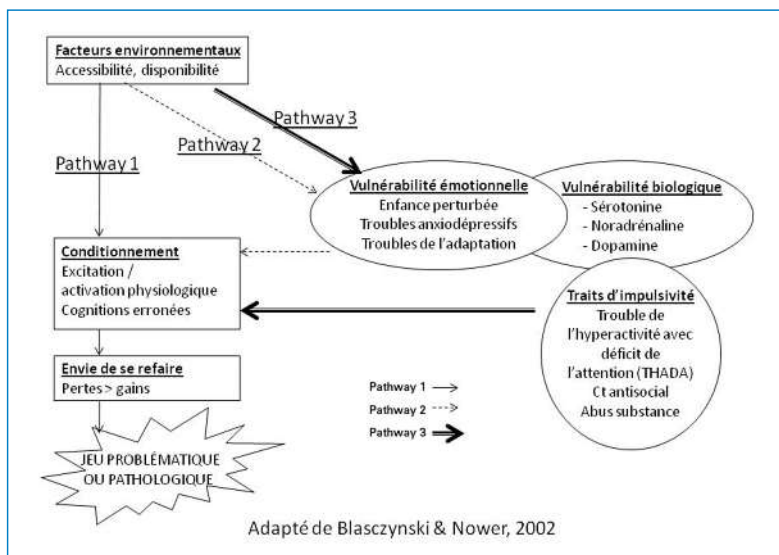


Figure 1  
Modèle des pathways et abord de la comorbidité.

jeux d'argent sûre et transparente et de prévenir les conséquences socialement dommageables du jeu. Chaque casino doit interdire son accès aux mineurs et aux personnes faisant l'objet de mesures d'exclusion, et doit mettre à disposition un programme de mesures sociales dans son enceinte. Ce programme vise à détecter les clients qui sont à risque de développer des problèmes de jeu, ou qui jouent de manière excessive, afin de prévenir les conséquences liées à la dépendance au jeu.

En ce qui concerne les loteries, la Loi fédérale sur les loteries et les paris professionnels (LLP) stipule que seules les loteries visant un but d'utilité publique ou de bienfaisance peuvent être autorisées par l'autorité cantonale compétente, pour le territoire du canton où elles sont organisées. En 2006, la Convention intercantonale sur les loteries et paris (CILP) entre en vigueur. Elle prévoit que le 0,5% du produit brut des jeux doit être versé aux cantons pour lutter contre la dépendance au jeu.

Par ailleurs, une part significative du produit de l'exploitation des jeux est affectée à l'utilité publique via les organes de redistribution cantonaux pour les loteries (543,5 millions de francs en 2010), via l'impôt fédéral pour les Casinos de type A (293 millions de francs en 2010), et via l'impôt cantonal pour les Casinos de type B (156 millions de francs en 2010).

L'intervention des services de santé publique dans le champ du jeu excessif est un phénomène récent. Elle sous-tend une intervention de l'Etat dans les domaines où les conflits d'intérêts vont à l'encontre de la seule responsabilisation et auto-régulation des acteurs.

Les centres spécialisés de prévention et de traitement se sont progressivement mis en place dès les années 2000. Il en existe, à présent, dans la plupart des cantons. Les adresses des lieux de référence se trouvent sur les sites institutionnels [www.sos-jeu.ch](http://www.sos-jeu.ch), [www.sos-spielsucht.ch](http://www.sos-spielsucht.ch) et [www.giocoresponsabile.com](http://www.giocoresponsabile.com).

### Détection précoce par le médecin

Le jeu excessif reste une pathologie peu reconnue. Les actions de prévention tout public peinent à atteindre leur cible, par manque de visibilité et de moyens. En moyenne, les personnes qui souffrent d'un jeu excessif attendront 5 ans, depuis l'apparition du problème, pour demander de l'aide [12]. Sur les 1 à 3% de personnes concernées par un problème de jeu en Suisse, seuls 2% d'entre elles auraient consulté spécifiquement pour cette raison [13].

Le challenge du dispositif institutionnel avec son réseau de centres et d'antennes spécialisées repose sur une contribution croissante des acteurs de première ligne, pour une détection des joueurs excessifs très en amont, afin de limiter les coûts sociaux et la désinsertion de ces personnes. Il importe donc tout particulièrement de sensibiliser les médecins de premier recours, qui offrent une porte d'entrée privilégiée grâce à la confidentialité conférée par le secret médical.

Le dépistage repose autant sur une anamnèse systématique des conduites addictives lors des premiers contacts ou lors des bilans approfondis, que dans l'implémentation de questions exploratoires au sein de questionnaires de santé plus larges remis aux patients avant la première consultation. Les trois questions de dépistage proposées

dans le tableau 2 ont montré des caractéristiques psychométriques intéressantes, dans cette optique.

Lorsque la demande émane d'un proche, il faut d'abord recentrer la demande sur les besoins émotionnels propres du proche. Avant d'engager un traitement, il y a lieu de prioriser le rétablissement d'une sécurité financière (dissociation des comptes communs avec le joueur, éventuelles mesures civiles de protection de l'union conjugale), clarifier les limites, désamorcer les pièges liés à la culpabilité ou à la banalisation. Il importe également de nuancer l'objectif d'abstinence. Plusieurs travaux ont montré la pertinence de soins basés sur un objectif de jeu contrôlé, quitte à ce que la personne vise un objectif d'abstinence dans un second temps [15].

### Traitements psychosociaux

Deux métaanalyses publiées respectivement en 2005 [16], et 2009 [17], soulignent à la fois les résultats globalement positifs des traitements psychosociaux du jeu excessif, mais en même temps, l'extrême diversité de l'offre. Les principales modalités évaluées concernent des approches psychoéducatives inspirées des techniques cognitives et comportementales, avec un accent sur les techniques cognitives focalisées sur les croyances de gains «à chaud» du joueur, qui le poussent à poursuivre sa séquence de jeu contre l'évidence statistique que plus longtemps il jouera, plus grandes seront ses pertes. Les traitements évalués comportent néanmoins des grandes variations, que ce soit au niveau du setting (groupe ou individuel) ou des «packages psychoéducatifs» proposés (travail sur l'ambivalence, travail sur le repérage et la gestion des déclencheurs et des écarts éventuels, travail sur les cognitions, techniques comportementales d'exposition-relaxation). En outre, il apparaît essentiel d'intégrer les proches à la prise en charge [18]. L'importance du suivi social n'a jamais été évalué en tant que tel, alors que d'un point de vue clinique, il apparaît lui aussi déterminant [19]. Il s'agit notamment d'évaluer avec la personne traitée la pertinence des mesures d'exclusion des lieux de jeu problématique, que cela soit prévu par la loi (casinos), ou mis en place de gré à gré (offres de jeu des café-restaurants, jeux online). Il faut aussi considérer les mesures de restriction à l'argent (limitations d'accès au compte ou à la carte bancaire), avec l'aide, le plus souvent, du conjoint. Les mesures tutélaires s'avèrent rarement nécessaires et ne sont à considérer que *ultima ratio*.

### Médication

Aucune pharmacothérapie n'a à ce jour reçu d'accréditation dans l'indication spécifique «jeu excessif». Le ta-

**Tableau 2**


Trois questions clés pour le dépistage du jeu excessif, adaptées du Lie-Bet questionnaire (d'après [14]).

1. Avez-vous déjà dû mentir à des personnes proches concernant votre comportement relatif aux jeux d'argent?
2. Avez-vous déjà senti le besoin de miser toujours plus d'argent?
3. Vous est-il arrivé de vous énerver suite à des remarques critiques d'autres personnes concernant votre manière de jouer aux jeux d'argent?

**Tableau 3**

Médicaments ayant fait l'objet d'études contrôlées en matière de jeu excessif (adapté de [20]).

	Réponse à la médication	Réponse au placebo
Naltrexone (2 études)	62%	34%
Nalméfène (2 études)	52%	46%
Fluvoxamine (2 études)	72%	48%
Paroxétine (2 études)	63%	40%
Sertraline (1 étude)	68%	66%
Bupropion (1 étude)	36%	47%
Olanzapine (2 études)	67%	71%

bleau 3  rapporte les principaux résultats des études contrôlées, adaptés de la publication de Hodgins, Stea, et Grant dans *The Lancet* en 2011 [20]. Trois groupes de médication retiennent à ce jour l'intérêt des pharmaciens [21]: les antagonistes opioïdes comme la naltrexone et le nalméfène (pas encore commercialisé en Suisse pour ce dernier), les antidépresseurs sérotoninergiques, et enfin, les médicaments glutamatergiques, comme la N-acétyl-cystéine et le topiramate. Bien que les résultats des études contrôlées soient plus mitigés pour les antidépresseurs que pour la naltrexone, les antidépresseurs sérotoninergiques permettent d'adresser parallèlement les fréquentes comorbidités anxio-dépressives et ont l'avantage d'être parfaitement tolérés. La naltrexone doit être considérée avec prudence en raison de ses effets secondaires hépatiques, et ne devrait être prescrite, selon nous, qu'après avis d'un spécialiste. L'effet des médicaments glutamatergiques reste insuffisamment documenté. Les recherches préliminaires relatives aux antipsychotiques et aux stabilisateurs d'humeur se sont révélées décevantes.

## Conclusions

Si la législation relative aux jeux d'argent intègre progressivement les préoccupations de santé publique, traiter le joueur excessif au sein d'un environnement qui comporte une offre de plus en plus attractive demeure un défi. L'expérience clinique et les recherches publiées dans les pays anglo-saxons permettent de disposer de bases solides pour asseoir les interventions. Sur le plan psychosocial, le médecin pourra utiliser les compétences qu'il a acquises dans d'autres domaines de la médecine de l'addiction, et tout particulièrement les techniques d'Entretien motivationnel. Le travail psychoéducatif visant les superstitions et croyances de gain des joueurs peut être combiné avec une médication, et ne doit cependant pas omettre la mise sur pied de mesures de limitation d'accès à l'argent et aux jeux eux-mêmes. La prévention du risque suicidaire doit faire partie de toute évaluation du joueur excessif. Le médecin de premier recours dispose d'un rôle clé dans le dépistage et la mise en réseau précoce. En Suisse, il peut désormais compter sur un réseau de centres et d'antennes spécialisées pour exercer ce nouveau domaine de compétences en médecine de l'addiction.

### Correspondance:

Dr Olivier Simon  
Centre du jeu excessif, Service de psychiatrie communautaire  
Département de psychiatrie  
Centre hospitalier universitaire vaudois  
7, rue Saint-Martin  
CH-1003 Lausanne  
[Olivier.Simon\[at\]chuv.ch](mailto:Olivier.Simon[at]chuv.ch)

### Références

La liste complète des références numérotées se trouve sous [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).