

Fédération
addiction

● PRÉVENIR ▲ RÉDUIRE LES RISQUES ◆ SOIGNER

Addictions

sans

substance

repère(s)



Addictions

sans

substance

repérage(s)

REMERCIEMENTS:

Ce Guide REPÈRE(S) a été réalisé grâce à la mobilisation, aux apports et aux réflexions des intervenants de terrain. La Fédération Addiction tient donc à adresser ses remerciements :

- Aux 47 structures qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire
- Aux 22 établissements visités qui ont bien voulu nous recevoir
- Aux 31 professionnels qui nous ont accordé un entretien sur site

Nous remercions également :

Les sept membres du groupe projet pour leurs contributions et leur implication dans l'élaboration de ce travail :

- Emmanuel Benoit (SEDAP)
- Jean-Michel Costes (Observatoire des Jeux)
- Françoise Facy (INSERM)
- Delphine Pick (Cèdre Bleu)
- Lucia Romo (Université Paris Ouest Nanterre La Défense)
- Jean-Jacques Santucci (AMPTA)
- Ombeline Souhait pour son appui.

Chacun des contributeurs :

- Robert Ladouceur (Université Laval, Québec, Canada)
- La Guilde
- L'ARJEL
- Pierre Taquet et Stéphanie Liénard (Réseau Jeu Pathologique Nord Pas de Calais)
- Sabine Chabert et Michaela Belleuvre (SEDAP)
- L'équipe de Douar Nevez
- Laurence Dorey et Hubert Osscini (AMPTA)

Et tous les membres du Conseil d'Administration de la Fédération Addiction pour avoir permis et nourri ce travail :

- Les cinq délégués régionaux des Unions Régionales pilotes pour leur appui
- Ainsi que l'ensemble des relecteurs de l'ouvrage

Enfin, nous remercions :

- Jean-Pierre Couteron, président de la Fédération Addiction
- Nathalie Latour, déléguée générale de la Fédération Addiction

Ce projet a reçu le soutien de la Direction Générale de la Santé



Avant-propos

Ce nouveau guide de la collection Repère(s) apporte un premier éclairage sur le déploiement des réponses en direction des personnes concernées par les addictions sans substance. Domaine nouveau, mais en croissance exponentielle. Domaine exemplaire d'un nouveau contexte sociétal des addictions, celui d'une société addictogène et de ses contradictions.

Nous devons donc, sans hésiter, anticiper les difficultés qui se font jour. À partir d'un travail d'enquête préalable, largement représentatif, la mobilisation des professionnels pour répondre aux questionnaires et prendre le temps nécessaire aux entretiens, a permis un état des lieux riche de leçons. Il montre l'émergence de ce nouveau public, la mise en place des réponses, les difficultés de les déployer sans lâcher sur les autres problématiques qui nous mobilisent.

Des premières expériences sont ici présentées, comme le veut la collection, elles témoignent du travail fait par les structures et professionnels, souvent avec peu de moyens, parfois en anticipant sur les politiques publiques, mais toujours à partir des réalités des territoires de santé dans lesquelles elles sont implantées. Ces expériences sont en lien avec les travaux et les réalisations rencontrées à l'étranger, dans des pays qui nous ont devancés dans les réponses à ces nouvelles addictions.

Les addictions sans substance sont une illustration de ce qui anime le champ des addictions, ou de ce qui devrait l'animer, une modernisation de la politique publique qui se dégage de l'illusoire protection du simple interdit pénal, pour oser aller vers l'utilisateur, vers ses entourages, vers les situations sensibles dans une logique de réduction des dommages.

Une politique qui associe la prévention, les soins et la réduction des risques, pour donner à chacun les moyens de contenir l'expérience d'usage, sans excès ni dépendance. Ces addictions sont sans substance, mais pas sans lien avec nos modes culturels : abus d'écran et cyberaddictions sont un détournement d'objet, de ces objets de communication inventés pour le jeu, la circulation d'information ; les jeux d'argent et de hasard répondent à la fascination du gain, d'un gain rapide, intense.

Les addictions sans substance nous parlent de nous, de notre modernité. Raison de plus pour prendre nos repères et accompagner nos concitoyens.

Jean-Pierre Couteron
Président Fédération Addiction

SOMMAIRE

Avant propos par Jean-Pierre Couteron	5
Introduction	7
PARTIE 1	12
Jeux de hasard et d'argent en France: pratique ludique et addiction	13
Présentation générale - lutte contre le jeu en ligne excessif et pathologique	17
Le repérage : outils et modes d'intervention	20
La prise en charge des problématiques de jeux pathologiques:	26
À propos de l'accueil des joueurs de jeux en réseau dans les structures dédiées	30
Principales composantes du traitement des joueurs pathologiques	33
Points de repère(s) pour la prévention et la prise en charge des addictions sans substance	35
PARTIE 2	36
Les publics	39
Quels sont les types de problématiques rencontrées par les usagers accueillis ?	39
Orientation	40
Addictions sans substance et polyaddiction: le repérage	41
Comorbidités psychiatriques et facteurs de risque	41
Cyberdépendance et adolescence	41
De la prévention à l'intervention précoce	42
Le travail avec l'entourage	42
Travailler les représentations	43
Connaitre les jeux, de hasard et d'argent, virtuels... pour mieux travailler avec	43
<i>Illustration - prévention 2.0</i>	44
<i>« Bien joué ! » Le guide québécois de la prévention du jeu pathologique auprès des jeunes</i>	46
La prise en charge	47
L'accueil et ses intervenants	47
<i>Expérience: L'AMPTA, un CSAPA face aux addictions sans substance</i>	48
L'accompagnement psychosocial	50
A. L'approche motivationnelle	50
B. Approche cognitivo-comportementale	51
C. Approches psycho-dynamiques	51
D. L'accompagnement social	51
Accueillir l'entourage	53
A. Pour le jeu de hasard et d'argent	53
B. Pour le jeu vidéo	53
Les outils	54
A. Les outils tirés des méthodes TCC	54
B. Les groupes de paroles	55
C. Regroupements de professionnels	55
<i>Expérience: ECOP, quand on est ensemble les idées s'assemblent</i>	56
<i>Illustration - réseau du jeu pathologique dans le Nord Pas de Calais</i>	58
Formations et besoins	60
Qui est formé par qui ?	60
Les enjeux de la formation	61
Les besoins principaux énoncés par les professionnels	61
Autres obstacles	62
Partenariats et orientation	63
Orientation des usagers	63
La question des opérateurs de jeux	63
<i>Expérience: sedap</i>	64
<i>Abus d'écrans chez les adolescents ? 5 Petits films pour mieux comprendre</i>	65
Conclusion	66
Annexes	70

Promouvoir l'organisation d'une réponse coordonnée dans

La prise en charge des addictions sans substance

Les addictions sans substance ne sont plus considérées comme une simple difficulté passagère et chacun reconnaît que les personnes souffrant de ces pertes de contrôle doivent être aidées, soutenues pour s'inscrire dans une véritable démarche de soins. Cela nécessite que soit proposée une réponse coordonnée. Pour en préciser les conditions, nous explorerons ici l'exemple des jeux de hasard et d'argent, et notamment le jeu excessif, mais également les autres addictions comportementales que sont l'addiction aux jeux vidéo, à Internet, aux achats, au sport, au sexe, à la nourriture, au travail... Par ailleurs, sans oublier la prévention et la réduction des risques, nous nous centrerons sur la prise en charge.

Évolution du cadre réglementaire et des savoirs sur les jeux de hasard et d'argent

La France a prôné un modèle équilibré et contrôlé de l'offre de jeux de hasard et d'argent, oscillant entre préservation de l'ordre public, voire plus récemment de la santé publique, et un enjeu commercial et ludique. Les jeux de paris ou de mises ont quasiment toujours existé, souvent d'ailleurs de manière non formelle. En 1776, la création de la Loterie royale est accusée de provoquer la ruine de nombreuses personnes. Les premières tentatives de régulation de l'État ne sont pas un succès. Après une tentative infructueuse de prohibition des loteries en 1836, la première réglementation française connue sur les jeux de hasard et d'argent date de 1891 et concernait uniquement les paris hippiques. La réglementation des casinos, elle, date de 1907 et prévoyait leur possible installation uniquement dans les villes d'eaux et de cures, à la fois pour distraire une clientèle aisée mais aussi pour s'éloigner des grandes villes. La méfiance des pouvoirs publics s'expliquait alors plus par peur du blanchiment d'argent et de la pègre que de l'addiction. La loterie nationale voit le jour en 1933, avec comme intérêt social la création d'un fonds d'indemnisation des « Gueules cassées » de la première guerre mondiale.

La France, jusqu'en 2010, avait fait le choix du monopole, accréditant trois opérateurs appelés aujourd'hui opérateurs « historiques ». Le PMU¹ a en charge l'organisation des courses de chevaux et des paris sur ces courses, la loterie nationale devenue en 1980 la FDJ² a elle en charge les jeux de tirage puis ceux de grattage et les casinos ont en charge les jeux de tables. L'État a aussi réparti la contribution de chaque opérateur à une cause d'intérêt général. Ainsi, le PMU participe au développement de la filière équine, la FDJ au développement du sport dans le cadre du FNDS³, aujourd'hui appelé Centre National pour le Développement du Sport et les casinos ont obligation de créer trois activités autour des tables de jeux et des machines à sous : des activités de spectacles, de diver-



1. PMU:
Pari Mutuel Urbain

2. FDJ:
Française Des Jeux

3. FNDS:
Fond National de
Développement du
Sport

tissements et de restauration visant à produire de l'animation dans les villes. Enfin, avant 1997, chaque opérateur était dépendant d'un ministère : les courses hippiques et le PMU étaient contrôlés par le ministère de l'agriculture, les casinos par le ministère de l'intérieur et la FDJ par le ministère du budget. Cette répartition sectorisée de l'offre de jeu et du contrôle avait offert une vision claire du panorama institutionnel des jeux de hasard et d'argent. En juin 2010, l'ouverture à la concurrence des jeux de hasard et d'argent va modifier ce paysage.

Dans notre champ, celui de la santé et des addictions, en 1865, « Le joueur », roman de Dostoïevski, est le premier texte à diffusion mondiale qui décrit de manière assurément autobiographique les turpitudes d'un joueur excessif aux prises avec les jeux d'argent. À partir de 1929, on retrouve dans la littérature scientifique des références au problème du jeu pathologique. En 1980, le DSM III répertorie les symptômes décrivant les symptômes pathologiques d'un joueur. Plus proche de nous, en France, en 1997, la publication de Marc Valleur et Christian Bucher, « Le jeu pathologique » est la première décrivant le comportement et l'évolution du joueur face à son objet addictif. En 2001 - 2002, la parution du rapport sénatorial de François Trucy sur les jeux de hasard et d'argent et la problématique addictive qu'ils peuvent engendrer contribue à initier une prise de conscience du phénomène par les pouvoirs publics.

En 2006, dans un deuxième rapport sur les jeux d'argent, François Trucy déplore le manque de diagnostic sur le sujet. Alors même que de nombreux pays ont déployé outils et moyens pour la réalisation d'enquêtes de prévalence, la France a longtemps attendu des études épidémiologiques en population générale. Des initiatives ponctuelles comme l'enquête de Benoit et Facy en 2007, « Prévalence du jeu excessif observée dans un centre de médecine préventive », apportent des éléments de réponses pour des populations particulières⁴. En 2010, une étude épidémiologique nationale⁵ en population générale est enfin intégrée au baromètre santé de l'INPES. Elle donne, avant l'ouverture officielle du secteur des jeux en ligne, un point de référence (le taux de prévalence annoncé en population générale pour les joueurs excessifs est de 0,4 %, mais il est de 1,3 % lorsque l'on ajoute les joueurs considérés « à problèmes modérés »). La France se place au neuvième rang des pays développés qui ont effectué ce type d'enquête.

Cette prévalence relativement faible ne doit pas inciter à ouvrir la porte à un développement exagéré de l'offre de jeu. L'évolution européenne des marchés et services, la perméabilité des frontières avec l'arrivée d'Internet, l'accroissement de l'offre illicite, ont nécessité d'adapter le paysage historique par la loi du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne. Dans un esprit concerté, elle veut, par une ouverture contrôlée des jeux en ligne, préserver l'équilibre entre l'offre de jeux, l'ordre public, l'intérêt social et économique, la santé publique et l'intérêt financier de l'État. État, opérateurs de jeux et public doivent trouver leur intérêt. L'État régule un secteur en réduisant l'offre illicite et prélève l'impôt, le secteur du soin devant être destinataire d'une partie de ces moyens financiers pour répondre aux personnes perdant le contrôle. De nouveaux opérateurs privés développent une activité et y réalisent leurs bénéfices économiques tandis que le public dispose de possibilités supplémentaires de plaisirs dans un contexte de fiabilité et de sécurité, maîtrisé par l'ouverture prévue de 50 licences d'exploitation. Pour autoriser les nouveaux opérateurs, contrôler leur activité et vérifier un cahier des charges exigeant et rigoureux, une autorité de régulation et de contrôle, est créé, l'ARJEL⁶.

En pratique, cette régulation est moins « idyllique » : l'augmentation de l'offre de jeu d'argent et de son accessibilité provoque une inévitable augmentation des personnes en difficultés, comme l'ont démontré les études et les enquêtes internationales (États-Unis, Australie), les pays les plus libéraux ayant des taux de prévalence plus élevés. La trajectoire d'un joueur « addict » se forgeant sur plusieurs années, ces effets négatifs ne se feront ressentir que dans le futur. Des éléments d'améliorations doivent être apportés techniquement par l'ARJEL pour permettre aux joueurs pathologiques des délais effectifs d'interdiction plus court que les deux mois nécessaires et actuellement prévus. De même, la mise à jour de la liste des interdits doit aussi gagner en rapidité pour que les opérateurs puissent disposer des informations utiles. Ces éléments doivent contribuer à une meilleure protection du joueur.

4. Parmi les personnes fréquentant le centre de prévention, la prévalence du jeu excessif est de 0,44 %

5. Baromètre santé 2010 (Inpes/Ofdt)

6. ARJEL: Autorité de Régulation des Jeux En Ligne



Déployer des réponses

Les acteurs de santé ont pourtant essayé d'anticiper ces problèmes. Le décret⁷ et la circulaire fixant les missions des CSAPA⁸ ont ouvert la possibilité d'accueillir les joueurs en difficulté, nombreux ont été ceux qui ont commencé à former leurs personnels, anticipant ces moyens nouveaux. Leur légitimité pour l'évaluation, l'accompagnement et la prise en charge des joueurs excessifs repose sur leur expérience acquise dans la prise en charge des personnes consommant des substances psychoactives. En effet, les observations montrent des similitudes de difficultés et de comportements entre les différentes personnes dépendantes. Ce niveau de premier recours doit pleinement jouer son rôle. Des services hospitaliers se sont impliqués, ouvrant des centres d'expertise et de recherche, aux financements incertains. De même, les praticiens de la ville, thérapeutes, médecins, acteurs sociaux, associations de familles dont certaines étaient pionnières sur ces sujets, participent à ces réponses.

Mais cette organisation naissante est loin d'être à la hauteur des enjeux et il faudra continuer à faire preuve d'innovation pour répondre aux personnes en souffrance. Ce guide Repère(s) veut y contribuer. Le territoire français est-il correctement maillé ? Les personnels sont-ils suffisamment formés pour intervenir efficacement ? Les files actives sont-elles repérées par les professionnels ? Les deux tiers d'une population « addict » aux jeux de hasard et d'argent présente des dépendances à l'alcool, au tabac, au cannabis : la complémentarité des acteurs sera-t-elle suffisante ? La communication extérieure est-elle effective ? La prévention est-elle suffisante et efficace ? Autant de points et d'éléments sur lesquels ce document devrait apporter des débuts d'éclairage à partir d'une analyse territoriale et qualitative de la réponse fournie en termes de soins, de formation des personnels, de moyens mobilisés dans le champ médico-social et réalisée par la Fédération addiction afin de capitaliser et de mieux articuler les pratiques.

Des compétences nombreuses et diverses pour la prise en charge

En France, les intervenants en addictologie s'intéressent depuis une dizaine d'années aux problématiques que posent les joueurs excessifs. Canadiens et Suisses ont déjà mené de nombreuses recherches épidémiologiques, qualitatives, créé des outils de repérage, testé de nombreux programmes de soins. Il est primordial de se servir de leur expérience sans pour autant oublier d'être créatif et d'adapter nos réponses aux contextes nationaux et locaux.

Les exemples donnés dans ce guide sont une base minimale qui vise à susciter la curiosité de chacun. En 2008, la France a démontré dans l'expertise collective de l'INSERM « Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions » toute la richesse de ses productions. Le CRJE⁹ situé à Nantes apparaît comme un lieu produisant un travail de recherche et d'expertise. L'hôpital Marmottan à Paris apporte son savoir-faire et son expérience thérapeutique. La SEDAP¹⁰ à Dijon ou encore l'AMPTA¹¹ à Marseille, Douar Nevez en région bretonne, contribuent à des recherches et actions innovantes comme bien d'autres institutions qui sont mobilisées sur cette problématique. Robert Ladouceur, Professeur émérite à l'université de Laval au Québec, très impliqué dans les recherches thérapeutiques sur les jeux de hasard et d'argent, nous offre ici un aperçu de son travail. Les travaux de Christian Bucher, Michel Lejoyeux, Michel Reynaud, Marc Valleur, Jean-Luc Venisse, pourront venir le compléter.

Les approches thérapeutiques, quelle que soit leur obédience ont toutes un intérêt à un moment ou à un autre pour l'accompagnement d'un joueur excessif. Suivant la personne, son parcours et le moment de l'intervention, certaines thérapies seront plus appropriées, plus efficaces que d'autres. L'important résidera dans le choix de l'outil adapté au bon moment. Le travail avec l'entourage donnera de meilleurs résultats avec une approche systémique, le contrôle de la consommation sera favorisé par l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales. Les manifestations psycho pathologiques

7. N° 2007-877 du 14 mai 2007 et N°065/MC2/2008/79 du 28 février 2008

8. CSAPA: Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

9. CRJE: Centres de Référence sur le Jeu Excessif

10. SEDAP: Société d'Entraide et d'Action Psychologique Association d'intérêt général

11. AMPTA: Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions.

telles la dépression, les phobies ou les troubles anxieux seront plus à même d'être traitées grâce aux approches psycho dynamiques. Il convient dès lors de ne pas se priver du recours à plusieurs approches pour favoriser la réussite de l'accompagnement. Il faut aussi s'accorder sur les objectifs poursuivis, dans le cas des addictions comportementales ; le renoncement total au jeu, « l'abstinence », ne doivent pas être le but principal recherché. Reprendre le contrôle de son comportement, apprendre à maîtriser ses impulsions, avoir une activité modérée, sont des objectifs plus efficaces pour sortir de la dépendance que « l'abstinence », cette dernière ayant souvent pour effet de représenter l'insurmontable pour le joueur. Il n'est pas rare que le travail effectué pour susciter et permettre la reprise du contrôle de soi amène le joueur à arrêter totalement de jouer, par lui-même.

La notion de jeu responsable, la prévention, la réduction des risques, des pistes à suivre...

Les opérateurs de jeux doivent au regard de la loi développer une politique de jeu responsable, certains l'ont fait avec plus ou moins d'inspiration. Cette politique s'inscrit dans une démarche préventive à la fois volontariste et imposée permettant aux joueurs de bénéficier d'informations claires, précises, sur les risques et les dangers potentiels d'une activité certes ludique mais pas tout à fait comme les autres. Des informations obligatoires sur les risques encourus ainsi que le numéro d'un service téléphonique d'écoute et d'aide sont les informations requises à minima, au risque du paradoxe que cela peut constituer. Afin d'apporter une aide aux joueurs en difficulté, Adalis¹² et l'Inpes¹³, ont ouvert un nouveau service d'appui téléphonique et un site Internet, Joueurs Info Service¹⁴. Les opérateurs de jeux en ligne doivent selon la loi, « prévenir les comportements de jeu excessif ou pathologique par la mise en place de mécanismes d'auto-exclusion et de modération et de dispositifs d'autolimitation des dépôts et des mises »¹⁵. Ces dispositifs sont destinés aux joueurs afin qu'ils se fixent leurs propres limites et les principes restrictifs pour pouvoir y déroger. Ce sont des alertes automatiques ou ciblées, par courrier électronique ou par téléphone, en cas de constats de dépassements importants des pratiques. Ces outils ont toutefois leurs limites.

Les opérateurs en « dur » et leurs distributeurs de jeu informent le public par des documents auto-produits : flyers d'autotests, affiches, messages sur les écrans dans les lieux de vente, logos identifiables.

Toutefois, bien du chemin reste à parcourir dans ce domaine. En effet, l'interdiction de vente des jeux de hasard et d'argent aux mineurs est encore mal connue par le grand public. Les actions de prévention menées en milieu scolaire n'abordent pas ce champ particulier. Comme pour d'autres addictions, il convient de protéger les adolescents de leur impulsivité non maîtrisée, de retarder l'âge des premières « consommations » pour diminuer la durée de la potentielle trajectoire addictive. Les experts s'accordent à dire que plus la dépendance à une conduite s'installe précocement, plus sa durée sera longue.

Dans le domaine des jeux, la réduction des risques¹⁶, moins développée que la prévention, reste marginale. Elle s'adresse à des joueurs déjà « accros » et reconnus comme tels, pour minimiser les risques encourus. L'identification de ces joueurs « addicts » ou surconsommateurs est une question de volonté des opérateurs et des pouvoirs publics, ces personnes étant la plupart du temps bien connues des opérateurs ou de leurs distributeurs. Les modérateurs de jeux mis en place, de manière spécifique, auprès des consommateurs en perte de contrôle pourraient devenir des dispositifs de réduction des risques. Des principes de gestion contrôlée des mises engagées pourraient réguler les comportements. Mais ici comme ailleurs, l'interdiction n'est ni la réduction des risques ni la prévention. Pour les casinos, il existe la possibilité de contrôler l'identité à l'entrée et de refuser l'accès en cas d'inscription sur les listes de joueurs interdits, pour un opérateur en ligne il existe la possibilité de « bannir » un joueur de son site. On peut s'interroger sur le lien entre ces dispositifs très « excluants » et le renforcement du jeu illicite ainsi que sur le transfert à d'autres addictions pour ces joueurs dont plus personne ne veut.

12. Addictions Drogues Alcohol Info Service: 0974751313

13. INPES: Institut National de Prévention et d'Éducation pour La Santé

14. www.joueurs-info-service.fr

15. Loi n° 2010-416 du 12 mai 2010

16. O. Simon et M. Waelchli: « Réduction des risques, jeux d'argent et addictions comportementales », in L'aide-mémoire de la réduction des risques, Dunod, 2012

Autres addictions sans substance

L'usage excessif de jeux vidéo et d'internet, appelés, par exagération, cyberdépendance ou cyberaddiction est certainement le comportement le plus observé dans les files actives des CSAPA après les problèmes de jeu. Les consultations se déclenchent souvent à la demande d'un parent qui voit son enfant jouer en ligne de manière incessante, perdre pied à l'école, ne plus s'intéresser à rien d'autre. L'accompagnement de ces joueurs, s'il nécessite des connaissances spécifiques, une compréhension du vocabulaire utilisé et des principes de jeux qui régissent les jeux, notamment les MMORPG¹⁷, est souvent fondé sur les mêmes bases que celui mis en place pour les jeux de hasard et d'argent.

L'addiction à Internet ou aux jeux vidéo se présente majoritairement sous forme d'un usage excessif entraînant des difficultés. Cet usage excessif se caractérise aussi et paradoxalement, chez les jeunes filles, par l'utilisation intensive des réseaux sociaux.

L'addiction, ou plus exactement la compulsion aux achats est un trouble observé principalement chez les femmes. Les démarches de soins sont souvent conditionnées, comme pour les jeux de hasard et d'argent, à un problème de surendettement. Le plaisir fugace de l'achat sans sa consommation rappelle les sensations recherchées dans le jackpot des jeux de hasard et d'argent.

L'addiction au sport concerne, dans la plupart des cas, des sportifs de bon niveau. Les pratiquants de sports d'endurance ou de sports extrêmes sont les plus concernés par cette problématique. Le sevrage forcé, par blessure notamment, entraîne des réactions d'agressivité relativement fortes et la mise en lumière de cette dépendance.

L'addiction au sexe ne doit pas être confondue avec les perversions. Le développement de l'Internet et des sites classés X sont pour beaucoup dans ces difficultés. Le champ de la sexologie doit être en lien avec celui de l'addictologie pour traiter ce type de trouble.

L'addiction mettant en cause le rapport à la nourriture, de type boulimie/anorexie est, pour la plupart des cas, traitée en milieu hospitalier. Toutefois, il n'est pas rare, en CSAPA avec hébergement notamment, de rencontrer ces troubles associés. Le traitement de l'addiction ne peut, alors, être séparé du traitement de la boulimie/anorexie.

Les addictions comportementales peuvent provoquer des passages à l'acte et mettre en péril des familles, des vies. Il convient de ne pas les négliger, de ne pas les minimiser. Les activités se transforment en objet de dépendance dont la dangerosité est plus ou moins forte. Les adolescents en fragilité, les personnes précaires déjà en difficulté, les personnes présentant une addiction avec substance, sont les personnes les plus vulnérables à ces addictions comportementales. Le recours au soin est trop tardif et trop faible en comparaison des prévalences observées (RECAP 2011). Les parcours de soins sont insuffisamment identifiés. Les campagnes nationales sont à ce jour insuffisantes et des initiatives locales mériteraient d'être coordonnées. Nous devons améliorer les dispositifs, leur réponse et leur coordination, innover sans déconstruire l'efficacité de l'existant. Le travail qui nous attend est important mais pas insurmontable. Ce document est là pour nous aider à le réaliser.

Emmanuel BENOIT

Référent du Projet « Addiction sans substance » pour la Fédération Addiction,
Délégué régional adjoint de l'union régionale Bourgogne de la Fédération Addiction.
Directeur Général SEDAP

¹⁷ Massively Multiplayer Online Role Playing Games, signifiant « jeux de rôle en ligne massivement multi-joueurs ». Les MMORPG suivent les mêmes principes que les MMOG, incluant une notion de « jeu de rôle ». Dans le cadre d'un MMORPG, le joueur incarne un personnage nommé Avatar et doté d'une personnalité particulière.

Partie 1: théories et outils de prise en charge

Les jeux de hasard et d'argent en France :

pratique ludique et addiction




Jean-Michel Costes, Observatoire Des Jeux

Les jeux d'argent, une pratique ancienne et un secteur économique important en France

D'abord interdits en France, les jeux de hasard et d'argent ont été légalisés progressivement à partir du dernier tiers du XVIII^e siècle avec notamment la création de la Loterie royale. Au XIX^e siècle, vont se développer en France les casinos (décret de 1806 qui permit au Préfet de police de délivrer des autorisations dérogatoires pour les stations balnéaires) ; puis au XX^e siècle le PMU (Pari mutuel urbain en 1931) et la Loterie nationale (en 1933). Ces trois opérateurs de jeux se partagent encore actuellement en France la plus grande part du secteur du jeu :

- Il existe 196 casinos en France. Malgré une activité en recul, leur PBJ (produit brut des jeux), soit les mises moins les gains étaient de 2,3 milliards d'euros en 2010. L'essentiel de ce PBJ (91 %) provient de l'activité d'un parc de 23 000 machines à sous dont les casinos ont l'exclusivité. Les visiteurs étaient au nombre de 37,4 millions en 2008 (Lamour, 2009). La plupart des casinos français sont détenus par quatre groupes leaders sous contrôle de l'État (ministères de l'intérieur et des finances) et des collectivités locales.
- Le PMU (Pari Mutuel Urbain) gère les paris d'argent sur les courses de chevaux en dehors des hippodromes. Le tiercé, créé en 1954, a été suivi d'une augmentation du nombre de courses et d'une diversification des paris (quarté, quinté). Le chiffre d'affaires du PMU (près de 10 400 points de vente) était de 9,5 milliards d'euros en 2010 (13^e année consécutive de croissance) et le nombre de clients était de 6,5 millions. Depuis 2010, le PMU a diversifié son offre en ligne (paris sportifs et jeux comme le poker).
- La Française des jeux (FDJ*), successeur de la Loterie nationale en 1976, gère les jeux de tirage (le Loto®, le Keno), les paris sportifs (le loto sportif), ainsi que les jeux de grattage. Il s'agit d'une société d'économie mixte dont l'État détient plus de 70 % des parts sociales. Son chiffre d'affaires était de 10,55 milliards d'euros en 2010. L'essentiel de l'activité de la FDJ passe par son réseau de détaillants (35 800 points de vente en 2010). Fin 2009, une offre de jeu sur Internet a été ouverte ; elle représentait 3,7 % du chiffre d'affaires en 2010. En 2010, la FDJ a dénombré 27,8 millions de joueurs. 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 (Trucy, 2006).

En 2010, la France s'est dotée d'un nouveau cadre légal et réglementaire régulant le secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, ouvrant à la concurrence trois secteurs : les paris sportifs, les paris hippiques et le poker. Fin 2011, 47 sites étaient agréés et actifs et près de 4 millions de compte-joueurs avaient été ouverts. En 2011, le marché des jeux en ligne a enregistré : 600 millions d'euros de mises en paris sportifs, un milliard d'euros de mises en paris hippiques, 7,6 milliards de mises de poker en cash-game et 1,2 milliard d'euros de droits d'entrée en tournois de poker (ARJEL, 2012).



Le jeu problématique et/ou pathologique dans la littérature scientifique

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 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 (Goodman). Dans une perspective épidémiologique, différentes échelles permettent d'approcher cette notion, en déterminant un seuil pour le nombre 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 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 (INSERM, 2008). 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 plus élevées chez les hommes. 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.

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 sociodémographiques de respectivement : 6,7 ; 6,0 et 4,4) (Petry, 2005). 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 (Costes, 2011). 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.

Joueurs, joueurs actifs et joueurs problématiques



Près d'une personne sur deux (47,8 %) 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 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 (Ferris, 2001) (voir en annexe). 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 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 %). Ce positionnement peut être mis en perspective avec le fait que l'offre de jeux était en France très encadrée jusqu'à la date de réalisation de l'enquête (2010) antérieure à l'ouverture légale du jeu en ligne.

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 45-54 ans (4,7 %) et les 18-24 ans (4,4 %). 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. Ils vivent moins souvent en couple (55,2 % vs 70,7 %). 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.

Bibliographie

- ARJEL. Bilan 2011 du marché des jeux en ligne en France. ARJEL, 2012
- Costes J.M, Pousset M, Eraoukmanoff V, Le Nezet O, Richard J.B, Guignard R, Beck F, Arwidson P. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Baromètre santé 2010, module jeux de hasard et d'argent Inpes/DFDT Tendances, 2011, n°77, 8 p.
- Ferris, J., & Wynne H. Centre Canadien de Lutte Contre L'Alcoolisme et Les Toxicomanies. L'indice canadien du jeu excessif. 72p.
- INSERM (2008). Expertise collective: Jeux de hasard et d'argent, contextes et addictions. Les éditions INSERM.
- Lamour, J. F. (2009). 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, 512 p.
- Ministère de l'Intérieur (2010). Rapport d'activité de la commission supérieure des jeux, année 2010.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). 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
- Trucy, F. (2006). Rapport d'information sur l'évolution des jeux de hasard et d'argent. Sénat.

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) sont plus fréquemment rencontrées chez les joueurs qu'en population générale. Cette surreprésentation s'accroît 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 %).

Conclusion

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 où 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 prochainement permettra de mesurer les évolutions liées à l'ouverture du marché des jeux en ligne.

Présentation générale

Lutte contre le jeu en ligne excessif et pathologique

L'ARJEL (Autorité de Régulation des Jeux En Ligne) est une autorité administrative indépendante (AAI) créée par la loi relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne n° 2010-476 du 12 mai 2010.

Ce marché des jeux en ligne ouvert à la concurrence concerne **trois secteurs distincts** :

- Les paris hippiques,
- Les paris sportifs,
- Les jeux de cercle (poker).

Dans un contexte politique et juridique européen en pleine réflexion sur les politiques des jeux et paris en ligne, avec une forte hétérogénéité des législations nationales, la France a fait le choix d'une politique de jeux inédite en Europe avec la mise en place d'un dispositif législatif qui tend à assurer :

- **La protection des consommateurs et populations vulnérables, la sécurité et la sincérité des opérations de jeux** grâce à l'encadrement des paris (limitation des sports et des compétitions ainsi que des types et supports de paris), à la reconnaissance d'un droit d'exploitation profitant aux organisateurs d'événements sportifs, et à la lutte contre la fraude (les sites illégaux notamment) et le blanchiment d'argent,
- **Les équilibres économiques** en organisant un retour financier vers les filières concernées
- **La fiscalité sur les jeux en ligne**, par un prélèvement sur les mises au bénéfice, en particulier, de l'État, de la Sécurité sociale, du CNDS, des villes abritant un casino ou un hippodrome, etc.

L'ARJEL est le pilier d'une régulation qualitative qui vise à servir les objectifs de l'État en matière de politique des jeux en ligne.

Actions de lutte contre le jeu excessif et pathologique

L'article 3 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne rappelle que « la politique de l'État en matière de jeux d'argent et de hasard a pour objectif de limiter et d'encadrer l'offre et la consommation des jeux et d'en contrôler l'exploitation afin de prévenir le jeu excessif ou pathologique et protéger les mineurs ».

Sont présentées ici les dispositions relatives à la prévention du jeu excessif ou pathologique sur les jeux en ligne.



Dispositifs d'information et de sensibilisation des joueurs et du public

Mentions devant figurer sur le site : la loi n°2010-476 du 12 mai 2010 et le décret n°2010-518 du 19 mai 2010 imposent aux opérateurs la mise en place de messages sur leurs sites et notamment :

- Un message de mise en garde sur les risques liés au jeu excessif ou pathologique sur la page d'accueil de chacun des sites exploités
- Un message sur la page d'accueil précisant la procédure d'inscription volontaire sur les fichiers des interdits de jeu tenus par le ministère de l'intérieur
- Un message informant les joueurs du système d'information et d'assistance mis à leur disposition en vue de prévenir le jeu excessif. Ce message doit apparaître sur l'ensemble des pages des sites des opérateurs et le joueur qui active ce message doit être dirigé vers le site internet du service public d'aide aux joueurs mis en place sous la responsabilité de l'INPES (www.joueurs-info-service.fr).

Encadrement des communications commerciales des opérateurs : par le décret n°2010-624 du 8 juin 2010, les opérateurs de jeux agréés ont :

- L'obligation d'associer une phrase du type « Jouer comporte des risques : endettement, dépendance... Appelez le 09-74-75-13-13 (appel non surtaxé) » à chaque communication commerciale et ce de manière accessible et aisément lisible, et ce, quel que soit le support utilisé
- L'interdiction de diffuser toute communication commerciale dans des publications destinées à la jeunesse ou apparaissant comme principalement destinées aux mineurs.

Encadrement de la pratique des joueurs et mécanismes d'exclusion

Encadrement de la capacité de jeu du joueur : les articles 16 et 17 du décret n° 2010-518 du 19 mai 2010 relatif à la mise à disposition de l'offre de jeux et de paris par les opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne prévoient la mise en place de trois modérateurs :

- Un modérateur fixant le montant maximal des approvisionnements par période de 7 jours et un modérateur fixant le montant maximal de mises par période de 7 jours. Dès l'ouverture d'un compte joueur, l'opérateur doit demander au joueur d'encadrer sa capacité de jeu par la fixation de limites d'approvisionnement de son compte et d'engagement des mises. Il convient de signaler que :
- Ces limites s'appliquent au montant cumulé des approvisionnements réalisés ou des mises engagées par le joueur par périodes de sept jours
- Aucune opération de jeu ne peut être réalisée tant que le joueur n'a pas fixé ces limites,
- Le joueur peut modifier ces limites à tout moment. Lorsqu'il augmente l'une ou l'autre, la modification prend effet au plus tôt dans un délai de deux jours francs à compter de sa saisie par le joueur. Lorsqu'il diminue l'une ou l'autre, la modification est d'effet immédiat
- Un modérateur fixant le montant au-delà duquel le crédit du compte joueur doit être automatiquement reversé sur le compte de paiement. Au cours de son processus d'inscription, l'opérateur demande également au joueur de déterminer un montant au-delà duquel les crédits disponibles inscrits sur son compte joueur sont automatiquement reversés sur son compte de paiement. Aucune opération de jeu ne peut être réalisée tant que le joueur n'a pas déterminé ce montant. Le joueur doit pouvoir en permanence modifier ce montant par un dispositif aisément accessible.

Interdiction de jeu : aux termes de l'article 22 du décret n° 2010-518 du 19 mai 2010 relatif à la mise à disposition de l'offre de jeux et de paris en ligne par les opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne, les opérateurs agréés sont tenus de vérifier si les personnes sollicitant l'ouverture d'un compte joueur ou disposant d'un tel compte sont inscrites dans le fichier des interdits de jeu tenu par le ministère de l'intérieur :

- Cette vérification est réalisée par l'opérateur lors de chaque demande d'ouverture d'un compte joueur et régulièrement pour chaque joueur ayant un compte ouvert.

Dispositifs d'exclusion :

- Auto-exclusion temporaire : l'opérateur a l'obligation de mettre en place en permanence un dispositif permettant au joueur de demander son exclusion de jeu de manière temporaire. Cette exclusion temporaire ne peut être inférieure à sept jours et la durée



d'exclusion ne peut être interrompue par le joueur.

- Auto-exclusion définitive : l'opérateur a l'obligation de mettre en place en permanence un dispositif permettant au joueur de demander son exclusion de jeu de manière définitive. Cette demande d'exclusion est distincte de la demande de clôture de compte joueur et empêche ce dernier de solliciter l'ouverture d'un compte avant l'expiration d'un délai de trois ans.

Autres mécanismes : afin d'encadrer au mieux la capacité de jeu des joueurs et éviter les risques d'addiction, les opérateurs doivent également :

- Interdire le jeu à crédit et toute publicité pour des entreprises susceptibles de consentir des prêts d'argent aux joueurs ou de permettre le prêt entre joueurs
- Limiter le taux de retour aux joueurs à 85% pour les paris sportifs et hippiques. Ce TRJ permet de limiter l'espérance de gain des joueurs et donc de participer à la lutte contre le jeu excessif ou pathologique
- Communiquer à tout joueur fréquentant le site le solde instantané de son compte.

Dispositifs de repérage et d'accompagnement des joueurs pathologiques

Détection des joueurs problématiques : l'opérateur a pour obligation de remettre un rapport annuel rendant compte des actions menées et des moyens consacrés pour promouvoir le jeu responsable et lutter contre le jeu excessif ou pathologique. Ce rapport doit notamment présenter les moyens de repérage utilisés par l'opérateur pour déceler d'éventuels comportements pathologiques et les mesures mises en place pour orienter les joueurs à risque vers une prise en charge.

Contribution au financement des politiques de santé publique : parmi les prélèvements obligatoires des opérateurs, une partie de la somme allouée au budget de la sécurité sociale (1,8% des mises en paris sportifs et hippiques et 0,2% pour le poker) est attribuée à l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Cette allocation correspond à 5% des sommes versées à la sécurité sociale, dans la limite de 5 millions d'euros par an. Le reste des prélèvements alloués à la sécurité sociale est reversé à l'assurance maladie.



Le repérage :

outils

et modes d'intervention

Lucia ROMO. Professeur de Psychologie clinique,
Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Le repérage du jeu pathologique n'est systématique, ni en consultation de psychiatrie ni en médecine générale. Il est pourtant important de repérer précocement cette problématique car elle constitue une comorbidité fréquente avec des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et d'autres comportements addictifs. Elle est parfois occultée par les patients, entourée de honte comme d'idées reçues et peut être à l'origine de graves conséquences personnelles, familiales, sociales.

L'utilisation d'outils d'autoévaluation et/ou d'hétéroévaluation (par un professionnel de santé) validés permet d'appréhender ce trouble de façon précise, et favorise également la discussion, lors des consultations, avec les patients qui en souffrent.

Nous décrivons ici différents outils d'évaluation, ainsi que leurs intérêts et limites.



Les différents outils de repérage

DSM-IV

Le jeu pathologique classé « F63.0 » par le DSMIV est défini comme un trouble consistant en des épisodes répétés et fréquents de jeu qui dominant la vie du sujet au détriment des valeurs et des obligations sociales, professionnelles, matérielles et familiales. Ce trouble est souvent appelé « jeu compulsif » mais ce terme semble moins approprié car ce comportement n'est pas compulsif à proprement parler, et n'a aucun rapport avec le trouble obsessionnel compulsif (OMS, 1993).

Malgré les critiques qui peuvent être faites sur le système de classification du DSM IV, il demeure très utilisé dans la littérature scientifique internationale.

Concernant les outils de repérage du jeu pathologique, nous pouvons évoquer :

La SOGS

La SOGS (South Oaks Gambling Scale) (Lesieur et Blume, 1987) est une échelle d'évaluation qui permet d'évaluer la présence d'un problème de jeu pathologique. Elle propose également une liste de jeux et une évaluation de la fréquence à laquelle la personne joue. Le questionnaire lié à l'échelle SOGS a été traduit en français par Michel Lejoyeux en 1999. Cet instrument caractérise de manière précise la fréquence et la nature du jeu, il est très utilisé dans la littérature scientifique internationale et il en existe des adaptations pour les populations spécifiques comme les adolescents (SOGS-RA). Néanmoins, il semblerait que son score seuil favorise une surestimation des troubles : certains auteurs souhaiteraient le faire passer de 5 à 10 pour obtenir des taux proches de ceux trouvés avec le DSM IV. Par ailleurs cet outil présente des limites sur ses propriétés psychométriques, et n'a pas pu être réactualisé avec la parution du DSM IV. Il ne donne pas non plus d'importance aux phénomènes de tolérance, de sevrage et au fait de jouer pour échapper à des états émotionnels négatifs.

Voir en annexe le test
et feuille de cotation
p.72

Voir en annexe p.71

L'ICJE

L'Indice Canadien du jeu Excessif (Ferrys et Wynne 2001), est un questionnaire d'auto-évaluation avec neuf items qui permet de dépister les problèmes de jeu pathologique en classant les joueurs dans trois catégories : récréatifs, à risque et pathologiques. Il s'agit d'un test facile à mettre en œuvre comme outil d'évaluation dans une structure de soin ou comme instrument de repérage et de prévention. Les questions sont faciles à comprendre et il est particulièrement bien adapté pour des publics en difficulté(s) sociale(s). Dans les études de prévalence il donnerait des taux intermédiaires entre la SOGS et les critères du DSM IV, mais présenterait parfois une surestimation du jeu à risque.

Le questionnaire Deba-jeu

Le questionnaire Deba-jeu, utilisé au Québec représente un outil de repérage rapide et simple : à partir de 6 questions sur les 12 derniers mois, trois « feux » sont possibles : vert, jaune et rouge (équivalent aux jeux récréatifs, à risque et pathologiques). À la fin figure la question : « Voulez-vous de l'aide ? » qui permet de savoir si une personne qui présente un problème en a conscience et si elle ressent le besoin d'être aidée.

Le LIE/BET

Le LIE/BET (Johnson et coll., 1997, in Experstise Inserm 2008) est un outil de repérage très rapide et simple, composé de deux questions :

- Avez-vous déjà dû mentir à des personnes proches concernant votre comportement relatif aux jeux d'argent ?
- Avez-vous déjà senti le besoin de miser toujours plus d'argent ?

Avec une réponse affirmative il est nécessaire d'approfondir l'évaluation en utilisant un autre outil de repérage plus complet, ainsi que d'organiser un entretien clinique.

Des outils spécifiques pour les adolescents

Pour Robert Ladouceur (2000), les taux de jeu pathologique chez les adolescents seraient surévalués. Il est possible que les adolescents ne perçoivent pas, du fait de leur âge et de leur inscription dans le monde social, les conséquences à long terme d'un problème de jeu. Ils seraient donc moins interpellés par les risques du jeu de hasard et d'argent que leurs aînés.

Il faudrait donc adapter les outils de repérage et de prévention à ce public spécifique. En l'état, les questions des échelles existantes sont souvent mal comprises par les adolescents et les seuils des scores seraient trop bas. Par ailleurs, il conviendra d'être vigilant à la prévalence élevée du jeu pathologique à l'adolescence (notamment à cause d'une attractivité du comportement interdit liée à ce moment-là de la vie) même si des guérisons spontanées ont souvent lieu à l'âge adulte (Inserm, 2008)

Dans tous les cas et selon une littérature scientifique de plus en plus abondante, le repérage des problèmes de jeux de hasard et d'argent est nécessaire tant chez de jeunes adultes que chez les mineurs, et cela dès le collège. Parmi les instruments de repérage utilisés pour les adolescents se trouvent :

- La « SOGS-RA », une adaptation de la SOGS décrite précédemment, avec dix items et la même classification des résultats du questionnaire en trois types de joueurs.
- Les critères « DSM MR J » avec les critères du DSM avec plusieurs options de réponse (pas seulement en oui/non). Ce questionnaire est composé de 12 questions, pour neuf critères. S'il atteint un seuil de quatre critères sur les neuf, le joueur est considéré comme pathologique.

Des outils spécifiques pour les personnes âgées

Il est également nécessaire de réaliser des évaluations spécifiques auprès des personnes âgées. Pour certains auteurs, la SOGS par exemple pourrait sous-évaluer les problèmes de jeu chez ce public, qui rencontre aussi des problématiques de « déclin cognitif » liées au vieillissement. Pour dépister les problématiques de jeu pathologique chez les personnes âgées, il faudrait sans doute adapter le DSM IV : 2 à 4 critères positifs pourraient évoquer un jeu à risque, et plus de cinq critères l'existence d'un problème de jeu pathologique.

Dans certaines études les motivations évoquées par ces joueurs âgés sont liées à des problématiques d'ennui, d'échappement de la réalité, des tentatives pour récupérer de l'argent et des comportements liés à une consommation d'alcool et à la maladie chronique. Par ailleurs la proportion des femmes présentant ce problème augmente avec l'âge.



Les limites de l'utilisation des outils

En général, ces questionnaires de repérage sont remplis directement par la personne et sont très utiles dans les études en population générale. Mais dans le cas de scores significatifs et dans une approche clinique d'accompagnement vers le soin, un entretien avec un professionnel est nécessaire.

Les questionnaires sont utiles en clinique et en recherche mais restent définis sur la base de modèles théoriques spécifiques aux addictions (par exemple le DSM).

Une limite importante est la « désirabilité sociale » dans le remplissage des questionnaires (le fait de ne pas vouloir donner une mauvaise image de soi au lecteur du questionnaire), il faut donc le prendre en compte dans l'accompagnement des joueurs. La difficulté à comprendre les questions que peuvent rencontrer certains publics (patients hospitalisés et présentant d'autres pathologies comme des troubles cognitifs, langue maternelle étrangère, disparité des niveaux éducatifs) peut entraîner d'autres biais lors du remplissage du questionnaire.

Nous avons évoqué certaines de ces limites chez les adolescents (enjeux à long terme difficilement cernés) et les personnes âgées (déclin cognitif dû à l'âge par exemple).

Dans tous les cas et pour pouvoir poser un diagnostic de jeu pathologique, un entretien avec un professionnel de santé est nécessaire, même si ces outils permettent de connaître des dimensions importantes dans le développement et le maintien des problèmes.

Similarités entre les Jeux de hasard et d'argent (JHA) et les jeux vidéo (JV).

Entre ces deux comportements on peut citer des points de concordance :

- Les réponses à des stimuli prévisibles et construits par des algorithmes
- Le besoin d'une concentration importante et d'une coordination œil-main
- Le large éventail de jeux accessibles grâce à la performance du joueur
- L'illusion de contrôle, de maîtrise ; la recherche de sensations
- La gestion des émotions négatives chez les personnes qui jouent
- Les rappels, publicités (techniques de « tracking ») souvent utilisés par les opérateurs, (Inserm (2008)).

Pour Griffiths (2002), dans les deux cas, on ne joue pas tant pour gagner que pour rester le plus de temps possible devant la machine. Dans les jeux vidéo il existe un degré d'habileté comparable à la pratique de jeu de hasard et d'argent, avec un faux sentiment de confiance et sécurité, d'autant plus qu'il existe une forte popularité de deux types de jeu (« gambling » et « gaming ») parmi les garçons.

Dans l'addiction en général il existe trois dimensions qui tendent à se croiser : l'impulsivité, la compulsivité et la dépendance stricto sensu. (O Simon, 2006). Sous l'angle de ces trois éléments, l'auteur compare les deux problématiques qui sont très proches des autres (mais comportent moins d'indices de dépendance), en utilisant les critères du DSM-IV-MR J pour le jeu pathologique et ceux du DSM IV adaptés pour les jeux vidéo, par K Young

Les pistes thérapeutiques sont également proches : au niveau des facteurs cognitifs (comme des croyances erronées notamment la mémoire sélective et les corrélations illusives dans les deux cas) ainsi que des dimensions de personnalité : recherche de sensations et névrosisme élevés. Mais les différences entre pathologies sont aussi importantes, comme la comorbidité anxiodépressive, addictive et suicidaire ; et les conséquences sont plus graves dans le cas des jeux de hasard et d'argent. Enfin, Simon évoque le concept de « ludo-dépendance » comme une piste de recherche interdisciplinaire dans l'avenir.

Brown (1989 in Minotte et Donnay, 2009) décrit un modèle développemental de la pathologie homme-machine : enfants et adolescents seraient attirés par les « récompenses » dans le jeu vidéo et par le « risque » dans les JHA.



Interventions

Sur le plan des interventions, de l'accompagnement et des programmes de prise en charge nous pouvons distinguer :

Pour la prévention :

- Les acteurs de prévention, (comme les CSAPA ou des structures telles « e-enfance »),
- Les sites de prévention pour des adolescents et jeunes adultes,

Pour la prise en charge :

- Les prises en charge dans les centres spécialisés (CSAPA), les centres hospitaliers... dans lesquels existe une variété de prises en charge possibles : psychothérapeutique (psycho-dynamique, thérapie cognitivo-comportementale, systémique...) ; entretiens motivationnels, groupes de parole, d'information etc...
- Les prises en charge par les groupes d'entraide comme Gamblers Anonymous (GA) ; ou des Associations comme SOS Joueurs et des services comme Addictel pour certains casinos, ces-derniers reposant sur des opérateurs privés.

Ces programmes de traitement doivent s'adapter au profil du joueur, selon la présence ou non d'une pathologie plus névrotique, d'un profil marqué par l'impulsivité et un problème de comportement antisocial ou un problème jeu sans psychopathologie associée (ou sans comorbidité).



Programmes de prise en charge

La synthèse de l'INSERM en 2008 sur le jeu pathologique en France, évoquait déjà l'intérêt des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans ces prises en charge (surtout par la restructuration cognitive des pensées erronées et la prévention de la rechute) et l'importance de l'approche motivationnelle qui s'adapte au stade de changement des patients (Prochaska, Norcross, Diclemente (1994)) ; ainsi que des groupes d'entraide et de parole.

L'approche des stades de changement et des entretiens motivationnels adaptés aux personnes en fonction de chaque stade de maturité motivationnelle (« Pré-contemplation », « Contemplation », « Préparation à l'action », « Action » et « Maintien ») semble l'approche la plus efficace dans la prise en charge de ces problématiques addictives.

Une question se pose quant à l'objectif thérapeutique : abstinence totale ou jeu contrôlé. Les deux options étant valides ; en fonction des cas, le programme thérapeutique devra tenir compte de la demande de la personne.

Parmi les techniques utilisées dans les programmes TCC on trouve :

- Le contrôle de stimulus (éliminer les situations qui peuvent provoquer le jeu.)
- L'exposition aux stimuli, progressive et avec prévention de la réponse
- L'exposition en imagination
- Le travail sur les croyances erronées (illusion de contrôle, prédiction de résultats, quasi gains, fréquence absolue, personnification de la machine...)
- La prévention des rechutes, avec un travail sur les situations à risque (exemple : conflit conjugal, invitation des amis, dépression...)
- La gestion des envies fortes (« craving »), et par exemple l'utilisation de la relaxation pour la gestion des émotions
- La distraction cognitive, la méditation, ou l'accomplissement d'une activité agréable
- Les techniques de résolution de problèmes.

En définitive, cela requiert un changement dans le style de vie global. D'ailleurs, les manuels d'auto-aide sont de plus en plus accessibles et utilisés. (El-Guebal, 2001)

Le programme d'Alex Blaszczynski (1998)

Un des programmes thérapeutiques les plus connus dans le cadre de cette problématique est celui d'Alex Blaszczynski (1998), qui décrit dans son livre les étapes suivantes :

- Information sur le problème, les facteurs de risque, l'évolution, et l'impact sur les proches.
- L'objectif du traitement ; contrôle ou abstinence ainsi que l'évaluation de la motivation pour un travail thérapeutique.
- Dans la deuxième partie, et en fonction du stade de motivation du sujet, informer l'utilisateur sur l'importance de réaliser des auto-observations et des registres (écrire les sommes jouées et les comportements, pensées et émotions associés).
- La pratique de la relaxation et la restructuration cognitive des distorsions cognitives présentes dans les problèmes de jeu pathologique.

Le livre finit par des techniques de prévention de la rechute, des conseils à l'entourage et des adresses utiles.

Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet (2000),

Dans leur célèbre ouvrage « **Le jeu excessif, comprendre et vaincre le gambling** » (2000), ces trois auteurs décrivent parmi les catégories des pensées et des croyances erronées entretenues à l'égard du jeu :

- Les superstitions (cognitives, comportementales et « porte-bonheur ») ;
- La mémoire sélective (se souvenir des gains et non des pertes) ;
- Les distorsions de la perception temporelle ;
- La surestimation des habiletés (et la difficulté à tenir compte du hasard) ;
- L'illusion par rapport à la chance (croire que la chance est contagieuse ou qu'elle peut être contrôlée) ;
- L'interprétation d'événements au cours du jeu : attribution, anthropomorphisme, erreur ou illusions du joueur.

Les groupes de pairs

Les groupes de paroles de joueurs (type Gamblers Anonymous) constituent une approche importante pour les personnes souffrant d'un problème de jeu ; basés sur le modèle des Alcooliques Anonymes ils considèrent le problème comme une maladie incurable dont le seul traitement est l'abstinence au quotidien.

Entourage, suicide et polyaddictions : l'importance des consultations

L'entourage du joueur mérite également une attention particulière. Les proches peuvent traverser plusieurs phases : doutes, stress et épuisement et pour chacune de ces phases, la prise en charge doit s'adapter ; parmi les techniques utilisées on retiendra la résolution de problèmes, une « sécurisation financière » de la personne et de sa famille, un soutien psychologique ainsi que le fait de fixer des limites au proche tout en utilisant des techniques thérapeutiques pour faciliter la communication et/ou l'affirmation de soi.

La crise suicidaire est très présente dans les problématiques de jeu pathologique : les études montrent des taux de prévalence de 0.5 à 2 %, des taux de tentatives de suicide (TS) allant de 12 % à 40 % ainsi que des idéations suicidaires dans 32 % à 80 % des cas.

La thérapie doit aussi s'adapter aux phénomènes de polyaddictions ou de doubles diagnostics, par exemple jeu pathologique et alcool, ou le lien entre jeu pathologique et trouble de déficit d'attention, avec ou sans hyperactivité (TDA/H) car les comorbidités sont fréquentes. Il existe d'ailleurs des groupes pour patients schizophrènes présentant un problème de jeu pathologique, incluant psychoéducation, contrôle du stimuli, exposition graduée et prévention de la rechute.

Les études sur le jeu pathologique concluent sur des chiffres faibles de consultation des joueurs pathologiques en centre de soin (2 à 3 % des joueurs consulteraient pour un problème de jeu, ce chiffre pouvant atteindre 10 % selon Robert Ladouceur), et parmi les personnes en contact avec le système de santé, 15 % présenteraient un problème de jeu pathologique (Inserm, 2008).

Des prises en charge par Internet et par téléphone sont par ailleurs possibles, surtout pour les personnes qui rencontrent des problèmes d'accès aux soins, sachant que 70 à 90 % des joueurs ne sont pas intéressés par une prise en charge formelle en face à face. (Cunnin-



gahm, Hodgins & Toneatto, 2011)

La complexité du jeu pathologique exige un traitement holistique, global du sujet, tenant compte de son histoire, des comorbidités ainsi que de l'entourage, de son âge et de son sexe. Par exemple les femmes joueuses cherchent plus souvent de l'aide, car elles présentent souvent dépression, problématiques de violences conjugales et une estime de soi plus faible.



Pistes de prévention et de recherche ?

La description d'un comportement de jeu « contrôlé » semble être une piste intéressante à utiliser dans les messages d'information et de prévention, avec une caractérisation des signes qui permettront de constater si la pratique de jeu n'est plus seulement « récréative ». Certains indices à prendre en compte seraient le temps passé à jouer, l'interférence dans la vie quotidienne, la présence de pensées erronées liées au jeu de façon importante ainsi que le manque de contrôle sur son propre comportement de jeu.

Par ailleurs, certains programmes de prévention comportent un volet « Jeu Pathologique » : avec des éléments d'information, sur l'évolution des usages, les signes d'inquiétude, les techniques de contrôle et de prise de décisions.

Parmi eux, le programme canadien « It's your lucky day » (Lemaire et al., 2004) ou le programme « Le hasard Lucky on peut rien y changer » mis au point par l'équipe de Robert Ladouceur permettent d'augmenter les connaissances sur les JHA et de corriger les biais cognitifs.

Chez les jeunes (Delfabbro, Lahn & Grabosky - 2006), les programmes pourraient contenir des interventions comme :

- Visionnages de vidéos avec des joueurs qui évoquent leurs pensées erronées (durant le jeu)
- L'information sur les JHA et les JV
- Les habiletés et les types d'utilisation
- La restructuration cognitive
- Un travail sur les croyances erronées concernant les habiletés, le hasard ainsi que les récompenses dans les deux types de jeu
- La distraction ou la technique d'une centration cognitive dans une autre activité
- L'utilisation de l'imagerie mentale
- L'exposition en imagination
- Adapter le langage des messages aux jeunes, sans oublier la sensibilisation et l'accompagnement des familles.

Enfin il convient d'être vigilant au fait que les programmes de « jeu responsable » des opérateurs, cibleraient plus les populations qui ne présentent pas de problème de jeu.

Bibliographie

- Blaszczynski R (1998) *Overcoming compulsive gambling. A self-help guide using cognitive behavioural techniques*. Robinson, London.
- Cunningham JR, Hodgins DC, Toneatto T (2011) *Pilot study of an Internet-based personalized feedback intervention for problem gamblers*. *Journal of Gambling Issues*, 26, 3-10.
- Delfabbro, P, Lahn, J & Grabosky, P (2006) *'It's Not What You Know, but How You Use It: Statistical Knowledge and Adolescent Problem Gambling'*. *Journal of Gambling Studies*, vol. 22, 179-193.
- Dyke N. (2009) *Jeux et Dépendances. Colloque International*. Montréal: Fond Québécois de La Recherche sur La Société et La Culture.
- Expertise collective Inserm. (2008) *Jeux de hasard et d'argent. Contexte et addictions*. Paris: Les Éditions de l'Inserm.
- Ferris, J, Wynne H. (2001) *L'Indice canadien du jeu excessif – Manuel de l'utilisateur*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, www.ccsa.ca.
- Griffiths M. (2002) *Gambling and gaming addictions in adolescence*. BPS Blackwell, Oxford.
- Organisation Mondiale de La Santé (OMS). (2000) *CIM-10/ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*. Paris: Masson, Paris.
- Ladouceur R, Sylvain, C, Boutin, C, Doucet C (2000) *Le jeu excessif. Comprendre*

et vaincre le gambling. Les Éditions de L'Homme, Montréal.

- Lemaire J, De Lima S, Pathon D (2004) *It's your lucky day*. Fondations Manitoienne de lutte contre les dépendances.
- Lesieur HR, & Blume, S. (1987). *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers*. *American Journal of Psychiatry*, 144: 9; 1184-1188
- *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. (2003) Traduction J-D Gueffi, MA Crocq (Coord). Paris: APF.
- Marlatt, R, Donovan DM. (2008) *Prévention de la rechute, Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. Éditions Médecine et Hygiène. Chêne-Bourg.
- Minotte P, Donnay JY. (2009) *Les usages problématiques d'Internet et des jeux vidéo: Synthèse, regard critique et recommandations*. Institut Wallon pour La Santé Mentale.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982) *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19: 276-288.
- Simon O (2006) *Addiction aux jeux vidéo versus addiction aux jeux d'argent, Dépendances*, 28, 16-20.
- Tremblay J, Ménard JM, Ferland F. (2004) *Manuel d'utilisation déba-Jeu. Détection du besoin d'aide - Jeux de hasard et d'argent*. Service de Recherche CRUV/ALTO, Québec, Canada.



La prise en charge des problématiques des jeux pathologiques :

entre santé publique, santé mentale et réponses médico-sociales

Françoise Facy, Directrice Recherche Inserm

Un champ aux contours fluctuants : l'addictologie

Depuis les années quatre-vingt-dix, où des auteurs comme Skinner ou Goodman, ont proposé des analyses de processus de consommations de substances psychoactives et de comportements de dépendance (tels que défini par Goodman sous le terme addiction en 1990)¹⁸, les responsables de santé publique différencient la population en sous-groupes de consommateurs, groupes à risque et dépendants.

Le rapport de M. Reynaud, P.J. Parquet et G. Lagrue sur « *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives* » propose le terme de « *pratiques addictives* » pour désigner l'ensemble des « *comportements de consommation de substances psychoactives* ».

Les classifications internationales traduisent ces évolutions, intégrant les nouvelles pathologies, mais aussi les nouveaux comportements ayant des conséquences dommageables sur l'état de santé : la CIM aborde l'ensemble des produits, avec les différents symptômes repérés lors d'usages abusifs, par exemple. En psychiatrie, le DSM-V (version prévue en 2013) ne distingue plus l'abus et la dépendance, et les regroupe dans le « *trouble du contrôle de la consommation de substance* ». Cette classification ne mentionne pas la dépendance physique (2 critères : tolérance et syndrome de sevrage). Le terme addiction doit remplacer la dépendance.

Une généralisation du terme « addiction » est observée, au-delà même des consommations de substances psychoactives, incluant les addictions comportementales et notamment les comportements liés aux jeux de hasard et d'argent.

L'expression « *conduite addictive* » recouvre les usages simples (non pathologiques) jusqu'au « *mésusage* », terme plutôt réservé à la pathologie. Les évolutions récentes de l'addictologie et de la santé publique ont élargi son intérêt bien au-delà du consommateur dépendant, jusqu'à inclure un ensemble de risques tandis que la prévention s'inscrit dans un continuum d'interventions allant jusqu'à la réduction des risques.

18. L'addiction selon Goodman se définit comme : un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion). (Goodman, 1990).

Un contexte de santé publique qui englobe des pathologies et des comportements individuels

L'évaluation de la loi de Santé Publique de 2004, faite par le Haut Conseil de Santé Publique en 2010 souligne des avancées certaines dans le domaine des addictions, à la différence de celui de la Santé Mentale.

La France est un pays où l'espérance de vie est une des meilleures au monde pour les personnes âgées de plus de 65 ans, mais où elle est plus faible que dans les pays européens comparables pour les personnes de moins de 65 ans. La plupart des causes de cette surmortalité prématurée sont en principe évitables : elles tiennent à des comportements individuels ou collectifs modifiables (consommation de tabac et d'alcool, accidents, suicides...).

Entre 2000 et 2008, les plus nettes diminutions ont été observées pour les accidents de la circulation, le sida et les décès dus à l'alcool. L'impact des baisses de consommation d'alcool et de tabac, reconnues comme déterminants de santé, est enregistré en termes de mortalité comme de morbidité. Des disparités sociales et territoriales persistent, liées à un ensemble de facteurs combinés, tant au niveau d'exposition aux risques qu'au niveau de comportements socio-culturels ; Pour de nombreuses pathologies la consommation de tabac et d'alcool, la sédentarité sont plus fréquentes dans les groupes défavorisés.

Au niveau des risques liés aux comportements individuels, les personnes ayant des conduites addictives comme les joueurs pathologiques sont particulièrement exposés au risque suicidaire. Avec la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de 2009, les Agences régionales de santé procèdent à la mise en œuvre de la territorialisation des politiques de santé (article L. 1431-1 du code de la santé publique), avec comme objectif, la réduction de ces inégalités territoriales en Santé, (articles L. 1434-14 et 15). Le projet régional de santé s'appuie sur des contrats locaux de santé (article L.1434-15) conclus avec les collectivités territoriales pour définir les programmes pour la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social.

Un secteur de santé mentale prudent et réservé quant aux addictions (2011-2015)

Malgré la place réduite accordée aux conduites addictives dans le Plan d'actions pour la prise en compte des problèmes psychiques en population, deux axes peuvent renforcer l'attention des décideurs et des centres souhaitant intervenir pour la prise en charge des joueurs pathologiques : l'axe « **prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal** » présente certaines mesures visant à démystifier et faciliter le recours à la psychiatrie. La création dans les hôpitaux universitaires d'un poste de Praticien Hospitalier psychiatre référent sur les jeux de hasard et d'argent doit permettre de construire un parcours de soins cohérent, un travail en partenariat. L'axe « **prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs** » devrait valoriser les expériences multidisciplinaires de terrain. Cet axe pourrait contribuer à l'amélioration des savoirs, des pratiques et des actions de formation (en direction des professionnels, des aidants familiaux souvent en première ligne avec les joueurs excessifs, des intervenants sociaux, des associatifs et des usagers).

Le mode opératoire du plan « traduire des objectifs collectifs en des changements concrets » vise à décliner les trois échelons (régional, départemental, sectoriel/local) il fait une large part à l'expérimentation et à l'innovation.





Un secteur médico-social qui recouvre les prises en charges psychothérapeutiques jusqu'à la réduction des risques

Depuis les années 2000, la prise en charge des personnes souffrant d'addictions aux substances psycho-actives est mieux intégrée au régime général d'Assurance Maladie. Les trois pôles d'intervention sont ceux des addictions : la Médecine de Ville, le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Les missions des CSAPA ont été élargies (en 2007) à ces nouvelles addictions sans substance. Un effort de formation des personnels a été initié, souvent par les institutions elles-mêmes, et la circulaire n°DGCS/5C/DGS/MC2/DSS/1A/DGOS/R4/2012/395 du 22 novembre 2012 instaurant des mesures nouvelles pour la mise en place d'un binôme spécifique, constitué par un mi-temps de psychologue et par un mi-temps d'assistant social, représente une réelle avancée pour doter les territoires d'une réponse compétente. Ces CSAPA doivent jouer un rôle moteur et de référence en attendant des moyens supplémentaires pour équiper d'autres CSAPA en vue d'améliorer les réponses de proximité.



Des perspectives

Contribuer à la réalisation d'objectifs de santé publique

Ces avancées récentes nécessitent des évaluations, tant sur un plan des besoins, des pratiques et des impacts, pour être resituées dans un contexte de Santé Publique et de Santé Mentale au regard des besoins des populations concernées, en particulier des publics vulnérables. Dans une approche intersectorielle entre santé et adaptation sociale, les professionnels ont ainsi à prendre en compte :

- Des déterminants socio-économiques : la formation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, le logement, les relations sociales, les aides financières
- Des comportements socialement déterminés, individuels et contextuels
- Le système de soins spécialisé, son organisation et son accessibilité

L'organisation des actions pour répondre aux addictions sans substance peut s'inspirer des propositions du Livre blanc de l'addictologie française, publié en 2011 par la Fédération Française d'Addictologie (FFA).

S'inscrire dans la cohérence avec les orientations des Politiques de Santé Mentale

L'addictologie actuelle recommande des réseaux actifs alliant les services de psychiatrie et les intervenants spécialisés, pour mieux connaître la prévalence des différents troubles psychiatriques et les comorbidités avec toutes les addictions.

Les recommandations actuelles d'innovation et expérimentations locales, soutenues par les ARS, offrent des possibilités d'application dans le domaine de l'addictologie, pour soutenir des actions :

- De promotion de la santé et de prévention des conduites à risque d'addiction, y compris sans substance
- De prise en charge des personnes en difficulté du fait de conduites addictives

Deux enjeux semblent se dégager :

- La proximité de prévention croisée de troubles psychiques et de troubles du comportement
- Le maillage d'acteurs, entre professionnels, usagers eux-mêmes et entourages, aux savoirs différents et parfois contradictoires

Développer la recherche universitaire en addictologie

Les conduites addictives, avec ou sans substance sont aujourd'hui suffisamment reconnues dans leurs dimensions sociales et sanitaires pour justifier d'un domaine de recherche pluridisciplinaire à part entière. La participation des équipes de terrain est nécessaire pour établir les constats d'importance des mésusages et de dépendance,

approfondir les connaissances dans une approche intersectorielle, construire des formations pour les professionnels de santé et de façon générale, développer l'éducation en santé.



Conclusion

Pour toutes les addictions, mais particulièrement pour celles sans substance, tenir compte des usagers et de leurs entourages est indispensable pour offrir les conditions d'une prise en charge adaptée. Car ici aussi, le principe de l'OMS se vérifie : « La santé est la mesure dans laquelle un individu ou un groupe peut, d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'y adapter ». Les professionnels du sanitaire et du médico-social doivent réfléchir ensemble à la coordination du parcours de soins, et aux prises en charge communes pour traiter les personnes addictes aux jeux d'argent et présentant des comorbidités. L'addictologie est à la fois spécifique et transverse à toutes les pathologies, il convient de s'emparer de cette complexité pour offrir la meilleure réponse possible à des patients en souffrance.



À propos de l'accueil des joueurs en réseau dans

Les structures dédiées à la prise en charge de personnes souffrant d'addiction

Document présenté par La Guilde

Introduction

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont à l'origine d'une véritable révolution culturelle, dont la pratique des jeux en réseau sur Internet constitue une part non négligeable : l'« avatar », le personnage virtuel qui représente le joueur dans l'univers parallèle du jeu, est en passe de devenir une figure majeure de nos modernes « mythologies ». Se développent au sujet des jeux vidéo des discours sur l'addiction, comme sur la violence.

Devant ce nouvel objet, la fascination fait attendre le meilleur : un espace de socialisation et d'expérimentation extraordinaire, où des adolescents peuvent échanger avec d'autres, se confronter à des questions d'alliances, de stratégies, de coopération et d'affrontements, de hiérarchies, d'enjeux de pouvoir, sans craindre de voir leur corps être exposé aux regards et aux jugements des autres. Mais, comme devant toute vraie nouveauté, nous craignons aussi le pire : la déconnexion de la réalité, l'enfermement dans un monde trop simple, la captation de l'attention devenue « hyperattention », à la fois superficielle et « multitâche », au détriment de la « deep attention »¹⁹, avec son effort laborieux, mais nécessaire à tout travail « profond » et soutenu... Cette ambivalence explique sans doute l'importance que prennent les débats sur l'existence d'une « vraie » addiction aux jeux vidéo.

Quelques consultations d'addictologie ont en fait commencé depuis déjà plusieurs années à recevoir et à suivre des personnes dans le cadre de dépendances à Internet, et particulièrement aux jeux en réseau. Il y a donc des personnes qui, spontanément ou après bien des pressions de l'entourage, désirent réduire ou cesser leur conduite de jeu, parce qu'elle nuit à leurs investissements affectifs et sociaux, n'y arrivent pas seuls, et demandent de l'aide. Il se constitue ainsi progressivement une clinique émergente en réponse à une conduite addictive nouvelle.

S'il existe à ce jour des échelles ou des questionnaires permettant d'évaluer l'addiction aux jeux vidéo, la frontière entre le normal et le pathologique reste difficile à définir ; le caractère émergent de ces comportements ainsi que l'âge des joueurs, invite à la plus grande prudence et à privilégier la rencontre clinique. La nécessité d'énoncer quelques points de repères pour cette problématique n'en demeure pas moins nécessaire, notamment pour orienter et adapter le suivi.

19. Cf. les travaux de K Hayles in Stiegler B. (2008) Prendre soin de la jeunesse et des générations. Flammarion

En fonction de l'intensité du comportement de jeu, pour ne pas dire de la gravité de l'addiction, la prise en charge proposée sera différente : **rendez-vous pour « faire le point », psychothérapie, entretiens familiaux.** Au cours de la rencontre avec un joueur de jeux vidéo, le soignant doit s'interroger sur trois éléments qui permettent une évaluation clinique de l'addiction. Rappelons que les situations de souffrance liées à l'usage de jeux vidéo rencontrées dans l'essentiel des consultations concernent essentiellement les joueurs de jeux de rôles en réseau, caractérisés par l'identification à un personnage, la compétition et la solidarité liées au jeu, l'immersion dans un monde persistant et infini, et le réseau social.

Premier élément: La difficulté d'élaboration de la séparation. Une crise d'adolescence non conflictualisée.

Jouer au jeu en réseau constitue dans la majorité des cas, une activité domestique. Au sein du foyer, parfois au centre, les joueurs de jeux vidéo naviguent vers des univers passionnants, affrontent mille dangers et conquièrent de nouveaux territoires... Tout cela sous les yeux de parents qui souvent au départ ont été soulagés par le fait que leur enfant soit à la maison. Au fur et à mesure que cette activité devient de plus en plus présente et déborde, maltraitant le cadre du foyer, s'installe une situation de tension entre les membres de la famille. Parfois cela peut induire une telle crispation que la famille se trouve dans un paradoxe : plus l'adolescent tente d'échapper au regard parental (en se réfugiant devant, derrière ou dans l'ordinateur) plus le contact parental se fait persécutif et anxiogène.

Le processus d'élaboration de la séparation avec les parents est mis à mal ; il est contraint par un ensemble de facteurs environnementaux et psychologiques à s'arrêter ou à s'effectuer dans des formes inédites. Comme il semble impossible de ne pas « voir » l'Autre, « ça » cohabite. Le contact entre parents et adolescent dans certaines familles souvent fragilisées par les événements de vie, va rarement au-delà de l'image. La communication est coupée nous disent parents et adolescents. S'instaure une présence absente qui relève le plus souvent d'un « arrangement » entre les deux parties. Cet arrangement émerge dans un climat particulier où l'impossibilité de se séparer induit une cohabitation. Parfois l'enfant est responsabilisé de manière prématurée et au moment de l'adolescence, la nécessaire séparation des images parentaux est entravée par l'intensité de la relation Mère/Fils.

Les récits des joueurs comme ceux de leurs parents mentionnent le temps de la puberté comme celui des difficultés du couple des parents. Le couple des parents proche de la rupture, si ce n'est déjà fait, amène des bouleversements qui font écho à la métamorphose pubertaire. Les adolescents s'extrait des tensions internes et externes en s'évadant dans les jeux. Une manière de choisir son camp sans préférer papa à maman et inversement... La cohabitation est renforcée par le confort du foyer parental que les joueurs n'imaginent pas pouvoir s'offrir eux-mêmes.

Second élément: fuite de la réalité (corporelle, physique, environnementale, sexuée, etc.)

Les jeux vidéo et les mondes parallèles qu'ils offrent, apparaissent comme des nouveaux médiums à la socialisation de jeunes dont l'une des difficultés est l'insertion dans le système de la société actuelle ; celle-ci leur apparaît souvent étrange, « flippante » et surtout inintéressante, ennuyeuse. Sans compter l'impression de « déjà-vu » que dégage la réactualisation des modes des décennies précédentes. Il ne reste qu'à fuir dans le jeu et ses mondes enchantés par les elfes de la nuit, les paladins, les mages... des personnages aux pouvoirs extraordinaires plus investis que le corps de chair.

Chez les joueurs excessifs, le corps est fui, délaissé, voir malmené ou oublié bien que toujours aux commandes de l'« avatar » ; précieux « avatar » qui par substitution offre des rencontres impossibles « In Real Life » (dans la vraie vie). Le jeu est le terrain de

multiples modes et occasions de sociabiliser avec des garçons et des filles, des relations que certains ont du mal à établir quand leur corps est en jeu. Derrière l'écran comme protégé, le plus grand des timides ose, il développe de l'habilité et acquiert une aisance qu'il n'a pas In Real Life. Et pour ces jeunes hommes la rencontre avec une fille est la situation à hauts risques par excellence.

Troisième élément : valeur antidépressive du jeu vidéo.

Le jeu par définition est source de plaisir, de satisfaction. Qu'effectuent les joueurs au sein des jeux ? Essentiellement ils massacrent des « boss », des monstres et équipent leurs personnages. Les joueurs participent à des quêtes de nature narcissiques : gratifiantes sans délai si la tâche est bien accomplie. L'accession directe aux résultats de ses actes permet une boucle d'apprentissage efficace : le joueur peut recommencer la quête autant de fois que nécessaire jusqu'au résultat satisfaisant. Ces quêtes compulsives renvoient aux objets transitoires tels que les définit Joyce Mac Dougall, objets « à saisir » à tout moment afin d'atténuer tout état affectif qui pourrait se révéler questionnant, intolérable, voire angoissant.

L'être ensemble procure beaucoup de plaisir aussi. Dans cette position non ordinaire, ni seul ni avec les autres se développent des relations qui peuvent conduire à des rencontres In Real Life. La reconnaissance de ses pairs, l'appartenance à un groupe dans lequel on occupe une place définie, le fait de « se sentir utile », sont autant de sources de bien-être et surtout ça rassure ! Particulièrement dans cette période où l'angoisse d'éclatement est intensifiée par les changements de l'adolescence. Élaborer des stratégies à plusieurs, coordonner ses actions, proposer des scénarii à d'autres joueurs... autant de possibilités d'agir qui leur sont bien souvent refusé par ailleurs. Donc le jeu possède une valeur antidépressive non négligeable ! À tous les étages à l'adolescence il faut se séparer : de ses parents, de son corps d'enfant, parfois de ses amis. Quand s'ajoutent la maladie, le divorce, le décès, le processus d'individuation se complexifie. Pour faire face à ses angoisses ou plutôt les atténuer, en évitant de s'y confronter, le jeu constitue non seulement un dérivatif efficace mais aussi un exutoire idéal.

Le culte de la performance est un des éléments de compréhension de cette problématique. Nombre de jeunes que nous recevons ne souhaitent pas entrer dans la compétition, être mis en concurrence : ils sont souvent à la recherche de plus de coopération. Et, contrairement à la crainte liée à la production de violence, nous pouvons dire que l'effet cathartique ici joue trop bien son rôle : les risques sont pris dans la réalité virtuelle et non dans la réalité physique.

Ainsi lors d'une rencontre avec un joueur de jeux en réseau, il est recommandé de s'interroger sur la nature des relations entre les membres de la famille, la qualité des relations en chair et en os ; enfin, il est tout à fait souhaitable de parler du jeu, de ce qu'il apporte, de ce qui est aimé, de sa place dans l'existence du joueur, d'autant que c'est une entrée en matière intéressante pour établir une relation de confiance. En fonction de la situation, le soignant propose une prise en charge adaptée. Bien souvent, cela correspond à un suivi d'adolescent ou de jeune adulte ce qui nécessite une posture et une implication particulière : travailler la « non demande », « prêter des mots », accompagner à l'élaboration de l'histoire personnelle en construction en plus de l'aide apportée sur le comportement lui-même.

Il est aussi nécessaire de recevoir les familles : soutenir les parents dans leur rôle de régulateurs, les informer sur ces mondes qui leur sont souvent étranges, les aider à relativiser la place des jeux, travailler avec eux sur les relations intrafamiliales.

La Guilde est un réseau de cliniciens travaillant autour de la question de l'addiction au jeu vidéo. Elle vise à identifier et capitaliser les lieux de prise en charge possibles, mutualiser l'expérience clinique de ses membres, valoriser et partager ses réflexions sur la pratique clinique liée à ses problématiques.

Contact : Aurélie Wellenstein, documentation.cmm@wanadoo.fr



Principales composantes du

traitement des joueurs pathologiques

20

Robert Ladouceur, Université Laval, Québec, Canada

Si la principale motivation pour s'adonner aux jeux de hasard et d'argent est la possibilité de gagner de l'argent, leur structure présente toujours un désavantage pour le joueur. Alors, pourquoi tant de gens s'y adonnent, et surtout comment expliquer que certains joueurs développeront une dépendance à l'égard de ces jeux? Une des principales raisons relève du défi que ces jeux offrent au joueur, soit tenter de prédire l'issue d'une activité qui est en soi imprédictible. Les recherches ont montré que les joueurs entretiennent des perceptions erronées, voire la conviction qu'ils réussiront à maîtriser l'issue du jeu. Tout traitement devra identifier ces convictions, les rendre accessibles au joueur et par la suite l'amener à les modifier.

Trois conditions doivent être réunies pour identifier un jeu de hasard et d'argent (JHA) (Ladouceur, Sylvain, Boutin & Doucet, 2000) :

- 1) le joueur doit mettre en jeu une somme en argent ou un objet de valeur
- 2) la mise se doit d'être irréversible, c'est-à-dire qu'une fois placée elle ne pourra pas être reprise
- 3) l'issue du jeu repose principalement ou totalement sur le hasard.

Bien que les traitements pour le jeu pathologique soient utilisés depuis plusieurs années, peu de recherches ont évalué leur efficacité (Toneatto & Ladouceur, 2003). La méta-analyse de Pallese et ses collaborateurs (2005) indique qu'une intervention psychologique produit de meilleurs résultats thérapeutiques chez les joueurs pathologiques que l'absence de traitement, et que cette différence se maintient 17 mois après le traitement.

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) a fait l'objet du plus grand nombre d'études d'efficacité de traitement avec des méthodologies rigoureuses et jouit d'appuis solides relativement à son efficacité pour traiter le jeu pathologique. Ladouceur et Lachance (2007) ont récemment publié un volume qui décrit la mise en application des principales composantes du traitement cognitif et comportemental (TCC) des joueurs pathologiques. Ce volume fait partie d'une collection portant le titre « Treatment that works », illustrant que ces interventions ont reçu un appui empirique, les situant ainsi dans la gamme des traitements qu'on nomme « les traitements appuyés empiriquement » (Ladouceur, Boisvert, Loranger, Morin, Pépin, & Blais, 2003).

Cependant, à l'instar des autres approches de traitement pour les dépendances, les taux d'abandon atteignent fréquemment 50 %. Ces abandons se produisent surtout lors des premières rencontres de thérapie. Comme le jeu pathologique est souvent associé à une fréquence plus grande de troubles d'abus/dépendance aux substances (alcool, drogues), de troubles de l'humeur et de troubles anxieux, le clinicien doit porter une attention



20. Ce court texte est tiré d'un article récemment publié par R. Ladouceur et ses collègues en 2011 dans la Revue francophone de la clinique comportementale et cognitive.

particulière à la présence possible de ces troubles ou autres problématiques psychiatriques qui compliquent souvent l'application du traitement et contribuent en partie, à expliquer les hauts taux d'abandons. Le taux élevé d'abandon du traitement pourrait refléter également l'ambivalence des joueurs face à la modification de leurs habitudes de jeu. Pour pallier à ce problème, certains cliniciens ont fait appel à l'approche motivationnelle visant ainsi à augmenter les gains thérapeutiques.

Voici les principales composantes de cette intervention :

1) Augmentation de la motivation. Basée sur l'entrevue motivationnelle, les premières séances de traitement visent le changement des habitudes de jeu. Le thérapeute aide les joueurs à explorer et à résoudre leur ambivalence à l'égard de la modification de ces habitudes de jeu.

2) Identification des situations à risque et des stratégies. Le thérapeute explique au joueur la chaîne ou les étapes des comportements et des pensées qui mènent au jeu et les situations à risque qui amplifient ces comportements excessifs.

3) Analyse et identification des perceptions erronées. Le thérapeute stimule la prise de conscience des monologues internes entretenus par le joueur à l'égard du jeu. Dans ces monologues, une attention particulière ausculte les pensées erronées relatives à la notion de hasard et particulièrement les pensées qui établissent des relations causales entre les événements indépendants.

4) Prise de conscience et modifications des perceptions erronées. Pendant plusieurs séances, le thérapeute amène le joueur à prendre conscience de ses perceptions erronées (p. ex., « L'appareil est sur le point de payer » « C'est mon appareil chanceux »), et à réaliser le rôle crucial de ces dernières sur le maintien, voire l'augmentation des habitudes de jeu. Le thérapeute fait découvrir au joueur que malgré ces perceptions, il peut effectivement gagner à certaines occasions tout comme il peut perdre. Il sème le doute chez le joueur et crée ainsi de la dissonance cognitive afin que le joueur remette en question la validité et le bien-fondé de ses prédictions. Il arrivera ainsi à percevoir qu'il n'existe pas de moyens ou de stratégies pour augmenter ses chances de gagner ou pour vaincre le hasard.

5) Prévention de la rechute. La possibilité de rechute est abordée et discutée avec le joueur en fonction des situations à risque qu'il rencontrera tôt ou tard après la fin de la thérapie. Il devient donc de plus en plus attentif aux situations à risque et aux perceptions erronées associées à ces situations. On abordera aussi les moyens de composer avec ces situations pour éviter la rechute.

6) Stratégies comportementales. Si la modification des perceptions erronées s'avère la cible centrale du traitement, l'utilisation de stratégie d'interventions comportementales pourra aider le joueur à consolider les gains thérapeutiques. Parmi celles-ci, mentionnons l'utilisation du service d'auto-exclusion, ne pas garder sur soi ses cartes de crédits ou de grosses sommes d'argent, éviter les lieux de jeu, annuler ses cartes de crédit, prévoir un accès limité au compte de banque ou demander que le chèque de paye soit déposé automatiquement dans le compte bancaire.

Si ces composantes sont pour la plupart essentielles dans le traitement des joueurs pathologiques, elles ne seront pas suffisantes dans certains cas. Le thérapeute devra mettre en œuvre son sens et ses habiletés cliniques. Très souvent, il sera important de bien identifier les troubles co-morbides au jeu pathologique et de préciser avec le joueur la démarche à suivre pour enrayer ces derniers. Les problèmes de couple font souvent partie de la problématique du jeu. Le thérapeute attirera l'attention du joueur sur cette dimension et verra à prendre les mesures nécessaires pour rétablir l'harmonie dans le couple. Bref, la démarche clinique que tout thérapeute exerce avec les troubles psychiatriques ou psychologiques en général fera partie intégrante du traitement du joueur pathologique.



Références

- Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., Loranger, M., Morin, C. M., Pépin, M., & Blais, M.-C. (2003). Les traitements psychologiques appuyés empiriquement: État de la question et critique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 1-13.
- Ladouceur, R., Giroux, I., Jacques, C., & Dufour, J. (2011). *Jeux de hasard et d'argent: Compréhension, prévention et traitement*. Revue francophone de la clinique comportementale et cognitive, 16, 16-29.
- Ladouceur, R., & Lachance, S. (2007). *Over coming pathological Gambling: The therapist guide*. New York: Oxford Press.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2000). *Le jeu excessif: Comprendre et vaincre le gambling*. Montréal: Les Éditions de L'Homme.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B.-H., & Molde, H. (2005). *Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis*. *Addiction*, 100, 1412-1422.
- Toneatto, T. & Ladouceur, R. (2003). *Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284 - 292.



La prévention

L'information actuelle du public quant aux risques liés à la pratique du jeu de hasard et d'argent est insuffisante. Les actions de prévention mises en œuvre doivent relever d'une approche globale des addictions, avec ou sans produit.

- ◆ Promouvoir une posture inspirée de la réduction des risques et de l'intervention précoce, auprès des jeunes, et de l'éducation préventive avec les parents (voir « entourage »)
- Faciliter et promouvoir la connaissance des codes de ces pratiques addictives et des lieux, réels ou virtuels où elles s'exercent (modalités, us et coutumes, modes de socialisation...)
- ▲ Faciliter la rencontre avec les publics concernés en développant des partenariats dans leurs environnements de jeu (buraliste, casinotier, opérateur de jeu...) tout en restant vigilant aux questions de conflits d'intérêt.




Le repérage

Il est important que les professionnels en addictologie interrogent les usagers venus pour d'autres addictions sur une éventuelle pratique de jeu.

- Parce que ces pratiques s'intensifient
 - ▲ Parce que les problématiques liées à une ou plusieurs addictions comportementales prennent très souvent place dans un contexte de polyconsommation, liant consommation de produit et pratique addictive des jeux de hasard et d'argent et/ou de jeu vidéo.
 - ◆ Parce que ces addictions génèrent de vraies souffrances et des risques sociaux importants
 - ▲ Parce que la circulaire du 28 Février 2008, reconnaît et confie aux CSAPA la mission de prendre en charge ces problématiques
 - ◆ Parce que cela permet d'impliquer les différents acteurs des partenariats existants et d'en créer de nouveaux (Assistante sociale de secteur, psychologues libéraux mais aussi des structures comme les Maisons des Parents, les Maisons des ados, les Conseil de vie sociale...) afin de faciliter l'accès au soin et d'améliorer l'aide aux personnes en difficulté avec les jeux de hasard et d'argent

Les conséquences socio-économiques du jeu pathologique

Le jeu pathologique peut avoir un impact financier important sur la famille, voire sur l'ensemble de l'entourage.

- ▲ Reconnaître l'importance de la prise en charge psycho-sociale
 - Faire connaître l'offre de prise en charge proposée (CSAPA...) au près des acteurs du champ social : assistante sociale de secteur...
 - ◆ Favoriser l'intervention de l'assistant(e) social(e), dans l'abord du rapport à l'argent la gestion des distorsions entre les croyances (hasard) et les effets de la réalité
 - Favoriser la création et l'intervention d'un binôme psychologue/assistant(e) social(e)
- 

Le rôle de l'entourage

La pratique excessive de jeu a des conséquences directes et concrètes sur l'entourage et la famille, notamment sur un plan financier. Le jeu excessif et les cyberdépendances font courir un risque majeur d'isolement social à l'utilisateur et à sa famille. C'est très souvent l'entourage qui vient demander de l'aide pour un proche.

En terme de prévention :

▲ L'entourage peut mettre des limites avant l'aggravation de la pratique et participer à réduire les risques en cas d'excès. Il doit être un des acteurs d'une stratégie d'intervention précoce

Dans le cadre de la prise en charge :

- L'entourage familial peut, et dans certains cas doit, faire l'objet d'une prise en charge spécifique
- La difficulté thérapeutique réside dans le fait d'inclure le joueur dans le travail déjà engagé par l'entourage. Il faut user des stratégies issues de l'approche motivationnelle notamment pour amener l'utilisateur lui-même au soin

Un abord psychothérapeutique prééminent

En l'absence d'utilisation d'une substance psychoactive, l'approche psychothérapeutique est prééminente.

Approche motivationnelle

Permet un travail sur l'ambivalence, un changement du comportement et une mise en perspective de la pratique de jeu chez les usagers. Elle nécessite supervision et formation.

Approche cognito-comportementale

Permet de travailler les croyances erronées et les émotions des joueurs, d'identifier et de résister aux envies et/ou besoins de jouer. La TCC n'est pas seulement une « boîte à outils » mais aussi un type de prise en charge à part entière, qui nécessite une formation.

Approche psychodynamique

Permet un travail sur la répétition, les mécanismes inconscients. Le psychologue est central dans la prise en charge, mais l'assistant(e) social(e) aussi. L'approche transdisciplinaire est pertinente.



Les échanges de pratiques en réseau local ou régional

Les échanges de pratiques sont un outil très intéressant. Ils permettent :

- ▲ Une meilleure connaissance de l'objet et de la thématique permet un partage des problématiques et/ou des blocages rencontrés, ce qui favorise une meilleure assurance dans la prise en charge
- La montée en compétence de tous les professionnels du réseau
- La création de dispositifs communs en mutualisant files actives et professionnels disponibles (groupes de paroles, etc.)
- ▲ Le montage de dossiers de demandes de financement en commun
- ▲ De rendre visibles les acteurs, les initiatives et le travail existant sur un territoire

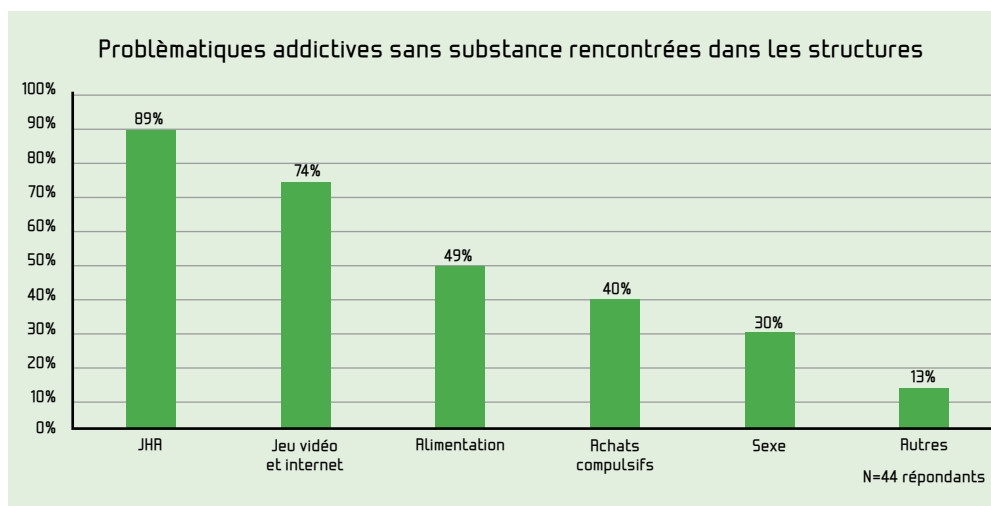
Partie 2:
constats
et
piste(s)

Les publics

Les recours aux centres de soins médico-sociaux pour une problématique liée à une addiction comportementale constituent un phénomène récent et croissant.

70% des 47 CSAPA dans les 5 régions concernées par l'étude (voir Annexe 1 p.69) ayant répondu au questionnaire observent une montée en charge des demandes concernant des problèmes liés aux addictions sans substance. Ils sont 60% à ne prendre en charge ces problématiques que depuis 2010/2011. Enfin, près de 40% distinguent une file active spécifique « Addictions sans substance » de leur file active globale. Si ces accueils et prises en charge ne concernent pour l'instant qu'assez peu d'utilisateurs, ils augmentent au fil du temps, dans un contexte de hausse des pratiques à risque et grâce à une meilleure prise en compte de ces problématiques par les professionnels et un meilleur repérage des CSAPA comme lieux de prise en charge de ces difficultés.

Quels sont les types de problématiques rencontrées par les usagers accueillis ?



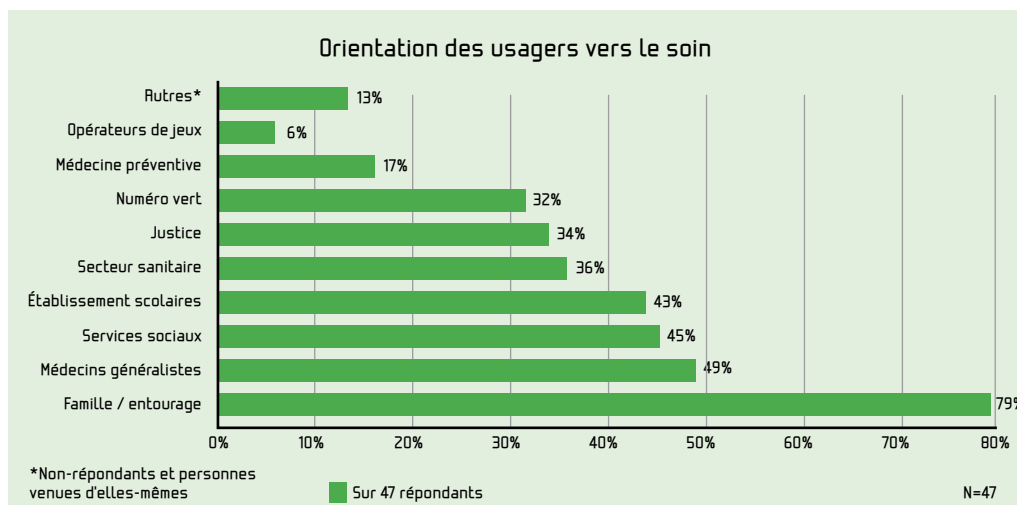
Est représentée dans le tableau ci-dessus la proportion d'établissements rencontrant ces types de problématiques. La très grande majorité des répondants prennent en charge le jeu pathologique/les trois quarts le jeu vidéo excessif et la pratique excessive d'internet/une moitié a été sollicitée pour des problématiques liées à l'alimentation/40 % pour des problématiques d'achats compulsifs/30 % ont rencontré des personnes pour une problématique liée à leur activité sexuelle. La mention « autres » représente les dépendances au sport et certaines problématiques rares.

Les profils des usagers

Tableau des Publics	Âge	Genre
Jeu de hasard et d'argent	Entre 35 et 70 ans	Principalement masculin
Jeu vidéo et cyberdépendance	Entre 12 et 35 ans	Majoritairement masculin, sauf pour les réseaux sociaux où les femmes sont majoritaires.
Alimentation	(Pas d'indication)	Presque exclusivement féminin
Achats compulsifs	(Pas d'indication)	Exclusivement féminin
Sexe	(Pas d'indication)	Exclusivement masculin

Orientation

La grande majorité (80 %) des usagers présentant un ou plusieurs de ces troubles addictifs sont orientés par leur entourage, en général familial.



Addictions sans substance et polyaddiction : l'importance du repérage

Les problématiques liées à une ou plusieurs addictions comportementales prennent très souvent place dans un contexte de polyconsommations, liant consommation de produit(s) et pratique addictive des jeux de hasard et d'argent et/ou des jeux vidéo. Les professionnels font état de cette prévalence qui se retrouve dans les files actives :

21. Ces chiffres ont été donnés par les professionnels dans le questionnaire, ils n'ont pas été recueillis à partir des RECAP.

22. On entend par « première intention » la première raison de la démarche de l'utilisateur (sa première demande)

23. On entend par « polyaddiction » la situation d'un usager présentant plusieurs problématiques addictives, avec et/ou sans substance.

24. Différence entre l'ensemble des files actives en première intention (437) et l'ensemble des files actives dans le cadre d'une polyaddiction (624).

Files actives déclarées dans le cadre du questionnaire. ²¹	Files actives		Ensemble
	Distinctes	Non distinctes	
En première intention ²²	268	169	437
Dans le cadre d'une polyaddiction ²³	465	159	624
TOTAL	733	328	1061

L'addiction comportementale dans un contexte de polyaddictions concerne **donc 187 usagers de plus²⁴** que quand elle motive la démarche en première intention, **et près de 60 % des files actives spécifiques à ces problématiques**. Toutefois, la plupart des acteurs du soin s'en tiennent à la première demande de l'utilisateur.

• 17 % des professionnels disent interroger très régulièrement leurs usagers consommateurs de produit(s) sur leur relation et/ou leur pratique de jeu de hasard et d'argent.

Il existe donc une marge de progression importante en termes de repérage, ainsi que dans le développement de certaines pratiques existantes.

On notera les suivantes :

- La question est incluse dans le questionnaire rempli par la personne lorsqu'elle arrive au centre
- Des exemplaires d'auto-questionnaires comme le SOGS ou l'ICJE sont à la disposition des usagers dans la salle d'attente
- Les professionnels, sans poser systématiquement la question, restent vigilants aux évocations possibles d'une pratique de jeu, même lorsque celle-ci n'est pas prise en charge (ils orientent alors vers des partenaires).

Au niveau des codépendances, les principales sont :

- La dépendance au tabac (extrêmement fréquente)
- L'alcoolodépendance (très fréquente)
- La consommation de cannabis (régulièrement)
- La dépendance à la cocaïne (rarement)

La consommation d'alcool accompagne régulièrement les pratiques de jeux constatées dans les centres, qu'elles aient lieu dans la sphère privée ou dans la sphère publique (casino ou débit de boisson détaillant distributeur Française des jeux et/ou Pari Mutuel Urbain). Malgré des différences importantes dans l'histoire des sujets addicts et dans les conséquences physiologiques et sociales de ces conduites, on constate des similitudes au niveau des composantes de ces deux problématiques addictives : honte entourant la pratique, orientation par l'entourage, sentiment de solitude, épuisement des ressources (symboliques et financières) de la personne et de son couple et/ou de sa famille.



Comorbidités psychiatriques et facteurs de risque



Les professionnels mettent en évidence la fréquence des comorbidités psychiatriques dans les addictions comportementales.

Ces comorbidités peuvent parfois être considérées comme des facteurs de risque liés à une addiction sans substance.

Il s'agit le plus souvent de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et/ou dépressifs, de phobies sociales, de sentiment d'impuissance, voire, parfois, de troubles bipolaires qui préexistent à la problématique addictive, et qui l'auraient favorisé.

La pratique excessive du jeu de hasard et d'argent, du jeu vidéo, d'Internet et des réseaux sociaux est souvent associée à une tentative (de résoudre ou) d'échapper aux difficultés rencontrées au quotidien, ces-dernières étant parfois liées à un trouble psychiatrique associé.



Cyberdépendance et adolescence



La cyberdépendance concerne principalement un public jeune (entre 12 et 35 ans), sa pratique addictive ou excessive renvoyant souvent à la **problématique adolescente**. L'abus du jeu vidéo, surtout du jeu de rôle en ligne massivement multi-joueurs (ou MMORPG), donne au joueur une impression de maîtriser et de contrôler un monde qui lui semble coupé de la vie « réelle », mais correspond à un univers persistant, ce qui le rend très addictogène : « même si je me déconnecte, le jeu continue, j'ai besoin de rester connecté le plus de temps possible ». Le jeu vidéo est donc un moyen de fuir une réalité parfois trop anxiogène. Les personnes présentant d'importantes failles narcissiques peuvent être poussées à se créer une version « parfaite » d'elles-mêmes, au travers d'un « avatar » sur lequel elles vont avoir tout contrôle. Les professionnels font état d'un sentiment de maîtrise du même ordre dans les pratiques excessives des réseaux sociaux, lieux de relations affectives virtuelles qui permettent à la personne de ne pas se confronter aux rencontres qui pourraient avoir lieu dans la « vie réelle » ²⁵.

Dans les prises en charge, ces comorbidités qui peuvent constituer des facteurs à risques (dépression, phobie sociale...) nécessitent un **repérage** et une **intervention précoce** préalables à un accès aux soins adapté à la personne.

25. Pour approfondir cette thématique, voir la contribution de La Guilde « À propos de l'accueil des joueurs de jeux en réseau dans les structures dédiées à la prise en charge de personnes souffrant d'addiction ».



De la prévention

à l'intervention précoce

Le travail avec l'entourage

Près d'un tiers des professionnels rencontrés mènent des actions spécifiques sur la cyberdépendance et une grande partie d'entre eux abordent fréquemment cette question lors des actions de prévention généraliste.

Il s'agit principalement de **professionnels de CSAPA disposant d'une CJC (ce sont souvent eux qui sont au contact des jeunes usagers)**. L'approche **s'inspire surtout de l'intervention précoce** et de la **réduction des risques** inhérents aux pratiques.

La prévention est menée auprès des familles et des jeunes, sur demande des partenaires institutionnels (collectivités territoriales, CCAS, établissements scolaires...). Elle concerne souvent la pratique abusive des écrans et jeux vidéo. **Le jeu (pathologique) d'argent et de hasard fait plus rarement l'objet d'actions de prévention spécifique.**

Il s'agit principalement pour les professionnels d'évoquer ces problématiques lors des interventions généralistes, et d'informer les destinataires de ces actions (qu'ils soient parents, jeunes usagers, mais aussi adultes encadrants tels que les animateurs socio-culturels, les infirmières scolaires...) de l'existence de consultations susceptibles d'accueillir les personnes en difficulté avec ces problématiques.

Trois grands types d'actions de prévention sont majoritairement mis en œuvre :

- **En milieu scolaire :**

Les actions sont très largement menées en milieu scolaire, auprès des jeunes. Les intervenants mettent en place des actions de prévention concernant toutes les addictions, et soit, informent leurs jeunes destinataires sur les addictions sans substance et notamment les risques d'Internet, réseaux sociaux et jeux vidéo au cours de l'intervention, soit réagissent et répondent aux questions qui leur sont posées sur ces thèmes.

- **Auprès des parents :**

Sur demande des collectivités territoriales, un travail de prévention plus particulier est mené sur le thème des cyberdépendances, à destination des parents. En général il s'agit d'informations quant à l'évaluation des pratiques à risque, sous forme d'actions réalisées dans des lieux qui accueillent les parents (centre d'aide à la parentalité, médiathèque, maison des ados, CCAS...).

Les parents y sont notamment invités à apprendre à connaître le jeu vidéo et/ou l'outil internet qu'utilise(nt) leur(s) enfant(s) régulièrement (lors de nuits du jeu virtuel dans les médiathèques, de démonstration de l'usage des réseaux sociaux par exemple), pour favoriser la (re)création du lien au sein de la famille.

- **Auprès des adultes encadrants :**

Plusieurs CSAPA interviennent dans des modules de formations destinés aux adultes encadrants et aux référents scolaires, sur le repérage des problématiques d'usage excessif des jeux vidéo, et l'orientation vers les structures ou les CJC.



Travailler les représentations

Parce que leurs premiers utilisateurs constituent un public jeune et adolescent, les jeux vidéo et l'utilisation des écrans constituent un volet important des actions de prévention des addictions sans substance.

Les professionnels constatent, dans une majorité des cas, non une « addiction » (environ un cas sur 20 en moyenne dans les files actives des dispositifs ayant participé à l'enquête), mais une pratique excessive et envahissante. L'enjeu de la prévention est donc pédagogique : qu'est-ce qu'un jeu vidéo, comment cela fonctionne-t-il, quels en sont les aspects ludiques et agréables qui les rendent attractifs, quelles sont les pratiques à risques et comment en prendre la mesure ?

La question des limites à imposer à l'enfant est abordée : il s'agit de redonner aux parents leur rôle de garants d'un usage « raisonné » de ces objets et les investir d'une mission d'éducation préventive.

Presque tous les professionnels intervenants en prévention constatent des représentations très tranchées chez les parents :

L'utilisation massive de l'ordinateur est rapidement perçue comme pathologique, et peut être dramatisée par des parents très inquiets de voir leur enfant passer beaucoup de temps sur Internet ou à jouer à des jeux vidéo. Ils se tournent alors vers les structures, surtout les CJC, dont ils trouvent les coordonnées par le relais des partenaires ou lors des actions de prévention. Les pratiques qu'ils rapportent peuvent être excessives et très envahissantes, sans être obligatoirement pathologiques. **Le travail consiste donc à informer, expliquer et rassurer.**

À l'inverse, une pratique excessive peut être banalisée, voire valorisée par les parents, qui y voient un signe de modernisme et de compétence de leur enfant. Un certain nombre d'acteurs agissant en prévention disent avoir du mal à faire entendre que l'usage de l'écran requiert une certaine prudence, (il n'est pas anodin de mettre un enfant de moins de trois ans devant un écran, l'usage de la console ou de l'ordinateur dans la chambre de l'enfant sans contrôle de l'utilisation qu'il en fait lui fait courir le risque de se couper de la vie familiale et sociale).



Connaître les jeux (de hasard et d'argent, virtuels)... pour mieux travailler avec

Lors des entretiens, la plupart des professionnels ont dit l'importance de connaître les codes de l'objet qui génère l'addiction, qu'il s'agisse des jeux de hasard et d'argent, des jeux vidéo ou des réseaux sociaux sur Internet.

- Les intervenants qui jouent aux jeux vidéo ou aux jeux de hasard et d'argent, ceux qui sont allés « visiter » les casinos ou les sites de jeux en ligne, témoignent d'une amélioration de leurs compétences dans l'accueil des joueurs.
- D'autres professionnels qui ne pratiquent pas ces jeux et ne fréquentent pas les lieux où l'on joue se disent moins à l'aise dans l'accueil des joueurs.
- À l'inverse et enfin, pour certains, cette « naïveté » peut amener l'utilisateur joueur à valoriser sa pratique, à échapper à la honte et ainsi pouvoir parler de ses activités de jeu.

La connaissance « personnelle » des jeux de hasard et d'argent permet de prendre la mesure de l'investissement en temps, en énergie et en argent que cela peut représenter, ainsi que la distorsion dans la représentation du réel qui peut en découler. Il en est de même du jeu vidéo et des codes en vigueur, notamment dans les jeux de rôle en ligne, souvent méconnus (ou perçus comme étrangers) par les acteurs du soin. La formation apporte aux professionnels des éléments liés à ces univers et aux codes qui les régissent.

26. Sur ce thème, voir l'encart EXPÉRIENCE sur l'action menée par la SEDAP auprès des buralistes de Côte-d'Or, p. 64.

Même s'il semble complexe de créer des liens entre et les dispositifs spécialisés et les opérateurs historiques du jeu et leurs détaillants (casinotiers, buralistes...), notamment du fait d'éventuels conflits d'intérêts, des actions en ce sens existent et mériteraient d'être développées.²⁶

Illustration

Prévention 2.0

Dispositif de prévention de l'association Douar Nevez promotrice des quatre CSAPA du Morbihan

Depuis 2010 l'association Douar Nevez a mis en place un dispositif de prévention spécifique aux jeux vidéo, aux réseaux sociaux et aux nouvelles technologies.

La création de ce dispositif a été motivée par la montée en charge des signaux d'alertes observés par les partenaires sur le terrain notamment scolaire (diffusion d'images privées de professeurs, phénomène d'« Happy slapping ») et la demande d'information des acteurs des autres secteurs sur l'usage excessif des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC).

Description du dispositif

Réhabiliter le rôle des parents en tant qu'éducateurs de premier plan : ce sont eux qui sont en charge de poser les limites, de donner le cadre au jeune, il s'agit donc de les informer non seulement sur les risques et les moyens de les prévenir (pas d'ordinateur dans la chambre de l'enfant, établir des horaires...) mais surtout sur la nature et le fonctionnement des objets informatiques. Cet axe aussi pour (re)créer du dialogue et du lien autour de l'ordinateur et/ou du jeu vidéo au sein des familles.

Harmoniser le « vivre ensemble numérique » : apprendre au jeune à user d'internet sans prendre de risques à court, moyen et long termes, pour ne tomber ni dans les pièges permanents, ni dans un usage dont il ne pourrait plus se passer.

Les actions

Les groupes de prévention à destination des adultes encadrants :

L'association Douar Nevez mène des formations auprès d'adultes encadrants (éducateurs, enseignants, parents, infirmières scolaires... etc.) visant à leur faire connaître le média pour dédramatiser et recréer du lien, et ainsi aider à y adapter l'éducation (par exemple sur le moment de prévenir le jeune qu'il va falloir arrêter de jouer, il vaut mieux savoir que les sauvegardes de jeu se font toutes les 20 minutes... etc.). Basées sur l'échange, ces actions menées en grand groupe durent environ 2h30.

Elles s'appuient sur deux outils :

- Une projection vidéo de PowerPoint dans laquelle sont intégrées des vidéos (sur les jeux vidéo, sur les paramètres de confidentialité de Facebook...).

Les thèmes abordés concernent autant les écrans de manière globale, que les jeux vidéo, les réseaux sociaux, l'utilisation des téléphones portables ou encore la législation encadrant l'usage d'Internet. Tous ces thèmes sont abordés d'un point de vue statistique, sociologique et psychologique.

- Un débat avec les personnes présentes et des réponses aux questions.

Ces temps d'échanges constituent un point fort de l'action; ils sont en général nourris, et permettent de mettre à bas nombre de « fantasmes ». Ce qui ressort notamment c'est une certaine sous-estimation des risques liés aux réseaux sociaux, et une dramatisation de la pratique du jeu vidéo.

Les groupes de prévention à destination des jeunes :

Ces actions ont pour but d'amener l'utilisateur à mieux connaître l'objet et l'environnement numérique. Si la plupart manient l'outil avec aisance, les deux animateurs rappellent les règles de base du vivre ensemble numérique et montrent comment se passe une usurpation de l'identité, comment commence une rumeur, pourquoi les informations postées en ligne ne sont pas forcément confidentielles... ce qui donne lieu à un débat avec les personnes présentes et un temps de Questions-Réponses.

Le jeu « Parano Chez Le Noobs » :

L'association Douar Nevez met en place depuis 2012 un jeu de cartes basé sur le principe du jeu de rôle. À destination des adolescents, prévu pour des parties à 15 ou 16 joueurs, il a été créé par les chargés de projet prévention et validé par un psychologue. Les cartes sont réalisées par les élèves des terminales en Bac Pro conception graphique du lycée des Métiers d'Arts Bertrand Duguesclin à Auray.

Les règles : Chaque personne reçoit une carte lui donnant son identité, personne ne connaît l'identité des autres. Le thème du jeu reprend le phrasé et l'univers d'internet: les phases s'appellent « connexion » - « déconnexion », les équipes sont constituées de « Geeks » et de « Noobs », les parties incluent un support PowerPoint sur lequel figurent tous les résultats trouvés par Google en entrant le nom de l'un des jeunes participants, permettant ainsi le débat entre les tours de jeu et d'aborder les risques les plus importants (harcèlement, pornographie...). Les « parties » ont lieu en collèges, lycées, et auprès de jeunes fréquentant des points information jeunesse.

Ce jeu permet de créer **du lien au fil d'une action ludique, de dédramatiser le message dans sa forme et fait aussi de l'expertise informatique des jeunes une valeur relative**, puisque c'est elle qui amène souvent les joueurs à prendre des risques durant le jeu, comme durant leur usage des nouvelles technologies.



Les actions ponctuelles, adaptables à la demande des partenaires :

Parfois le dispositif est interpellé par ses partenaires pour intervenir sur des actions ponctuelles innovantes, par exemple autour du visionnage d'un long-métrage de fiction. Un travail de préparation en lien avec un des psychologues du CSAPA Douar Nevez de Lorient est mené en amont. Le dispositif peut être amené à s'adapter à la demande, en gardant son esprit d'innovation et son optique d'une prévention dédramatisée.

Les différences avec la prévention des addictions avec produit

- L'une des principales différences avec la prévention des usages de produits psychotropes, **c'est l'aspect résolument pédagogique et éducatif** de la prévention des usages excessifs et à risques des NTIC.
- Même si les excès peuvent engendrer des conséquences désastreuses sur la vie personnelle, l'addiction aux nouvelles technologies permet, parce que les caractéristiques strictement médicales y sont moins prégnantes qu'avec les addictions avec produits (notamment psychotropes), de privilégier un travail du lien.
- La création et la pérennisation du lien autour de ces enjeux nouveaux de dépendance sont aussi facilitées par le fait que **ces pratiques sont accessibles et partagées largement**, et notamment par les professionnels eux-mêmes. Ils ont donc un échange facilité avec les jeunes mais aussi avec les adultes, et peuvent incarner eux-mêmes le lien entre les publics.
- Autre différence, l'usage excessif d'internet et/ou des jeux vidéo s'inscrit non seulement dans un parcours individuel mais dans **une thématique sociétale plus large**. Si l'on peut dans une certaine mesure avancer cela dans le cas de toutes les pratiques et

consommations addictives, **le caractère social et historique** de ces pratiques à risque est **exacerbé** par leur audience large, composite et globale, qui n'est pas systématiquement dans un rapport de dépendance. Le but est bien de toucher aux représentations, aux comportements et au regard que la société pose sur ces pratiques.

Par exemple, la moyenne de la naissance numérique d'un enfant (première apparition de son image sur internet) aujourd'hui est de 6 semaines (lorsque ses parents diffusent les premières photos sur les réseaux sociaux), ce qui n'est pas forcément anodin. Les enjeux de ce phénomène nouveau sont questionnés avec les adultes en groupe.

• Autre différence notable, il s'agit de former **2 ou 3 générations à un nouveau « vivre ensemble »**, dont les règles de structuration sociale ne changent pas de fond mais de forme; la politesse par exemple, qui reste l'un des éléments les plus structurants des rapports humains au quotidien ne disparaît pas avec internet, mais change de procédés.

Le rôle du « P » contenu dans « CSAPA » est donc aussi de réduire les risques d'un usage excessif existant, ou en germe. Ce nouvel aspect de la prévention peut contenir les risques mortels (notamment le suicide, ou l'inanition) comme les pathologies individuelles (éviter de faire de l'ordinateur le catalyseur de frustrations ou d'angoisses par exemple).

Pour plus d'informations concernant le dispositif, vous pouvez contacter directement
Le CSAPA DOUAR NEVEZ de Lorient
02 97 21 47 71, douarnevez56@hotmail.com

« Bien Joué! »

Le guide québécois de la prévention du jeu pathologique auprès des jeunes

Le Québec assiste actuellement à l'ouverture d'un site de jeux en ligne légal et étatisé, en parallèle de la montée en puissance des opérations publicitaires pour les jeux de hasard et d'argent visant les jeunes, et d'une popularité croissante des jeux de poker en ligne. Bien consciente des dommages qu'est susceptible de causer une pratique à risque du jeu, à la personne et ceux qui l'entourent, l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal s'est emparée de ce qu'elle nomme un « enjeu de santé publique », et a réédité un guide augmenté visant à **donner les moyens aux professionnels d'organiser des actions de prévention et de sensibilisation auprès des jeunes**. Baptisé « Bien Joué! », ce document dont la première édition date de 2008, a déjà permis de réelles avancées sur le terrain. Il a été initialement construit par trois organismes de soin en addictologie montréalais :

- L'Esplanade des jeunes sur internet;
- Coup de Pouce jeunesse Montréal-Nord;
- Le Centre des jeunes L'Escale.

Le guide recense le matériel nécessaire aux professionnels pour monter des actions de sensibilisation et de prévention auprès d'un public adolescent. Il se découpe en trois parties : **la première partie** considère les éléments à mettre en place et les enjeux à prendre en compte pour préparer en amont l'intervention.

La seconde partie constitue le cœur de l'ouvrage; elle présente neuf activités de sensibilisation et de prévention, déclinées dans leurs objectifs respectifs, et le matériel que chacune va réclamer. Ces neuf activités permettent un



travail en profondeur sur les représentations de la chance que peuvent avoir les jeunes entre autres, l'influence des cercles de socialisation, l'argent et la dépense, le risque, le hasard...

Enfin dans une **troisième partie**, l'ouvrage donne aux professionnels le matériel pédagogique à fournir aux jeunes participants pour accompagner l'activité, sous forme de fiches et tableaux à imprimer.

Sorte de kit « prêt à intervenir », le guide québécois « Bien Joué! » a pour objectif d'entrer directement en pratique. Sa première édition avait remporté un franc succès. **La transposition de cet outil en France pourrait être utile à bon nombre de professionnels.** Même si les contextes

français et québécois sont différents (concentration massive d'appareils de loterie à Montréal, prise en charge de ces problématiques dans les centres québécois depuis les années 1970, maintien du monopole d'État sur le jeu d'argent outre-Atlantique...), les pratiques professionnelles se rejoignent, et les actions de prévention menées outre-Atlantique pourraient servir les mêmes objectifs en France : **sensibiliser, réduire les pratiques à risque, et aider les jeunes et leurs réseaux familiaux et sociaux à faire des choix réfléchis dans leur pratique du jeu.**

Le guide est disponible en version électronique sur le site de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal : www.dsp.santemontreal.qc.ca dans l'onglet Publications, sous la thématique « Jeunes ».

La prise en charge

L'accueil et ses intervenants

L'accueil se fait, comme pour toutes les problématiques addictives, par l'intervenant en charge du premier entretien. La plupart du temps, l'utilisateur est aussi accueilli par un psychologue, favorisant une approche transdisciplinaire et un travail en binôme. La prééminence observée d'un abord psychosocial est justifiée par l'origine plurifactorielle des troubles addictifs et par l'absence, dans la majorité des cas, de problèmes physiologiques/sanitaires directement liés, ainsi que de traitements médicamenteux dédiés (hors anxiolytiques).

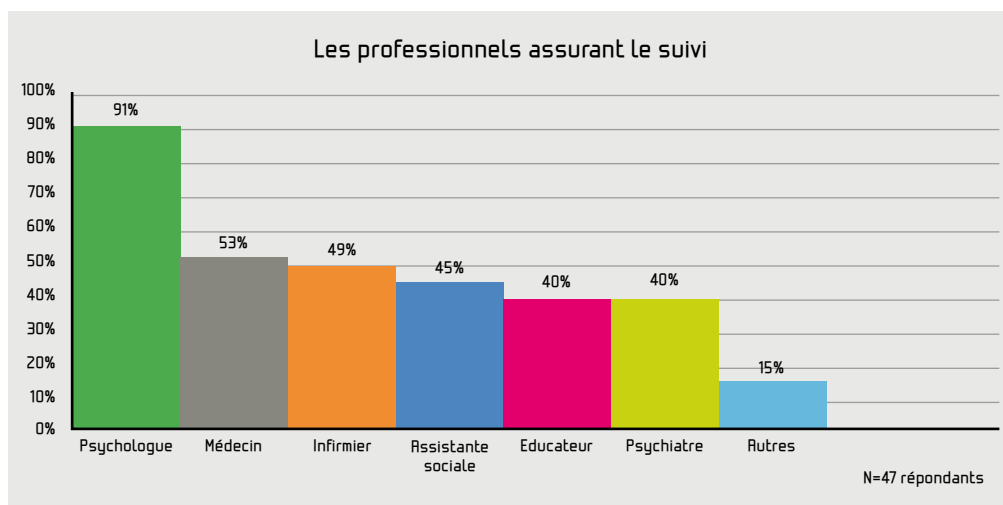
• Le fonctionnement en binôme :

Les problématiques n'étant pas exclusivement d'ordre psychique, certains centres ont donc opté pour un accompagnement de la personne en binôme avec le psychologue :

Binôme psychologue et assistant social : l'assistant social est très présent dans les suivis des joueurs. Il travaille à la fois sur les conséquences directes de la pratique de jeu (retour à l'équilibre financier, montage des dossiers de surendettement, gestion du budget, meilleure utilisation des ressources), il participe par là même au travail thérapeutique dans son abord du rapport à l'argent, à la honte, aux représentations du hasard...

Binôme psychologue et médecin addictologue : ces binômes, présents dès le second entretien pour les autres types de problématiques, fonctionnent dans les centres qui ne disposent pas d'un plein-temps d'assistant(e) social(e), voire qui font appel à des intervenants sociaux extérieurs au centre, et dont les médecins sont formés à cette thématique. Les médecins font passer les auto-questionnaires, travaillent sur les comportements, les représentations du hasard et de l'argent et sur les croyances altérées.

L'infirmier, dans le cadre de ces prises en charge, remplit un rôle très proche de celui du médecin addictologue.



Un CSAPA face aux addictions sans substance

AMPTA Marseille

Introduction

Il ne va pas de soi de recevoir, dans un CSAPA réputé pour accueillir des toxicomanes, un public qui ne se reconnaît pas dans ce qui y est fait, dans la représentation, voire les fantasmes qui nous entourent et qui souvent nous réduisent à l'accueil et à la prise en charge de ceux qui prennent des drogues, avec tout ce que cela peut véhiculer d'images déformées et péjoratives.

Il ne va pas de soi d'accueillir un public dont nous n'avons pas l'habitude, nouveau, différent, qui ne demande pas les mêmes choses, ne sollicite pas la même expérience, les mêmes pratiques de prise en charge et qui, de ce fait, mobilise d'autres questions, d'autres savoirs.

À l'AMPTA, cette évolution, est venue des publics (jeunes, familles, professionnels) que nous rencontrons dans les actions de prévention. Ce sont eux qui ont amené la question des addictions sans substance et nous ont incités à nous y intéresser, pour pouvoir, comme ils le demandaient, leur proposer notre aide.

En effet, si nous en avons une connaissance « théorique », les demandes de soins et d'accompagnement restaient, elles, classiquement, cantonnées aux substances psycho actives.

Elles ont évolué à partir du moment, où, comme toujours, la demande est venue « du terrain », c'est-à-dire, le moment où nos collègues des équipes de prévention nous ont amenés à penser une réponse aux questions concernant les addictions sans substance.

Après avoir fait une place au discours tenu sur cette question, notamment en écoutant des cliniciens (psychiatres, en l'occurrence) ayant développé une réflexion et une pratique, nous nous sommes formés, pour nous doter des outils pour accueillir et prendre en charge, mais aussi pour que cette « culture » soit présente et se diffuse dans l'ensemble des équipes et ne reste pas cantonnée à quelques professionnels choisis ou volontaires.

Alors seulement, nous avons communiqué auprès de nos partenaires, que nous étions en mesure d'accueillir les personnes en difficultés avec les addictions sans substance.

Ce n'est qu'après avoir franchi ces étapes que nos premiers « patients » sont arrivés.

Pour eux, nous avons construit un « dispositif » particulier, ni trop éloigné de nos pratiques habituelles, ni identique, et ce, afin de respecter, à la fois la similitude des « signes cliniques », à la fois la singularité

des situations.

C'est ainsi que dans chacun des CSAPA de l'association, certains professionnels se sont « spécialisés » dans l'accueil de ces personnes, à la fois pour développer une connaissance et une compétence spécifique, mais également pour être, aux yeux de nos partenaires, le(s) « référent(s) » de cette question, celui (ceux) à qui on adresse, celui (ceux) dont on donne le nom, plus facile(s) à identifier pour les partenaires extérieurs.

C'est l'exemple de cette pratique particulière qui est illustré dans la seconde partie de cet article.

L'accueil, l'accompagnement et la prise en charge

La proposition d'un dispositif d'accueil des joueurs problématiques et/ou pathologiques au sein du CSAPA de la rue Nationale à Marseille, s'est construite autour des pratiques de jeux d'argent et de hasard pour des personnes adultes.

La « Consultation Jeux » a lieu une demi-journée par semaine. Toute personne se questionnant sur sa pratique de jeux est reçue, en entretien, par un binôme psychologue/assistante sociale, le conjoint, la famille pouvant aussi être reçus, sans que les professionnels prennent parti pour le joueur ou pour sa famille.

Cette rencontre vise, en premier lieu, à cerner, à recentrer le discours du joueur et à lui proposer une prise en charge.

Le binôme aborde deux axes essentiels de la problématique: les aspects, psychologiques (et éventuellement psychopathologiques) et la question de l'argent, de l'endettement.

Pour ce faire l'entretien est semi directif. Il s'agit d'offrir une instance tierce, sur l'axe de la parole, en prenant le temps de comprendre la complexité de la problématique. Il s'agit d'installer le cadre pour que puissent s'amorcer l'engagement et le travail individuel.

Dans un second temps, cet « accueil » pourra nécessiter un ou plusieurs entretiens afin, de recueillir les données utiles à la compréhension de la situation et à la mise en place de l'accompagnement: l'histoire de la problématique, les éléments bibliographiques, la prise de conscience du problème, le désir du changement, mais aussi d'échanger des informations sur cette pratique problématique et de présenter et expliquer la proposition de prise en charge.

La prise en charge

Transdisciplinaire, elle peut être: psychologique, sociale, médicale et psychiatrique. Tous les psychologues du service sont concernés et il n'est pas exclu de solliciter d'autres professionnels (infirmière, médecin addictologue, éducateurs spécialisés) sur des points particuliers.

Une psychothérapie individuelle axée sur la parole et la relation transférentielle est proposée, travail de lien entre la problématique actuelle et l'histoire

du sujet. Il s'agit d'un « espace » où le lien relationnel entre le thérapeute et son patient est mis en lumière et élaboré afin de favoriser les représentations et la symbolisation des « agir », mais aussi « d'interroger » les dimensions pulsionnelles et fantasmatiques de l'activité de jeu, présentée comme problématique ou pathologique.

Une attention particulière est alors portée à la dimension dépressive et/ou au poids de la culpabilité.

Le volet social peut, souvent, s'avérer indispensable, compte tenu des conséquences matérielles et financières du jeu excessif ou pathologique.

Jeu d'argent, gain ou perte ? De quoi s'agit-il ?

Le bilan des dommages collatéraux est un moment crucial pour construire les étapes du processus d'amélioration. Il s'agit, alors, de faire alliance avec le joueur/patient au travers de la relation d'aide qui s'appuie sur le respect, l'écoute et le non-jugement. Cet accompagnement social permet de travailler les questions du droit, de la protection des biens et des personnes, d'aborder les solutions à mobiliser (les dispositifs d'aide, l'environnement...), mais aussi de mettre en tension les trajectoires de jeux et les possibilités d'aménagement de l'acte de jouer (modifier les pratiques, les rituels, agir sur le vécu anxieux, voire sur l'angoisse),

faire des propositions, trouver des solutions tout en mesurant l'impact des changements qui en découlent, de façon à ne pas générer, trop rapidement, un déséquilibre qui ferait peur au joueur/patient et le conduirait à abandonner la démarche de soins, car finalement, plus risquée et plus anxiogène que le jeu lui-même.

Conclusion

Mise en œuvre suite aux interpellations des professionnels de la prévention, cette pratique d'accueil et d'accompagnement des joueurs, s'est aussi construite à partir de notre « clinique » des consommateurs de substances psycho actives, en ce sens que nous avons appliqué à ces « nouveaux patients » ce que nous ont appris les « anciens », à savoir que la réponse apportée, quel que soit le « symptôme » affiché, doit respecter le temps de la personne mais aussi tenir compte de ces diverses dimensions, invitant, y compris, pour les joueurs, à penser l'accueil et la prise en charge de façon adaptée, pluridisciplinaire et globale.

Laurence Dorey, assistante sociale, à l'AMPTRA

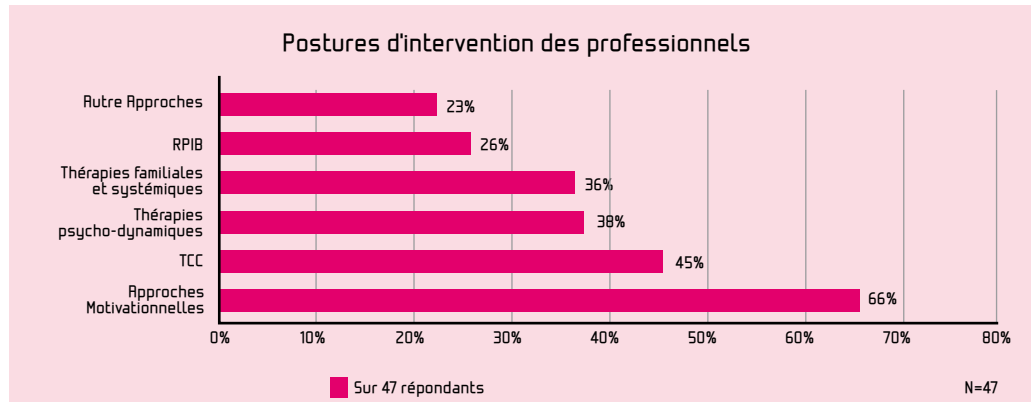
Hubert Osscini, psychologue, à l'AMPTRA

Jean Jacques Santucci, directeur de l'AMPTRA



L'accompagnement

psychosocial



Les postures d'intervention privilégiées par les acteurs sont assez diverses. **L'approche motivationnelle** est utilisée dans un grand nombre de centres, mais elle n'est pas la seule posture choisie. Les réponses multiples à cette question montrent la pluridisciplinarité des approches : thérapies familiales et systémiques, thérapies psycho-dynamiques et thérapies cognitivo-comportementales, constituent **un ensemble de postures adoptées dans la majorité des centres pour un suivi transdisciplinaire.**

Les modalités d'utilisation des outils sont en général peu formalisées. Les professionnels se réfèrent aux critères et aux étapes du parcours de soin définis par des « experts » de la thématique et les adaptent en fonction des cas et des orientations cliniques. L'utilisation d'approches différentes est largement favorisée, semble bien adaptée à une prise en charge de ces problématiques d'addiction sans substance, et mérite d'être intensifiée et développée.



L'approche motivationnelle

En l'absence de symptômes médicaux, les situations de crise relèvent du volet social de la vie de l'utilisateur. C'est donc pour mettre un terme à un comportement dont les conséquences peuvent être désastreuses que la personne est orientée ou vient au centre, sans qu'elle ait forcément perçu le fait de jouer comme problématique.

L'approche motivationnelle favorise aussi la reconstruction d'une estime et d'une affirmation de soi, et aide à remettre en perspective une pratique sur laquelle l'utilisateur sera amené à poser un diagnostic. Dans cette visée il va être amené à travailler sur le rapport qu'il entretient avec sa pratique (sentiments de honte, de déni, d'impuissance...) qui paraît bien souvent insurmontable.

L'entretien motivationnel constitue en général la première étape du parcours de soin, et vise à amener l'utilisateur à poser lui-même un diagnostic de sa pratique.

Néanmoins, l'approche motivationnelle en tant que telle constitue une méthode thérapeutique globale ; si elle est souvent utilisée en tant qu'appui ou outil du suivi de la personne, elle ne s'y limite pas, et nécessite une base solide de formation et une supervision.

L'approche cognitivo-comportementale

L'accompagnement psychothérapeutique des personnes accueillies pour une addiction sans substance est multiple : d'une part un travail sur les enjeux structurels, le comportement et la cognition (émotions) de la problématique a lieu avec le psychologue, d'autre part un travail sur le comportement en lui-même et sa résolution se déploie soit au fil de l'accompagnement social avec l'assistant(e) social(e) soit en entretien avec le médecin addictologue.

Dans cette approche plurielle, **les thérapies cognitives et comportementales (TCC) forment un ensemble d'outils**. Elles permettent de travailler les croyances et représentations fausses concernant l'argent et le hasard, qui sont particulières chez le joueur pathologique. Elles permettent aussi à l'utilisateur de développer les moyens de repérer les sollicitations qui déclenchent l'envie de jouer, et d'y résister. En l'absence de traitement médical ayant un effet sur le manque comparable aux traitements de substitution aux opiacés, l'approche cognitivo-comportementale aborde sous l'angle notamment de la psychoéducation (comme dans le cas d'autres troubles), la gestion du jeu, la possibilité d'un usage « contrôlé », le développement des activités de loisirs et des réseaux de socialisation, la prévention des rechutes.

Les approches psycho-dynamiques

La prise en charge psychologique des problématiques liées à une addiction sans substance ne se distingue pas fondamentalement de celle des addictions avec produit. Cependant, l'absence de traitements médicamenteux confère au travail psychothérapeutique une place particulière.

On note qu'un certain nombre de points ressortent de la prise en charge psycho-dynamique :

- Les mécanismes psychiques ne sont pas altérés par l'effet psychotrope d'un produit.
- Nouer une alliance thérapeutique pose les mêmes difficultés que pour toutes les problématiques addictives.
- Les usagers ont tendance à minimiser l'intensité et les conséquences de leur comportement, et ont une certaine difficulté à se confronter à la réalité de leur degré d'usage.
- Largement, voire exclusivement basée sur la parole et la participation active, ce modèle amène progressivement la personne à prendre conscience de l'influence des conflits inconscients sur son fonctionnement actuel afin de les comprendre et de s'en dégager graduellement, pour accroître sa liberté d'agir et de penser. Cette prise de conscience lui permet de mieux comprendre pour quelle raison elle agit de telle ou telle façon, pourquoi elle ressent telle ou telle sensation et ainsi, ne pas répéter des comportements qui lui « échappent ».

L'accompagnement social

90 % des CSAPA prennent en charge les problématiques juridiques et financières liées au jeu de hasard et d'argent (qui recouvre 89 % des problématiques liées à une addiction sans substance rencontrées dans les centres).

L'assistant social a donc un rôle très important dans ces prises en charge, pour plusieurs raisons :

- La demande d'aide sociale souvent à l'origine de la démarche de l'utilisateur en fait l'un des premiers interlocuteurs du soin et ouvre une porte vers une alliance thérapeutique avec la personne accueillie.
- Les conséquences sociales de la pratique excessive du jeu sont parfois à l'origine de partenariats avec des assistants sociaux de secteur, soit en amont de l'accompagnement (sur le repérage et l'orientation), soit au cours du suivi, principalement pour les CSAPA



ne disposant pas de personnel spécialisé en interne.

- L'assistant(e) social(e) est aussi plus présent(e) dans le parcours de soin ; en parallèle de l'accompagnement psychothérapeutique. Ce volet du soin permet, en abordant les questions d'argent et de budget, de travailler sur le rapport à la dépense financière (souvent distordu) et de remettre en perspective les conséquences concrètes et psychiques de la pratique de jeu.

- L'assistant(e) social(e) est souvent amené(e) à rencontrer les familles et l'entourage des usagers.

Le personnel socio-éducatif a aussi un rôle important à jouer dans le repérage des problématiques liées à une addiction sans substance au cours des suivis existants. Les questions budgétaires sont souvent une porte d'entrée sur le repérage d'une pratique problématique de jeu de hasard et d'argent chez les usagers suivis pour d'autres addictions.

La prise en charge

Accueillir

L'entourage



L'entourage a un rôle important en amont et au cours de ces suivis spécifiques. Il est impacté très fortement par la problématique addictive de l'utilisateur et constitue un appui décisif pour la prévention et l'intervention précoce. C'est lui qui peut mettre des limites, contrecarrer l'exagération d'une pratique existante et signaler en premier lieu une pratique problématique.

89% des CSAPA reçoivent l'entourage des usagers rencontrant des problématiques d'addictions sans substance. Il s'agit principalement de consultations de soutien pour leurs proches (parents, compagnons, membres de la famille) réalisées par le **psychologue, l'assistant social et/ou le médecin du centre**.

Dans le cas où seul l'entourage est accueilli la question qui peut se poser aux professionnels concerne la venue de l'utilisateur lui-même et la possibilité de nouer une alliance thérapeutique avec lui.

Bien souvent, c'est de l'entourage du joueur qu'émane la première demande d'aide et de soins. Quelques séances pourront se dérouler sans la présence du joueur lui-même, mais très vite ce dernier deviendra indispensable à la poursuite de l'accompagnement.

Le binôme constitué du psychologue et de l'assistant social qui prend en charge l'entourage doit user de stratégie pour faire venir la personne concernée aux séances. Il n'y a pas de recette miracle mais quelques idées à soumettre, qui s'inscrivent dans la ligne de l'approche motivationnelle, décrite précédemment.

Une précision importante doit faire partie du consensus entre l'entourage et le joueur : **l'objectif des séances ne sera pas l'abstinence de jeu**. Cet aspect consensuel entre l'entourage et le joueur doit être recherché et bien précisé. L'entourage peut ainsi rédiger un courrier à l'intention du membre joueur de la famille sans jugement, sans stigmatisation, sans violence, mais en présentant simplement la situation et la volonté de la faire évoluer. Le courrier peut favoriser la prise de conscience, il doit toutefois être utilisé avec précaution avec une relecture possible du thérapeute. De même une réponse par courrier peut être demandée au joueur.

Deuxième possibilité, l'appui d'un tiers facilitateur : le joueur a souvent un parent ou un ami plus proche que les autres et avec qui le lien de confiance n'est pas totalement

rompu. Le principe est de s'appuyer sur cette personne comme co-thérapeute pour tenter de faire venir le joueur aux consultations. Pour les premières consultations, cette personne devra accompagner le joueur et devra participer à la séance. Cette question peut être résolue par l'accompagnement et la formation des équipes aux approches familiales (systémique, analytique...)

L'entourage est impliqué différemment selon les problématiques addictives :



Pour le jeu de hasard et d'argent

La prise en charge de l'entourage dans le cas du jeu de hasard et d'argent est spécifique du fait de son impact important sur le système familial et sur le budget du ménage. La prise en charge consiste à mettre en place un appui thérapeutique pour ces familles souvent en grande détresse, en situations de crise et à bout de ressource et d'énergie pour les inscrire soit dans un parcours de soin global de l'usager soit dans un suivi qui leur sera propre. Assez régulièrement elles viennent de découvrir la pratique de jeu de leur proche (suite à des problèmes avec la banque, la venue de l'huissier ou autre), et cherchent un appui social et psychologique pour gérer la crise.

Il n'y a pas de consensus, chez les professionnels, sur le fait de recevoir la famille avec ou sans l'usager. Cela dépend des cas de figures et des pratiques, mais aussi des choix thérapeutiques de l'équipe ; certains centres sont plus orientés sur la thérapie systémique que d'autres.



Pour le jeu vidéo

Pour le jeu vidéo, la pratique excessive ou l'usage nocif concerne principalement les mineurs ou les jeunes adultes et a lieu au sein du foyer. Elle est donc largement repérée par les parents de jeunes usagers à qui la pratique ne pose généralement pas problème. Ce sont donc les parents qui sont demandeurs d'une prise en charge et qui sont reçus même lorsque le jeune est majeur (dans le cadre des Consultations Jeunes Consommateurs, ou des centres sociaux), parfois sans l'usager lui-même.

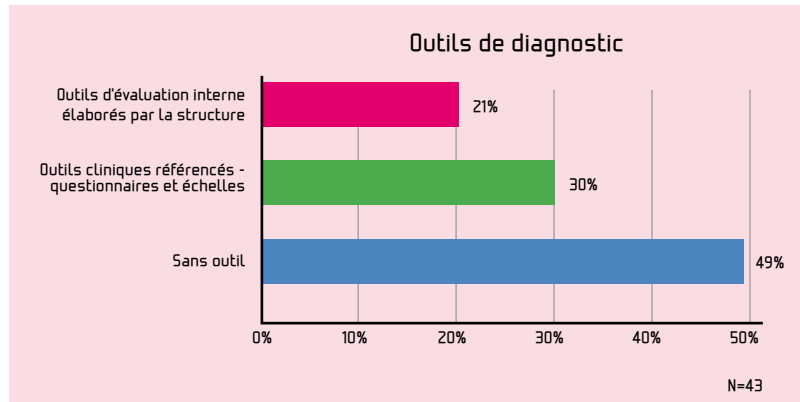
La prise en charge de l'entourage consiste principalement à :

- Informer les parents sur les moyens d'estimer une pratique excessive du jeu vidéo : les professionnels des CJC constatent une grande inquiétude de parents qui ne connaissent pas les enjeux éducatifs des nouvelles technologies, et qui souvent dramatisent les pratiques.
- Recréer du lien au sein des familles autour du jeu et d'Internet notamment : les parents sont régulièrement invités à apprendre les codes des jeux vidéo ou des nouveaux médias pour recréer du lien et du dialogue dans la famille, où il n'y en a souvent plus.
- Dévoiler, sous la pratique excessive, la problématique familiale sous-jacente : un usage excessif de l'écran, du jeu vidéo ou d'Internet peut être lié à une carence de la fonction éducative des parents (limites, dialogue, rapports parents-enfants fusionnels sont les éléments qui reviennent très souvent dans les suivis décrits).



La prise en charge

Les outils



51% des CSAPA utilisent des outils de diagnostic, référencés ou élaborés directement par la structure, pour repérer ou diagnostiquer une problématique d'addiction sans substance.

Le recours aux outils est inégalement réparti suivant les structures et les postures d'intervention.

Les outils sont de trois sortes

- Pour le repérage dans le cadre d'une polyaddiction : l'auto-questionnaire, la formalisation du repérage dans le bilan initial, l'information sur le jeu en salle d'attente. Ils sont souvent peu formalisés et globalement assez peu utilisés.
- Dans l'évaluation de la pratique (en appui à l'approche motivationnelle notamment) : auto-questionnaires, grille des pertes et des gains, critères du SOGS, évaluation des pratiques à risque avec les critères préconisés par Serge Tisseron, entre autres.
- Dans le programme thérapeutique : travailler sur le rapport à la réalité des joueurs (notamment sur les questions d'argent et de hasard), outils type, l'utilisation de dés à jouer, de billes, de jeu de cartes, et le programme Robert Ladouceur qui est globalement bien connu des professionnels rencontrés.

Les outils référencés

Parmi les 13 centres utilisant des outils cliniques référencés, 6 nous ont indiqué la nature de cet outil :

- 3 utilisent le questionnaire SOGS,
- 1 utilise le DSM IV (1984), ainsi que la définition et les critères de Goodman de 1990 (Score sur 9).
- 1 indique utiliser le questionnaire « Internet Addiction - signes et symptômes » et le teste d'Orman « Internet Stress Scale »
- 1 autre nous dit utiliser l'Indice Canadien du Jeu Excessif (voir annexe et site internet)

Les autres professionnels rencontrés lors des entretiens se sont dotés de leurs propres outils ou ont adapté à leur pratique des outils existants. C'est notamment le cas pour l'exemple le plus repris par les professionnels, celui du travail autour du rapport au hasard et à la chance dans le jeu.

Les outils tirés des méthodes TCC

L'auto-questionnaire est assez fréquemment utilisé et même proposé en salle d'attente, à destination de tous comme outil de repérage.

Plusieurs professionnels ont adapté un questionnaire type présenté lors des formations.

- Des jeux de dés ou de billes sont proposés par environ un tiers des professionnels rencontrés pour identifier avec la personne ce qu'est le hasard (le comparant aux fonctionnements des machines à sous, ou de certains jeux de bistrot).
- Plus souvent, les professionnels utilisent des grilles relevant les mises, les pertes et les gains, qu'ils remplissent avec les usagers lors des entretiens pour revenir sur les sommes jouées, et ce à quoi elles auraient pu être utilisées.

Plus rarement, c'est le questionnaire ASI (ou un équivalent) qui est utilisé pour évaluer la sévérité de la « pratique addictive » y compris dans les cas de jeu pathologique. Enfin, la méthode la plus souvent présentée comme référence de prise en charge de jeu pathologique est celle de Robert Ladouceur ; si elle n'est pas appliquée en tant que telle, les étapes du parcours de soin telles qu'elles y sont définies servent de guide mental aux professionnels.

Les groupes de parole

Les deux tiers des centres n'utilisent pas de groupes de paroles spécifiques pour les usagers.

Groupes de parole communs à toutes les addictions

Les professionnels qui pensent inclure les joueurs pathologiques dans des groupes de parole « toutes addictions » sont peu nombreux, car les vécus racontés et les expériences partagées semblent trop différents entre un usager qui consomme un (ou des) produit(s) et un joueur pathologique. Toutefois cette question fait débat, notamment sur la différence de vécus et les similitudes au quotidien, entre un usager qui cherche le produit et un usager qui cherche la situation de jeu, sur l'aspect socialisant en même temps qu'isolant qu'on peut retrouver dans la consommation ou dans le jeu de bistrot par exemple, dans les similitudes avec les problématiques liées à l'alcool... C'est aussi l'identification des usagers eux-mêmes qui est en question : les joueurs semblent globalement assez demandeurs de groupes de paroles, mais disent ne pas s'identifier aux problématiques de consommation de produit, qui sont pour eux très connotées.

Groupes de parole spécifiques, mutualisation des files actives

Les acteurs expliquent n'avoir pas mis en place de groupe de parole à destination des joueurs, parce que le temps et le personnel manquent, mais ils font l'hypothèse qu'un dispositif de ce type serait bénéfique à la prise en charge de ce public. Le groupe de parole permettrait d'obtenir des effets thérapeutiques forts, notamment sur la prévention des phénomènes de rechute et pour pallier aux sentiments de solitude et d'isolement qui semblent souvent accompagner la pratique du jeu. Les professionnels pourraient à l'avenir organiser ces groupes de parole de joueurs au niveau régional, en mutualisant leurs files actives. C'est notamment le cas en Bretagne (Douar Nevez), en Bourgogne (SEDAP) et dans le Nord Pas de Calais. Très rares sont ceux qui envisagent un partenariat avec les groupes néphalistes.



Regroupements de professionnels

Les professionnels sont 13% à participer à un regroupement (professionnel) sur ce thème. Plusieurs pensent qu'il serait utile de développer cet outil.

Les regroupements de professionnels semblent donc, aux dires des professionnels rencontrés, être de bons appuis à la pratique, et sont assez utilisés (notamment en Nord-Pas de Calais). Thématiques ou généraux, ils permettent sur ces problématiques relativement récentes de partager les pratiques et les expériences, parant ainsi au sentiment de solitude qui parfois peut désespérer certains professionnels face à un public d'un nouveau genre. Ils permettent aussi d'innover en commun.

Expérience « ECOP » : Quand on est ensemble les idées s'assemblent

Groupe ECOP, Nord-Pas de Calais

Chercher, Trouver, Construire

Nous vous proposons de relater, depuis sa création, l'expérience enrichissante d'un groupe support pour des professionnels issus de Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). Ce groupe a connu diverses évolutions grâce à de nombreux échanges. À ce jour il se questionne, expérimente et s'enrichit autour de la thématique des addictions sans produit.

Du temps...

Début 2004, à l'initiative du service téléphonique DATIS (Drogues Alcool Tabac Info Service), un groupe de travail en région Nord-Pas de Calais se constitue. Il vise à rassembler des professionnels ayant différentes fonctions tous concernés par l'Écoute, le Conseil et la Prévention devant les usages de substances psychoactives. Nous sommes au balbutiement du groupe ECOP. À l'époque, il associe des praticiens issus de différentes institutions telles CHRIS, Points écoute, consultations cannabis (futures CJC), et DATIS.

Depuis 2006, il regroupe exclusivement des structures issues des CJC ainsi qu'ADALIS (Addictions Drogues Alcool Info Service) et il se réunit à raison de 3 à 4 rencontres par an.

Du partage...

Il s'agit d'un partage d'expérience et d'analyse de pratiques, pour nous professionnels qui intervenons dans un champ nouveau, dans un nouvel espace entre prévention et accès aux soins.

Notre désir est, à partir de situations cliniques concrètes, d'identifier les différentes manières de travailler, de dégager les points communs et les divergences, les thèmes et les problématiques liés à l'accompagnement de ce public.

Ce projet ne vise pas à établir un repérage des « bonnes pratiques » mais à réfléchir à des situations réelles afin de construire une pratique clinique peu à peu, de développer des savoir-faire innovants en intervention précoce et de renforcer les complémentarités entre les dispositifs.

Progressivement, sans certitude, nous partons de ce que nous vivons dans notre pratique, nous nous situons au carrefour des problématiques de la jeunesse et des addictions. Nous avançons à tâtons... pour élaborer une esquisse d'orientation dans notre travail et nous sommes, rapidement, tiraillés entre les exigences définies par la circulaire initiale de la Direction Générale de la Santé (accueillir et créer une alliance thérapeutique avec les jeunes en difficulté avec leur consommation) et la réalité du terrain (les jeunes ne poussent pas spontanément notre porte).

Des thèmes...

Nous nous concentrons petit à petit sur l'accueil des familles: l'appel téléphonique (qui appelle ? pour qui ?), le cadre du 1er rendez-vous (qui invite ? qui vient ? qui s'invite ?) Quelles orientations donner aux interventions en milieu scolaire auprès des parents ?

Nous identifions des thèmes de plus en plus précis et commençons à avoir une vision plus globale des situations. La qualité, la liberté de nos discussions ainsi que la confiance partagée nous permettent réellement de cheminer et d'affiner nos réflexions.

...mieux connaître l'autre

En 2007, un thème récurrent apparaît et concerne plus particulièrement l'accueil des personnes d'origine étrangère. Effectivement, l'importance de la population d'origine maghrébine et africaine au sein de nos CJC nous a amené à des échanges qui ont oscillé entre croyances, représentations, expériences, coutumes, cultures communes et différences culturelles...

Quelles connaissances avons-nous sur les parcours d'exil ? Y a-t-il un conflit de loyauté entre la culture d'origine et la société française ? Tradition, interdits et tabous au Maghreb, place de la loi, répression dans ces pays, place des pères, place des mères, Comment construisons-nous nos questionnements ? Comment rejoindre l'autre avec plus d'aisance ?

Une première formation, soutenue par le groupe régional de l'Anitéa grâce à un financement de la région, voit donc le jour et s'intitule « Connaître les us et coutumes des populations maghrébines pour mieux accompagner les usagers et leur entourage ».

Aby Féquière, psychanalyste et anthropologue, nous apporte des éléments théoriques sur le Maghreb, ses caractéristiques anthropologiques, les différentes ruptures historiques.

Nassir Messadi, médecin généraliste, intervient autour du thème: « Le médecin généraliste et la demande dans un contexte culturel ».

mieux nous connaître...

En parallèle, nous éprouvons le besoin de mieux connaître les spécificités des diverses CJC du Nord Pas-de-Calais. Chaque structure selon ses caractéristiques et son identité, propose des accompagnements variés.

Nous décidons alors de nous lancer dans l'élaboration d'un questionnaire adressé à ces différentes consultations afin de mieux connaître leurs activités et caractéristiques pour nous permettre de mieux orienter, si nécessaire, les personnes que nous rencontrons.

Quelques mois plus tard, un répertoire intitulé « Accueils et Consultations Jeunes Consommateurs du Nord et du Pas de Calais » voit enfin le jour.

Grâce à cette démarche, une dizaine de professionnels nous rejoignent et nous poursuivons ensemble « nos travaux en cours » et œuvrons à faire émerger des attentes et d'autres thématiques

...mieux accompagner l'entourage

La question de la place des familles nous préoccupe toujours, et nous observons qu'elle s'est considérablement modifiée depuis quelques années dans le champ des addictions. Nous constatons rapidement qu'il existe peu de demandes volontaires de la part des jeunes quelle que soit l'intensité de leur consommation de produits psychoactifs et ce qui sous-tend cette consommation.

L'entourage, la famille est le plus souvent en demande, voire en souffrance... mais de quelles demandes s'agit-il ? Avec ces demandes explicites, parfois implicites... À qui le soignant propose-t-il de venir au 1er rendez-vous ? Comment co-construire la demande avec les personnes ? Pour aller vers quels objectifs ?

C'est avec ces questionnements de départ que nous construisons, fin 2009, une nouvelle formation à contenu systémique. Celle-ci se poursuit en 2010, 2011 et 2012, et elle toujours portée et financée par l'union régionale Nord-Pas de Calais de la Fédération Addiction qui soutient les projets et la dynamique de ce collectif de travail.

André Chemin, psychologue thérapeute systémicien et gestalt thérapeute, anime ces journées nommées « De la demande initiale à la co-construction de la demande » et « Analyse des pratiques : accompagner les familles, accompagner les personnes lorsque la demande est portée par un tiers ». L'apport d'outils systémiques s'oriente autour de concepts tels que le contact, l'interaction, la triangulation, le système, le contexte, etc.

Les objectifs, en partant des situations rencontrées par les participants, sont de décoder les différents problèmes rencontrés et de les situer dans leur contexte, de poser des hypothèses à différents niveaux (individuel, relationnel, contextuel). Il s'agit d'élaborer des réponses concrètes en fonction des hypothèses posées, de prendre en compte et d'utiliser comme ressources les résonances personnelles vécues dans les situations.

Au-delà de l'intérêt manifeste pour le contenu de cette formation, c'est en quelque sorte une « culture commune » qui émerge progressivement autour notamment de la place et de l'accompagnement des parents dans les CJC.

...mieux nous informer

Centrés sur les produits psycho actifs, nous avons depuis pris en compte d'autres usages et d'autres comportements, notamment les cyberaddictions. Nous sommes de plus en plus sollicités pour des addictions sans substance.

À nouveau d'autres questions, d'autres craintes, d'autres incertitudes... Comment travailler avec un public centré sur d'autres pratiques ? Quand le jeu n'est pas un problème pour le jeune mais l'est pour les parents ? À quoi jouent-ils ? Quand la problématique du jeu n'est pas la porte d'entrée d'une prise en charge ? À partir de quand est-ce problématique et pour qui ? Quels accompagnements ? Quels messages de prévention ? En 2011, en parallèle de la thématique des familles, nous éprouvons le besoin de nous familiariser

avec la pratique des jeux vidéo... Les supports, le vocabulaire spécifique, les différentes catégories de jeux, les manières de jouer... avant de progresser plus loin dans cette nouvelle voie.

Certains membres d'ECOP, au regard de leurs expériences, de leurs connaissances et des formations dont ils ont déjà bénéficié, initient alors les autres participants.

Des engagements...

La solidité, la permanence, le dynamisme, la qualité de ce groupe s'articulent autour d'un cadre de fonctionnement que nous avons déterminé ensemble.

Chaque professionnel, soutenu par sa structure, s'engage à participer régulièrement à ce groupe pour un temps donné (minimum un an). Chacun y engage sa subjectivité, il n'y a pas d'enjeu hiérarchique. Cependant quelques personnes coordonnent et mettent en œuvre les orientations prises par le groupe.

Pour pouvoir parler de la réalité de nos pratiques, de ce qui peut faire problème pour nous, nous insistons sur la confiance, le respect et la confidentialité des propos. Une note de synthèse est réalisée avant la rencontre suivante. Elle est rédigée par la structure qui accueille le groupe. Ce compte rendu généraliste est diffusé à qui le souhaite dans les structures participantes et reprend les grandes lignes des échanges. L'animation de toutes ces rencontres est confiée au groupe lui-même, avec un ordre du jour préétabli.

À chaque fin d'année civile le groupe se renouvelle pour entamer une nouvelle année.

Au-delà de ces considérations, nous pouvons vous assurer que par ces échanges de pratiques de professionnels à professionnels, chacun repart nourri de contact, de clés et d'envies. Nous nous hâtons lentement...

Delphine Pick, psychologue au Cèdre Bleu

Pour le groupe ECOP.

Illustration

Réseau du jeu pathologique dans le Nord Pas de Calais

Groupe de réflexion autour du jeu pathologique

La création du groupe d'échanges de pratiques et de réflexions autour du jeu pathologique en Nord Pas de Calais date du début de l'année 2011.

Les interrogations des professionnels sur ce thème découlent à la fois de la circulaire de 2008 qui a instauré la prise en charge du jeu pathologique comme mission du secteur et des structures CSAPP, mais aussi de la nouvelle législation sur les jeux de hasard et d'argent en ligne (Loi de Mai 2010). L'arrivée aux portes des structures de soin, d'un nombre croissant d'usagers présentant des problématiques liées à une pratique excessive du jeu de hasard et d'argent a renforcé cette réflexion. Aussi, les professionnels se sont emparés de la question en mettant en place un accueil et des suivis pour les usagers en questionnement ou en difficulté avec leur pratique de jeu.

Le repérage du jeu pathologique chez les personnes prises en charge pour une consommation de produit(s) est mis en place dans certaines structures.

Le groupe de professionnels qui partagent ces questionnements s'est constitué en réseau, et s'est réuni pour la première fois en 2011 au centre hospitalier de Carvin pour établir la forme et l'objectif du réseau. Puis, sur demande des professionnels eux-mêmes, il s'est réuni de nouveau en 2012. Entre-temps, les échanges au sein du réseau se sont faits par mail (plaquettes d'information, articles scientifiques, programme de traitement, etc.). Le réseau est constitué de 16 professionnels représentant onze structures du Nord-Pas-de-Calais, qui ont tous soit été formés soit sont en perspective de l'être sur cette thématique.

Objectifs et fonctionnement du réseau jeu pathologique

Le jeu pathologique :

La recherche scientifique et clinique concernant le jeu pathologique est de nos jours bien avancée. Mais la cartographie des lieux de consultations spécialisées sur le jeu pathologique reste en cours de balisage.

La volonté des membres est de construire une pratique clinique cohérente. Dans cette visée, il s'agit pour le réseau de prévoir des moments d'échanges de pratiques autour de cas cliniques, pour voir ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas, ce qui aide au soin, et comment améliorer la prise en charge des personnes qui requièrent leur aide pour des problèmes de jeu pathologique.

Le jeu pathologique est l'objet unique d'étude du réseau.

Les objectifs du réseau :

1 - Améliorer l'identification des consultations spécialisées dans la prise en charge du jeu pathologique, auprès de publics différents et de la manière la plus large possible : joueurs, entourage, structures socia-

les, police des jeux, opérateurs de jeux, structures d'addictologie, équipes de liaison, C.M.P., médecins traitants, médecine du travail, A.R.S., mairies, associations de joueurs et de prévention, etc. Certains professionnels du réseau ont déjà commencé à développer cette identification, mais des démarches mériteraient encore d'être effectuées.

2 - Développer un repérage plus systématisé de cette pathologie au sein des structures.

3 - Consolider les formations par un échange de connaissance (volet plutôt recherche) autour de la littérature existante et des colloques ou conférences à prévoir.

4 - Mutualiser les files actives pour monter des dispositifs communs aux différentes structures.

5 - Pallier le manque de recul et le sentiment de solitude des professionnels sur ces problématiques de soin relativement récentes, par des séances d'intervention.

Du fait du manque de disponibilités et de la disparité géographique de ses membres, le réseau fonctionnait jusqu'à présent essentiellement à distance.

Aujourd'hui ce fonctionnement est remis en cause par la nécessité de mettre en place les projets communs (groupes d'intervention, dispositifs à réfléchir et à construire pour les usagers).

Actions du groupe

Les opérateurs de jeux

Certains acteurs du réseau ont pris contact avec le casino de St Amand-les-Eaux ou avaient déjà des contacts avec le Casino de Lille. Ces relations permettent de mieux-être identifié auprès des opérateurs de jeu qui pour certains mettent en place des actions de prévention concernant le jeu pathologique et orientent parfois vers des structures de soin.

La police des jeux

Le responsable de la police des jeux sur Nord-Pas-de-Calais fait partie des acteurs privilégiés sur l'action de repérage et l'entrée dans le soin des joueurs.

- Son rôle : Il est responsable du service Jeux et Courses de la Préfecture de police, service de 4 personnes dont le rôle est de vérifier la légalité, la transparence et le respect des règles dans les jeux de hasard et d'argent de tout type, y compris les courses hippiques
- Il reçoit en entretien les joueurs qui demandent à se faire interdire de jeu et/ou de casino, et enclenche les démarches auprès du ministère concerné.

- Son approche : Il voit dans le jeu excessif une pathologie responsable d'une véritable souffrance et défend la nécessité d'orienter ces personnes vers le soin. Il est très demandeur d'annuaire recensant les lieux de prise en charge du jeu pathologique, ce que le réseau va construire. Pour lui, l'interdiction de jeu est un outil qu'il met à la disposition de personnes en grande difficulté vis-à-vis de leur pratique. Il « passe ensuite le relais » aux professionnels du soin, et oriente les joueurs demandeurs vers les centres qu'il connaît.

- Son action : L'interdiction de jeu peut prendre jusqu'à un an avant d'entrer en vigueur. Pour parer à des délais

assez « anxiogènes » durant lesquels le jeu a toujours lieu, le policier demande aux établissements de jeu et aux acteurs de soin de la région de diffuser directement ses coordonnées aux joueurs pathologiques demandeurs. Après le rendez-vous, il agit en tant que représentant des forces de l'ordre et utilise la procédure d'injonction pour que la personne n'ait plus le droit d'entrer dans un établissement de jeu, le temps que l'interdiction soit enregistrée au niveau ministériel. Ainsi, l'interdiction est rendue effective dans la semaine.

Les groupes néphalistes

Comme dans d'autres addictions, le patient est parfois informé de l'existence de groupe d'entraide concernant sa problématique. Il est libre de tester par lui-même ce type de soutien. Cependant, les Joueurs Anonymes (Gamblers Anonymous) sont peu présents et peu connus sur le territoire Français. Il semble exister uniquement deux groupes sur Paris et deux groupes sur Nantes. La proximité du Nord-Pas-de-Calais avec la Belgique peut-être un atout, les Joueurs Anonymes étant plus actifs notamment à Tournai qui est à quelques kilomètres de Lille. Il faut savoir que le programme en douze étapes et la notion de « spiritualité » que l'on retrouve chez les Alcooliques Anonymes sont présents également chez les Joueurs Anonymes. D'autres partenariats sont à envisager comme avec SOS joueurs ou encore Joueurs Écoute Info Service.

La pluralité des acteurs, un atout

Ce qui ressort des discussions, c'est une transdisciplinarité sur le parcours de soin proposé, et un abord clinique pluriel. Les membres du réseau sont liés par une prise en charge de type addictologique, mais chacun applique des orientations cliniques différentes. Ce qui est voulu par le réseau.

Plusieurs orientations sont représentées: les thérapies cognitivo-comportementales; la thérapie brève; la neuropsychologie; la psychanalyse; la médecine; la systémie, etc.

Cette transversalité est souhaitée par le réseau qui veut débattre et qui considère que « tout est bon à prendre pour avancer » du moment que cela permet de faire évoluer les réflexions. Il s'agit d'une approche décrite comme globale pour former une « boîte à outils » d'addictologie la plus complète possible.

L'entourage, une dimension du soin à ne pas minorer

Les acteurs du soin constatent une honte très prégnante chez les joueurs, favorisant la dissimulation vis-à-vis de leur entourage (lorsque le budget scolaire des enfants passe dans le jeu par exemple) qui rend les situations souvent très douloureuses pour les familles. Les proches des joueurs sont souvent dans des situations de désespoir où ils ne voient plus de solution. Une prise en charge de l'entourage est donc souhaitée et appliquée dans les consultations représentées au sein du groupe de travail.

Les problématiques de jeu pathologique présentent aussi une dimension de déconnexion vis-à-vis de la réalité, notamment sur la valeur de l'argent; la pratique de jeu rend la notion même d'argent un peu « fictive » (« parier une somme équivalente au salaire dans le jeu

devient habituel »). Il faut donc trouver des solutions pour aider l'entourage, par exemple créer un groupe de parole pour l'entourage commun au réseau.

La prise en charge sociale comme facteur clinique déterminant

La prise en charge par une assistante sociale formée au jeu pathologique est précieuse dans le soin. À un moment du parcours de soin, la notion de valeur de l'argent peut être discutée, la réalité de la situation financière mise à jour.

Le réseau insiste sur la nécessité de former les assistantes sociales à ces problématiques. D'une part parce que la prise en charge sociale n'est pas la même (l'argent étant central dans la problématique l'éducation à la construction d'un budget semble essentiel) mais aussi parce que la prudence est requise sur l'octroi d'aide pour payer les factures, qui peuvent être propices au jeu. Enfin, l'évaluation des gains et des pertes occasionnés par le jeu est un moment clé du soin. Il peut être utile d'en dresser le bilan (Pertes/Gains), et d'évaluer les conséquences financières du jeu sur toute la vie de l'utilisateur, au moyen d'outils d'évaluation spécifiques. Différentes procédures peuvent être prises en compte comme, par exemple, l'élaboration des dossiers de surendettement. Au cours de la prise en charge, l'assistante sociale peut avoir un rôle important mais, selon les différents points cités auparavant, il est préférable qu'elle soit sensibilisée et formée à la notion de jeu pathologique.

Une problématique spécifique pour une prise en charge proprement addictologique:

Le réseau s'entend sur la définition du jeu pathologique comme une problématique spécifique à traiter, mais qui semble bien répondre à une approche addictologique.

Comme pour toutes les problématiques addictives observées par ailleurs, les membres du réseau ont identifié une fonction soulageante au jeu, il s'agit d'une « solution » trouvée par la personne pour répondre à un problème plus caché. Cette dimension symptomatique et de soulagement du jeu pathologique correspond à sa parente chez les usagers consommateurs de produit, même si l'absence de conséquences physiologiques directes rend souvent les problématiques moins visibles mais pas moins prégnantes. L'objectif des acteurs de soin est donc d'établir la place et le rôle du jeu dans le parcours de vie de l'utilisateur, de prendre en charge les spécificités du jeu pathologique et d'adopter un regard transversal avec l'addictologie.

Pour le Réseau Jeu Pathologique – Nord-Pas de Calais:

Pierre Taquet, Psychologue clinicien au centre hospitalier de Carvin et doctorant à l'École Doctorale des Sciences de l'Homme et de la Société, Université Lille Nord de France (thèse de doctorat en psychologie concernant les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux impliqués dans l'utilisation excessive du jeu vidéo; laboratoire PSITEC de Lille3)

Stéphanie Liénard, Psychologue en libéral et clinicienne au CSAPA de Bailleul (a travaillé 4 ans en tant que psychologue au casino Barrière de Lille).

Formations

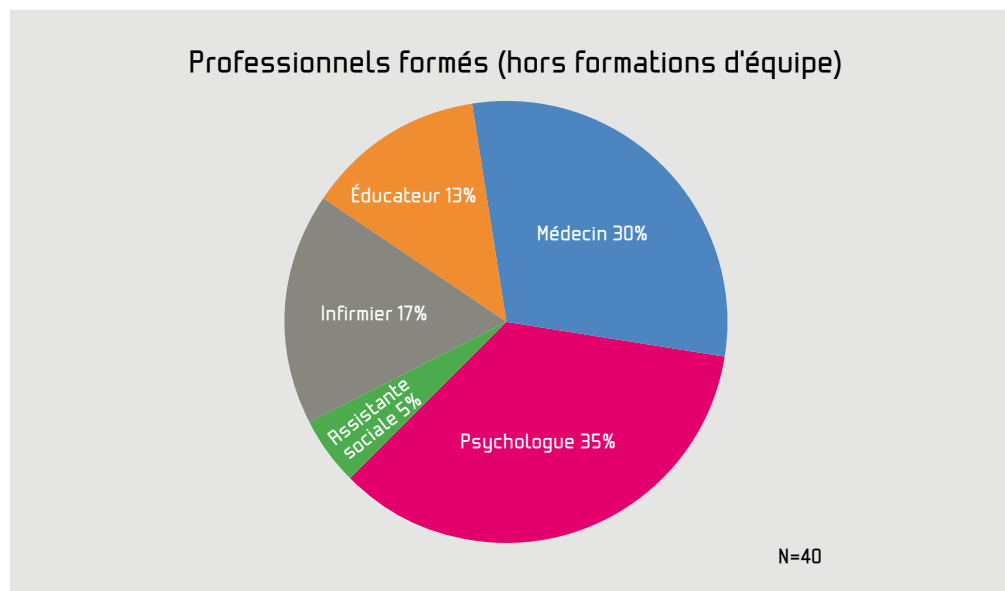
et besoins



Formations et besoins

66 % des centres ont au moins un professionnel formé sur le thème des addictions sans substance. Ce taux de formation vient renforcer leur légitimité à prendre en charge ces problématiques, et met en exergue la volonté des professionnels de développer des outils et compétences nouvelles pour s'emparer de ces questions dans les meilleures conditions. Mais ce taux correspond aux centres qui ont au moins un professionnel formé, les formations n'ayant souvent pas concerné plus d'un ou deux professionnels.

Qui est formé par qui ?



- 15 CSAPA répondants ont précisé que les formations n'ont pas concerné toute l'équipe
- 3 CSAPA n'ont formé que le psychologue
- La plupart des personnels formés sont les psychologues (35%) et les médecins addictologues (30%)
- Les assistantes sociales arrivent en dernier, représentant 5% des professionnels formés

Lieux de formation

- Les professionnels sont formés à Marmottan et au CRJE, à la fois pour les jeux vidéo et le jeu pathologique, puisque les modules de formation ont été élaborés en commun par les deux équipes qui y interviennent ensemble. Ils ont également pu suivre la formation de la Fédération Addiction, l'IREMA, l'AFDEM sur site et en module, par le DU Addictologie des Facultés de Médecine, les colloques, formations universitaires et conférences

- D'autres se sont formés directement auprès de spécialistes comme Robert Ladouceur ou pour le Jeu vidéo, avec Thomas Gaon

Les enjeux de la formation :

Choix des intervenants sur le parcours de soin suivant les professionnels formés.

Destinataires privilégiés des orientations, les psychologues et médecins addictologues sont les professionnels les plus formés, ce qui accentue ensuite leur vocation à recevoir en priorité ces usagers, parfois aux dépens d'autres professionnels qui auraient pu s'y impliquer. Le choix des professionnels formés dépend de leur curiosité et de leur temps de présence dans l'établissement. Les assistants sociaux, par exemple, souvent sur des temps partiels, n'ont donc pas suffisamment la possibilité de se former, ce qui est regretté par les professionnels rencontrés.

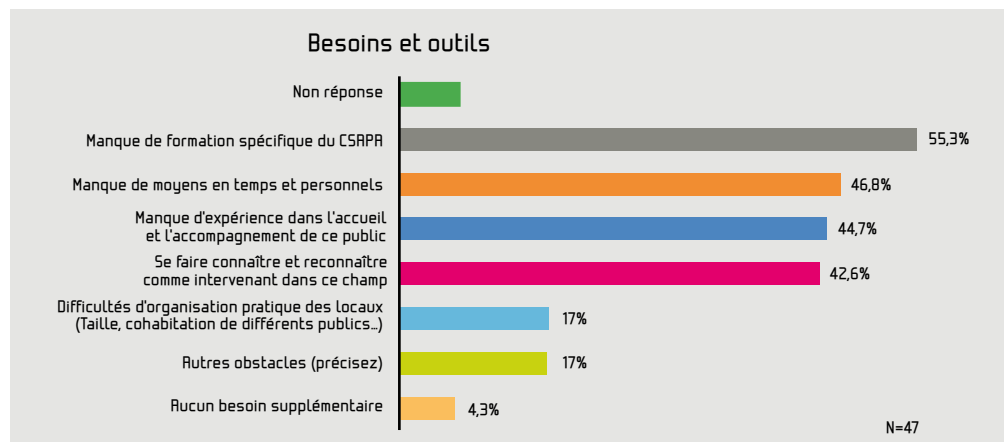
Repérage dans le cadre d'une polyaddiction

Le repérage des difficultés liées à une utilisation excessive de l'écran, ou à une addiction au jeu de hasard et d'argent dans la prise en charge d'une dépendance à un produit, passe par une prise de conscience de l'aspect potentiellement problématique de ces pratiques. La formation apparaît, alors, comme déterminante. Les professionnels formés disent mettre en lien la formation et le fait de poser la question de la pratique du jeu assez tôt dans le suivi (bilan initial ou premiers entretiens). Ils sont sensibilisés et attentifs à la place des pratiques de jeu et d'écran lorsqu'elles existent dans le discours de l'utilisateur. La réciproque est vraie aussi.

Sentiment de compétence

Parmi les professionnels rencontrés qui n'ont pas été formés, certains se disent ne pas être compétents et refusent de prendre en charge les usagers rencontrant ce type de problématiques tandis que d'autres les abordent comme les autres problématiques addictives. Ce « sentiment de compétence » est déterminant dans l'ouverture à ce public, et dans la communication qui en est faite. La formation permet aux professionnels de se sentir et de se faire reconnaître comme compétents, même s'ils continuent d'appliquer et d'utiliser des méthodes déjà éprouvées dans les addictions avec produit, enrichies des apports nouveaux.

Les besoins principaux énoncés par les professionnels



Améliorer et poursuivre l'effort de formation des équipes (55 %)

L'effort est à poursuivre car il accroît le sentiment de compétence sur ces questions. Le besoin de formation est le premier des besoins exprimés sur les difficultés rencontrées dans l'accueil et la prise en charge de ces publics.

Augmenter les moyens en temps et en personnel (47 %)

Ces prises en charges viennent s'ajouter aux prises en charge déjà existantes. Une augmentation des temps de travail et du nombre d'acteurs de soin permettrait de développer et d'améliorer l'accompagnement de ces usagers et la création de dispositifs spécifiques type groupe de parole ou partenariat de prévention.

Développer les expériences et les pratiques sur ces thèmes (45 %)

Pour progresser, deux options sont évoquées comme concluantes lors des entretiens : **créer des groupes d'échange de la pratique** pour enrichir et croiser son expérience professionnelle avec celle des autres, et promouvoir **un meilleur repérage** de ces problématiques par les partenaires.

Se faire connaître et reconnaître comme acteur intervenant dans ce champ (43%)

Devant les spécificités des problématiques d'addictions sans substance (quelles qu'elles soient), les partenaires ne connaissent pas la capacité des équipes concernées à prendre en charge ces personnes en difficultés. **Cela questionne la communication faite sur cette compétence** (qui va de pair avec la légitimité à accueillir ces personnes), ou sur le fait que **les pratiques à risque ne sont pas toujours repérées** par les partenaires en amont du soin (centres sociaux, milieu scolaire...) comme étant problématiques.



Autres obstacles

Plus ponctuelles, certaines difficultés propres au repérage et à la prise en charge sont évoquées :

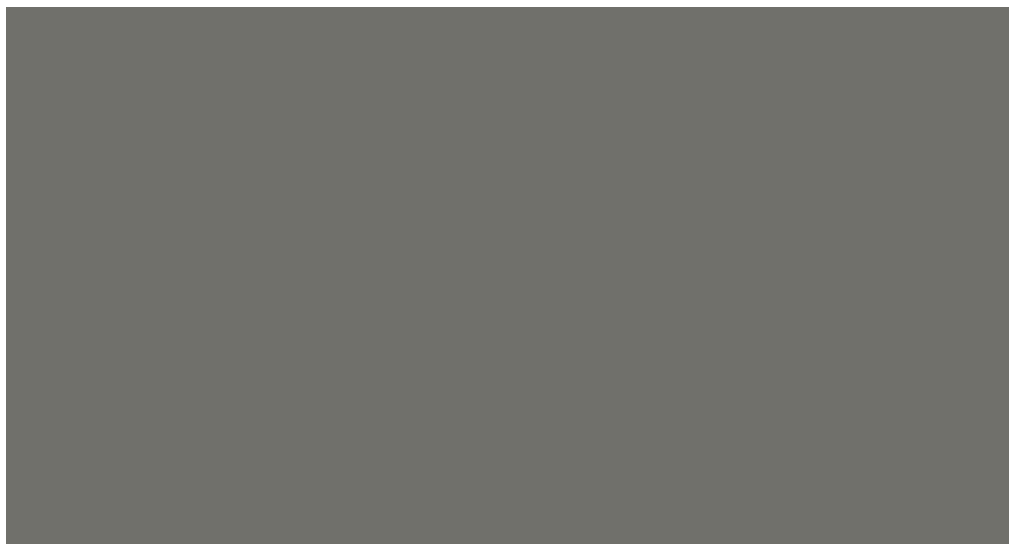
Éclaircir et officialiser les concepts de cyberaddiction

Un grand nombre de professionnels disent ne pas être à l'aise avec le concept de cyberaddiction (ou cyberdépendance) : **ils ne notent pas de problématiques addictives stricto sensu dans les pratiques d'internet et de jeux vidéo**. Ils sont nombreux (près de la moitié) à se cantonner à parler de « pratique excessive » ou d' « usage problématique » plus que de pathologie addictive.



Les difficultés de « l'ALLER VERS »

La communication sur cette compétence commence à s'ancrer dans les pratiques, mais ne semble pas suffire. L'« aller vers » doit, pour une petite moitié des professionnels rencontrés, se développer aussi en termes de partenariats. **Il semble que ces publics spécifiques ne soient pas suffisamment repérés** par les partenaires pour créer les rencontres avec les usagers, pour rencontrer et amener les personnes en difficulté vers le soin. Est évoquée aussi la problématique des **personnes en souffrance qui ne sont pas « repérables »**, les joueurs nocturnes, les joueurs pathologiques en ligne qui n'ont pas de contact avec des proches par exemple. L'idée d'équipe mobile assurant cette mission est évoquée dans 5 entretiens, mais la question de savoir comment *aller vers* ces publics demeure entière.

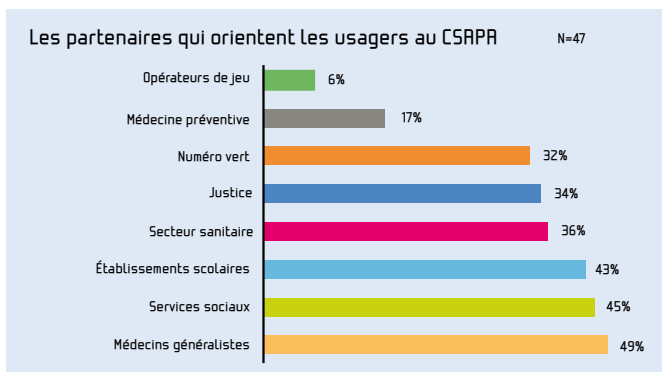


Partenariats

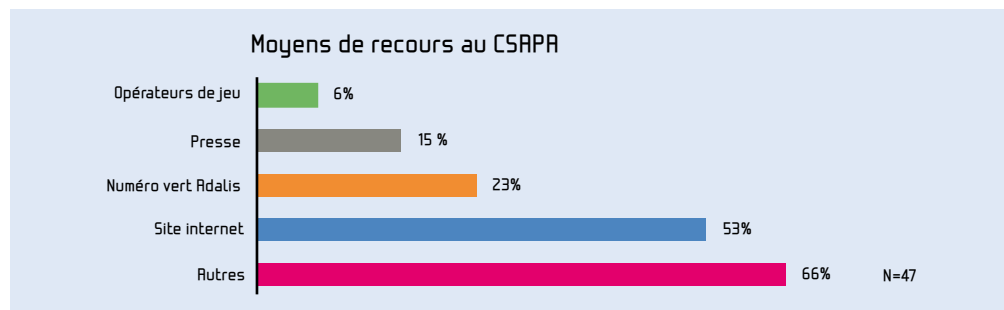
et orientation

Orientation des usagers et des centres

Hormis les orientations par l'entourage et la famille, ce sont les médecins généralistes, les services sociaux et les établissements scolaires qui orientent les usagers ayant des problématiques liées à une addiction sans substance. **Les opérateurs de jeux arrivent au dernier rang des partenaires** (6% des répondants), loin derrière les services de médecine préventive (qui comprennent médecine du travail, SMUS, centres d'exams et de santé... et sont relevés par 17% des répondants). La presse quant à elle représente 15% des répondants.



Majoritairement, les « autres » moyens de recours précisés dans l'enquête sont : le bouche à oreille, les partenaires locaux, sanitaires et sociaux, la communication par plaquettes, affiches, plan de communication du service.



La question des opérateurs de jeux

Les entretiens confirment le peu de liens qui existent avec les opérateurs de jeux. Lorsqu'on interroge les acteurs de soin, ils pensent bénéfique un partenariat avec les buralistes, casinotiers ou autres opérateurs, pour des actions d'intervention précoce auprès des publics les plus en difficulté dont les opérateurs sont les premiers interlocuteurs, mais se posent la question du conflit d'intérêt. Pourtant, ils sont souvent directement concernés par ces problématiques, notamment par les interdictions d'accès aux établissements de jeux. Celles-ci semblent par ailleurs être des outils efficaces de prévention de la rechute, en parallèle d'un suivi thérapeutique, et ce principalement lorsqu'elles sont longues voire définitives. Les professionnels en addictologie constatent que les interdictions d'accès aux établissements de jeux de courte durée paraissent par contre assez peu efficaces.

Expérience «SEDAP» :

Présentation de la campagne de sensibilisation réalisée par la sedap en Côte-d'Or en novembre 2011

Contexte général

Même si pour 98,7% des Français, les jeux de hasard et d'argent ne sont pas une source de problèmes, pour le 1,3% restant la pratique peut être préjudiciable et entraîner des conséquences négatives : psychologiques (souffrance, idées suicidaires, stress, troubles anxieux, dépression, co-addictions à des substances...), familiaux (divorce, séparation, violences, mensonge, honte, emprunts...), financiers (surendettement...), judiciaires (vols, abus de confiance, contrefaçons de chèques, incarcération...), sociaux (isolement, paupérisation accrue...), professionnels (perte de productivité, perte d'emploi, faillite personnelle...). On parle alors de jeu problématique ou pathologique.

Pour protéger les plus vulnérables, l'État encadre la pratique des jeux de hasard et d'argent et en interdit depuis 2007 la vente aux mineurs.

Les buralistes, commerçants de ces produits réglementés, ont constaté que la plupart des adultes méconnaissaient la loi de 2007 interdisant la vente des jeux de hasard et d'argent aux mineurs.

C'est pourquoi ils ont souvent le sentiment d'être les seuls à endosser la responsabilité liée à l'application de la loi (encore que beaucoup d'entre eux ne s'assurent pas que le client est majeur). Ils déplorent le manque de prise de conscience des adultes en général et des parents en particulier sur la problématique des conduites addictives (jeux, tabac et alcool).

Initiative en Côte-d'Or

Face à ce constat, le président de la chambre syndicale des buralistes de la Côte-d'Or a sollicité la SEDAP pour créer et mettre en place une campagne de communication visant deux objectifs :

- Informer le grand public en général et les parents en particulier sur la loi de 2007 qui interdit la vente de jeux de hasard et d'argent aux mineurs,
- Convaincre les buralistes de l'intérêt du projet et
- Leur fournir un outil qui leur permette de les aider à appliquer la loi.

Convaincue de l'intérêt de ce projet, la SEDAP l'a soumise à la FDJ, l'un de ses partenaires privilégiés, qui l'a soutenu. La campagne s'est déclinée sous la forme d'une affiche dont la conception a été confiée aux deux chargées de communication de la SEDAP. Le visuel présente une scène vécue régulièrement par les buralistes renforcé par un slogan accrocheur. Cette affiche a été éditée en 3 formats (format A5, A4 et A3).

La campagne a été présentée aux buralistes de Côte-d'Or à l'occasion de leur assemblée générale qui s'est tenue le 23 octobre 2011.

Le Ministre de la Fonction Publique également Président du Conseil Général de la Côte-d'Or était présent, a salué l'initiative et a annoncé qu'il relayerait l'information au Ministre de la Santé.



À l'issue de l'assemblée générale, les affiches ont été distribuées dans les points de vente du département via les courtiers (223 buralistes en Côte-d'Or dont 200 adhérents au syndicat ainsi que les détaillants de la FDJ soit environ 400 commerces).

À l'occasion de la Foire Internationale et Gastronomique de Dijon le 5 novembre 2011, la Chambre syndicale des buralistes de Côte-d'Or et la SEDAP ont présenté la campagne aux visiteurs en leur distribuant gratuitement 4000 exemplaires du journal local présentant la campagne sur une page et demi-accompagnés de 4000 flyers.

L'action a bénéficié d'une importante couverture médiatique locale : presse écrite (PQR, gratuits et journaux institutionnels), sites internet d'information locale grand public, radios et télévision, transport en commun (affichage dans 500 bus de Dijon et son agglomération du 6 au 12 novembre 2011).

Résultats et perspectives

Afin de mesurer l'impact de la campagne sur le public cible, trois enquêtes ont été administrées auprès des visiteurs de la Foire de Dijon le 5 novembre 2011 (158 questionnaires), auprès des buralistes ayant affiché l'outil créé dans leur point de vente (23 retours sur 110 envois), auprès d'un panel de consommateurs Côte-d'Orins via un institut de sondage dijonnais (1604 retours).

Très satisfait de l'initiation du projet, le président de la Chambre syndicale des buralistes souhaiterait aller plus loin en mobilisant plus massivement ses adhérents dans l'implication d'autres actions.

Sabine Chabert
Michaela Belleuvre
Emmanuel Benoit

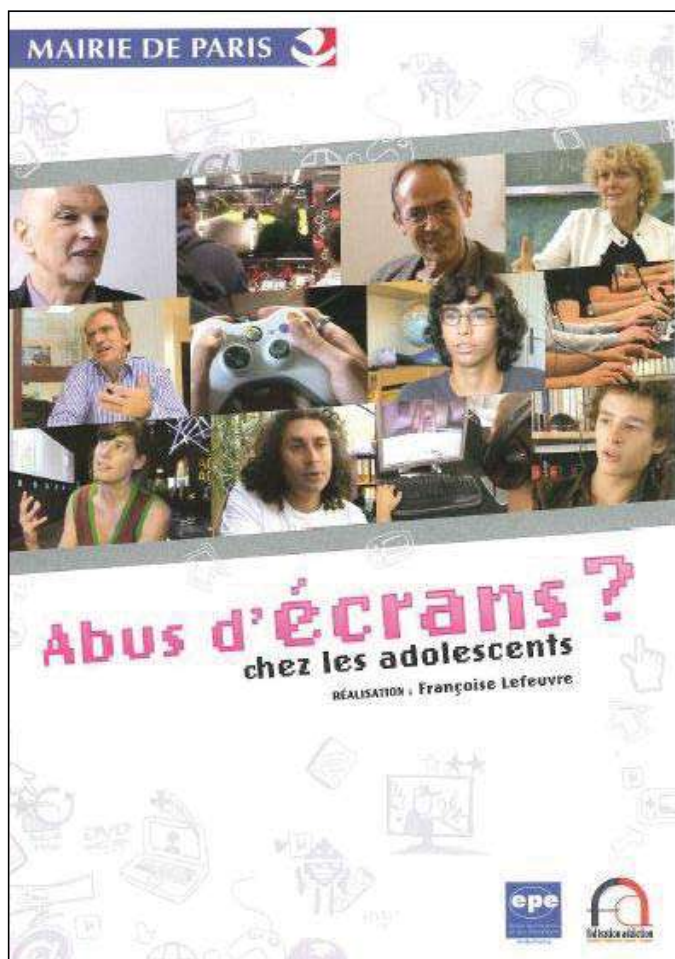
Pôle Ressource Formation et Prévention de la SEDAP

Abus d'écrans chez les adolescents ? 5 Petits films pour mieux comprendre

Poser la question des pratiques excessives des nouvelles technologies nécessite de partir du constat que les écrans sont désormais des objets communs. Téléphones portables, ordinateurs, télévisions... L'organisme Médiamétrie compte en moyenne 10 écrans par foyer en France. Les adolescents sont les premiers utilisateurs de ces nouvelles technologies, au travers des réseaux sociaux, jeux vidéo, les films en streaming... etc. L'appropriation par cette classe d'âge de ces nouveaux « outils de plaisir » du XXI^e siècle constitue avant tout un phénomène de société.

En 2012, la Fédération Addiction a été sollicitée par la mission prévention de la mairie de Paris pour participer à la construction, la préparation et l'animation d'un cycle de conférences sur le thème « Jeux vidéo, écrans... intérêts et risques pour les adolescents ? ». À l'issue desquelles cinq petits films informatifs de cinq minutes chacun ont été réalisés sous la coordination de la Fédération Addiction avec le soutien de la mairie de Paris et de l'école des parents et éducateurs d'Île de France.

Ils visent à donner des conseils pratiques aux parents et tentent d'approfondir les thèmes abordés lors des conférences. Ils ont vocation à être repris, diffusés et visionnés par tous et pour tous : www.federationaddiction.fr/abus-decrans-chez-les-adolescents/ www.paris.fr



Film 1: Bienvenue dans un monde tout écran ?



Film 2: Des raisons de s'inquiéter ?



Film 3: Jeux vidéo, petites minutes pédagogiques



Film 4: Quelques conseils...



Film 5: Paroles d'ados...

Conclusion

Vous venez de parcourir, de lire, ce « guide » dédié aux addictions sans substance.

Élaboré, réalisé et écrit à partir de la « rencontre », qu'elle ait été téléphonique ou « *in the real life* » avec un certain nombre d'expériences mises en œuvre dans plusieurs Csapa, il témoigne tout d'abord du souci qu'ont certains professionnels, certaines équipes, d'une forme d'addiction qu'il n'est pas si évident que ça d'envisager, et ce pour plusieurs raisons.

En premier lieu, le concept même « d'addiction sans substance » ne fait pas consensus. En effet, peut-on vraiment parler d'addiction quand on a à faire à une série « d'activités » qui sont ancrées, pour un grand nombre de nos contemporains, jeunes ou moins jeunes, dans la vie quotidienne, à plus forte raison quand elles mettent en jeu un « outil » aussi commun et devenu indispensable que l'informatique et ses formes dérivées, notamment l'Internet et les mondes virtuels ?

Peut-on parler d'addiction quand « l'activité » participe de la construction d'une personnalité sociale, en ce qu'elle permet le lien avec les autres, avec les pairs ?

Peut-on parler d'addiction quand il s'agit de se divertir ?

Peut-on parler d'addiction quand le corps n'est pas contraint par la dépendance à une substance psychotrope ?

Par ailleurs, l'ensemble des dispositifs d'accueil et de soins des problématiques addictives CSAPA, Caarud, structures hospitalières, médecine de ville, se sont construits et ont développé savoir-faire, compétences et technicité autour des usages de substances psychoactives, qu'elles aient été licites ou illicites, notamment parce que ces substances avaient un effet néfaste sur la santé et entraînaient diverses maladies, quand ça n'était pas la mort.

De ce fait, s'engager auprès de personnes qui ne souffrent pas d'abuser d'une substance qui modifie et affecte leur corps, leur psychisme et leur être au monde, ne constitue pas une évidence... tout d'abord parce que l'on peut se sentir incompetent, parce que ça ne constitue ni une urgence ni une priorité, parce qu'il n'y a pas de traitement, pas de médicament spécifique, mais également (surtout) parce que nos dispositifs ne sont pas toujours, pas encore, pas assez, connus et reconnus comme pouvant intervenir sur ce champ, nouveau et particulier, bien que légitimés par le décret régissant les Csapa.

Pour ces deux raisons (au moins), le document que vous avez sous les yeux a(vait) sa raison d'être. Parce qu'il nous dit plusieurs choses :

1. Il nous dit qu'il est nécessaire de s'occuper de la question des « addictions sans substance » avant qu'elles ne deviennent un problème pour un trop grand nombre, ce qui semble être en train de se passer si l'on en croit les dernières enquêtes²⁷, ou le nombre d'interventions de prévention qui nous sont demandées, dans les lieux fréquentés par les jeunes (établissements scolaires, centres sociaux, établissements de loisirs et de culture...), témoignant ainsi, à tout le moins, de la préoccupation et de l'inquiétude grandissantes d'un certain nombre d'acteurs.

L'histoire « du soin des addictions » a été marquée par deux évolutions très importantes, pour ne pas dire paradigmatiques : La réduction des risques, ainsi que l'invitation qui nous a été faite de tenir compte des différents degrés possibles d'un usage de « drogue ».

Ces deux moments de l'histoire de la prévention et de la prise en charge des addictions, nous ont dit à quel point il convenait de se préoccuper des problèmes avant qu'ils ne deviennent trop graves, avant qu'ils ne génèrent chez ceux qui y sont confrontés des handicaps trop grands dont certains conduisent à l'exclusion voire à la mort.

Ils nous ont dit aussi, que nous devons regarder les consommations, non plus à la seule lumière du « produit » utilisé, mais aussi, et peut-être surtout, envisager la façon dont il est utilisé, le contexte de son utilisation et la fonction de son usage.

27. Cf. Contribution de Jean Michel Costes

Nous devons tirer profit de ces enseignements et appliquer aux « addictions sans substance » ce que nous avons mis en œuvre pour les drogues illicites et l'alcool.

Nous devons mettre en application pour ces « nouvelles addictions » ce que nous avons fait pour d'autres, plus « anciennes », plus « classiques », mieux cernées et mieux connues par les champs sanitaire et médico-social, et pour lesquelles a été pensé, conçu et mis en œuvre le modèle bio psycho social.

Ces enseignements doivent nous guider dans l'appréhension d'un phénomène dont les proportions et les conséquences sont telles qu'il convient, désormais, de ne plus le négliger.

2. Il nous dit aussi qu'il ne faut pas se hâter de qualifier de conduite de dépendance, ce qui n'est (souvent) qu'une pratique abusive et/ou problématique, qui trouvera sa résolution quand d'autres « objets » pourront être investis, quand la qualité des relations à la famille, aux autres, sera de nouveau satisfaisante, quand le temps sera venu de passer « à autre chose ».²⁸

Il faut savoir déceler, écouter, évaluer... à leur juste valeur, sans banaliser, ni dramatiser, ces pratiques... et les prendre en charge quand il faut et comme il faut.

Trop vite qualifier d'addiction ce qui peut n'être qu'un passage dans la vie d'une personne, et la figer ainsi dans cette « conduite », dans ce symptôme, comporte autant de risques que passer à côté, ne pas voir, minimiser une conduite de jeu, faute d'y être sensible ou attentif.

L'excès, à plus forte raison quand il prend le pas sur les autres activités et engagements de la vie, s'il n'est pas (toujours) le signe d'une pathologie, doit par contre (toujours) attirer notre attention, en ce sens qu'il dit quelque chose du sujet, qui souvent le dépasse. Aussi, plus cette « expression » est entendue précocement, moins il y a des chances qu'elle devienne excessivement problématique.

Dans la plupart des situations rencontrées, c'est l'entourage du joueur qui s'inquiète, qui « tire le signal d'alarme », qui fait la démarche pour que « *quelque chose change* ».

Il est donc important de ne pas isoler « l'utilisateur », le joueur, de son environnement, tant il est vrai que celui-ci peut souffrir de la pratique de jeu, mais peut aussi être un précieux allié dans la prise en charge.

Intervenir précocement dans les situations de jeu problématique et/ou pathologique implique d'associer l'entourage, notamment familial, dans la démarche, lui donnant ainsi une facture intégrative.

On le sait, l'addiction est un phénomène dont les causes, comme les conséquences, sont plurifactorielles : Somatiques, biologiques, psychologiques, sociales, économiques, culturelles... autant de facteurs, de raisons, pour expliquer et comprendre les pratiques addictives, autant de facteurs dont il faut tenir compte dans leur approche tant préventive que thérapeutique.

Si le « social » peut être une cause de l'addiction, il doit être inclus dans son traitement, faute de quoi celui-ci en sera compliqué pour ne pas dire impossible.

Si un « groupe social » (qui peut être une famille) souffre de l'addiction de l'un de ces membres, il est fondamental de l'inclure dans le processus de prise en charge et de traitement, tout d'abord afin d'entendre et d'apaiser cette souffrance, mais aussi afin d'en faire un allié, une aide dans la démarche.

Cette notion « d'intégrativité » vaut, bien sûr, pour le groupe social élargi, et nous invite à travailler avec d'autres acteurs, d'autres professionnels, d'autres dispositifs qui sont, ou peuvent être, au contact des joueurs.

Cela nous offre aussi l'occasion d'ouvrir nos dispositifs à d'autres acteurs que ceux du strict champ de l'addictologie.

Cette ouverture constitue une chance.

En effet, l'un de nos objectifs est de « sortir » nos usagers, nos patients, des contraintes dans lesquelles les enferment leur(s) addiction(s). L'une de ces contraintes est constituée par l'exclusivité d'une relation, à un produit, à une activité, à un comportement,

28. *L'adolescence est une maladie qui ne passe qu'avec le temps.*
D.W. Winnicott



exclusivité qui réduit, la plupart du temps, l'univers des personnes « addicts » à ce qu'il est nécessaire de faire pour satisfaire l'addiction.

De ce fait, le champ des investissements est réduit aux « choses », aux lieux, aux personnes, qui « servent » cette addiction.

L'objectif, le but, des prises en charge est justement de permettre la sortie de cet univers clos, restreint, fermé, exclusif, pour aller vers les autres (lieux, activités, personnes).

Si nous voulons pouvoir aider nos usagers, nos patients, à aller vers les autres, il est important, symboliquement, mais aussi concrètement, que nous, professionnels des dispositifs, puissions en faire autant.

Tout d'abord, parce que cela offre de nouvelles trajectoires, de nouveaux parcours, à ceux qui viennent demander notre aide, mais aussi parce que ces acteurs, ces professionnels, pourront se tourner vers nous quand ils seront confrontés, dans leurs pratiques, à l'expression d'une addiction.

Il y a dans les missions des Csapa, mais aussi des CJC, la mention d'une préoccupation préventive.

Intervenir précocement, quand une difficulté apparaît et non quand elle est devenue insurmontable, relève de ce souci et de cette dynamique.

S'y engager nécessite d'être à la fois dans l'accueil et la prise en charge, mais aussi dans le partenariat et l'accès aux soins, d'être à la fois « dedans et dehors », d'être dans « l'aller vers »...ceux qui en ont besoin et que ne viennent pas d'eux-mêmes.

En ce sens, la préoccupation des « addictions sans substance », au-delà de la stricte prise en charge de ceux qui en souffrent, au-delà des actions de prévention que nous pouvons réaliser à leur propos, marque notre capacité à être ouverts sur le monde, à être à l'écoute de ses évolutions, à être force de proposition quand un problème surgit qui touche à notre champ d'intervention, si tant est que nous ayons à cœur de nous former pour être capables de répondre aux évolutions de notre société, mais aussi que les moyens de cette vigilance et de cette attention permanentes ne nous fassent pas défaut.

Recueil d'expériences de terrain, fruit du travail de plusieurs professionnels « experts », ce « guide » n'a pas la prétention de l'exhaustivité. Il n'a pas la prétention, non plus, d'apporter des réponses valables pour tous et partout.

Par contre, il se veut le lieu d'un questionnement sur une série de difficultés que « la société » a identifiée et nommée : « les addictions sans substance », qui se font peu à peu jour dans nos structures et qu'il n'est plus possible d'ignorer.

Y réfléchir, y travailler, se former, prendre appui sur ce que d'autres font, pour penser et construire ses propres réponses, ses propres pratiques... tels sont les invitations, les propositions, contenues dans ce document.

Gageons que chacun s'en saisisse et y trouve matière à la mise en œuvre d'actions de prévention et/ou d'accueil, d'écoute et de prise en charge de ceux pour lesquels... jouer n'est, hélas, plus un jeu.

Jean Jacques Santucci

Délégué Régional de l'Union régionale PACA de la Fédération Addiction

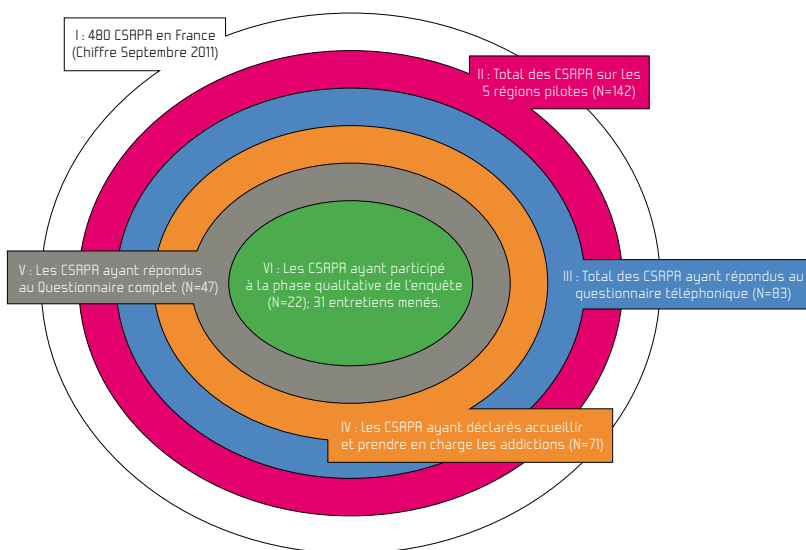
Directeur de l'Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions (AMPTA)



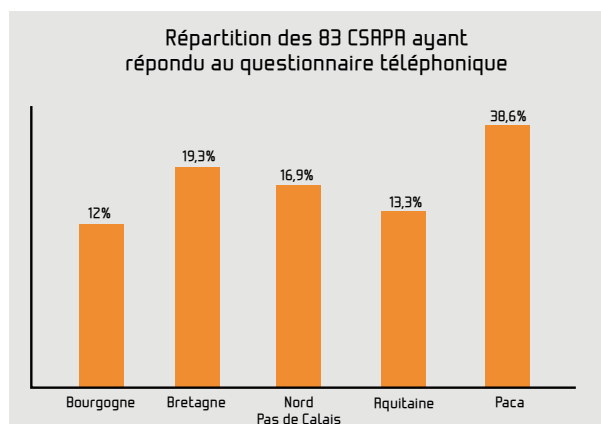
Méthodologie

Le projet Addictions sans substance a été mené par la Fédération Addiction sur la base d'une démarche participative d'un an, débutée en janvier 2012. 5 régions ont été sélectionnées : (Aquitaine - Bourgogne - Bretagne - Nord-Pas de Calais - Provence-Alpes-Côte d'Azur) sur des critères de représentation de territoires, milieu rural et urbain, tissu associatif plus ou moins important, présence ou absence sur le territoire de casinos... etc.

En complément d'études similaires à mener en milieu hospitalier ou auprès des acteurs de la ville, nous avons fait un focus sur ce qui se fait dans les CSAPA.

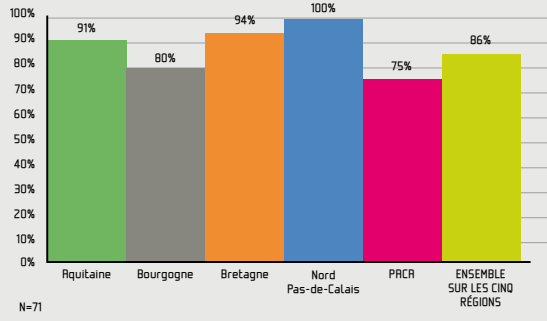


Taux de couverture de l'enquête : les 5 régions choisies représentent 28% de la file active nationale des CSAPA pour 2010 (files actives cumulées de 33 716 usagers accueillis dans ces 5 régions déclarées à l'OFDT en 2011, sur les 122 063 usagers accueillis en 2010 dans les CSAPA en France (chiffres RECAP 2011).

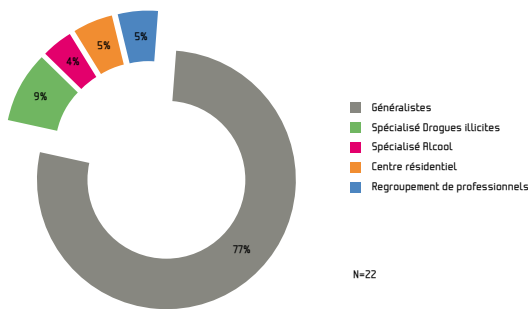


- Sur ces cinq régions, 83 centres ont été sollicités et ont répondu à **un premier questionnaire téléphonique** :
 (Q1 : Êtes-vous sollicité pour des problématiques d'addictions sans substance ?
 Q2 : Si non, auriez-vous besoin de moyens particuliers pour accueillir ce public ?
 Q3 : Si oui, de quelles addictions sans substances s'agit-il ?
 Q4 : quel professionnel assure les missions concernant les addictions sans produit et où vos interventions ont-elles lieu ?
 Q5 : le projet thérapeutique est-il spécialisé ou généraliste dans ces suivis ?)

Pourcentage des CSAPA ayant répondu favorablement à la question :
 "Prenez-vous en charge les addictions sans substance ?"
 sur tous les 83 CSAPA sollicités répartis par région.



- Sur ces 83 centres, 71 ont dit prendre en charge des usagers pour des problématiques d'addiction sans substance



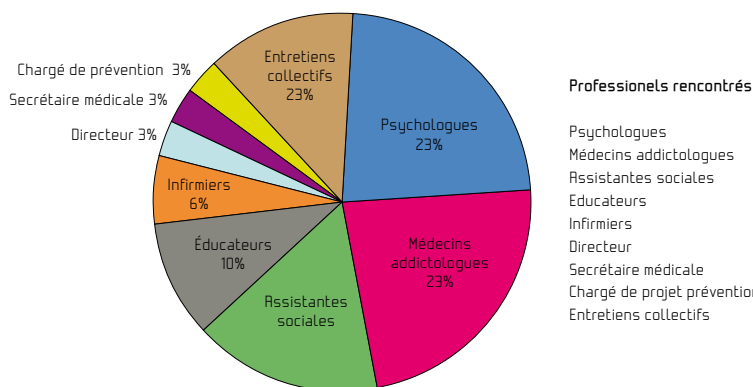
- Sur ces 71 centres sollicités, 47 (**soit 66 %**) d'entre eux ont répondu au questionnaire complet en juin 2012 sur les points suivants :
 - Le cadrage général de l'activité « addictions sans substance » et les profils des publics accueillis
 - Les modalités d'accès au CSAPA
 - Les principes et modalités d'accompagnement et de prise en charge
 - Vos besoins et vos ressources
 (L'ensemble du questionnaire est téléchargeable sur le site de la Fédération Addiction)

Répartition des entretiens

	NPDC	PACRA	Aquitaine	Bourgogne	Bretagne	
Représentation des structures	18,18%	22,73%	18,18%	22,73%	18,18%	N=22
Nombre de structures	4	5	4	5	4	
Nombre d'entretiens	9	9	4	5	4	N=31

- Sur ces 47 répondants, **83% se sont dits favorables à une participation à la phase qualitative de l'enquête.**

- 22 centres (**soit 46%** du total des 47 répondants) ont été sélectionnés en fonction de l'importance des files actives et de la représentativité des prises en charge décrites, pour être contactés et visités pour la **phase qualitative de l'enquête.**



Professionnels rencontrés

Psychologues	7
Médecins addictologues	7
Assistants sociaux	5
Educateurs	3
Infirmiers	2
Directeur	1
Secrétaire médicale	1
Chargé de projet prévention	1
Entretiens collectifs	4

- Sur ces 22 structures, **31 entretiens ont été menés.**

Indice canadien du jeu problématique

Version abrégée

Au cours des 12 derniers mois :

1. Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?

- Jamais Parfois
 La plupart du temps Presque toujours

2. Avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?

- Jamais Parfois
 La plupart du temps Presque toujours

3. Êtes-vous retourné jouer une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?

- Jamais Parfois
 La plupart du temps Presque toujours

4. Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?

- Jamais Parfois
 La plupart du temps Presque toujours

5. Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ?

- Jamais Parfois
 La plupart du temps Presque toujours

6. Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ?

- Jamais Parfois
 La plupart du temps Presque toujours

7. Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu (même si vous estimiez qu'elles avaient tort) ?

- Jamais Parfois
 La plupart du temps Presque toujours

8. Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre ménage ?

- Jamais Parfois
 La plupart du temps Presque toujours

9. Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?

- Jamais Parfois
 La plupart du temps Presque toujours

Notation de l'indice canadien du jeu problématique

(modifiée pour fins cliniques plutôt que pour fins de recherche)

Attribuer les notes suivantes à chaque réponse :

- Jamais = 0
- Parfois = 1
- La plupart du temps = 2
- Presque toujours = 3

Les notes des neuf questions sont additionnées et les résultats sont interprétés comme suit :

- 0 = pas de problème
- 1-2 = faible risque
- 3-7 = risque modéré
- 8 + (jusqu'à un maximum de 21) = problème de jeu

Ces scores peuvent être utilisés sans renseignements supplémentaires pour évaluer le degré de risque. Cependant, si les habitudes de jeu d'une personne et ses facteurs de risque (énumérés ci-dessous) sont connus, ces renseignements peuvent également servir pour l'interprétation des résultats.

Jeu non problématique

(score de 0 à l'indice canadien du jeu problématique).

Ce score signifie que les habitudes de jeu de la personne n'ont pas de conséquences négatives. Cette personne joue peu ou ne joue pas du tout, ou encore elle joue « socialement », sans problème.

Habitudes de jeu à faible risque (score de 1 ou 2 à l'indice canadien du jeu problématique)

Ce score signifie que les habitudes de jeu de la personne n'ont probablement pas de conséquences négatives. Si cette personne joue souvent ou si au moins deux des facteurs de risque énumérés ci-dessous sont présents, ce score peut indiquer un risque assez élevé pour qu'il soit exploré.

Habitudes de jeu à risque modéré (score entre 3 et 7 à l'indice canadien du jeu problématique)

Ce score signifie que les habitudes de jeu de la personne peuvent avoir des conséquences négatives. Il indique un niveau de risque qui mérite d'être exploré, en particulier si cette personne joue souvent ou si trois ou quatre des facteurs de risque énumérés ci-dessous sont présents.

Jeu problématique (score entre 8 et 27 à l'indice canadien du jeu problématique)

Ce score signifie que les habitudes de jeu de la personne ont des conséquences négatives. Cette personne peut avoir perdu le contrôle de ses habitu-

des de jeu. Plus le score est élevé, plus les habitudes de jeu sont excessives et plus il y a de facteurs de risque, plus le problème est susceptible d'être grave. Cette personne devrait définitivement être encouragée à réfléchir à ses habitudes de jeu et à leurs conséquences.

Quelques facteurs de risque

- Croyances erronées quant aux chances de gagner aux jeux de hasard et d'argent
- Le fait pour une personne de gagner une somme importante lorsqu'elle commence à jouer

- Antécédents de problèmes de drogue, d'alcool, de jeu ou de dépenses excessives
- Antécédents dans la famille de problèmes de drogue, d'alcool, de jeu ou de dépenses excessives
- Antécédents de problèmes de santé mentale, et particulièrement de dépression, de stress ou de troubles traumatiques
- Solitude, ennui chronique ou absence de loisirs
- Recours au jeu, à l'alcool ou aux drogues pour faire face aux sentiments ou aux événements négatifs
- Tendance à avoir des comportements compulsifs
- Problèmes financiers



Le SOGS (South Oaks Gambling Screen) (American Journal of Psychiatry, 1987)

1. Indiquez quel (s) type (s) de jeu vous avez déjà pratiqué au cours de votre vie et pour chaque jeu spécifiez combien de fois vous avez participé à cette activité au cours des 12 derniers mois.

Au cours de votre vie			Au cours des 12 derniers mois				
	OUI	NON	Jamais d'une fois par mois	Moins par mois	Une fois par semaine	Une fois fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
a) Acheter des billets de loterie	0	1	0	1	2	3	4
b) Aller au casino (légal ou illégal)	0	1	0	1	2	3	4
c) Jouer au bingo (loto) pour de l'argent	0	1	0	1	2	3	4
d) Jouer aux cartes pour de l'argent	0	1	0	1	2	3	4
e) Parier sur des courses de chevaux (PMU), de chiens ou d'autres animaux	0	1	0	1	2	3	4
f) Jouer au marché boursier ou sur des marchés à terme	0	1	0	1	2	3	4
g) Jouer aux machines à sous, au poker vidéo ou à d'autres types de machines pour de l'argent (Tactilo)	0	1	0	1	2	3	4
h) Jouer aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent	0	1	0	1	2	3	4
i) Jouer aux dés pour de l'argent	0	1	0	1	2	3	4
j) Parier sur les sports	0	1	0	1	2	3	4
k) Jouer à tout autre jeu pour de l'argent? Précisez :	0	1	0	1	2	3	4

1. Quel est le plus gros montant que vous avez joué ou parié en une seule journée ?

..... Précisez

2. Est-ce que vos parents ont ou ont eu un problème de jeu ?

- Mes deux parents jouent (ou jouaient) trop
- Mon père joue (ou jouait) trop
- Ma mère joue (ou jouait) trop
- Aucun des deux ne joue (ou jouait) trop

3. Lorsque vous avez joué au cours des douze derniers mois, combien de fois êtes-vous retourné(e) au jeu un autre jour pour vous refaire, c'est-à-dire pour regagner l'argent perdu auparavant ?

- Jamais
- Quelques fois
(moins de la moitié des fois où j'ai perdu)
- La plupart des fois où j'ai perdu
- Chaque fois que j'ai perdu

4. Avez-vous prétendu, au cours des douze derniers mois avoir gagné de l'argent en jouant alors qu'en réalité vous en aviez perdu ?

- Jamais (ou je n'ai jamais joué)
- Oui, moins de la moitié des fois où j'ai perdu
- Oui, la plupart du temps

5. Pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des douze derniers mois ?

- Non
- Oui, il y a quelques mois, mais pas actuellement
- Oui

6. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà joué ou parié plus que vous en aviez l'intention ?

- Oui
- Non

7. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu au cours des douze derniers mois ?

- Oui
- Non

8. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous déjà senti (e) coupable à cause de la façon dont vous jouez ou à cause de ce que qui se produit lorsque vous jouez ?

- Oui
- Non

9. Au cours des douze derniers mois, avez-vous envisagé d'arrêter de jouer mais pensiez que vous en étiez incapable ?

- Oui
- Non

10. Au cours des douze derniers mois, avez-vous caché des billets de loterie, de l'argent de jeu ou d'autres signes de jeu loin de votre conjoint (e), vos enfants ou d'autres personnes importantes dans votre vie ?

- Oui
- Non

11. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous disputé avec des personnes vivant avec vous à propos la manière dont vous gérez votre argent

- Oui
- Non

13. Si vous avez répondu oui à la question 12) : Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu ?

- Oui
- Non

14. Au cours des douze derniers mois, avez-vous emprunté de l'argent et n'avez pas remboursé cet emprunt en raison de votre jeu ?

- Oui
- Non

15. Au cours des douze derniers mois, mois êtes-vous absenté de votre travail (ou de l'école) en raison du jeu ?

- Oui
- Non

16. Avez-vous emprunté de l'argent au cours des douze derniers mois pour jouer ou pour payer des dettes de jeu ?

- Oui
- Non

Si oui d'où provenait cet argent ?

- A. De votre budget familial Oui Non
- B. De votre conjoint (e) ami (e) du cœur Oui Non
- C. De membres de votre famille ou de votre belle famille Oui Non
- D. De banques, sociétés de crédits ou institutions de prêts Oui Non
- E. De cartes de crédit Oui Non
- F. De prêt usurier (Cash Converters, ou autres prêteurs sur gages) Oui Non
- G. De vente d'actions, de bons d'épargne ou d'autres valeurs Oui Non
- H. De vente de propriétés personnelles ou familiales Oui Non
- I. En faisant de faux chèques Oui Non
- J. Vous avez (avez eu) une marge de crédit avec un crédit « revolving » Oui Non
- K. Vous avez (ou avez eu) une marge de crédit avec un casino Oui Non

SCORE:

Date:

Accorder un point aux questions suivantes:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| Q4 | Si la plupart des fois ou chaque fois que j'ai perdu | |
| Q5 | Si oui, moins de la moitié des fois où j'ai perdu ou Oui, la plupart du temps | |
| Q6 | Si oui, il y a quelques mois mais pas actuellement ou Oui | |
| Q7 | Si oui | |
| Q8 | Si oui | |
| Q9 | Si oui | |
| Q1 | Si oui | |
| 0 | | |
| Q1 | Si oui | |
| 1 | | |
| Q1 | Si oui | |
| 3 | | |
| Q1 | Si oui (Q 12 n'est pas comptée) | |
| 4 | | |
| Q1 | Si oui | |
| 5 | | |
| Q1 | Si oui | |
| 6 | | |
| A) | Si oui | |
| B) | Si oui | |
| C) | Si oui | |
| D) | Si oui | |
| E) | Si oui | |
| F) | Si oui/- | |
| G) | Si oui | |
| H) | Si oui | |
| I) | Si oui | |
| Les items J et K ne sont pas comptés | | |

TOTAL

/20

Interprétation des scores:

0 à 2: Bon contrôle des habitudes de jeu

3 et 4: Attention, le jeu peut être un problème

5 à 8: Le jeu est un problème

9 et plus: Problème de jeu de grande intensité

Selon les auteurs du questionnaire: 5 et plus: Joueur excessif ou pathologique probable



Rédaction : Laurène Collard, Chargée de projet : l.collard@federationaddiction.fr
Conception graphique : Stéphane Perche / contact@stephaneperche.fr / 06 83 81 51 18
Impression : La petite presse, 76000 Le Havre
Achevé d'imprimer en mars 2013

