

Réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives

Dr Amandine Luquiens*

* Psychiatre addictologue, Unité spécialisée Addiction aux jeux de hasard et d'argent, Département de psychiatrie et d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France. Courriel : amandineluquiens@yahoo.fr

La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'addiction sans produit ?

Résumé

Le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent est à ce jour la seule addiction comportementale consensuellement reconnue. Si le régime juridique général des jeux de hasard et d'argent en France est à ce jour la prohibition, de nombreuses formes de jeux terrestres ou en ligne sont régulées et proposées aux joueurs français. L'État français impose certaines mesures de jeu responsable, visant surtout à réduire le potentiel addictif des jeux régulés. Cependant, les mesures existantes ne reposent pas toutes sur les connaissances scientifiques et elles n'ont aucune commune mesure avec les mesures de prévention concernant les autres addictions à une substance licite. Il n'y a que peu de visibilité pour la population générale des risques auxquels elle s'expose en jouant aux différents jeux régulés, et les représentations sociales actuelles, oscillant entre stigmatisation du trouble et banalisation de la pratique, contribuent aux freins à l'accès aux soins des personnes concernées par l'addiction. Les enjeux actuels de la réduction des risques reposent donc sur un travail d'éducation de la population générale, en lui fournissant les moyens de s'exposer de façon éclairée à la pratique des jeux, sur la mise en place de dispositifs de repérage pour lesquels les moyens techniques existent, sur l'inscription des dispositifs de modération en ligne existants dans une approche *evidence-based*, et sur l'innovation thérapeutique visant à réduire la pratique.

Mots-clés

Addiction – Jeu de hasard et d'argent – Jeu responsable – Réduction des risques – Repérage – Stigmatisation.

Summary

Is harm and risk reduction effective and what are its limitations in the case of non-substance addictions?

The addictive disorder in relation to the practice of betting and gambling for money is currently the only behavioural addiction that has achieved a consensus. Although prohibition is the judicial standard for betting and gambling in France, many forms of real-life and online games are regulated and offered to French gamblers. The French government has imposed certain rules for responsible gambling, that primarily aim to reduce the addictive potential of these regulated games. However, existing measures are not based on solid scientific knowledge and they have nothing in common with the preventive measures for other addictions to licit substances. The general public is unclear about the potential risks of playing regulated games. Current social representations varying between stigmatisation and normalising their practice have impeded access to healthcare by addicted people. Current challenges in harm reduction are based on educating the general public, providing an enlightened access to gambling, implementing screening tests using currently available techniques and integrating existing moderating technologies on-line in an evidence-based approach and on therapeutic innovations designed to diminish this practice.

Key words

Addiction – Gambling – Responsible gaming – Risk reduction – Screening – Stigmatisation.

Définition de l'addiction sans produit

Le concept d'addiction sans produit est un concept émergent et récent dans la littérature scientifique. Il n'existe pas de consensus actuel pour définir une addiction sans produit. De nombreux comportements ayant un caractère envahissant ont été considérés comme candidat pour constituer une nouvelle "addiction sans produit" ; les plus communément évoqués sont ceux classifiés dans la CIM-10 comme des troubles du contrôle des impulsions, définis comme l'échec à résister à une impulsion, une pulsion ou à la tentation de réaliser un acte qui pourrait être délétère pour soi ou pour les autres, et en particulier le jeu pathologique, mais aussi la pyromanie, la trichotillomanie. On rattache souvent à cette catégorie l'hypersexualité, les achats compulsifs, le *binge eating*, l'usage excessif d'Internet ou des jeux vidéo, le *workaholisme*, parfois le *punding*. Cependant, cette définition extensive de l'addiction comportementale a été vivement critiquée récemment, appelant les chercheurs à adopter une démarche guidée par la compréhension des mécanismes physiopathologiques et psychopathologiques de l'établissement de la dépendance plutôt que sur une approche confirmatoire consistant à démontrer l'existence d'un trouble en lui appliquant les critères diagnostiques existant de l'addiction (1-4).

Seul le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent a été reconnu comme une addiction comportementale dans la récente révision du DSM-5 (5), et son existence en tant qu'entité nosographique assimilée à une addiction est maintenant largement reconnue (6). Pour ces raisons, ne sera traité dans ce rapport que l'addiction aux jeux de hasard et d'argent.

Définition et principes de la réduction des risques

La coalition pour la réduction des risques a établi dans le contexte de l'épidémie de VIH parmi les injecteurs de drogues en 1996 une première définition de la réduction des risques comme un ensemble de stratégies pratiques dont le but est d'aller à la rencontre des usagers de drogues sans avoir comme prérequis la nécessité de changement de leur usage de drogue, et ceci dans le but de réduire tout dommage associé à l'usage de drogue (7). Le spectre d'action de la réduction des

risques défini à l'époque incluait (a) les interventions relatives au VIH, (b) un traitement plus empathique, comprenant à la fois des programmes orientés vers l'abstinence et des programmes de substitution, reconnaissant le fait que l'utilisateur devait choisir librement s'il se dirigeait ou non vers l'abstinence, et dans quel délai il souhaitait initier un changement, (c) l'accompagnement dans l'usage même de la drogue pour ceux qui voulaient continuer à consommer, notamment pour promouvoir l'usage responsable et plus sécurisé, (d) militer pour le changement de politique en matière de drogues, notamment rendre le traitement plus accessible et réduire les pénalités concernant les délits reliés à l'usage de drogue.

Marlatt a défini dès 1996 cinq principes de réduction des risques (8) :

1. La réduction des risques est une alternative au modèle moraliste et au modèle de la maladie pour l'usage de drogue et l'addiction.
2. La réduction des risques reconnaît l'abstinence comme un objectif idéal, mais accepte les alternatives qui réduisent les dommages.
3. La réduction des risques a émergé d'abord comme une approche "ascendante" partant de la défense de la personne ayant une addiction plutôt que d'un modèle "descendant" partant des décideurs en matière d'addiction.
4. La réduction des risques promeut l'accès bas seuil des services.
5. La réduction des risques est basée sur une approche empathique plutôt que moraliste.

La réduction des risques, comme on l'a vu, représente donc à la fois la réaction à une urgence sanitaire – en l'occurrence les ravages de l'épidémie de VIH parmi les injecteurs de drogues – et le développement d'une approche non stigmatisante exempte de jugement en matière d'usage de substance illicite. Si cette approche a révolutionné la compréhension et les représentations de l'usage de drogue et les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes d'une substance illicite, il existe toujours des initiatives cherchant à consolider et à réanalyser ce qui semble établi dans ce domaine afin d'inscrire toujours largement la réduction des risques dans les pratiques, comme une démarche capacitante pour les usagers (9).

La réduction des risques ne concerne pas seulement l'addiction, puisqu'elle se revendique en dehors de la problématique même de la maladie. Elle concerne cela

étant dit les personnes ayant développé une addiction, et les soins intègrent la démarche de réduction des risques et des dommages pour ces personnes. On note donc trois points :

1. Réduire ou éviter les risques de dommages liés à l'exposition même à une substance.
2. Réduire les dommages liés à l'addiction incluant les dommages pour soi et les dommages pour les autres, réduire la morbi-mortalité.
3. La possibilité d'accompagner vers l'objectif d'abstinence ou de réduction.

Ces trois points, en élargissant la focale par laquelle on regarde le problème et en acceptant l'utilisation du terme de maladie comme une complication de l'usage, peuvent se rapprocher à la fois des préventions primaire, secondaire et tertiaire, telles que définies ci-dessous :

- Prévention primaire : diminution du nombre de nouveaux cas ou de l'incidence d'une maladie.
- Prévention secondaire : identification précoce et intervention efficace pour diminuer la prévalence de cas existants.
- Prévention tertiaire : accent mis sur la réhabilitation pour diminuer la sévérité des états négatifs associés à la maladie.

Certains modèles de prévention dans le domaine des addictions sont basés sur le principe de réduction des risques, comme le modèle du cube, qui intègre l'usage simple d'une substance, ou considéré à faible risque, jusqu'au développement d'un trouble lié à cet usage, regroupant les consommations problématiques et les dépendances (10) :

- Le pilier "prévention" contribue à la réduction de la consommation de substances psychoactives en évitant que les gens ne se mettent à en consommer et ne développent une dépendance.
- Le pilier "réduction des risques" contribue à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogue sur les usagers et – indirectement – sur la société en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux.
- Le pilier "thérapie" contribue à la réduction de la consommation de drogues en permettant de sortir d'une dépendance ou à en préserver la possibilité.
- Le pilier "régulation du marché" (anciennement nommé pilier "répression") contribue, par des mesures de régulation ou d'interdiction, à tenter de contrôler l'offre et la demande de substances psychoactives.

Application des principes de réduction des risques dans le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent : état des lieux et mesures existantes en France

Les auteurs de l'expertise Inserm sur les jeux de hasard et d'argent de 2008 relèvent que la question d'adapter le modèle du cube, décrit ci-dessus, à la question du jeu reste ouverte. Cependant, ce modèle a l'avantage de distinguer différents types d'actions et de prendre en compte de façon large les différents intervenants possibles dans le champ des addictions, quel que soit le statut légal d'une substance ou d'une pratique. Nous utiliserons donc ce modèle pour illustrer l'application de la réduction des risques dans le domaine de la pratique des jeux de hasard et d'argent et du trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Il convient d'abord de préciser que la pratique des jeux de hasard et d'argent en France est régulée, c'est-à-dire qu'il est possible de jouer en toute légalité à un très grand nombre de jeux de hasard et d'argent sur Internet ou hors Internet ; cependant, les opérateurs de jeu doivent bénéficier d'un agrément, et certains jeux ne sont pas autorisés en ligne. Il est également interdit de jouer à crédit. Il existe donc aussi une forme de jeu illicite, mais ce sont alors les opérateurs de jeu qui enfreignent la loi, et non les joueurs. Cela peut concerner par exemple la pratique en ligne de jeux de roulette sur des sites étrangers, exposant à un jeu plus à risque car sans modérateur obligatoire par exemple. En effet, dans de nombreux pays où la pratique des jeux de hasard et d'argent est régulée, ont été mises en place des mesures de "jeu responsable". Le concept de jeu responsable a été développé avec la définition suivante : "*Responsible gambling* refers to policies and practices designed to prevent and reduce potential harms associated with gambling; these policies and practices often incorporate a diverse range of interventions designed to promote consumer protection, community and consumer awareness and education, and access to efficacious treatment" (11, p. 308). Cette définition se rapproche beaucoup des trois points-clés cités précédemment comme définissant l'approche de réduction des risques : réduire les risques et les dommages associés à la pratique des jeux de hasard et d'argent, rendre le soin accessible pour les personnes ayant développé une addiction et, en dehors de tout point de vue moraliste, protéger en premier lieu les usagers. Le modèle de RENO, développé par Blaszyczynski

et al. et présenté lors d'une conférence dans la ville du même nom, répond à cette définition et pense le jeu responsable comme une démarche de préventions primaire, secondaire et tertiaire, ayant la nécessité d'être évaluée, et où chaque initiative exige d'avoir montré son efficacité, en tenant compte de qui elle émane (gouvernement, soignant, proches, société, justice, opérateurs de jeu...) (11, 12). De nombreux gouvernements ont constitué des instances garantes du jeu responsable, souvent financées par les revenus émanant du jeu lui-même (13).

Reprenons le modèle du cube pour le conjuguer dans le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Prévention

Le pilier "prévention" comprend les initiatives contribuant à la réduction de la pratique des jeux de hasard et d'argent en évitant que les gens ne se mettent à les pratiquer et les initiatives contribuant à la réduction de la pratique des jeux de hasard et d'argent en évitant que les gens ne développent une dépendance. Les premières sont étonnamment carencielles en France. En effet, alors que plusieurs études ont montré que l'ouverture à la concurrence et la régulation des jeux en ligne pouvait être accompagnée d'une augmentation des cas d'addiction (14), il n'existe pas à ce jour en France de mesure visant à dissuader les nouveaux joueurs, à part l'interdiction de jeu aux mineurs, d'une efficacité discutable puisqu'il a été montré que les mineurs jouaient manifestement en ligne (15). En France, la loi définit que *"la politique de l'État en matière de jeux d'argent et de hasard a pour premier 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 de protéger les mineurs"* (16). On ne parle donc pas d'éviter l'entrée dans la pratique de jeu, à part pour les mineurs.

La loi stipule également que *"L'opérateur de jeux ou de paris en ligne titulaire de l'agrément prévu à l'article 21 rend compte dans un rapport annuel, transmis à l'Autorité de régulation des jeux en ligne, des actions qu'il a menées et des moyens qu'il a consacrés pour promouvoir le jeu responsable et lutter contre le jeu excessif ou pathologique"*. Cet aspect de la loi répond bien au deuxième aspect du pilier "prévention" visant à éviter que les gens ne développent une dépendance et correspondant en partie à la démarche de jeu responsable. Par exemple, l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL) précise que les opérateurs doivent obligatoirement proposer des

modérateurs de jeu, qui permettent au joueur de limiter ses mises, de limiter les approvisionnements de son compte (dépôt) et de s'auto-exclure du jeu. Les limites des mises auto-fixées auraient des résultats mitigés et ne seraient probablement pas efficaces sur les joueurs les plus engagés dans la pratique de jeu (17). Ces modérateurs semblent avoir plus de pertinence s'ils constituent une initiative personnelle du joueur qui favorise une prise de décision rationnelle et le responsabilise. Certains opérateurs de jeu proposent aux joueurs d'avoir volontairement recours à des algorithmes leur indiquant si leur pratique de jeu est considérée à risque (18). Cependant, il n'existe pas à ce jour d'instrument de dépistage utilisé en routine permettant de repérer le jeu problématique ou pathologique, développé de façon transparente et ayant été corrélé à un instrument clinique sur un échantillon de joueurs. L'interdiction de jeu en France peut concerner un opérateur en ligne ou bien consister en l'inscription sur la liste des interdits de jeu et concerner à la fois les jeux en ligne et le casino, mais il n'y a pas de possibilité de se faire interdire pour les autres jeux hors ligne, comme les loteries, les grattages, les courses hippiques, les paris sportifs... Il n'existe en réalité que peu de preuves de l'efficacité des mesures de jeu responsable, notamment concernant les limites de mises. Une alternative a été récemment proposée dans la littérature : proposer une limite de gain plutôt qu'une limite de "perte" : il a été montré qu'une telle mesure pouvait augmenter les performances de joueurs, mais limiteraient ainsi les profits des casinos (17). D'autres mesures ont été proposées, s'appuyant plus sur la psychologie du joueur problématique et pathologique, comme l'existence de banques de jeu responsable mettant les gains en quarantaine jusqu'à la fin de la session de jeu, mais restent également non évaluées.

Réduction des risques

Le pilier "réduction des risques" contribue à minimiser les effets négatifs de la pratique du jeu sur les usagers et – indirectement – sur la société en rendant possible une pratique entraînant moins de problèmes individuels et sociaux. Il s'agit du cœur du jeu responsable tel qu'inscrit dans la loi et imposé aux opérateurs de jeu ayant un agrément en France. Ce pilier est très intriqué avec le pilier "thérapie" pour ce qui est des interventions visant le joueur problématique et pathologique lui-même. Nous détaillerons ici les initiatives visant à promouvoir le soin et les initiatives concernant le soin en lui-même seront détaillées dans le pilier "thérapie".

L'accès aux soins des personnes ayant développé un trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent

L'accès aux soins pour ces personnes est très médiocre (19). Les données internationales indiquent que moins de 10 % des joueurs pathologiques accéderaient aux soins. Nous ne disposons pas d'enquête large en France portant sur l'accès aux soins. Pourtant, la prévalence du jeu problématique a été estimée en 2010 à 1,3 % de la population générale française (20). La méconnaissance de l'existence de centres de soins prenant en charge cette addiction et la crainte de ne pas pouvoir financer les soins ont été identifiées comme des freins à l'accès aux soins aux États-Unis. En France, des financements fléchés par la Direction générale de l'offre de soins ont contribué en 2011 à étendre le réseau de soins spécialisés sur le territoire (21). Cependant, la visibilité de ces centres reste limitée, comme le témoigne le parcours d'errance persistant chez certains patients avant d'arriver dans des consultations spécialisées. La promotion des centres de soins n'est cela dit pas forcément efficace (22), et il est nécessaire de travailler la représentation même du trouble dans la population générale pour limiter la tendance à l'auto-stigmatisation des joueurs présentant une addiction, également identifiée comme un facteur de frein à l'entrée dans le soin. La loi de régulation des jeux en ligne a prévu la création d'une ligne gratuite d'aide aux joueurs et à leur entourage, "jeu-info-services", pouvant orienter vers les soins et constituer une aide de premier recours.

Le challenge du dépistage et l'entrée dans le soin par la porte des dommages sociaux

Comme dans autres addictions, le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent peut s'accompagner d'une désinsertion sociale, sous-tendue par les pertes financières et les actes illégaux (23), comme les vols d'argent en milieu professionnel, pouvant aboutir à un licenciement, ou le vol à l'étalage (24). Les actes illégaux ont été montrés comme associés à la sévérité des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent (25). Là encore, la détection de ce trouble paraît indispensable devant ce type de comportement, et d'autres acteurs que ceux de la répression devraient être impliqués pour repérer cette pathologie, notamment chez une personne n'ayant pas jusque-là commis d'acte illicite. Le jeu problématique et pathologique a été plusieurs fois retrouvé à des prévalences alarmantes dans des populations de personnes sans domicile fixe

(jusqu'à 35 % pour la prévalence sur la vie entière) (26, 27). Le dépistage dans cette population, mais aussi la prévention de la désocialisation chez les joueurs problématiques et pathologiques sont donc deux challenges de santé publique. Ces situations pourraient constituer des portes d'entrée qui restent pour le moment trop souvent fermées ou inaperçues. De plus, le jeu est d'un point de vue juridique plutôt considéré comme un facteur aggravant notamment dans le cas des actes illégaux et du surendettement. Le DSM-IV stipulait d'ailleurs qu'il ne pouvait constituer un motif d'irresponsabilité. De plus en plus d'organismes de crédits d'après mon expérience clinique, semblent faire appel des décisions sur les dossiers de surendettement en arguant la non-fiabilité des personnes "joueuses", alors que la précarité et la pression financière sont des facteurs de risque connus de trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent et de pronostic négatif (28), et qu'il est donc primordial pour le soin de stabiliser la situation financière et de lisser les dettes, sans compter que la sollicitation marketing pour des crédits à la consommation, de ces personnes vulnérables, peut contribuer à l'aggravation du trouble.

Les démarches visant à réduire les dommages pour la société et pour l'entourage

Cependant, la réduction des risques inclut aussi les démarches visant à réduire les dommages pour la société et pour l'entourage. En effet, en 1997, il a été estimé aux États-Unis que les coûts sociaux pour un joueur "compulsif" se montaient à 9 469 \$ (29). Les deux piliers précédents sont donc très concernés pour réduire ces coûts. Il s'agit aussi d'accompagner et de protéger l'entourage ; en effet, le jeu pathologique est associé à la dégradation des relations familiales, à la violence intrafamiliale et la dégradation de la situation sociale de la famille au sens large (30). Jusqu'à ce jour, seulement deux interventions ont été évaluées pour aider l'entourage des joueurs : un manuel d'aide par soi-même basé sur le renforcement des liens communautaires et une forme de thérapie familiale (CRAFT), et des entretiens entraînant l'entourage à développer ses compétences pour gérer les difficultés liées au jeu.

Thérapie

Le pilier "thérapie" correspond aux initiatives contribuant à la réduction de la pratique des jeux de hasard et d'argent visant à sortir d'une dépendance ou à préserver

la possibilité de sortir de la dépendance ; il contribue en outre à la promotion de l'intégration sociale et de la santé des personnes traitées. Ce pilier comprend donc plusieurs aspects.

La possibilité d'accompagner les patients vers une réduction de pratique plutôt que vers l'abstinence s'ils le souhaitent

Même si les premiers programmes d'intervention thérapeutique pour la prise en charge du jeu pathologique avaient pour objectif l'abstinence, portés par l'influence du programme des 12 étapes, de nombreux essais ont testé l'efficacité d'interventions accompagnant les joueurs pathologiques et/ou problématiques vers la réduction de pratique (31). Ces programmes se sont développés à partir de plusieurs constats. Le premier constat a été évoqué précédemment ; il concerne le faible recours au soin, et pointe les limites d'une offre unique orientée vers l'abstinence, face à une possible réticence de certaines personnes ayant développé un trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent, en particulier les plus sévères, à envisager l'abstinence. Proposer une alternative en accompagnant les joueurs qui souhaitent réduire leur pratique sans s'abstenir pourrait permettre de réduire les dommages en rendant le soin plus acceptable. Cela pourrait en particulier permettre de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle en début de prise en charge en permettant de fixer des objectifs intermédiaires plus réalistes. Il est à noter que dans un essai ouvert proposant à 124 joueurs pathologiques de suivre un programme de thérapie cognitivo-comportementale visant la réduction de pratique, seul un tiers des personnes ont gardé l'objectif de réduction tout au long de l'essai sur la période de 12 semaines, alors que les autres ont changé leur objectif au moins une fois vers l'abstinence (32). La réduction de pratique constitue alors un objectif en soi, ou bien un objectif intermédiaire vers l'abstinence (32, 33). Le deuxième constat provient de données observationnelles en population générale, documentant l'existence de joueurs ayant eu les critères diagnostiques de jeu problématique ou pathologique et ayant réduit leur pratique de jeu sans aide spécialisée, c'est-à-dire ayant obtenu une rémission spontanée (34-36). Ces études analysent souvent indifféremment les personnes selon qu'elles aient réduit leur pratique ou qu'elles se soient abstenues ; les transitions "vers" et "hors" le diagnostic de jeu pathologique semblent extrêmement fréquentes (34, 35). Enfin, il a été décrit à plusieurs reprises que le choix de l'objectif d'abstinence ou de réduction

de pratique n'influait pas l'évolution des joueurs pathologiques en termes d'impact financier, et que l'on retrouvait une efficacité similaire de programme de thérapies cognitivo-comportementales chez les patients choisissant l'abstinence et chez ceux optant pour la réduction de pratique (37, 38). Envisager la réduction de pratique comme un moyen acceptable de sortir de l'addiction soulève en effet la question des critères avec lesquels sont évalués ces essais. En effet, de nombreux auteurs ont pointé les insuffisances et le manque de documentation sur la pertinence clinique des objectifs thérapeutiques déterminés dans les essais cliniques dans le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent, en particulier des critères financiers (31, 39). Les indicateurs financiers de jeu pourraient avoir une pertinence limitée car ils sont dépendants de l'accès à l'argent et des restrictions mises en place par les tiers et l'entourage (12). Une méta-analyse de 2009 a montré que les thérapies cognitives centrées sur les distorsions cognitives, les thérapies motivationnelles et les thérapies comportementales de type désensibilisation en imagination étaient des stratégies efficaces pour réduire la pratique de jeu (40).

La prise en charge des co-addictions

Il a été montré que les co-addictions, en particulier le trouble lié à l'usage d'alcool comorbide, étaient un facteur de sévérité du trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Cependant, le pronostic des personnes ayant une addiction duelle diagnostiquée n'était pas moins bon (41). Ce point peut être interprété comme le recours aux soins facilité par la présence d'une co-addiction. Il paraît donc indispensable de renforcer les efforts de dépistage des pratiques de jeu problématiques et pathologiques chez les personnes ayant une addiction connue.

La prise en charge des complications et des comorbidités psychiatriques : cas particulier du suicide

Il a été montré que le dépistage du jeu pathologique était trop faible, y compris en population consultant pour une autre addiction ou pour une autre maladie mentale, alors que les joueurs présentant un trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent sont sur-représentés dans ces populations (42). De plus, la mortalité par suicide attribuable au trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent est considérable et probablement sous-évaluée (43), car les raptus suicidaires

surviennent souvent au décours des sessions de jeu en réaction à des pertes importantes, ou à un moment où le joueur se sent acculé avant que ses proches ne prennent conscience de l'étendue de sa pratique et du poids des pertes financières. Ils surviennent souvent chez des joueurs sans comorbidité psychiatrique (43). La détection précoce de ce trouble, notamment devant des difficultés financières mal expliquées par la situation socioprofessionnelle, paraît donc indispensable et à renforcer. Les acteurs de ce dépistage pourraient être multiples, parmi les soignants, mais aussi les accompagnants sociaux.

Régulation du marché

Le pilier "régulation du marché" contribue, par des mesures de régulation ou d'interdiction, à tenter de contrôler l'offre et la demande en matière de jeux de hasard et d'argent. En France, les différents types de jeux de hasard et d'argent sont régulés par différentes instances : les jeux en ligne sont contrôlés par l'ARJEL à l'exception de la Française des jeux, dont l'ensemble des activités sont régulées par le Ministère du budget, le Pari mutuel urbain (PMU) est régulé par le Ministère de l'agriculture, les casinos sont régulés par le Ministère de l'intérieur. Depuis 2011, existe une instance rattachée au Premier ministre, le Comité consultatif des jeux, centralisant les informations issues des autorités de régulation et émettant des avis, notamment relatifs aux dangers du jeu excessif (44).

Limites de la réduction des risques en matière d'addiction aux jeux de hasard et d'argent

Les limites de la réduction des risques en matière d'addiction aux jeux de hasard et d'argent reposent plus sur des problématiques politiques et de conflits d'intérêt lourds d'un point de vue éthique, et sur le manque d'évaluation des mesures de jeu responsable, que sur la pertinence du concept, qui a été démontrée en ce qui concerne le soin. Les problèmes principaux pourraient donc être résumés sous les questions suivantes :

- Propose-t-on des accueils "bas seuil" pour les joueurs ?

Les lignes téléphoniques d'aide aux joueurs peuvent être considérées comme des "accueils bas seuil", et il a été montré qu'elles permettaient à un certain nombre

de joueurs en difficulté d'accéder aux soins (45-48). Cependant, ces lignes d'aide nécessitent une démarche active de joueurs en difficulté, et il ne s'agit pas d'aller à leur rencontre. Des initiatives de dépistage et de proposition de soins dans l'environnement de jeu pour les non-chercheurs de soins sont à l'étude (49), notamment dans le domaine du jeu en ligne. Un outil de dépistage des joueurs problématiques de poker en ligne a été développé et validé à partir d'un modèle statistique expliquant le score à l'Index canadien du jeu excessif (ICJE) par les données de comportement de jeu enregistrées en routine par l'opérateur. Cet outil permet de dépister avec une sensibilité de 80 % les joueurs ayant un ICJE supérieur ou égal à 5, sans initiative préalable du joueur, à partir des données déjà enregistrées en routine par l'opérateur. En effet, un grand nombre de données de jeu sont enregistrées conjointement par les opérateurs de jeu en ligne ayant un agrément en France et par l'ARJEL sur un "frontal" et stockées de manière sécurisée, dans le but jusqu'à présent d'assurer l'intégrité du jeu et d'éviter tout processus de blanchiment ; mais elles pourraient être utilisées dans une optique de protection du joueur et de prévention de l'addiction. Le développement d'un outil de dépistage plus complet et plus fiable portant sur l'ensemble des activités de jeu en ligne sur des sites ayant l'agrément en France, et sans initiative préalable des joueurs, à partir des données de comportement de jeu est donc faisable et en projet actuellement. Cependant, les interventions proposées ne peuvent pas être identiques à celles proposées aux non-chercheurs de soins, car leur acceptabilité semble être beaucoup plus faible (50), probablement du fait que les non-chercheurs de soins se sentiraient moins prêts à changer leur comportement.

- Les mesures de bon sens sont-elles efficaces et sont-elles suffisantes ?

Pas toujours. On l'a vu plus haut, les limites de perte pourraient ne pas être les plus pertinentes. Cependant, les limites basées sur un plafond de gain pourraient être peu acceptables socialement et politiquement, en premier lieu car elles ont montré réduire les bénéfices des opérateurs de jeu, au moins en ce qui concerne les casinos (17). On perçoit dans cette réflexion les enjeux financiers soulevés par une démarche sans ambiguïté de protection du joueur.

Les mesures de jeu responsable, si elles suivent des standards partagés au niveau international, s'exposent aux limites liées à l'absence de frontière sur Internet,

où la possibilité de jouer sur des opérateurs non régulés persiste (15). Certains joueurs en difficulté restent en permanence sollicités par des opérateurs étrangers, leur proposant des bonus et les invitant à renouveler leur expérience de jeu, sollicitations les mettant gravement en difficulté et en danger.

- Les mesures de jeu responsables ont-elle la même efficacité quel que soit l'acteur qui les met en place ?

Probablement pas. On dispose d'au moins un exemple lié au risque de mesures contre-productives de prévention du risque addictif mises en place par un opérateur de jeu, ou plus exactement par une instance dépendante financièrement d'un opérateur de jeu. La campagne de prévention de l'organisme Mise sur toi, rattaché à Loto-Québec, a été dénoncée par une étude de l'Institut national de la santé publique (INSPQ). Elle associait les jeux de hasard à des activités inoffensives (jouer au badminton ou à cache-cache, faire du théâtre), avec le but affiché de promouvoir un jeu "loisir" afin d'éviter le jeu excessif. Cette campagne était en fait plutôt inspirée des approches marketing de contre-offensive, méthodes utilisées notamment par l'industrie viticole française pour attaquer la Loi Évin (51). L'association entre jeux de hasard et activités de loisirs a été estimée trompeuse puisque 20 % des personnes interrogées percevaient ce message comme publicitaire et non préventif, et 40 % estimaient que c'était Loto-Québec plutôt que Mise sur toi (identifiée par 32 % des répondants) qui était à l'origine de ces messages. Dans le domaine du jeu, un message perd de sa crédibilité lorsqu'il est associé ou attribué au producteur du risque (52). Les risques éthiques liés aux conflits d'intérêt entre les chercheurs, les opérateurs de jeu et l'État bénéficiaire des produits des jeux ont été soulevés récemment à travers un appel au positionnement des chercheurs au niveau international, en faveur de plus de transparence et d'indépendance, notamment en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des initiatives de jeu responsable (12).

- Les conflits d'intérêt gouvernementaux permettent-ils de mettre en place de vraies mesures de protection de la population ?

Les impôts indirects relatifs aux prélèvements sur les jeux se montaient en 2010 en France, avant même la régulation des jeux en ligne, à 3 milliards 128 millions d'euros (53). L'État reste l'actionnaire majoritaire de la Française des jeux à plus de 70 %. La Française des jeux détient le monopole des jeux de casino en ligne en France. Il a été démontré que 3 % des joueurs de

casino en ligne procuraient 50 % des revenus des opérateurs, et que 11 % des joueurs procuraient 80 % de revenus des casinos en ligne (54). Ces joueurs sont des gros perdants, questionnant le modèle économique de ces opérateurs d'un point de vue éthique. Cette manne financière peut contribuer à expliquer l'ambivalence des politiques en matière de jeux de hasard et d'argent. On peut pointer par exemple la possibilité pour les opérateurs de jeu de diffuser des messages publicitaires sur les supports audiovisuels à toute heure, sauf interrompant un programme destiné spécifiquement au jeune public, avec pour seule contrainte un message minimaliste obligatoire stipulant que jouer comprend des risques. En ce qui concerne la protection des plus jeunes, la loi précise que "*Les communications commerciales ne doivent ni rendre les jeux de hasard et d'argent particulièrement attractifs pour les mineurs, ni mettre en scène des personnalités, des personnages ou des héros appartenant à l'univers des enfants ou des adolescents ou disposant d'une notoriété particulièrement forte auprès de ces publics.*" Pourtant tous les ans, par exemple, un hippodrome de la région parisienne invite les enfants à venir goûter dans l'enceinte de l'hippodrome, lors d'opérations "Superdimanche", mettant en scène des héros enfantins. L'initiation à l'environnement de jeu est évidente, et la précocité de l'exposition un facteur de risque connu. Il n'est pourtant pas actuellement envisagé de mesure plus contraignante à l'image de la Loi Évin, pour le jeu. La population des seniors est aussi largement sollicitée, y compris par le biais d'associations municipales (55), à fréquenter les casinos en bénéficiant d'opérations marketing proposées par des voyagistes (56, 57). On sait pourtant qu'une partie de cette population est plus vulnérable face au risque de troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent (57).

- Les mesures de réduction des risques sont-elles limitées par une représentation sociétale du jeu banalisée, d'une part, et par la stigmatisation du joueur problématique ou pathologique, d'autre part ?

La pratique des jeux de hasard et d'argent concerne la moitié de la population adulte dans une année. On peut se poser la question de l'acceptabilité de mesures de réduction des risques destinées au plus grand nombre. Les joueurs récréatifs rapporteraient une moindre prise de plaisir dans le jeu du fait de certaines mesures de jeu responsable (58). Il est probable que ces considérations soient majorées par la stigmatisation du joueur problématique ou pathologique par la population générale : il a été montré que la population générale attribuait le

jeu problématique autant à une faiblesse de caractère qu'au potentiel addictogène du jeu, avec le plus haut score attribué à la faiblesse de caractère en comparaison aux addictions à une substance les plus fréquentes (59).

Plusieurs auteurs soulignent pourtant la responsabilité collective et sociétale dans l'exposition de populations et de personnes vulnérables à la pratique addictogène qu'est la pratique des jeux de hasard et d'argent. Cette responsabilité ne peut pas être considérée comme assumée alors que de nombreuses occasions de rencontrer et de proposer de l'aide aux joueurs problématiques ou pathologiques sont ratées : pas de déresponsabilisation pénale pour le joueur dans les délits liés au jeu, conseil aux joueurs de ne pas mentionner leur condition de santé dans les dossiers de surendettement au risque de rejet de leur demande, pas de possibilité de collaboration avec les établissements bancaires sous prétexte du respect de la vie privée alors que les conseillers sont témoins des dégringolades financières et repèrent facilement les transactions avec les opérateurs de jeu, au moins pour les jeux en ligne, ou proposent trop facilement des élargissements d'autorisation de découvert à des joueurs ayant une succession de débits ou crédits liés à leur pratique de jeu, les mettant ainsi particulièrement en danger derrière le prétexte de "réduire les frais bancaires". La question de la non-assistance à personne en danger et de la mise en danger d'une personne en situation de vulnérabilité, notamment devant la prévalence élevée de suicides chez les joueurs pathologiques en difficulté financières, devrait être soulevée.

Enfin, la réduction des risques en matière de jeux de hasard et d'argent ne peut être exempte d'une réflexion profonde sur l'inscription de l'argent au rang de valeur sociétale, sur les aspects éducatifs relatifs à l'attribution d'une valeur à l'argent, et sur les autres processus de neuro-économie comportementale impliqués en matière de prise de décision liés à des pertes ou des gains en situation d'incertitude.

Conclusion

La seule addiction comportementale reconnue consensuellement à ce jour est l'addiction aux jeux de hasard et d'argent. La réduction des risques et des dommages est un principe établi dans le domaine des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent, en particulier au sens du principe de jeu responsable. Cependant, l'effi-

cacité des initiatives qui s'en revendiquent restent trop peu évaluées. De plus, la stigmatisation des joueurs problématiques et pathologiques, ainsi que l'ambivalence sociétale et politique devant une manne monétaire tributaire d'une population vulnérable réduisent la portée des initiatives de réduction des risques et des dommages dans la pratique des jeux de hasard et d'argent et dans les troubles qui lui sont associés. En ce qui concerne les soins, si les premiers programmes thérapeutiques étaient pour la plupart orientés vers l'abstinence, les arguments en faveur de la possibilité pour certains joueurs pathologiques de réduire leur pratique sans s'abstenir et le pronostic comparable entre ceux choisissant l'abstinence et ceux choisissant de réduire leur pratique se sont accumulés et ont permis le développement d'interventions de psychothérapie accompagnant efficacement la réduction de pratique. ■

A. Luquiens

La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'addiction sans produit ?

In : Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives", 7-8 avril 2016, Paris.

Alcoologie et Addictologie. 2017 ; 39 (1) : 68-77

Références bibliographiques

- 1 - Billieux J, et al. Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *J Behav Addict*. 2015 ; 4 (3) : 119-23.
- 2 - Kardefelt-Winther D. Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *J Behav Addict*. 2015 ; 4 (3) : 126-9.
- 3 - Potenza MN. Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *J Behav Addict*. 2015 ; 4 (3) : 139-41.
- 4 - van der Linden M. Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *J Behav Addict*. 2015 ; 4 (3) : 145-7.
- 5 - American Psychiatric Association. Substance related and addictive disorders fact sheet. DSM-5 organization. Arlington : APA ; 2013 [<http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>].
- 6 - Clark L. Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *J Behav Addict*. 2015 ; 4 (3) : 132-4.
- 7 - Harm Reduction Coalition. Mission and principles of harm reduction. Oakland : HRC ; 1996, .
- 8 - Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav*. 1996 ; 21 (6) : 779-88.
- 9 - Gowan T, Whetstone S, Andic T. Addiction, agency, and the politics of self-control: doing harm reduction in a heroin users' group.

- Soc Sci Med. 2012 ; 74 (8) : 1251-60.
- 10 - Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD). psychoaktiv.ch.
- 11 - Blaszczynski A, Ladouceur R, Shaffer HJ. A science-based framework for responsible gambling: the RENO model. *J Gambl Stud*. 2004 ; 20 (3) : 301-17.
- 12 - Shaffer HJ, et al. Extending the RENO model: clinical and ethical applications. *Am J Orthopsychiatry*. 2016 ; 86 (3) : 297-309.
- 13 - National Council on Problem Gambling. Internet responsible gambling standards. Washington, DC : NCPG ; 2012.
- 14 - Griffiths M, et al. Sociodemographic correlates of internet gambling: findings from the 2007 british gambling prevalence survey. *Cyberpsychol Behav*. 2009 ; 12 (2) : 199-202.
- 15 - Tovar ML, Costes JM, Eroukmanoff V. Les jeux d'argent et de hasard sur internet en France en 2012. *Tendances*. 2013 ; (juin).
- 16 - Assemblée Nationale. 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. Article 26. INOR: BCFX0904879L. *JORF*. 2010 ; (0110, 13 mai) : 8881.
- 17 - Walker DM, et al. Setting win limits: an alternative approach to "responsible gambling"? *J Gambl Stud*. 2015 ; 31 (3) : 965-86.
- 18 - Griffiths MD, Wood RT, Parke J. Social responsibility tools in online gambling: a survey of attitudes and behavior among Internet gamblers. *Cyberpsychol Behav*. 2009 ; 12 (4) : 413-21.
- 19 - Gainsbury, S, Hing N, Suhonen N. Professional help-seeking for gambling problems: awareness, barriers and motivators for treatment. *J Gambl Stud*. 2014 ; 30 (2) : 503-19.
- 20 - Costes JM, et al. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances*. 2011 ; 77 (septembre).
- 21 - République Française. Circulaire DGOS/R1 n° 2011-125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale ; 2011.
- 22 - Calderwood KA, Wellington WJ. Using roadside billboard posters to increase admission rates to problem gambling services: reflections on failure. *Health Promot Pract*. 2015 ; 16 (4) : 510-22.
- 23 - Folino JO, Abait PE. Pathological gambling and criminality. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 ; 22 (5) : 477-81.
- 24 - Blanco C, et al. Prevalence and correlates of shoplifting in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Psychiatry*. 2008 ; 165 (7) : 905-13.
- 25 - Ledgerwood DM, et al. Clinical features and treatment prognosis of pathological gamblers with and without recent gambling-related illegal behavior. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007 ; 35 (3) : 294-301.
- 26 - Matheson FI, et al. Prevalence of gambling problems among the clients of a toronto homeless shelter. *J Gambl Stud*. 2014 ; 30 (2) : 537-46.
- 27 - Nower L, et al. Problem gambling and homelessness: results from an epidemiologic study. *J Gambl Stud*. 2015 ; 31 (2) : 533-45.
- 28 - Subramaniam M, et al. Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: a systematic review. *Addict Behav*. 2015 ; 41 : 199-209.
- 29 - Eadington, WR. Measuring costs from permitted gaming: concepts and categories in evaluating gambling's consequences. *J Gambl Stud*. 2003 ; 19 (2) : 185-213.
- 30 - Dowling NA, et al. Problem gambling family impacts: development of the problem gambling family impact scale. *J Gambl Stud*. 2016 ; 32 (3) : 935-55.
- 31 - Gooding P, Tarrier N. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets? *Behav Res Ther*. 2009 ; 47 (7) : 592-607.
- 32 - Ladouceur R, Lachance S, Fournier PM. Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behav Res Ther*. 2009 ; 47 (3) : 189-97.
- 33 - Ladouceur R. Controlled gambling for pathological gamblers. *J Gambl Stud*. 2005 ; 21 (1) : 49-59.
- 34 - Slutske WS, Jackson KM, Sher KJ. The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *J Abnorm Psychol*. 2003 ; 112 (2) : 263-74.
- 35 - LaPlante DA, et al. Stability and progression of disordered gambling: lessons from longitudinal studies. *Can J Psychiatry*. 2008 ; 53 (1) : 52-60.
- 36 - Froberg F, et al. The incidence of problem gambling in a representative cohort of Swedish female and male 16-24 year-olds by socio-demographic characteristics, in comparison with 25-44 year-olds. *J Gambl Stud*. 2015 ; 31 (3) : 621-41.
- 37 - Dowling N, Smith D, Thomas T. A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *J Gambl Stud*. 2009 ; 25 (2) : 201-14.
- 38 - Stea JN, Hodgins DC, Fung T. Abstinence versus moderation goals in brief motivational treatment for pathological gambling. *J Gambl Stud*. 2015 ; 31 (3) : 1029-45.
- 39 - Monnat SM, et al. Exploring the relationship between treatment satisfaction, perceived improvements in functioning and well-being and gambling harm Reduction among clients of pathological gambling treatment programs. *Community Ment Health J*. 2014 ; 50 (6) : 688-96.
- 40 - Toneatto T, Ladouceur R. Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychol Addict Behav*. 2003 ; 17 (4) : 284-92.
- 41 - Stinchfield R, Kushner MG, Winters KC. Alcohol use and prior substance abuse treatment in relation to gambling problem severity and gambling treatment outcome. *J Gambl Stud*. 2005 ; 21 (3) : 273-97.
- 42 - Cowlishaw S, Hakes JK. Pathological and problem gambling in substance use treatment: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict*. 2015 ; 24 (5) : 467-74.
- 43 - Wong PW, et al. A psychological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide. *J Affect Disord*. 2010 ; 120 (1-3) : 213-6.
- 44 - République Française. Décret n° 2011-252 du 9 mars 2011 relatif au Comité consultatif des jeux. *JORF*. 2011 ; (0058, 10 mars) : 4399.
- 45 - Rodda S, Lubman DI. Characteristics of gamblers using a national online counselling service for problem gambling. *J Gambl Stud*. 2014 ; 30 (2) : 277-89.
- 46 - Ledgerwood DM, et al. Who goes to treatment? Predictors of treatment initiation among gambling help-line callers. *Am J Addict*. 2013 ; 22 (1) : 33-8.
- 47 - Potenza MN, Steinberg MA, Wu R. Characteristics of gambling helpline callers with self-reported gambling and alcohol use problems. *J Gambl Stud*. 2005 ; 21 (3) : 233-54.
- 48 - Khayat-Abuaita U, et al. Barriers to and reasons for treatment initiation among gambling help-line callers. *J Nerv Ment Dis*. 2015 ; 203 (8) : 641-5.
- 49 - Luquiens A, et al. Tracking online poker problem gamblers with player account-based gambling data only. 2016 ; 25 (4) : 333-42.
- 50 - Luquiens A, et al. The efficacy of three modalities of internet-based psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2016 ; 18 (2) : e36.
- 51 - Boisvert Y, Lesemann F, Papineau E. Éthique et gouvernance de l'offre de jeu : de la responsabilité ministérielle à la responsabilité sociale de Loto-Québec. *Éthique publique*. 2012 ; 14 (2).
- 52 - Lemarié L. Three essays on pro- and anti- behavioral messages in a preventive context. Montréal : HEC Montréal ; 2012.
- 53 - République Française. Rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution. Projet de loi de finance pour 2013. Paris : RF ; 2012.
- 54 - Labrie RA, et al. Inside the virtual casino: a prospective longitudinal study of actual Internet casino gambling. *Eur J Public Health*. 2008 ; 18 (4) : 410-6.
- 55 - Rédaction. Le CCAS a organisé son voyage annuel. *Ouest France*. 2014 ; (24 juin).
- 56 - Zaranek RR, Lichtenberg PA. Urban elders and casino gambling: Are they at risk of a gambling problem? *J Aging Stud*. 2008 ; 22 (1) : 13-23.
- 57 - Wick JY. High-stakes gambling: seniors may be the losers. *Consult Pharm*. 2015 ; 27 (8) : 544-51.
- 58 - Jackson AC, et al. Consumer perspectives on gambling harm minimisation measures in an Australian jurisdiction. *J Gambl Stud*. 2016 ; 32 : 801.
- 59 - Konkoly Thege B, et al. Social judgments of behavioral versus substance-related addictions: a population-based study. *Addict Behav*. 2014 ; 42C : 24-31.