

9

Critères diagnostiques

Ce chapitre introduit la partie clinique de l'expertise par la question de l'appartenance du jeu pathologique à la catégorie nosographique des addictions. L'étude de la littérature montre que les débats nosographiques, concernant les conduites morbides de jeu, s'articulent autour de trois hypothèses : appartenance au « spectre » des troubles obsessionnels compulsifs, à la catégorie du « trouble du contrôle des impulsions » telle qu'elle apparaît depuis le DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition*), à celle des troubles addictifs enfin. Des arguments cliniques, psychopathologiques, biologiques, thérapeutiques sont évoqués à propos de chacune de ces hypothèses. L'objet de cette présentation est de proposer une revue de ces arguments, conduisant à considérer l'hypothèse la mieux étayée : l'appartenance du jeu pathologique à la catégorie des addictions, au sein du sous-groupe des addictions dites « comportementales » ou « addictions sans drogue ».

Notion d'addiction

Le terme d'addiction est ancien, mais ce concept a surtout été développé, à propos des conduites de dépendance, depuis les années 1960-1970 aux États-Unis et plus particulièrement par Goodman (1990).

Origines du concept

Le mot d'addiction, vieux terme juridique français signifiant « contrainte par corps » est utilisé par les auteurs anglo-saxons à partir des années 1950 pour caractériser les dépendances : Jellinek parle « d'addiction à l'alcool » (Jellinek, 1960). Les premières descriptions cliniques sont dues à deux auteurs américains, Peele en 1977 et Orford en 1978. Pour Peele, l'addiction, envisagée en termes de psychologie du comportement, est liée à un conditionnement opérant : les sentiments d'incompétence poussent à la recherche de gratifications à court terme et prévisibles par le produit ou le comportement. Le pouvoir renforçateur immédiat entraîne l'addiction, qui

accentue elle-même le sentiment d'incompétence (Peele et Brodsky, 1977). Les premiers critères de l'addiction sont dus à Orford. L'addiction se décomposerait en compulsions (à prendre le produit, à s'engager dans le comportement), maintien du comportement malgré ses conséquences négatives, obsession du produit ou du comportement, culpabilité au décours de l'action, enfin symptômes de sevrage en cas d'interruption brutale.

Critères de l'addiction : modèle de Goodman

Le psychiatre Goodman a publié en 1990, dans le *British Journal of Addiction*, des critères du trouble addictif, critères très proches des critères DSM de la dépendance et qui font aujourd'hui autorité. Ces critères ont été élaborés par Goodman pour théoriser les pratiques sexuelles addictives, mais sont applicables à toutes les addictions comportementales ou non (Goodman, 1990 et 1998 ; tableau 9.1). L'addiction, définie par Goodman, est une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés :

- échec répété de contrôler ce comportement (« perte du contrôle » de Jellinek) ;
- poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives.

Tableau 9.1 : Critères du trouble addictif (d'après Goodman, 1990)

-
- A. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
 - B. Tension croissante avant d'initier le comportement
 - C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action
 - D. Perte du contrôle en débutant le comportement
 - E. Cinq des critères suivants ou plus :
 1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
 2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
 3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter
 4. Temps considérable passé à réaliser le comportement
 5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
 6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
 7. Poursuite malgré les problèmes sociaux
 8. Tolérance marquée
 9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement
 - F. Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période
-

Critères de Goodman repris et complétés dans les travaux récents sur l'addiction

Tous les travaux récents (Shaffer et coll., 1999 ; Maddux et Desmond, 2000 ; Petry, 2006 ; Potenza, 2006 ; West, 2006) reprennent les critères de

Goodman, avec quelques légères modifications : ajout de « *craving* » avant de réaliser le comportement, compulsion, poursuite du comportement malgré les conséquences négatives. Au terme de « perte du contrôle », certains préfèrent celui d'« altération du contrôle » (Maddux et Desmond, 2000). Selon Potenza (2006), les critères diagnostiques de l'addiction sont en partie communs avec ceux de la dépendance à une substance dans le DSM. Le terme d'addiction est considéré comme préférable à celui de dépendance (exemple fourni de dépendances purement pharmacologiques à un produit – ou médicament – sans les effets négatifs ou destructeurs de l'addiction). Plus général que celui de dépendance, le concept d'addiction permet d'inclure les addictions comportementales. Le NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) aux États-Unis, incitait, dès 2002, la mise en place de recherches portant sur les addictions comportementales et l'inclusion de ces dernières dans la catégorie des addictions. Selon Goodman, l'addiction se situerait entre impulsion et compulsion : si l'impulsion implique la recherche d'un plaisir ou d'une gratification immédiate, la compulsion, le soulagement des tensions et la réduction des affects pénibles, l'addiction partage, selon les moments évolutifs, les caractéristiques de l'impulsion et de la compulsion (Goodman, 1998).

Jeu pathologique : une addiction ?

Pour formuler une réponse à cette question, des arguments en faveur ou en défaveur de l'hypothèse addictive seront envisagés ainsi que les avantages et désavantages de cette conception.

Les débats nosographiques, dans la littérature, portent sur l'appartenance du jeu pathologique au spectre des troubles obsessionnels compulsifs, à la catégorie « trouble du contrôle des impulsions » ou à la catégorie des addictions.

Trouble du contrôle des impulsions et jeu pathologique

Le jeu pathologique est situé, dans le DSM-IV-TR, dans la catégorie « trouble du contrôle des impulsions », avec la trichotillomanie, la pyromanie, le trouble explosif intermittent. Les critères DSM-IV-TR du jeu pathologique sont proches de ceux de la dépendance, dans cette même classification (5 des 7 critères de la dépendance DSM-IV-TR sont retrouvés de façon identique dans ceux du jeu pathologique). À noter que le nombre de critères nécessaires pour faire le diagnostic de jeu pathologique n'a cessé d'augmenter au fil des versions du DSM (3 dans le DSM-III, 5 dans le DSM-IV-TR) (tableau 9.II). Ces critères sont donc devenus très restrictifs.

On trouve ainsi dans la littérature récente évoquée l'existence de formes « subsyndromiques », n'atteignant pas le nombre de critères nécessaires pour

le diagnostic. Potenza propose, en 2006, de considérer ces formes comme des « abus de jeu », en relation avec la notion d'abus de substances (Potenza, 2006).

Tableau 9.II : Critères DSM-IV-TR du jeu pathologique

Comportement persistant et inadapté de jeu indiqué par 5 (ou plus) des critères suivants :

1. Préoccupation par le jeu
 2. Nécessité de sommes d'argent croissantes pour atteindre l'excitation
 3. Efforts infructueux pour arrêter-contrôler
 4. Agitation, irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt (sevrage)
 5. Comportement réalisé pour échapper aux difficultés ou soulager une humeur dysthymique
 6. Mensonges
 7. Actes illégaux
 8. Mise en danger d'une relation affective importante, d'un emploi...
-

La catégorie « trouble du contrôle des impulsions » est caractérisée, selon le DSM-IV-TR, par l'impossibilité de résister à l'impulsion, ou à la tentation de commettre un acte nuisible au sujet lui-même ou à autrui. Le sujet ressent, avant l'acte, « un sentiment croissant de tension », puis éprouve « plaisir, gratification, ou soulagement dès que l'acte est commis ». On retrouve parfois, mais non constamment, des sentiments de culpabilité au décours de l'acte.

L'appartenance du jeu pathologique à la catégorie « trouble du contrôle des impulsions » peut être justifiée par l'importance de l'impulsivité chez les joueurs pathologiques. Plusieurs études confirment cette donnée.

Les joueurs ont des scores d'impulsivité plus élevés que les sujets alcoolodépendants ou toxicomanes (Castellani et Rugle, 1995) ; on retrouve une corrélation, chez 82 joueurs pathologiques, entre niveau d'impulsivité et scores de jeu pathologique (Steel et Blaszczynski, 1998). Impulsivité et perte du contrôle apparaissent comme des éléments fondamentaux de la poursuite du jeu (Zuckerman, 1999). Selon Moeller et coll. (2001), les symptômes centraux de l'addiction sont proches de la définition globale de l'impulsivité : prédisposition à des réactions rapides, non planifiées, à des stimuli internes ou externes sans considération pour les conséquences négatives de ces réactions sur les sujets impulsifs eux-mêmes ou les autres.

L'appartenance du jeu pathologique à la catégorie « trouble du contrôle des impulsions », justifiée par l'importance de la dimension impulsive de ce comportement, est très discutée. On évoque notamment le caractère hétérogène de cette catégorie dans le DSM, et surtout, dans plusieurs travaux de la littérature, l'appartenance des troubles du contrôle des impulsions à la catégorie des addictions comportementales ou « sans drogues », qui regrouperait donc jeu pathologique, kleptomanie, pyromanie, trichotillomanie, trouble

explosif intermittent, mais aussi les achats compulsifs, les comportements sexuels compulsifs, l'usage compulsif d'Internet (Potenza et Hollander, 2002 ; Grant et Potenza, 2004 ; Potenza, 2006). Il faut ajouter que l'impulsivité est un trait comportemental largement répandu dans de nombreux troubles psychiatriques, parmi lesquels les abus de substances, les troubles de la personnalité sociopathique et *borderline*, les troubles bipolaires, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (Potenza, 2006). Selon la théorie intégrative développée par Goodman enfin, les troubles addictifs recouvrent en partie les troubles du contrôle des impulsions, dans un ensemble appelé « spectre des troubles du comportement » (Goodman, 1998).

Troubles obsessionnels compulsifs et jeu pathologique

De nombreux travaux ont été consacrés à discuter de l'appartenance du jeu pathologique au spectre des troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Sont notamment en faveur de cette hypothèse les travaux de Stein et Hollander (1993), Hollander et Wong (1995), Mc Elroy et coll. (1994), Linden et coll. (1986). Les approches théoriques de Mc Elroy, spécialiste des addictions, sont en fait plus complexes, le jeu pathologique appartenant selon elle au vaste « spectre des troubles affectifs », une famille de troubles incluant l'alcoolodépendance, la boulimie, l'addiction sexuelle, les troubles obsessionnels compulsifs, le trouble panique, les dépressions majeures. Selon cette théorie, ces troubles seraient les manifestations diverses d'une diathèse génétique commune, modifiée par les conditions d'environnement (Mc Elroy et coll., 1994). Cette théorie n'a reçu aucun commencement de preuve clinique ni génétique dans la littérature ultérieure.

L'appartenance du jeu pathologique au spectre des TOC est soutenue par des arguments essentiellement cliniques : le joueur est victime, comme l'obsédé, de pensées intrusives répétitives, incoercibles, concernant le jeu, l'amenant à jouer malgré les conséquences négatives (Linden et coll., 1986).

Des données plus récentes suggèrent des arguments contraires. Deux études (Blanco et coll., 2001 ; Moreyra et coll., 2002) soulignent les différences cliniques entre jeu pathologique et TOC : les idées de jeu sont égosyntoniques alors que les idées obsédantes par définition intrusives, sont égodystoniques. On ne retrouve chez les joueurs pathologiques, ni lutte anxieuse contre les envies de jeu, ni doute. On trouve enfin, dans les comportements compulsifs, une anxiété anticipatoire, un sens accru de l'évitement du danger, une aversion pour le risque, tous traits au contraire présents chez les joueurs pathologiques. Selon Blaszczyński (1999), l'étude comparative d'un groupe de joueurs pathologiques en traitement et d'un groupe de non joueurs, au moyen du « *Padua Inventory* » montre que les joueurs pathologiques ont des scores significativement plus élevés que les témoins sur les sous-échelles « perte du contrôle sur les activités mentales » et « besoins urgents d'action ». Frost et coll. (2001) utilisent l'échelle d'obsessions *Yale Brown*

Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) chez des joueurs de loterie et de jeux de grattage : les joueurs pathologiques ont des scores plus élevés que les joueurs modérés aux items d'obsessions, compulsions, évitement. La co-occurrence entre jeu pathologique et TOC n'est pas retrouvée dans l'étude ECA (*Epidemiological Catchment Area*) : absence d'augmentation des *odds ratio* pour le TOC chez les joueurs pathologiques comparés à la population générale (Kessler et coll., 1994 ; Cunningham-Williams et coll., 1998). Les études neuropsychologiques donnent des résultats contrastés : déficits des fonctions exécutives reliées au lobe frontal semblables chez les sujets porteurs de TOC et les joueurs pathologiques (Behar et coll., 1984 ; Christensen et coll., 1992). D'autres travaux neuropsychologiques ne montrent pas ces similarités (Boone et coll., 1991 ; Zielinski et coll., 1991). Aucune donnée génétique, enfin, ne paraît rapprocher TOC et jeu pathologique.

Pour conclure, la plupart des arguments n'autorisent pas à inclure le jeu pathologique dans le spectre des TOC. Le jeu pathologique, s'il n'appartient pas au spectre des TOC, peut être un trouble hétérogène, plus proche dans certains cas d'un trouble obsessionnel et dans d'autres d'un trouble addictif. Il n'existe, par ailleurs, aucune incompatibilité entre TOC, impulsivité et addiction (Blanco et coll., 2001).

Jeu pathologique et addiction

Il est d'usage, dans la littérature récente, de considérer, même si c'est avec certaines réserves, le jeu pathologique comme une addiction comportementale.

Arguments cliniques

Certains critères du jeu pathologique sont identiques à ceux de la dépendance (DSM-IV-TR) :

- préoccupation par le jeu ;
- besoin de jouer des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré (tolérance) ;
- efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter ;
- agitation et irritabilité lors des tentatives de réduction et d'arrêt du jeu.

Les phénotypes du jeu pathologique et de la dépendance à une substance sont donc assez proches. Plusieurs travaux ont décrit chez les joueurs pathologiques, en cas d'arrêt brutal du jeu, de véritables symptômes de sevrage, psychologiques et dans 30 à 50 % des cas, physiques (Wray et Dickerson, 1981 ; Meyer, 1989 ; Rosenthal et Lesieur, 1992 ; Orford et coll., 1996). Beaucoup discutent le fait que ces symptômes correspondent à d'authentiques phénomènes de sevrage, et tendent à les attribuer plutôt aux récentes expériences de perte, aux inquiétudes concernant les dettes de jeu ou ses conséquences négatives (Orford et coll., 2003).

Le caractère comparable des phénomènes de tolérance, dans les dépendances aux substances psychoactives, et du besoin d'augmenter les enjeux chez le joueur pathologique est discuté dans la littérature. Certains considèrent l'augmentation des enjeux comme une forme de tolérance (Cornish, 1978 ; Lesieur, 1984). D'autres (Elster, 1999 ; Orford et coll., 2003) considèrent qu'il est difficile, voire impossible, lorsqu'intervient l'escalade des enjeux, de différencier toute forme d'augmentation de la tolérance à l'excitation du besoin ressenti d'augmenter les enjeux pour « se refaire » et compenser les pertes (Elster, 1999).

D'autres traits cliniques sont communs au jeu pathologique et aux addictions :

- les prévalences élevées chez les adolescents et les adultes jeunes ;
- les niveaux élevés d'impulsivité ;
- le fait que les caractères du type II d'alcoolodépendance (Cloninger) ou du type B (Babor) peuvent s'appliquer de la même façon à un type de jeu pathologique : relation établie entre la gravité du trouble et un début précoce, dès l'adolescence (Potenza et coll., 2000 ; Lynch et coll., 2004) ;
- des différences comparables de *sex ratio* (plus d'hommes que de femmes parmi les joueurs pathologiques, comme dans la plupart des addictions) ;
- description, dans le jeu pathologique comme dans les addictions, de phénomènes de « télescopage » avec début plus tardif chez les femmes et évolution plus rapide *versus* la dépendance (Potenza et coll., 2001 ; Tavarès et coll., 2001) ;
- influence des facteurs socioculturels et ethniques sur le jeu pathologique comme sur les addictions.

Comorbidité

Toutes les études montrent une co-occurrence élevée entre jeu pathologique et addictions (Crockford et El-Guebaly, 1998 ; Grant et Potenza, 2004). La co-occurrence entre jeu pathologique et addictions est confirmée par deux grandes études épidémiologiques nord-Américaines.

L'étude ECA (*Epidemiological Catchment Area*) (Kessler et coll., 1994) montre que les « joueurs à problèmes » (sujets ayant un ou plus des critères du DSM-IV du jeu pathologique) comparés aux non-joueurs consomment plus souvent du tabac et de l'alcool, et ont de façon significative plus souvent les critères de la dépendance au tabac, à l'alcool, mais également les critères de nombreux autres troubles psychiatriques tels que la personnalité antisociale, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles psychotiques. Les associations les plus fréquentes se font avec l'usage abusif d'alcool et la personnalité antisociale (Kessler et coll., 1994 ; Cunningham-Williams et coll., 1998).

L'étude NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) conduite en population générale chez plus de 43 000 personnes confirme l'importante comorbidité entre le jeu pathologique et de nombreux

troubles de l'axe I et de l'axe II (Petry et coll., 2005). Selon la même étude, certains facteurs de vulnérabilité sont communs au jeu pathologique et aux addictions, tels que le jeune âge, le sexe masculin, le bas niveau socioéconomique, l'appartenance à des minorités ethniques. Ces facteurs ne sont cependant pas spécifiques, car associés à de multiples troubles psychiatriques.

Données psychophysiologiques

Des dysfonctions du lobe frontal sont observées chez les joueurs pathologiques comme chez les sujets présentant une pathologie addictive (au niveau du cortex préfrontal) (Rugle et Melamed, 1993).

Plusieurs travaux montrent des difficultés d'attention, de la mémoire, des fonctions d'exécution comparables chez les joueurs pathologiques et les personnes présentant une addiction (Regard et coll., 2003 ; Goldstein et coll., 2004).

Plusieurs études récentes, évaluant les tâches de prise de décision, montrent que les choix suivant les pertes sont souvent plus risqués, avec augmentation de l'activité cérébrale, chez les joueurs pathologiques et les addicts, joueurs ou non, comparés aux sujets témoins (Petry, 2001 ; Cavedini et coll., 2002).

Données neurobiochimiques

De nombreux systèmes de neurotransmission sont impliqués à la fois dans le jeu pathologique et dans les abus de substances. La dopamine joue un rôle essentiel dans les systèmes de récompense et de renforcement dans les addictions. Le rôle de la dopamine dans les comportements de jeu pathologique donne lieu à des données contradictoires (Roy et Linnoila, 1989 ; Bergh et coll., 1997). Les circuits cérébraux impliqués dans les addictions sont les voies dopaminergiques mésolimbiques reliant l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens ou le striatum ventral (Nestler et coll., 1997). Des données comparables sont établies pour le jeu pathologique (Chambers et Potenza, 2003). Les systèmes sérotoninergiques sont impliqués dans l'alcoolodépendance et le jeu pathologique (étude de Potenza et Hollander, 2002 : taux bas de 5-HIAA (acide 5-hydroxy-indole-acétique) dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) chez des joueurs pathologiques et des alcoolodépendants).

Il y a diminution des taux de monoamine oxydase (MAO) plaquettaire chez les joueurs pathologiques, chez les personnes souffrant de troubles du contrôle des impulsions et chez les personnes souffrant d'addiction.

Les réponses à l'agoniste partiel de la sérotonine, le m-CPP (méta-chlorophénylpiperazine), distinguent joueurs pathologiques ou addicts des témoins (Potenza et Hollander, 2002).

Des modifications des taux d'opiacés endogènes sont retrouvées dans les addictions et le jeu pathologique, mais les données de la littérature sont contrastées (Blaszczynski et coll., 1986 ; Shinohara et coll., 1999).

Les résultats des multiples travaux neurobiochimiques doivent être relativisés et considérés avec prudence (Petry, 2006) du fait de la faiblesse des échantillons, du nombre important de personnes ayant une comorbidité addictive et psychiatrique, enfin des techniques différentes utilisées (mesure des métabolites dans le sang, les urines ou le LCR).

Les données neurobiochimiques indiquent des voies monoaminergiques et endorphiniques communes aux addictions et au jeu pathologique, mais sans spécificité permettant de conclure à l'appartenance du jeu pathologique au groupe des addictions.

Données génétiques

Les études d'épidémiologie génétique indiquent une certaine héritabilité du jeu pathologique. Une étude de jumeaux (Eisen, 1998) montre que les facteurs familiaux expliquent 62 % de la variance dans le risque de développer une conduite de jeu pathologique. Selon une autre étude (Winter et Rich, 1998), les différences entre jumeaux monozygotes et dizygotes s'observent plus pour les hommes que pour les femmes, et plus pour les jeux à résultats rapides (cartes, jeux de grattage, machines à sous...).

La génétique moléculaire a pu montrer, à travers l'étude de Blum et coll. (1995), une association de l'allèle Taq-A₁ du récepteur dopaminergique D₂ avec la présence de jeu pathologique, mais également à celle des addictions et des troubles déficit de l'attention/hyperactivité. Une étude effectuée chez 139 joueurs et 139 témoins montre que les gènes codant pour les récepteurs DRD₂, DRD₄, et le transporteur de la dopamine DA₁ sont associés au jeu pathologique (8 % de la variance). Le risque serait accru, en présence de ces gènes, et selon leurs interactions avec l'environnement, de développer des troubles impulsifs, un jeu pathologique, des abus de substances (Comings et coll., 2001).

Aspects communs des traitements et de l'évolution

Certains aspects évolutifs sont communs au jeu pathologique et à l'ensemble des pathologies addictives :

- début fréquent à l'adolescence, chez l'adulte jeune, bien que le jeu pathologique puisse s'installer plus tard (Petry et coll., 2005) ;
- évolutions souvent fluctuantes avec succession de périodes de consommation forte ou de jeu et de période de moindre consommation voire d'abstinence ;
- guérisons spontanées sans traitement, possible dans les addictions et le jeu (Sobell et coll., 1996 ; Hodgins et El-Guebaly, 2000).

La prise en charge du jeu pathologique et celle des pathologies addictives ont plusieurs traits essentiels communs :

- il est fait appel, dans les deux cas, aux thérapies motivationnelles dans la perspective d'initier une demande de sevrage ;

- des thérapies de groupe, animées par des mouvements d'anciens malades, sont également utiles dans la prise en charge du jeu (*Gamblers Anonymous*, Joueurs Anonymes) comme dans celle d'autres addictions (*Alcooliques Anonymes*, *Débiteurs Anonymes*, *Narcotiques Anonymes*...).

Les thérapies cognitivo-comportementales, enfin, sont efficaces dans le traitement du jeu pathologique comme elles le sont dans la plupart des addictions.

L'abstinence totale est, dans la majorité des cas, l'une des nécessités (sinon le seul but) de la prise en charge : arrêt de la prise du produit, arrêt total du jeu. Des questions comparables et débattues sont posées dans la littérature à propos de la possibilité de revenir à un « jeu contrôlé », comme se pose la question de la « consommation contrôlée ».

Certains traitements pharmacologiques, enfin, ayant fait la preuve de leur efficacité relative dans certaines addictions (acamprosate, naltrexone, certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou IRS) n'ont démontré qu'une efficacité temporaire dans le jeu pathologique, où les études restent fragmentaires.

Des traitements communs ou semblables ne permettent évidemment pas de conclure à la parenté des troubles, beaucoup de ces thérapies étant efficaces dans d'autres troubles psychiatriques. Certains types de psychothérapies, de plus, sont spécifiques du jeu pathologique (thérapies cognitives centrées sur les cognitions erronées, l'illusion de contrôle par exemple).

En conclusion, au terme d'une revue des principales données, de nombreux arguments permettent de considérer le jeu pathologique comme une addiction sans produit. Il s'agit principalement :

- de critères cliniques : perte du contrôle, poursuite malgré les conséquences négatives, modification de la tolérance, phénomènes de sevrage ;
- de la comorbidité élevée entre jeu pathologique et addiction ;
- de données physiologiques, génétiques, biologiques communes ;
- de la similarité des approches thérapeutiques.

Nous avons exposé le caractère relatif et discutable de nombre de ces arguments. Si le jeu pathologique est une addiction sans produit, il emprunte, dans ses dimensions compulsives, aux troubles obsessionnels compulsifs, et, dans ses dimensions impulsives, aux troubles du contrôle des impulsions. Comme le souligne Goodman (1998), le jeu pathologique emprunte à la compulsion et à l'impulsion, comme d'ailleurs selon ce même auteur, la totalité des pathologies addictives.

Les avantages d'une telle extension du concept d'addiction aux addictions sans produit, tels que les souligne Petry (2006) sont principalement les suivants : l'intérêt, pour le dépistage du jeu pathologique, souvent méconnu, qu'il soit inclus dans les programmes de dépistage et de traitement des addictions, donc systématiquement recherché.

Considérer le jeu pathologique comme une addiction permet de focaliser l'intérêt sur cette pathologie dont la gravité – et même le caractère médical – ont été longtemps négligés. Cette conception permet également de prendre en charge les joueurs pathologiques au sein d'unités ou de consultations d'addictologie, même si l'opportunité de consultations spécifiques est largement souhaitable. Le jeu pathologique, dans le DSM-IV, pourrait partager les critères généraux des addictions. Ceci permettrait ainsi de créer une catégorie subsyndromique « d'abus de jeu » comparable à l'abus de substances, de nombreux sujets répondant à cette forme située au sein d'un continuum entre jeu contrôlé, abus de jeu et jeu pathologique (Shaffer et coll., 1999 ; Gerstein et coll., 1999 ; Blanco et coll., 2001).

BIBLIOGRAPHIE

BEHAR D, RAPOPORT JL, BERG CJ. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorders. *Am J Psychiatry* 1984, **141** : 363-369

BERGH C, EKLUND T, SODERSEN P, NORDIN C. Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychol Med* 1997, **27** : 473-475

BLANCO C, MOREYRA P, NUNES EV, SAIZ-RUIZ J, IBANEZ A. Pathological gambling : Addiction or Compulsions ? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 2001, **6** : 167-176

BLASZCZYNSKI A. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorders. *Psychol Rep* 1999, **84** : 107-113

BLASZCZYNSKI AP, WINTOR SW, MCCONAGHY N. Plasma endorphin levels in pathological gambling. *J Gamb Behav* 1986, **2** : 3-14

BLUM K, SHERIDAN PJ, WOOD RD, BRAVERMAN ER, CHEN TJ, COMINGS DE. Dopamine D₂ receptor gene variants: association and linkage studies in impulsive-addictive compulsive behaviors. *Pharmacogenetics* 1995, **5** : 123-141

BOONE KB, ANANTH J, PHILPOTT L. Neuropsychological characteristics of non-depressed adults with obsessive-compulsive disorders. *Neuropsychiatry, Neuropsychol Behav Neurol* 1991, **4** : 110-126

CASTELLANI B, RUGLE L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking and craving. *The International Journal of the Addictions* 1995, **30** : 275-289

CAVEDINI P, RIBOLDI G, D'ANNUCI, BELOTTI P, CISIMA M, BELLODI L. Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcome. *Neuropsychologia* 2002, **40** : 205-211

CHAMBERS RA, POTENZA MN. Neurodevelopment, impulsivity and adolescent gambling. *J Gambling Stud* 2003, **19** : 53-84

CHRISTENSEN KF, KIM SW, DYSKEN MW. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1992, **31** : 4-18

COMINGS DE, GADE-ANDAVOLU R, GONZALES N, WU S, MUHLEMAN D, CHEN C. The addiction effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. *Clin Genet* 2001, **60** : 107-116

CORNISH D. Gambling: a review of the literature and its implications for Policy and Research. Home Office Research Study 42, London, HMSO, 1978

CUNNINGHAM-WILLIAMS RM, COTTLER LB, COMPTON WM, SPITZNAGEL EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders. Results of the St Louis Epidemiologic catchment area study. *Am J Public Health* 1998, **88** : 1093-1096

CROCKFORD DN, EL-GUEBALY N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can J Psychiatry* 1998, **43** : 43-50

EISEN SA, LIN N, LYONS M, SCHERRER JF, GRIFFITH K, TRUE WR. Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addiction* 1998, **93** : 1375-1384

ELSTER J. Gambling and addiction. In : Getting hooked: Rationality and Addiction. ELSTER J, STROG U (eds). Cambridge University Press, Cambridge, 1999

FROST RO, MEAGHER B, RISKIND J. Obsessive compulsive features in pathological lottery and scratch-ticket gamblers. *Journal of Gambling Studies* 2001, **17** : 7-19

GERSTEIN D, HOFFMAN J, LARISON C, ENGERMAN L, MURPHY S, PALMER A. Gambling impact and behavior study, 1999 (av. at www.norc.uchicago.edu/new/gamb-fin.htm/)

GOLDSTEIN R, LESKOVJAN AC, HOFF A, HITZEMANN R, BASHAN F, KHALSA SS. Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction : association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia* 2004, **42** : 1447-1458

GOODMAN A. Addiction : definition and implication. *Brit J Addict* 1990, **85** : 1403-1408

GOODMAN A. Sexual Addiction. An integrated approach. International University Press, Madison, Conn, 1998

GRANT JE, POTENZA MN. Impulse control disorders : clinical characteristics and pharmacological management. *Ann Clin Psychiatry* 2004, **16** : 27-34

HOLLANDER E, WONG CM. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 1995, **56** (suppl 4) : 3-6

HODGINS DC, EL-GUEBALY N. Natural and treatment assisted recovery from gambling problems : a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction* 2000, **95** : 777-789

JELLINEK EM. The disease concept of Alcoholism. *College and University Press* 1960, New Haven, Conn

KESSLER RC, MC GONACLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S. Lifetime and 12 month prevalence of DSM III psychiatric disorders in the United States : results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994, **51** : 8-19

LESIEUR HR. The Chase: the career of the compulsion. Gambler, Rochesta, Vermont, Scheukeman, 1984

LINDEN RD, POPE HG, JONAS JM. Pathological gambling and major affective disorders: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 1986, **47** : 201-203

LYNCH WJ, MACIEJEWSKI PK, POTENZA NM. Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age of gambling onset. *Arch Gen Psychiatry* 2004, **61** : 1116-1122

MADDUX JF, DESMOND DP. Addiction or dependance ? *Addiction* 2000, **95** : 661-665

MC ELROY SL, PHILLIPS KA, KECK PE. Obsessive compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 1994, **55** : 33-51

MEYER G. The gambling market in the Federal Republic of Germany and the helpseeking of pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 1989, **8** : 11-20

MOELLER FG, BARATT ES, DOUGHERTY DM, SCMITZ JM, SWANN AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 1783-1793

MOREYRA MA, IBANEZ A, LIEBOWITZ MR, SAIZ-RUIZ J, BLANCO C. Pathological gambling: Addiction or Obsession ? *Psychiatric Annals* 2002, **32** : 161-166

NESTLER EJ, AGHAJANIAN G. Molecular and cellular basis of addiction. *Science* 1997, **278** : 58-63

ORFORD J. Hypersexuality : implication for a theory of dependance. *Brit J Addict* 1978, **73** : 299-310

ORFORD J, MORISON V, SOMERS M. Drinking and gambling: a comparison with implications for theories of addiction. *Drug and Alcohol Review* 1996, **15** : 47-56

ORFORD J, SPROSTON K, ERENS B, WHITE C, MITCHELL L. Gambling and problem gambling in Britain. Hove and New-Yord, Brunner-Toutledge, 1 vol, 2003

PEELE S, BRODSKY A. Love and addiction. New-York, Taplinger, 1977

PETRY NM. Substance abuse, pathological gambling and impulsiveness. *Drug Alcohol Depend* 2001, **63** : 29-38

PETRY NM. Should the scope of addiction behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction* 2006, **101** (suppl 1) : 152-160

PETRY NM, STINSON FS, GRANT BF. Comorbidity of DSM IV pathological gambling and psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition. *J Clin Psychiatry* 2005, **66** : 564-574

POTENZA MN. Should addiction disorders include non-substance related addiction? *Addiction* 2006, **101** (suppl 1) : 142-151

POTENZA MN, HOLLANDER E. Pathological gambling and impulse control disorders. In : *Neuropsychopharmacology: the 5th generation of progress*. NEMEFF JC, CHARNEY D, DAVIS K (eds). Baltimore, Lippincott, Williams and Wilkens, 2002 : 1725-1742

POTENZA MN, STEINBERG MA, MC LAUGHLIN SP, WU R, ROUNSAVILLE BJ, O'MALLEY SS. Illegal behaviors in problem gambling : analysis of data from a gambling helpline. *J Am Acad Psychiatr Lau* 2000, **28** : 389-403

- POTENZA MN, STEINBERG MA, MCLAUGHLIN SD, WU R, ROUNSAVILLE BJ, O'MALLEY SS. Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 1500-1505
- REGARD M, KNOCH D, GÜTLING E, LANDIS T. Brain damage and addiction behavior: a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathological gamblers. *Cog Behav Neurol* 2003, **16** : 47-53
- ROSENTHAL R, LESIEUR HR. Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *The American Journal on Addiction* 1992, **1** : 151-154
- ROY A, LINNOILA M. CSF studies on alcoholism and related behaviour. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1989, **13** : 505-511
- RUGLE L, MELAMED L. Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 1993, **181** : 107-112
- SHAFFER HJ, HALL MN, VANDER BILT J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 1999, **89** : 1369-1376
- SHINOHARA K, YANAGISAWA A, KAGOTA Y, GOMI A, NEMOTO K, et coll. Physiological changes in Pachinko players: beta-endorphin, catecholamines, immune system substances and heart rate. *Appl Hum Sci* 1999, **18** : 37-42
- SOBELL LC, CUNNINGHAM JA, SOBELL MB. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two populations surveys. *Am J Public Health* 1996, **86** : 966-972
- STEEL Z, BLASZCZYNSKI A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction* 1998, **93** : 895-905
- STEIN DJ, HOLLANDER E. Impulsive aggression and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals* 1993, **23** : 389-395
- TAVARES H, ZILBERMAN ML, BEITES FJ, GENTIL V. Gender differences in gambling progression. *J Gambling Stud* 2001, **17** : 151-160
- WEST R. Theory of Addiction. Blackwell publishing, London, 2006
- WINTER KC, RICH T. A twin study of adult gambling behavior. *J Gambl Stud* 1998, **14** : 213-225
- WRAY I, DICKERSON M. Cessation of high frequency gambling and withdrawal symptoms. *British J Addiction* 1981, **76** : 401-405
- ZIELINSKI CM, TAYLOR AA, JOZWIN KR. Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsych Behav Neurol* 1991, **4** : 110-126
- ZUCKERMAN M. Vulnerability to psychopathology. A biopsychosocial model. In : Substance abuse and dependence and pathological gambling disorders. American Psychological Association, Washington, 1999 : 255-317