

---

# Évaluation des approches de prévention

Avec la légalisation des jeux de hasard et d'argent dans la plupart des pays, plus d'individus jouent, plus d'individus joueront, plus d'individus développeront des problèmes de jeu. Les études révèlent qu'environ 80 % de la population générale s'est adonné à un jeu de hasard et d'argent au cours de la dernière année. Mais l'offre de jeu n'est pas le seul facteur qui influe sur le nombre de joueurs excessifs. Il s'agit d'un facteur en interaction avec plusieurs autres facteurs.

## Prévalence du jeu pathologique ou excessif dans le monde

Aujourd'hui, il existe un consensus entre chercheurs pour évaluer à environ 1 % le taux de prévalence de joueurs pathologiques dans la population générale. Dans le monde, on trouve des taux de prévalence-année qui varient entre un peu moins de 1 % à 2 %.

Qu'en est-il en France ? Sur la base des données colligées dans les pays industrialisés, on pourrait s'attendre à trouver une prévalence qui se situerait autour de 1 à 2 % mais, aucune étude populationnelle n'a encore été menée. Il faudrait évaluer, non seulement la prévalence dans la population générale, mais également la prévalence en faisant une segmentation en fonction de :

- divers groupes spécifiques (les plus à risque) ;
- du type de jeux, car tous les jeux n'ont pas le même potentiel addictif.

Ces études doivent être faites dans une perspective longitudinale (4 ou 5 ans pour vérifier l'incidence). Actuellement, on constate que le jeu excessif est un phénomène transitoire et épisodique plutôt qu'un trouble chronique et progressif, tel que conceptualisé initialement.

## Cause ou causes du jeu pathologique ou excessif

L'offre de jeu ou sa disponibilité a été souvent évoquée comme le facteur le plus significatif qui influence le nombre de joueurs excessifs. Si ce facteur est important, il n'est pas cependant le seul. Bien d'autres facteurs d'ordre personnel, environnemental et social interviennent en interaction avec l'offre

de jeu. L'étude du jeu pathologique doit s'appuyer sur l'analyse des interactions entre ces facteurs.

### **Pièges cognitifs ou psychologie des jeux de hasard et d'argent**

Un jeu de hasard et d'argent répond à plusieurs critères :

- l'individu doit réaliser qu'il mise de l'argent ou un objet de valeur ;
- cette mise est irréversible ;
- l'issue du jeu repose principalement (poker ou PMU) ou totalement (roulette) sur le hasard, un aspect totalement imprévisible. Tous les événements ont une probabilité égale d'être sélectionné. Il y a impossibilité de contrôler ou de prédire l'issue des événements.

### **Raisons qui motivent les joueurs à s'adonner à ces jeux**

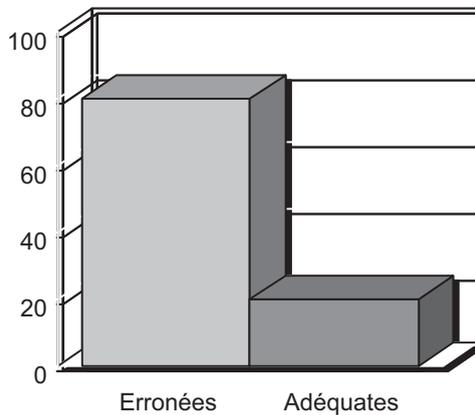
La première motivation est la possibilité de gagner de l'argent même si d'autres motivations interviennent comme l'excitation du jeu chez le joueur pathologique, liée à la vérification de la véracité de sa prédiction, qui lui donne le sentiment de sa puissance.

### **Mécanismes psychologiques à la base du jeu**

Compte tenu que l'espérance de gain est toujours négative pour le joueur, pourquoi ces jeux sont-ils si populaires ? Plusieurs raisons sont souvent évoquées, mais la raison fondamentale est que pendant le jeu, la grande majorité des personnes perdent de vue, nient ou ne réalisent pas que l'issue du jeu repose sur la notion de hasard et de chance, sur la dimension d'aléatoire et de non prédiction.

Plusieurs facteurs viennent masquer la perception de la notion de hasard. Figurent entre autre le rôle actif du joueur, la perception de compétition, la fréquence de jeu, la complexité apparente du jeu.

Les joueurs entretiennent une perception erronée envers la notion de hasard (figure 1). La principale erreur est de faire le lien entre des événements indépendants. L'analyse de ce que se disent les joueurs pendant le jeu montre qu'en majorité ils tentent de prédire le résultat. Mais comment peut-on prédire le hasard ?



**Figure 1 : Perceptions entretenues envers la notion de hasard**

Par exemple, après quatre lancers d'une pièce de monnaie, le cinquième lancer est totalement indépendant des quatre premiers car il y a à chaque lancer une chance sur deux d'avoir pile ou face. Or, les joueurs ont un dénominateur « cognitif » commun : pendant le jeu, ils tentent de prédire le résultat, ce qui est impossible car on ne peut pas prédire l'aléatoire. La différence majeure entre le joueur à faible risque et le joueur à haut risque, est que le premier va être capable de s'arrêter à un moment donné car il prend conscience qu'il ne peut contrôler le jeu tandis que le second a acquis la conviction de la véracité de ses pensées pourtant erronées.

Cette dimension de perception erronée n'est évidemment pas la seule mais elle est déterminante dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme de prévention du jeu pathologique. Cette hypothèse est étayée par plusieurs études qui arrivent à la même conclusion.

## Qu'est-ce qu'un joueur pathologique ?

Le joueur non problématique joue pour le plaisir, accepte de perdre l'argent misé, ne retourne pas se refaire et joue selon ses moyens. Le joueur pathologique a perdu le contrôle sur ses activités de jeu, ment, et à cause du jeu, rencontre des difficultés au travail, à la maison, avec ses amis, volera, et cherchera à se « refaire ». Un joueur excessif a perdu le contrôle de ses habitudes de jeu. De façon spécifique, il joue plus d'argent qu'il peut se permettre de perdre, plus longtemps qu'il peut se le permettre et plus souvent qu'il peut se le permettre.

Le jeu pathologique a été officiellement reconnu comme un trouble psychiatrique en 1980 (DSM-III).

## Objectif pour les interventions en prévention

La base de la prévention du jeu excessif consiste à faire adopter une attitude responsable à l'égard du jeu et la prévention a pour cible les habitudes de jeu des individus.

Sur le plan conceptuel, la prévention du jeu excessif peut se faire par la réduction des méfaits associés à la pratique du jeu. L'objectif est de diminuer les conséquences négatives associées au jeu excessif ou pathologique. Cette approche ne concerne en aucune manière la modification du comportement individuel. Est-ce possible ? Nous ne le croyons pas.

Alex Blaszczynski (Université de Sydney), Howard Shaffer (Université Harvard) et moi-même avons développé un modèle dit « Modèle de Reno » qui constitue une base scientifique pour la prévention de l'apparition du jeu excessif (Blaszczynski et coll., 2004). Ce modèle implique un « joueur responsable », soit il ne joue pas, soit il joue de manière modérée. Le jeu responsable est un ensemble de politiques et de mesures destinées à prévenir le développement d'habitudes de jeu excessives. L'objectif est d'une part de diminuer l'incidence du jeu excessif, c'est-à-dire l'apparition de nouveaux cas pendant une période donnée, d'autre part de cibler la prévalence de la prise en charge des gens « intoxiqués » par le jeu, domaine des spécialistes.

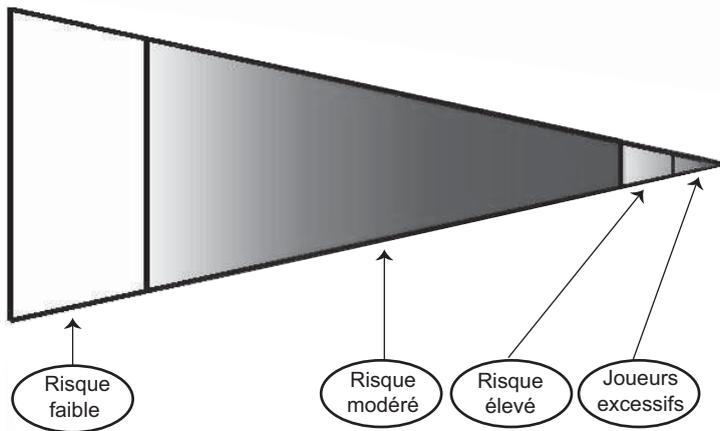
Un programme de jeu responsable doit considérer quatre catégories de joueurs (figure 2) :

- ceux qui ne jouent pas sont à « faible risque » de développer une dépendance au jeu ;
- ceux qui jouent de façon récréative sont « à risque modéré » de développer une dépendance, la stratégie de jeu responsable doit insister sur le contrôle personnel ;
- les joueurs de la catégorie « risque modéré à risque élevé » sont des joueurs réguliers qui à terme jouent plus qu'ils n'en avaient l'intention, cependant ils n'ont pas encore le statut de joueur dépendant ;
- les joueurs à la droite de la catégorie « à haut risque » sont ceux qui ont développé une dépendance. Dans cette dernière catégorie, on trouve des joueurs qui ont de sérieux problèmes avec le jeu c'est-à-dire qui ont perdu le contrôle et dépensent de façon inconsidérée dans le jeu. Certains de ces joueurs entreprendront un traitement, stopperont ou réduiront volontairement leurs habitudes de jeu (« *natural recovery process* »). D'autres rejoindront des groupes d'entraide pour régler leur problème.

La stratégie du jeu responsable vise prioritairement les joueurs à haut risque avec comme objectif d'éviter qu'ils ne migrent vers la catégorie de joueurs dépendants. Un programme de jeu responsable reconnaît que ces joueurs ont besoin de l'aide d'un professionnel. Ce dernier doit d'abord évaluer le besoin d'assistance et diriger le joueur vers les spécialistes de la prise en charge car nombre de facteurs de risque entrent en interaction avec le jeu, ce qui

nécessite un développement de mesures spécifiques pour prévenir ou traiter chaque sous-type de joueur.

S'il est démontré que la très large distribution des jeux dans la communauté a pour conséquence l'accessibilité et que cela contribue au développement de la dépendance, les différents partenaires se doivent de développer des mesures qui réduiront le risque de dépendance dans la communauté.



**Figure 2 : Niveaux d'exposition au risque et dépendance au jeu (Blaszczynski et coll., 2004)**

### Responsabilité du joueur

Un programme visant à promouvoir le jeu responsable doit se fonder sur deux principes fondamentaux :

- la décision finale de jouer ou non appartient au joueur ;
- cette décision doit reposer sur un choix éclairé. L'individu doit avoir accès à toutes les informations pertinentes pour faire ce choix.

La signification première du jeu responsable prend racine dans le principe fondamental du choix éclairé. Une attitude coercitive est à proscrire si on veut promouvoir une pratique responsable d'une activité comme le jeu. Le choix de participer ou non est déterminé par une séquence de décisions prise par un individu qui a accès à une information appropriée et complète ; cette information lui fournissant les éléments nécessaires pour se faire une opinion.

## **Responsabilité de l'opérateur**

L'opérateur a la responsabilité de fournir aux joueurs toutes les informations pertinentes pour leur permettre de faire un choix éclairé. L'opérateur (le gouvernement, une initiative privée...) doit donc participer activement à l'identification et à la diffusion de ces informations auprès du joueur. Fournir des informations sur les probabilités et le montant des gains n'est pas suffisant ; la recherche effectuée sur l'efficacité d'une prévention primaire, dans le champ de l'utilisation des substances nocives, indique que l'augmentation des connaissances et la prise de conscience sont insuffisantes pour changer le comportement. Ce qui doit être modifié ce sont les valeurs, les attitudes, les croyances influençant le comportement.

L'industrie du jeu n'a pas l'expertise du diagnostic et de la prise en charge des individus présentant une dépendance. En conséquence, elle doit avoir obligation d'établir des liens avec des services de support clinique. Pour garantir un choix informé, elle doit fournir le minimum d'informations nécessaires à une prise de décision du joueur en toute connaissance.

## **Cibles des interventions de prévention**

Un programme de jeu responsable ou de prévention du risque a l'obligation de produire des effets significatifs chez les joueurs. L'intention pour un programme d'être responsable n'est pas suffisante. Il doit impérativement s'inscrire dans une perspective scientifique et bien définir la population ciblée :

- 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.

Le cadre conceptuel de la prévention primaire, secondaire et tertiaire inclut le traitement et la réhabilitation, ce qui conduit à beaucoup de confusion (Mrazek et Haggerty, 1994). Nous avons choisi un cadre plus approprié pour la prévention et qui exclut les joueurs pathologiques. Ce programme se décline selon trois modalités en fonction de la population ciblée :

- les interventions préventives universelles : elles ciblent le public en général ou un groupe de la population qui n'a pas été identifié en fonction d'individus à risque ;
- les interventions préventives sélectives : elles intéressent les individus présentant des facteurs de risque (biologiques, psychologiques ou sociaux) qui les rendent plus vulnérables que la moyenne de la population de développer la maladie ;
- les interventions préventives dirigées : elles visent les individus à haut risque qui présentent certains symptômes de la maladie mais qui ne présentent

pas encore tous les critères de la maladie pour le moment (Gordon, 1985 ; Mrazek et Haggerty, 1994).

## Quelques exemples de programmes

Les programmes mis en place sont fonction de la population visée.

### *Interventions préventives universelles*

- Semaine de sensibilisation (*Awareness week*) : elle est effectuée en partie avec des opérateurs ;
- Messages à la radio pour le public en général, précisant que le jeu peut être un problème ;
- « Spots » télévisés indiquant « Jouer dans la mesure de vos limites » en termes d'argent et de temps ;
- Articles dans les journaux expliquant que : « Le jeu est déterminé par le hasard, il est donc impossible de prédire l'issue » ;
- Programme « Lucky ».

### *Interventions préventives sélectives*

- Mise sur pied d'un Centre du hasard au Casino de Montréal : le fonctionnement d'une machine à sous est expliqué en détails ;
- Programme de sensibilisation pour les employés de Casino ;
- Bars (bistrot) qui abritent des appareils de loterie-vidéo (ALV) (en France, le Rapido) ;
- Employés du PMU qui ne doivent pas inciter les joueurs à jouer plus.

### *Interventions préventives dirigées*

- Services d'auto-exclusion (bonifié) qui accordent un suivi aux personnes concernées ;
- Repérage des patients qui présentent un autre trouble addictif (alcool, drogues) car ils sont plus à risque ;
- Ciblage des étudiants qui présentent un trouble de comportement grave à l'école.

## Trois exemples de collaboration avec l'industrie du jeu

Trois exemples permettent d'illustrer la faisabilité d'un plan stratégique permettant d'obtenir des résultats et ayant une influence directe sur la politique publique, l'avancée de la science et la prise de décision dans l'industrie du jeu :

- les opérateurs de jeu engagent une étude pour proposer des changements dans la configuration des machines à sous (Błaszczynski, 2001 ; Błaszczynski et coll., 2002). Il s'agit de proposer des changements dans le *design* des

machines de façon à diminuer la dépendance : réduction de la vitesse d'exécution des parties, mise en place d'accepteurs de billets de moins de 20 dollars, et d'accepteurs de pièces entre 1 et 10 dollars. Le changement n'a pas eu d'impact négatif sur les revenus des opérateurs de jeu et a reçu la satisfaction des joueurs ;

- programme de prévention « Au hasard du jeu » (Ladouceur et coll., 2004). Sous forme d'un atelier de deux heures, il informe les détaillants sur la problématique du jeu excessif. Il répond aux questions suivantes : qu'est-ce que la chance et le hasard ? Y a-t-il un lien entre la non compréhension du concept de chance et le jeu excessif ? Comment reconnaître les symptômes de cette maladie ? Comment le détaillant peut-il intervenir ? Les résultats montrent que les détaillants développent une meilleure compréhension des problèmes de jeu, reconnaissent les principaux symptômes et se sentent plus capables d'intervenir auprès des joueurs excessifs en choisissant le moment le plus approprié. À long terme, les détaillants ayant suivi la formation rapportent qu'ils approchent plus souvent un joueur excessif et qu'ils discutent plus souvent des dispositifs d'aide qu'avant d'avoir suivi la formation ;

- projet d'étude sur la santé des employés de casino (Shaffer et coll., 1999 et 2002). Réaliser une étude avec les employés de casino sur les problèmes de jeu permet de faire avancer la connaissance sur la prévention. Les employés de casino représentent une population qui a une très grande accessibilité au jeu et qui est très exposée au jeu. Ils jouent plus, fument et boivent plus et ont plus de troubles de l'humeur que la population générale. L'étude a montré que les employés changent leur comportement régulièrement ; de plus, ces changements tendent à diminuer le niveau du trouble plutôt qu'à l'augmenter ce qui est traditionnellement suggéré. Quelle est l'étendue de ce rétablissement et quels sont les déterminants qui influencent la transition d'un état problématique vers un état sans problème de jeu ou d'abstinence ? Y a-t-il une transition vers une association avec d'autres problèmes de santé ?

- À ma connaissance, en France, il y a peu de thérapeutes formés pour prendre en charge les joueurs pathologiques. Il importerait de mettre sur pied et de dispenser une formation spécialisée pour ces intervenants car le jeu présente des spécificités par rapport à d'autres addictions comme l'alcool, ou la drogue. Il serait urgent que le ministère de la Santé reconnaisse le jeu pathologique comme un trouble psychologique au même titre que l'alcoolisme et les autres dépendances et qu'il y accorde le soutien nécessaire.

**En conclusion**, il faut se poser plusieurs questions avant de développer et d'implanter un programme qui vise à réduire l'incidence du jeu pathologique :

- quel est l'objectif ? Que et qui voulons-nous atteindre ?
- comment évaluer le programme ?
- comment planifier la diffusion des résultats ?

- comment modifier la pratique et les méthodes de marketing selon les résultats obtenus (opérateurs), si un potentiel de gain est attendu pour les joueurs ?
- à qui s'adresse le programme ?

**Robert Ladouceur**

*Université Laval, Québec, Canada*

## BIBLIOGRAPHIE

- BLASZCZYNSKI A. An evaluation of gaming machine design changes and gambling behaviour. Gambling Industry Operators. 2001
- BLASZCZYNSKI A, SHARPE L, WALKER M. Withdrawal and tolerance phenomenon in problem gambling. Casino Community Benefit Fund. 2002
- BLASZCZYNSKI A, LADOUCEUR R, SHAFFER HJ. A science-based framework for responsible gambling: the Reno model. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 301-317
- LADOUCEUR R, BOUTIN C, DOUCET C, DUMONT M, PROVENCHER M, et coll. Awareness promotion about excessive gambling among video lottery retailers. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 181-185
- MARLATT GA, GORDON JR. Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press, New York, 1985
- MRAZEK PJ, HAGGERTY RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, National Academy Press, 1994
- SHAFFER HJ, HALL MN. The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *J Soc Psychol* 2002, **142** : 405-424
- SHAFFER HJ, VANDER BILT J, HALL MN. Gambling, drinking, smoking and other health risk activities among casino employees. *Am J Ind Med* 1999, **36** : 365-378
- WEISSBERG RP, KUMPFER KL, SELIGMAN ME. Prevention that works for children and youth. An introduction. *Am Psychol* 2003, **58** : 425-432