



HAL
open science

Étude descriptive des personnes auto-exclues de jeux d'argent au casino et en ligne à l'île de la Réunion en 2013-2014

Nicolas Lhommeau

► **To cite this version:**

Nicolas Lhommeau. Étude descriptive des personnes auto-exclues de jeux d'argent au casino et en ligne à l'île de la Réunion en 2013-2014. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01167519

HAL Id: dumas-01167519

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01167519>

Submitted on 24 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Thèse d'exercice pour l'obtention du DIPLOME d'ÉTAT
de DOCTEUR en MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 27 janvier 2015

par Nicolas LHOMMEAU
né le 11 Janvier 1983 aux Sables d'Olonne

Étude descriptive des personnes auto-exclues de jeux d'argent au casino et
en ligne à l'île de la Réunion en 2013-2014.

Directeur de thèse : Docteur David MÉTÉ

Membres du jury

Pr. M. AURIACOMBE	Professeur des universités	Président
Pr. G. DUCOS	Professeur associé	Assesseur
Dr. P. CASTERA	Maître de conférence associé	Assesseur
Dr. J.M. FRANCO	Maître de conférence associé	Rapporteur
Dr. C. DAFREVILLE	Docteur en gastro-entérologie	Assesseur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre aide, votre soutien tout au long de cette expérience.

A Monsieur le Docteur David MÉTÉ,

Merci encore de m'avoir permis de travailler sur ce sujet et de l'aide précieuse que tu m'as apportée. Je n'aurai pas assez de place pour exprimer ma profonde reconnaissance pour ton dynamisme et ta rigueur qui ont permis l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Il était important à mes yeux de pouvoir présenter ce travail à un enseignant en médecine générale, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Gérard DUCOS, Monsieur le Docteur Philippe CASTERA et Monsieur le Docteur Christian DAFREVILLE.

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Ma demande s'est faite un peu au pied levé, mais vous avez su répondre présent. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Capitaine Marc MORELLINI,

Merci pour ton aide lors du recrutement des personnes tout au long de l'année et de m'avoir fait découvrir le monde des jeux, ce fut très enrichissant.

A Monsieur Jean-Marc ALEXANDRE,

Merci encore pour votre disponibilité. Vos éclairages dans les domaines de la méthodologie et de l'analyse statistique ont été d'une grande aide pour que ce travail voit le jour.

REMERCIEMENTS

Merci à toute ma famille pour vos encouragements, vos conseils et votre patience. On se voit bientôt quand je rentre au bercail. J'espère qu'il y aura des sessions à se faire dans l'Atlantique.

Une pensée pour les joueurs de la famille, papy Ro et ses loteries, papa et ses chevaux.

Merci à Estelle de m'avoir supporté tout au long de ce travail qui n'était pas gagné d'avance. Bientôt nous serons un de plus, il faut que l'on se décide pour le prénom d'ailleurs car ça va être vite venu. Peut être est-il déjà arrivé ?

Merci à Clem pour les corrections d'orthographe. J'espère que l'on restera en contact malgré la distance.

Merci à tous les amis de France, Réunion, Mexique, Nouvelle Calédonie... J'espère vous voir tous très bientôt.

Table des matières

PARTIE 1 : INTRODUCTION.....	5
1.1 Contexte réunionnais.....	5
Carte : Implantation des casinos.....	6
1.2 Les lieux de jeux.....	7
1.2.1 Les Casinos.....	7
a) Historique.....	7
b) Offre de jeux.....	8
c) Réglementation.....	9
1.2.2 Le PMU (Pari Mutuel Urbain)	9
1.2.3 La FDJ (Française Des Jeux)	10
1.2.4 Les jeux en ligne.....	10
1.3 Le jeu excessif	11
1.3.1 Définition.....	11
1.3.2 Les critères diagnostiques.....	12
1.3.3 Les facteurs de risque.....	15
1.3.4 Les comorbidités.....	16
1.3.5 La prise en charge thérapeutique	16
1.4 Les demandes d'exclusion volontaire (DEV).....	17
1.4.1 Procédures administratives de la DEV en France.....	18
1.4.2 Les programmes de DEV par pays	19
a) Canada.....	19
b) Etats-Unis	20
c) Australie.....	20
d) Nouvelle Zélande.....	20
e) Europe.....	21
PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE.....	22
2.1 Objectifs de l'étude.....	22
2.2 Matériels utilisés.....	22
2.2.1 L'Addiction Severity Index (ASI)	22
2.2.2 Le Mini International Psychiatric Interview (MINI)	24
2.3 Type d'étude.....	24
2.3.1 Population étudiée et critères d'inclusion.....	24
2.3.2 Déroulement de l'entretien.....	25
2.3.3 Entretiens de suivi.....	25
2.3.4 Analyse	26
PARTIE 3 : RESULTATS	27
3.1 Taux de participation.....	27
3.2 Délai entre la demande de DEV/LVA et l'entretien	28
3.3 Caractéristiques des sujets	28
3.3.1 Caractéristiques socio-démographiques	28
3.3.2 Caractéristiques socio-professionnelles.....	29
3.3.3 Revenu moyen dans les trente derniers jours.....	31
3.4 Les pratiques de jeu d'argent.....	32
3.4.1 Diagnostic de jeu pathologique selon le DSM-IV.....	32
3.4.2 Diagnostic de jeu pathologique selon le DSM-5.....	33

3.4.3	Nombre d'années de jeu.....	33
3.4.4	Le jeu de prédilection	33
3.4.5	Les pratiques de jeu dans les 30 derniers jours	34
3.4.6	Les complications financières et judiciaires.....	35
3.5	Mesures d'exclusion volontaire de jeu.....	35
3.6	Scores de sévérité des ASI	36
3.7	Etat médical	37
3.8	Etat psychologique.....	38
3.9	Résultats transversaux.....	39
3.9.1	Demande de traitement selon le score de gravité ASI.....	39
3.10	Les comorbidités	40
3.10.1	Les comorbidités addictologiques.....	40
3.10.2	Les comorbidités psychiatriques	40
3.11	Prise en charge thérapeutique.....	41
3.11.1	Prise en charge psychologique.....	41
3.11.2	Prise en charge addictologique.....	41
3.12	Entretiens de suivi	42
PARTIE 4 : DISCUSSION.....		44
4.1	Limites de l'étude.....	44
4.1.1	Biais de sélection.....	44
4.1.2	Limites liées au type d'étude.....	45
4.1.3	Limites liées aux questionnaires.....	45
4.2	Forces de l'étude.....	46
4.3	Discussion des résultats.....	47
4.3.1	Le profil de joueur.....	47
4.3.2	La mesure d'exclusion de jeu.....	51
4.3.3	Etat médical de la population.....	52
4.3.4	Existe t-il une demande thérapeutique de la part des joueurs ?.....	53
4.3.5	Pistes pour améliorer la prise en charge des joueurs.....	54
Bibliographie.....		56
Liste des abréviations utilisées.....		60
Liste des tableaux		61
Annexe 1, formulaire LVA.....		62
Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.....		64
Serment médical.....		77

PARTIE 1 : INTRODUCTION

Si pour les joueurs sociaux, les jeux d'argent restent une activité de loisir et de divertissement, à l'heure de la société marchande et de la démocratisation des jeux d'argent et de hasard, les individus vulnérables au jeu pathologique sont de plus en plus exposés. Pour se protéger et réduire les dommages, le joueur ayant perdu le contrôle sur ses pratiques de jeu peut s'interdire volontairement d'accès au casino et de jeux en ligne. Peu d'études sont disponibles sur ce sujet. A La Réunion, ce sont entre 90 et 120 personnes par an qui s'interdisent de jeu (1). C'est sur cet échantillon de la population réunionnaise des interdits volontaires de jeu que la présente étude a été menée.

1.1 Contexte réunionnais

La Réunion compte une population de 828 581 habitants répartis sur un territoire de 2503 km². Les indicateurs sociaux montrent un fort taux de précarité sociale, avec 42% de personnes vivant sous le seuil de pauvreté (2) ainsi qu'un fort taux de chômage.

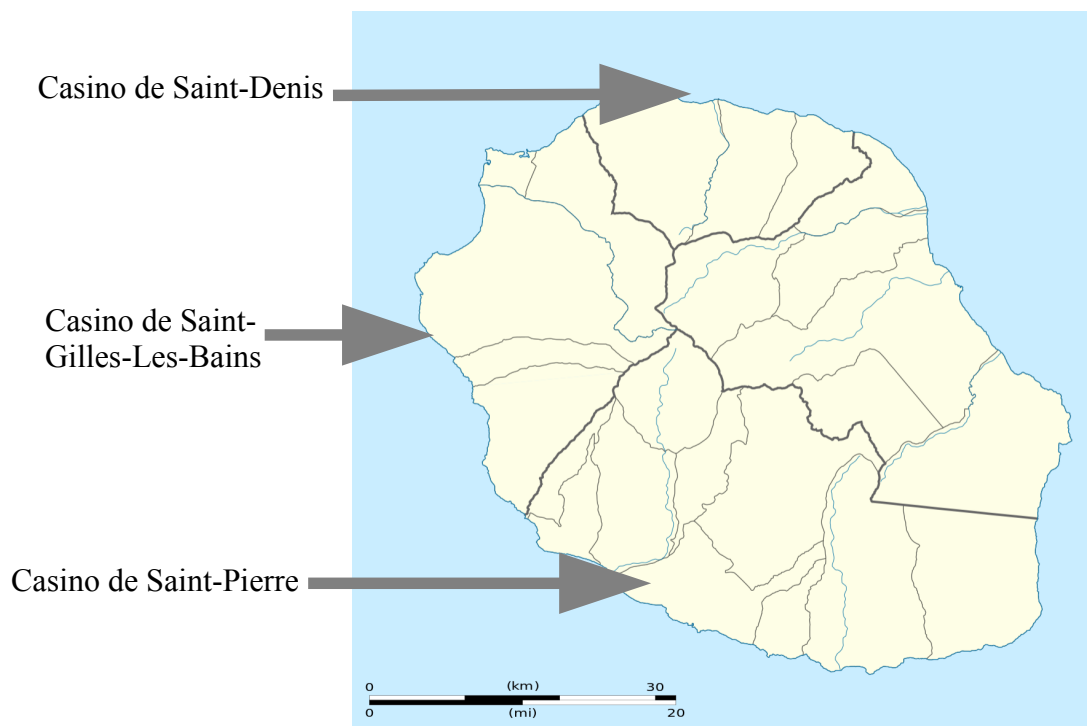
La tradition des jeux d'argent est très présente dans la culture réunionnaise. C'est probablement des immigrants originaires de Chine, au cours du XIX^{ème} siècle, qui importèrent cette culture. La société chinoise, à l'époque, avait comme rôle d'accueillir les nouveaux arrivants et d'offrir des lieux de distraction. On pouvait y trouver des maisons de jeu clandestines, on y jouait à des jeux comme le Mah-Jong, certains joueurs dilapidant toute leur fortune. Cependant, le trafic lié à l'opium incita les autorités à démanteler ce réseau et à fermer ces maisons de jeu dans les années 1980. Actuellement, on trouve quelques associations de promotion de la culture chinoise proposant l'initiation à ce type de jeu, sans mise d'argent, et des étapes de championnat international ont régulièrement lieu.

Une tradition du jeu liée aux "bataille coq" perdure également sur le territoire. De nombreux gallodromes sont répartis sur toute l'île, les combats de coqs y sont tolérés au titre de tradition locale ininterrompue, seulement cinq d'entre eux auraient une autorisation préfectorale. Le combat a lieu au sein du "rond" où les deux gallinacés s'affrontent. Les montants des paris, toujours en espèces, peuvent être importants. La saison se déroule entre mi-octobre et mars. Les sommes engagées pour l'acquisition

d'un “coq bataille” peuvent monter à plusieurs milliers d'euros, les coqs les plus populaires portent des noms sans équivoque : “Terminator”, “Goliath”, “Jacques le Borgne”.

Bien entendu, il existe également des lieux de jeu plus conventionnels et rémunérateurs pour les collectivités. Trois casinos indépendants sont répartis le long de la bande côtière, le premier casino a été ouvert en 1977. Ils sont situés à Saint-Denis, Saint-Gilles-Les-Bains et Saint-Pierre. Ce sont principalement ces lieux de jeu qui sont concernés par ce travail.

Carte : Implantation des casinos.



A noter que les mises par habitant pour les jeux de hasard et d'argent sont globalement plus élevées qu'en France métropolitaine. Le PMU (Pari Mutuel Urbain) est l'opérateur préféré des réunionnais avec 51% de parieurs réguliers et 200 euros de mises par an contre 130 euros en France métropolitaine. Pour la FDJ (Française Des Jeux), la mise moyenne par habitant est de 182 euros par an contre 178 euros en France métropolitaine (1).

1.2 Les lieux de jeux

En France, les jeux représentent un revenu de cinq milliards d'euros pour l'Etat sous forme de prélèvements sociaux (3). Les trois opérateurs qui se partagent l'offre des jeux de hasard et d'argent sont la FDJ, le PMU et les casinos.

Parmi ces opérateurs, les casinos, qui fonctionnent comme de véritables entreprises privées, sont les plus réglementés par l'Etat. Ils sont donc en première ligne pour les demandes d'interdictions volontaires de jeu.

1.2.1 Les Casinos

a) Historique

Le Casino est le lieu mythique des jeux de hasard et d'argent avec ses codes, son ambiance, sa population. Le mot "casino" vient du latin "casa" qui signifie maison. C'est en Italie, à Venise, que naît le premier casino en 1626. Ce sont alors des établissements publics qui ont pour objectif de distraire, destinés à la conversation et même au théâtre (4). Les casinos deviennent au fil du temps des entreprises assurant des activités de jeu, de restauration et des activités culturelles. En France, un décret de 1806 permet l'installation de casinos mais seulement dans les villes comportant une activité balnéaire ou thermale, ils restent réservés à une élite sociale. Récemment, deux amendements ont permis leur démocratisation :

- L'amendement Chaban Delmas en 1988, qui autorise l'implantation de casinos dans les villes de plus de 500 000 habitants.
- L'autorisation par Charles Pasqua en 1987, qui permet l'implantation de

machines à sous seulement dans les casinos (4).

Progressivement les casinos s'ouvrent au plus grand nombre et à toutes les classes sociales. Leur chiffre d'affaires explose. Il correspond au produit brut des jeux (PBJ) après prélèvement des différentes taxes.

b) Offre de jeux

On y trouve deux types de jeu, les jeux de table et les machines à sous. Un ratio est fixé par la législation entre le nombre de jeux de table et le nombre de machines à sous autorisées en salle.

➤ Les jeux de table traditionnels. Malgré un large abandon des joueurs pour les jeux de table classiques, certains restent populaires aujourd'hui : la roulette anglaise, le black jack et le texas hold'em poker représentent 90% du produit brut des jeux (PBJ) de table. On différencie les jeux de contrepartie où le joueur joue contre le casino et les jeux de cercle où le casino prélève une partie des gains des joueurs. Les jeux de table traditionnels ont également connu leur révolution numérique. Avec l'arrivée des jeux de table électroniques, la roulette et les cartes sont remplacées par des écrans numériques. Le PBJ des jeux électroniques est en nette augmentation depuis 2 ans (5).

➤ Les machines à sous, qui assurent le commerce de fond de l'entreprise, sont caractérisées par deux paramètres principaux :

Le taux de redistribution correspond à la quantité d'argent jouée par le joueur qui lui sera versée sous forme de gains. Le taux minimum légal est fixé à 85%.

La volatilité correspond à l'ampleur des variations des gains et des pertes à long terme. Ainsi, une machine très volatile sera une machine distribuant des gains peu souvent mais avec un montant élevé.

Il est de bon ton de rappeler que chaque tour est fixé de manière totalement aléatoire et indépendamment du tour précédent. L'illusion de contrôle qu'offrent les nouvelles machines dotées d'écrans numériques, de nouveaux sons, de nouvelles formes ne

modifie pas cette règle essentielle du jeu de hasard. Il existe trois grands types de machines à sous : les machines à rouleaux qui sont les plus anciennes, les machines à rouleaux vidéo et les roulettes sous forme de machines à sous.

Après une forte augmentation du nombre de casinos dans les années 1990, on dénombre actuellement 198 casinos en France (5), avec une densité de 1 pour 318 000 habitants. Leur PBJ (Produit Brut des Jeux) était de 2,2 milliards d'euros en 2012, dont 91% pour le parc des machines à sous (96% du PBJ à la Réunion). Les visiteurs étaient au nombre de 37,4 millions (5).

Les casinos sont sous contrôle de l'Etat et des collectivités locales. La majorité des casinos appartiennent à des groupes privés dont quatre se partagent 75% du PBJ. A La Réunion, les trois casinos sont indépendants.

c) Réglementation

Dans le dernier arrêté du 14 mai 2007, les établissements sont tenus de prendre des mesures en matière de prévention du jeu excessif. Ainsi, dans toutes les salles, ils sont contraints d'informer par voie d'affichage leurs clients sur les risques liés au jeu excessif ainsi que les moyens disponibles en cas de difficulté (art.35, 4). Ils sont également tenus de faire bénéficier à leur personnel une formation à la détection des personnes en difficulté avec le jeu, trois mois après leur embauche (art.15). Un état des mesures prises dans le cadre de la prévention peut leur être exigé lors de certaines demandes administratives (7). A La Réunion, la formation du personnel est assurée par l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie).

1.2.2 Le PMU (Pari Mutuel Urbain)

Le PMU gère les paris d'argent sur les courses de chevaux, en dehors des hippodromes qui sont gérés par le PMH (Pari Mutuel Hippodrome). La création du tiercé en 1954 a été suivie d'une augmentation du nombre des courses et d'une diversification des paris (8). En 2010, le PMU enregistrait 6,5 millions de clients, le chiffre d'affaire était de 9,5 milliards d'euros, on remarque qu'il est actuellement en constante augmentation. Le PMU s'est lui aussi adapté à la "révolution numérique" avec une chaîne de télévision

interactive (Equidia), le pari sur internet en 2003 et le pari sur téléphone portable en 2006.

Le PMU ne bénéficiant pas de contrôle d'identité pour les paris, il n'est pas concerné par le fichier des interdits volontaires de jeu, sauf pour son activité de jeu en ligne.

1.2.3 La FDJ (Française Des Jeux)

La loterie nationale a été créée en France en 1933 dans les suites de la Première Guerre mondiale, dans un contexte de crise économique majeure. L'État français était alors le premier organisateur et bénéficiaire, les recettes fiscales engendrées permettaient le financement des mesures d'aide accordées aux anciens combattants, invalides de guerre et victimes de calamités agricoles (décret du 22 juillet 1933). La Française Des Jeux succède à la loterie nationale en 1976, actuellement elle gère les jeux de tirage (le Loto, le Keno), les paris sportifs (le loto sportif) et les jeux de grattage. Elle conserve sa place de leader national avec un chiffre d'affaires de 10,5 milliards d'euros en 2010. L'Etat détient 70% des parts sociales et la majorité de l'activité passant par le réseau de détaillants. L'offre de jeu sur internet est à l'heure actuelle marginale (3).

1.2.4 Les jeux en ligne

Depuis mai 2010, la France est dotée d'un nouveau cadre légal et réglementaire concernant le secteur des jeux de hasard et d'argent en ligne. Cette nouvelle réglementation concerne les paris sportifs, les paris hippiques et les différentes formes de poker. La nouvelle législation s'est accompagnée de la création de l'ARJEL (Autorité de Régulation des Jeux En Ligne) afin d'encadrer l'offre de jeu, améliorer la prévention du jeu problématique, protéger les mineurs et réduire l'offre illégale de jeu en ligne (5).

Fin 2011, 47 sites étaient agréés et actifs. On comptait 2,9 millions de comptes de joueurs avec 600 millions d'euros de mises en paris sportifs, un milliard d'euros de mises en paris hippiques, 7,6 milliards d'euros de mises de poker en cash game et 1,2 milliards d'euros de droits d'entrée en tournois de poker (10).

Dans un même temps, le fichier national des interdits volontaires de jeu s'est étendu

aux sites légaux de jeux en ligne. Selon les données de l'ARJEL pour l'année 2011, 4% des interdits de jeu tentent chaque mois de s'inscrire sur un site agréé (11), cette estimation n'intègre pas l'offre illégale de jeu depuis les sites hébergés dans des pays échappant à ces mesures de réglementations et qui n'offrent pas de mesure de protection des joueurs.

Comme nous l'avons vu, les jeux d'argent sont un marché fructueux pour les Etats et les collectivités locales. La révolution numérique, que nous vivons actuellement, joue très probablement un rôle de catalyseur en offrant une facilité d'accès, un anonymat et de multiples possibilités de jeu. Parallèlement, l'avancée des connaissances scientifiques dans le domaine des addictions comportementales permet de mieux comprendre les sujets développant des troubles de jeu excessif. Dans les paragraphes suivants, nous aborderons les dernières mises au point dans cette pathologie.

1.3 Le jeu excessif

Une étude de prévalence menée en 2010 estimait que 1,3% des Français présenteraient des comportements de jeu problématiques, dont 0,9% de joueurs à risque modéré (soit 400 000 personnes) et 0,4% de joueurs excessifs (soit 200 000 personnes) (12).

A La Réunion, nous ne disposons pas d'enquête de prévalence fiable à l'heure actuelle.

1.3.1 Définition

Le jeu pathologique est actuellement défini comme *«une pratique inadaptée, persistante et répétée de jeux d'argent qui perturbe l'épanouissement personnel, familial ou professionnel »* (13).

Initialement classé parmi les troubles du contrôle des impulsions, le jeu excessif est maintenant reconnu, dans la nouvelle classification du DSM-5 (Diagnostic and Statistical of Mental disorders), comme une addiction comportementale, partageant des facteurs cliniques et neurobiologiques communs avec les addictions aux substances (8,14, 15,16).

1.3.2 Les critères diagnostiques

Plusieurs outils, sous formes de questionnaires, ont été élaborés afin de faciliter le dépistage par les professionnels et de mieux appréhender ce trouble.

Ces questionnaires présentent comme limite principale de n'évaluer qu'un seul comportement addictif, sans évaluer les troubles associés ni les conséquences de ce comportement sur l'ensemble des domaines de la vie du sujet (17).

Les principaux outils diagnostiques utilisés et validés au niveau international sont :

- *Le SOGS (South Oaks Gambling Screen)* est une échelle d'évaluation très utilisée pour mesurer la prévalence du jeu excessif dans la population générale, il s'agit d'un questionnaire issu des critères du DSM-III qui évalue également la liste des jeux et la fréquence à laquelle la personne joue (18).
- *l'ICJE (Indice Canadien du Jeu Excessif)* est un questionnaire d'autoévaluation avec neuf items, il est également très utilisé pour le dépistage et les mesures de prévalence en population générale.
- *Le DSM* est l'outil le plus utilisé au niveau international. On considère qu'il y a "jeu à risque" lorsque 3 ou 4 critères sont présents et "jeu pathologique" lorsqu'au moins 5 critères sont présents. Dans la nouvelle version du DSM-5, le critère "actes illégaux" est abandonné et le seuil diagnostique est abaissé à 4 critères. Selon le nombre de critères positifs, le jeu excessif est qualifié à risque modéré ou sévère.

Les critères DSM : (13)

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée de jeu :

1 Préoccupation par le jeu (remémoration d'expériences de jeu passées, prévision de tentatives prochaines, moyens de se procurer de l'argent pour jouer).

2 Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désirée.

3 Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire, arrêter la pratique.

4 Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique.

5 Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (sentiment d'impuissance, culpabilité, anxiété, dépression).

6 Après avoir perdu de l'argent, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour "se refaire").

7 Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.

8 Commet des actes illégaux (vols, détournement d'argent...) pour financer la pratique du jeu.

9 Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.

10 Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

Certains critères diagnostiques sont communs avec la dépendance aux substances (15) :

- Une préoccupation excessive pour le jeu.
- Des efforts infructueux pour arrêter ou réduire le jeu.
- La tolérance, avec le besoin de jouer des sommes d'argent croissantes.
- Le sevrage avec une irritabilité ou une agitation lors des périodes d'arrêt.
- La poursuite du comportement malgré les conséquences négatives, comme une perte affective importante ou une perte d'emploi.

Certains critères diagnostiques sont plus spécifiques au jeu. Ainsi, le “chasing” : continuer à aller jouer pour “se refaire” et recouvrer ses pertes, est un élément central dans la perte du contrôle du jeu (19). D'autres croyances erronées sont fréquentes chez le joueur comme la surestimation de ses habiletés, l'illusion de contrôle du hasard et des biais d'interprétation. Ces fausses cognitions seront un point clé dans la mise en place et le maintien de l'addiction et des cibles thérapeutiques majeures au cours des interventions thérapeutiques.

- Une description classique de la trajectoire du joueur est maintenant admise. Le joueur passe par une série de phases stéréotypées, sur une période de 10 à 15 ans.

La phase de gain : au cours de cette phase le joueur euphorique, surestime l'importance de ses gains par rapport à ses pertes, avec la croyance que cet argent va régler ses problèmes existentiels. C'est le moment où il met en place des stratégies de jeu afin de maîtriser les lois du hasard. Une dépendance par rapport au jeu peut s'installer et le jeu peut devenir une manière de calmer une humeur dysphorique, un sentiment d'ennui ou un isolement social.

La phase de perte : le joueur pense que la chance a tourné, il surenchérit au niveau des enjeux et peut emprunter de l'argent afin d'augmenter les mises. Le joueur part au casino dans l'espoir de “se refaire” financièrement, il pense souvent qu'un gain au jeu viendra combler ses dettes.

La phase de désespoir : ce stade fait suite à une perte d'argent prolongée, la souffrance du joueur est intense. Il croit encore à sa chance de gagner et peut commettre des actes délictueux afin de se procurer l'argent nécessaire. A ce stade, les troubles dépressifs et les tentatives de suicide sont fréquents.

La phase d'abandon : les espoirs de réussite et de gain sont abandonnés. Le joueur joue de manière désintéressée, il sait que ses dettes ne pourront plus être remboursées.

1.3.3 Les facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque environnementaux et individuels pourraient être associés à la survenue de jeu à risque. Comme dans d'autres conduites addictives, l'entretien du jeu excessif et son aggravation seraient liés en priorité à des facteurs de vulnérabilité personnelle (20). Une analyse de la littérature a été menée lors de l'expertise INSERM de 2008, elle relève plusieurs catégories de facteurs de vulnérabilité associés au jeu excessif (8) :

➤ Des facteurs liés à l'offre de jeu :

Certains facteurs environnementaux, liés au jeu, constituent des facteurs de risque pour l'individu. Ainsi le type de jeu, notamment la rapidité des séquences de jeu, le support de jeu, la facilité d'accès et son acceptation sociale et culturelle représentent des facteurs de risque.

L'existence d'un gain important au début de la période de jeu, est décrit également comme pouvant favoriser la survenue d'un jeu excessif.

➤ Des facteurs individuels :

Au niveau neurobiochimique, les voies monoaminergiques et endorphiniques sont impliquées dans le développement du jeu pathologique. Des liens sont établis entre les traitements par agonistes dopaminergiques dans la maladie de parkinson et la survenue de jeu excessif. D'autres traitements ayant comme cible le système dopaminergique, comme l'Aripiprazole pourraient être incriminés également dans la survenue de jeu excessif (21).

D'autres circuits neuronaux, notamment sérotoninergiques, seraient également impliqués.

La génétique moléculaire qui s'est intéressée au gène des récepteurs dopaminergiques, a montré que la présence de l'allèle Taq-A1 du récepteur dopaminergique D2 rendrait l'individu plus vulnérable au développement de conduites addictives comme le jeu pathologique.

Cependant, les facteurs non héréditaires jouent un rôle prépondérant dans la vulnérabilité au jeu pathologique. Les facteurs pouvant être cités sont la précocité d'exposition au jeu, les carences éducatives subies pendant l'enfance, les violences et les négligences parentales.

➤ Des facteurs socioéconomiques :

Un faible niveau de revenus et d'éducation semblent également corrélés à la survenue de jeu excessif.

1.3.4 Les comorbidités

Au vu des études épidémiologiques (22), il est largement admis que le jeu pathologique présente des comorbidités avec d'autres troubles psychiatriques. L'un des plus fréquents est le trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, notamment l'alcool. Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et le trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité seraient également fréquemment associés chez les joueurs pathologiques.

1.3.5 La prise en charge thérapeutique

Actuellement, la prise en charge dans le domaine des addictions se veut globale et pluridisciplinaire, les problématiques médicale, sociale et psychologique étant souvent imbriquées les unes aux autres. L'évaluation initiale doit être multifactorielle afin d'adapter la prise en charge à l'individu selon ses propres problématiques. Les grands principes de prise en charge sont similaires aux autres addictions avec les groupes de paroles, les thérapies brèves, les TCC (Thérapie Cognitive Comportementale).

L'axe de prise en charge cognitivo-comportementale est centré sur la restructuration cognitive du joueur. Les distorsions cognitives les plus courantes chez le joueur sont les biais d'interprétation, l'illusion de contrôle et la superstition (23). Ainsi, la prise de

conscience des lois du hasard, de l'indépendance des tours et des défauts de raisonnement peuvent aider le joueur à reprendre le contrôle sur son jeu. Une intervention cognitive peut ainsi permettre au joueur d'avoir une perception plus réaliste et de résister au désir de jouer. Toutefois les difficultés personnelles du joueur, financières, sociales ou psychologiques constituent des facteurs qui le maintiennent en état de vulnérabilité par rapport au jeu.

Au niveau pharmacologique, aucun traitement médicamenteux n'est validé à l'heure actuelle pour la prise en charge du jeu pathologique. De nombreuses études cliniques ont été menées, les molécules évaluées étaient les antagonistes aux opiacés (Naltrexone, Nalmefene), les thymorégulateurs, les antipsychotiques atypiques et les antidépresseurs. La dernière méta-analyse effectuée montrerait que seuls les antagonistes aux opiacés pourraient avoir un effet légèrement supérieur au placebo pour le traitement du jeu pathologique (24).

A l'image des autres addictions, on retrouve un fort taux de guérison spontanée parmi les joueurs pathologiques, c'est à dire que les troubles de l'usage du jeu peuvent spontanément régresser sans intervention thérapeutique spécifique. Une étude américaine menée dans une population de joueurs pathologiques a évalué qu'un tiers des joueurs pathologiques évoluaient spontanément vers une guérison sans traitement spécifique (25).

Un des moyens de réduction des risques, mis à disposition du joueur en situation de difficulté, est la mesure d'interdiction volontaire. C'est cette mesure particulière qui nous a intéressée au cours de l'étude, elle sera développée dans le paragraphe suivant.

1.4 Les demandes d'exclusion volontaire (DEV)

Il s'agit d'une mesure administrative permettant au joueur en situation de difficulté de se protéger des dommages liés au jeu excessif. Cette mesure existe dans de nombreux pays. En France, depuis l'ouverture des jeux en ligne à la concurrence et la création de l'ARJEL, la procédure d'auto-exclusion s'est élargie aux sites internet de jeux en ligne autorisés. Peu de données sont disponibles sur les pratiques des joueurs, leur profil et l'efficacité de cette mesure. Comme le souligne le sénateur Trucy dans le rapport d'information (10), des études sont indispensables pour évaluer les pratiques de

jeu des joueurs, les caractéristiques socio-économiques et les conséquences sociales, afin d'adapter les politiques de prévention dans le domaine du jeu d'argent.

1.4.1 Procédures administratives de la DEV en France.

En France, la mesure d'auto-exclusion est personnelle et confidentielle. Elle s'étend sur tout le territoire national de France métropolitaine et d'outre mer.

Le joueur, qui souhaite se faire interdire d'accès, adresse sa demande manuscrite soit directement auprès de la direction des libertés publiques et des affaires juridiques du ministère de l'intérieur, soit dépose celle-ci auprès des services de police.

Cette mesure peut également être appliquée aux personnes sous tutelle ou curatelle, à la demande de leur représentant légal et à certains condamnés à la demande du juge d'application des peines.

Un entretien initial, au service de police des courses et jeux, est obligatoire afin de vérifier l'identité du joueur et de mesurer l'absence de contrainte à sa démarche. Une fois ces démarches accomplies, la personne est inscrite sur le fichier des personnes exclues des salles de jeux. Il sera ensuite diffusé à tous les établissements de jeux et à l'autorité de régulation des jeux en ligne. En 2013, on comptait 34 739 personnes inscrites sur le fichier des interdits volontaires de jeu.

Cette mesure est valable dans toutes les salles de jeux des casinos, des cercles de jeux et des sites de jeux en ligne autorisés en France. L'exclusion des jeux est prononcée pour une durée de 3 ans non réductible.

Au terme de cette première période d'exclusion de 3 ans :

- *soit la personne souhaite rester interdite* : il n'y a aucune démarche à effectuer, l'interdiction reste en vigueur.
- *soit la personne ne souhaite plus être interdite* : il faudra demander la suppression de la mesure d'interdiction. Un courrier de levée d'interdiction doit être adressé au ministère de l'intérieur. L'entretien au service de police n'est pas obligatoire.

Quelques études, notamment en Amérique du Nord, se sont intéressées à ces personnes interdites de jeu ainsi qu'à l'évaluation de cette mesure. Le paragraphe suivant tente de faire le point sur les connaissances dans ce domaine.

1.4.2 Les programmes de DEV par pays

a) Canada

Le Québec a été le premier pays à proposer ce type de programme en 1989. Le joueur peut s'exclure pour des périodes de 3 mois à 5 ans. Les casinos ne disposant pas de contrôle d'identité à l'entrée, le personnel est formé pour identifier les personnes inscrites sur le registre des DEV.

En 2005, entre 73% et 95% des joueurs auto-exclus étaient des joueurs pathologiques. Ils s'excluaient en moyenne pour des périodes de 1 an et majoritairement pour des problèmes financiers. A noter également que 70 % des personnes étaient retournées jouer au casino durant la période d'exclusion (26). Une étude longitudinale a également été faite. Elle montrerait des effets positifs de la DEV pour la reprise de contrôle sur le jeu et une diminution des conséquences négatives dans la vie du joueur. Depuis cette évaluation, des améliorations ont été apportées au programme de DEV, chaque demandeur pouvant se prévaloir de l'aide d'un professionnel indépendant du casino (27). Entre 2005 et 2007, 40% des personnes (n=857) ont accepté l'aide proposée mais seulement un tiers a réalisé l'entretien initial. Malgré la petite taille de l'échantillon, il semblerait que cette aide soit perçue comme positive avec une baisse des comorbidités associées et une diminution de sévérité du jeu excessif.

Une étude menée dans sept provinces du Canada en 2005 (28) estimait que seulement 0,6% à 7% des joueurs excessifs au sein des casinos avaient adopté une mesure d'auto-exclusion au cours de l'année, soulignant l'amélioration à apporter en matière d'information des joueurs.

Par ailleurs, une étude par entretien téléphonique montrait qu'il s'agissait en majorité d'hommes entre 35 et 54 ans, employés à plein temps, dont 68% avaient une problématique de jeu excessif. L'analyse par focus groupe considérait le programme d'auto-exclusion comme un bon moyen de reprendre le contrôle sur leur activité de jeu, à noter qu'une majorité de personnes conservait des habitudes de jeu régulières (29).

b) Etats-Unis

Le Missouri a été le premier Etat des Etats-Unis à mettre en place un programme d'auto-exclusion en 1996. Les personnes qui en font la demande sont bannies à vie de tous les casinos du Missouri. Une fois la demande effective le joueur, s'il revient dans le lieu de jeu, ne peut empocher un jackpot de plus de 1200\$ et peut être poursuivi en justice s'il est identifié par le personnel (30, 31).

Une étude rétrospective a été menée (32) en 2010. Les personnes étaient interdites en moyenne depuis 6 ans et avaient adhéré au programme le plus souvent pour problèmes financiers ou perte de contrôle sur le jeu. Les trois quarts continuaient de jouer dans des casinos limitrophes durant la période d'interdiction. La majorité des personnes était satisfaite du programme et 34% avaient entrepris une prise en charge parallèle suite à la demande de DEV.

c) Australie

On compte environ 15 000 personnes interdites volontaires de jeu en Australie et on suppose que 9 à 17% des joueurs problématiques se sont déjà faits interdire (33).

Une enquête menée en 2006 portant sur 135 personnes interdites de jeu (34) montrait que 80% des personnes continuaient à jouer aux machines à sous. Les personnes estimaient que la mesure d'exclusion avait un impact positif en permettant une reprise de contrôle. Les motivations pour adhérer au programme étaient financière et psychologique.

d) Nouvelle Zélande

En Nouvelle Zélande, le programme d'auto-exclusion est encadré dans la législation par le Gambling Act de 2003. La durée d'interdiction de casino est au minimum de deux ans. Elle se fait par le joueur directement au sein de l'établissement ou par courrier électronique. En cas de non respect de la mesure d'interdiction par le joueur ou le casino, des poursuites judiciaires peuvent être engagées, elles peuvent aller jusqu'au non renouvellement de la licence de jeu pour le casino.

Une étude descriptive sur un échantillon de 35 exclus volontaires (35) a montré qu'il s'agissait en majorité d'hommes (60%) ayant comme jeu de prédilection les machines à

sous, 29% avaient des troubles d'usage de substance et 20% avaient une comorbidité psychiatrique associée. Une étude de suivi supposait un impact positif de la mesure de DEV sur le jeu.

e) Europe

Le contrôle d'identité systématique à l'entrée des casinos permet aux programmes d'interdiction européens d'être plus facilement applicables que dans les pays d'Amérique du nord et d'Australie.

Une évaluation sur les programmes d'auto-exclusion (36, 37) a eu lieu dans les casinos d'Autriche, d'Allemagne et de Suisse. L'échantillon était constitué de 152 personnes, majoritairement des hommes (72%) d'âge moyen de 41 ans. Ils avaient commencé à jouer régulièrement au casino depuis 5 ans et avaient comme jeu de prédilection les machines à sous. 51% présentaient des critères de jeu pathologique. L'évaluation à 1 mois, 6 mois et 1 an a montré une baisse de prévalence du jeu pathologique et une amélioration générale de la qualité de vie chez ces personnes.

En résumé, la littérature scientifique paraît peu abondante, elle présente des limites liées aux petits échantillons non représentatifs et à la variation de méthodologie liée au manque d'utilisation de questionnaire standardisé.

Il semblerait que les programmes de DEV aient un effet bénéfique pour réduire les dommages liés au jeu excessif et soient un bon moyen de reprendre le contrôle sur le jeu. Ces études soulèvent la question de l'application de la mesure, en particulier dans les pays où le contrôle d'identité n'est pas systématique et les casinos limitrophes faciles d'accès. Dans notre étude, le contexte géographique de La Réunion, située au beau milieu de l'océan indien, rend plus difficile cette accessibilité. De plus, les demandes de DEV sont centralisées au sein d'un seul service de police, représenté par un unique référent, M. le capitaine Marc Morellini. Ces conditions réunies, il est intéressant de voir dans quelle mesure cette procédure administrative peut être associée à des mesures de soins.

PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif de recherche de l'étude est l'évaluation des pratiques de jeu et du profil des personnes réalisant une mesure d'interdiction volontaire de jeu au casino et en ligne.

Il s'agit d'une évaluation multifactorielle permettant d'évaluer les pratiques de jeu, les conséquences sur la qualité de vie (financières, socio-familiales, médicales, psychologiques) et la recherche d'éventuelles comorbidités.

Nous pouvons supposer que ces informations seront utiles, dans un second temps, pour améliorer la prévention et la prise en charge des personnes présentant un problème de jeu excessif.

Nous pouvons émettre les hypothèses suivantes :

- Les personnes s'auto-interdisant de casino présentent des critères de jeu pathologique.
- Elles sont peu connues des filières locales d'addictologie.
- Elles présentent des dommages financiers, sociaux, psychologiques liés à leur perte de contrôle, ainsi que des comorbidités psychiatriques et addictologiques.

2.2 Matériels utilisés.

Deux questionnaires ont été utilisés lors des entretiens individuels.

2.2.1 L'Addiction Severity Index (ASI)

L'ASI a été initialement mis au point par l'équipe de Philadelphie (A.T. McLellan, C.P. O'Brien) pour évaluer la sévérité des consommations de produits psychoactifs, sa première version date de 1980 (38). Il s'agit de l'outil de référence international pour l'analyse multi-factorielle, il est actuellement validé pour la section

jeu d'argent dans sa dernière version française de 2006 (39).

Dans un premier temps, nous avons été formés pour cet entretien par l'équipe du laboratoire de psychiatrie et d'addictologie de l'université de Bordeaux Segalen du Pr. Auriacombe M. Ces séances se sont déroulées au CHU de Saint Denis en visioconférence, en présence du Dr Mété, du Dr Paitel et de M. Morellini. Une séance d'entraînement vidéo était également prévue pour nous familiariser avec ce type d'entretien.

L'ASI consiste en un entretien semi-structuré permettant de recueillir des informations dans sept domaines de la vie du patient. Il comporte des items objectifs ainsi que des items subjectifs relatifs au ressenti du patient. Ces items permettent d'établir un score de sévérité dans chacun des domaines suivants :

- Etat médical.
- Consommation de substances prescrites ou non prescrites, alcool, tabac, troubles liés au jeu et troubles du comportement alimentaire.
- Situation familiale.
- Situation sociale.
- Emploi et ressources.
- Situation légale.
- Etat psychologique.

Ces scores sont révélateurs de l'état de gravité du sujet dans chacun des domaines. L'évaluateur doit adapter sa cotation en fonction des items subjectifs, des préoccupations et des besoins de traitement du patient. Il permet d'établir un index de sévérité de l'état de l'usager. Deux périodes sont explorées, la période récente correspondant aux trente derniers jours et la vie entière.

Au cours de la période de l'étude, les pratiques de jeu étaient également explorées avec notamment le type de jeu de prédilection et l'existence d'autres pratiques de jeu hors ligne ou sur internet. L'existence de dommages financiers, notamment les dettes, était également systématiquement abordée lors de l'entretien.

2.2.2 Le Mini International Psychiatric Interview (MINI)

Ce questionnaire permet d'évaluer de manière standardisée chacun des 17 diagnostics référencés dans le DSM-IV. Une section pour la dépendance au tabac avait été ajoutée ainsi que deux sections pour explorer le jeu pathologique reprenant les 10 critères développés dans le DSM-IV (40).

Les corrections des ASI et du MINI de cette étude étaient croisées avec le pôle de psychiatrie et d'addictologie de Bordeaux, qui collabore étroitement avec l'équipe ayant mis au point ce questionnaire (A.T. McLellan, C.P. O'Brien) et l'équipe québécoise ayant assuré la première traduction française (J. Bergeron, M. Landry, RISQ, Montréal).

Cette procédure nous permettait d'être optimal et cohérent dans la qualité des résultats obtenus lors de ces entretiens.

2.3 Type d'étude

Cette étude descriptive et transversale a eu lieu sur une période de 12 mois entre Juillet 2013 et Juin 2014.

2.3.1 Population étudiée et critères d'inclusion.

La population étudiée était constituée par les personnes réalisant une demande d'exclusion volontaire de jeu d'argent à La Réunion.

➤ Critères d'inclusion :

Toutes les personnes faisant une démarche d'auto-interdiction de jeu sous la forme d'une DEV (Demande d'Exclusion Volontaire) ou d'une LVA (Limitation Volontaire d'Accès) acceptant de participer à l'étude sous couvert d'anonymat.

- La DEV, comme nous l'avons vu précédemment, est formulée auprès des services de police pour une durée de 3 ans. Un entretien initial est obligatoire

pour que la mesure soit effective. Lors de l'entretien administratif au sein du "service des courses et jeux", M. Morellini présentait l'étude aux personnes concernées et recueillait les coordonnées de celles acceptant de se soumettre à l'entretien de recherche clinique.

- La LVA est une mesure commune aux 3 casinos de l'île (Saint-Denis, Saint-Gilles-Les-Bains, Saint-Pierre). L'interdiction d'accès est fixée pour une durée de 4 mois, renouvelable après une période de 12 mois, elle se réalise dans l'enceinte d'un des trois casinos directement auprès du personnel. Lors de la période de l'étude, un formulaire était remis aux personnes concernées afin de recueillir leur adhésion pour participer à l'entretien de recherche. Ces personnes n'étaient pas convoquées directement au service de police mais le formulaire était adressé au correspondant local qui recueillait les demandes d'inclusion.

2.3.2 Déroulement de l'entretien

Sur la base de l'anonymat et du respect de la confidentialité, les coordonnées des personnes recrutées étaient transmises par l'intermédiaire de M. Morellini. Dans un second temps les personnes étaient contactées pour confirmer leur consentement et fixer un rendez-vous. En fonction de leur disponibilité et de leur localisation géographique, les entretiens avaient lieu sur les sites Nord et Sud du CHU de La Réunion, au CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) de Saint Paul (Réseau OTE) ainsi qu'à leur domicile.

2.3.3 Entretiens de suivi

Un suivi téléphonique a également été mené afin d'évaluer le profil du joueur à distance de la mesure d'auto-exclusion et de déterminer l'effet sur la qualité de vie globale du sujet et de ses habitudes de jeu. Les questionnaires utilisés étaient l'ASI ou le questionnaire minimal validés pour les entretiens de suivi téléphonique. Ces entretiens ont été menés au mois de septembre 2014.

2.3.4 Analyse

Une fois toutes les grilles ASI et MINI complétées et corrigées, les données étaient saisies de manière anonyme sur Excel® afin d'être transmises par courrier électronique au laboratoire de psychiatrie de Bordeaux, pôle addictologie, Centre Hospitalier Charles Perrens (CNRS USR 3413) pour l'analyse des données qui vont suivre.

PARTIE 3 : RESULTATS

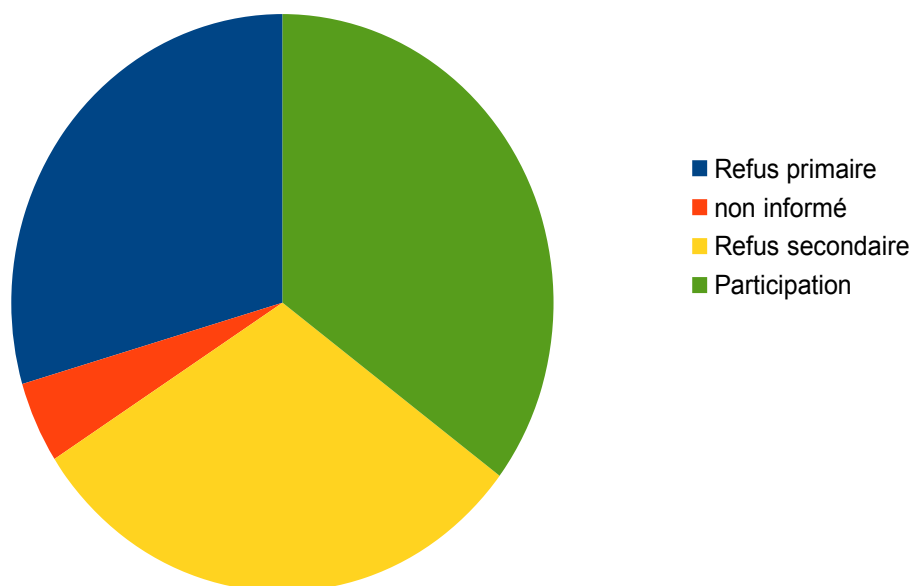
3.1 Taux de participation

Au cours de la période de l'étude, 88 personnes ont réalisé une Demande d'Exclusion Volontaire de casino et de jeu en ligne auprès du service central des courses et jeux. Parmi celles-ci, 84 personnes ont été informées de l'existence de l'étude.

- 69% des personnes (n=58) ont accepté de participer à l'étude.
- Après contact téléphonique, 31 personnes ont accepté de participer à l'étude, soit **37% des personnes**.

Tableau 1

Taux de participation à l'étude des personnes exclues volontaires de casino
période: juin 2013 à juillet 2014



- Recrutement via la LVA : 1,8% des personnes ont accepté de participer à l'étude. Au total 108 personnes ont réalisé une LVA au cours de la période de l'étude.
- **Au total, 33 sujets interdits de casino ont participé à l'étude.**

3.2 Délai entre la demande de DEV/LVA et l'entretien

Le délai entre la demande par le sujet de la mesure d'interdiction et la réalisation de l'entretien d'enquête était en moyenne de 18 jours.

Tableau 2

Délais entre le contact téléphonique et la réalisation de l'entretien

Délais entre le contact téléphonique et la réalisation de l'entretien	Nombre de personnes
Moins de 15 jours	9
Entre 15 et 30 jours	5
Entre 30 et 45 jours	9
Entre 45 et 60 jours	4
Plus de 60 jours	1

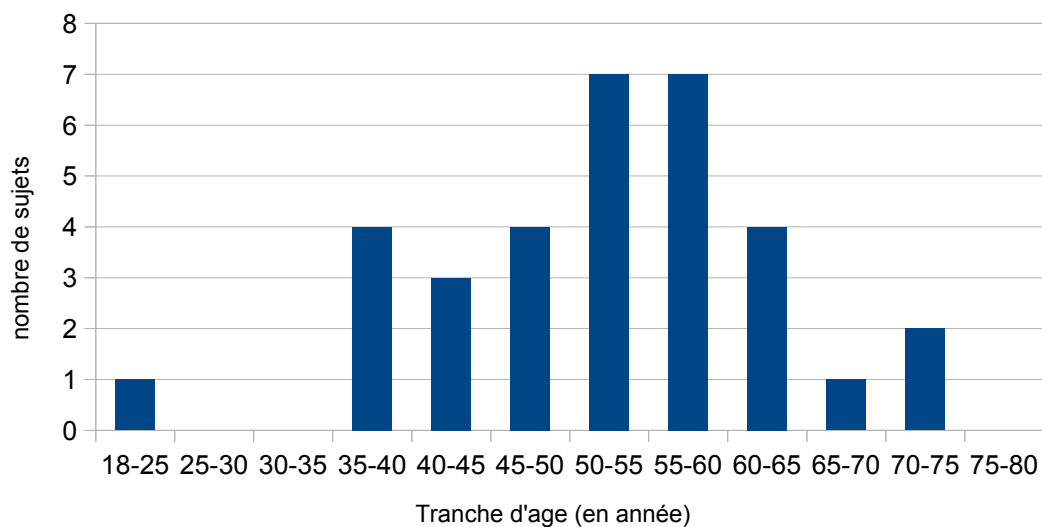
3.3 Caractéristiques des sujets

3.3.1 Caractéristiques socio-démographiques

- 60,6% de femmes.
- L'âge moyen des participants était de 52,4 ans (ET = 11,0 ans).

Tableau 3

Age des participants à l'étude

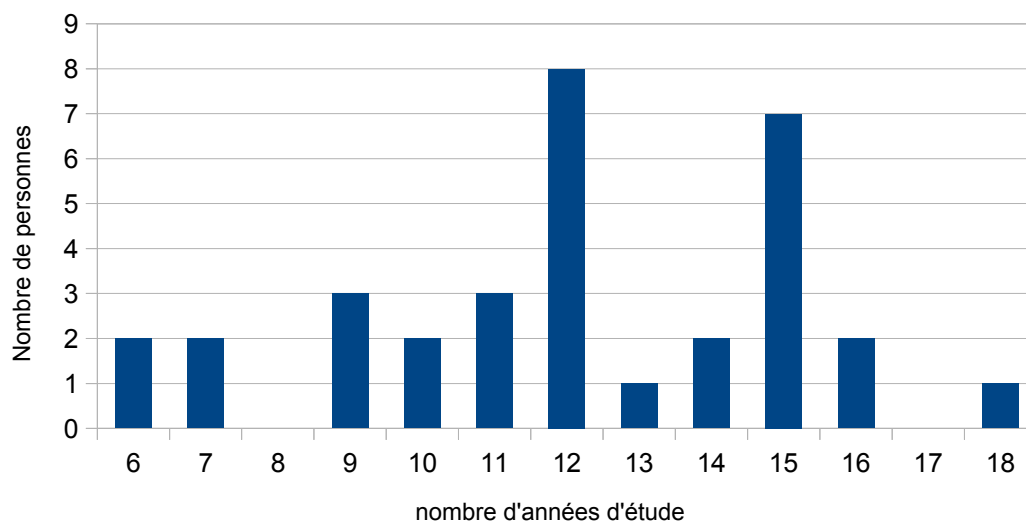


3.3.2 Caractéristiques socio-professionnelles

- 57% des personnes présentaient un niveau d'étude Baccalauréat ou supérieur.

Tableau 4

Niveau d'étude



- 90% des personnes disposaient du permis de conduire.
- 57% des personnes étaient propriétaire de leur logement.
- 57% des sujets étaient mariés ou vivaient en couple. 75% des personnes étaient satisfaites de leur condition de vie.
 - 9 sujets vivaient avec conjoints et enfants.
 - 11 sujets vivaient seulement avec leur conjoint.
 - 6 sujets vivaient avec les enfants seulement.
 - 4 sujets vivaient seuls.
 - 2 sujets vivaient avec leurs parents.
- 30% des sujets signalaient avoir été en conflit grave avec un membre de sa famille au cours des trente derniers jours.
- Les catégories professionnelles les plus représentées étaient majoritairement les professions intermédiaires et les employés (72%) exerçant à temps plein (54%) ou à temps partiel (15%).
- Il y avait 21% de personnes à la retraite ou en invalidité.

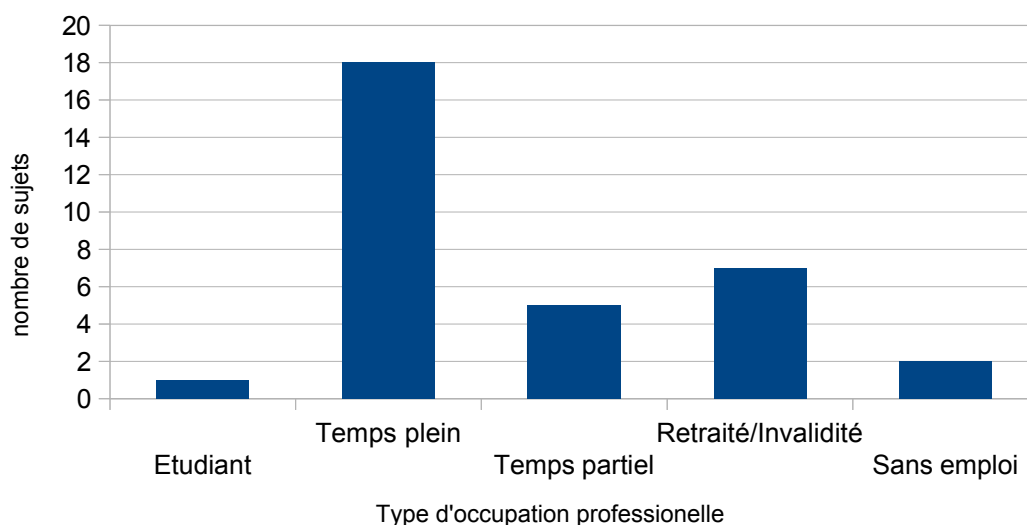
Tableau 5

Catégories socio-professionnelles (CSP) des participants à l'étude

Type de CSP	Nombre de sujets
1 (Agriculteurs, exploitants)	0
2 (Artisans, commerçants, chefs d'entreprise)	4
3 (Cadres et professions intellectuelles supérieures)	3
4 (Professions intermédiaires)	16
5 (Employés)	8
6 (Ouvriers)	1
7 (Retraités)	1

Tableau 6

Type d'emploi habituel dans les trois dernières années



3.3.3 Revenu moyen dans les trente derniers jours

- Le revenu moyen des personnes s'élevait à 2024,7 euros avec un écart type de 1252,2 euros. Ce revenu moyen prenait en considération les revenus liés au salaire, au chômage et aux aides sociales.
- 6 personnes étaient supportées financièrement par une tierce personne, cet apport représentait la partie principale des ressources financières pour 4 d'entre elles.
- 15 sujets signalaient un apport d'argent lié à un don de leur conjoint, de leur entourage ou bien d'un gain au jeu.
 - La moyenne de cet apport était de 7690 euros, avec un écart type de 25567,2 euros.
 - Le montant minimum étant de 100 euros et le montant maximum de 100 000 euros.
- Un seul sujet indiquait un apport illégal d'argent d'un montant de 100 euros.

3.4 Les pratiques de jeu d'argent

3.4.1 Diagnostic de jeu pathologique selon le DSM-IV

Tableau 7

Nombre de critères DSM-IV de jeu pathologique par participant

Nombre de critères DSM	Nombre de sujets
Aucun critère	4
1	0
2	1
3	1
4	2
5	13
6	6
7	5
8	1
9	0
10	0

- Le nombre de sujets présentant au moins 5 critères diagnostiques positifs, seuil du DSM-IV pour le jeu pathologique, est de 25 individus soit **76%**.

3.4.2 Diagnostic de jeu pathologique selon le DSM-5

Tableau 8

Nombre de critères DSM-5 jeu pathologique par participant

Nombre de critères DSM	Nombre de sujets
Aucun critère	4
1	0
2	1
3	1
4	3
5	12
6	6
7	6
8	0
9	0

- Avec la grille diagnostique du DSM-5, le nombre de diagnostics s'élevait à **81%** (n=27).

3.4.3 Nombre d'années de jeu

- Les joueurs présentaient une pratique régulière de jeu d'argent évoluant depuis 14,7 années, l'écart type était de 8,4 années.

3.4.4 Le jeu de prédilection

- Le jeu de prédilection était les machines à sous pour 94% des personnes.

Tableau 9

Jeu d'argent de prédilection des participants à l'étude

Type de jeu	Nombre de sujets
Roulette	1
Machines à sous	31
Loteries-grattages	0
Bingo	0
Black jack	0
Paris sportif	0
Poker	0
Autre	1

- Concernant les jeux en ligne, 21% des sujets jouaient régulièrement à des jeux d'argent sur internet (n=7). Il s'agissait de 4 hommes et 3 femmes, l'âge moyen était de 52 ans.

3.4.5 Les pratiques de jeu dans les 30 derniers jours

- Les joueurs avaient joué en moyenne 9,1 jours dans les trente jours précédents la mesure d'interdiction, l'écart type était de 8,1 jours.
- L'argent dépensé dans les trente derniers jours pour le jeu s'élevait en moyenne à 1391,5 euros, l'écart type était de 1820 euros. Les montants variaient entre 50 et 10 000 euros.
- Parmi ces joueurs, 12 sujets (36 %) signalaient qu'il y avait dans leur entourage proche au moins un individu ayant un problème de jeu.
 - 7 sujets désignaient leur conjoint.
 - 3 sujets désignaient leurs parents.
 - 3 sujets désignaient un membre de leur fratrie.

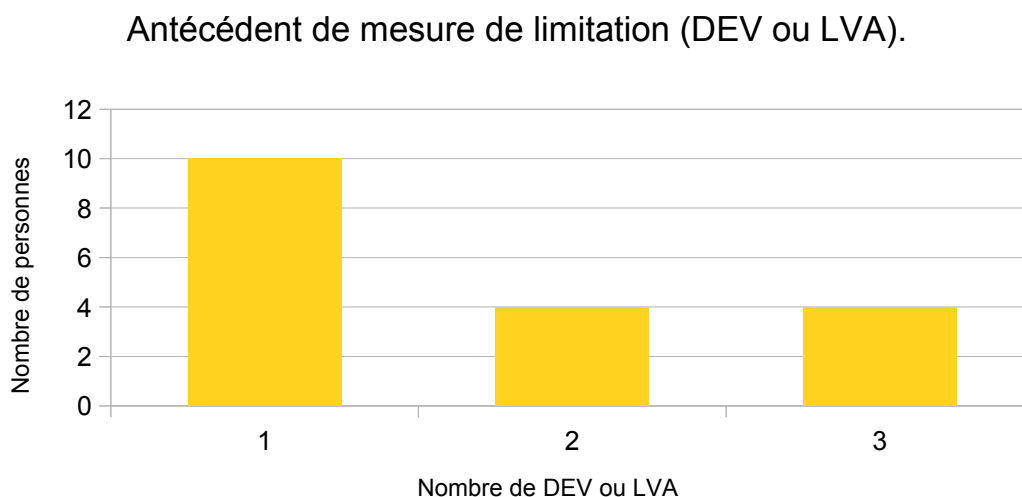
3.4.6 Les complications financières et judiciaires

- Au niveau de l'endettement, 7 sujets (21%) présentaient une dette en cours, la moyenne s'élevait à 6157,1 euros.
 - Minimum = 700 euros
 - Maximum = 15000 euros
 - Ecart-type = 4967,80 euros
- Aucun sujet n'avait commis d'actes illégaux.

3.5 Mesures d'exclusion volontaire de jeu

- 18 sujets (55%) avaient déjà fait au moins une mesure d'interdiction auparavant sous la forme de DEV ou LVA. Le maximum de mesures effectuées était 3.

Tableau 10



3.6 Scores de sévérité des ASI

- Ce score établi par l'évaluateur est compris entre 0 et 9.
- Un score supérieur à 4 traduit un besoin de prise en charge.

Tableau 11

Répartition du nombre de sujets en fonction du score de gravité dans chacun des domaines étudiés

	Score ≤ 3	Score 4 - 6	Score ≥ 7
Médical	26	7	0
Emploi / ressources	30	3	0
Alcool	32	1	0
Substances	33	0	0
Tabac	28	4	1
Jeu	2	26	5
Trouble du comportement alimentaire	32	0	1
Autre addiction	33	0	0
Situation légale	33	0	0
Familial et social	28	5	0
Psychologique	25	7	1

- Pour le jeu, 31 sujets présentaient un score de gravité supérieur à 4.
- 5 sujets avaient un score supérieur à 7.
- Un seul sujet présentait un score de gravité égal ou supérieur à 4 pour la consommation d'alcool.
- 33% des sujets (n=7) présentaient un score supérieur à 4 dans le domaine médical et psychologique.
- 5 sujets présentaient un score supérieur à 4 dans le domaine familial et social.

3.7 Etat médical

- Sur le plan médical, 14 personnes prenaient un traitement médicamenteux pour une pathologie chronique :
 - Hypertension artérielle : 9 personnes.
 - Diabète-non-insulino-dépendant : 2 personnes.
 - Hypercholestérolémie : 2 personnes.
 - Lupus : 1 personne.
 - Recto-colite hémorragique : 1 personne.
 - Polyarthrite : 1 personne.
 - Céphalées post traumatique : 1 personne.
 - Maladie de Parkinson : 0 personne.

- 75% des personnes avaient déjà été hospitalisées dans leur vie :
 - 1 hospitalisation : 11 personnes.
 - 2 hospitalisations : 8 personnes.
 - 3 hospitalisations : 5 personnes.
 - 5 hospitalisations : 1 personne.

- 2 personnes recevaient une pension pour incapacité physique.

3.8 Etat psychologique

Tableau 12

Nombre de personnes ayant présenté des troubles d'origine psychologique

	30 derniers jours	Dans toute la vie
Avez vous eu une période importante au cours de laquelle vous avez eu une dépression grave ?	0	13
Souffert d'une anxiété ou d'une tension grave ?	9	17
Connu des hallucinations ?	0	0
Eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir ?	1	4
Eprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent ?	1	2
Eu des idées sérieuses de suicide ?	0	10
Tenté de vous suicider ?	0	2
Un médicament prescrit pour problème psychologique ou émotionnel ?	4	10

3.9 Résultats transversaux

3.9.1 Demande de traitement selon le score de gravité ASI

L'un des critères subjectifs de l'ASI consiste à évaluer par le joueur l'importance d'une prise en charge en addictologie pour ses problèmes liés au jeu.

Tableau 13

Intensité de la demande d'aide exprimée par le joueur en fonction de la sévérité des scores de jeu

Demande d'aide (autoévaluation)	Score ≤ 3	Score 4 - 6	Score ≥ 7
0 : Pas du tout	2	13	2
1 : légèrement		4	
2 : modérément		6	1
3 : considérablement		1	
4 : extrêmement		1	2
Ne sait pas		1	

➤ 57% (n=19) des sujets pour lesquels le score de sévérité indique un besoin de prise en charge en addictologie (score ≥ 4) se déclarent “*pas du tout*” ou “*légèrement*” en demande de prise en charge spécifique pour le jeu.

3.10 Les comorbidités

3.10.1 Les comorbidités addictologiques

La recherche de conduites addictives associées lors de l'entretien permettait de mettre en évidence :

- Une consommation de tabac actuelle chez 24% des sujets (n=8).
- Une consommation de tabac passée chez 12 % des sujets (n=4).
- Aucun sujet ne présentait de consommation problématique d'alcool actuelle ou passée.
- Aucun sujet ne présentait de consommation problématique de substance psychoactive.
- 2 sujets (6%) présentaient un trouble d'usage des jeux vidéos actuel et passé.
- 1 seul sujet (3%) présentait un trouble du comportement alimentaire à type de boulimie actuel et passé.

3.10.2 Les comorbidités psychiatriques

La passation du MINI, pour la recherche de comorbidités psychiatriques associées au jeu pathologique, mettait en évidence les diagnostics suivants :

- Au moins un épisode dépressif majeur actuel ou dans la vie entière chez **36%** des sujets (n=12).
- Aucun sujet ne présentait d'épisode maniaque actuel ou passé.
- Au moins un trouble anxieux actuel ou passé chez **15%** des sujets (n=5).
- Aucun sujet ne présentait de trouble psychotique.
- Aucun sujet ne présentait de trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

3.11 Prise en charge thérapeutique

3.11.1 *Prise en charge psychologique*

- 17 personnes (51%) avaient déjà été traitées pour des problèmes psychologiques au cours de leur vie.
 - 7 personnes au cours d'une hospitalisation.
 - 10 personnes en consultation externe ou dans le privé.

3.11.2 *Prise en charge addictologique*

- Aucun sujet n'avait bénéficié, dans toute sa vie, de prise en charge spécifique pour le jeu pathologique.

Concernant les autres addictions, des prises en charges addictologiques avaient été entreprises pour :

- Le tabac chez 3 sujets (9%) : un sujet avait eu une prise en charge, un sujet avait eu deux prises en charge et un autre avait eu trois prises en charge.
- Des troubles du comportement alimentaire : un sujet était en cours de traitement.

3.12 Entretien de suivi

- 17 personnes ont été contactées pour un suivi à distance de la mesure d'auto-exclusion.
 - 15 personnes étaient abstinentes.
 - 2 personnes maintenaient des habitudes de jeu, elles avaient joué entre une et quatre fois à des jeux d'argent au cours du mois écoulé, le montant des dépenses allaient de 10 à 200 euros. Une personne avait joué aux machines à sous à l'étranger.
- Perturbations par rapport au jeu :

Score	Nombre de personnes
0 (pas du tout)	9
1 (légèrement)	3
2 (modérément)	5

- Auto-évaluation du besoin de traitement par rapport au jeu

Score	Nombre de personnes
0 (pas du tout)	14
1 (légèrement)	1
2 (modérément)	1
3 (considérablement)	1

- Trois personnes avaient entamé une prise en charge spécifique pour le jeu au décours de l'étude.
- Au niveau des autres consommations, une personne signalait une consommation problématique d'alcool, trois personnes signalaient un usage de tabac.

Tableau 14

Suivis et devenir des joueurs selon le score de sévérité de base pour le jeu

Score sévérité jeu (ASI base)	Non abstinent au suivi	Perturbé au suivi	Demande de prise en charge au suivi
< 3	0	0	0
4 – 6	1	8	3
>7	1	1	1

PARTIE 4 : DISCUSSION

4.1 Limites de l'étude

4.1.1 Biais de sélection

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, non rémunérée. La période d'inclusion était de douze mois. Elle est marquée par un taux de participation relativement faible puisque seulement 37% des sujets (n=31), ayant réalisé une demande d'interdiction volontaire de jeux, ont accepté l'entretien au cours de la période.

Deux types de refus peuvent être distingués.

Le refus primaire correspond au refus de participation lorsque l'étude clinique est présentée et proposée par M. Morellini lors du passage au service de police des courses et jeux. Ce refus concerne un tiers des personnes (n=30). Ces personnes n'ont pas été contactées, ainsi nous ne connaissons ni leur profil de joueur, ni l'amplitude des dommages. Peut-être qu'un certain type de joueur a plus facilement accepté de participer à l'étude.

Le refus secondaire correspond aux personnes qui ont accepté, auprès de M. Morellini, d'être contactées pour l'étude mais qui finalement ont refusé la participation à l'enquête lors du contact téléphonique. Ce refus secondaire a pu être exprimé de manière directe par la personne qui ne voulait plus participer à l'étude ou de manière indirecte sous forme d'absences répétées aux rendez-vous et d'impossibilités de se rendre disponible. Diverses causes étaient exprimées, elles pouvaient être professionnelles, financières ou familiales. Ce refus secondaire est important puisqu'il concernait 46% des personnes ayant accepté initialement l'étude (n=27). Plusieurs raisons peuvent être avancées :

Le contexte particulier de l'étude a probablement joué un rôle sur le taux de participation. En effet, le recueil du consentement pour l'étude se faisait au sein d'un lieu particulier, les services de police. Ainsi, la présence d'un représentant de l'Etat, M. Morellini, sensibilisé aux problématiques d'addiction aux jeux d'argent, a sûrement influencé le choix de la personne pour participer à l'étude. En comparaison, l'autre partie du recrutement, directement au sein des casinos, s'est révélée peu efficace puisque seulement 1,8% des personnes ont accepté l'entretien. On peut supposer que ces sujets étaient peu stimulés par le personnel du casino pour participer à l'étude clinique. L'entretien avec une tierce personne, sensibilisée aux problématiques

addictives, n'y était pas obligatoire lors de la demande. Ce type de recrutement a induit un biais de participation.

D'un point de vue général, le recrutement de cette population s'est révélé plutôt difficile. La nécessité de se déplacer en milieu hospitalier a sûrement été un frein pour certains sujets. Ainsi, afin de s'adapter au mieux aux personnes, des entretiens ont été menés directement à leur domicile ou dans des lieux publics. En comparaison, les autres études internationales montrent des taux de participation assez faibles. En effet, au Québec, une étude d'évaluation du programme d'auto-exclusion a montré que 37% des personnes exclues de jeu avaient accepté de participer à une évaluation par un intervenant extérieur, un psychologue indépendant du casino, lors de la mise en place de la mesure (41).

4.1.2 Limites liées au type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale qualitative, permettant de décrire l'état d'une population à un moment donné. Il serait intéressant de voir, selon un type d'étude longitudinale, quel a été l'élément clé favorisant le passage d'un jeu social à un jeu excessif.

De plus, le délai entre le moment où le sujet effectue la demande d'exclusion et le moment où est mené l'entretien a probablement joué un rôle au niveau des déclarations du joueur. On peut supposer que certaines données cliniques ont été sous-estimées, notamment au niveau de l'état psychologique, des consommations de produits illicites et des antécédents judiciaires. La mesure d'exclusion joue probablement un rôle de réassurance pour la personne qui peut sous-estimer les dommages psychologiques et ses problèmes de jeu si elle est vue à une distance trop importante.

4.1.3 Limites liées aux questionnaires

Bien que tous les types de jeux d'argent étaient systématiquement recherchés, certains types de jeux, comme les jeux d'argent clandestins, ont pu être sous-estimés lors du recueil des données.

Certaines données complémentaires auraient pu être intéressantes à exploiter à l'aide de questionnaires supplémentaires. Ainsi, l'exploration des traits de personnalité (questionnaire TCI-125), des stratégies de jeu et pensées irrationnelles du joueur (questionnaire GABS-23) auraient permis d'établir un profil plus complet du joueur (42).

4.2 Forces de l'étude

La population des personnes s'auto-excluant des casinos est une population peu étudiée dans la littérature scientifique. L'accès à ces personnes par un évaluateur est rendu difficile du fait que ces personnes sont souvent en dehors du soin. La coopération avec le représentant local de la police des jeux a été une condition idéale pour mener cette étude descriptive, cela n'avait jamais été réalisé auparavant sur un plan national.

L'utilisation de questionnaires standardisés comme l'ASI et le MINI permet de recueillir des informations validées scientifiquement et de réaliser une évaluation globale de l'individu. Ces données sont potentiellement généralisables afin de réaliser des tests statistiques comparatifs avec d'autres sujets bénéficiant d'une prise en charge addictologique. Cette évaluation globale est intéressante en clinique afin d'adapter et d'améliorer les axes thérapeutiques dans la prise en charge de l'individu.

L'ASI est également validé pour le suivi des personnes, ainsi, l'évaluation des sujets à distance de la DEV a été réalisée. Ce suivi a été conduit par voie téléphonique au mois de septembre 2014. Il permet d'appréhender l'effet de la DEV sur les conditions de vie des personnes s'auto-excluant et la nature d'une éventuelle prise en charge complémentaire.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Le profil de joueur

La majorité des personnes étudiées sont des femmes (60%), aux alentours de cinquante ans (52 ans). Elles sont insérées sur le plan professionnel et plus de la moitié exerce professionnellement à temps plein, elles vivent majoritairement en couple et sont satisfaites de leurs conditions de vie familiale (75%). Cette population est également composée de quelques personnes à la retraite ou en invalidité (21%). Les quelques données internationales disponibles sur le profil de ces joueurs sont sensiblement différentes, ainsi, les deux études québécoises sur les populations de joueurs auto-exclus de jeu menées en 2000 et 2007 par l'équipe de R. Ladouceur montraient que la majorité des personnes auto-exclues était des hommes aux alentours de la quarantaine, employés et vivant en couple. Cependant, l'hétérogénéité de la législation entre les lieux de l'étude et les différences liées à la méthodologie sont des freins pour permettre une comparaison des résultats.

La grande majorité des personnes présente des critères de jeu pathologique (76 % – 81%). Ce constat est similaire aux études ayant été menées sur le sujet qui retrouvent une large majorité de joueurs pathologiques parmi les personnes se faisant auto-exclure des casinos (43). On remarque également que l'utilisation de la nouvelle grille du DSM-5 permet d'établir plus de diagnostics de jeu pathologique que l'ancienne version DSM-IV. Ceci est en partie lié à l'abaissement du seuil diagnostique à 4 critères dans la nouvelle version. L'un des apports du nouveau DSM est l'approche dimensionnelle. Cette approche présente l'avantage d'établir un continuum entre jeu contrôlé, abus de jeu et jeu pathologique.

Dans cette population, le type de jeu de prédilection sont les jeux non-stratégiques type machines à sous ou jeux électroniques (93%). A noter également que 21% des sujets jouent régulièrement à des jeux d'argent sur internet au moment de la mesure d'auto-exclusion. Or, une fois la mesure administrative appliquée, les sites agréés par l'ARJEL leur seront rendus inaccessibles. On peut se demander quel sera le comportement des joueurs face à cette offre en terme de fréquentation et de mise d'argent, l'offre illégale de jeu virtuel étant pléthorique. A l'heure actuelle, les mesures légales ne permettent pas de limiter l'accès à cette offre de jeu.

Le premier contact avec les machines à sous se situe à un âge avancé dans la vie du joueur puisqu'il fréquente les casinos en moyenne depuis 14 ans. Il s'y rend régulièrement (9 jours par mois au cours du mois précédent l'interdiction) et les sommes allouées au jeu représentent une grande partie des revenus mensuels, en moyenne 1391 euros au cours des trente derniers jours. On remarque également que l'entourage du joueur est concerné par cette problématique, en effet, 36% des sujets signalent qu'au moins un membre de leur entourage proche présenterait un problème de jeu.

Les conséquences financières secondaires au jeu sont importantes puisque 21% des sujets présentent des dettes en cours, elles peuvent se présenter sous forme de dossiers de surendettement, de découverts bancaires, d'avances octroyées sur salaire. Le montant des dettes est conséquent (6157 euros) et la moitié des sujets signale un don de leur entourage ou un apport extérieur d'argent le mois précédent l'interdiction. Cette situation financière marque une perte de contrôle face au jeu, le joueur joue afin de se refaire financièrement grâce au jeu, il emprunte et accumule les dettes. Cette phase de jeu est en général marquée par des pensées erronées comme par exemple la négation des lois du hasard et de l'indépendance des tours.

Pour la majorité des sujets, les dommages socio-familiaux et judiciaires paraissent marginaux :

- La majorité des sujets (75%) sont satisfaits de leurs conditions de vie familiale. Si un tiers des sujets déclare avoir été en conflit grave avec un membre de leur famille le mois précédent la mesure de DEV, seulement 15% des personnes présentent des scores de gravité "modéré" dans le domaine familial.
- Aucun sujet ne présente de complications judiciaires. On peut se demander si les conditions du recueil de données n'ont pas minimisé ce taux. En effet, le joueur se retrouve en étroite relation avec la police et, même si la confidentialité est rappelée par l'évaluateur, certaines personnes ont pu omettre, par crainte ou par honte, de mentionner l'existence de problèmes judiciaires.

Des comorbidités psychiatriques sont présentes chez ces joueurs plus souvent sous la forme de troubles anxio-dépressifs. Un tiers des personnes a déjà présenté des troubles

dépressifs et 15% des sujets ont déjà présenté des troubles anxieux au cours de leur vie. Une grande partie des sujets (51%) avaient déjà bénéficié d'une prise en charge psychologique en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Au moment de l'entretien, le quart des personnes (n=8) présentait des scores de gravité nécessitant une prise en charge psychologique.

Les idées suicidaires, qui sont identifiées comme fréquemment associées au jeu pathologique, ne sont pas retrouvées parmi les sujets. Aucun sujet n'avait tenté de se suicider ou n'avait présenté de sérieuses idées de suicide au cours des trente derniers jours bien qu'un tiers des personnes ait déjà connu des situations de crise psychologique et suicidaire par le passé. Ces taux de comorbidités psychiatriques sont inférieurs à ceux retrouvés dans les études épidémiologiques menées en population générale où les troubles de l'humeur sont retrouvés chez 50% des sujets joueurs pathologiques (22).

Les comorbidités addictologiques sont peu présentes parmi cette population, en effet, aucun des sujets ne présente de trouble d'usage avéré lié à la consommation d'alcool ou à la consommation de produit psychoactif. A noter que certains sujets consomment du tabac, un tiers présente une consommation de tabac actuelle et 12% une consommation passée. Ces faibles taux peuvent être expliqués de différentes façons. Tout d'abord, il peut être délicat pour les personnes consommant des produits psychoactifs illicites de se rendre dans un service de police. De plus, les personnes présentant des problématiques de consommation de produits n'ont peut-être pas eu la motivation nécessaire pour participer à cette étude en addictologie. Il peut également s'agir de biais de déclaration, les personnes ont peut-être sous-évalué leurs consommations d'alcool lors de l'entretien. Il convient de rappeler également qu'il s'agit d'un petit échantillon non représentatif. De surcroît, celui-ci est composé à 60% de femmes qui présenteraient, selon les études épidémiologiques, moins de comorbidités addictives que les hommes (44).

D'autres addictions comportementales sont également présentes dans la population étudiée, ainsi certaines personnes présentent des troubles de l'usage des jeux vidéo (n=2) et des troubles du comportement alimentaire (n=1).

En résumé, les sujets étudiés sont plus volontiers des femmes, d'âge moyen de cinquante ans, qui dépensent une grande partie de leurs revenus dans des jeux non-stratégiques de type machines à sous. Elles ont peu de comorbidités addictives et

présentent quelques troubles anxio-dépressifs associés. Le premier contact avec le jeu est tardif dans la vie du sujet mais les dégâts financiers sont relativement importants. On peut se demander si ce profil de joueur est comparable à celui retrouvé chez les autres joueurs de machines à sous en France.

L'étude nationale menée au casino d'Enghien-Les-Bains (45) est la première en France à s'intéresser au profil des joueurs en fonction des préférences de jeu. Les entretiens ont été menés avec des joueurs sociaux, pathologiques, pendant ou en dehors des soins et ont permis d'établir des profils de joueurs en fonction du type de jeu. On remarque que les joueurs préférant un certain type de jeu semblent partager un profil commun.

Ainsi, les joueurs sociaux de machines à sous sont des femmes, âgées, dépensant une plus grande partie de leurs revenus dans le jeu que les autres joueurs. Elles ont commencé le jeu plus tard dans leur vie. Les scores de GABS, qui mesurent l'importance des stratégies et pensées irrationnelles liées au jeu, sont faibles. L'étude de sujets aux profils pathologiques montre qu'ils utilisent le jeu comme un moyen d'échapper à leurs problèmes ou pour soulager une humeur dysphorique. A noter également qu'ils présentent plus de troubles anxio-dépressifs et moins de comorbidités addictives que les autres types de joueur.

Nous constatons, dans l'échantillon étudié, que les joueurs réalisant une mesure d'auto-exclusion de jeux d'argent partagent un profil homogène, en effet, ce sont principalement des joueurs de jeux non stratégiques de type machines à sous. Ce type de jeu représente à l'heure actuelle la grande majorité de l'offre des casinos. Son caractère solitaire, la facilité d'accès, l'absence de stratégie individuelle, la passivité, les mises de départ peu élevées et la rapidité des séquences de jeu sont autant de raisons de son "succès" populaire. La rapidité des séquences de jeu semble être l'un des principaux facteurs impliqués dans le développement d'une problématique de jeu mais cette association serait indirecte. L'étude menée au casino d'Enghien-les-Bains suppose que les machines à sous attireraient un certain profil de joueur, plus susceptible de développer une problématique en réponse aux séquences rapides des jeux, à ce titre des études supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer dans quelle mesure la rapidité du jeu représente un facteur de risque pour ce profil de joueur.

Plusieurs raisons peuvent être évoquées afin d'expliquer le maintien d'un jeu problématique par ce type de joueur (46). Dans un premier temps, cette conduite avec le jeu et plus particulièrement avec les jeux à séquence rapide n'impliquant aucune

stratégie de la part du sujet peut être un moyen pour lui de soulager une humeur dysphorique, de fuir des problèmes personnels. Ensuite, en France, ces machines sont situées exclusivement dans des casinos, lieux à l'ambiance particulière devenus socialement acceptables où le joueur peut se rendre afin de combler un ennui ou un isolement social.

Des comparaisons avec d'autres profils de joueurs seraient intéressantes afin de déterminer si les personnes entamant une démarche d'auto-exclusion ont des profils qui se singularisent des autres joueurs. Ainsi, il pourrait être intéressant de comparer ce type de joueurs avec des joueurs sociaux et des joueurs excessifs traités ou non.

4.3.2 La mesure d'exclusion de jeu

On note qu'une majorité de personnes (55%) a déjà réalisé une demande administrative (DEV ou LVA) pour se limiter dans ses pratiques de jeu. Pour ces personnes, la levée de la mesure s'est suivie par une période de rechute dans un jeu problématique et la réalisation d'une autre mesure d'exclusion. Certains joueurs ont ainsi de véritables "carrières" marquées par des séquences de jeu excessif, des épisodes d'auto-exclusion, des demandes de levée d'exclusion puis des périodes de rechute. Ces personnes semblent être vulnérables par rapport au jeu d'argent, de type machines à sous, et nécessiteraient probablement une aide extérieure, adaptée à leur besoin, afin de prévenir la rechute.

Ainsi, une partie des joueurs sont à risque de développer un jeu problématique lorsque la mesure d'exclusion n'est plus effective. Il serait intéressant de voir quelles sont les attentes du sujet au moment où celui-ci effectue la levée d'exclusion. On peut se demander si le contexte financier et environnemental de l'individu est favorable à la reprise d'un jeu social. De plus, l'évaluation des troubles psychiatriques ou addictologiques pouvant favoriser sa rechute serait également à réaliser afin de réduire les risques pour le joueur.

Actuellement, sur le plan législatif, la levée d'interdiction n'est pas accompagnée d'entretien avec le joueur, un simple courrier au ministère de l'intérieur suffit pour abroger la mesure d'interdiction. Au vu des résultats, un entretien préalable pour évaluer le joueur, identifier des situations à risque ou un contexte de vie difficile, serait bénéfique afin de proposer un accompagnement au joueur qui le souhaite.

Cette proposition thérapeutique doit être adaptée à la demande du joueur, à sa souffrance et à la réalité de sa pathologie afin que l'aide apportée soit la plus efficace possible. Ce type d'intervention serait à évaluer par la suite afin de déterminer son efficacité clinique.

A titre d'exemple, les casinos helvètes et québécois proposent des entretiens préalables à la levée d'interdiction. Ceux-ci sont obligatoires afin de faire le point avec le joueur sur ses capacités financières et sa maîtrise du jeu et identifier des facteurs de risque de rechute. Ces entretiens permettent de déterminer si le joueur est à risque et de proposer une aide adaptée à sa demande et à son profil. Lors de l'entretien, lorsque la mesure est levée, des conseils ou un accompagnement peuvent être proposés au joueur afin de maintenir un jeu responsable.

4.3.3 Etat médical de la population

On note qu'un tiers des personnes est suivi sur le plan médical et prend un traitement pour une pathologie chronique. Les pathologies rencontrées sont principalement d'origine cardiovasculaires (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie) et aucun des sujets n'est traité pour une maladie ou un syndrome parkinsonien, en effet, le traitement par agoniste dopaminergique peut être associé à des cas de jeu excessif. On note également que les trois quarts des personnes avaient déjà été hospitalisées pour problèmes médicaux. Une partie de ces personnes est donc suivie sur le plan médical et consulte régulièrement un médecin traitant. On constate qu'il n'y a jamais eu d'échange significatif concernant ce trouble qui reste, sans doute, encore mal identifié et sous-estimé en médecine générale. Il convient de rappeler le rôle central qu'occupe le médecin traitant en terme de prévention et de dépistage des conduites addictives.

Maintenant que le jeu pathologique est officiellement reconnu comme une addiction comportementale, au même titre que les addictions avec produit, la formation des médecins est indispensable afin de dépister les personnes vulnérables et d'intervenir précocement dans un objectif de réduction des risques financiers et psycho-sociaux. A ce titre, des outils de dépistage adaptés à la pratique de la médecine générale restent à créer. Une thèse de médecine générale (47) réalisée en 2012 parmi 53 médecins généralistes montrait que 90% des médecins ne connaissent pas de score diagnostique pour les addictions comportementales et aimeraient avoir des informations

complémentaires sur le sujet.

4.3.4 Existe-t-il une demande thérapeutique de la part des joueurs ?

Les résultats de l'enquête montrent que la plupart des sujets (93%) présentent des scores de gravité impliquant le recours à une prise en charge spécifique alors que la majorité de sujets (57%) se déclarent “pas du tout” ou “légèrement” en demande de prise en charge. Ces chiffres sont similaires à ceux obtenus dans l'étude québécoise (27) qui montre que 61 % des personnes s'interdisant de jeu, pour la majorité des joueurs pathologiques, n'expriment pas le besoin de prise en charge spécifique.

Ce contraste entre l'intensité des symptômes de jeu pathologique, les dommages financiers et l'absence de demande de prise en charge illustre l'ambivalence du joueur par rapport à ses problèmes de jeu. En effet, les joueurs présentent des dommages importants liés à un jeu excessif mais aucun n'a entrepris de démarche de soins en addictologie ou de suivi externe au cours de sa vie. A l'instar de l'étude québécoise, où seulement 10% des personnes s'étant interdites de jeu avaient déjà abordé ce problème avec un professionnel, les personnes ne semblent pas exprimer activement une demande de soins.

Plusieurs facteurs peuvent être incriminés. Tout d'abord on peut se demander si l'information du joueur en terme de “jeu responsable” est suffisante. Actuellement, au sein des casinos la campagne d'affichage dans chacune des salles du casino est obligatoire afin d'informer les clients sur les risques liés au jeu et les moyens existants mis à leur disposition. Les coordonnées des structures de soins en addictologie sont également indiquées sur les formulaires de LVA (cf annexe 1) et le correspondant des courses et jeux, le capitaine M. Morellini, informe systématiquement le joueur et peut orienter celui-ci directement vers un centre de soins en cas de demande urgente. Cependant, l'information au sein des maisons de jeu est probablement à améliorer. Dans un second temps, on peut se demander si l'offre de soins actuellement disponible à La Réunion est adaptée à la demande du sujet. En effet, se rendre dans un service hospitalier ou un centre de soins ne semble pas à la portée de ces joueurs. D'ailleurs, au cours de ces 12 mois de recueil de données, les personnes acceptaient plus volontiers que l'entretien se déroule en milieu publique ou à leur domicile plutôt qu'à l'hôpital. Enfin, on peut se demander si ces personnes présentent une motivation au changement

suffisante pour entamer une prise en charge spécifique pour le jeu pathologique. Des évaluations de type entretien motivationnel seraient à développer afin de connaître précisément la motivation au changement de chaque sujet.

Les entretiens téléphoniques de suivi qui ont été menés apportent également des éléments supplémentaires sur la question de la demande de soins. Il convient de noter que la participation a été faible puisque seulement 17 personnes (51%) ont accepté l'entretien téléphonique à distance de l'entretien initial d'auto-exclusion. Les personnes perdues de vue (49%) n'étaient pas joignables ou ont refusé l'entretien téléphonique. Parmi les 17 personnes contactées, on remarque que la moitié des personnes (53,3%) est encore perturbée par la problématique de jeu et qu'une minorité (11%) a une activité de jeu d'argent. En ce qui concerne le soin en addictologie, on note que trois personnes (20%) ont entrepris une prise en charge spécifique au décours de l'entretien initial d'évaluation. Ainsi, on peut supposer qu'une meilleure articulation, dont la forme reste à imaginer, entre les services de police et les services de prévention en addictologie permettrait d'orienter plus efficacement les joueurs présentant des troubles sévères et demandeurs d'aide.

4.3.5 Pistes pour améliorer la prise en charge des joueurs

La mesure d'exclusion volontaire est une mesure efficace pour le joueur pathologique qui permet de réduire et de prévenir des dommages trop importants sur la qualité globale de sa vie et notamment au niveau financier. En France, en raison du contrôle d'identité systématique à l'entrée des casinos et de la durée d'exclusion (trois ans), cette mesure semble plus optimisée que dans les pays d'Amérique du Nord (42). On peut se questionner sur les améliorations possibles à apporter à cette mesure, dans le but d'aider les joueurs à reprendre un jeu social car, comme nous l'avons vu, la plupart des joueurs réalisant cette mesure présentent des critères de sévérité impliquant un besoin d'aide.

Tout d'abord, concernant le dépistage et la prise en charge du jeu pathologique, des séances d'information et des outils supplémentaires seraient bénéfiques aux professionnels de premier recours afin d'intervenir de manière précoce et d'apporter une aide adaptée aux personnes en situation de difficulté. Des séances de formation continue sont ainsi à mettre en place pour les professionnels en relation direct avec cette population, comme les médecins généralistes et les travailleurs sociaux, afin de

les sensibiliser et de leur proposer des outils pratiques.

Des améliorations au sein des casinos semblent également réalisables, notamment au niveau de l'information à apporter au joueur au niveau des salles de jeux. Les brochures d'information sur le jeu excessif, adaptées au contexte socio-culturel, sont à améliorer et à mettre en évidence dans les salles de machines à sous. Le dépistage par le personnel du casino est indispensable et la formation continue est à encourager. Plus de coopération avec les structures de soins en addictologie pour les séances de formation permettrait d'améliorer le dépistage et l'orientation des personnes à risque et en demande d'aide. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de valider scientifiquement des signes de dépistage précoce de jeu pathologique en vue d'améliorer la prévention au sein des casinos.

Ensuite, il semble important d'évaluer le joueur au moment où celui-ci effectue la demande de levée d'exclusion. Cette évaluation par un professionnel référent pour les problématiques de jeu, aurait pour objectif de dépister les personnes à risque et de prévenir une éventuelle rechute dans un jeu excessif. A noter que cette mesure n'est pas applicable pour le moment car la demande de levée d'interdiction ne s'effectue qu'au moyen d'un courrier manuscrit que le joueur adresse au ministère de l'intérieur.

Enfin, comme nous l'avons vu, l'offre de soins ne semble actuellement pas en adéquation avec le profil des joueurs rencontrés lors de cette étude, lesquels sont souvent dans une ambivalence par rapport à leur problème de jeu. Cependant, les entretiens, menés au cours de cette étude, ont permis à plusieurs personnes d'entamer une démarche thérapeutique et un suivi régulier. Ainsi, on peut supposer qu'une offre de soins plus souple, par intermédiaire téléphonique ou par la présence d'un intervenant directement au sein du casino permettrait à ces personnes de bénéficier d'une aide plus adaptée. Cependant, des évaluations cliniques supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer l'efficacité d'une telle prise en charge. De plus, certains casinos en France ou en Suisse proposent des limitations mensuelles d'accès aux joueurs qui décident de se limiter à un nombre déterminé de visites dans le mois, les joueurs peuvent aussi bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Ce type de mesure est mise en place dans certains groupes de casinos en France mais le joueur reste libre d'aller jouer dans des casinos indépendants. Il serait intéressant de développer cette mesure à La Réunion qui, du fait de l'insularité et du nombre limité de casinos, présente des conditions idéales.

Bibliographie

- 1 Ricquebourg M., Les addictions à La Réunion, les addictions sans produits, Observatoire Régionale de la santé, 2012, 15p.
- 2 Nelly ACTIF, Manuëla AH-WOANE Indicateurs sociaux départementaux (La Réunion) - Une situation sociale hors norme, rapport de l'INSEE. 2013.
- 3 Costes J.M, Massin S., Etiemble J. Première évaluation de l'impact socio-économique des jeux d'argent et de hasard en France. Notes de l'observatoire des jeux, n°5, juin 2014.
- 4 Trucy F. Les jeux de hasard et d'argent en France : L'Etat croupier, le Parlement croupion ? Rapport d'information 223- Commission des Finances, 2001.
- 5 Ministère de l'intérieur, bilan statistiques des casinos, service centrale des courses et jeux, 84p. Saison 2012-2013.
- 6 Lamour J.F. Rapport sur le projet de loi relatif à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux de hasard et d'argent en France. 2009, 512 p.
- 7 Arrêté du 14 mai 2007 relatif à la réglementation des jeux dans les casinos. Version consolidée au 6 décembre 2013, 102p.
- 8 INSERM, expertise collective, Jeu de hasard et d'argent, contexte et addiction, 2008. 496p.
- 9 Costes J.M., PoussetM., EroukmanoffV., Le Nezet O., Richard J.B, Guignard R., Beck F., Arwidson P. Les niveaux de pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Baromètre santé 2010, module jeux de hasard et d'argent, Inpes/OFDT, Tendances, 2011, n°77, 8p.
- 10 Trucy, F. Rapport d'information fait au nom de la commission des finances (1) sur l'évaluation de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, 307p.
- 11 Trucy, F. Rapport d'information fait au nom de la commission des finances (1) sur l'évaluation de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, 307p.
- 12 Costes JM., Pusset M. Les niveaux et pratiques de jeu de hasard et d'argent en 2010. Baromètre santé 2010, module jeux de hasard et d'argent INPES/OFDT.
- 13 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: 2013, American Psychiatric Publishing.
- 14 DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale Deborah S. Hasin, Ph.D.; Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.; Marc Auriacombe, M.D.; Guilherme Borges, Sc.D.; Kathleen Bucholz, Ph.D.; Alan Budney, Ph.D.; Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.; Thomas Crowley, M.D.; Walter Ling, M.D.; Nancy M. Petry, Ph.D.; Marc Schuckit, M.D.; Bridget F. Grant, Ph.D. Am J Psychiatry, 2013;170:834-

851.

15 Bosc E, Fatséas M, Alexandre J.M., Auriacombe M., Similarities and differences between pathological gambling and substance dependence: A clarification. *Encephale*. Oct 2012;38(5):433-9.

16 Denis C., Fatséas M., Auriacombe M. Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders: 3. An assessment of Pathological Gambling criteria. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Apr 1;122(1-2):22-7.

17 Denis C, Auriacombe M., Version française modifiée de l'Addiction Severity Index: rationnel, description et validation des sections Tabac et Jeu / Jeu d'argent et de Hasard, 2009, 178p.

18 Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987, 144 : 1184-1188.

19 O'Connor J, Dickerson M. Definition and measurement of chasing in off-course betting and gaming machine play. *Journal of Gambling Studies*, 2003;19:359—86.

20 Bouju G, Grall-Bronnec M, Landreat-Guillou M, Venisse JL.(2011) Pathological gambling:risk factors, *Encéphale*. 2011 Sep; 37(4): 322-31.

21 Gaboriau L., Victorri-Vigneau C., Gérardin M., Allain-Veyrac G., Jolliet-Evin P., Grall-Bronnec M., Aripiprazole: A new risk factor for pathological gambling? A report of 8 case reports., *Addictive Behaviors*, mars 2014, p. 562-5.

22 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, 564-574.

23 Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C., “Comprendre et vaincre le gambling”, 2000, p.109-239.

24 Bartley CA., Bloch MH., Meta-analysis: pharmacological treatment of pathological gambling, *Expert Rev Neurother* August 2013, 887-94.

25 Slutske W.S. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry* 2006;163:297—302.

26 Ladouceur, R., Jacques, C., Giroux, I., Ferland, F., & Leblond, J. Brief communications: Analysis of a casino's self-exclusion program. *Journal of Gambling Studies*, n°16, 2000, 453–460.

27 Tremblay, N., Boutin, C., & Ladouceur, R. . Improved Self-exclusion program: Preliminary results. *Journal of Gambling Studies*, n°24, 2008, 505–518.

28 Williams, R. J., West, B. L., & Simpson, R. I. . Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario, Canada. 2007.

- 29 Verlik, K. Casino and racing entertainment centre voluntary self-exclusion program evaluation. Paper presented at the 7th European conference on gambling studies and policy issues, Nova Gorica, Slovenia, July 1–4, 2008.
- 30 Nower, L., & Blaszczynski, A., Characteristics and gender differences among self-excluded casino problem gamblers: Missouri data. *Journal of Gambling Studies*, 2006, 22, 81–99.
- 31 Missouri Gaming Commission. Voluntary exclusion program. June 7, 2010.
- 32 Nelson, S. E., Kleschinsky, J. H., LaBrie, R. A., Kaplan, S., & Shaffer, H. J. One decade of self exclusion: Missouri casino self-excluders four to ten years after enrolment. *Journal of Gambling*, 2010.
- 33 Productivity Commission.. Gambling. Report no. 50, Canberra. Queensland Government. Queensland Household Gambling Survey 2003–04. Brisbane: Queensland.
- 34 Croucher, J. S., Croucher, R. F., & Leslie, J. R.. Report of the Pilot Study on the Self-Exclusion Program conducted by GameChange (NSW). 2006.
- 35 Townshend, P. Self-exclusion in a public health environment: An effective treatment option in New Zealand. *International Journal of Mental Health Addiction*, n°5, 2007, 390–395.
- 36 Nowatzki, R., & Williams, R. J. Casino self-exclusion programmes: A review of the issues. *International Gambling Studies*, n°2, 2002, 3–25.
- 37 Hayer, T., & Meyer, G. Internet self-exclusion: Characteristics of self-excluded gamblers and preliminary evidence for its effectiveness. *International Journal of Mental Health and Addiction*, n°9, 2011, 307–596.
- 38 McLellan, A. T., L. Luborsky, G. E. Woody and C. P. O'Brien. "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients, the Addiction Severity Index." *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1980, 168: 26-33.
- 39 Denis C, Auriacombe M., Version française modifiée de l'Addiction Severity Index: rationnel, description et validation des sections Tabac et Jeu / Jeu d'argent et de Hasard, 2009, 178p.
- 40 Sheehan, D. V., Y. Lecrubier, K. H. Sheehan, J. Janavs, E. weiller, A. Keskiner, J. Schinka, E. Knapp, M. F. Sheehan and G. C. Dunbar. "The validity of the Mini International Psychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability." *European Psychiatry*, 1997, 12: 232-241.
- 41 Tremblay N., Boutin C, Ladouceur R., Improved self-exclusion program: preliminary results., *Journal of gambling studies*, décembre 2008, p. 505-518.
- 42 Bouju G., Hardouin J.B., Gorwood P., Le Bourvellec J.D., Feuillet F., Venisse J.L., Grall-Bronnec M.A, Shorter and multidimensional version of the Gambling Attitudes and Beliefs Survey (GABS-23), *Journal of Gambling Studies*. Juin 2014, 349-67.

43 Sally M. Gainsbury., Review of Self-exclusion from Gambling Venues as an Intervention for Problem Gambling , Journal of Gambling Studies, 2014, 30:229–251.

44 Jansen J.M., Daams J.G., Koeter M.W., Veltman D.J., Van den Brinck W., Goudriann A.E, Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Neuroscience Biobehavioral Review*. 2013 Dec; 37.

45 Challet-Bouju G., Hardouin J.B., Renard N., Legauffre C., Valleur M., Magalon D., Fatséas M., Chéreau-Boudet I., Gorsane M.A, JEU Group, Vénisse J.L, Grall-Bronnec M.A, Gamblers Clustering Based on Their Favorite Gambling Activity , Journal of Gambling studies, septembre 2014.

46 M. Grall-Bronnec, L. Wainstein, M. Guillou-Landreat, J.L. Venisse, Et si le jeu pathologique affectait aussi les seniors ? *Alcoologie et addictologie*, 2009 Mars, Tome 31, p51-56.

47 Chansin A.G., Pratiques actuelles et connaissances utiles au médecin généraliste dans le domaine des addictions comportementales : étude chez 53 médecins généralistes du Havre concernant 6 addictions sans drogue (jeu pathologique, achats compulsifs, addiction à l'internet, addiction au travail, addiction à l'exercice physique et addiction au sexe). Thèse d'exercice de médecine générale. 2012, p.36 – p.38.

Liste des abréviations utilisées

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

ARJEL : Autorité de Régulation des Jeux en Ligne

ASI : Addiction Severity Index

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DEV : Demande d'Exclusion Volontaire

GABS : Gambling Attitude and Beliefs Survey

ICJE : Indice Canadien du Jeu Excessif

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

LVA : Limitation Volontaire d'Accès

MINI : Mini International Psychiatric Interview

PMH : Pari Mutuel Hippodrome

PMU : Pari Mutuel Urbain

PBJ : Produit Brut des Jeux

RISQ : Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives Québec

SOGS : South Oaks Gambling Screen

TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention Hyperactivité

Liste des tableaux

Tableau 1 (p.27) : Taux de participation à l'étude des personnes exclues volontaires de casino.

Tableau 2 (p.28) : Délais entre le contact téléphonique et la réalisation de l'entretien.

Tableau 3 (p.29) : Age des participants à l'étude.

Tableau 4 (p.29) : Niveau d'étude des participants.

Tableau 5 (p.30) : Catégories socio-professionnelles (CSP) des participants à l'étude.

Tableau 6 (p.31) : Type d'emploi habituel dans les trois dernières années.

Tableau 7 (p.32) : Nombre de critères DSM-IV de jeu pathologique par participant.

Tableau 8 (p.33) : Nombre de critères DSM-5 jeu pathologique par participant.

Tableau 9 (p.34) : Jeu d'argent de prédilection des participants à l'étude.

Tableau 10 (p.35) : Antécédent de mesure de limitation (DEV ou LVA).

Tableau 11 (p.36) : Répartition du nombre de sujets en fonction du score de gravité dans chacun des domaines étudiés.

Tableau 12 (p.38) : Nombre de personnes ayant présenté des troubles d'origine psychologique.

Tableau 13 (p.39) : Intensité de la demande d'aide exprimée par le joueur en fonction de la sévérité des scores de jeu.

Tableau 14 (p.43) : Suivis et devenirs des joueurs selon le score de sévérité de base pour le jeu.

Annexe 1, formulaire LVA



LIMITATION VOLONTAIRE D'ACCES

Article 23 de l'arrêté du 14 mai 2007 modifié
relatif à la réglementation des jeux dans les casinos

Je soussigné(e) :

M o n s i e u r , M a d a m e , (n o m , p r é n o m)

.....

Né(e) le / / à (dept
.....)

Souhaite pour des raisons personnelles, adopter une pratique du jeu responsable.

En conséquence, je m'engage à ne plus entrer ou tenter d'entrer dans les espaces de jeux des casinos du département de la Réunion à compter de la signature de la présente et pour une période non renouvelable de **QUATRE MOIS** soit jusqu'au

Ma limitation d'accès sera effective le lendemain de la signature de cette demande.

Je reconnais que le présent engagement devient caduc à effet immédiat :

- si je demande une interdiction nationale en sollicitant les services compétents du Ministère de l'Intérieur,
- si le directeur responsable d'un casino m'exclut au titre de l'article 24 de l'arrêté du 14 mai 2007.

Je pourrais solliciter de nouveau cette mesure un an après sa date d'expiration.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'une copie de la présente pourra être communiquée au correspondant « courses et jeux » de la Direction de la Police Judiciaire.

Je m'engage à ne pas poursuivre les casinos de Saint-Denis, Saint-Gilles ou Saint-Pierre, quelque soit le litige sur le sujet qui vient d'être évoqué.

Fait à

le

Signature du demandeur

Annexe 1, formulaire LVA

STRUCTURES EN ADDICTOLOGIE A L'ILE DE LA REUNION

* * *

COMMUNE	ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS	CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE
SAINT-DENIS	<p>Service d'Addictologie : CHR Félix Guyon, niveau 7, Bâtiment M1 – Bellepierre. ☎ 02 62 90 56 01 ou 02 62 90 56 04 Consultation du lundi au vendredi sur rendez-vous. Équipe de liaison, hospitalisation.</p>	<p>CSAPA Nord 43, rue Mazagran ☎ 02 62 30 11 31</p>
SAINT-PIERRE	<p>Service d'Addictologie : CHR GHSR Terre Sainte ☎ 02 62 35 97 15 Consultation sur rendez-vous. Équipe de liaison, hospitalisation (sur le site de Saint-Joseph).</p>	<p>CSAPA Sud 71, rue Luc Lorion ☎ 02 62 35 23 74</p>
SAINT-PAUL	<p>Equipe Addictologique de liaison et consultations (Dr L. Amor) CGHM ☎ 02 62 45 30 30</p>	<p>CCAA 31, rue Chaussée Royale ☎ 02 62 55 14 08</p>
SAINT-ANDRÉ	<p>Unité d'Addictologie du GHER (Dr LEDERER) - Saint-Benoît - ☎ 02 62 46 83 21</p>	<p>CSAPA Est 404, avenue Ile de France 97440 Saint-André ☎ 02 62 50 39 09</p>
SAINT-GILLES-LES-HAUTS	<p>Clinique Privée : Clinique addictologique Robert Debré, impasse des Oliviers ☎ 02 62 59 37 37</p>	
LE PORT		<p>CCAA 6, rue de Bruxelles ☎ 02 62 45 99 60</p>

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

ADDICTION SEVERITY INDEX - TSR

Adaptation française

INSTRUCTIONS

- 1) Ne laissez aucun blanc et utilisez les codes appropriés
 X : pas de réponse
 N : non concerné
 Utilisez un caractère par case
- 2) Les items entourés sont à poser en base et au suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de *.
- 3) De l'espace libre est réservé après chaque section pour les commentaires

EVALUATION DE LA SEVERITE

L'évaluation de la sévérité est établie à travers un entretien qui permet d'estimer les besoins pour le patient d'un traitement supplémentaire dans chaque domaine. Les échelles s'étendent de 0 (pas du tout) à 9 (traitement absolument nécessaire, pronostic vital en jeu). Chaque évaluation est basée sur l'histoire symptomatologique du patient, les conditions actuelles et une évaluation subjective de son besoin d'être traité dans chaque domaine concerné. Pour plus de renseignements se reporter au manuel.
 Remarque : cette échelle de sévérité est optionnelle.

RAPPEL DE L'ECHELLE D'AUTO-EVALUATION

- 0 — non pas du tout
- 1 — légèrement
- 2 — modérément
- 3 — considérablement
- 4 — extrêmement

INFORMATIONS GENERALES

N° DOSSIER

Date de l'entrevue :
 jour mois année

Heure début :

Heure fin :

Catégorie :
 1 - Base
 2 - Suivi

Code contact :
 1 - en personne
 2 - téléphone

SEXE :
 1 - Masculin
 2 - Féminin

Code interviewer

SPECIAL :
 1 - Patient sorti
 2 - Refus du patient
 3 - Patient incapable de répondre

NOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL

1- Depuis combien de temps vivez-vous à cette adresse ?
 ans mois

2- Est-ce que vous êtes propriétaire vous ou votre famille ?
 0 - Non
 1 - Oui

3- Date de naissance :
 jour mois année

6- Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en environnement contrôlé ?
 1 - NON
 2 - Prison, garde à vue
 3 - Traitement alcool ou drogue
 4 - Traitement médical
 5 - Traitement psychiatrique
 6 - Autre :

7- Combien de jours ?

Profil de sévérité

9																	
8																	
7																	
6																	
5																	
4																	
3																	
2																	
1																	
0																	
PROBLEMES	Médical	Emploi / Ressources	Alcool	Substances	Tabac	Jeu	TCA	Autr. Addif. Sans subst	Situation légale	Fam./Soc.	Psychologique						

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

2

ETAT MEDICAL

<p>* 1 - Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux ? (Y compris surdosage et delirium tremens ; excepté désintoxication) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2 - Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique ? <input type="text"/> ans <input type="text"/> mois</p> <p>3 - Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie (Sérologie hépatite et VIH) ? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/> Précisez :</p> <p>4 - Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique ? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>5 - Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ? (hors d'une incapacité psychiatrique) 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/> Précisez :</p> <p>6 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>Question 7 et 8 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</i></p> <p>7 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ? <input type="checkbox"/></p>	<p>8 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Évaluation de sévérité par l'interviewer</i></p> <p>9 - Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical ? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Évaluation de confiance</i></p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>10 - volontairement par le patient 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>11 - par son incapacité à comprendre 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p>
---	---	--

COMMENTAIRES

3 - Sérologie hépatite et VIH ?

TSR - PROBLEMES DE SANTE

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
4. Avez-vous vu un médecin pour obtenir des soins ?	-- __	-- __
5. Avez-vous vu une infirmière ou un professionnel de la santé pour obtenir des soins ?	-- __	-- __
6. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes de santé :		
• En consultation individuelle ?	-- __	-- __
• En session de groupe ?	-- __	-- __

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

EMPLOI / RESSOURCES		
<p>* 1- Nombre d'années d'études (BAC = 12 ans) <input type="text"/> <input type="text"/> ans <input type="text"/> <input type="text"/> mois</p> <p>* 2- Formation ou études techniques <input type="text"/> <input type="text"/> mois</p> <p>3 - Avez-vous un métier, une profession, une compétence ? 0 - Non <input type="checkbox"/> 1 - Oui (préciser) :</p> <p>4- Avez-vous un permis de conduire valide ? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>5- Pouvez-vous disposer d'une automobile ? (sans permis de conduire valide répondez Non) 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>6- Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps ? <input type="text"/> <input type="text"/> ans <input type="text"/> <input type="text"/> mois</p> <p>7- Occupation actuelle (ou dernière occupation) Précisez :</p> <p>8- Quelqu'un contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre ? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>9- (Si oui à la question 8) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières ? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>10 - Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Temps plein (32 heures/semaine) 2 - Temps partiel (heures régulières) 3 - Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée) 4 - Etudiant 5 - Service militaire 6 - Retraité / Invalidité 7 - Sans emploi 8 - Environnement contrôlé</p> <p>11- Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours (y compris travail au noir) ? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours ?</p> <p>12- Emploi (revenu net) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>13- Chômage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>14- Aide sociale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>15- Pension <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>16- Conjoint, famille, amis ou gains <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>17- Illégal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>18- Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins ? (nourriture, logement, etc) <input type="checkbox"/></p>	<p>19- Combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Question 20 et 21 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</p> <p>20- Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ? <input type="checkbox"/></p> <p>21- Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir une aide pour ces problèmes d'emploi ? <input type="checkbox"/></p> <p>Évaluation de sévérité par l'interviewer</p> <p>22- Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel ? <input type="checkbox"/></p> <p>Évaluation de confiance</p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>23- volontairement par le patient 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>24- par son incapacité à comprendre 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p>
COMMENTAIRES		

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

TSR – PROBLEMES D'EMPLOI ET DE RESSOURCES FINANCIERES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous fait des démarches pour un emploi, des études ou une formation ?		
• Directement auprès d'une ANPE ?	-- __	-- __
• Par l'intermédiaire d'une autre personne	-- __	-- __
4. Avez-vous fait des démarches auprès de l'assurance-chômage, de l'aide sociale, ou d'un autre organisme de ce type :		
• Directement auprès de cet organisme ?	-- __	-- __
• Par l'intermédiaire d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	-- __	-- __
5. Avez-vous eu un échange significatif (important) quant à vos problèmes d'emploi ou de ressources financières :		
• En consultation individuelle ?	-- __	-- __
• En session de groupe ?	-- __	-- __

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

Les items soulignés sont les items à noter en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si nécessaires de *.

SUBSTANCES / ALCOOL / TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

	30 derniers jours	Nb de prises par jour	Prescription 30 der jours	Toute la vie années	Voie
* <u>1</u> - alcool toute utilisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>2</u> - alcool intoxicant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>3</u> - héroïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4a</u> - méthadone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4b</u> - buprénorphine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>5</u> - autres opiacés/ analgésiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>6</u> - barbituriques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>7</u> - autres sédatifs/ hyp/tranq	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>8</u> - cocaïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>9</u> - amphétamines	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>10</u> - cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>11</u> - hallucinogènes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12</u> - inhalants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 13- plus d'une substance par jour

* 12b- tabac

* 12d- tout jeu
- dont jeu argent

* 12e- Etes-vous préoccupé(e) par votre poids et avez-vous fait des tentatives de maîtrise de votre poids

* 12c- Autre addiction sans substance posant problème : _____ (précisez)

0 = non ; 1 = oui

Si oui, 30 derniers jours

Toute la vie (en années)

14- Quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal ?

(Veuillez coder comme précédemment ou : 15-polysubstances;
17-tabac ; 19 : autre addiction sans substance)

Si 04, préciser si cette substance est M= Méthadone, B= Buprénorphine

Si plusieurs substances, veuillez entourer les substances déclarées comme problématiques

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c	12d	12e
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----	-----	-----

Voie d'administration: 1 = orale,
2 = nasale, 3 = fumée, 4 = inj. non IV,
5 = IV

Prescription : 0 = non ; 1 = oui

Moyen: 1 = restriction, 2 = boulimie + vomissements, 3 = laxatif-diarthéque- autres substances, 4 = hyperactivité physique, 5 = boulimie + perte contrôle, 6 = combinaison

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

15- Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s) ou d'une autre addiction sans substance - en mois - (00-jamais abstinent)

--	--

16- Depuis combien de mois, cette abstinence a-t-elle cessé ? (00- encore abstinent)

--	--

***17-** Combien de fois avez-vous eu :

- un delirium tremens (alcool)
- une overdose (drogue)

***18-** Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)

***19-** Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)

20- Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :

- alcool
- substances (hors alcool et tabac)
- tabac
- jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)

21- Combien de journées avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une autre addiction sans substance au cours des 30 derniers jours ? (y compris AA, NA)

--	--

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

22- Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- problèmes de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)

Question 23 et 24 : demander au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective :

23- Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des :

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- problèmes de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)

24- Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces :

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- problèmes de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

Evaluation de sévérité par l'interviewer

25h- Selon vous, quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal? (Entourez le(s) numéros correspondant)

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c	12d	12e
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----	-----	-----

25- Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour :

- problème d'alcool
- problème de substances (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)

Evaluation de confiance.

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés

26- Volontairement par le patient

- 0- Non
- 1- Oui

27- Par son incapacité à comprendre

- 0- Non
- 1- Oui

TSR – PROBLEMES LIES AUX SUBSTANCES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les substances ?	— —	— —
8. Avez-vous participé à une réunion de type NA ou CA ?	— —	— —
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	— —	— —
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à des substances		
• En consultation individuelle ?	— —	— —
• En session de groupe ?	— —	— —

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

TSR – PROBLEMES LIES A L'ALCOOL		
* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur l'alcool ?	__ __	__ __
8. Avez-vous participé à une réunion de type AA ou Programme 12-étapes ?	__ __	__ __
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	__ __	__ __
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alcool		
• En consultation individuelle ?	__ __	__ __
• En session de groupe ?	__ __	__ __

TSR – PROBLEMES LIES AU TABAC		
* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur le tabac ?	__ __	__ __
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	__ __	__ __
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés au tabac		
• En consultation individuelle ?	__ __	__ __
• En session de groupe ?	__ __	__ __

TSR – PROBLEMES LIES AU JEU		
* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur le jeu pathologique ?	__ __	__ __
8. Avez-vous participé à une réunion de type "joueur anonyme" ?	__ __	__ __
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	__ __	__ __
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés au jeu		
• En consultation individuelle ?	__ __	__ __
• En session de groupe ?	__ __	__ __

TSR – PROBLEMES LIES AU TCA		
* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les TCA ?	__ __	__ __
8. Avez-vous participé à des activités expressions corporelles, expressions artistiques ?	__ __	__ __
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	__ __	__ __
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés aux TCA		
• En consultation individuelle ?	__ __	__ __
• En session de groupe ?	__ __	__ __

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

HISTOIRE DE LA FAMILLE

Certaines personnes de votre famille, ont-elles ou ont-elles eu des difficultés que vous qualifieriez d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologiques, qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement ?

	Côté Maternel				Côté Paternel				Fratrie		
	Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych
Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sœur 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sœur 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Consigne : Noter « 0 » dans la catégorie familiale quand la réponse est clairement négative pour toute les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement oui pour un membre de la catégorie familiale ; « X » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « N » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté. Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus pour une catégorie

TSR – PROBLEMES FAMILIAUX

* Combien de fois

	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en présence de votre famille :		
• Avec un thérapeute familial ?	__ __	__ __
• Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?	__ __	__ __
4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en l'absence de votre famille :		
• Avec un thérapeute familial ?	__ __	__ __
• Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?	__ __	__ __

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

*** 1** - Etat civil :
 1 - Marié 4 - Séparé
 2 - Remarié 5 - Divorcé
 3 - Veuf 6 - Célibataire

2 - Depuis combien de temps avez-vous cet état civil ?
 ans mois
 (Depuis l'âge de 18 ans si vous n'avez jamais été marié)

3 - Etes-vous satisfait de cette situation ?
 0 - Non
 1 - Indifférent
 2 - Oui

*** 4** - Conditions de vie habituelles der 3 ans
 1 - avec conjoint et enfants
 2 - avec conjoint seulement
 3 - avec enfants seulement
 4 - avec parents
 5 - avec famille
 6 - avec amis
 7 - seul
 8 - environnement contrôlé
 9 - pas de conditions de vie stables

5 - Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ?
 ans mois
 (Depuis l'âge de 18 ans si vous vivez avec vos parents ou votre famille)

*** 6** - Etes-vous satisfait de ces conditions de vie ?
 0 - Non
 1 - Indifférent
 2 - Oui

Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des :
 0 - Non 1 - Oui

6 A problèmes d'alcool ?
6 B problèmes de substances non prescrites ?

7 - Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre ?
 1 - famille
 2 - amis
 3 - seul(e)

8 - Êtes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre ?
 0 - Non
 1 - Indifférent
 2 - Oui

9 - Combien d'amis intimes avez-vous ?

Consignes pour 9A à 18 :
 Noter « 0 » dans la case correspondante quand la réponse est clairement négative pour toutes les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement Oui pour un membre de la catégorie familiale ; « X » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « N » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté.

9A Pourriez-vous dire que, dans votre vie, vous avez eu des relations étroites durant de longues périodes avec des personnes de votre entourage proche ?
 0 - Non 1 - Oui

Mère
 Père
 Frère/sœur
 Epoux(se)/partenaire sexuel(le)
 Enfants
 Amis

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec :
 0 - Non 1 - Oui

10 - Mère
11 - Père
12 - Frère/sœur
13 - Epoux(se)/partenaire sexuel(le)
14 - Enfants
15 - Autre parent important à vos yeux :
16 - Amis intimes
17 - Voisins
18 - Camarades de travail

Est-ce que certaines de ces personnes (10-18) ont abusé de vous :
 0 - Non 1 - Oui

18 A - Emotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs)
18 B - Physiquement (en vous causant des préjudices corporels)
18 C - Sexuellement (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

19 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave ?
 Avec votre famille
 Avec d'autres personnes (famille exclue)

Question 20 et 23 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé au cours des 30 derniers jours par ces :
20 - Problèmes familiaux
21 - Problèmes sociaux

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces :
22 - Problèmes familiaux
23 - Problèmes sociaux

Évaluation de sévérité par l'interviewer

24 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil familial ou aide sociale ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :
25 - volontairement par le patient 0 - Non 1 - Oui
26 - par son incapacité à comprendre 0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

Annexe 2, Questionnaire ASI, version de février 2006.

ETAT PSYCHOLOGIQUE

<p>* 1) Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels :</p> <p>Dans un hôpital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>En externe ou dans le privé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2) Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique ? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de substances) au cours de laquelle vous avez : 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>3) Eu une dépression grave <input type="checkbox"/></p> <p>4) Souffert d'une anxiété ou d'une tension grave <input type="checkbox"/></p> <p>5) Connus des hallucinations <input type="checkbox"/></p> <p>6) Eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir <input type="checkbox"/></p> <p>7) Eprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent <input type="checkbox"/></p> <p>8) Eu des sérieuses idées de suicide <input type="checkbox"/></p> <p>9) Tenté de vous suicider <input type="checkbox"/></p> <p>10) Un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ? <input type="checkbox"/></p>	<p>30 dans des toute jours la vie</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																					<p>11) Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Question 12 et 13 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</i></p> <p>12) Au cours des 30 derniers jours dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? <input type="checkbox"/></p> <p>13) Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Les items suivants sont à compléter par l'interviewer</i></p> <p>Au moment de l'entretien, le patient est : 0 - Non 1 - Oui</p> <p>14) Manifestement déprimé/enfermé <input type="checkbox"/></p> <p>15) Manifestement hostile <input type="checkbox"/></p> <p>16) Manifestement anxieux/nerveux <input type="checkbox"/></p> <p>17) Le patient a des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéalisation, déni <input type="checkbox"/></p> <p>18) Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir <input type="checkbox"/></p> <p>19) Il a des pensées suicidaires <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Évaluation de sévérité par l'interviewer</i></p> <p>20) Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique/psychologique ? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Évaluation de confiance</i></p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>21) volontairement par le patient 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>22) par son incapacité à comprendre 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p>

COMMENTAIRES

TSR - PROBLEMES EMOTIONNELS OU PSYCHOLOGIQUES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
5. Avez-vous en consultation, pratiqué une forme de relaxation de biofeedback ou de méditation :		
• En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	- -	- -
• En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	- -	- -
6. Avez-vous, en consultation, pris part à un jeu de rôles à un psychodrame, à un sociodrame ou à toute autre méthode de modification du comportement :		
• En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	- -	- -
• En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	- -	- -
7. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes psychologiques ou émotionnels :		
• Avec un psychothérapeute ?	- -	- -
• Avec un intervenant ou un autre thérapeute	- -	- -

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.