

d'argent. Implications pour la prévention

Margret Rihs-Middel, Mélina Andronicos, Stephanie Stucki, Markéta Stach, Olivier Simon, Laurence Aufrère, Martin Preisig, Jacques Besson, Centre du Jeu Excessif, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne, Suisse

Résumé

Le but de cette recherche est d'établir une base scientifique des facteurs de risque potentiels du jeu excessif, à l'attention des professionnels du secteur socio-sanitaire. Les données sont basées sur 19706 participants, de l'enquête suisse sur la santé de 2002, ainsi que sur 886 patients psychiatriques recrutés, entre 1996 et 2004, dans le cadre d'une étude familiale, effectuée dans les départements universitaires de psychiatrie de Lausanne et de Genève, sur les troubles de l'humeur unipolaires et bipolaires ainsi que la dépendance à l'alcool ou l'héroïne. Après une analyse de régression logistique, les résultats indiquent qu'il existe une différence entre le modèle prédictif pour les joueurs fréquents et le modèle prédictif pour les joueurs excessifs. Il y a une similitude des facteurs de risque pour les deux populations. Cependant, pour l'échantillon des patients psychiatriques de Lausanne/Genève, il y a un cumul de ces différents facteurs de risque, alors que pour l'échantillon de la population générale, les facteurs de risque co-existent dans une moindre mesure.

1. Le jeu excessif: problème de santé publique sous-estimé

Le jeu de hasard et d'argent est caractérisé, dans les manuels de psychiatrie – tels que le DSM-IV et la CIM-10 – comme un trouble du contrôle de l'impulsivité. La prévalence de ce problème se situe entre 1 et 3% dans les pays pour lesquels des études sont présentes. Dans une analyse récente (Rihs-Middel, 2005), nous avons trouvé que seulement 2% des personnes pouvant potentiellement bénéficier d'une prise en charge cherchent un traitement. Künzi et al. (2004) ont trouvé qu'il s'écoule de 5 à 6 ans avant qu'une personne ayant des problèmes de jeu majeurs cherche conseil ou de l'aide. Ces problèmes d'accès au traitement sont liés, d'une part, à la difficulté des joueurs à parler de leurs problèmes, et d'autre part, au tabou social entourant le jeu ou bien encore, au manque d'information auprès des professionnels de la santé. Notre approche cherche à identifier les facteurs épidémiologiques qui sont liés aux risques élevés de jeu à problème ou de jeu pathologique. Nous distinguons, ici, un jeu pratiqué par une population potentiellement vulnérable. Nous avons défini que la population vulnérable est l'ensemble des personnes jouant au moins une fois par semaine. Nous définissons ce groupe comme stade I, selon les travaux de Korn et Shaffer (1999). Nous considérons que le stade II est composé de joueurs à problème (défini par 3–5 critères dans le South Oaks Gambling Screen, SOGS). Le jeu pathologique ou de stade III, selon Shaffer, est caractérisé par 5 critères et plus au SOGS ou par un diagnostic clinique selon le DSM-IV ou la CIM-10. Sur le plan épidémiologique, il est difficile de distinguer le jeu à problème du stade II du jeu pathologique du stade III. Nous avons décidé d'appeler les stades II et III «jeu excessif», en suivant la terminologie de Ladouceur.

Key Words

Pathological Gambling
Frequent Gambling
Risk Factors
Prevention
Epidemiology

* Ce projet a été soutenu par un mandat spécial de l'Office fédéral de la santé publique à Margret Rihs-Middel, qui exprime ses remerciements au professeur Thomas Zeltner, directeur de l'OFSP, ainsi qu'à Ueli Locher, ancien vice-directeur, et au Dr Martin Buechi, chef de section. Les auteurs remercient aussi l'Office fédéral des statistiques et spécialement le Dr Roland Calmonte, de leur avoir procuré les données de l'Enquête suisse sur la santé.

La mortalité chez les joueurs excessifs est le problème le plus grave. Bourget, Ward et Gagné (2003) ont passé en revue la littérature internationale et rapportent 13 à 16% de tentatives de suicide chez les joueurs pathologiques. Si nous essayons d'extrapoler les données pour la Suisse, nous constatons que, durant l'année 2002, sur une estimation de 45 203 joueurs pathologiques, 2 233 auraient tenté de se suicider et 278 se seraient suicidés. Il s'agit d'une partie substantielle (20%) des 1 380 suicides rapportés pour 2002. Il faut toutefois être prudent quant à cette extrapolation, à cause d'un manque évident de recherches. Cependant, il faut noter que ces chiffres paraissent inquiétants et qu'ils soulignent le fait que le jeu est un problème pouvant être mortel et représentant un coût réel pour l'individu, sa famille et la société.

Le jeu excessif est, en général, accompagné d'un degré de co-morbidité élevé. Selon les statistiques hospitalières (Office fédéral de la statistique, 2002), nous constatons que, pour toute la Suisse, 63% des joueurs présentent un problème de co-morbidité psychiatrique; ce qui est aussi confirmé par les données de notre centre de traitement. Nous avons trouvé, ici, un taux de co-morbidité de 15% avec la dépendance à l'alcool, 13% avec l'abus de substances multiples, 14% avec la dépression, 10% avec un trouble de la personnalité et autre (11%), pour un effectif de 115 patients.

Les traitements pour les comportements de dépendance existent et ont largement prouvé leur efficacité. Il paraît donc raisonnable de concevoir des stratégies de prévention du jeu excessif en facilitant, notamment, l'accès au traitement. En effet, en Suisse, selon les données de l'Office fédéral de la statistique (2002), 79,4% des joueurs fréquents ont consulté au moins une fois un professionnel de la santé – la plupart du temps leur médecin de famille – durant l'année précédente. C'est pour cela qu'il apparaît important de mettre à disposition des professionnels de la santé des outils de dépistage et d'intervention simple, pour une identification précoce des joueurs excessifs potentiels.

Notre étude se fixe les objectifs suivants:

- Identifier les paramètres pertinents pour identifier la population vulnérable.
- Déceler les facteurs de risque pour développer un jeu excessif.
- Proposer un outil de dépistage précoce.

2. Hypothèse

Notre hypothèse est qu'il existe une différence entre le modèle prédictif, concernant le jeu fréquent, basé sur l'enquête suisse sur la santé, et le modèle prédictif concernant le jeu pathologique, basé sur l'étude des patients psychiatriques de Lausanne/Genève.

De cette façon, nous espérons pouvoir différencier une population vulnérable tout venante d'une population clinique.

3. Méthode

3.1 Description de la population

3.1.1 L'enquête suisse sur la santé

Les données ont été recueillies par l'Office fédéral de la statistique, à Neuchâtel, en Suisse, durant l'année 2002, en quatre phases successives de durée égale. L'enquête avait pour objectif d'analyser la situation de la santé des personnes vivant en Suisse. Les sujets ont été sélectionnés dans le bottin téléphonique. Les entretiens ont été réalisés dans trois des quatre langues nationales (français, allemand et italien).

Sur l'échantillon total de 32 868 foyers contactés, 2 044 adresses n'étaient pas valides et 7 668 ménages n'ont pas pu être interviewés, pour des questions de langue ou de santé; ou n'ont pas pu être atteints après 50 appels. Un total de 19 706 interviews ont été réalisés; ce qui correspond à un taux de participation de 64%. Les interviews ont été réalisées de trois façons différentes. Les personnes, entre 15 et 74 ans, ont été interrogées par téléphone. Les personnes de plus de 75 ans ont participé à un entretien en face à face. Un total de 947 interviews ont été faites par procuration. La durée approximative de l'entretien téléphonique était de 40 minutes. Sur un total de 18 759 personnes interrogées, 16 141 personnes ont rendu le questionnaire supplémentaire, contenant les questions liées au jeu, envoyé par courrier. Des détails supplémentaires, concernant la description de la population ainsi que la procédure d'administration, peuvent être obtenus auprès de l'Office fédéral de la statistique de Neuchâtel.

Les biais de la sélection: la sélection de l'échantillon de la population, par l'intermédiaire du bottin téléphonique, constitue le premier biais. En effet, la plupart des personnes ayant un statut d'immigrant légal ou illégal ainsi que les jeunes utilisent, en général, un téléphone mobile et ne sont pas, de ce fait, répertoriés dans le bottin. D'autre part, les personnes en institution n'ont pas été interrogées, par exemple: les personnes âgées vivant en maison de retraite, les personnes emprisonnées ou les personnes hospitalisées. Le troisième biais provient du fait que les questions spécifiques au jeu ont été posées par écrit. Les personnes ayant des capacités limitées au niveau de l'écrit sont donc sous-représentées.

3.1.2 Les patients psychiatriques de Lausanne/Genève

Cet échantillon comprend 886 patients (probants) recrutés de 1996 à 2004 dans le cadre d'une étude familiale. Ces patients ont été traités pour un trouble bipolaire, un trouble dépressif majeur, une dépendance à l'alcool ou aux opiacés. Les patients ont été traités en hospitalier ou en ambulatoire au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) à Lausanne ou au Département de Psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Un groupe témoin a été recruté dans les services d'orthopédie de Lausanne et de Genève. L'étude repose sur des méthodes d'investigation standard, tels que l'entretien diagnostique direct avec le patient et les membres de sa famille du premier degré ainsi que son épouse et une procédure de pose de diagnostic, selon la meilleure appréciation, qui tient compte de l'ensemble des informations à disposition sur un sujet – incluant l'entretien diagnostique direct, l'anamnèse familiale et les dossiers médicaux. L'analyse de cet article se limite à l'information récoltée sur les probants.

3.2 Analyse statistique

Dans cette étude, les individus, choisis parmi la population générale et les patients consultant pour des problèmes psychiatriques, sont examinés dans le but d'un dépistage précoce des problèmes de jeu. Cette prévision est évaluée par le biais d'une régression logistique répondant à deux questions: (1) Sur la base de quel(s) critère(s) peut-on dépister un comportement de jeu excessif dans la population générale de l'enquête sur la santé? (2) Sur la base de quel(s) critère(s) peut-on prévoir un comportement de jeu excessif dans une population psychiatrique (modèle DIGS)?

Nous avons utilisé la stratégie proposée par Shtatland et al (2003 et 2005).

3.3 Confounders et modificateurs

Les Confounders sont identifiés en employant les tableaux de fréquence et la régression logistique. Les modificateurs d'effet sont divisés en sous-groupes, afin de prendre soin du rapport non linéaire entre la variable et le comportement de jeu.

3.4 Manipulation des anomalies des données

Les données ont été manipulées de la façon suivante:

- Les variables pour lesquelles il manque un grand nombre de valeurs (manquant > 30) ont été exclues.
- Les variables avec des fréquences inférieures à 5 ont été dichotomisées ou exclues.
- Les variables qui montrent une corrélation élevée avec d'autres variables mesurant une notion semblable ont été évaluées. La variable choisie est la mesure la plus directe du concept.
- Autrement, les variables ont été dichotomisées si cela était toujours possible.

4. Résultats

4.1 L'enquête suisse sur la santé

4.1.1 Présentation des variables significatives en lien avec le jeu excessif, sortant de l'analyse brute

Les résultats principaux qui peuvent être déduits du tableau 1 sont les suivants:

- On constate, tout d'abord, qu'il y a plus d'hommes que de femmes dépendants du jeu.
- L'âge apparaît être un facteur déterminant de la fréquence du jeu. Les personnes âgées de 45 ans et plus semblent être plus touchées que les autres catégories d'âge.
- La consommation élevée d'alcool est associée à tous les types de jeu.
- L'origine (suisse ou étrangère) ne semble pas avoir d'effet sur la fréquence du jeu.
- L'attention portée à la santé, en général, semble être moins importante pour les personnes présentant un jeu fréquent. Elles se montrent peu soucieuses en ce qui concerne les questions de santé.
- Les symptômes dépressifs sont plus fréquents chez les joueurs fréquents que chez les joueurs occasionnels ou non-joueurs. Les symptômes dépressifs suivants sont présents: troubles du sommeil, pensées suicidaires, perte de libido, moral bas ainsi que perte générale d'intérêt.

Tableau 1: Caractéristiques des personnes interviewées dans l'enquête suisse sur la santé 2002 en comparant des personnes ayant un comportement de jeu fréquent avec des personnes qui ne montrent pas de jeu fréquent

Variable	Toto/Lotto n=3318 n (%)	Machines à sous n=96 n (%)	Casino n=53 n (%)	Pari n=89 n (%)	Jeu total n=3394 n (%)	Non-Jeu n=16263 n (%)	Chi-carré (p-valeur) p < 0.01: *; < 0.001: **; < 0.0001: ***.	OR
Genre								
Hommes	1774 (53)	45 (47)	20 (38)	46 (52)	1822 (54)	7087 (43)	117 (***)	1.5
Femmes	1544 (47)	51 (53)	33 (62)	43 (48)	1576 (46)	9221 (57)		
Classe d'âge (n°)								
15-24 ans (1)	79 (2)	15 (16)	3 (6)	5 (6)	96 (3)	1605 (10)	176 (***)	0.3
25-34 ans (2)	361 (11)	14 (15)	3 (6)	7 (8)	374 (11)	2648 (16)	59 (***)	0.6
35-44 ans (3)	679 (21)	10 (10)	4 (8)	10 (11)	688 (20)	3514 (22)	2.8	0.9
45-54 ans (4)	661 (20)	16 (17)	10 (19)	18 (20)	680 (20)	2495 (15)	45 (***)	1.4
55 et plus (5)	1538 (46)	41 (43)	33 (62)	49 (55)	1560 (46)	6046 (37)	93 (***)	1.5
Nationalité								
Suisse	2886 (87)	82 (85)	46 (87)	74 (83)	2951 (87)	14365 (88)	4.1	1.1
Etranger	432 (13)	14 (15)	7 (13)	15 (17)	447 (13)	1943 (12)		
Revenu mensuel								
Sans revenu (0)	144 (4)	9 (9)	1 (2)	10 (11)	154 (5)	1376 (8)	60 (***)	0.5
< 2000 CHF (1)	286 (9)	8 (8)	9 (17)	10 (11)	292 (9)	1638 (10)	6.7 (***)	0.8
< 3500 CHF (2)	1243 (38)	38 (40)	15 (28)	29 (33)	1272 (32)	5378 (33)	25 (***)	1.2
< / = 5000 CHF (3)	945 (29)	30 (31)	11 (21)	23 (26)	965 (28)	4274 (26)	6.9 (*)	1.1
> / = 5001 CHF (4)	700 (21)	11 (12)	17 (32)	17 (19)	715 (21)	3642 (23)	2.7	0.9
Fume par jour								
Non-fumeur (0)	2367 (71)	63 (66)	41 (77)	62 (70)	2410 (71)	12679 (78)	73 (***)	0.7
1 paquet (1)	774 (23)	28 (29)	8 (15)	21 (24)	802 (24)	3174 (20)	30 (***)	1.3
2 paquets (2)	168 (5)	4 (4)	4 (8)	5 (6)	175 (5)	425 (3)	61 (***)	2.0
3 paquets et plus (3)	9 (0.3)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	11 (0.3)	30 (0.2)	2.7	1.8
Gramme(s) d'alcool/jour								
0 gr = Alcjour 0	779 (24)	21 (22)	12 (23)	24 (27)	799 (24)	4500 (28)	24 (***)	0.8
< 0.5 gr = Alcjour 1	673 (20)	19 (20)	11 (21)	18 (20)	688 (20)	3821 (24)	16.1	0.8
0.5-4.7 gr = Alcjour 2	792 (24)	21 (22)	9 (17)	15 (17)	812 (24)	4232 (26)	6.2	0.9
> 4.7-13 gr = Alcjour 3	1070 (32)	35 (37)	21 (40)	32 (36)	1095 (32)	3710 (23)	137 (***)	1.6
Préoccupation santé								
Insouciant	398 (12)	17 (18)	9 (17)	13 (15)	414 (12)	1275 (8)	68 (***)	1.6
Symptômes dépressifs								
Pensées suicidaires	506 (15)	20 (21)	12 (23)	17 (19)	519 (15)	1633 (10)	80 (***)	1.6
Troubles du sommeil	1882 (57)	51 (53)	26 (49)	47 (53)	1923 (57)	6509 (40)	320 (***)	1.9
Perte libido	1335 (40)	33 (34)	18 (34)	36 (41)	1370 (40)	4423 (27)	236 (***)	1.8
Moral bas	1333 (40)	40 (42)	19 (36)	39 (44)	1372 (40)	4921 (30)	135 (***)	1.6
Perte d'intérêt	963 (29)	37 (39)	18 (34)	31 (35)	997 (29)	2837 (17)	256 (***)	1.9
Locus/control								
Se sentir exposé	481 (15)	18 (19)	11 (21)	15 (17)	498 (15)	1519 (9)	87 (***)	1.7
Utilisation des services de santé								
Consulté médecin	2640 (80)	70 (73)	42 (79)	76 (85)	2698 (79)	12562 (77)	9	1.1
Recherché d'aide pour le jeu	65 (2)	8 (8)	6 (11)	11 (12)	72 (2)	2 (0.01)	334 (***)	176

Le Chi-carré et les p-valeurs rapportés se réfèrent uniquement à la comparaison de toutes les sortes de jeux fréquents (jeu total) avec le Non-Jeu.

Les pourcentages ont été arrondis, ce qui peut induire des erreurs. Dans certains cas, les pourcentages excèdent 100%. Le jeu total est défini par tous les individus qui pourraient pratiquer plusieurs types de jeux fréquents. Par conséquent, la somme, pour le jeu total, est plus petite que celle de tous les types de jeu spécifiques additionnés. OR: Odds Ratio.

- La plupart des indicateurs du locus de contrôle ne permettent pas de différencier les joueurs fréquents des autres. Cependant, le sentiment d'être exposé aux caprices du destin est prépondérant chez les joueurs fréquents.
- Les personnes présentant un jeu fréquent ont tendance à consulter d'avantage un médecin que les autres personnes.
- Chercher de l'aide pour des problèmes liés au jeu est plus fréquent pour les joueurs fréquents que pour les autres. Même si cela paraît évident, il est intéressant de noter qu'il y a une différence entre les différentes catégories de joueurs. La fréquence la plus basse concerne les joueurs de la catégorie toto/lotto. Le pourcentage le plus élevé concerne les parieurs de courses de chevaux et les joueurs au casino.

4.1.2 L'analyse de la régression logistique

Nous allons, à présent, présenter l'analyse de la régression logistique. Les variables susceptibles d'être incluses dans le modèle sont les suivantes:

Variables: SEXE (féminin, masculin), CLASSE D'ÂGE (5 classes d'âges transformées en variables prédictives), NATIONALITE (suisse, étranger), NOMBRE DE PAQUETS DE CIGARETTES FUMÉES (4 niveaux), SANS SOUCI (1,0), GRAMME(S) D'ALCOOL DANS LE SANG/JOUR (4 niveaux), PENSEES SUICIDAIRES (1,0), TROUBLES DU SOMMEIL (1,0), PERTE DE LA LIBIDO (1,0), MORAL BAS (1,0), PERTE D'INTERET (1,0), SE SENTIR EXPOSE (1,0), CONSULTMED (1,0), CHERCHEAIDE (1.0), NERVEUX (1.0), DOULEUR DE

Tableau 2: Analyse logistique multiple des facteurs de risque pour un comportement de jeu fréquent dans l'enquête suisse sur la santé 2002

Variable	Coefficient Beta	Erreur standard SE	Odds ratio	Intervalle de confiance (Odds proportion)	Chi-carré (p-valeur) ¹
HOMME	0.466	0.043	1.6	1.47-1.73	119.1 (***)
AGE	0.574	0.043	1.8	1.63-1.93	179.7 (***)
GRAND FUMEUR	0.380	0.045	1.5	1.34-1.60	70.3 (***)
ALCOOL/JOUR	0.062	0.019	1.1	1.03-1.10	11.1 (**)
TROUBLE DU SOMMEIL	0.435	0.043	1.5	1.42-1.68	100.3 (***)
REVENU 2 ²	0.242	0.041	1.3	1.18-1.38	35.0 (***)
INSOUCIANT	0.357	0.064	1.4	1.26-1.62	31.2 (***)
MORAL BAS	0.174	0.052	1.2	1.08-1.32	11.3 (**)
PERTE LIBIDO	0.277	0.044	1.3	1.21-1.44	40.1 (***)
PERTE INTERET	0.351	0.055	1.4	1.28-1.58	40.9 (***)
SE SENTIR EXPOSE	0.147	0.063	1.2	1.02-1.31	5.4 (*)
EQUILIBRE PSYCHIQUEMENT	0.3689	0.043	1.4	1.33-1.57	75.6 (***)
CHERCHE AIDE	5.088	0.720	162.0	39.5-664.9	49.9 (***)

¹ p < 0.01: *; < 0.001: **; < 0.0001: ***. ² Revenu 2: Revenu < 3500 CHF.

POITRINE (1.0). Le modèle final est présenté dans le tableau 2.

Le tableau 2 indique que, pour un échantillon représentatif de la population suisse, le jeu fréquent est associé aux facteurs de risque suivants: être un homme, être âgé de 45 ans et plus, fumer 1 paquet de cigarettes ou plus par jour, se sentir peu concerné par un style de vie sain et présenter des signes de dépression (troubles du sommeil, moral bas, perte de libido et perte d'intérêt). Comme il existe une forte corrélation entre la variable «pensées suicidaires» et la variable «troubles du sommeil», nous avons décidé de supprimer cette dernière. Le fait de se sentir exposé au destin et le fait de se sentir équilibré psychologiquement semble aussi être associé au jeu fréquent. Il va de soi que le fait d'avoir consulté, auparavant, pour des problèmes de jeu, semble être un excellent indicateur du jeu excessif.

4.1.3 Validation du modèle

La méthode de validation «bootstrap» utilisée ici, vise à enlever un sujet à la fois et à valider le modèle avec le reste de l'échantillon (n-1). Une table de classification, pour l'échantillon entier, est établie sur la base d'un programme logistique SAS proc (voir le tableau 3).

Le tableau 3 présente la sensibilité et la spécificité pour les probabilités de 0.1 à 0.9.

Il apparaît que la sensibilité, c'est-à-dire la capacité du modèle de classer correctement les joueurs fréquents, est de 91 pour le niveau de significativité 0,1. En contrepartie, la spécificité est relativement basse (0,26 au niveau de probabilité de 0,1).

Le secteur sous la courbe d'opérateur de récepteur peut être trouvé en employant le D de Somer. Cette valeur est fournie par le programme SAS proc freq et sa valeur est de 0,37. Le secteur sous la courbe de ROC est trouvé par la formule suivante:

$$\text{Secteur sous la courbe} \\ \text{AUC} = (1 + D)/2 = (1 + 0.37)/2 = 0,685$$

4.2 Etude des patients psychiatriques de Lausanne/Genève

4.2.1 Présentation des variables importantes de l'analyse brute, dans le dépistage clinique d'un comportement de jeu excessif

Le tableau synoptique suivant (tableau 4) présente les caractéristiques principales de l'échantillon examiné. En raison du faible nombre de patients examinés pour le jeu pathologique, nous avons choisi un niveau de significativité plus large que dans l'enquête suisse sur la santé, précédemment discutée, à savoir p=0,05. Dans cette étude, les variables ont été mesurées de façon différente que dans l'enquête sur la santé, car elles étaient destinées, à

Tableau 3: Tableau de classification pour les personnes ayant participé à l'enquête suisse sur la santé 2002

Niveau de probabilité	Correct		Incorrect		Pourcentage				
	Event	Non-Event	Event	Non-Event	Correct	Sensibilité	Spécificité	Faux pos.	Faux nég.
0.100	3 094	4 170	12 138	304	36.9	91.1	25.6	79.7	6.8
0.200	1 721	12 047	4 261	1 677	69.9	50.6	73.9	71.2	12.2
0.300	664	15 096	1 212	2 734	80.0	19.5	92.6	64.6	15.3
0.400	225	16 017	291	3 173	82.4	6.6	98.2	56.4	16.5
0.500	103	16 257	51	3 295	83.0	3.0	99.7	33.1	16.9
0.600	76	16 302	6	3 322	83.1	2.2	100	7.3	16.9
0.700	72	16 306	2	3 326	83.1	2.1	100.0	2.7	16.9
0.800	72	16 306	2	3 326	83.1	2.1	100.0	2.7	16.9
0.900	72	16 306	2	3 326	83.1	2.1	100.0	2.7	16.9

Tableau 4: Comparaison des caractéristiques des patients recrutés dans les services psychiatriques des régions de Lausanne et de Genève et présentant un jeu excessif avec celles des patients qui ne présentent pas de jeu excessif

Variable	Dépisté pour jeu pathologique n=28 n (%)	Pas de jeu n=16263 n (%)	Odds Ratio	Chi-carré (p-valeur) p < 0.05: *; < 0.001: **; <0.0001: ***.
Genre				
Hommes	22 (79)	453 (52)	3.2	7.4 (**)
Femmes	6 (21)	410 (58)		
Classe d'âge (Nr)				
15–24 ans (1)	2 (7)	79 (9)	0.76	0.13
25–35 ans (2)	6 (22)	219 (26)	0.80	0.22
35–44 ans (3)	7 (25)	269 (31)	0.74	0.49
45–54 ans (4)	12 (43)	203 (24)	2.4	5.6 (*)
55 ans et plus (5)	1 (4)	94 (11)	0.3	1.5
Nationalité				
Suisse	19 (68)	643 (74)		
Etranger	9 (32)	221 (26)	1.4	0.6
Revenu par mois				
Sans revenu (0)	0	0		
< 2000 CHF (1)	9 (32)	196 (23)	1.6	1.3
< 3500 CHF (2)	8 (29)	197 (23)	1.4	0.5
<= 5000 CHF (3)	7 (25)	159 (18)	0.8	1.5
>= 5001 CHF (4)	4 (14)	312 (36)	0.3	5.6 (*)
Fume par jour				
Non-fumeur (0)	5 (18)	368 (43)	0.3	6.8 (**)
1 paquet (1)	6 (21)	324 (38)	0.5	3.0
2 paquets (2)	14 (50)	149 (17)	4.8	19.5 (***)
3 et plus (3)	3 (11)	23 (3)	4.4	6.2 (*)
Problèmes d'alcool				
désir d'alcool irrésistible	19 (68)	238 (28)	5.6	21.5 (***)
2 critères de diagnostic	22 (79)	414 (44)	4.0	10.2 (**)
Symptômes dépressifs				
Tentative de suicide	12 (44)	251 (29)	1.9	2.9
Anxiété				
2 critères diagnostiques	19 (70)	388 (45)	2.9	6.7 (*)
Problèmes métaboliques				
	6 (21)	112 (13)		16.4 (**)

Les Chi-carrés rapportés et les p-valeurs se réfèrent à la comparaison entre les patients examinés pour le jeu pathologique et tous autres types de patients.

l'origine, à être employées dans le but d'un diagnostic clinique.

- Les patients de sexe masculin sont prédominants dans la catégorie examinée pour le jeu excessif.
- En outre, conformément à l'enquête suisse sur la santé, la classe d'âge de 45 à 55 ans semble être particulièrement vulnérable aux problèmes de jeu.
- Le nombre de patients étrangers et de patients suisses n'est pas sensiblement différent dans la catégorie jeu pathologique, ce qui correspond, encore, aux résultats de l'enquête suisse sur la santé. Par ailleurs, les personnes ayant des problèmes de jeu pathologique sont clairement sous-représentées dans la classe de revenu la plus élevée.
- Le tabagisme sévère (fumer deux paquets de cigarettes par jour et plus) est plus fréquent dans la catégorie du jeu pathologique.
- Les symptômes dépressifs, en particulier les tentatives de suicide, sont plus fréquents chez les joueurs pathologiques que chez les autres patients. Ce constat est d'autant plus pertinent, car l'échantillon interrogé est issu d'une population consultante pour des problèmes psychiatriques, où une forte présence de symptômes dépressifs peut être attendue. Donc, les joueurs patholo-

giques dépassent les autres patients par rapports aux problèmes dépressifs.

- Il y a plus de plaintes au sujet de problèmes métaboliques, en général, dans la catégorie des joueurs que dans la catégorie des autres patients.

4.2.2 Analyse de régression logistique

Nous avons employé la variable suivante pour l'analyse de régression logistique. En raison du faible nombre de patients identifiés pour des problèmes de jeu potentiel, nous n'avons pas utilisé le procédé de Shtatland, car le processus de sélection s'est arrêté et n'a pas identifié les confounders potentiels. Nous avons donc utilisé un algorithme d'élimination rétrograde avec un niveau de significativité de 0,2.

Les variables définies sont les suivantes:

HOMME (1.0), CLASSE D'AGE (1–5), NATIONALITE (suisse, étranger), REVENU (0–4), FUMEUR (0–3 paquets), GRANDFUMEUR (1 si >= 2 paquets), DESIRE D'ALCOOL (1.0), DIAGNALCOOL2 (1.0), TENTATIVE DE SUICIDE (1.0), exercice physique (EXPHYS), 2 critères diagnostiques d'anxiété (ANXIETE2), ALLERGIE, problèmes métaboliques

Tableau 5: Analyse logistique multiple des facteurs de risque putatifs pour le comportement de jeu pathologique dans l'étude des patients psychiatriques de Lausanne/Genève

Variable	Coefficient Beta	SE Erreur standard	Odds ratio	Intervalle de confiance Odds proportion	Chi-carré (p-valeur) < 0.01: * < 0.001: ** < 0.0001: ***
Tentative de suicide	0.464	0.42	1.6	0.70 – 3.61	1.228 (0.27)
Homme	1.096	0.48	3.0	1.16 – 7.73	5.113 (0.02)
Grand fumeur (2 paquets/jour)	1.263	0.42	3.5	1.55 – 8.07	9.017 (0.003*)
Classe d'âge 4 ¹	0.933	0.40	2.5	1.15 – 5.61	5.334 (0.02)
Consommation d'alcool (2 critères diagnostiques)	0.707	0.51	2.0	0.74 – 5.55	1.891 (0.17)

¹Classe d'âge n° 4: 45–54 ans.

PROBLMETAB, MAL DE TÊTE, DIABÈTE, problèmes émotifs (PROBEMOT), PENSEES LIEES A L'ALCOOL. En raison du faible nombre de cas et de l'intercorrélation élevée, le modèle suivant a finalement été choisi. Ce modèle atteint des objectifs purement explicatifs. Il convient de noter que, dans une population clinique, les facteurs de risque tendent à être cumulés. Par exemple pour les 22 hommes, 20 ont eu un diagnostic de problèmes d'alcool avec 2 critères.

Le présent travail a montré, de façon évidente, que les hommes sont plus concernés par les problèmes de jeu que les femmes. Le genre est le premier critère utilisé, suivi du second critère qui est l'âge. Il existe un lien entre le fait d'être un grand fumeur (plus d'un paquet par jour), le jeu excessif, la

consommation d'alcool et les symptômes dépressifs. Par ailleurs, le fait d'avoir un revenu moyen (moins de 5000.– par mois) et des dettes est un indice d'un jeu excessif potentiel. Le fait de ne pas prêter attention aux problèmes de santé peut indiquer des comportements de jeu fréquent comme facteur de risque. Dans l'enquête suisse sur la santé, il apparaît que les femmes fréquentent d'avantage les casinos alors que les hommes parient d'avantage aux courses de chevaux. Ces résultats doivent être toutefois relativisés, car les effectifs sont faibles.

La variable que nous avons identifiée, qui concerne d'avantage les femmes, est aussi liée aux troubles du sommeil. En effet, sur les 1576 femmes qui jouent, 966 (61.3%) déclarent avoir des troubles du sommeil; pour les hommes le pourcentage est de 53%.

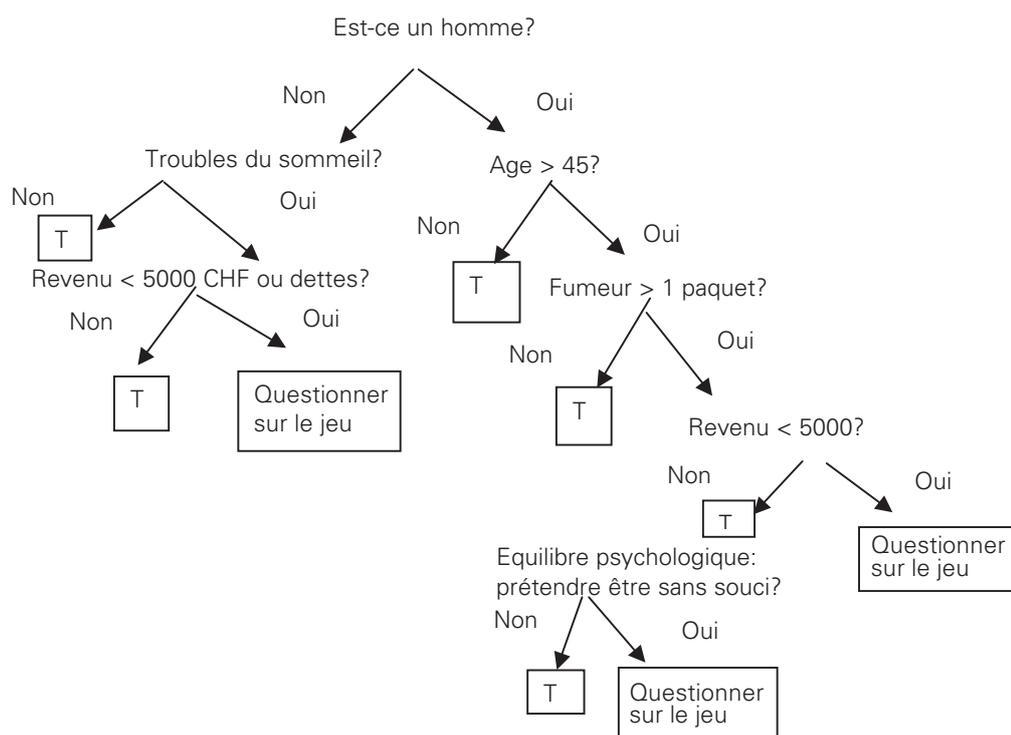


Figure 1: L'arbre de décision montrant les problèmes de jeu (T= Terminer, pas d'autre exploration)

5. Discussion générale

Les facteurs de risque du jeu fréquent, observés dans l'enquête suisse sur la santé, sont en concordance avec les résultats indiqués dans la littérature. Notons en particulier les résultats suivants:

- Quatre symptômes de la dépression apparaissent comme des facteurs de risque d'un jeu fréquent: les troubles du sommeil, le moral bas, la perte de libido et la perte générale d'intérêt.
- Ne pas être préoccupé par les problèmes de santé est un facteur de risque qui n'a pas, à notre connaissance, encore été observé dans d'autres études.
- Les problèmes de mésusage d'alcool constituent un facteur de risque important.
- Être un homme est un important facteur de risque du jeu fréquent et pathologique.
- Ce qui est aussi vrai pour les personnes âgées de plus de 45 ans.
- Dans notre travail, la catégorie la plus représentative concerne les personnes avec un salaire bas à moyen. Cependant, on remarque que pour les personnes jouant au casino, il s'agit de la catégorie des personnes ayant un salaire supérieur à 5000 CHF qui est la plus fréquente.
- Les résultats de l'enquête suisse sur la santé, ainsi que ceux de l'étude des patients psychiatriques de Lausanne/Genève peuvent être liés, comme nous l'avons mentionné plus haut, au biais de sélection. Les données ne permettent pas de conclure s'il existe une différence entre le jeu excessif et le fait d'être suisse ou d'origine étrangère.
- Être un grand fumeur et fumer plus d'un paquet par jour est un indicateur d'un jeu fréquent et pathologique. Il existe cependant aussi un lien entre la consommation de tabac, la consommation d'alcool et les symptômes dépressifs.
- Se sentir «cool» est associé avec un jeu fréquent.
- Un locus de contrôle externe, «se sentir exposé au hasard» caractérise un jeu fréquent.
- Chercher de l'aide pour des problèmes de jeu constitue, de façon évidente, un bon indicateur d'un jeu fréquent.

Nous avons mis en évidence qu'il existe une différence entre le modèle prédictif pour les joueurs fréquents et le modèle prédictif pour les joueurs excessifs. En effet, nous observons une plus grande intensité et un cumul des facteurs susmentionnés chez les joueurs excessifs, alors que dans une population générale de joueurs fréquents, un joueur fréquent cumule moins de facteurs de risque.

6. Références

1. Bourget D, Ward H, Gagné P. Psychiatry and the Law: Characteristics of 75 Gambling-Related Suicides in Quebec. Bulletin of the Canadian Psychiatric Association, December 2003.
2. Centre du Jeu Excessif. Rapport annuel. Département Universitaire de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne, Suisse, 2005.
3. Künzi K, Fritschi T, Egger T. Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz. Büro BASS, 2004.
4. Korn DA, Shaffer HJ. Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective. Journal of Gambling Studies 1999;15(4).
5. Office fédéral de la statistique, 2002. Enquête suisse sur la santé 2002.
6. Office fédéral de la statistique, 2004. Statistique administrative des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers en 2002.
7. Rihs-Middel M. Mesures de prévention en Suisse: protocole de recherche. Centre du Jeu Excessif, 2004.
8. Shtatland ES, Kleinmann K, Cain E. Stepwise methods in using SAS PROC LOGISTIC and SAS Enterprise Miner for Prediction. SAS User Group Information (SUGI) Paper 2005:228-58.
9. Shtatland ES, Cain E, Barton MB. The Perils of Stepwise Logistic Regression and how to Escape them Using Information Criteria and the Output Delivery System. SAS User Group Information (SUGI) Paper 2003:222-6.

Adresse pour correspondance:
Dr Margret Rihs-Middel
Centre du Jeu excessif
Rue Saint Martin 7
CH-1003 Lausanne
Tel.: +41 21 316 44 39
Fax: +41 21 316 44 41
E-mail: Margret.Rihs@chuv.ch ou cje@chuv.ch
www.jeu-excessif.ch, www.gambling-problems.ch