

Comportements addictifs sans substance

# Jeu excessif et personnes âgées

Malgré le fait que la majorité des personnes jouent aux jeux de hasard et d'argent de façon occasionnelle et récréative il existe une minorité de personnes confrontées à une perte de maîtrise. Ces comportements peuvent également concerner certaines personnes âgées. Cet article passe en revue les connaissances actuelles sur l'épidémiologie, les mécanismes, ainsi que la prévention et le traitement du jeu excessif chez la personne âgée.

Les jeux de hasard et d'argent englobent les jeux qui offrent, moyennant une mise, la chance de réaliser un gain en argent ou d'obtenir un autre avantage matériel, cette chance dépendant uniquement ou essentiellement du hasard. La majorité des gens jouent aux jeux de hasard et d'argent de façon occasionnelle et récréative, mais d'autres personnes sont confrontées à une perte de maîtrise de ce comportement, appelée jeu excessif (JE par la suite). Défini par le DSM-V comme une addiction, le JE se caractérise par la présence de symptômes de dépendance (signes de sevrage psychologique et de tolérance nécessitant d'augmenter le degré d'engagement pour atteindre le niveau de stimulation recherché), de symptômes obsessifs (préoccupation envahissante) et de symptômes impulsifs (reproduction du comportement de jeu en dépit des conséquences) (tab. 1). Une étude a estimé que le JE engendrait en Suisse des coûts sociaux compris entre 545.5 et 658.3 millions de francs par an (6). Si les groupes cibles pour la prévention sont avant tout les jeunes et les clients réguliers des lieux de jeu, les personnes âgées retiennent aussi l'attention. Le but de cet article est de présenter les enjeux de la problématique du JE parmi cette population.



Dr méd.  
Yann-Karim Pittet  
Lausanne

Dr méd.  
Olivier Simon  
Lausanne

Prof. Dr méd.  
Jacques Besson  
Lausanne

## Données épidémiologiques

Il existe peu d'études spécifiques aux addictions de la personne âgée. Les addictions les plus fréquentes de cette classe d'âge, qui concerne la consommation d'alcool et de psychotropes prescrits, sont associées à une élévation des comorbidités et des difficultés sociales, accentuant l'isolement déjà fréquent de l'âge avancé. Les aînés sont cependant aussi touchés par les nouvelles addictions, comme le JE (9).

**Prévalence.** La prévalence du JE est estimée entre 1 et 4% dans les pays industrialisés (16). Les études épidémiologiques suisses rapportent une prévalence sur l'année écoulée et sur la vie entière respectivement de l'ordre de 1.3% et 3.3%, demeurée stable juste après l'introduction de la nouvelle législation et l'ouverture de casinos (3). Les rares études existantes ne permettent pas d'affirmer que l'incidence du JE serait plus élevée chez les personnes âgées (1, 18). A notre connaissance, aucune étude relative aux comportements de jeu des personnes âgées n'a été publiée en Suisse.

**Facteurs de risque.** Chez les personnes âgées, comme dans la population générale, le sexe masculin, un passé de joueur et la consommation d'alcool sont des facteurs de risque d'un JE (19). Certains facteurs protecteurs ayant trait à l'étayage social ont été relevés, notamment le mariage, un réseau social développé, des activités variées et un niveau d'éducation élevé (21).

**Comorbidités.** Les joueurs âgés présentent plus souvent des consommations et dépendances au tabac, à l'alcool et à d'autres substances, ainsi que des pathologies psychiatriques (Episode dépressif majeur, Trouble anxieux généralisé, Trouble obsessionnel-compulsif, Trouble panique, Trouble de la personnalité de type évitant) ; ils présentent aussi plus souvent des idées suicidaires. La précocité des conduites de jeu chez la personne âgée est associée à une sévérité accrue des comorbidités psychiatriques (8).

**Suicidalité.** Selon une étude canadienne, le nombre de passages à l'acte serait 3.4 fois plus élevé chez les joueurs excessifs (12). Une étude d'autopsie psychologique, également réalisée au Canada, a montré que le JE était présent dans 5% des décès par suicide (14). Quant aux personnes âgées, connues pour être une classe d'âge présentant un taux de suicide élevé, une sur 6 aurait pour motif principal de consulter un centre spécialisé le fait de prévenir un passage à l'acte (13).

**TAB. 1 Critères diagnostiques du jeu pathologique du DSM-5**

**A Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :**

- 1 A besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
- 2 Est agité/irritable lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
- 3 A fait des efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
- 4 Est souvent préoccupé par le jeu (remémoration ou anticipation d'épisodes de jeu)
- 5 Joue fréquemment lors d'un vécu de stress (sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété)
- 6 Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »)
- 7 Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
- 8 Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
- 9 Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu

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

Sévérité : léger = 4-5 items, moyen = 6-7 critères, sévère = 8-9 critères

### Mécanismes du jeu excessif et âge avancé

Différents facteurs semblent avoir une influence sur l'initiation, l'intensification et le maintien du JE chez les personnes âgées. Ces facteurs peuvent être répartis en trois catégories : les facteurs de vulnérabilité individuelle, les facteurs environnementaux et sociaux, et les facteurs de régulation du comportement (17, inspiré du modèle des pathways de Blaszczynski (2)).

Dans sa revue de littérature, Tirachaimongkol décrit que les facteurs de vulnérabilité individuelle peuvent être la présence de situations stressantes, qu'il s'agisse d'une situation soudaine de stress intense ou de l'accumulation d'éléments plus insidieux, comme les pertes et deuils liés à l'âge avancé, les difficultés interpersonnelles ou une péjoration de l'état de santé. Les autres facteurs sont l'habitude d'avoir recours à des stratégies d'adaptation (ou coping) peu soutenantes (par exemple l'abus de substances), ou encore l'absence ou le refus de soutien. Dans des situations où les facteurs de vulnérabilité individuelle prédominent, une intervention prenant en charge ces facteurs plutôt que directement la problématique de jeu, peut être adaptée, en encourageant par exemple la mise en œuvre de stratégies alternatives.

Les facteurs cités par Tirachaimongkol comprennent également les facteurs environnementaux et sociaux, notamment les conséquences d'un statut socio-économique faible, en raison par exemple du manque de diversité des activités de divertissement ou de l'accès plus difficile à des structures de soutien. Les expériences de gros gains, les offres promotionnelles, un accueil chaleureux dans les lieux de jeu, jouent également un rôle, de même que l'existence d'une forte valeur familiale ou culturelle associée au jeu, si les joueurs ont grandi dans un tel environnement.

Les facteurs de régulation du comportement comprennent les facteurs organiques pouvant influencer les conduites de JE. L'évolution d'un syndrome démentiel, un accident vasculaire cérébral, les effets secondaires d'abus de substances ou d'un traitement médicamenteux (typiquement, l'utilisation d'agonistes dopaminergiques dans le traitement de la maladie de Parkinson) peuvent avoir des répercussions sur l'inhibition, le jugement et la prise de décision, et favoriser alors les conduites de jeu excessif. Ces facteurs impliquent la nécessité de prendre en compte l'impact des traitements et des comorbidités sur le niveau d'impulsivité des joueurs âgés (17, 20).

Il semble que les facteurs environnementaux, culturels et sociaux prédominent lors de l'initiation du JE, alors que les facteurs individuels contribuent plutôt à le maintenir. Si le gain monétaire est une motivation chez tous les joueurs, la dimension occupationnelle occupe une plus grande place chez les personnes âgées (10, 11).

### Interventions

**Prévention.** La législation en vigueur en Suisse impose des mesures de prévention aux opérateurs de jeu. Chaque casino doit mettre en place un programme visant à informer des risques liés au jeu, à identifier les joueurs à risque et, le cas échéant, à les exclure. L'entourage des joueurs a également la possibilité de signaler aux casinos les comportements à risque d'un proche, qui se verra exclu de casino à moins de pouvoir prouver que ses conduites de jeu ne mettent pas ses finances en danger. Exploités dans le cadre des cafés restaurants en Suisse Romande, les loteries électroniques présentent un risque particulier pour les personnes âgées. Ces lote-

**TAB. 2** Questionnaire Lie-Bet

1. Avez-vous déjà dû mentir à des personnes proches concernant votre comportement relatif aux jeux d'argent?
2. Avez-vous déjà senti le besoin de miser toujours plus d'argent?

Le test est positif si la réponse est affirmative à au moins une des deux questions, et devrait mener à une évaluation plus poussée (sensibilité 99%, spécificité 91%) (7)

**TAB. 3** Stratégies pour arrêter ou diminuer le temps de jeu

**Mesures relatives aux finances :**

- ▶ Avoir sur soi une petite somme d'argent
- ▶ Laisser les cartes de crédit chez soi, ou les annuler
- ▶ Fixer auprès de la banque un montant de retrait quotidien maximal
- ▶ Demander conseil à un service social ou de désendettement
- ▶ Mettre en place des virements bancaires permanents pour les factures de base (loyer, assurances, etc.)

**Mesures relatives au comportement de jeu**

- ▶ Utiliser les services d'auto-exclusion des casinos
- ▶ Penser souvent à ce qui motive à arrêter de jouer, aux activités appréciées et abandonnées à cause du jeu
- ▶ Planifier d'autres activités que le jeu les jours de rentrée d'argent
- ▶ Modifier ses trajets pour éviter les endroits de jeu
- ▶ S'accorder des moments de plaisir, éviter de se punir

**Aide externe**

- ▶ Confier les cartes de crédit à un proche digne de confiance
- ▶ Demander un cosignataire pour les retraits bancaires, ne pas retirer seul de l'argent
- ▶ Donner le message aux proches de ne pas donner d'argent
- ▶ Parler des problèmes de jeu à des personnes de confiance

ries, appelées Tactilo, présentent en effet une importante accessibilité et un haut potentiel addictif, sans possibilité d'auto-exclusion, car ne relevant pas de la loi sur les casinos.

Le JE est peu dépisté chez les personnes âgées : les soignants ont tendance à sous-estimer, et donc à moins rechercher, les problèmes d'addiction chez les personnes âgées. Ces dernières, quant à elles, cherchent moins souvent de l'aide face à ce type de problèmes (15). Par exemple, les données d'exploitation du centre spécialisé du JE de Lausanne montrent que de 1997 à 2013, seulement 3.3% (19 patients sur 568) des consultations concernaient des personnes de plus de 65 ans (4). Les soignants de première ligne, comme les médecins omnipraticiens, sont vraisemblablement les plus en contact avec les personnes âgées aux prises avec le JE. Un tel dépistage peut être réalisé au moyen des deux questions dites "Lie-Bet", qui peuvent aisément s'intégrer au sein d'un questionnaire de dépistage plus large (tab. 2).

**Traitement.** La prise en charge du JE pour la personne âgée présente peu de spécificités :

Une prise en charge sociale, permettant de rétablir une certaine sécurité financière et d'intégrer les proches, est essentielle. Des mesures de protection du conjoint (dissociation des comptes partagés avec le joueur) ou du joueur (limitation d'accès au compte avec l'aide du conjoint, voire ultimement mesures de curatelle) sont parfois nécessaires.

Aucun traitement médicamenteux n'a pour l'instant d'indication officielle pour le traitement du JE. La médication devrait

s'intéresser à la prise en charge des comorbidités psychiatriques, comme les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Les SSRI ont montré une certaine efficacité auprès des joueurs excessifs dans plusieurs études randomisées, mais aucune d'entre elles ne concernait les personnes âgées.

Les principales modalités thérapeutiques montrent des résultats similaires à ceux obtenus dans la population générale. Elles se basent sur l'approche motivationnelle (travail sur l'ambivalence) et les prises en charge cognitivo-comportementales (psychoéducation, thérapie cognitive basée sur les biais cognitifs relatifs à l'espoir de gain, en individuel ou en groupe) (5). Un objectif de réduction des risques et de jeu contrôlé peut avoir du sens dans un premier temps. La question des troubles cognitifs éventuels devrait être systématiquement évoquée. Une prise en charge soutenante, peu confrontante, visant à améliorer l'estime de soi, importe dans tous les cas (tab. 3).

## Conclusion

La problématique du JE touche l'ensemble des groupes de la population, les personnes âgées n'y échappant pas. Ces dernières représentent une population plus fragile face à cette problématique que d'autres groupes de population car moins dépistée, moins demandeuse d'aide, plus à risque de suicide et plus fragile financièrement. La prise en charge devra envisager une approche biopsychosociale, avec une évaluation des capacités cognitives et de la médication (avec une attention aux agonistes dopaminergiques), une prise en charge permettant d'installer une sécurité financière et de soutenir les proches, et une intervention basée sur les techniques de l'entretien motivationnel, la psychoéducation et la prise en charge d'éventuelles comorbidités psychiatriques. Des outils de dépistage simples comme le Lie-Bet sont disponibles. Il existe aujourd'hui des centres spécialisés dans le domaine du JE dans chaque canton, qui peuvent être retrouvés sur le site institutionnel ([www.sos-jeu.ch](http://www.sos-jeu.ch)) ou par le biais du n° vert national (0800 801 381).

**Dr méd. Yann-Karim Pittet**

**Dr méd. Olivier Simon**

**Prof. Dr méd. Jacques Besson**

Service de psychiatrie communautaire

Département de psychiatrie

Centre hospitalier universitaire vaudois

7, rue Saint-Martin

1003 Lausanne

[Jacques.Besson@chuv.ch](mailto:Jacques.Besson@chuv.ch)

## Message à retenir

- ◆ Les soignants de premier recours ont un rôle crucial pour le dépistage du JE et plus généralement les addictions
- ◆ Une part importante des personnes âgées demandant de l'aide en cas de JE le font pour prévenir un passage à l'acte suicidaire
- ◆ L'intervention thérapeutique doit combiner soutien aux proches, approche motivationnelle, psychoéducation spécialisée, et traitement pharmacologique des comorbidités
- ◆ Un réseau de centres spécialisés existe : ([www.sos-jeu.ch](http://www.sos-jeu.ch) / 0800 801 381)

## Références :

1. Ariyabuddhipongs (2012) Older Adults and Gambling: A review. *International journal of mental health and addiction*. 10:297–308
2. Blaszczynski (2002) A Pathway Model of problem and pathological gambling. *Society for the study of addiction to alcohol and other drugs*. 97:487–99
3. Bondolfi (2008) Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta psychiatrica scandinavica*. 117:236–9
4. CJE (2013) Données d'activité du Centre du Jeu Excessif de 1997 à 2013.
5. Hagen (2005) Stacking the odds: A phenomenological study of non-problem gambling in later life. *Canadian journal on aging*. 24:433–42
6. Jeanrenaud (2012) Le coût social du jeu excessif en Suisse. *Institut de recherche économique (IRENE)*. Université de Neuchâtel
7. Johnson (1998) The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers : A follow-up study. *Psychological Reports*. 83:1219–24
8. Kerber (2008) Comorbid psychiatric disorders among older adult recovering pathological gamblers. *Issues in mental health nursing*. 29:1018–28
9. Koechl (2012) Age-related aspects of addiction. *Gerontology*. 58:540–4
10. McNeilly (2000) Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults. *Journal of gambling studies*. 16:393–415
11. McNeilly (2002) Disposable time and disposable income: Problem casino gambling behavior in older adults. *Journal of clinical geropsychology*. 8:75–85
12. Newman (2007) The association between pathological gambling and attempted suicide: findings from a national survey in Canada. *Canadian journal of psychiatry*. 52:605–12
13. Nower (2008) Characteristics of Problem Gamblers 56 Years of age or Older: A Statewide Study of Casino Self-Excluders. *Psychology and Aging*. 23:577–84
14. Seguin (2006) Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: the importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity. *Canadian journal of psychiatry*. 51:581–6
15. Stewart (2001) Recognition and treatment of late-life addictions in medical settings. *Journal of Clinical Geropsychology*. 7:145–58
16. Stucki (2007) Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*. 23:245–57
17. Tirachaimongkol (2010) Pathways to problem gambling in seniors. *Journal of gerontological social work*. 53:531–46
18. Tse (2012) Gambling behavior and problems among older adults: a systematic review of empirical studies. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 67:639–52
19. Vander Bilt (2004) Gambling participation and social support among older adults: a longitudinal community study. *Journal of gambling studies*. 20:373–89
20. Weintraub (2006) Dopamine Agonist Use is Associated with Impulse Control Disorders in Parkinson's Disease. *Archives of Neurology*. 63:969–73
21. Zaranek (2005) Casino gambling among urban elders: just another social activity. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 60:74–81