

des réflexions,
des pratiques autour
du champ des drogues
légalles et illégales

d é p e n d a n c e s

Impair et gagne...
le jeu pathologique
pose-t-il problème?

d é p e n d a n c e s

avril 2001 / no 13

3

Editorial

Gérald Progin

4

Le jeu pathologique en Suisse: quelques données épidémiologiques

Guido Bondolfi - Christian Osiek

10

Dépendances au jeu: problèmes médicaux

Christine Davidson

14

Psychologie du joueur et thérapie cognitive du jeu pathologique

Laurence Aufrère

18

Impair et manque! ...en manque? Prévention ou service après-vente des casinos

Jean-Daniel Barman

22

Jouer pour vivre ou vivre pour jouer?

Jacques Besson

25

Créer un problème de dépendance et le prévenir: une logique nouvelle...

Jean-Dominique Michel

29

Post-scriptum: Alco-line

Michel Bonjour

32

Cours Séminaires

Impressum

Adresse des éditeurs:

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicoma-
nies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur
l'alcoolisme et les toxicomanies,
GREAT, Pêcheurs 8, case postale
638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction:

Rédacteurs:
Michel Graf, ISPA
Gérald Progin, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements:

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,
fax 021/321 29 40

Parution: 3 fois par an

Abonnement:

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que
leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la
rédaction

La reproduction des textes est
autorisée sous réserve de la men-
tion de leur provenance et de l'en-
voi d'un justificatif à la rédaction

Graphisme:

Christine Matthey, Lausanne

Gérald Progin,
Secrétaire général du GREAT,
co-rédacteur

Dans la loi fédérale sur les jeux de hasard et les maisons de jeu, le Conseil fédéral impose des mesures d'encadrement pour lutter contre la criminalité économique et les conséquences socialement dommageables du jeu. En quelque sorte il met sur pied un "service après-vente"...

A notre connaissance, c'est la première fois qu'un gouvernement accepte la mise sur le marché d'un produit que l'on sait susceptible de créer des dépendances et que, parallèlement, on demande aux professionnels du champ des dépendances de créer les moyens de prévenir les problèmes et, le cas échéant, de les soigner.

Dans ce numéro, il ne sera pas question de l'opportunité de l'ouverture ou non de casinos en Suisse: les débats ont eu lieu lors de la discussion de la loi au parlement. Nous avons donc choisi d'observer cette question en étudiant plusieurs aspects: le nombre de personnes susceptibles de rencontrer des problèmes de dépendances, de quoi sont fait ces problèmes - médicaux et sociaux -, les risques encourus, la manière de les prévenir et de les soigner. Quelques aspects ne nous semblent pas aller de soi:

- sur quels critères définira-t-on la dépendance au jeu: socio-économique - sera dépendant celui qui n'a pas les moyens économiques de jouer? Compulsion - mais s'il n'y a pas de demande d'aide et pas de problèmes sociaux où est donc le problème?
- qui va définir ces critères et comment le personnel des casinos va-t-il être formé pour "détecter" les problèmes? Va-t-on vers un contrôle social et une stigmatisation toujours plus importants? A travers cette question, nous retombons sur le type de société que nous voulons.
- quel sera le rôle des professionnels et des structures d'accompagnement; quels moyens aura-t-on réellement à disposition pour répondre aux futurs besoins?
- quels types de traitement aurons-nous à offrir? Aujourd'hui, la seule référence semble être l'approche proposée par le Dr Robert Ladouceur.

Une partie de ces réflexions est traitée dans les textes que vous pourrez lire ci-après. Quant aux autres, nous aurons l'occasion d'y revenir soit dans notre revue soit dans les diverses réflexions que mènent le GREAT et l'ISPA.

Le jeu pathologique en Suisse: quelques données épidémiologiques*

Guido Bondolfi, médecin associé, département de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève; Christian Osiek, psychologue, professeur à l'Université de Fribourg

Huit ans après la votation fédérale (1993) autorisant l'ouverture des maisons de jeux, certaines villes fourbissent leurs arguments pour accueillir un casino. Au-delà du revenu escompté, il nous a semblé important de considérer le revers de la médaille, à savoir l'impact de cette ouverture sur le plan de la santé publique. Il nous a donc paru utile d'entreprendre une enquête sur le plan suisse avant l'ouverture des maisons de jeu.

Introduction

Selon Lamberton et al. (1997), dans les pays industrialisés où des enquêtes ont été conduites, la prévalence de joueurs pathologiques probables oscille entre 1 et 2% (entre 1 et 3% selon le DSM IV), alors que celle de joueurs potentiellement pathologiques est estimée comme variant entre 2 et 3%.

Notre étude concerne, d'une part, la quantification du taux de prévalence à fin 1998 des joueurs pathologiques dans la population âgée de 18 ans et plus résidant en Suisse; complémentirement, nous essayons de mettre en évidence quelques caractéristiques différentielles des joueurs par rapport aux non-joueurs. D'autre part, elle évalue la relation entre l'offre de jeux et le taux de prévalence de joueurs. En effet, plusieurs études ont montré qu'il existe une relation entre la disponibilité des activités de jeu et le nombre de personnes y prenant part, et, par voie de conséquence, le nombre de joueurs pathologiques probables ou potentiellement pathologiques. L'augmentation de cette disponibilité entraîne également une augmentation du coût social (Volberg, 1994, Ladouceur, 1996). Dans notre étude, le lien entre offre de jeux et taux de prévalence a pu être testé en comparant le taux de prévalence dans différentes régions du pays, celles-ci étant définies par rapport à un critère d'offre de jeux dépendant entre autres des particularités législatives cantonales (en 1998) et de la proximité de casinos étrangers.

Méthode et sujet

Pour dépister les personnes présentant un problème de jeu sur la base d'un entretien téléphonique, l'instrument utilisé dans les enquêtes épidémiologiques ainsi qu'en clinique est le questionnaire SOGS (South Oaks Gambling Screen), créé par Lesieur et Blume, 1987. Il comprend vingt items dérivés des critères diagnostiques du DSM-III retenus pour le jeu pathologique (à commander au GREAT). Les répondants sont classés de la manière suivante: **1**: "joueur pathologique probable" (par la suite, "JPAT"), si les interviewés répondent affirmativement à 5 questions et plus; **2**: "joueur potentiellement pathologique" ("JPOT"), lorsque les personnes répondent affirmativement à 3 ou 4 questions; **3**: "joueur occasionnel ou non joueur" ("JOCC") si les sujets donnent deux réponses affirmatives ou moins. En plus du SOGS, d'autres questions concernant des données d'ordre socio-démographique, les habitudes de jeu et de consommation d'alcool ont été posées. Pour ce dernier problème, le questionnaire "CAGE" (Ewing, 1984) a été utilisé (à commander au GREAT). En effet, certaines études ont mis en évidence une relation entre le jeu pathologique et une consommation abusive d'alcool (par exemple, Lesieur et al., 1986), dans le sens où les joueurs ont tendance à consommer plus d'alcool que la population générale. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'a posé simultanément dans un même questionnaire des questions relatives au jeu et à la

consommation d'alcool: soit on interrogeait une population de joueurs sur leur consommation d'alcool, soit on interrogeait une population abusant de l'alcool sur ses habitudes de jeu, mais on n'a pas comparé directement ces deux aspects dans une population générale.

A l'instar de plusieurs études dans le domaine du jeu, les interviews ont été conduites par un institut de sondage (LINK Institut à Lausanne) sous la supervision directe des auteurs. Les sujets ont été sélectionnés selon la méthode "random-quotas" respectant la représentativité de chaque région (voir ci-après) selon le sexe, l'âge et le degré d'activité professionnelle. Le choix des numéros de téléphone est généré par ordinateur et une seule personne par numéro atteint a été interviewée. En cas de non-réponse, plus de 10 tentatives ont été faites pour recontacter le même numéro. 59% des correspondants atteints ont accepté de répondre, ce qui correspond au taux habituel observé dans les sondages effectués en Suisse. Le sondage a été effectué entre octobre et novembre 1998.

Sujets

2526 personnes représentatives des trois principales régions linguistiques de la Suisse ont été interviewées. L'âge des répondants variait de 18 à 93 ans (moyenne = 43,5 ans; écart-type = 16,4 ans).

Dans le but de pouvoir analyser la relation entre la disponibilité de jeux et le taux de prévalence des différents types de joueurs, quatre régions spécifiques ont été choisies pour les raisons suivantes: la législation du **canton de Fribourg** autorise l'exploitation des machines à sous, non seulement dans les lieux réservés à ces activités, mais encore dans les lieux publics, tels que cafés, bars, restaurants, etc. Le nombre de ces machines était estimé à 1200 et elles étaient réparties dans plus de 600 établissements.

La **région ouest lémanique** (ZE 11) est caractérisée par la proximité en France voisine de trois casinos importants (Divonne, Evian, Annemasse), par l'existence d'un casino à Genève et par environ 1000 "machines à points" dispersées dans les cafés et les bars. (Les points gagnés par les consommateurs sont la plupart du temps échangés sous le manteau).

Dans le **reste de la Suisse romande**, l'offre de machines est beaucoup plus limitée, du fait de l'absence de grandes agglomérations proches des casinos (mis

à part celui de Montreux, proche de Lausanne, où se trouvent 200 machines à sous; casino de Saxon: 192 machines; casino de Courrendlin: 138 machines) et du fait de restrictions dues aux législations cantonales: par exemple, on ne trouve pratiquement pas de machines à sous, ni à points, dans le canton de Neuchâtel.

Dans le **canton du Tessin**, en plus des casinos de l'Italie voisine (Campione et vallée d'Aoste), les casinos de Lugano, Locarno et Mendrisio offraient ensemble 500 machines à sous. De plus, à l'époque de l'enquête, environ 1200 machines à points étaient fonctionnelles dans bon nombre de bars et dans certaines stations d'essence.

Le nombre de personnes interrogées est reporté dans le tableau I. Dans ce tableau figurent également les effectifs que devraient avoir chaque région pour respecter leur proportionnalité avec la population suisse et le facteur de pondération utilisé pour calculer le taux de prévalence de joueurs sur l'ensemble du pays. Il est calculé sur la base des données fournies par l'Office fédéral de la statistique concernant la population suisse en 1997 (Total: 6'374'451 personnes âgées de 18 ans et plus). L'offre de jeux figure dans le tableau III.

Tableau I: Nombre de personnes interrogées en fonction des régions, effectif rapporté de chaque région respectant la répartition réelle de la population suisse et facteur de pondération

Région	Nb. personnes effectivement interrogées	Effectif rapporté à la population suisse (%)	Facteur de pondération
Ouest lémanique (ZE 11)	401	152 (6,0 %)	0,378
Canton de Fribourg	407	61 (2,4 %)	0,149
Reste Suisse romande	406	386 (15,3 %)	0,952
Canton du Tessin	502	120 (4,8 %)	0,240
Reste Suisse alémanique	810	1807 (71,5 %)	2,231
TOTAL	2526	2526	1,00

Des résultats

Analyse sur le plan suisse

Pour que les échantillons régionaux soient représentatifs de la population suisse, nous avons pondéré leurs effectifs en fonction de la répartition réelle de la population nationale. Cette répartition et le facteur de pondération figurent dans le tableau I.

La répartition des sujets selon leur statut par rapport au jeu est la suivante: pour l'ensemble de la population suisse (résultats pondérés), la prévalence de "JPAT" (joueur pathologique probable) est de 0,79% (n=20), celle de "JPOT" (joueur potentiellement pathologique) est de 2,18% (n=55), et celle de "JOCC" (joueur occasionnel ou non-joueur) est de 97,03% (n=2451).

Cela signifie qu'en Suisse l'estimation du nombre de "JPAT", avec un intervalle de confiance de 95%, se situe entre 32'712 et 77'768 personnes et celui de "JPOT" entre 107'090 et 179'759 personnes. En réunissant les deux groupes ("JPAT + JPOT" = "joueurs pathologiques"), le taux de prévalence se situe entre 2,07% et 3,87%.

Les comparaisons des caractéristiques des "joueurs pathologiques" et des "JOCC" figurent dans le tableau II. Les analyses faites par le test binomial montrent des différences significatives selon le **sexe** (la proportion d'homme est plus forte chez les "joueurs pathologiques"), l'**état-civil** (il y a plus de célibataires chez les "joueurs pathologiques" et les gens vivant en couple sont plus nombreux chez les joueurs occasionnels ou non-joueurs), l'**âge** (les "joueurs pathologiques" sont globalement plus jeunes

que les "JOCC"). On observe également des différences au niveau de la **situation professionnelle**: la proportion de salariés est plus grande chez les "joueurs pathologiques" et le pourcentage de personnes travaillant à plein temps est également plus grande chez les "joueurs pathologiques", ainsi qu'au niveau du **revenu** (globalement, les "joueurs pathologiques" gagnent plus que les "JOCC").

Relevons encore que les analyses des variables nationalité et niveau de formation scolaire et professionnelle ne montrent pas de différence entre les deux échantillons.

Par ailleurs, on observe que seulement 36% des "joueurs pathologiques" pensent avoir un problème de jeu et que c'est le cas de 0,1% des "JOCC". La différence est significative: $z = 25,1$, $p < .0001$.

L'examen des **habitudes relatives au jeu** ne concerne que les personnes ayant dépensé plus de 5 Fr. en une journée ($n = 1942$), quel que soit le type de jeu considéré. Elles se répartissent en 75 "joueurs pathologiques" et 1867 joueurs occasionnels ou non-joueurs. La différence

cartes (jass, poker, tarot, etc.), $z = 3,2$; $p < .001$ et des jeux d'adresse (billard, fléchettes, bowling, etc.), $z = 3,2$; $p < .01$. Deuxièmement, ceux pour lesquels la proportion de "joueurs pathologiques" est significativement plus petite que celle des "JOCC": il s'agit des jeux de loterie (grattage, loterie à numéro, etc.) $z = 3,22$; $p < .001$. Troisièmement, les autres types de jeux où l'on n'observe pas de différence statistique entre les proportions des deux échantillons (loto, courses d'animaux (PMU), machines à sous, jeux de dés, casino traditionnel, bourse).

L'analyse de la **fréquence de participation** à des jeux pour de l'argent au cours des 12 derniers mois, montre que les

les quatre questions du questionnaire "CAGE" (voir annexe). Si les sujets répondent affirmativement à deux questions et plus, on peut faire l'hypothèse qu'un problème d'alcool est présent. Dans le tableau III (voir page 7) sont reportés les pourcentages de réponses positives à chaque question pour les sous-groupe de joueurs, ainsi que la signification statistique de la comparaison entre les joueurs pathologiques et les "JOCC".

Les résultats mettent en évidence une différence statistiquement significative pour chaque question du "CAGE", dans le sens où le pourcentage de "joueurs pathologiques" répondant affirmativement est significativement plus grand que celui observé pour les "JOCC". Les deux questions pour lesquelles la différence entre ces deux catégories est la plus marquée concernent la culpabilité au sujet de la consommation d'alcool et le fait d'avoir été ennuyé par des remarques faites par un tiers au sujet de la consommation d'alcool.

En prenant le critère limite de réponse positive à au moins deux questions du "CAGE" et en le croisant avec le critère relatif au jeu ("JOCC" versus "joueurs pathologiques"), la répartition du nombre de sujets selon ces 2 critères montre que 36 % des "joueurs pathologiques" répondent positivement à au moins deux questions du "CAGE", alors que ce n'est le cas que pour moins de 8% des "JOCC". Cette différence est significative: $21 = 47.1 > 21 \cdot .01 = 7.88$ et signifie donc que la proportion de personnes abusant probablement d'alcool est plus grande dans l'échantillon des "joueurs pathologiques" que dans l'échantillon des "JOCC".

Analyse sur le plan régional

Comme mentionné sous méthode, le but de cette analyse est d'examiner s'il existe une relation entre l'offre de jeux et le taux de prévalence; les niveaux de la variable indépendante "offre de jeux" correspondent à différentes régions de notre pays. Nous les avons ordonnés de manière croissante dans le tableau IV. Dans ce tableau figurent également les taux de prévalence des "JPAT", des "JPOT", de la somme des deux ("joueurs pathologiques"); les valeurs des coefficients de corrélation de Pearson entre l'offre de jeux et les taux de prévalence ainsi que leurs probabilités associées sont reportées dans les deux dernières

Tableau II: Comparaison des caractéristiques démographiques des "joueurs pathologiques" ("JPAT" + "JPOT", $n = 75$) et "JOCC" ($n = 2451$)

	Joueurs pathologiques ("JPAT" + "JPOT")	"JOCC"	Prob. du test binomial
Sexe			
• Homme	73%	49%	<.001
Etat civil			
• Célib.	48%	29%	<.001
• Marié	37%	55%	<.001
Age			
• moins de 29 ans	43%	19%	<.001
• 29 - 49 ans	43%	45%	NS
• 50 ans et +	12%	36%	<.001
Situation professionnelle			
• Salarié	76%	55%	<.001
• Indépendant	9%	9%	NS
• En formation	8%	5%	NS
Temps de travail			
• 100%	79%	51%	<.001
• Autres			NS
Revenu			
• Moins de 4000 fr.	13%	29%	<.005
• 4000 - 6000 fr.	42%	31%	<.05
• 6001 - 9000 fr.	35%	25%	<.04
• Plus de 9000 fr.	10%	14%	NS

avec le nombre total de répondants montre que 23% des interviewés n'ont pas joué une telle somme au cours d'une journée dans l'année écoulée. Ce chiffre est inférieur à ce que l'on observe dans d'autres études. Par ailleurs, on constate que la proportion de personnes ayant commencé à jouer pour de l'argent avant l'âge de 21 ans est significativement plus grande chez les "joueurs pathologiques" (89%) que chez les "JOCC" (66%): $z = 4,18$; $p < .001$.

L'examen du **premier type de jeu** pour lesquels les gens ont misé de l'argent, permet de distinguer trois catégories. Premièrement, les jeux pour lesquels la proportion de "joueurs pathologiques" est significativement plus grande que celle des "JOCC": il s'agit des jeux de

"joueurs pathologiques" ont significativement joué plus souvent que les "JOCC" à la loterie ($z = 4.44$, $p < .01$), aux cartes ($z = 4.05$, $p < .01$), aux machines à sous ($z = 6.28$, $p < .001$) et aux jeux d'adresse ($z = 3.34$, $p < .01$). Les autres catégories de jeux (loto à carton, pari sur les sports, casino, courses d'animaux, jeu de dés, bourse dans le but de profit immédiat) ne montrent pas de différence significative entre les deux échantillons. Complémentairement, on observe que la loterie est le jeu auquel les trois catégories de joueurs participent en plus grand nombre au moins une fois par semaine (50% de "JPAT", 28 % de "JPOT", 15 % de "JOCC").

En ce qui concerne la **consommation d'alcool**, rappelons que nous avons posé

Tableau III: Comorbidity entre le jeu et la consommation d'alcool. Pourcentage des réponses affirmatives aux questions du "CAGE". Comparaison statistiques entre les joueurs pathologiques ("JPAT" + "JPOT") et les joueurs occasionnels ou non-joueurs "JOCC".

	"JPAT" Joueurs pathologiques n=20	"JPOT" Joueurs potentiellement pathologiques n=55	"JOCC" joueurs occasionnels n=2081	valeur de z et p. du test binomial "JPAT" + "JPOT" vs. "JOCC"
Q 1 (coupable)	30 %	32,7 %	8,9 %	z = 6,7 <.01
Q 2 (réduction)	33,3 %	40,4 %	13,5 %	z = 5,5 <.01
Q 3 (réveil)	16,7 %	10,6 %	2,2 %	z = 5,5 <.01
Q 4 (remarques)	66,7 %	36,2 %	9,2 %	z = 8,3 <.01

lignes du tableau.

Les trois coefficients de corrélation sont positifs et élevés, puisqu'ils varient entre .89 pour les "JPOT" et .96 pour les "JPAT". D'autre part, les coefficients concernant les "JPAT" et les "joueurs pathologiques" sont statistiquement significatifs. Cela signifie donc qu'il existe une relation positive entre l'offre de machines à sous d'une part et le taux de prévalence de joueurs pathologiques (et de "JPOT") d'autre part.

Quelques spécificités suisses

La première partie de l'enquête montre que la prévalence de joueurs pathologiques probables en Suisse est de 0,79%. En plus, on relève que 2,18% de la population interrogée sont des joueurs potentiellement pathologiques. Ce résultat indique que le nombre de "joueurs à risques" ("JPAT" + "JPOT") existant en Suisse est loin d'être négligeable puisqu'il est compris dans une fourchette allant de 151'468 à 235'855 personnes. Cette étude permet donc pour la première fois de quantifier l'ampleur du phénomène "jeu pathologique" dans notre pays.

Bien que légèrement plus faibles, les prévalences de joueurs potentiellement pathologiques et de joueurs pathologiques probables sont du même ordre de grandeur que celles enregistrées par d'autres études ayant utilisé la même méthode d'enquête. Par exemple, les taux de prévalence de joueurs pathologiques probables et de joueurs potentiellement pathologiques estimés sont respectivement de 1,2% et 2,6% dans la province de Québec, et 2,9% dans l'état de Californie.

Cette étude montre également que 77%

des personnes interrogées ont mis au moins une fois de l'argent au cours de leur vie et que 45% d'entre elles l'ont fait au cours de l'année précédant l'enquête. Les caractéristiques mises en évidence sur le plan suisse correspondent pour la plupart à celles observées dans les études de prévalence faites dans les pays industrialisés. Toutefois, en Suisse, on n'observe pas de différence significative en ce qui concerne le niveau de formation professionnelle, alors que la majorité des études montrent que le niveau de formation des joueurs pathologiques probables et potentiellement pathologiques est supérieur à celui de la moyenne des interviewés.

Soulignons encore que seul un joueur sur 75 a reçu de l'aide pour ses problèmes de jeux, ce qui représente 1,3% des joueurs pathologiques. Dans l'étude canadienne de Ladouceur (1991), on observait que 11,5% des joueurs avaient demandé de l'aide pour leur problème de jeu, bien qu'à cette époque, (comme c'était le cas en Suisse au moment de l'étude), il n'existait pas encore de structure de prévention et de traitement du jeu pathologique au Québec. Nous ne sommes pas en mesure d'interpréter cette différence. Il est toutefois possible que, dans notre pays, les joueurs pathologiques ne considèrent pas leurs habitudes de jeu comme pouvant faire l'objet d'une demande d'aide et de soins appropriés et ceci essentiellement par manque d'information: en effet, seulement 36% de joueurs, (respectivement 27% de joueurs potentiellement pathologiques et 60% de joueurs pathologiques probables) disent avoir un problème de jeu.

Nous avons également mis en évidence une forte relation de comorbidity entre les problèmes de jeu et d'alcool. Ce

Tableau IV: Prévalence des différentes catégories de joueurs en fonction de la disponibilité de jeux. Valeur correspondante du coefficient de corrélation de Pearson et probabilité associée.

Région	Nb. machines / 1000 h.	% "JPAT"	% "JPOT"	% joueurs pathologique
Reste Suisse romande	0,7	0,74	0,74	1,48
Ouest lémanique	5,25	1	2,24	3,24
Canton de Fribourg	7,03	1,23	1,72	2,95
Canton du Tessin	9,27	1,59	2,59	4,18
r de Pearson		.96	.89	.95
Prob. associée		.036	.108 (NS)	.048

résultat est important dans la mesure où il concerne un échantillon représentatif de la population générale et qu'une telle étude n'avait pas encore été entreprise.

Les résultats de la seconde partie confirment l'existence d'une forte corrélation entre l'offre de jeux et le taux de prévalence de joueurs pathologiques.

Dans un avenir proche, l'augmentation de la disponibilité de jeux légalement exploités en Suisse pourrait vraisemblablement s'accompagner d'une augmentation de la prévalence de joueurs pathologiques, comme cela a déjà été constaté dans d'autres pays.

Il nous paraît évident que des efforts considérables doivent être entrepris sur le plan national et cantonal, afin de développer des structures de prévention et de

soins destinées aux joueurs à problème.

* Cette étude a pu être conduite grâce au financement de la Romande des Jeux SA

Bibliographie

- American Psychiatric Association - DSM IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition (version internationale, Washington DC, 1995)
Traduction française par J.-D. Guelfi et al., - Masson, Paris, 1996, 1056 pages.
- Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F. (2000): Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland, *Acta Psychiatr Scand*, 101:473-475.
- Ewing J A. (1984): Detecting Alcoholism: the CAGE Questionnaire, *JAMA*, 252: 1905 - 1907.

- Ladouceur R. (1991): Prevalence Estimates of pathological Gambling in Quebec, *Can. J. Psychiatry*, 36: 732 - 734.
- Ladouceur R. (1996): The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of gambling Studies*, 12: 129-142.
- Lambertson A and Oei T P S. (1997): Problem gambling in adults: an overview, *Clin Psychol Psychother*, 4: 84-104.
- Lesieur H R, Blume S B and Zoppa R M. (1986): Alcoholism, drug abuse and gambling, *Alcoholism: clinical and Experimental Research*, 10: 33-38.
- Lesieur H R, Blume S B. (1987): The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*, 144: 1184-1188.
- Volberg R A. (1994): The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implication for public health. *American Journal of Public Health*, 84: 237-241.

Dépendances au jeu: problèmes médicaux

Christine Davidson, Dr en psychiatrie, Fondation Phénix, Genève

(réd.) Cela fait une dizaine d'années que les pathologies liées à la dépendance au jeu sont répertoriées. Du côté des recherches dans le domaine du fonctionnement biologique de ce type de dépendances, des possibles médicaments pour les soigner, des comorbidités potentielles, des différentes thérapies à mettre sur pied, les recherches sont en cours. Inventaire partiel.

L'offre des jeux s'est considérablement accrue ces dernières décennies. Différentes études ont montré que l'accessibilité aux jeux de hasard allait de paire avec l'augmentation du jeu excessif (1, 2, 3). Les prévalences relevées dans les différentes études à travers le monde sont très semblables et mentionnent toutes l'importance du jeu pathologique comme une nouvelle problématique de société, qui va encore aller en s'accroissant, parallèlement à l'augmentation de la demande de jeu. Le monde médical, et notamment les spécialistes dans le domaine des dépendances aux substances, s'intéressent de plus en plus à ce problème et le nombre de publications scientifiques le concernant a explosé ces dernières années. En Suisse, le train de mesures sociales en lien avec la libéralisation des jeux d'argent a motivé le développement de la formation aux professionnels de la santé afin de pouvoir répondre aux demandes de mise en place de mesures de dépistage et de soins aux joueurs excessifs. Il est dès lors important de pouvoir disposer d'une mise à jour régulière des connaissances dans ce domaine, d'autant plus qu'elles progressent très rapidement pour cette problématique relativement nouvelle.

Classifications

C'est quand le plaisir de jouer se transforme en besoin et que ce besoin devient de plus en plus fort, quelles que soient les conséquences négatives qui y sont liées,

que l'on parle de dépendance au jeu, de jeu excessif, compulsif ou encore de jeu pathologique. C'est en 1980 que, pour la première fois, le jeu excessif est reconnu comme une pathologie. Ses caractéristiques sont répertoriées dans la classification de l'association américaine de psychiatrie, DSM III, sous la catégorie des troubles de contrôle des impulsions. Les critères diagnostiques utilisés le plus fréquemment actuellement appartiennent au manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux et du comportement de l'association américaine de psychiatrie, DSM-IV. Ils sont au nombre de 10 et la présence de 5 d'entre eux est nécessaire pour établir un diagnostic positif. Ces critères sont très semblables à ceux des dépendances aux substances avec lesquelles le jeu excessif a bien des points communs. Certains spécialistes du jeu excessif (4, 5), du reste, regrettent qu'il ne figure pas dans les dépendances. Comme pour les dépendances aux substances, sont pris en compte les comportements liés au jeu, ainsi que l'intensité des habitudes de jeu. Ils mettent en lumière les conséquences familiales, professionnelles, sociales, financières et légales. On peut regretter que, comme c'est le cas pour les abus de substances, il ne puisse être établi de degré de gravité lié au jeu. La 10^{ème} classification des troubles mentaux et du comportement de l'OMS, CIM-10, mentionne également le jeu pathologique, mais n'établit pas de critères diagnostiques aussi précis que ceux du DSM-IV et de ce fait n'est pas utilisé dans le cadre de la recherche.

Evaluation diagnostique

Comme aide à l'évaluation et à la détection d'un problème de jeu, il existe un questionnaire largement utilisé dans les études épidémiologiques et cliniques, le SOGS (South Oaks Gambling screen) (6). A travers 26 questions, il permet de faire un premier dépistage. Il est facile d'emploi et permet de connaître en détail les habitudes de jeu et leur fréquence, ainsi que les ressources financières nécessaires au joueur. Cet instrument tend néanmoins à surestimer la problématique et devra être complété par d'autres outils, notamment un instrument standardisé qui permette de poser un diagnostic selon les critères du DSM-IV. Il existe également une version du SOGS adaptée aux entretiens téléphoniques, souvent utilisée dans les enquêtes de dépistage.

Hypothèses étiologiques

Différentes hypothèses étiologiques existent concernant le développement du jeu pathologique. Celles qui ont été les plus explorées ces dernières années ont trait aux aspects physiologiques. Un aspect qui fait l'objet de nombreuses recherches, tant dans le domaine des dépendances que dans celui des troubles des impulsions, concerne d'éventuelles prédispositions biologiques. Elles pourraient conduire au développement de certaines formes de pathologies addictives. Le rôle de neurotransmetteurs comme la dopamine, la sérotonine, les endorphines commence à être mieux compris lors de problèmes de dépendance aux substances. Dans le jeu excessif, des hypothèses similaires quant au rôle de certains d'entre-eux ont été émises (7). Ainsi, la sérotonine, qui aurait la propriété de réguler l'initiation et l'inhibition d'un comportement, serait importante dans l'enclenchement du cycle du jeu et dans son arrêt. La noradrénaline serait associée, elle, avec le sentiment d'excitation et de prise de risque des joueurs. La dopamine, impliquée dans le système de récompense, aurait également un rôle très important. De fait, certaines études ont montré effectivement une diminution de la dopamine et une augmentation des taux de noradrénaline chez des joueurs pathologiques (8). Une autre étude s'est intéressée à l'aspect génétique (9). Lors de dépendance aux

opiacés, de certaines formes sévères d'alcoolisme ou d'autres comportements addictifs et impulsifs, il a été trouvé plus fréquemment un type de gène du récepteur D2 pour la dopamine. Ce même type de récepteur a été également identifié de façon fréquente chez des joueurs excessifs, étayant l'hypothèse que la présence de ce gène jouerait un rôle dans le jeu pathologique et serait un facteur de risque des comportements addictifs et impulsifs (9). Ces données sont très importantes, notamment en raison de l'impact qu'une meilleure connaissance dans ce domaine aurait sur les traitements médicamenteux. En effet, bon nombre de psychotropes agissent sur des neurotransmetteurs précis et ont, de ce fait, une action ciblée. Ce genre d'études

Il apparaît que le jeu pathologique présente des similarités avec les dépendances aux produits



Photo Interfoto

Jouer pour modifier un état émotionnel négatif

apporte des arguments au fait de considérer le jeu pathologique comme un problème similaire à celui des dépendances aux produits, similarités qui sont également retrouvées dans la pratique clinique.

Comorbidité psychiatrique

Lors de l'évaluation d'un problème de jeu, il va être capital de s'intéresser aux autres difficultés psychologiques rencontrées par les joueurs excessifs. En effet, de nombreux joueurs mentionnent qu'ils utilisent le jeu pour modifier un état émotionnel négatif, certaines données font état du fait qu'un joueur patho-

logique sur deux aurait des idées suicidaires et qu'un tiers de ceux qui demandent de l'aide pour leur problème de jeu auraient déjà eu recours à des services psychiatriques pour d'autres problèmes psychologiques. Une psychopathologie associée au jeu semble avoir un lien avec la gravité du jeu excessif, telle la dépression (10) ainsi que la présence de certains traits de personnalité, telle l'impulsivité caractéristique des troubles de personnalité de type émotionnellement instable (11,12) et on trouve une haute corrélation avec d'autres troubles de personnalité tels que la personnalité antisociale ou narcissique (13). On retrouve dans une autre étude la même mention d'un facteur de gravité des troubles psychiatriques supérieur chez des joueurs pathologiques que dans le groupe des personnes dépendantes aux substances sans problème de jeu, avec une plus grande fréquence de troubles somatoformes, de troubles obsessionnels-compulsifs et d'aspects paranoïaques et hostiles (14).

On accorde une attention particulière à la co-occurrence du jeu pathologique et de la dépendance aux substances. On estime que la dépendance au jeu est 8 à 10 fois plus importante chez des personnes dépendantes à l'alcool que dans la population générale (15) et est présente chez 30% des patients dépendants (toutes substances confondues). Chez des personnes dépendantes à la cocaïne et qui ont un diagnostic de jeu excessif, ce dernier aurait débuté dans 72% des cas avant l'apparition de la dépendance à la substance (16). La fréquence de cette association diagnostique entre le jeu pathologique et les dépendances aux substances doit les faire rechercher systématiquement lors de problèmes de jeu. De même, en présence d'un abus de substance, il faudrait avoir le réflexe de dépister un éventuel problème en lien avec le jeu. Une méconnaissance de ces diagnostics pourrait expliquer le haut pourcentage de rechutes mentionné dans les études cliniques (17).

Traitements

Un autre lien de similarité entre le jeu excessif et les dépendances aux substances concerne les approches thérapeutiques. En effet, tant sur le plan des traitements médicamenteux que pour ce qui est des psychothérapies, nombre de points communs existent. Cela simplifie les soins. On retrouve les mêmes possibilités thérapeutiques avec d'autres psy-

chopathologies telles que la dépression et certains troubles de personnalité par exemple.

Traitements médicamenteux

En s'appuyant sur les recherches qui se sont intéressées aux aspects neurobiologiques, différents médicaments ont été proposés comme aide aux traitements. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, tels que la clomipramine et la fluvoxamine peuvent être indiqués soit lors d'états dépressifs associés, soit comme agents d'action de régulation ou d'aide à l'inhibition du comportement à travers leur action sur la sérotonine. Aucune étude ne fait mention de l'utilisation de l'acamprosate, utilisée pour diminuer le besoin impérieux d'alcool lors d'alcoolisme, qui pourrait, dans certains cas, être également prescrite. La carbamazépine et le lithium sont à envisager comme stabilisateurs d'humeur pour les joueurs pathologiques avec une comorbidité de trouble bipolaire. La naltrexone, quant à elle, pourrait être utile à travers son action antagoniste sur les récepteurs à la dopamine. L'expérience d'utilisation de médicaments spécifiquement lors de diagnostic de jeu pathologique, à l'exception du traitement des comorbidités associées, est très récente. Il manque d'études bien conduites qui permettent d'affiner les indications et qui rendent compte de l'efficacité de telles indications. Les aspects médicamenteux, sans aucun doute, vont faire l'objet de nombreuses recherches dans un proche avenir, tant est grand le besoin de disposer d'outils thérapeutiques supplémentaires aux approches psychothérapeutiques.

Approches psychothérapeutiques

Les approches psychothérapeutiques les plus efficaces dans le traitement sont toutes dérivées du modèle cognitivo-comportemental. Elles comportent le travail sur la motivation à l'arrêt du jeu sur le modèle motivationnel développé par Miller et Rollnick (18). Elle va aider le joueur à trouver ou consolider sa décision de changement de comportement vis-à-vis du jeu tout en le responsabilisant par rapport à son comportement. Mais l'axe principal du traitement va porter sur l'approche cognitive qui s'attachera d'abord à l'observation fine de séquences de jeu afin de mettre en évidence les pensées erronées qui s'y rapportent. Elles ont comme caractéristiques communes l'illusion de pouvoir contrôler un jeu de hasard. Cette phase d'observation va permettre également de

connaître les superstitions, les rituels de jeu et les stratégies utilisées par le joueur qui va acquérir des informations lui permettant de mieux comprendre son comportement. Il pourra ainsi travailler sur les pensées erronées proprement dites de façon cognitive. Le travail de prévention de rechute selon le modèle de Marlatt et Gordon (19) va également faire partie du processus de consolidation de l'abstinence. Il s'agira d'une part d'identifier les situations à risques et de mettre en place des stratégies pour éviter qu'elles n'amènent la personne à une reprise du jeu. Ceci se fera surtout à travers une approche comportementale. D'autre part, les processus pouvant amener à une rechute seront également identifiés et modifiés sur le plan cognitif.

En fonction des différents problèmes évalués - jeu pathologique seul, avec un degré de gravité élevé ou pas, avec ou sans psychopathologie associée - seront combinés les traitements cognitivo-comportementaux avec les traitements médicamenteux.

Ne disposant pas encore d'études prospectives, il est très difficile d'établir en l'état actuel de nos connaissances des liens de causalité entre le jeu pathologique et les différentes psychopathologies coexistantes. En ce qui concerne les approches thérapeutiques, ce lien n'est pas capital. Il s'agira, en effet, de considérer chaque problématique comme une pathologie en soi, à traiter en fonction des besoins de soins de la personne concernée. Si, par exemple, une personne présente une dépendance au jeu, un état dépressif et un trouble obsessionnel-compulsif, il s'agira de considérer qu'elle souffre de trois problèmes distincts co-occurents pour lesquels il faudra définir des stratégies et des priorités d'intervention. Il serait en tout cas erroné, et l'expérience clinique le montre bien, de présupposer de certains liens de causalité et d'en inférer qu'en traitant la problématique définie comme antérieure, l'autre se résoudra d'elle-même.

En conclusion

Les problèmes liés au jeu excessif suscitent un intérêt croissant comme en témoigne l'importante littérature sur le sujet. L'augmentation rapide de la demande de soins nécessite d'améliorer nos connaissances afin d'offrir des outils thérapeutiques encore plus performants, notamment en ce qui concerne les approches médicamenteuses. Pour ce faire, une meilleure compréhension de

cette pathologie est indispensable. Or, comme il en a déjà été fait mention, la définition actuelle du jeu excessif ainsi que ses critères diagnostiques soulèvent un certain nombre de problèmes en raison de leur manque de précision. Ils demandent à être affinés afin de mieux cerner l'ampleur du problème de jeu chez une personne et de ce fait mieux cibler les interventions thérapeutiques. Faut-il considérer le jeu excessif comme une addiction semblable aux dépendances aux substances? Les données récentes sur les mécanismes neurobiologiques, certains critères diagnostiques et la similarité des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques mettent en lumière plus de points communs que de différences. Là encore, il sera néces-

saire de pouvoir disposer de plus de recherches afin de mieux comprendre le lien éventuel qui pourrait exister. Des connaissances supplémentaires sont également nécessaires afin de définir d'éventuels groupes à risque, tels que les adolescents, et de mettre en place des stratégies de prévention et d'intervention précoce. L'intérêt actuel pour le jeu pathologique est une opportunité unique de faire rapidement progresser les connaissances dans ce domaine et de disposer de plus de personnes ressources pour les soins aux joueurs excessifs.

3. Ladouceur et al., 1999
4. Ladouceur, 2000
5. Shaffer, 1997
6. Lesieur et Blume, 1987
7. Hollander et al., 2000
8. Bergh et al., 1997
9. Comings et al., 1996
10. Becona et al., 1996
11. Beaudoin, 1999
12. Steel et Blaszczynski, 1998
13. Oakley-Browne et al., 2001
14. Petry, 2000
15. Lejoyeux et al., 2000
16. Hall et al., 2000
17. Petry et Armentano, 1999
18. Miller et Rollnick, 1991
19. Marlatt et Gordon, 1985

Bibliographie

1. Grun et McKeigue, 2000
2. Ladouceur, 1996

La bibliographie détaillée peut être obtenue auprès du secrétariat du GREAT 024/426 34 34

Publicité



Fil rouge

Certificat d'acteur de prévention Fil rouge

Cycle de formation continue - septembre 2001 à juin 2003

Le cycle de formation continue Fil rouge d'acteur de prévention s'adresse au personnel éducatif des institutions pour enfants et adolescents de Suisse romande souhaitant bénéficier d'un apport complet et fonctionnel pour enrichir leur pratique. Il a pour but de former les intervenant-e-s éducatifs-ives à conceptualiser, à mettre sur pied et à ancrer des actions de prévention dans le contexte spécifique de leur institution.

Le cycle de formation complet comporte 28 jours (168h) de formation répartis sur deux ans, auxquels s'ajoute du temps de travail personnel pour un projet. La formation est articulée en modules communs, obligatoires, et modules à option, articulés autour des axes suivants:

- Construction de la problématique de la toxicodépendance, connaissance du cadre politique, des produits, des approches, des modèles de prise en charge
- Concepts de prévention des dépendances et de promotion de la qualité de vie
- Travail sur les opinions, les représentations et les valeurs
- Méthodologie de construction de projet de prévention des dépendances
- Connaissance et application d'outils de prévention pratiques
- Développement et réalisation d'un projet de prévention accompagné par l'équipe de formation Fil rouge.

Bulletin de commande à retourner à Fil rouge, CP 638 - 1401 Yverdon-les-Bains - 024/426 34 34 - fax 024/426 34 35

Je suis intéressé-e par la formation d'acteur de prévention et souhaiterais recevoir le programme

Nom et prénom Institution

Adresse professionnelle

Profession ou fonction Tél. prof.

Adresse privée Tél. privé

Lieu et date Signature

Psychologie du joueur et thérapie cognitive du jeu pathologique

Laurence Aufrère, Infirmière spécialisée en thérapie cognitive et comportementale, thérapeute du jeu pathologique, département universitaire de psychiatrie adulte, Centre Saint Martin, Lausanne

(réd.) Robert Ladouceur a élaboré, au Québec, une technique pour soigner les personnes dépendantes au jeu. Basée sur la thérapie cognitive, elle part de l'hypothèse que la compréhension des mythes liés au gain des jeux de hasard permet de guérir le patient. Présentation de cette approche.

Introduction

Avant de développer le traitement cognitif du jeu pathologique, nous allons aborder ce qu'est un joueur compulsif tant sur le plan comportemental que sur le plan psychologique et plus précisément, cognitif. En effet, puisque la thérapie découle de la connaissance de ces processus de fonctionnement, ne pas les aborder rendrait peu compréhensibles les techniques thérapeutiques. Pour commencer, nous allons définir le terme "cognitif" et expliquer brièvement l'objectif global d'une thérapie comportementale et cognitive.

La cognition renvoie à notre système de pensées, nos croyances, nos mythes et plus globalement à l'idée que nous nous faisons de nous-mêmes, des autres, de ce qui nous entoure, de nos actions... C'est l'ensemble de nos savoirs sur nous-mêmes et sur le monde et le sens que nous leur donnons.

L'objectif de la thérapie cognitive va être de travailler sur ce sens à travers nos croyances, nos perceptions qui sont supposées être à la base de nos comportements ou émotions perturbés. En fait, les thérapeutes cognitivo-comportementalistes admettent que ce n'est pas tant la présence ou l'absence de croyances ni même le système de pensées en soi qui sont à l'origine de la "normalité" ou de la pathologie mais plutôt leurs caractères modéré ou excessif, pertinent ou peu pertinent, souple ou rigide. C'est à travers le comportement (verbal et moteur) et les émotions que le thérapeute va accéder aux croyances ou au système de pensées de l'individu. Il va les étudier avec le

patient afin de les modifier ou de les assouplir et permettre ainsi au sujet de moins souffrir ou de résoudre le problème pour lequel il a consulté.

Le comportement de jeu est un comportement qui peut vérifier les critères de modération ou d'excès, de pertinence ou non, de rigidité ou non. Le DSM-IV définit les critères et leur quantité pour qualifier l'activité de jeu de "disproportionnée". Celle-ci est dite "pathologique" si le sujet remplit au moins cinq des dix critères et se caractérise par une perte de contrôle comportementale et monétaire face aux jeux de hasard et d'argent. L'individu devient progressivement préoccupé par le jeu, compromet son avenir professionnel ou une relation affective significative, tente de cacher ses habitudes de jeu et peut aller jusqu'à commettre des actes délictueux pour obtenir l'argent du jeu. Les conséquences individuelles et sociales de cette psychopathologie, potentiellement très dommageables, ainsi que l'expansion fulgurante des jeux à travers le monde, corrélée au développement de cette dépendance (Volberg, 1984; Ladouceur & al, 1999), ont fait de celle-ci un problème de santé publique (Volberg, 1984). Pourtant, la compréhension des mécanismes psychologiques à la base de cette pathologie est récente. Les mécanismes qui la sous-tendent sont spécifiques mais peu connus, et ce, particulièrement en Europe. Souvent considérés comme la réplique de ceux d'une autre addiction (alcool ou drogue), ils sont souvent abordés comme tels lors des prises en charge thérapeutiques. Malheureusement, les expériences montrent que ces thérapies sont insuffisantes

voire inefficaces et que les rechutes et la reprise excessive des activités de jeu sont fréquentes malgré une abstinence parfois observée au cours de ces thérapies.

Définir le problème

Dans la compréhension spécifique des mécanismes psychologiques liés aux jeux de hasard et d'argent, le professeur de psychologie Robert Ladouceur, de l'université Laval à Québec, a fait œuvre de pionnier, il y a vingt ans, en développant la recherche clinique dans ce domaine. En tant que chercheur en psychologie expérimentale, comportementale puis cognitive, ses protocoles de recherche se sont basés sur l'étude du joueur "occasionnel" et "compulsif" aux prises avec ce type de jeu. Il a montré que certains critères cognitifs et comportementaux distinguent fondamentalement le joueur excessif du joueur occasionnel qui, lui, joue pour le plaisir et peut cesser son activité par sa propre volonté. Ces critères peuvent se mesurer en termes d'intensité de présence ou d'absence car il existe un continuum entre le joueur dit occasionnel et celui qui est devenu pathologique. L'intensité de certains de ces critères peut en quelque sorte définir le joueur "non pathologique", le joueur "à risque de le devenir" et le joueur "supposé l'être déjà". Il a montré, en revanche, que des similitudes comportementales et cognitives existent également chez ces trois catégories de joueurs. En effet, tous les joueurs s'adonnent à cette activité dans l'espoir de gagner de l'argent. Tous utilisent aussi les mêmes raisonnements logiques et des stratégies similaires lorsqu'ils se trouvent en situation de jeu; celles-ci leur confèrent une illusion de contrôle sur le jeu (Langer, 1975). Chacun d'entre eux, pour gagner au jeu, va tenter de défier le hasard bien que ces moyens soient inefficaces car incompatibles avec les lois du hasard. La différence fondamentale entre le joueur occasionnel et le joueur excessif réside dans la force de la conviction que ce dernier a en ses propres habiletés stratégiques et, par conséquent, en ses propres raisonnements pour battre ce hasard. Ces convictions vont transformer l'espoir de gain en certitude de gain. Ainsi, le paradoxe du joueur qui perd et qui continue malgré tout de miser et qui, comble du paradoxe, va augmenter ses mises est sans doute lié à la sévérité de ces convictions. L'importance de vaincre le hasard réside dans la dimension financière, inhérente à

ce type de jeu, et dans le fait que le joueur excessif a misé l'argent qu'il ne pouvait se permettre de perdre, proportionnellement à sa situation financière. Ainsi, vaincre le hasard est devenu son objectif principal pour, au moins, récupérer ses pertes, même si souvent l'espoir de gagner un gros lot persiste secrètement, en dépit de l'expérience contraire et des désillusions subies.

Des croyances

Selon Custer et Milt (1985), le joueur pathologique va traverser trois phases: **la phase de gain(s)**, celle où, le plus souvent, fortuitement il va gagner une somme d'argent importante ou des sommes d'argent répétées au cours d'une séance de jeu. Ce gain d'argent facile va "accrocher" le joueur d'autant plus qu'il s'attribuera le succès ou qu'il l'attribuera aux faveurs de la chance à son égard. Dans cette phase, le joueur va être euphorique, généreux et va utiliser l'argent pour se faire plaisir. Il va également retourner jouer puisqu'il a été capable de gagner de l'argent aussi facilement et, de surcroît, en s'amusant. Or, l'espérance de gain est négative pour le joueur, il va donc fatalement entrer dans une **phase de perte**. Cependant, il ne reconnaît pas ces pertes comme un processus normal inhérent à la structure même du jeu, mais il les interprète comme "une absence de gain temporaire" contre laquelle il va lutter en tentant d'attirer à nouveau la chance à lui, soit en émettant des comportements superstitieux, soit en tentant de nouvelles stratégies supposées, selon lui, gagnantes. Ainsi, le joueur va s'acharner pour retrouver ce qu'il appelle "cette phase de gains" dont il a la certitude qu'elle existe. Il va progressivement miser l'argent qu'il ne pouvait se permettre de perdre et va donc tout faire pour le récupérer. Le joueur va commencer à s'endetter, à être extrêmement préoccupé par le jeu et l'argent du jeu. Il va devenir irritable et va entrer dans une spirale infernale d'augmentation croissante de ses mises pour "se refaire", en vain. Malheureusement, au cours de ces séances de jeu, certains petits gains vont venir renforcer l'idée que le gros gain est à venir, qu'il a "presque gagné". Ce "presque gagné" rend d'autant plus improbable l'abandon de cette activité que le sujet a la conviction que le gain doit arriver. Cette croyance rigide qui engendre sa lutte pour le gain et son absence de succès vont entraîner le

joueur dans une dépression, celle-ci pouvant le mener au suicide. C'est la **phase de désespoir**. Il se culpabilise d'avoir tout perdu ou d'avoir entraîné son entourage à la faillite. Son estime de lui s'effondre. Il va perdre progressivement tout soutien, son emploi, les divorces sont fréquents... Malgré ces conséquences et, en toute bonne foi, il continuera de jouer parce qu'il n'est pas conscient des processus mentaux qui le piègent et qui maintiennent son activité de jeu.

Avant d'aborder le chapitre sur le traitement, il faut mentionner qu'il existe encore de nombreuses inconnues sur cette psychopathologie, même si les facteurs cognitifs semblent être fondamentaux dans son acquisition puis son maintien. A l'heure actuelle, les facteurs discriminants qui précipitent un joueur "occasionnel", plutôt qu'un autre, vers la pathologie, sont encore ignorés. Cette même inconnue existe pour ceux qui précipitent le joueur "à risque" vers la pathologie ou qui lui permettent de se maintenir "à risque" ou encore de redevenir un joueur "occasionnel". En effet, il existe de grandes disparités interindividuelles quant au délai d'acquisition de cette maladie et quant à la possibilité même de sa survenue. Pourtant, de nombreuses études ont montré que la pratique de cette activité augmente la probabilité d'apparition de la pathologie du jeu. Il est donc vraisemblable de penser que des facteurs protecteurs puissent éviter ce processus d'acquisition mais leur nature n'a pas encore été établie.

La thérapie cognitive

La thérapie cognitive du jeu pathologique a deux objectifs principaux:

- travailler sur les facteurs cognitifs qui entretiennent cette psychopathologie afin de réduire voire annuler la motivation à jouer,
- prévenir les possibles rechutes liées à cette dépendance.

L'investigation du patient

• Les habitudes de jeu

Avant de débiter la thérapie du jeu excessif et après avoir établi le diagnostic, il est important de procéder à l'investigation minutieuse des habitudes de jeu du patient. Quels sont les motifs de consultation? A quel(s) type(s) de jeu(x) s'adonne-t-il, depuis combien de temps,

les circonstances de déclenchement de l'activité, l'évaluation de la progression du jeu en termes de temps passé à cette activité et de fréquence. Estimer la période de début de la dépendance, comment se manifeste-t-elle, existe-t-il un syndrome de sevrage à l'arrêt de l'activité de jeu? Pour faire le bilan de la situation du joueur au moment où il consulte il faut connaître le(s) type(s) de jeu(x) au(x)quel(s) il participe, mesurer la fréquence de jeu et la durée de chaque séance, s'il y va seul ou accompagné, s'il consomme de l'alcool pendant les séances de jeu et quelle quantité. Quelles sont les sommes d'argent habituellement dépensées par séance, par semaine ou par mois? Les mises augmentent-elles en cours de séance de jeu? Estimation de l'argent dépensé au jeu depuis le début de l'activité. Etat des dettes de jeu et des dettes en général. Demander d'où provient l'argent du jeu, doit-il mentir pour économiser l'argent du jeu ou pour cacher ses habitudes de jeu? Se sent-il coupable de cette activité. A-t-il tenté de cesser son activité, en vain? Perd-il le contrôle dès qu'il commence à jouer? A-t-il dû commettre des actes répréhensibles selon ses propres critères ou aux yeux de la loi pour obtenir de l'argent pour jouer, si oui, lesquels? A-t-il un jugement en cours, vient-il en traitement sous contrainte judiciaire? Quelles sont ses motivations personnelles à consulter, veut-il arrêter de jouer ou souhaite-t-il jouer de manière contrôlée? Evaluer le degré de la motivation à cesser le jeu....

• L'anamnèse du patient

Dans un second temps, une anamnèse classique approfondie du patient doit être entreprise. On procédera à l'évaluation de l'ampleur des dégâts familiaux, sociaux, professionnels occasionnés par le jeu. On fera le bilan des ressources encore disponibles. Vérifier si le patient est au bénéfice d'une tutelle ou d'une curatelle. On évaluera les antécédents de jeu dans la famille et si des membres (conjoint, fratrie,...) jouent actuellement, avec ou sans lui.

• Les comorbidités psychiatriques et somatiques

Un aspect très important à évaluer est l'état dépressif et le risque de suicidalité. On procédera au(x) diagnostic(s) psychiatrique(s) et somatique(s) antérieur(s) ou actuel(s). On vérifiera la prise ou non d'une pharmacothérapie. Cette évaluation sera suivie d'explications sur le style thérapeutique, le dérou-

lement de la thérapie du jeu, sa durée moyenne, son taux de succès moyen, ses objectifs habituels. Si le patient désire s'engager dans le traitement, il faudra établir un contrat de base consensuel liant le thérapeute et le patient. Il est important de dire clairement au patient qu'une motivation suffisante et sa participation active sont nécessaires, pendant et en dehors des consultations, s'il souhaite enrayer sa dépendance au jeu.

Le travail cognitif

La thérapie cognitive du jeu pathologique est complexe. Les joueurs sont très subtils pour déjouer certaines techniques ou pour faire croire au thérapeute que leurs croyances sont exactes. Comme il n'est pas possible d'aborder toutes les subtilités de cette thérapie, nous traiterons des deux points principaux sur lesquels il est crucial de travailler.

• Le travail sur la motivation à jouer

Si certains joueurs perçoivent clairement leur motivation à s'adonner au jeu comme le désir de gagner de l'argent, ce n'est pas le cas pour tous les joueurs. La plupart donnent des raisons toutes différentes comme explication de cette activité (besoin de s'évader, de fuir la réalité, tout oublier, notamment, les soucis du quotidien...). Pourtant, ce désir de gain monétaire a été mis en évidence comme facteur de motivation principal par les recherches menées sur la psychologie cognitive des joueurs. En réalité, cette motivation n'est pas toujours directement accessible à la conscience. Dans ce cas, elle ne peut être mise à jour que par un travail cognitif spécifique utilisant la méthode de questionnement socratique. Il est pourtant fondamental que le joueur puisse en prendre conscience pour la suite du traitement. Une technique simple et efficace pour modifier la croyance que le jeu est dû aux divers problèmes mentionnés plus haut est de recréer, avec le patient, une séance de jeu habituelle. La seule différence réside dans le fait que tout gain monétaire serait exclu suite aux mises que le patient aurait parié. Le thérapeute demande alors si le patient continue à jouer et si oui, combien de temps? Ensuite seront analysées les différences entre les deux situations (avec gain possible et sans gain possible); si elles existent, quels sont les éléments qui les produisent? Grâce à cette technique, le patient réalisera par le biais d'une réflexion, dirigée par le théra-

peute, que sa motivation première est bien celle de gagner de l'argent. Ceci n'exclut pas que les autres raisons soient tout à fait valables mais elles ne sont pas la cause profonde du jeu. Lorsque le patient aura pris conscience de ce processus il sera possible de passer au travail cognitif sur la certitude de gain puis travailler sur " l'erreur fondamentale ".

• L'erreur fondamentale des joueurs

La particularité des jeux de hasard et d'argent est liée à l'engagement irréversible d'une somme d'argent consentie par le joueur pour espérer gagner à un jeu dont l'issue repose entièrement ou en majorité sur le hasard. Ce rappel est important car le joueur, en situation de jeu, va oublier ou ignorer la dimension du hasard (Ladouceur, 1996). En réalité, la plupart du temps, le joueur confond le hasard avec la chance. Or, nous parlons de hasard quand des événements sont indépendants les uns des autres, lorsque nous ne pouvons pas prédire quand ils arrivent, ni agir sur eux. La chance est tout autre, c'est une probabilité ; celle qu'un événement heureux apparaisse.

Une partie importante du travail cognitif consiste à faire prendre conscience au joueur qu'il ne tient pas compte du hasard pendant qu'il joue. On l'appelle "l'erreur fondamentale" (Ladouceur et al, 2000). Le joueur va être informé de ce que sont le hasard et la chance et quelles en sont les implications pour ces types de jeux. Pour mettre en évidence cette absence de référence au hasard et de la faire réaliser au joueur, nous utilisons la méthode de Perkins (1979). Il s'agit de simuler une séance de jeu, par exemple en imagination, et de faire verbaliser, à voix haute, tout ce que le joueur se dit à lui-même, sans aucune censure. Le thérapeute enregistre ces monologues habituellement intérieurs et va les travailler avec le patient puis les corriger. Par exemple, si le joueur joue au vidéo poker, il fait des liens entre chaque tour de cartes, conserve certaines cartes en fonction de ce qui est sorti avant, afin d'augmenter ses possibilités de prédire le jeu suivant. Ces monologues erronés sont appelés "verbalisations irrationnelles" et représentent chez le joueur excessif 70 à 80% de tout ce qu'il se dit en jouant. Ces verbalisations font référence à la chance "*Je vais garder la dame et le valet, j'ai plus de chance*", aux liens entre les tours "*maintenant que j'ai eu un full, je ne vais rien avoir pendant quelque temps*", à des règles fausses "*c'est moi qui choisis les cartes*

que je veux jouer”, à des prédictions “là, ça m’étonnerait que je fasse quelque chose”, à des superstitions “il faut que je tape doucement pour ne pas me tromper, je croise les doigts pour éloigner la malchance”, à l’habileté “Il vaut mieux changer toutes les cartes quand il n’y a rien”, aux capacités personnelles “si j’avais gardé la reine, j’aurais fait la suite... quelle imbécile!”, à la personnalisation de la machine “elle fait exprès de mettre un dix pour me contrarier”....(Aufrère, 1998).

Ces raisonnements erronés sont très ancrés chez le joueur et se mettent en place spontanément. Le travail cognitif qui consiste à corriger ces erreurs avec le patient doit être réalisé minutieusement et en situation de jeu.

• La prévention de la rechute

Au terme de ce travail cognitif, il est possible que le patient rechute, comme dans toute pathologie de la dépendance. Un suivi à long terme est souhaitable, si possible au minimum une année en espaçant progressivement le suivi. Si des rechutes apparaissent, il faudra refaire des séances de rappel et analyser si l’ensemble des facteurs cognitifs ont été travaillés. Il faudra regarder quelles sont les croyances qui peuvent persister ou rechercher d’autres situations à risques qui ont pu générer un retour vers le jeu. Souvent, des croyances erronées, non perçues initialement ou mal corrigées par le thérapeute, peuvent entretenir une sur-estimation des possibilités de gain ou un

doute sur les possibilités de contrôler le jeu. Aussi faible ce doute soit-il, il peut participer à un “manquement à l’abstinence” qui, non repris peut entraîner un processus de rechute totale. Pourtant, le joueur a pu penser qu’il pouvait tenter sa chance “une seule fois, juste pour voir”...

Conclusion

L’impact thérapeutique est sans doute lié à la perte des convictions profondes du sujet de pouvoir contrôler l’issue du jeu par le biais de l’utilisation de stratégies supposées adéquates (Bondolfi & al, 2000). La perte de la certitude de gain est probablement un autre élément qui va peser dans la résolution de cette psychopathologie complexe (Bondolfi & al, 2000).

Le jeu pathologique continue de représenter un défi pour la recherche et pour les thérapeutes. Le développement de l’industrie du jeu et les problèmes de santé publique qui en découlent nécessitent de développer et d’appliquer des traitements efficaces. La thérapie du Professeur Ladouceur a montré son efficacité grâce à des études contrôlées. Son taux de succès est voisin de nonante pour-cent. Bien que cette thérapie soit très prometteuse, il est souhaitable que de futurs travaux puissent élucider les dix ou quinze pour-cent d’échec au traitement. Pour espérer encore mieux, il faudrait connaître les facteurs discriminants d’entrée dans cette dépendance afin de

développer des programmes de prévention primaire efficaces. Ainsi, pourrions-nous oser tenter la chance à moindre risque.

Références

- Aufrère, L. (1998). Thérapie cognitive du jeu pathologique: protocole de cas unique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 3, (2), 8-13.
- Bondolfi, G., Osiek, C., Aufrère, L. & Ferrero, F. (2000). Diagnostic et traitement du jeu pathologique. *Médecine et Hygiène*, 58, 1864-1866.
- Custer, R., & Milt, H. (1985). *When luck runs out*. New York: Facts on File Publication.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling: A replication study 7 years later. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 802-804.
- Ladouceur, R., Paquet, Cl. Lachance, N., & Dubet, D. (1996). Examen d’une erreur fondamentale dans la perception du hasard. *Journal International de psychologie*, 31, 93-99.
- Ladouceur, R. Sylvain, C., Boutin, Cl., & Douce, C. (2000). *Le jeu excessif: comprendre et vaincre le gambling*. Québec: Les Editions de l’Homme.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Social Psychology*, 32, (2), 311-328.
- Perkins, D. N. (1979). A primer on introspection. Communication présentée au Congrès de l’American Theatre Association Convention, New York.
- Volberg, R.A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, (2), 237-241.

Impair et manque! ... en manque? Prévention ou service après-vente des casinos?

Jean-Daniel Barman, directeur des centres d'aide et de prévention, CAP, de la Ligue valaisanne contre les toxicomanies, LVT, Sion

L'histoire a débuté en février 2000 par la visite d'un représentant de la S.A. d'exploitation du Casino de Saxon à la Ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT) à Sion. Les dés étaient jetés. Un accord de principe quant à une participation à l'élaboration d'un concept social était attendu. La roue a ensuite tourné très vite. Il s'agissait en effet de présenter rapidement un avant-projet englobant des mesures préventives. Quelques réflexions autour d'un tel concept.

Pour la LVT, le fait que la sollicitation émane de la maison de jeu de la cité des abricots plutôt que de celle de Crans-Montana, sur le Haut-Plateau, n'avait aucune importance. La véritable question était bien de savoir si cela entraînait réellement dans les attributions de la LVT. Des interpellations d'ordre éthique se posaient également à l'analyse de la demande. Après mûre réflexion, nous avons appuyé sur le bouton vert. Les événements se sont alors précipités. En effet, le dossier de candidature concernant l'octroi d'une concession (A voire subsidiairement B en ce qui concerne Saxon) devait être impérativement déposé fin septembre de la même année auprès de la Commission fédérale des maisons de jeu (CFMJ).

Contexte légal

Notre implication a été largement influencée par la législation et par un principe de réalité. Ainsi, même si l'existence des maisons de jeux ne soulevait aucun enthousiasme de notre part, force était de reconnaître la volonté exprimée par le peuple et les cantons en 1993. Suite à cette votation, une nouvelle disposition constitutionnelle abrogeait en effet l'interdiction des maisons de jeu. La loi fédérale sur les jeux de hasard et les maisons de jeu (LMJ) du 18 décembre 1998 est entrée en vigueur début 2000. Concernant notre implication, des indications essentielles figurent dans l'Ordonnance du 23 février 2000 sur les jeux de hasard et les maisons de jeu (OLMJ). Nous citerons principale-

ment l'article 26, al. 3: "la maison de jeu est tenue de collaborer avec un centre de prévention des dépendances ou un établissement thérapeutique régional. Elle peut également s'associer avec d'autres maisons de jeu ou avec des tiers". Le cadre nous paraissait suffisamment clair pour autoriser notre engagement dans ce domaine particulier des addictions.

Cadre théorique et contexte de la réalisation

Notre première surprise fut de constater le peu de références bibliographiques francophones en la matière, comparées à l'abondance d'écrits au sujet des substances psychotropes par exemple. Nous avons donc débuté notre travail par une recherche et une compilation de la littérature spécialisée. Nous n'avons eu connaissance qu'ultérieurement des résultats de l'étude de prévalence du jeu pathologique en Suisse commanditée par la Romande des Jeux*.

Une fois de plus, la LVT s'est inspirée d'études et de rapports en provenance du Canada et, plus particulièrement, du Québec (se référer entre autres aux recherches du Pr Robert Ladouceur). Ils nous ont confirmé qu'il existait bel et bien des arguments très forts pour inclure le phénomène du jeu pathologique dans la notion d'addiction. La définition apportée par le DSM IV mettait encore l'accent sur la comorbidité importante des accros du jeu (liens notamment avec consommation abusive de drogues et d'alcool).

La médiatisation actuelle du sujet s'am-

plifie au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'échéance fatidique de l'octroi des concessions. Ne serait-ce qu'en Suisse romande, il est intéressant de constater le subit intérêt pour un thème jusque-là très périphérique. A se demander si les enjeux économiques considérables et la concurrence impitoyable entre les divers candidats à une concession n'ont pas éveillé voire suscité des intérêts multiples également dans le monde médico-psycho-social. Un fait a été relevé à maintes reprises ces derniers mois. La qualité et la rigueur des concepts sociaux présentés par les différents casinos pourraient peser lourdement dans la balance au moment du rapport final et des propositions de la CFMJ au Conseil fédéral. Sur cette base, ce dernier décidera seul, sans recours possible, des heureux élus. Cela pour rappeler que nous avons dû créer, dans un temps record et sans possibilité de se référer à d'autres concepts sociaux romands, un projet sur un terrain non encore défriché. Nous avons tenté de ne pas en "perdre la boule" pour autant.

Réinventer la roue?

Notre objectif principal a consisté à rester dans la ligne du cadre légal déjà énoncé. Nous avons subdivisé le concept social en cinq grands chapitres, à savoir:

- les informations générales sur le jeu pathologique
- l'évaluation des risques pour chaque joueur potentiel
- le développement d'un réseau d'aide et de soutien
- les ressources thérapeutiques
- la formation du personnel du casino

Des informations accessibles

Le groupe de travail constitué par les Centres d'aide et de prévention de la LVT a imaginé une palette de messages prioritaires facilement accessibles. La notion de plaisir est très présente dans la pratique du jeu, quel qu'il soit. Il comporte un fort pouvoir d'attractivité. Il fait une large place au rêve, à une certaine magie, à une sorte d'évasion riche en émotions et en frissons. Tous ces aspects méritent considération. Une majorité de jeux ont pour fonction essentielle de passer le temps en toute convivialité (alors que la machine, dans toute sa froideur, n'est pas des plus conviviales).

Tout dépend, une fois de plus, des attentes du joueur et de la place qu'il accorde à son activité ludique. Chacun devrait donc disposer d'un minimum d'informations lui permettant de mieux se situer. D'autant plus lorsqu'il est sur le point de miser de l'argent. Il est question de gestion des risques (les dénominateurs communs avec la consommation de psychotropes ne manquent décidément pas). Dont celui, majeur, de gâcher la fête et le plaisir initial en perdant parfois gros. Un message simple consiste à inciter les personnes interpellées à oser en parler assez tôt.

A ce stade, le groupe-cible ne se compose pas des seuls visiteurs des salles de jeux mais d'un public large. Nombreuses, en effet, sont les personnes n'ayant jamais fréquenté un casino. Elles sont pourtant de plus en plus sollicitées

Les informations fournies aux visiteurs sur les dépendances ont provoqué des réactions vives



Photo Interfoto

La qualité des concepts psychosociaux pourrait peser dans la balance

aussi bien à leur domicile que dans de nombreux lieux publics offrant toutes les déclinaisons du grattage argenté!

Les idées-force des concepteurs du projet ont été traitées par une agence de communication. Consulté à ce stade de la réalisation, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) a témoigné de l'intérêt à notre démarche. Un partenariat a suivi. Il concerne la production d'informations générales et la formation du personnel. Pour l'heure et depuis l'automne 2000 déjà, les principaux messages grand-public sont véhiculés sous forme de flyers. Ils sont accessibles sur internet (voir adresse en fin d'article).

Les premières observations montrent l'importance de déplacer l'information du seul casino. Bon nombre de personnes craignent une stigmatisation par le simple fait d'avoir manifesté ou pris de la documentation dans une salle de jeu. Elles seront beaucoup plus réceptives aux contenus préventifs dans un contexte garantissant leur anonymat et donc dans une certaine intimité.

Evaluation des risques

Le questionnaire mis à disposition, au même titre que le flyer d'informations générales, des visiteurs du casino nous ont valu, dans un premier temps, quelques réactions aussi vives qu'inattendues. D'aucuns pensaient qu'il s'agissait d'une sorte de test d'entrée obligatoire. En fait, la législation exige la mise à disposition d'un instrument de mesure permettant à chacun de tester, de manière facultative, ses risques de développer une dépendance au jeu. Nous avons décidé d'adapter une version française validée du questionnaire-test "South Oaks Gambling Screen" (SOGS). Cette opération a été supervisée par la collaboratrice scientifique de la LVT. A moyen terme, différents projets de recherche pourraient être mis sur pied en collaboration avec d'autres maisons de jeu et, surtout, en partenariat avec différentes équipes de chercheurs (la LVT a déjà des liens très étroits avec, notamment, des scientifiques du RISQ Recherche et intervention sur les substances psychotropes – Québec).

Il est envisagé, par exemple, d'étudier les possibilités d'adaptation d'outils plus performants et mieux adaptés aux nouvelles populations de joueurs. Nous pensons au NODS "NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems". La typologie de joueurs fournie par le NODS se compose du non-joueur, du joueur à bas-risque, du joueur à risque, du joueur à problèmes et du joueur pathologique. Il pourrait apporter des données plus fines lors d'une nouvelle étude de prévalence.

Réseau d'aide et de soutien

En plus des informations générales faciles d'accès, une possibilité est offerte aux différents types de joueurs d'appeler ou de rencontrer, dans leur région, un intervenant spécialisé dans le domaine de la prévention et du traitement des différentes formes d'addiction. Selon la

prévalence des problèmes ou les points d'interrogation, la personne est orientée vers un intervenant en toxicomanies de la LVT, un travailleur social d'un Centre médico-social régional (pour toutes les questions de désendettement), un avocat-conseil, un psychologue ou un médecin psychiatre. Une collaboration est envisagée avec les répondants de la Main Tendue fréquemment interpellés par des joueurs ou des membres de leur famille. Bien des personnes-ressource sont déjà en place. Le réseau est encore perfectible (développement prévu aussi dans la partie germanophone du canton). Plusieurs demandes d'informations complémentaires, d'orientation, voire de thérapie ont pu être gérées ces derniers temps. A moyen terme, nous souhaiterions étoffer l'offre par la création d'un groupe d'entraide de type "GA" (comme Gamblers Anonymous) né de l'expérience des AA et autres NA bien connus dans le champ des addictions.

Les ressources thérapeutiques

Trois médecins psychiatres se sont officiellement préparés à répondre aux personnes dépendantes du jeu. Plusieurs autres thérapeutes ont témoigné de l'intérêt pour ce thème. L'offre devrait être diversifiée et adaptée aux besoins. Jusqu'en 1999, il semble bien que les institutions psychiatriques étaient peu sollicitées par des joueurs pathologiques. L'étude de prévalence déjà mentionnée révèle pourtant que 2,18 % de la population suisse âgée de 18 ans et plus sont des joueurs potentiellement pathologiques alors que 0,79 % sont des joueurs pathologiques probables. A relever que, dans 36 % des cas, ces personnes présentent par ailleurs des problèmes liés à leur consommation d'alcool.

Certains programmes visent l'abstinence. Nous pensons qu'ils s'adressent prioritairement aux joueurs sous le coup ou demandant une interdiction (exclusion) de fréquentation des maisons de jeu. Pour d'autres, il serait plus approprié d'offrir un programme d'éducation visant une pratique du jeu "raisonné", c'est-à-dire sans caractère obsédant. A ce chapitre, il est souhaitable que l'accès aux ressources soit facilité et garanti dans toutes les régions. Les personnes concernées n'ont pas à subir les effets des querelles de chapelles qui opposent les différents supports juridiques des concepts sociaux. Un canton (c'est le cas

par exemple du Tessin) pourrait obtenir plusieurs concessions et pratiquer autant de concepts sociaux. Les ressources du réseau ne sont pas illimitées. Elles devront être utilisées de façon rationnelle et cohérente. Sans quoi le joueur, déjà en échec au casino, risquerait-il d'y perdre encore son latin au moment de solliciter une thérapie!

La formation du personnel des maisons de jeu

L'engagement tant de la direction que du personnel des casinos est indispensable au bon fonctionnement du concept social et des mesures préventives. La formation du personnel est imposée par la législation. Encore faut-il qu'il y ait une véritable motivation des principaux acteurs. Au stade de l'élaboration du projet, nous avons rencontré des représentants de la direction et une délégation du personnel pour les orienter. Le plus important était cependant de les écouter évoquer les particularités de leur profession et les difficultés rencontrées. Nous avons largement tenu compte de ces observations du plus grand intérêt au moment d'échafauder le programme de formation.

A ce jour, un premier cours a été organisé en novembre 2000 pour l'ensemble du personnel et des cadres du Casino de Saxon. Il a déjà été suivi de rappels. L'accent est mis sur la clarification des objectifs, la présentation du concept social, la définition et l'analyse du jeu pathologique, les schémas d'intervention ainsi que la présentation de la documentation et des structures d'aide. Un espace est réservé à la clarification du rôle du personnel dans le cadre de l'application du concept social. Les responsables de salles et autres réceptionnistes ou chargés de la sécurité sont directement concernés par la problématique de l'exclusion de joueurs à problèmes. Cela est d'autant plus complexe à gérer dans un environnement où bien des visiteurs sont connus et proches des responsables appelés à préavisser une exclusion temporaire ou indéterminée du joueur.

La Fondation Féodor

Lors de la discussion du mandat et de l'étude de faisabilité, nous avons exigé, avec le chef du service cantonal de l'action sociale, de pouvoir œuvrer dans un cadre juridique autre que la SA d'exploitation du Casino de Saxon. Cette dernière

re a constitué, durant l'été 2000, une Fondation Féodor (en souvenir d'un illustre joueur) dotée d'un capital de Fr 200'000.-. Elle a bien entendu pour but principal de "traiter toute forme de dépendance au jeu, notamment ses conséquences dommageables". Elle propose, entre autres, d'informer tous les milieux concernés ainsi que le grand public sur la problématique des jeux en général et de son traitement. Elle s'engage aussi à prévenir toute dépendance au jeu et à aider toute personne confrontée à cette dépendance. La Fondation pourrait, le cas échéant, offrir ses compétences à n'importe quel établissement similaire intéressé.

Nous avons pu travailler dans de bonnes conditions sans jamais avoir à traiter directement avec la SA d'exploitation. Mais nous avons dû intervenir durant l'automne 2000 pour prévenir quelques difficultés engendrées par l'arrivée tonitruante de la Compagnie européenne des casinos (CEC) devenue propriétaire à la fois du Centre du Parc (Hôtel et congrès) à Martigny et du Casino de Saxon. En Suisse romande, la CEC a déposé une demande de concession pour les casinos de Meyrin et Fribourg. Elle souhaite appliquer le concept social réalisé par Swiss-Casino bien implanté en Suisse alémanique. Nous évoquons ce fait pour rappeler le contexte particulier dans lequel des services comme les nôtres ont évolué dans cette phase expérimentale et

transitoire (jusqu'à l'octroi des sésames) quelque peu chahutée. Les cantons romands sont très engagés dans la société anonyme d'intérêt public et sans but lucratif "la Romande des Jeux S.A".

En Valais, le dossier du Casino de Saxon est en concurrence avec le projet séduisant précisément porté par la "Romande des Jeux S.A". En tant qu'institution spécialisée, la LVT s'est bornée à rassembler ses énergies positives pour se concentrer exclusivement sur l'amélioration permanente du concept social qu'elle a conçu en collaboration avec la Fondation Féodor. Le joueur est au centre. L'accès aux ressources proposées par le réseau ne doit pas ressembler à un parcours du combattant. Tout le reste se traite à un autre niveau. Un fait est à relever. Dans un proche avenir, dès l'octroi des précieuses concessions, toutes les institutions spécialisées dans le domaine des addictions auront à collaborer, d'une façon ou d'une autre au dossier du jeu pathologique.

Nous avons répondu à la demande ferme d'un casino bien rôdé. Nous nous serions engagés tout autant professionnellement dans un mandat concernant un établissement de jeu encore virtuel. Dans son message de juin 2000 accompagnant le projet de loi d'application de la loi fédérale sur les jeux de hasard et les maisons de jeu, le Conseil d'Etat du canton du Valais signalait qu'il était dans son intention "de prévoir un système de préven-

tion et de traitement du jeu pathologique sur le plan intercantonal ou éventuellement cantonal...".

Nous souhaitons que l'Etat prenne des mesures énergiques qui ne se limitent pas à la sensibilisation de la population et à la mise en place de quelques structures d'aide. Certains résultats de l'étude de prévalence déjà citée confirment l'existence d'une forte corrélation entre l'offre de jeux (mesurés par le nombre de machines à sous disponibles pour 1000 habitants) et la prévalence de joueurs pathologiques.

On le voit, les jeux ne sont pas encore faits! Chacun a perçu les enjeux considérables. Comme le révèlent les chercheurs de l'HUG, le sujet est encore "mal connu et reconnu par les patients, les soignants et, peut-être aussi, par les autorités responsables de la santé publique". La LVT n'a pas voulu se cantonner à un rôle souvent évoqué de "service après-vente". Elle saura dans quelques mois si le jeu en valait la chandelle.

* Etude de prévalence du jeu pathologique en Suisse, C.Osiek, G.Bondolfi, F.Ferrero, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), 1999

Pour plus d'informations sur Féodor et son concept social, consultez, sur internet, www.feodor.ch ou parcourez les pages de la LVT à l'adresse www.infoset.ch/inst/lvt

Jouer pour vivre ou vivre pour jouer?

Jacques Besson, médecin-chef de la Division d'abus de substances, Lausanne

(réd) Le jeu fait partie, depuis toujours, de l'humanité et c'est notamment par l'entremise du jeu que l'enfant s'individualise. Par ailleurs, nombre de sociétés utilisent le jeu, sous forme de rituels, pour communiquer avec le monde invisible. A partir de quel moment, en tant qu'individu et en tant que société, le jeu passe-t-il d'un élément vivant et dynamique à une souffrance individuelle qui étouffe? Quelques réflexions philosophiques.

Introduction

On ne peut que constater l'universalité du jeu dans toutes les cultures et toute l'histoire de l'humanité. Le jeu fait partie du phénomène humain, mais on observe une lente modification de son statut dans la société. De ses origines ritualisées et probablement sacrées, où tirer les sorts permettait de communiquer avec le monde invisible, le jeu est devenu profane. Sous la forme des jeux de hasard et d'argent, d'abord dans les Casinos, puis dans les machines à sous, il accède actuellement à un développement industriel.

Pour l'individu humain, la capacité de jouer sous toutes ses formes fait partie de la santé mentale. Dans le développement affectif normal, le jeu occupe une position cruciale dans les processus d'individuation et l'enfant, à travers le jeu, accède à la dimension métaphorique du "comme si" et à l'espace du "je".

Les jeux de hasard et d'argent concernent avant tout l'adulte par l'appât d'un gain, mais peuvent aussi constituer une trace des expériences infantiles où l'éventualité d'un retour à la pensée magique peut toujours surgir.

Pour la majorité de la population, les jeux de hasard et d'argent sont soit sans intérêt, soit l'occasion d'un délasserment limité. Par contre, pour les 0,8% de la population générale qui sont joueurs pathologiques et les 2% qui sont potentiellement pathologiques, on assiste à une prise au piège, où s'intriquent des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

La réponse au stress: entre dépression et addiction

La modernité est complexe pour l'individu livré à la mondialisation, à la communication de masse et au néo-libéralisme. Précarité des repères, fragilité des valeurs, flou des identités ajoutent au stress de l'individu face à lui-même. Car l'idéal de la réussite individuelle exige des gagnants, dans un narcissisme collectif inaccessible, créant d'innombrables "losers". Pour l'individu érigé en son propre idéal, c'est le fondement d'un inévitable sentiment d'échec, un des facteurs amenant à la si fréquemment observable dépression.

Toutefois, dans l'idéologie ambiante, cette dépression est inacceptable et conduit à de nombreuses stratégies d'évitement et de lutte contre la dépression. Cette fuite en avant prend bien souvent la forme d'une addiction. Les conduites addictives explosent littéralement actuellement avec ou sans substances psychoactives, que ce soit sous forme de troubles alimentaires, d'abus de psychotropes ou précisément de dépendance au jeu.

Psychologie du joueur excessif

En effet, il est intéressant de noter que les progrès des neurosciences font converger les connaissances vers un même système complexe où s'intriquent la réponse au stress, les voies de la récompense et la

modulation de l'humeur. Des neurotransmetteurs comme la dopamine, la sérotonine ou les endorphines et des hormones comme le cortisol interagissent dans la réponse au stress et peuvent influencer divers troubles psychiatriques comme les troubles dépressifs, les troubles compulsifs ou impulsifs et les troubles addictifs. D'ailleurs, ces troubles sont fréquemment associés et c'est la notion de comorbidité psychiatrique. La dépendance à Internet et le jeu excessif ont un statut encore hybride entre compulsion, impulsivité et addiction. Toutefois, la plus grande analogie se présente avec le syndrome de dépendance à des substances psycho-actives, auquel le jeu excessif est fréquemment associé, dans plus de 30% des cas. La comorbidité avec la dépression est également fréquente, qu'elle soit primaire ou secondaire. Il existe peu de modèles animaux du jeu excessif, mais des travaux effectués sur des rats dans les services universitaires de Lausanne ont montré que chez cet animal l'attrait d'un gain aléatoire est supérieur à un désagrément prévisible. Ce type d'expérimentations permet d'espérer des avancées thérapeutiques biologiques de type pharmacologique pour interagir avec les systèmes concernés.

Des systèmes de croyance

Evidemment, du rat à l'homme il y a un sérieux pas, même si le cerveau des émotions est très semblable dans les deux espèces. De fait, les travaux des chercheurs cognitivo-comportementalistes spécialisés dans l'étude des joueurs excessifs ont montré chez ceux-ci d'importantes distorsions cognitives, comme la méconnaissance de la nature du hasard par exemple. On peut parler d'une psychopathologie des systèmes de croyance. Ces systèmes sont de plus en plus étudiés en médecine dans diverses conditions, notamment dans le rapport du sujet à la maladie. Ils sont d'un grand intérêt pour le psychothérapeute qui peut trouver là des ressources internes au patient. Ces systèmes de croyance se comportent comme des superstructures psychiques qui modulent l'ensemble des activités du sujet, que ce soit en référence ou non à des valeurs religieuses. Un bon exemple est le dispositif collectif à disposition des Alcooliques Anonymes, où la vision du monde centralement modifiée amène à des changements de comportement radicaux. La thérapie du joueur excessif d'orientation cognitivo-comportementale selon Ladouceur vise notamment à

corriger les croyances du joueur et donne des résultats intéressants.

Mais là où le joueur excessif nous interpelle tous, au-delà de ses vulnérabilités individuelles biologiques ou psychologiques, c'est dans sa lutte avec le destin, dans son défi aux lois du hasard.

Car qu'est-ce que le hasard? Ne sommes-nous pas tous des joueurs excessifs sur les chemins de nos vies? Nous ferions bien d'améliorer notre lucidité sur nos systèmes de croyance. Les patients entre dépression et addiction sont bien souvent en quête de sens individuel et collectif, et les joueurs excessifs ont besoin de nous pour retrouver le goût de jouer pour vivre et non de vivre pour jouer.

Références

- Ladouceur R. et al: Le Jeu excessif: comprendre et vaincre le gambling. Les Editions de l'Homme, Montréal 2000
- Cassaing J.L. et al.: Ecrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies. Editions de l'Association freudienne internationale, Paris 1998.
- Winnicott D.W.: Jeu et réalité, l'espace potentiel. Editions Gallimard, Paris 1995.
- Ehrenberg A.: La Fatigue d'être soi; dépression et société. Editions Odile Jacob, Paris 1998.

d é p e n d a n c e s

La revue "dépendances" s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Abonnement 45.- frs par an/20.- frs par numéro.

Parmi les thèmes publiés:

Le devenir des patients alcooliques (no 2) - Balade au pays du tabac (no 4) - Politique des dépendances: réflexions, propositions (no 5) - La prévention, d'une définition à un choix de société (no 6) - Groupes d'entraide (no 7) - Les institutions résidentielles en crise (no 9) - Pour une prise en compte des rapports hommes-femmes (no 11) - Former des spécialistes en addiction (no12)

A consommer sans modération!

Editée par:



Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies

Créer un problème de dépendance et le prévenir: une logique nouvelle...

Jean-Dominique Michel, socio-anthropologue, secrétaire général de Pro Mente Sana, Genève

(réd.) La loi fédérale sur les maisons de jeu impose des mesures sociales pour lutter contre les conséquences dommageables du jeu. Ces dispositions amènent évidemment nombre de questions autour de la définition de la dépendance, de son repérage, de la catégorisation des joueurs et du risque de stigmatisation, de la formation du personnel, de la place des professionnels et de leurs structures d'accompagnement.

Tour d'horizon des questions éthiques.

Une nouvelle loi fédérale sur les jeux de hasard et les maisons de jeu (LMJ), assortie de son ordonnance d'application (OLMJ), est entrée en vigueur au premier avril 2000. Ces dispositions législatives font suite au vote populaire par lequel le peuple et les cantons, en 1993, avaient exprimé leur volonté de voir les jeux d'argent et de hasard libéralisés sur le territoire de la Confédération. Le résultat du scrutin, approchant les trois quart d'avis favorables, avait été particulièrement tranché et épousait les recommandations du Conseil fédéral. Il est amusant de relever qu'à l'appui de son argumentation, celui-ci avançait que la prohibition n'était pas une solution satisfaisante, et qu'il apparaissait préférable d'ouvrir plutôt le marché en l'assortissant de mesures strictes de contrôle et de prévention des conséquences sociales.

Assurance avait ainsi été donnée par le gouvernement que des mesures vigoureuses d'encadrement seraient mises en œuvre pour lutter à la fois contre la criminalité économique (particulièrement le blanchiment d'argent et l'infiltration par le crime organisé) et les conséquences socialement dommageables du jeu. En ce qui concerne ce deuxième aspect, les exigences posées par la loi sont robustes, et constituent une innovation dans l'expression d'une préoccupation de santé publique en matière de dépendance, particulièrement par les responsabilités qu'elles attribuent aux exploitants des maisons de jeu. Elles soulèvent plusieurs questions tenant autant aux valeurs éthiques (implicites autant qu'explicites) qu'elles véhiculent qu'aux détails de leur mise en œuvre.

Une loi claire

La loi y va en fait par touches (plus expressionnistes qu'impressionnistes) venant à dessiner un ensemble mélangeant des concepts de degrés de concrétude divers. La loi elle-même annonce la couleur en son article 2 en affirmant qu'un de ses objectifs fondamentaux est de "prévenir les conséquences socialement dommageables du jeu". Elle précise à l'article 14 que le requérant à l'exploitation d'une maison de jeu "définit les mesures qu'il entend prendre pour prévenir les conséquences socialement dommageables du jeu ou y remédier". Plus loin (article 22), la loi indique que la maison de jeu "exclut des jeux les personnes dont elle sait ou devrait présumer, sur la base des constatations qu'elle a faites elle-même dans son établissement ou sur la base d'informations venant de tiers:

- a) qu'elles sont insolvables ou qu'elles ne remplissent pas leurs obligations financières;
- b) qu'elles engagent des mises sans rapport avec leur revenu et leur fortune;
- c) qu'elles sont susceptibles de perturber le déroulement des jeux".

L'article précise que la maison de jeu doit motiver sa décision et la communiquer par écrit à la personne concernée et aux autres maisons de jeu. L'exclusion d'une maison de jeu conduit donc automatiquement à l'exclusion de toutes les autres maisons de jeu en Suisse.

L'ordonnance d'application est quant à elle détaillée et loquace. Elle indique ainsi (en sa section 3, articles 35 à 40) que la

maison de jeu doit:

- a) Mettre en œuvre un programme de mesures sociales et des mesures pour *“assurer la prévention de la dépendance et l’identification précoce des personnes susceptibles de devenir dépendantes au jeu”*;
- b) Collaborer avec un centre de prévention des dépendances et un établissement thérapeutique pour la mise en œuvre de son programme;
- c) Tenir à la disposition des intéressés *“des informations accessibles et compréhensibles concernant les dangers du jeu, les mesures de soutien, les adresses de centres de consultation et groupes d’entraide destinés aux personnes susceptibles de devenir dépendantes du jeu ainsi que des questionnaires permettant à chacun d’évaluer ses propres risques de dépendance”*;
- d) Instruire précisément le personnel de la maison de jeu *“pour identifier à temps les personnes susceptibles de devenir dépendantes du jeu”, et la “manière de reconnaître de telles personnes et de les aborder”*;
- e) Définir la marche à suivre en cas d’exclusion imposée et d’exclusion volontaire et, dans le premier cas, enregistrer *“les faits ayant conduit au prononcé de l’exclusion, notamment le nombre de visites, le constat des mises engagées, les signalements et renseignements de tiers ainsi que les mesures prises par la maison de jeu avant le prononcé de l’exclusion”* et indiquer *“les mesures prises après le prononcé de l’exclusion telles qu’entretiens, recommandations, soutien financier, indication de programmes d’information et d’assistance, ainsi que le résultat de ces mesures”*.

Un peu de scepticisme

Voilà pour la lettre de la loi. Une lecture par trop littérale conduirait à en disqualifier la portée du fait de l’immensité de l’objectif poursuivi (“identifier précocement les personnes susceptibles de devenir dépendantes du jeu”). Si cet objectif pouvait un jour être atteint, alors il y aurait lieu de convoquer les experts scientifiques de la planète pour un congrès exceptionnel... La transposition de cette faculté divinatoire rendrait également de fiers services dans le domaine des autres dépendances. On pourrait ainsi par exemple prévenir, à la source et avant même qu’ils se manifestent, des phéno-

mènes comme l’alcoolisme et la toxicodépendance.

Un deuxième élément de scepticisme tient à cette exigence de la loi selon laquelle les maisons de jeu doivent mettre en œuvre des procédures diagnostiques (identifier et reconnaître de telles personnes) et des procédures d’enquête (enregistrement des faits ayant légitimé les soupçons qu’il s’agissait de personnes susceptibles de devenir dépendantes au jeu, ou encore engageant des mises sans rapport avec leur revenu ou leur fortune). Là encore, la barre est placée si haut que l’on peut sérieusement douter de la faisabilité, ou même de la légitimité de la chose. Un diagnostic de jeu pathologique est une évaluation médicale qui ne peut être posé qu’après un examen soigneux, sur la base de critères nosographiques précis. Demander au personnel de salle d’une maison de jeu d’évaluer les situations individuelles en la matière peut dès lors apparaître comme parfaitement déplacé.

En ce qui concerne les procédures d’enquête, elles posent elles aussi un ensemble de difficultés: l’énoncé de la loi est si précautionneux (identifier les personnes susceptibles de devenir dépendantes du jeu) qu’on voit à vrai dire mal comment mettre en œuvre cette injonction sans entrer dans un climat de soupçon systématique. Toute personne étant a priori susceptible de devenir dépendante du jeu, et aucun élément à ce jour ne permettant un dépistage précoce, faudrait-il alors se résoudre à fichier chaque client d’une salle de jeu en épiant le moindre indice de comportement problématique ou déviant?

Ces considérations pourraient ainsi amener à disqualifier les intentions de la loi du fait de l’imprécision ou de l’excessive portée de ses injonctions.

On retrouverait aussi, dans une première analyse de contenu, les réponses sociétales dominantes apportées aux phénomènes de dépendance, soit, quoi qu’on en dise, une double prégnance policière et médicale. Si la loi définit d’autres mesures qu’elle tient pour nécessaires, la définition du traitement à apporter joue bien sur ces deux claviers, symboliques et concrets, en donnant une délégation juridique aux maisons de jeu pour qu’elles les mettent en application.

A la décharge du législateur, on reconnaîtra que l’énoncé de la préoccupation exprimée était malaisé, et qu’à défaut d’en faire une lecture excessivement littérale, on peut essayer d’en saisir l’esprit et de réfléchir à des mises en application

productives et nuancées.

L’objectif explicite de la loi est de garantir que les conséquences socialement dommageables de la libéralisation des jeux de hasard et d’argent dans le cadre des maisons de jeu seront adéquatement prises en compte et que des réponses satisfaisantes leur seront apportées. Nous sommes bien en présence d’une libéralisation assortie d’une volonté de prévention et de traitement des dommages.

Une logique qui permet la réflexion

Entrons donc dans cette logique en posant certains éléments de réflexion qui nous semblent être implicitement reconnus dans la systématique de la loi: Tout d’abord, l’on semble admettre comme donnée de départ une multiplicité des usages qui relativise la réalité pondérale de la problématique. Des études de prévalence soigneuses ont été réalisées, notamment en Suisse romande, qui révèlent le taux de joueurs pathologiques et de joueurs pathologiques potentiels dans la population. Il semble avéré (encore que la perspective autour de cette question devrait probablement être élargie) qu’une augmentation de l’offre de jeu devrait conduire à une légère augmentation de ces taux. On connaît donc avec une relative précision la masse des personnes concernées... et l’on s’aperçoit au passage du peu qui était fait jusqu’à aujourd’hui pour venir en aide adéquatement à cette population.

Sur la base de l’étude de Bondolfi, Ferrero et Osiek, on peut ainsi d’ores et déjà évaluer à environ trente mille le nombre de personnes en Suisse romande connaissant de sérieux problèmes de jeu, avec pour conséquence une nette péjoration de leur qualité de vie. Donnée incontournable et, si la nouvelle loi devait avoir un seul mérite, cela serait bien celui d’établir un ordre de responsabilité collective face à cette problématique.

L’existence actuelle de cette population en état de détresse indique également qu’elle n’a pas attendu la libéralisation en cours pour connaître cette situation et que les casinos ne sont qu’un des supports de leur addiction. De fait, l’offre de jeu disponible inclut les loteries, les “gratteux” (comme disent les Québécois), les paris sur les courses, les jeux clandestins (dont l’importance semble peu négligeable – on a articulé pour le canton de Genève un chiffre d’affaires annuel du secteur de Sfr 40 millions, soit près du triple du chiffre

d'affaires actuel du casino local), ou encore les maisons de jeu des pays limitrophes.

Le concept de multiplicité des usages reconnaît la grande variété des comportements possibles face aux jeux d'argent, de la personne qui ne joue jamais (une faible minorité de la population), à celle qui joue occasionnellement et sans dommage, celle qui pratique régulièrement mais sans excès notoire, celle qui pratique avec excès par flambées ou de façon chronique mais sans que les dommages ne soient trop importants, jusqu'au joueur pathologique dont le degré de dépendance et de dégradation personnelle et sociale est réellement et durablement problématique. Dans les faits, les joueurs fréquentant une maison de jeu appartiennent à ces diverses catégories et les joueurs pathologiques véritables en forment une petite minorité. La loi reconnaît explicitement cet état de fait en indiquant (avec une certaine maladresse) le seuil à partir duquel les maisons de jeu sont sensées intervenir. Un des éléments centraux que les candidats à l'exploitation d'une maison de jeu auront eu à clarifier est précisément celui de la grille des attitudes à tenir et des éventuelles interventions à poser selon les situations individuelles.

Le personnel de salle étant appelé à constituer un premier réseau de prévention, et même d'intervention, il est impératif que soient clairement établis son rôle et sa légitimité dans ce qui est exigé de lui.

Former le personnel

A notre sens, la légitimité en question – et en cela réside un intérêt tout particulier de cette loi – ne peut que reposer sur la convergence d'une préoccupation humaine et d'un intérêt général. La préoccupation humaine tient à ce que nul ne peut ni n'a le devoir de rester insensible face à une situation de naufrage personnel. Les joueurs pathologiques forment, par leur comportement, des tableaux saisissants qui interpellent déjà, profondément, les membres du personnel de salle des maisons de jeu. Face à ces situations, et à l'interpellation fondamentale d'y être confrontés, ces membres du personnel tendent à réagir selon deux réponses-types qui sont autant de systèmes de défense: soit par indifférence, une forme de durcissement qui prétend que "chacun est responsable de ses actes et qu'il faut s'insensibiliser face aux situations individuelles", soit par co-dépendance, soit une

attitude où l'on se sent à la fois responsable et sans ressources face au comportement de l'autre et où l'on en vient à adopter soi-même des comportements complaisants ou contre-productifs en regard de la préoccupation ressentie.

La loi, elle, par son exigence, pose un cadre clair: si les maisons de jeu ne sont pas responsables des situations individuelles des joueurs excessifs, elles ont des responsabilités à assumer en la matière. La première de ces responsabilités est de disposer d'une information qui qualifie les membres du personnel de salle dans leurs relations avec les joueurs à problèmes. Par une connaissance adéquate des processus de dépendance et des modalités d'intervention possibles, il peut proposer une première information ou fournir une assistance quant à une élaboration du vécu de la personne.



Photo Interfoto

Épier les comportements problématiques

La deuxième de ces responsabilités est celle de ne pas transiger avec les comportements addictifs. Du fait de l'injonction légale, la maison de jeu doit concrétiser le message que nul n'aura la possibilité de se détruire ou de se mettre gravement en péril dans le cadre de ses salles. C'est là le sens des procédures d'exclusion, et cela dessine naturellement la gradation des procédures: en cas d'excès ponctuels ou apparemment sans gravité, le personnel se tient à disposition des joueurs au cas où ceux-ci voudraient établir une communication ou élaborer une demande d'ordre personnel. Dans le cas, au contraire, où la personne se trouve dans un état de jeu pathologique grave (et la difficulté diagnostique se résorbe d'elle-même à ce niveau-là tant la sémiologie de cette situa-

C'est un essai de prohibition ciblée doublée de la production d'une culture de prévention

tion est, sur la durée, patente), les responsables de la maison de jeu ont la contrainte de conduire une observation des comportements de jeu de la personne. Si le dossier constitué est convaincant, alors la loi impose d'envisager une exclusion de la personne des salles de jeu.

Cette contrainte légale peut alors parfaitement recouper la préoccupation humaine, en ce qu'il devient parfaitement légitime d'avancer que c'est par un double défaut d'indifférence et de co-dépendance (ou de complaisance) que l'interdiction est prononcée. Que s'il n'est pas pour autant question d'intervenir plus avant dans la trajectoire de vie de la personne concernée, tant la loi que la maison de jeu qui en assure l'application refusent strictement d'être les complices ou les bénéficiaires de l'état de dépendance de la personne concernée. Certes, celle-ci sera ensuite parfaitement libre de se tourner vers le marché noir des jeux clandestins ou les casinos des pays voisins, ou encore les jeux d'accessibilité aisée comme ceux développés récemment par la Loterie Romande. A ce niveau-là, la maison de jeu n'est plus concernée.

Il est bien entendu légitime d'avoir des doutes ou des opinions nuancées quant à la pertinence ou la valeur de ce message. En ce qui nous concerne, et sans entrer dans un débat de fond sur cette question, il nous semble qu'il est en tout cas cohérent et que, bien compris, il permet de définir une pratique.

Car en définitive, ce que la loi requiert des maisons de jeu, c'est qu'elles élaborent et produisent une réelle culture de prévention et de gestion des phénomènes de dépendance au jeu. Elle le fait selon une axiomatique volontariste et sévère, c'est une option parmi d'autres, mais, pour rester dans un vocabulaire ludique, on dira que cela paraît jouable.

La formation adéquate du personnel et les procédures d'intervention, pierres angulaires de ce système, la mise à disposition en salle de documentation sur la problématique et de questionnaires d'auto-évaluation, la collaboration, nécessaire et imposée, avec le réseau socio-sanitaire, toutes ces mesures convergentes dessinent une approche finalement assez globale de la problématique, non dans le sens de lui apporter une réponse définitive – on s'est guéri, je crois, de pareilles prétentions – mais bien de définir une attitude générale à partir de laquelle il soit possible de travailler.

Des approches préventives diversifiées

Dans les faits, les exigences importantes de la loi ont conduit les établissements candidats à l'obtention d'une concession d'exploitation à s'adresser à des spécialistes du domaine des dépendances pour les aider à conceptualiser des programmes de mesures. Ceux-ci ont pu compter, généralement, sur l'intérêt et la participation des pouvoirs publics, sensibles aux éléments quantitatifs et qualitatifs de la problématique. On semble donc assister, assez rapidement, à la diffusion de cette préoccupation nouvelle quant à la dépendance au jeu dans l'ensemble du système de santé et d'aide sociale.

La concurrence de fait existant entre les candidats aux concessions a également conduit à une élaboration cloisonnée des programmes. Cette situation particulière aura probablement eu un effet stimulant en termes de créativité. Chacun s'étant retrouvé dans son coin à devoir traduire en mesures concrètes des exigences générales élevées, les concepteurs de ces programmes auront probablement imaginé des solutions originales, avec des matières d'excellence différentes d'un projet à l'autre.

Les intervenants dans le domaine des dépendances ne s'étant pas liés aux maisons de jeu qui les ont sollicités, et le délai pour le dépôt des dossiers de candidatures étant arrivé à échéance au 31 mars 2001, on va maintenant pouvoir prendre librement connaissance des programmes proposés et en comparer les mérites.

Il y a fort à parier que cette manière de procéder, finalement assez ludique et compétitive, se révélera en définitive préférable à celle qui aurait consisté à élaborer une réflexion générale consensuelle d'entrée de jeu. On a déjà pu voir différents types d'approche dans les propositions avancées: certaine privilégiant par exemple la constitution d'un centre d'excellence de traitement et de prévention du jeu pathologique, dans un cadre académique et universitaire, d'autres tablant plutôt sur des approches de réseau ou communautaires. L'intérêt est évidemment qu'aucune de ces approches n'est exclusive des autres et que ceux qui les ont élaborées l'ont fait à partir de leurs intérêts et de leurs compétences propres. L'expérience en cours dans notre pays est en tout cas suivie avec un intérêt authentique – même si parfois dubitatif ou nar-

quois – par les spécialistes du domaine à travers le monde. L'écho général en est qu'il s'agit d'une façon très helvétique de procéder, particulièrement méticuleuse et moraliste. Il serait a priori impensable d'exporter cette expérience ne serait-ce qu'en France voisine ou bien sûr Outre-Atlantique. De l'avis de spécialistes consultés, les principes de la LMJ seraient dans ce dernier contexte totalement incompatibles avec l'énoncé constitutionnel des libertés individuelles.

En définitive, la nouvelle loi fédérale sur les jeux de hasard et les maisons de jeu propose, de fait, une nouvelle configuration des responsabilités au regard d'une offre de produits ou – en l'espèce – de pratiques susceptibles d'induire chez certains une dépendance. S'oserait-on à tirer des parallèles qu'on verrait aussitôt pleinement émerger les défis et les dilemmes de ces dispositions légales. Qu'en serait-il d'injonctions qui contraindraient les patrons d'établissements publics à dépister et interdire les buveurs alcooliques? Ou encore d'une responsabilisation directe des médecins leur interdisant de prescrire des somnifères ou des tranquillisants à des patients pharmacodépendants là où ils pourraient librement le faire pour des patients non-dépendants?

Ces questions, certes badines, laissent apparaître une autre perspective: et si la LMJ constituait une forme de rupture épistémologique dans notre façon collective d'aborder les dépendances? La question trouvera certes d'elle-même sa réponse au cours des mois et des années qui viennent. La première ébauche de mise en œuvre de ses injonctions dévoile plutôt une forme de maturité collective dans la nature et la globalité des mesures envisagées. Une autre question, elle aussi un peu troublante, apparaît alors comme à contre-jour: et si, malgré ses maladresses et son utilitarisme, la nouvelle loi légitimait, particulièrement pour le personnel de salle, mais aussi pour les professionnels de la santé et du social autour, le droit à la non-indifférence? Après tout, il n'est question ici ni de soigner ou de traiter les gens contre leur gré, ni de mettre sur pied une prohibition générale. Mais, en quelque sorte, à l'intérieur d'un cadre donné, d'organiser une prohibition ciblée tout en garantissant une accessibilité maximale à l'information et aux ressources.

Alco-line: un service complémentaire du réseau alcoologique

Michel Bonjour, Président d'Alco-line, directeur de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, FVA, Lausanne

En Suisse, 300'000 personnes au moins sont dépendantes de l'alcool ou risquent de le devenir. Un dispositif diversifié existe en Suisse pour permettre aux personnes concernées de trouver un moyen d'être aidées ou soignées - dans des hôpitaux, des cliniques psychiatriques ou des centres spécialisés. 33'000 personnes par année suivent un programme en milieu résidentiel et/ou hospitalier. Parmi les consultations effectuées dans les centres ambulatoires, 60% d'entre elles concernent des problèmes d'alcool.

Cependant, des enquêtes sur l'alcoolisme ont démontré que seulement un tiers des personnes souffrant d'une grave dépendance à l'alcool ont consulté leur médecin et beaucoup moins encore s'adressent aux services sociaux ou à un psychiatre. De telles données sont valables pour Genève, mais également très certainement pour l'ensemble de la Suisse. Elles indiquent que le recours aux professionnels du réseau d'alcoologie doit être amélioré.

De par la complexité de la maladie et des problèmes liés à l'alcool - dans leurs différents aspects, causes et conséquences - il est maintenant reconnu qu'une chaîne thérapeutique, d'accompagnement, d'aide et de soins doit être multidisciplinaire et complémentaire dans ses diverses prestations. Les compétences médicales, psychiatriques et sociales sont généralement indispensables ensemble au bon déroulement du processus thérapeutique et d'aide. De par la spécificité même de leur intervention, les travailleurs sociaux y assurent le plus souvent un rôle déterminant de liaison du réseau autour du patient/client.

Il est vrai que la volonté de travailler en complémentarité entraîne des difficultés réelles et exige de chaque intervenant des efforts importants. Mais elle offre également de nombreux bénéfices, pour les patients/clients comme pour les soignants et intervenants sociaux: projets et propositions adaptés aux besoins de la personne, cohérence des interventions, complémentarité des compétences et des offres inter-professionnelles. Ceci tout en maintenant le patient/client au centre du dispositif thérapeutique, d'aide et de soins.

Public cible et objectifs

Le service téléphonique alco-line a été officiellement lancé en Suisse romande le 13 mars 2000, annoncé à la radio romande. Une campagne de promotion a débuté en automne 2000. Il regroupe toutes les institutions spécialisées en alcoologie de Suisse romande, au nombre de 25. Alco-line a pour but d'améliorer l'accessibilité au réseau d'alcoologie des cantons représentés au sein de l'association. Il n'est pas un nouveau numéro d'appel d'urgence. Desservi par les professionnels des institutions spécialisées, ses objectifs principaux sont:

- Ecouter toute personne ou intervenant professionnel ayant une question relative à l'alcool
- Informer la population sur les possibilités de prévention et de prise en charge médico-psychosociale des problèmes liés à l'alcool
- Orienter les personnes confrontées à des problèmes d'alcool, leurs proches et les professionnels dans le réseau d'alcoologie

des institutions spécialisées cantonales et nationales.

Le 0848 800 808 est disponible du lundi au vendredi, de 10h00 à 18h00, pour les permanences francophones. Cette plage horaire semble adéquate quant aux besoins de la population et des professionnels. Elle est cependant soumise à évaluation pour d'éventuelles modifications ultérieures. Les institutions répondantes assurent en alternance une permanence téléphonique hebdomadaire selon un horaire négocié entre elles et selon une répartition régionale, cantonale et/ou intercantonale. Un serveur vocal permet à l'appelant d'être orienté sur la langue de son choix et diffuse un message indiquant les horaires des permanences.

Un classeur récapitulatif des activités, programmes et coordonnées des institutions est élaboré et remis régulièrement à jour - pour l'usage des professionnels répondant au téléphone. Des fiches techniques sont également fournies aux répondants afin de faciliter la procédure de réponse téléphonique ainsi que la prestation d'écoute, de conseil et d'orientation. Enfin, le coût d'un appel (pour l'appelant) correspond au tarif interurbain (ligne fixe) ou tarif interurbain + taxe radio-communication (Natel).

Evaluation, formation, qualité et recherche

Une évaluation qualitative et quantitative doit permettre de mesurer les résultats obtenus sur les plans interne et externe, et ceci de façon permanente (qualité de l'offre, besoin en formation des répondants, satisfaction des usagers, nombre d'appels, identification de

problèmes techniques et de coordination, orientation des efforts de promotion et d'information, etc). Elle a pour but de vérifier si l'objectif général d'orientation des personnes confrontées à des problèmes d'alcool, de leurs proches et des professionnels concernés a été atteint.

L'évaluation du processus de fonctionnement d'alco-line porte sur la qualité du service, la cohérence des réseaux régionaux d'alcoologie, l'identification des problèmes techniques, l'importance des efforts de promotion à fournir et l'importance de la participation des institutions partenaires à des activités de formation. D'autre part, elle permet également d'apprécier les bénéfices indirects ressentis par les institutions partenaires.

Des activités de formation sont organisées selon les demandes, besoins constatés et lacunes à combler. Les répondants bénéficient d'une formation basée sur les qualités à promouvoir et les défauts à éviter dans cette activité. Cette formation permanente sera constamment réajustée en fonction des résultats de l'évaluation et des besoins constatés.

Des critères de qualité seront déterminés pour répondre à une haute exigence. Des experts non membres de l'association alco-line sont sollicités pour en évaluer la pertinence et la continuité.

Des activités de recherche sont envisagées afin de mieux répondre aux besoins de la population, d'améliorer les outils à disposition des professionnels de l'alcoologie, et augmenter les critères d'efficacité. Des guide-lines bien ciblés pourront ainsi être élaborés.

Financement

Les institutions membres de alco-line mettent à disposition leur ressources propres (infrastructures et personnel formé); le fonctionnement du service n'engendre ainsi pas de frais additionnels de personnel. Cependant, l'extension d'un tel service implique des ressources en termes de secrétariat et administration, de matériel et technique, de

formation et d'évaluation. D'autre part, un effort important et continu de promotion du service doit être consenti. Il n'est pas demandé aux institutions d'imputer ces charges à leur budget d'exploitation. C'est pourquoi un budget prévisionnel a été établi pour 2001, sollicitant la participation financière solidaire des cantons concernés et prévoyant la contribution de fonds privés.

L'opération "containers"

L'expérience-pilote Alco-ligne Vaud-Genève a démontré que le nombre d'appels limité était directement imputable aux moyens de promotion à disposition (un net accroissement des appels a été constaté dans les périodes pendant lesquelles une action de promotion a été entreprise). Un effort considérable des ressources dans ce domaine est donc indispensable. Une grande part du budget de fonctionnement est ainsi allouée à la promotion et au marketing du service alco-line, tant auprès de la population que des professionnels des champs social, médical et psychiatrique.

L'opération "containers à verres vides" constitue la pierre angulaire de la stratégie de communication 2001 pour alco-line. Cherchant un support visible, original et peu coûteux, cette campagne consiste à poser sur les containers à verres vides des autocollants géants représentant le logo alco-line, rappelant le numéro 0848 800 808. Des containers sont présents dans chaque commune, généralement situés dans des lieux de forts passages et jouissent d'une très bonne visibilité. Cette opération évoque d'une certaine manière le "cycle" de la bouteille, qui termine le plus souvent dans ces containers. Cette campagne a recueilli le soutien et l'appui des différents services de santé publique cantonaux et a permis de contacter toutes les communes de Suisse romande et des parties alémaniques de Fribourg et du Valais. Prenant son essor progressivement, elle devra certainement s'étendre sur quelques années

pour déployer pleinement ses effets.

Discussion

Nous sommes convaincus de la pertinence d'un tel concept. Son côté innovateur est source de créativité. Les différentes activités des membres de l'association (prestations de prévention, d'aide et de soins, de formation, d'évaluation, etc.) favorisent les rencontres et les échanges entre les institutions et professionnels du réseau romand et national d'alcoologie. La mise en commun de différentes expériences, l'analyse de la meilleure manière d'écouter, d'informer et d'orienter l'appelant sont riches d'enseignement; elles favorisent la découverte d'une autre manière de voir, de la complémentarité de ce que les autres font autant bien que moi, peut-être même mieux et en tous cas de manière différente ! Tout cela favorise beaucoup d'humilité, mais aussi de plaisir à développer des stratégies communes en partageant nos efforts.

Des synergies et des collaborations concrètes ont déjà été effectuées autour de la mise en place d'alco-line sur les plans romand (avec la partie alémanique de Fribourg et du Valais) et tessinois. Les services cantonaux de santé publique et de l'action sociale soutiennent la mise en place de ce projet de différentes manières. Les contacts sont entretenus avec le programme national alcool "ça débouche sur quoi" et plusieurs de nos partenaires alémaniques. Enfin, une synergie est envisagée, notamment entre l'association alco-line et la Société Suisse d'Alcoologie (SSA) dont les apports pourraient porter sur : contacts avec ses membres, fichier d'adresses, formation des répondants (aspects médicaux, psychiatriques et médico-légaux), recherche et guide-lines.

Tout cela nous apparaît pertinent et contribue aux soucis d'efficacité exprimés sur les plans politiques et financiers. Les collaborateurs des organismes membres de alco-line doivent également trouver dans ce service un outil qui facilite leur tra-

vail et leur permet d'améliorer leur efficacité en termes de prestations offertes. Et bien sûr, cette expérience devra démontrer en quoi elle est surtout un plus au service de la population: nous ne répèterons jamais assez que l'objectif est bien que la personne ayant un problème

d'alcool et son entourage restent au centre de nos préoccupations et bénéficient en Suisse romande de prestations alcoologiques de qualité, accessibles facilement et cohérentes dans leurs complémentarités. La population en difficulté avec l'alcool (ou autres produits engen-

drant la dépendance) nous incite à mieux coordonner nos efforts, viser la cohérence de nos prestations, et sortir de nos "chapelles" théoriques et structurelles. Et c'est là un défi passionnant à relever.


d é p e n d a n c e s


- **Vous aimez et savez écrire?**
- **Vous avez envie de vous exprimer?**
- **Vous voulez faire part de votre expérience?**

La revue "dépendances" reçoit volontiers vos textes, vos interventions, vos réflexions. Après lecture par le comité de rédaction, nous vous proposerons éventuellement une publication dans la rubrique "post-scriptum" ou dans le cadre d'un numéro "Tutti-frutti"

Les textes sont à envoyer à:

Rédaction de "dépendances", case postale 870, 1001 Lausanne ou case postale 20, 1401 Yverdon-les-Bains

Editée par:  Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

 Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies

Cours, séminaires

Journées de sensibilisation ISPA 2001

La prévention: Approche théorique

Viviane Prats
Jeudi 10 mai 2001 de 9h à 17h.

Prévention: Approche en pratique les outils préventifs

Rose-Marie Notz et Stéphane Caduff de
la FVA; Viviane Prats
jeudi 31 mai 2001 de 9h à 17h

Alcool, drogues: S'en sortir

Catherine Jaquet, Fondation Les
Oliviers; Renaud Stachel, Centre St-
Martin; Viviane Prats
mercredi 12 septembre 2001 de 9h à 17h

Co-dépendance

Daniela Danis, Clinique La Métairie;
Marie-Claude Axilais et Viviane Prats
jeudi 11 octobre 2001 de 9h à 17h

Médicaments: Prévenir l'abus

Viviane Prats, avec la collaboration de
MM. T. Bischoff, médecin; G. Emery,
pharmacien; Etienne Maffli, psychologue
mercredi 7 novembre 2001 de 9h à 17h

Séminaire "Entreprises": Gestion des problèmes liés à l'alcool dans le monde professionnel

Michel Graf
vendredi 23 novembre 2001 de 8h30 à 17h

Affirmation de soi

Philippe Beck, formateur d'adultes
samedi 3 novembre 2001 de 9h à 17h

Gestion de mes émotions

Fernand Veuthey, sociologue, comédien
et formateur d'adultes au Bazart
Théâtre, Châtel-St-Denis
samedi 17 novembre 2001 de 9h à 17h

La communication non violente ou créative selon Marshall Rosenberg

Association suisse des formateurs en
communication non violente.
samedi 1er décembre 2001 de 9h à 17h

Programme complet et informations:
ISPA, Département Prévention,
Danielle Ayer,
CP 870, 1001 Lausanne, tél. 021 / 321
29 85, e-mail: dayer@sfa-ispa.ch.

Modules de formation continue fordd

L'approche centrée sur la personne dépendante (ACP)

J-M. Randin, Psychologue ACP indé-
pendant, Licencié en psychologie,
Lausanne - R. Stachel, Assistant social,
Centre St-Martin, Lausanne
mardis 4 et 25 septembre, 30 octobre
2001 de 8h30 à 12h30 et de 14h00 à
17h00

Travail interdisciplinaire avec les proches de patients dépendants

Dr P. Gache, dép. de médecine commu-
nautaire des H.U.G - Dr F. Jenni, dép.
de médecine communautaire des
H.U.G. - Mme D. Danis, psychologue
FSP- psychothérapeute ASP, Clinique
de la Métairie - Mme C. Carnino, psy-
chologue spécialiste FSP en psychothé-
rapie, Maison de l'Ancre - M. D.
Alhadeff, psychologue FSP, dép. de
médecine communautaire des H.U.G.
lundi 10, vendredi 14, et mercredi 19
septembre 2001

Dépendance aux médicaments

Pour le 1er, les intervenants seront issus
de la médecine, de la sociologie, de la
psychologie, des soins infirmiers ou de la
pharmacologie. Les ateliers seront desti-
nés à favoriser les interactions et une
reconnaissance mutuelle.
Deuxième et troisième journées:
T. Bischoff, médecin; G. Emery, phar-
macien; E. Maffli, psychologue, ISPA;
V. Prats, responsable de formation
ISPA; E. Guittard, CERFASY; Dr H.
Burkhalter, médecin
jeudi 27 septembre, CHUV - mercredi 7
novembre, ISPA - jeudi 8 novembre
2001, Ecole de La Source

Approche cognitivo-comportementale des addictions (niveau 2)

F. Bourrit, psychologue, Genève - Dr
M. Croquette, Genève - Dr C.
Davidson, Genève - A. Perrin, psycho-
logue, Genève
Dates: Lundis 22, 29 octobre, 5 et 12
novembre 2001 de 13h30 à 18h30

Dépendances et lien social: la comorbidité sociale

O. Amiguet, professeur EESP - P-Y.
Aubert, éducateur - P. Aubert, assistant
social - E. Dubath, assistante sociale -V.
Hanselmann, licenciée en pédagogie
sociale - C. Jaquet, interv. en dépen-

dances - J-J. Marro, éducateur - H.
Durnat, éducateur - F. Poupon, éduca-
teur - L-P. Roy, professeur EESP - R.
Stachel, assistant social - G. Ziegler,
licenciée en sociologie
Mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16
novembre 2001

Programme complet et informations:
fordd, case postale 638, 1401 Yverdon
024/426 34 34, fax 024/426 34 35,
e-mail great.aria@span.ch

Perfectionnement professionnel ARIA

Une lecture du traumatisme utile dans l'approche de la personne dépendante

D. Peter, R. Gammeter, J-C. Métraux,
P. Conne, le Centre LAVI et
Appartenances
2 jours - 7 et 8 mai 2001

Hépatites et VIH/SIDA: réalités, enjeux sociaux et médicaux

M. Monnat, A. Telenti, R. Thomas,
C. Arrigoni
1 jour - 12 juin 2001

Cycle de formation pour assistantes médicales et secrétaires

C. Treyer, J. Zufferey
8 mercredis sur 2 ans
premières dates, 19 septembre et 21
novembre 2001

Dépendance aux médicaments

Personnes de référence du monde de la
sociologie, de la psychologie, des soins
infirmiers, de la pharmacologie et de la
médecine pour animer conférences et
ateliers
1 jour - 27 septembre 2001

Travailler avec les émotions après le sevrage

F. Neu
1 jour - 23 novembre 2001

Travailler à partir des compé- tences sociales des usagers

J-F. Briefer, A-C. Graber, O. Amiguet
1 jour - 13 décembre 2001

Programme complet et informations:
fordd, case postale 638, 1401 Yverdon
024/426 34 34, fax 024/426 34 35,
e-mail great.aria@span.ch