

JEU PATHOLOGIQUE ET TROUBLE DEFICIT D'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE (TDA/H) CHEZ L'ADULTE

Pathological gambling and Attention Deficit Hyperactivity Disorders in adults

Céline LUCAS¹, Lucia ROMO^{1,2}, Emily DE LISLE NICHOLS, Cindy LEGAUFFRE, Adèle MORVANNOU, Caroline DUBERTRET, Christophe GENOLINI^{3,4}

(1) Université Paris Ouest Nanterre la Défense, Laboratoire EVACLIPSY, EA 4430 UFR SPSE

(2) CHU Louis Mourier Service Psychiatrie 178 rue des Renouillers 92701 COLOMBES

(3) INSERM U1027, INSERM, Université Paul Sabatier, Toulouse III, France

(4) CeRSM (EA 2931), UFR STAPS, Université de Paris Ouest-Nanterre-La Défense, France ;

Adresse de correspondance : Lucia Romo <lromodes@u-paris10.fr>

Résumé

Le jeu pathologique représente un problème de santé publique qui se trouve souvent associé au trouble déficitaire de l'attention/ hyperactivité (TDA/H), encore peu étudié chez l'adulte. L'impulsivité et l'abus de substances étant corrélés dans la littérature au TDA/H d'une part et au jeu pathologique d'autre part, nous cherchons, ici, à analyser l'existence d'un lien entre ces deux problématiques. Notre recherche, est constituée d'une batterie d'auto questionnaires évaluant le jeu pathologique : SOGS (South Oaks Gambling Scale) et les critères DSM du jeu pathologique (Manuel Statistique des Troubles Mentaux), et le TDA/H (Adult Self rating Scale ASRS et Wender Utah rating Scale WURS). Dans notre population, composée d'un échantillon de 96 joueurs (hippodromes, casinos et poker en ligne) nous observons 10% de joueurs qui présentent des scores de jeu pathologique et 31 % de joueurs avec de scores de jeu à risque selon le questionnaire SOGS et les critères DSM. Nous avons observé une forte corrélation entre les instruments d'évaluation du TDA/H et du jeu pathologique, ans le sens où un score élevé eu jeu pathologique était associé un la présence d'un probable TDAH, avec les deux échelles de dépistage utilisées. Parmi les limites de l'étude, nous pouvons citer la taille de l'échantillon et l'absence de variables potentiellement parasites comme l'impulsivité et les croyances erronées concernant le jeu.

En conclusion, nous pouvons dire que la prévalence observée de joueurs problématiques dans les lieux de jeu est supérieure à la population générale. Par ailleurs il est nécessaire de dépister ce trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité dans la population de joueurs problématiques et de la population souffrant d'addictions en général afin de tenir compte de deux pathologies et d'adapter les prises en charge.

Mots Clés : Jeu pathologique, Jeu problématique, TDA/H, Adultes, Addictions

Abstract :

Pathological gambling is a public health problem that is often associated with attention deficit disorder / hyperactivity disorder (ADD / ADHD), yet little studied in adults. Impulsivity and substance abuse are correlated in the literature ADD / ADHD on the one hand and gambling the other hand, we seek here to analyze the existence of a link between these two issues. Our research consists of a battery of questionnaires assessing pathological gambling: SOGS (South Oaks Gambling Scale) and DSM criteria for pathological gambling (Statistical Manual of Mental Disorders), and the ADD / ADHD (Adult Self rating Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS). In our population, a sample consisting of 96 players (racetracks, casinos and online poker) we see 10% of players who have scores of pathological gambling and 31% of players with game scores were observed at risk. We find a strong correlation between the assessment instruments ADD / ADHD and gambling, years the sense that a high score was associated with a pathological gambling was the presence of a probable ADHD, with two screening scales used. Among the limitations of the study, we can mention the sample size and the absence of potentially spurious variables such as impulsivity and erroneous beliefs about the game. In conclusion, we can say that the observed prevalence of problem gamblers in gambling venues is greater than the general population. Moreover, it is necessary to detect this disorder attention deficit hyperactivity disorder in the population of problem gamblers and people suffering from addictions in general to keep count of both diseases and therapeutic care.

Key words : gambling, attention deficit hyperactive disorder, ADHD, adults, addiction.

I) PRESENTATION DES CONCEPTS

Le jeu pathologique

Le jeu pathologique est caractérisé dans le DSM IV TR (1) (Diagnostical and Statistical Manual 4th, version Texte Révisé) comme faisant parti des Troubles du Contrôle des Impulsions. Il est également considéré comme une addiction comportementale d'après Goodman (2). Dans la prochaine version du DSM à paraître en 2013 (DSM V), il sera considéré parmi les troubles addictifs. En France, selon une étude d'Adès et Lejoyeux en 2001 (3), il existe 0,5 à 3% de joueurs pathologiques dans la population générale. Lançon et Cohen (2010) (4) signalent la présence de comorbidités entre les addictions avec substances (alcool, tabac, cocaïne) et le jeu pathologique. D'après l'étude de Barry et al en 2011 (5), il en est de même pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (qui sont fréquemment les premiers motifs de consultation). Pour Bonnaire, Varescon et Bungener en 2006 (6) il existe de nombreux liens entre le jeu pathologique, la recherche de sensations et l'impulsivité. Ces deux traits de personnalité étant souvent associés au diagnostic du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H).

Selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et de toxicomanies) (7), la prévalence de jeu pathologique en population générale en France, en 2010, sur une cohorte de 25 034 personnes (avant l'ouverture du marché en ligne) était de 12.2% à faible risque de jeu pathologique, 7.1% à risque modéré et 3.7% jeu excessif, ceci parmi les joueurs actifs.

Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

D'après le DSM IV TR(1), le TDA/H est un mode persistant d'inattention et/ou hyperactivité / impulsivité plus fréquent et plus sévère que la normale avec une gêne fonctionnelle. Certains symptômes doivent être présents avant l'âge de 7 ans. La gêne liée aux symptômes doit se manifester dans au moins deux types d'environnements différents et chez l'adulte, le TDA/H peut prendre la forme d'un sentiment de nervosité et d'une difficulté à s'engager dans des activités calmes et sédentaires. Il existe trois sous-types : hyperactif-impulsif, type inattentif prédominant et type mixte.

Il est important de noter que ce trouble est principalement décrit chez l'enfant, les études concernant l'adulte étant plus récentes. On peut cependant dire que ce trouble ne se manifeste pas de la même façon chez l'adulte où il sera plus marqué par un défaut majeur d'inhibition, une intolérance à la frustration et des difficultés d'organisation ainsi que des troubles de l'humeur et des émotions, un attrait pour l'excitation et la nouveauté, des troubles de la régulation de l'alimentation et du sommeil sont également documentés. Généralement, ce trouble se manifeste par des difficultés relationnelles, professionnelles entre autres (Bange et Mouren 2005) (8). La prévalence du TDA/H est estimée entre 3 et 7% dans la population d'âge scolaire (DSM IV-TR) (1). Toutes les études abordant la question d'une comorbidité entre TDA/H et addictions montrent de très fortes corrélations aussi bien en population clinique qu'en population générale. En effet, d'après l'étude de Sizoo (9), 58% des individus présentant un TDA/H rencontrent également un problème d'abus de substance. Le même phénomène est observé à l'inverse (Kessler et al., 2010) (10) : le TDA/H est une comorbidité fréquente dans les populations d'adultes présentant un trouble addictif (10 à 25%).

Relations entre le jeu pathologique et le TDA/H

Les rapports INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) et celui de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies) sur le jeu pathologique, ont analysé les liens entre le jeu pathologique et le TDA/H.

L'étude de Carlton et al (11) retrouvait la présence d'un TDA/H pendant l'enfance chez des joueurs pathologiques par rapport au groupe contrôle. Dans l'étude de Rodriguez-Jimenez et al (12), les joueurs pathologiques présentent plus d'antécédents de TDA/H, avec surtout une impulsivité élevée, et des difficultés de contrôle et d'inhibition des réponses. Fareg et Derevensky (13) indiquaient qu'il existait un TDA/H dans plus de la moitié de joueurs pathologiques. Même si les études apportent des points de vue contradictoires, on trouve un fort score de recherche de sensations et d'attrait à la nouveauté aussi bien chez les sujets présentant un problème de jeu qu'un TDA/H. Ceci constitue un point commun pouvant expliquer les comorbidités fréquentes (8). Les deux pathologies se caractérisent par l'impulsivité, de faibles performances dans les tâches mobilisant les fonctions exécutives, ainsi que par un manque de dopamine dans le lobe frontal et dans le système limbique. En ce qui concerne les études empiriques, deux travaux traitent du lien entre TDA/H et les problèmes de jeu. En premier lieu, l'étude de Bioulac et al en 2010 (14) montre que les enfants présentant un TDA/H ont plus de problèmes de jeux vidéos que les enfants ne présentant pas de TDA/H. Ensuite, l'étude de Breyer et al. (15) montre un lien entre le jeu pathologique et le TDA/H (évalué avec l'échelle de Connors) où 19% des sujets TDA/H présentent un abus de jeu contre 5% chez les sujets ne présentant pas de TDA/H.

II) METHODOLOGIE

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est d'étudier le lien éventuel entre la présence d'un TDA/H et d'un problème de jeu pathologique dans une population de joueurs.

Hypothèses : L'hypothèse principale est qu'il existe un lien entre le jeu pathologique et la présence d'un TDA/H. On attend une corrélation positive entre les échelles du jeu et celles du TDA/H.

Procédure : Après présentation de l'étude aux sujets et leur accord de participation volontaire et anonyme, nous leur distribuons la batterie de questionnaires en précisant son but, l'anonymat et la confidentialité des résultats et enfin la durée de passation (de l'ordre de 15 minutes). Notre échantillon est composé de 96 sujets.

Lieux : Ces questionnaires sont recueillis dans les hippodromes d'Ile de France (92, 75, 95, 78), sur les sites Internet de poker et au casino d'Enghien les bains.

Critères d'inclusion et d'exclusion : Les sujets inclus dans la recherche sont des hommes et des femmes ayant entre 20 et 75 ans et se trouvant dans les lieux de jeux. Les critères d'exclusion concernent les personnes ayant des difficultés avec la compréhension et la lecture de la langue française. Les questionnaires incomplets (N=20) ne sont pas inclus dans l'étude, et le nombre de refus était de 90% de refus en casino, 50% en hippodrome..

Instruments d'évaluation : La batterie de questionnaires utilisé dans le cadre de cette recherche est composé de une liste de questions sociodémographiques, du South Oaks Gambling Scale (SOGS) (16), des critères DSM du jeu pathologique sous la forme de questions auto appliquées, de l'Adult Self Report Scale (ASRS) (17) et de la Wender Utah Rating Scale (WURS) (18). L'échelle SOGS ainsi que les critères DSM (que nous avons établi en forme de questions autoappliquées) sont des auto-questionnaires permettant de dépister le jeu pathologique. L'ASRS version 1.1 (17) est un test de dépistage du TDA/H probable et actuel chez l'adulte. La WURS (18) quant à elle, évalue les signes du TDA/H de façon rétroactive pendant l'enfance, ces deux dernières échelles sont également passées en autoévaluation.

III) RESULTATS

Les logiciels utilisés sont XLSTAT pour l'analyse descriptive, R pour les tests statistiques. Notre échantillon est composé de 96 sujets (67 hommes et 29 femmes : 10% de joueurs présenteraient des scores de jeu pathologique et 31% de joueurs à risque, selon les scores des questionnaires utilisés. Par ailleurs, si la prévalence du TDA/H chez l'adulte est de 4,4% aux Etats Unis (dépisté à l'aide d'un entretien clinique par Kessler) (10), nous observons dans notre échantillon 9,3% de personnes ayant un score significatif de TDA/H à l'ASRS.

Nous avons effectué des tests de Bravais Pearson entre les échelles du jeu et du TDA/H utilisées (Tableau 1). La corrélation du SOGS et de l'ASRS est de 0.29 ($p < 0.005$). On obtient également une corrélation de .39 entre les critères du DSM IV à l'ASRS ($p = 0.00008$) ce qui confirme le résultat. Nous pouvons donc dire que le jeu pathologique est corrélé au TDA/H dans les conditions de notre étude.

L'observation des différents joueurs (en fonction des lieux) (Tableau 2) nous montre que les différentes populations ont des proportions équivalentes de joueurs problématiques. Même si, les différences entre les groupes sont loin d'être significatives, on observe que le groupe des joueurs sur Internet a une plus faible proportion de joueurs pathologiques au profit des joueurs à risque. Il est important de noter que cette étude a eu lieu avant l'ouverture du marché des jeux en ligne.

Tableau 1 : comparaison de plusieurs facettes des joueurs en fonction des lieux de jeu (scores de la SOGS)

	Casino	Internet	Hippodrome
Effectif (N)	9	17	70
Joueurs problématiques (pathologiques + à risque) (en %)	44,4%	46,9%	39%
Joueurs pathologiques (scores SOGS ≥ 5) (en %)	11,1%	5,9%	11%
Joueurs à risque (scores SOGS ≥ 3) (en %)	33,3%	41,0%	28%

Tableau 2 : Résultats aux échelles de dépistage du TDA/H selon les lieux de jeu

	Casino N=9	Internet N=17	Hippodrome N=70	Total N=96
Score ASRS moyen	1	2,29	1,37	1,5
Sujets présentant un TDA/H probable (ASRS)	0	2 (11,7%)	7 (10%)	9 (9,4%)

IV) DISCUSSION

Dans notre étude, 41% de l'échantillon présente un comportement de jeu à risque ou de jeu pathologique, ce chiffre est proche de celle trouvé par Bonnaire et al (2007) (6). Nous observons à l'aide du SOGS une prévalence de jeu pathologique de 52% chez des joueurs en hippodrome. Il existe cependant de nombreuses différences méthodologiques entre ces deux études. Nous avons trouvé une corrélation suffisante pour établir un lien entre jeu pathologique et TDA/H chez l'adulte comme dans l'étude de Breyer 2009 (15). Il est probable que les adultes souffrant de TDA/H auraient une tendance à jouer plus importante que la population générale.

Il n'existe pas de différence significative entre la consommation d'alcool, tabac et drogues entre les personnes présentant un problème de jeu et de TDA/H et les autres joueurs de l'échantillon ; ceci pourrait s'expliquer par l'échantillon essentiellement composé des joueurs d'hippodromes qui peuvent présenter des caractéristiques différentes de ceux des casinos ou autres jeux. Seulement les idées suicidaires apparaissent de façon fréquente chez les joueurs pathologiques avec un TDAH par rapport aux autres groupes.

Les limites principales de notre étude sont l'acceptation des personnes à répondre au questionnaire, les faibles échantillons de sujets dans les différents groupes et l'utilisation d'instruments d'évaluation auto-appliqués exclusivement. Il serait intéressant dans l'avenir d'augmenter les effectifs des différents groupes, notamment afin de vérifier si le lien entre TDA/H et conduite de jeu est différent selon le type de joueurs. De plus, un entretien clinique pourrait permettre une évaluation plus précise des diagnostics de jeu et de TDA/H..

Pour Augy et al (2010) (19) le risque relatif de développer une addiction serait multiplié par deux en cas de TDAH, et 30 à 50% des patients consultants dans les services d'addictologie présentent un TDA/H, d'où l'importance d'un dépistage systématique.

CONCLUSION

L'évaluation de la présence ou pas d'un TDA/H à l'âge adulte doit être menée avec l'utilisation d'instruments d'évaluation mais surtout la confirmation par des entretiens cliniques. La présente étude signale l'importance de dépister les problèmes de TDA/H chez des personnes présentant un problème de jeu de hasard et d'argent et d'addiction en général et ceci afin de pouvoir tenir compte des deux troubles et pouvoir ainsi adapter la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Text Revision DSM IVTR. Washington DC; 2000.
2. Goodman A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*. 1990;85(11):1403-8.
3. Adès J, Lejoyeux M. *Encore plus!: jeu, sexe, travail, argent*. Odile Jacob; 2001.
4. Lançon C, Cohen J. Addictions sans substances et comorbidités. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2010 sept;168(7):513-5.
5. Barry DT, Stefanovics EA, Desai RA, Potenza MN. Gambling problem severity and psychiatric disorders among Hispanic and white adults: findings from a nationally representative sample. *J Psychiatr Res*. 2011 mars;45(3):404-11.
6. Bonnaire C, Varescon I, Bungener C. Recherche de sensations dans une population française de joueurs de courses de chevaux : comparaison entre des joueurs pathologiques et réguliers. *L'Encéphale*. 2007 oct;33(5):798-804.
7. Costes J, Pousset M, Eroukmanoff V, Richard J, Guignard R, Beck F, et al. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances OFDT*. 2010;(77).
8. Bange F, Mouren M. *Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte* Dunod. 2009.
9. Sizoo B, van den Brink W, Koeter M, Gorissen van Eenige M, van Wijngaarden-Cremers P, van der Gaag RJ. Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid Substance Use Disorder: Prevalence, risk factors and functional disability. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010 févr 1;107(1):44-50.
10. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006 avr;163(4):716-23.
11. Carlton PL, Manowitz P, McBride H, Nora R, Swartzburg M, Goldstein L. Attention deficit disorder and pathological gambling. *J Clin Psychiatry*. 1987 déc;48(12):487-8.

12. Rodriguez-Jimenez R, Avila C, Jimenez-Arriero MA, Ponce G, Monasor R, Jimenez M, et al. Impulsivity and sustained attention in pathological gamblers: influence of childhood ADHD history. *J Gambl Stud.* 2006 déc;22(4):451-61.
13. Faregh N, Derevensky J. Gambling behavior among adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Gambl Stud.* 2011 juin;27(2):243-56.
14. Bioulac S, Arfi L, Michel G, Bouvard M-P. Intérêt de l'utilisation du questionnaire des problèmes associés aux jeux vidéo de Tejeiro (Problem Videogame Playing : PVP). Étude exploratoire chez des enfants présentant un TDA/H. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2010 oct;168(8):632-5.
15. Breyer JL, Botzet AM, Winters KC, Stinchfield RD, August G, Realmuto G. Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *J Gambl Stud.* 2009 juin;25(2):227-38.
16. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry.* 1987 sept;144(9):1184-8.
17. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med.* 2005 févr;35(2):245-56.
18. Baylé FJ, Krebs MO, Martin C, Bouvard MP, Wender P. [French version of Wender Utah rating scale (WURS)]. *Can J Psychiatry.* 2003 mars;48(2):132.
19. Auguy J, Grall bronhec M, Sauvaget A, Venisse J. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité de l'adulte et troubles addictifs : une liaison dangereuse. *Alcoologie et Addictologie.* 2010;32(4):325-32.