

10

Outils de dépistage et de diagnostic

Les questions de dépistage et de diagnostic doivent être envisagées en référence aux objectifs qui leur sont liés : s'agit-il d'envisager des actions de prévention, secondaire voire primaire, avec l'ambition de sensibiliser le plus grand nombre des pratiquants aux risques possiblement liés à leur conduite ? Ou s'agit-il de repérer une conduite déjà suffisamment problématique pour avoir entraîné un certain nombre de dommages caractérisés et pour justifier une approche thérapeutique spécifique ?

Entre ces deux hypothèses, se situe la perspective du repérage des conduites de jeu qui, de par la manière dont elles s'organisent et les premiers dommages qu'elles entraînent, peuvent avoir le statut de jeu problématique (souvent appelé « jeu à risque » dans la littérature internationale).

On retrouve là les distinctions bien classiques dans le champ des addictions à des substances psychoactives, entre l'usage simple, l'usage à risque, l'abus ou usage nocif, et la dépendance.

On doit cependant constater que les frontières entre ces différents cadres conceptuels restent encore quelque peu incertaines, en dehors de la dépendance avérée.

Problèmes méthodologiques des études

L'analyse de la littérature permet de souligner plusieurs points méthodologiques. Des questions de définition se posent entre les notions de dépistage et de diagnostic d'une part, et également de jeu problématique, ou à risque, et de jeu pathologique d'autre part.

Le type de population étudiée, plus ou moins précisé, est parfois très sélectif notamment en termes de tranche d'âge ou encore de genre. Le fait qu'il s'agisse de joueurs pathologiques consultant dans des structures de soins, ou au contraire d'études en population générale, constitue bien évidemment un point essentiel à prendre en compte.

Parmi les joueurs présentant une conduite de jeu pathologique et consultant dans des structures spécialisées, il existe en règle générale peu d'indications dans la littérature sur le moment de l'évaluation par rapport au début des soins, ce qui peut induire des biais notables (à l'image de ce qui prévaut dans d'autres registres addictifs, avec ou sans consommation de substance psychoactive).

Le type de jeu de hasard et d'argent pratiqué, ainsi que la répartition de ces types de jeu au sein des échantillons étudiés, sont rarement mentionnés de façon précise.

La rareté des études longitudinales pose le problème de la variabilité éventuelle des pratiques dans le temps, avec de possibles articulations et alternances entre jeu pathologique et jeu social.

Enfin, les problèmes liés à l'universalisation des instruments d'évaluation de par le monde, qui méconnaît de fait les spécificités culturelles, avec dans certains cas des problèmes de validation des traductions.

En termes de référence historique, c'est essentiellement la contribution de Bergler en 1957 dans « *The Psychology of Gambling* » qui a valeur de première ébauche de critériologie du jeu pathologique.

On peut rappeler à ce sujet les six critères de jeu pathologique proposés par Bergler (1985) :

- le joueur doit jouer régulièrement ;
- il existe un optimisme non entamé par les expériences répétées d'échec ;
- le joueur ne s'arrête jamais tant qu'il gagne ;
- il finit par prendre trop de risques, malgré les promesses initiales ;
- il existe chez le joueur un vécu de « *thrill* » (sensation de frisson, d'excitation, à la fois douloureuse et plaisante) ;
- le joueur essaiera ensuite toujours de retrouver cette sensation ; il parle de « *craving for thrill* ».

Principaux outils utilisés au niveau international

Nous envisagerons dans un premier temps deux outils qui ont été et restent les plus utilisés dans le monde en matière de jeu problématique et pathologique : le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) et la section jeu pathologique du DSM-IV.

Nous aborderons ensuite plus rapidement quelques autres outils de dépistage moins utilisés en pratique, notamment l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) et l'auto-questionnaire des *Gamblers Anonymous* (GA-20).

South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) a été développé par Henri Lesieur et Sheila Blume et publié en 1987 dans l'*American Journal of Psychiatry* (Lesieur

et Blume, 1987). Il a été traduit en langue française par Lejoyeux en 1999 (annexe 2).

Il s'agit d'un auto-questionnaire conçu à partir du DSM-III et constitué de vingt items cotés, à raison d'un point par item.

Dans la cotation retenue, un score inférieur ou égal à 2 caractérise l'absence de problème de jeu, un score de 3 ou 4 la notion de jeu à risque ou problématique et enfin un score supérieur ou égal à 5 est associé à la notion de jeu pathologique.

De nombreuses études critiquent, à propos de cet outil, l'absence de période de référence (Lesieur et Blume, 1993 ; Battersby et coll., 2002 ; Stinchfield, 2002 ; Strong et coll., 2003 et 2004). La question du score seuil de 5 a également été posée à plusieurs reprises, surtout dans certains pays comme l'Australie, après que des taux de prévalence très élevés (>6 %) aient été trouvés en utilisant cet outil. Ainsi, Battersby et coll. (2002) proposent un score seuil de 10 permettant d'obtenir des taux de prévalence semblables à ceux retrouvés dans la littérature internationale, avec d'autres outils et notamment le DSM-IV.

Il existe plusieurs adaptations du SOGS pour des populations spécifiques. Par exemple, le SOGS-RA est une version adaptée pour les adolescents (Ladouceur et coll., 2000 ; Wiebe et coll., 2000 ; Poulin, 2002 ; Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004 ; Boudreau et Poulin, 2006).

Concernant les propriétés psychométriques du SOGS, la fiabilité et la validité de l'outil ont été attestées par de multiples études (Lesieur et Blume, 1987 ; Poulin, 2002 ; Stinchfield, 2002 ; Strong et coll., 2004 ; Wulfert et coll., 2005).

En termes de validité, selon les études, la sensibilité varie de 0,91 à 0,94, la spécificité de 0,98 à 1, la valeur prédictive positive est à 0,96 et la valeur prédictive négative de 0,97. Les taux de faux négatifs varient généralement de 0,001 à 0,10, selon l'utilisation en population générale ou clinique. Pour ce qui concerne les taux de faux positifs, les données sont beaucoup plus disparates, pouvant aller de 0,012 à 0,24, voire même parfois jusqu'à 0,50 dans le cadre d'une utilisation du SOGS en population générale. Enfin, en termes de fiabilité, le coefficient α de Cronbach varie de 0,69 à 0,97.

Bien que le SOGS soit l'outil de référence de loin le plus utilisé pour le repérage du jeu pathologique dans le monde, certaines limites de cet outil sont régulièrement soulignées :

- au niveau de ses propriétés psychométriques, la sensibilité et la validité de construction sont parfois limites et, comme nous l'avons déjà évoqué, le fort taux de faux positifs souvent retrouvé peut contribuer à une surévaluation de la prévalence du jeu pathologique (Lesieur et Blume, 1987 ; Battersby et coll., 2002 ; Strong et coll., 2003). Ce phénomène est souvent explicité par les auteurs comme un mauvais usage du SOGS, qui a été initialement conçu

pour être utilisé en population clinique, mais dont l'usage s'est progressivement étendu en population générale (Culleton, 1989 ; Lesieur et Blume, 1993 ; Abbott et Volberg, 1996 ; Stinchfield, 2002). Les taux de faux positifs peuvent alors être multipliés par 10, voire même plus, comme c'est le cas dans l'étude de Randy Stinchfield (2002) (taux de faux positifs=0,04 en population clinique et 0,50 en population générale) ;

- au niveau des évolutions diagnostiques, beaucoup constatent qu'elles n'ont pas été prises en compte par cet outil déjà ancien, et qu'en particulier il n'y a pas eu de révision depuis la parution du DSM-IV. Ainsi, la cotation est-elle réputée attacher trop d'importance aux items sur les emprunts et les dettes, ne pas prendre en compte les phénomènes de tolérance et de sevrage ainsi que la fonction du jeu comme moyen d'échapper à une humeur dysphorique ;

- au niveau des populations concernées, la pertinence de l'outil est discutée dans les populations les plus jeunes (adolescents, voire enfants) malgré l'existence du SOGS-RA ; en outre, les items semblent parfois mal compris par ces populations jeunes (Wiebe et coll., 2000 ; Ladouceur et coll., 2000 ; Cox et coll., 2004 ; Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004 ; Ladouceur et coll., 2005 ; Boudreau et Poulin, 2006).

Section jeu pathologique du DSM-IV

La section jeu pathologique du DSM-IV (DSM-IV-jeu) est un autre outil de référence pour le diagnostic de jeu pathologique (APA, 1994). La traduction française de cet entretien diagnostique a été réalisée en 1996 par Guelfi et coll. (annexe 3).

Il s'agit là, comme il est habituel avec le DSM, de critères diagnostiques utilisables par le clinicien dans son évaluation.

Au niveau de ses propriétés psychométriques, la fiabilité et la validité du DSM-IV-jeu ont été attestées par de multiples études (Stinchfield, 2003 ; Stinchfield et coll., 2005 ; Zimmerman et coll., 2006).

En termes de validité, selon les études, la sensibilité varie de 0,83 à 0,95 (0,25 à 0,9 par critère), la spécificité de 0,96 à 1 (0,63 à 1 par critère), la valeur prédictive positive de 0,64 à 1 par critère et la valeur prédictive négative de 0,62 à 0,91 par critère ; les taux de faux négatifs varient entre 0,05 et 0,17 et les taux de faux positifs entre 0,004 et 0,02.

En termes de fiabilité, selon les études, le coefficient α de Cronbach varie de 0,77 à 0,98.

Concernant la distribution des critères du DSM-IV-jeu, Toce-Gerstein et coll. (2003) ont pu montrer que les items les plus retrouvés chez les joueurs à problème (score 3-4) sont avant tout l'item « retourne jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes », et à un moindre degré les items « préoccu-

pation par le jeu », « joue pour soulager une humeur dysphorique » et « mensonge ».

De la même manière, les items qui différencient le plus les joueurs pathologiques (score supérieur ou égal à 5) des joueurs à problème sont « agitation ou irritabilité lors des tentatives d'arrêt » et « efforts répétés et infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter le jeu », soit des critères de dépendance, notamment concernant les manifestations de sevrage.

Enfin, les items qui différencient le plus les joueurs pathologiques les plus atteints (score 8-10) des joueurs pathologiques les moins atteints (score 5-7) sont : « mise en danger d'une relation affective importante ou d'un emploi » et « actes illégaux », soit ceux qui traduisent les dommages induits à long terme.

En ce qui concerne les adaptations du DSM-IV-jeu, il faut mentionner :

- le DSM-IV-J (juvénile) (Fisher, 1992) et le DSM-IV-MR-J (*Multiple choices*) (Fisher, 2000), qui sont des adaptations du DSM-IV-jeu pour les adolescents, avec douze questions pour neuf critères et un seuil de quatre critères positifs sur neuf pour qu'un sujet soit considéré comme un joueur pathologique ;
- également le NODS (*National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems*) (Gerstein et coll., 1999) qui est un outil de dépistage en population générale, de type auto-questionnaire, basé sur le DSM-IV, comportant 17 items vie entière et 17 items sur l'année écoulée (chaque lot de 17 items est coté selon les dix critères du DSM-IV-jeu, de telle sorte qu'un score de 1 ou 2 correspond à la notion de jeu à risque, un score de 3 à 4 à celle de jeu à problème et un score supérieur ou égal à 5 à la notion de jeu pathologique).

La section jeu pathologique du DSM-IV est en général considérée comme étant bien plus discriminante que le SOGS. Par exemple, on considère qu'en moyenne, la prévalence du jeu pathologique avec le SOGS est deux fois plus élevée qu'avec le DSM-IV-jeu (Cox et coll., 2004).

Cette différence est encore plus marquée chez les adolescents, même avec la version spécifique du SOGS (SOGS-RA) (Ladouceur et coll., 2005). Cette différence met en avant la nécessité de clarifier le concept de jeu pathologique chez les jeunes.

Classification internationale des maladies – 10^e version (CIM-10)

La Classification internationale des maladies dans sa dixième version (CIM-10) est un équivalent du DSM-IV-jeu créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993 (annexe 4). La section « Jeu pathologique » (F63.0) est très utilisée en clinique pour le diagnostic de jeu pathologique. Cependant, la CIM-10 est très peu utilisée en recherche, les chercheurs lui

préférant souvent le DSM-IV-jeu, avec sa liste bien établie de 10 critères. C'est pourquoi, il existe peu de publications faisant état de ses propriétés psychométriques.

Autres outils de dépistage

Nous envisagerons ainsi successivement, parce que ce sont ceux qui sont le plus souvent retrouvés dans la littérature internationale après les outils déjà mentionnés, le GA-20, le questionnaire LIE/BET, le CPGI ou ICJE, le SCI-PG, le GSEQ et enfin l'ASI-G.

L'auto questionnaire des *Gamblers Anonymous* (GA-20) est un outil d'auto-évaluation à vingt questions très largement utilisé aux États-Unis et également dans beaucoup d'autres pays (annexe 5). Dès lors qu'il n'existe pratiquement aucune étude de validation pour cet outil (sauf en Espagne : Ursua et Uribelarrea, 1998), les propriétés psychométriques de cet instrument restent à démontrer. Il est néanmoins considéré comme très peu discriminant et conduisant à des taux de prévalence encore plus élevés qu'avec le SOGS (Ursua et Uribelarrea, 1998 ; Neighbors et coll., 2002 ; Hardoon et coll., 2003).

Le questionnaire LIE/BET est un outil de pré-dépistage à deux items correspondant aux critères 2 (besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes=BET) et 7 (mensonge=LIE) du DSM-III-R. Testé par une équipe norvégienne sur plus de 2 000 adultes et plus de 3 000 adolescents, aux travers de plusieurs études (Johnson et coll., 1997 et 1998 ; Göttestam et coll., 2004), ce questionnaire semble présenter une sensibilité et une spécificité ainsi qu'une valeur prédictive négative relativement élevées, ce qui en fait un outil de dépistage intéressant en population générale de joueurs pathologiques et à risque.

Le CPGI (*Canadian Problem Gambling Index*) ou ICJE (Indice canadien du jeu excessif) est un questionnaire de dépistage à neuf items adapté pour le Canada, c'est-à-dire avec deux versions anglaise et française (annexe 6). La fiabilité et la validité de ce questionnaire sont bonnes au vu d'une étude rigoureuse menée en 2001 par Ferris et Wynne (2001). En termes de cotation, un score de 0 est synonyme d'absence de tout problème, un score de 1 ou 2 de faible risque, un score de 3 à 7 de risque modéré et un score supérieur ou égal à 8 de jeu excessif. Cet outil est intéressant car il donne des taux de prévalence du jeu pathologique intermédiaires entre ceux obtenus avec le DSM-IV-jeu et le SOGS. En revanche, le système de cotation paraît susceptible de surévaluer la notion de jeu à risque.

Le SCI-PG (*Structured Clinical Interview for Pathological Gambling*) est un entretien clinique construit à partir du DSM-IV. Il semble avoir une bonne validité aux différents niveaux, mais les études réalisées l'ont été sur de

petits échantillons composés seulement de joueurs pathologiques consultants (Grant et coll., 2004).

Le GSEQ (*Gambling Self-Efficacy Questionnaire*) est un auto-questionnaire d'évaluation de l'efficacité perçue par le sujet sur le contrôle de son comportement de jeu. Il en existe une version réduite à 16 items, plus facilement utilisable et ayant une bonne consistance interne. Cependant, son intérêt clinique reste à démontrer (May et coll., 2003).

Enfin, l'ASI-G (*Addiction Severity Index Gambling*) correspond à une tentative de validation d'une échelle pour le jeu à cinq items à inclure dans l'*Addiction Severity Index*, qui est l'outil d'évaluation multi-dimensionnelle le plus utilisé dans le monde vis-à-vis des addictions à des substances psychoactives et notamment aux drogues illicites (McLellan et coll., 1992). Cette tentative de validation réalisée par l'équipe de Petry (2003) s'avère en l'état donner des résultats mitigés, de telle sorte que la pertinence de l'*Addiction Severity Index* pour les addictions sans drogues reste à démontrer. En France, une étude de validation associant les services d'addictologie des CHU de Bordeaux et Nantes est en cours.

En conclusion, au vu de cette revue de la littérature, on peut mesurer que des outils de dépistage et de diagnostic du jeu pathologique existent depuis une vingtaine d'années, ayant fait l'objet d'études de validation montrant pour plusieurs d'entre eux de bonnes propriétés psychométriques (c'est le cas notamment pour le SOGS, le DSM-IV et l'ICJE).

Des écarts importants sont néanmoins retrouvés dans certaines études avec ces différents outils, en termes de taux de prévalence du jeu pathologique et du jeu à risque, ce qui pose des questions de seuils justifiant des études complémentaires.

De même, la pertinence de ces outils dans les populations les plus jeunes est actuellement fort discutée, ce qui au niveau de la prévention est problématique.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT MW, VOLBERG RA. The New Zealand National Survey of problem and pathological gambling. *J Gambl Stud* 1996, 12 : 143-160

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn (DSM-IV). Washington, DC, APA 1994, Traduction française par Guelfi et coll., Masson, Paris, 1996

BATTERSBY MW, THOMAS LJ, TOLCHARD B, ESTERMAN A. The South Oaks Gambling Screen: a review with reference to Australian use. *J Gambl Stud* 2002, 18 : 257-271

- BERGLER E. The psychology of gambling. International Universities Press USA, 1985
- BOUDREAU B, POULIN C. The South Oaks Gambling Screen-revised Adolescent (SOGS-RA) revisited: a cut-point analysis. *J Gambl Stud* 2006, Epub
- COX BJ, ENNS MW, MICHAUD V. Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-based interview in a community survey of problem gambling. *Can J Psychiatry* 2004, **49** : 258-264
- CULLETON RP. The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods. *J Gambl Behav* 1989, **5** : 22-41
- FERRIS J, WYNNE H. Rapport final sur le CPGI (ou ICJE). Canadian Centre on Substance, Ottawa, 2001
- FISHER SE. Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the UK. *J Gambl Stud* 1992, **8** : 263-285
- FISHER S. Developing the DSM-IV-TR criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 253-273
- GERSTEIN D, MURPHY S, TOCE M, HOFFMAN J, PALMER A, et coll. Gambling impact and behavior study: Report to the national gambling impact study commission. National Opinion Research Center, Chicago, 1999
- GOTESTAM KG, JOHANSSON A, WENZEL HG, SIMONSEN IE. Validation of the Lie/Bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep* 2004, **95** : 1009-1013
- GRANT JE, STEINBERG MA, KIM SW, ROUNSAVILLE BJ, POTENZA MN. Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Res* 2004, **128** : 79-88
- HARDOON K, DEREVENSKY JL, GUPTA R. Empirical measures vs. perceived gambling severity among youth: why adolescent problem gamblers fail to seek treatment. *Addict Behav* 2003, **28** : 933-946
- JOHNSON EE, HAMER R, NORA RM, TAN B, EISENSTEIN N, ENGELHART C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 1997, **80** : 83-88
- JOHNSON EE, HAMER RM, NORA RM. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study. *Psychol Rep* 1998, **83** : 1219-1224
- LADOUCEUR R, BOUCHARD C, RHEAUME N, JACQUES C, FERLAND F, et coll. Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *J Gambl Stud* 2000, **16** : 1-24
- LADOUCEUR R, FERLAND F, POULIN C, VITARO F, WIEBE J. Concordance between the SOGS-RA and the DSM-IV criteria for pathological gambling among youth. *Psychol Addict Behav* 2005, **19** : 271-276
- LANGHINRICHSEN-ROHLING J, ROHLING ML, ROHDE P, SEELEY JR. The SOGS-RA vs. the MAGS-7: prevalence estimates and classification congruence. *J Gambl Stud* 2004, **20** : 259-281

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

LESIEUR HR, BLUME SB. Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *J Gambl Stud* 1993, **9** : 213-221

MAY RK, WHELAN JP, STEENBERGH TA, MEYERS AW. The gambling self-efficacy questionnaire: an initial psychometric evaluation. *J Gambl Stud* 2003, **19** : 339-357

MCLELLAN AT, KUSHNER H, METZGER D, PETERS R, SMITH I, et coll. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1992, **9** : 199-213

NEIGHBORS C, LOSTUTTER TW, LARIMER ME, TAKUSHI RY. Measuring gambling outcomes among college students. *J Gambl Stud* 2002, **18** : 339-360

PETRY NM. Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 2003, **191** : 399-407

POULIN C. An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. *J Gambl Stud* 2002, **18** : 67-93

STINCHFIELD R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addict Behav* 2002, **27** : 1-19

STINCHFIELD R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 180-182

STINCHFIELD R, GOVONI R, FRISCH GR. DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: reliability, validity, and classification accuracy. *Am J Addict* 2005, **14** : 73-82

STRONG DR, BREEN RB, LESIEUR HR, LEJUEZ CW. Using the Rasch model to evaluate the South Oaks Gambling Screen for use with nonpathological gamblers. *Addict Behav* 2003, **28** : 1465-1472

STRONG DR, LESIEUR HR, BREEN RB, STINCHFIELD R, LEJUEZ CW. Using a Rasch model to examine the utility of the South Oaks Gambling Screen across clinical and community samples. *Addict Behav* 2004, **29** : 465-481

TOCE-GERSTEIN M, GERSTEIN DR, VOLBERG RA. A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction* 2003, **98** : 1661-1672

URSUA MP, URIBELARREA LL. 20 Questions of Gamblers Anonymous: a psychometric study with population of Spain. *J Gambl Stud* 1998, **14** : 3-15

WIEBE JM, COX BJ, MEHMEI BG. The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA): further psychometric findings from a community sample. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 275-288

WULFERT E, HARTLEY J, LEE M, WANG N, FRANCO C, SODANO R. Gambling screens: does shortening the time frame affect their psychometric properties? *J Gambl Stud* 2005, **21** : 521-536

ZIMMERMAN M, CHELMINSKI I, YOUNG D. A psychometric evaluation of the DSM-IV pathological gambling diagnostic criteria. *J Gambl Stud* 2006, **22** : 329-337