



# Rapport de recherche

## PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

### Étude d'efficacité de la thérapie conjugale auprès de joueurs pathologiques : point de vue des participants, suivi long terme et étude des variables prédisant l'efficacité

#### Chercheur principal

Joël Tremblay, Université du Québec à Trois-Rivières

#### Cochercheurs

Magali Dufour, Université de Sherbrooke  
Karine Bertrand, Université de Sherbrooke  
Marianne Saint-Jacques, Université de Sherbrooke  
Francine Ferland, CIUSSS-CN/CISS-CA  
Nadine Blanchette-Martin, CIUSSS-CN/CISS-CA  
Annie-Claude Savard, Université Laval  
Mélissa Côté, UQTR

#### Partenaires du milieu

a) Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, établissement : Centre de réadaptation en dépendance (CRD) de Québec; b) Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, établissement : CRD de Chaudière-Appalaches; c) CISSS de la Montérégie-Ouest, établissements : CRD le Virage; et d) CRD Foster; e) CISSS de Lanaudière, établissement : CRD le Tremplin; f) CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, établissement : CRD de Montréal; g) CISSSS des Laurentides, établissement : Centre André Boudreau; h) CIUSSS de l'Estrie, établissement : CRD de l'Estrie; et i) Maison Jean Lapointe

#### Établissement gestionnaire de la subvention

Université du Québec à Trois-Rivières

#### Numéro du projet de recherche

2015-JU-180187

#### Titre de l'Action concertée

Impacts socioéconomiques des jeux de hasard et d'argent

#### Partenaires de l'Action concertée

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)  
Et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

## TABLES DE MATIERES

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	3
Problématique.....	3
Objectifs de l'étude .....	5
Hypothèses de recherche.....	5
PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE VOS TRAVAUX.....	5
1. À quels types d'auditoires s'adressent vos travaux?.....	5
2. Que pourraient signifier vos conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants?.....	6
3. Quelles sont les retombées immédiates ou prévues de vos travaux sur les plans social, économique, politique, culturel ou technologique?.....	7
4. Quelles sont les limites ou quel est le niveau de généralisation de vos résultats?.....	7
5. Quels seraient les messages clés à formuler selon les types d'auditoires visés?.....	8
6. Quelles seraient les principales pistes de solutions selon les types d'auditoires visés? .....	8
PARTIE C – MÉTHODOLOGIE.....	9
Participants et recrutement .....	9
Distribution au hasard .....	10
Analyses statistiques .....	11
Taux de suivi des couples dans le projet de recherche.....	12
Services reçus.....	12
Adhésion au TCI-JP .....	12
PARTIE D – RÉSULTATS .....	13
Objectif 1 : Vérifier le maintien de l'efficacité du TCI-JP en comparaison à un traitement habituel sur une période de 18 mois .....	13
Objectif 2 : Vérifier le rôle des variables intermédiaires dans la prédiction de la réduction des JHA.....	15
Objectif 3 : Comprendre le point de vue des couples et des cliniciens quant aux éléments du TCI-JP utiles autant pour le rétablissement des JP que pour la qualité de la vie conjugale .....	16
Objectif 4 : Évaluer auprès des cliniciens leur perception des éléments favorables et obstacles à l'implantation du TCI-JP.....	17

PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE.....	18
PARTIE F – RÉFÉRENCES .....	20
ANNEXE : DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES .....	24
Questionnaires utilisés .....	25
Tableau 1. Liste des variables et questionnaires utilisés .....	25
Description des motifs d'exclusion des couples non admis .....	27
Tableau 2. Données sociodémographiques en fonction du traitement.....	28
Tableau 3. Critères de distribution au hasard.....	29
Tableau 4. Taux de suivi (calculé par individu).....	29
Figure 1. Charte de distribution.....	30
Tableau 5. Éléments du TCI-JP abordés par les thérapeutes.....	31
Tableau 6. Résultats efficacité joueurs.....	32
Tableau 7. Résultats efficacité partenaires .....	36
Tableau 8. Analyses de régression multiples de type hiérarchique – Prédiction de la sévérité du jeu 3 mois post-admission (G-SAS) à partir des variables relationnelles.....	39
Tableau 9. Analyses de régression multiples de type hiérarchique – Prédiction de la sévérité des conséquences du jeu telles que rapportées à 3 mois post- admission par les joueurs.....	40

## PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE

### Problématique

Selon la dernière enquête populationnelle réalisée en 2012, près de 70 % de la population québécoise adulte rapporte avoir parié ou dépensé de l'argent dans les jeux de hasard et d'argent (JHA) au courant de la dernière année (Kairouz et Nadeau, 2014). Parmi ces individus, une faible proportion développera des habitudes à faible risque (2,9 %) ou à risque modéré (1,4 %) et 0,7 % seraient considérés comme des joueurs pathologiques probables (Kairouz et Nadeau, 2014). Il est reconnu que le trouble d'usage des jeux de hasard et d'argent (TU-JHA) entraîne d'importantes répercussions négatives dans la vie du joueur pathologique (JP), s'observant par des difficultés financières certes, mais aussi par de la détresse psychologique, des problèmes de santé physique, des difficultés au travail, un isolement social, des bris relationnels et possiblement des démêlés judiciaires (Downs et Woolrych, 2010; Grant Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein et Solowoniuk, 2006; Langham *et al.* 2016). Ces difficultés personnelles rejaillissent sur l'entourage avec une estimation conservatrice d'au moins six personnes proches affectées pour chaque joueur pathologique (Goodwin, Browne, Rockloff et Rose, 2017). La relation conjugale et les dommages auprès de la partenaire sont tout particulièrement importants (Dickson-Swift, James et Kippen, 2005; Ferland *et al.* 2008; Kourgiantaki, St-Jacques et Tremblay, 2013). La colère (Harvey, Trudel, Poirier-Arbour et Boyer, 2007), les sacrifices financiers, les sentiments de culpabilité, le blâme, la perte de confiance (Dickson-Swift *et al.* 2005), la dépression, l'anxiété, les problèmes de communication (Lee, 2014), un moins bon fonctionnement sexuel, de moins bonnes croyances relationnelles et un ajustement dyadique plus faible (Hodgins, Shead et Makarchuk, 2007; Trudel *et al.* 2008), des conflits récurrents (Dowling, Smith et Thomas, 2009; Grant Kalischuk, 2010) dont les mensonges et les tromperies sont caractéristiques des couples dont l'un des membres est JP (Dickson-Swift *et al.* 2005; Holdsworth, Nuske, Tiyce et Hing, 2013; Lorenz et Shuttlesworth, 1983; Lorenz et Yaffee, 1988; Patford, 2009). Les comportements de jeu sont à la source de nombreuses séparations conjugales (N.G.I.S.C., 1999). Ces tensions conjugales à leur tour exacerbent les envies et comportements de jeux, plusieurs joueurs rapportant comment les conflits conjugaux sont leur première source de déclenchement des envies fortes de jouer (Lorenz et Yaffee, 1989).

Malgré ces différentes observations concernant les impacts des JHA sur la vie conjugale, le modèle prédominant pour aider le joueur demeure un traitement sous forme individuelle avec très

peu d'emphase sur le couple et ses interactions (Kourgiantakis *et al.* 2013). À ce jour, de très rares écrits portent sur le sujet de l'intervention conjugale en jeu pathologique (Bertrand, Dufour, Wright et Lasnier, 2008; Steinberg, 1993). De fait, seulement deux études d'efficacité concernant le traitement conjugal pour les joueurs ont été publiées. La première, n'ayant aucun groupe témoin, a documenté des progrès cliniques significatifs, et ce, tant pour les joueurs que pour leur partenaire suite à leur participation à un traitement conjugal de nature systémique (Lee et Rovers, 2008). La seconde étude utilisant un groupe témoin (soit une liste d'attente) a aussi observé des résultats similaires soit une amélioration significative pour le groupe de traitement conjugal comparativement au groupe témoin (Lee et Awosoga, 2014). Malgré ces résultats prometteurs, mentionnons toutefois qu'aucune étude n'a encore été menée pour comparer l'efficacité d'un traitement en couple à celle d'un traitement individuel pour les joueurs pathologiques.

Préoccupés depuis quelques années par le manque de modèles éprouvés et soucieux d'adopter une perspective écologique (Bronfenbrenner, 1979) des problèmes de JHA, les membres de l'équipe de recherche ont mis sur pied deux études exploratoires impliquant les conjoints(es) de JP. La première visait à explorer les préférences des partenaires ( $n = 6$ ) entre une intervention individuelle, de groupe ou conjugale. Les résultats de nature qualitative ont mis en évidence leur préférence pour le traitement conjugal (Tremblay, Blanchette-Martin et Truchon, 2004). Les couples et les cliniciens ont estimé que l'intervention la plus profitable était le volet conjugal, et ce, malgré d'importantes réticences initiales du JP pour cette modalité. Les partenaires ont également exprimé leur lourd contentieux à l'égard des thérapies individuelles du JP où elles se sentent illégitimement exclues, étant celles qui doivent assumer la baisse importante de leurs avoirs financiers et travailler à la reconstruction du patrimoine familial. Dans la foulée de ces résultats, l'équipe a mené une seconde étude visant à adapter le modèle d'intervention conjugale *Alcohol Behavior Couple Therapy* (ABCT; Epstein *et al.* 2007). Le ABCT a initialement été développé pour les couples dont l'un des membres est alcoolique et a ensuite été adapté aux couples toxicomanes. Ainsi, de nombreuses études ont documenté son efficacité, mais également son aisance d'intégration aux services existants (Epstein *et al.* 2007; Kahler, McCrady et Epstein, 2003; McCrady, Epstein et Hirsch, 1999). Une cohorte de 11 couples dont l'un des membres est JP a bénéficié de 8 à 15 rencontres conjugales (adaptation de l'ABCT pour les JP) dans un protocole mixte (qualitatif et quantitatif) d'évaluation pré-, post-, et à trois mois suivant la fin du traitement. Des résultats préliminaires mettent en lumière, au plan qualitatif, des thématiques récurrentes, dont

la nécessité de sécuriser les avoirs financiers du couple, mais aussi la présence d'un cycle relationnel pouvant se résumer à une séquence incluant le mensonge, les sentiments de trahison, les efforts de contrôle de la part de la partenaire, la culpabilité du joueur, le retour au jeu pour fuir les nouveaux conflits conjugaux et l'augmentation de la colère de la partenaire à la découverte de la poursuite des JHA. Sur le plan des bénéfices observés, des constats différentiels révèlent une amélioration surprenante à trois mois post traitement chez certains joueurs mais peu chez d'autres présentant une comorbidité de santé mentale. L'ensemble de ces constats a conduit l'équipe à mettre sur pied une étude d'efficacité (2010-2018) de l'intervention conjugale en jeu pathologique du *Traitement Conjugale Intégratif en Jeu Pathologique* (TCI-JP) tel que développé par l'équipe (Tremblay *et al.* 2015).

### **Objectifs de l'étude**

Quatre objectifs sont poursuivis dans le cadre de ce projet : 1) Vérifier l'efficacité du TCI-JP en comparaison à un traitement habituel sur une période de 18 mois; 2) Vérifier le rôle de variables intermédiaires dans la prédiction de la réduction des JHA; 3) Comprendre le point de vue des usagers et des cliniciens quant aux éléments du TCI-JP utiles autant pour le rétablissement des joueurs pathologiques que pour la qualité de la vie conjugale (entrevue qualitatives); 4) Évaluer auprès des cliniciens leur perception des éléments favorables ou des obstacles à l'implantation du TCI-JP.

### **Hypothèses de recherche**

Il est postulé que les joueurs orientés vers le TCI-JP réduiront de façon plus importante leurs comportements de JHA comparativement aux joueurs bénéficiant de la modalité individuelle de traitement. Il est aussi postulé que les deux membres du couple en modalité conjugale réduiront de façon plus importante leur niveau de détresse personnelle et auront une meilleure amélioration de leur satisfaction conjugale de même que de leurs habiletés à la communication et à la résolution de problèmes.

## **PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE VOS TRAVAUX**

### **1. À quels types d'auditoires s'adressent vos travaux?**

La présente étude s'adresse à un auditoire diversifié. Tout d'abord, les résultats obtenus démontrent la pertinence d'inclure les membres de l'entourage dans le traitement des joueurs, dont

spécifiquement ici les partenaires au sein d'un traitement conjugal, dans l'offre de service offert en jeu pathologique au sein des CRD. Ensuite, les cliniciens travaillant auprès de JP, mais également auprès des membres de l'entourage pourront mieux comprendre l'avantage d'inclure la partenaire rapidement dans le traitement du JP considérant les bénéfices engendrés par le TCI-JP. En outre, les joueurs et leur entourage peuvent aussi être intéressés par ce projet de recherche qui appuie l'efficacité accrue de cette modalité d'intervention.

Il est important de préciser qu'au moment de publier ce rapport, aucune autre étude ayant un protocole de recherche randomisée et évaluant l'efficacité d'une intervention conjugale auprès de couples dont l'un des membres présente un TU-JHA n'a encore été publiée. Les résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus dans le cadre de ce projet tendent à démontrer la plus-value du TCI-JP en comparaison au traitement individuel. Ainsi, ces résultats prometteurs démontrent la pertinence de poursuivre les travaux en ce sens.

## **2. Que pourraient signifier vos conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants?**

Les travaux actuels mettent en évidence quelques points cruciaux pouvant orienter les services cliniques :

- Une intervention conjugale, auprès des joueurs vivant en couple, est plus efficace que l'intervention individuelle. L'intervention conjugale doit donc faire partie de l'offre de base dans le traitement du TU-JHA;
- Les partenaires obtiennent bien plus de bénéfices au plan psychologique lorsqu'elles sont incluses dans le traitement conjugal que lorsque le joueur n'a accès qu'à un traitement individuel et qu'elles ne reçoivent pas de services;
- Ce que nous ne savons pas toutefois est le degré de bénéfices vécus par partenaire si elle participait à un traitement individuel ou de groupe, concomitant au traitement du joueur en modalité individuelle. Ce que nous savons toutefois, c'est que ce type de service a été offert aux partenaires dont le conjoint joueur était orienté en modalité individuelle mais elles n'ont pas participé à ces services. Alors que celles orientées en modalité conjugale sont allées aux rencontres avec le joueur.
- Les deux membres du couple améliorent significativement plus leur satisfaction conjugale lorsqu'ils participent à la modalité conjugale;
- Les joueurs sont sévèrement réticents à participer à la modalité conjugale mais lorsqu'ils y participent, ils changent d'opinion, constatant tous les bienfaits que cela leur apporte;
- Considérant ce dernier point, sans une politique d'établissement claire et sans équivoque, voulant que tout joueur consultant et habitant en couple doit être orienté vers une modalité conjugale (il pourra toujours ultimement la refuser et on lui offrira des rencontres individuelles, mais cela doit demeurer des exceptions), les joueurs refuseront

systématiquement le traitement conjugal, alors que nous savons que cela est plus efficace pour les aider à réduire/arrêter leurs comportements de JHA. Nos constats ont été que lorsque les thérapeutes adoptent cette position plus stricte, de nombreux joueurs sont vus en modalité conjugale et que sans cela, le service devient moribond.

- Les thérapeutes apprennent assez bien l'intervention conjugale (séminaire de 2,5 jours) mais une période de supervision est nécessaire. Nous avons implanté une supervision par mosi, avec visionnement de bandes vidéos d'entrevues, durant 18 mois.

### **3. Quelles sont les retombées immédiates ou prévues de vos travaux sur les plans social, économique, politique, culturel ou technologique?**

Au niveau des retombées immédiates dans les milieux d'intervention, soulignons que par l'entremise de ce projet, les CRD participants ont eu l'opportunité d'accroître la formation de leur personnel quant à l'intervention conjugale. Au total, 39 cliniciens ont été formés entre novembre 2011 et mars 2017 et ont reçu 310 heures de supervision clinique (environ 3 heures par mois). Tout au long des supervisions, les cliniciens ont démontré un degré élevé de motivation et de curiosité envers la pratique conjugale. Il va sans dire que ce projet a suscité une prise de conscience chez les cliniciens ayant participé au projet de recherche quant à la possibilité de diversifier l'offre de service en jeu pathologique. En outre, un guide d'intervention portant sur le TCI-JP a été rédigé par l'équipe et sera rendu public au cours de la prochaine année. Ce guide permettra aux milieux cliniques du Québec, mais aussi hors Québec (traductions en anglais et en espagnol déjà effectuées), d'implanter ce modèle d'intervention innovant. Un centre de recherche et de traitement de Barcelone planifie implanter ce modèle d'intervention. Ajoutons qu'un site Internet sera développé où il sera possible d'aller recueillir les outils utilisés dans le cadre du projet afin de soutenir la pratique des cliniciens auprès de couple dont l'un des membres a un TU-JHA.

Au plan scientifique, les données appuient la grande hypothèse que l'inclusion des membres de l'entourage améliore l'efficacité des traitements. Cela stimulera la recherche internationale en ce domaine.

### **4. Quelles sont les limites ou quel est le niveau de généralisation de vos résultats?**

La plus grande limite du projet porte sur les critères d'exclusion quant à la comorbidité avec les problèmes d'abus de substances. Nos résultats doivent être répliqués auprès d'un échantillon de joueurs ayant aussi des problèmes liés aux substances psychoactives. Les intervenants des centres en dépendance nous rappellent comment cette double problématique devient plutôt la norme que



l'exception. Nos résultats ne peuvent pas non plus être généralisés à des couples dont les deux membres sont joueurs pathologiques. Même si des expériences ponctuelles ont démontré que le traitement peut être efficace avec ces couples, des études plus structurées sont nécessaires afin d'approfondir nos connaissances. Une troisième limite porte sur le fait que les cliniciens de la modalité conjugale ont bénéficié de supervisions à raison d'une fois par mois alors que ce n'est pas le cas pour les cliniciens de la modalité individuelle. Soulignons cependant que les deux tiers des cliniciens de la modalité individuelle étaient les mêmes qu'au sein de la modalité conjugale.

### **5. Quels seraient les messages clés à formuler selon les types d'auditoires visés?**

Les messages importants pour les gestionnaires sont les suivants :

- Il faut implanter une modalité conjugale de traitement du jeu pathologique, dans tous les centres de traitement;

Pour les cliniciens et les gestionnaires :

- Il est important d'orienter prioritairement et sans équivoque, les joueurs vivant en couple vers une modalité conjugale;
- Il faut soutenir les cliniciens offrant cette modalité, par de la supervision;
- Il faut rappeler le principe général que l'inclusion des membres de l'entourage a généralement un effet bénéfique sur le traitement du joueur (tout comme dans la dépendance aux substances) mais aussi sur le bien-être du membre de l'entourage;

Pour les bailleurs de fonds de recherche :

- Il faut poursuivre les travaux dans ce domaine. L'inclusion des membres de l'entourage fait partie d'une famille de travaux qui démontrent une plus-value d'efficacité dans le domaine des dépendances. Ce champ est insuffisamment investi en recherche alors qu'il y a là un filon important et prometteur pour améliorer l'efficacité de nos investissements dans les soins offerts à cette population.

### **6. Quelles seraient les principales pistes de solutions selon les types d'auditoires visés?**

Plusieurs pistes ont déjà été proposées ci-dessus mais ajoutons, au plan scientifique, la nécessité de recourir à des protocoles de recherche robustes, tel que les protocoles avec distribution au hasard. Ce type de protocole est peu utilisé parce que très onéreux aux plans temporel et monétaire. À titre d'exemple, malgré le fait que nous recrutions en simultané à l'aide de 20 cliniciens répartis dans six centres de traitement, étendus sur tout le territoire québécois, nous avons dû recruter pendant 47 mois (quatre années), à raison d'un taux d'entrée dans l'étude de 2,3 couples par mois. Les

budgets et les délais impartis par le programme des actions concertées sont insuffisants pour mener ce type de projet. Nous avons dû bénéficier de deux subventions pour réaliser le tout. Les projets de ce genre apportent une grande certitude quant aux conclusions obtenues. Mais pour y parvenir, un délai de 5 à 6 années est nécessaire et un budget de \$400 000 par projet doit être octroyé. Sinon, les projets ne peuvent avoir lieu. Les bénéfices en termes d'avancées scientifiques sont toutefois très importants et valent l'investissement. La difficulté de ce type de projet est illustrée par le fait qu'aucune publication scientifique où les joueurs ont été distribués au hasard entre un traitement habituel et un traitement conjugal n'a été publiée dans le monde à ce jour. Par contre, la pertinence de ces projets est soulignée par le fait que dans toutes les recensions de littérature portant sur l'efficacité des traitements, les protocoles avec distribution au hasard sont toujours cités comme procurant les conclusions les plus fiables. Il faut continuer de soutenir d'autres types de travaux de recherche mais le point à souligner ici est que le programme actuel des actions concertées ne peut soutenir ce type de projet visant l'évaluation de l'efficacité des traitements via une méthode de distribution au hasard. Celui-ci a été rendu possible que parce que nous avons eu l'opportunité d'avoir deux financements successifs, à une période où le programme était récurrent.

## **PARTIE C – MÉTHODOLOGIE**

### **Participants et recrutement**

Lors de l'évaluation de routine dans chaque CRD, le clinicien impliqué au sein de l'étude offrait la possibilité au JP d'intégrer ce projet en lui expliquant brièvement l'implication demandée. Si ce dernier acceptait, il signait un formulaire d'autorisation à être contacté par un membre de l'équipe de recherche. Ensuite, un assistant de recherche contactait le JP pour lui expliquer en détail le projet de recherche ainsi qu'à sa partenaire et fixer une première rencontre d'évaluation avec les deux membres du couple. Une compensation financière de (100\$ projet 2010-2014 et de 250\$ projet actuel) sous forme de bons d'achat dans un magasin à grande surface était offerte pour chaque membre du couple pour leur participation à l'ensemble du projet, soit quatre rencontres d'évaluation (admission, 3, 9 et 18 mois post-admission) en plus de s'engager à 8-12 rencontres de traitement dans la modalité vers laquelle ils ont été orientés au hasard. Lors des entrevues de suivi, les participants ont répondu à plusieurs questionnaires (voir tableau 1 en annexe).

Rappelons que les participants recrutés dans le cadre du présent projet ont été ajoutés aux 54 couples ayant été recrutés dans le projet précédent (Tremblay *et al.* 2014). Un total de 98 couples TU-JHA ayant effectué une demande de service concernant les habitudes de JHA problématiques dans l'un des sept centres de réadaptation en dépendance participant (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; CISSS de Lanaudière; CISSS des Laurentides; CISSS de la Montérégie-Ouest /CRD Foster et CRD le Virage; CISSS de l'Estrie; CIUSSS de la Capitale-Nationale; CISSS de Chaudière-Appalaches) ainsi qu'à la Maison Jean Lapointe (Montréal). Afin d'être admissible, le couple devait cohabiter depuis au moins 12 mois, être âgé de 18 ans et plus et l'un des membres du couple devait avoir un diagnostic de TU-JHA tel que mesuré à l'aide de l'entrevue diagnostique du jeu pathologique de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHM-CIDI; Kessler et Üstün, 2004) mais adapté par l'équipe pour les critères du DSM-5. De ces 98 couples initiaux, 18 ont été exclus en tenant compte de certaines caractéristiques personnelles rendant difficile la participation à des entretiens conjugaux (voir la section « Description des motifs d'exclusion des couples non admis » en annexe).

L'échantillon utilisé au sein des analyses est composé de 80 couples (deux couples homosexuels) se retrouvant dans toutes les strates d'âge entre 20 et 60 ans et plus (voir tableau 2 en annexe). Les joueurs sont âgés en moyenne de 41,5 ans ( $\acute{E}T = 12,9$ ) ce qui est très similaire à l'âge de leur partenaire ( $M = 41,0$  ans;  $\acute{E}T = 13,6$ ). Les trois quarts des joueurs sont des hommes. Les revenus annuels familiaux varient de moins de 25 000\$ à plus de 100 000\$. Les revenus individuels sont passablement similaires, le tiers d'entre eux gagnant moins de 25 000\$ par année et près de la moitié se situant entre 25 000\$ et 60 000\$ par année. Le temps moyen de vie commune rapporté par les joueurs est de 10,9 ans ( $\acute{E}T = 10,8$ ). À noter qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les couples des deux modalités de traitement pour l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques.

### **Distribution au hasard**

Un devis expérimental a été utilisé par l'entremise d'un plan de distribution aléatoire entre les deux groupes de traitement : le groupe expérimental (TCI-JP) ( $n = 44$ ) et le groupe contrôle, (l'intervention habituelle des CRD, soit une modalité individuelle ou de groupe) ( $n = 36$ ). L'étude clinique de distribution au hasard est enregistrée au [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) (ID : NCT02240485), selon les principes énoncés par l'*International Committee of Medical Journals Editors*. À la suite des rencontres d'évaluation réalisées à l'admission des couples, la méthode de l'urne a été utilisée

(Wei et Lachin, 1988) permettant une stratification pour les covariables connues à priori comme pouvant influencer l'issue du traitement (Hedden *et al.* 2006). Les couples ainsi que le clinicien ont été informés de cette orientation dans un délai maximum de 48 heures suivant la rencontre d'évaluation. Les critères de stratification sont détaillés au sein du tableau 3 (voir annexe). On y constate que les participants orientés dans les deux modalités ont des caractéristiques similaires quant aux quatre critères de stratification utilisés pour effectuer la randomisation.

### **Analyses statistiques**

Quantitatif : Pour tenir compte de la corrélation entre les observations pour un même individu et des mesures répétées au cours du temps, une série d'analyses de régression a été effectuée selon le type de variable. Pour les variables dépendantes catégorielles, des analyses à l'aide d'équations d'estimation généralisées ont été effectuées (Generalized Estimating Equations ou GEE) en utilisant PROC GENMOD du logiciel *Statistical Analysis System* (SAS) qui est une généralisation d'une régression logistique traditionnelle. Pour les variables dépendantes continues, les modèles mixtes linéaires (Linear Mixed Models) ont été utilisés avec PROC MIXED de SAS qui est elle-même une généralisation d'un modèle de données appariées ou plus encore d'une ANOVA à mesures répétées. Les variables groupe de traitement et temps étaient nos variables indépendantes principales. L'une des forces de ces modèles est de prendre en compte les mesures relatives à un individu, même si certaines lui font défaut (donnée manquante, non-réponse, etc.) pour un temps donné alors que les procédures normales éliminaient les individus dont les réponses étaient incomplètes. Comme les analyses tiennent compte du nombre de données valides à cause de la structure des données et non du nombre de patients, la puissance de l'étude ne peut être que plus grande. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS 9.4.

Qualitatif : La thématization séquencée (Paillé et Mucchielli, 2016) a été utilisée pour effectuer l'analyse qualitative des entrevues réalisées auprès des couples ( $n = 21$  couples; 8 couples de la modalité individuelle et 13 couples du TCI-JP). Ce type d'analyse permet d'extraire des thèmes et des sous-thèmes à partir des entretiens afin de résumer l'expérience des participants (Paillé et Mucchielli, 2016). Tous les enregistrements audio ont été intégralement transcrits. Les thèmes et sous-thèmes ont commencé à émerger après la lecture de quelques entretiens choisis au hasard. Une table de codification a été créée par l'un des chercheurs du projet et par les assistants de recherche. Par la suite, deux assistants de recherche ont codifié les entrevues restantes en utilisant cette table de codification. Le degré d'accord inter-juge a été vérifié à trois reprises pendant

l'analyse. Ce travail de codage a été mené sous la supervision du chercheur principal et utilisé le logiciel d'analyse de données QSR International NVivo 9. Une fois l'ensemble du corpus codifié, des résumés ont été créés pour chacun des thèmes identifiés dans la table de codification.

### **Taux de suivi des couples dans le projet de recherche**

Au total, 59 individus (36,9 %) ont abandonné les rencontres de recherche en cours de route. Parmi ceux-ci, 14 individus (7 couples) n'ont complété aucun suivi post-admission, dix individus ont complété seulement un suivi post-admission sur une possibilité de trois et 35 ont complété deux suivis post-admission. Quelques-uns ont clairement indiqué qu'ils quittaient la recherche mais pour la plupart, ils ont simplement cessé de communiquer avec nous malgré nos multiples relances. (courriels, téléphones, suivis postaux). Le tableau 4 (voir annexe) illustre en détail ce taux de suivi et la différence entre les deux groupes. Le groupe expérimental démontre un meilleur taux de participations aux rencontres de recherche tel qu'illustré par un plus grande nombre d'entre eux ayant complété les trois rencontres de recherche ( $\chi^2 = 13,34$ ,  $dl = 3$ ,  $p < 0,01$ ). La figure 1 (voir annexe) illustre le processus de suivi des participants au sein du projet.

### **Services reçus**

Les joueurs orientés dans les deux modalités de traitement ont reçu en moyenne 10,60 ( $ÉT = 7,51$ ) rencontres (individuelle, conjugale ou de groupe) et il n'y aucune différence significative entre les deux groupes. Toutefois, en ce qui a trait aux partenaires, celles ayant été orientés en modalité conjugale ont reçu de façon statistiquement significative plus de rencontres d'aide avec un professionnel ( $M = 10,89$ ;  $ÉT = 7,35$ ) que celles ayant été orienté en modalité individuelle ( $M = 2,61$ ;  $ÉT = 5,32$ )  $F(1,39) = 78$ ,  $p < 0,0001$ .

### **Adhésion au TCI-JP**

Afin de s'assurer de l'adhésion au TCI-JP, les cliniciens qui rencontraient des couples devaient indiquer après chaque rencontre quels étaient les éléments conjugaux abordés. Tel que l'indique le tableau 5 (voir annexe), les données qui ont été colligées pour 37 couples (sur une possibilité de 44) indiquent que l'ensemble des éléments spécifique au TCI-JP a été abordé à plusieurs reprises dans le traitement, et ce, par la majorité des cliniciens.

## PARTIE D – RÉSULTATS

### **Objectif 1 : Vérifier le maintien de l'efficacité du TCI-JP en comparaison à un traitement habituel sur une période de 18 mois**

#### **Amélioration dans le temps**

Trois grandes dimensions ont été mesurées, soit a) la sévérité des habitudes de JHA du JP (ex., fréquence, argent perdu, sévérité de la dépendance, etc.) et ses conséquences dans les différentes sphères de vie, b) la qualité du fonctionnement individuel chez les deux membres du couple (détresse psychologique, dépression, stratégies d'adaptation, consommation de substances, etc.) ainsi que les éléments liés à la sphère conjugale (satisfaction conjugale, communication, soutien mutuel, etc.). De façon générale, tel que l'indique les tableaux 6 et 7 (voir annexe), les résultats d'efficacité à 18 mois post-admission tendent à illustrer une amélioration globale dans le temps pour les couples des deux modalités de traitement, et ce, pour la majorité des variables mesurées. De fait, pour l'ensemble des questionnaires lorsqu'une même lettre<sup>1</sup> en exposant se retrouve à deux temps de mesure cela signifie qu'il existe une différence statistiquement significative entre ces deux temps de mesure. Or, sur le plan conjugal, on constate toutefois que les joueurs pathologiques orientés en modalités individuelle – JP\_Ind.<sup>2</sup> ne se sont pas améliorés de façon statistiquement significative sur une période de 18 mois au niveau des variables conjugales, soit la stabilité conjugale (MSI), des habiletés à la négociation et à la résolution des conflits conjugaux (MPSS), des habiletés à la communication (chez les deux membres du couple, c'est-à-dire que le joueur a évalué sa propre communication pour ensuite évaluer celle de sa partenaire).

#### **Est-ce qu'il y a une différence statistiquement significative entre les deux groupes, et ce, sur une période de 18 mois?**

Il est possible de constater une différence statistiquement significative à l'avantage du TCI-JP, et ce, quant à de nombreux indicateurs (voir les tableaux 6 et 7 en annexe). Tout d'abord, au niveau de la sévérité du jeu, les JP\_TCI-JP démontrent une amélioration significative, soit une meilleure réduction de la dépendance (G-SAS ( $\chi^2 = 4,67$ ,  $p = 0,0001$ ); DEBA-Jeu ( $\chi^2 = 8,60$ ,  $p = 0,0098$ ); ICJE ( $\chi^2 = 7,67$ ,  $p = 0,0328$ )); une amélioration globale du jeu ( $\chi^2 = 1,51$ ,  $p = 0,0170$ ), de leur capacité à contrôler leurs envies de jouer – ICOG ( $\chi^2 = 3,82$ ,  $p = 0,0032$ ) et présentent moins de

---

<sup>1</sup> Ces lettres sont : a, b, c, d, et e

<sup>2</sup> Afin d'alléger le texte, les acronymes suivants seront utilisés : JP\_Ind. ou P\_Ind. pour indiquer les couples orientés vers la modalité individuelle de traitement, JP\_TCI-JP ou P\_TCI-JP pour indiquer les couples orientés vers la modalité conjugale de traitement

cognitions erronées – ICROLJ ( $\chi^2 = 0,03$ ,  $p = 0,0019$ ) comparativement aux JP\_Ind. Chez les partenaires, on observe également une différence entre les deux groupes au niveau des cognitions erronées entretenues à l'égard des JHA puisque les P\_TCI-JP ont diminué de façon statistiquement significative leurs cognitions erronées comparativement aux partenaires ayant été orientés vers le traitement individuel ( $\chi^2 = 515,68$ ,  $p = 0,0032$ ). En outre, les P\_TCI-JP ont aussi la perception que leur conjoint joueur s'est davantage améliorée quant à ses habitudes de JHA comparativement au P\_Ind ( $\chi^2 = 177,18$ ,  $p = 0,0004$ ).

Ensuite, au niveau de la sphère conjugale, les couples TCI-JP démontrent une amélioration significative comparativement aux couples orientés vers la modalité individuelle, toutefois en notant des variations entre les membres du couple. Effectivement, chez les JP on remarque une amélioration statistiquement significative sur le plan de la satisfaction conjugale (DAS-4) ( $\chi^2 = 2,25$ ,  $p = 0,0018$ ), de la stabilité conjugale (MSI) ( $\chi^2 = 4,94$ ,  $p = 0,0375$ ), du soutien mutuel (Questionnaire sur le soutien conjugal;  $\chi^2 = 10,01$ ,  $p = 0,0001$ ), des habiletés de communication (Questionnaire sur la communication tel que mesuré par le joueur;  $\chi^2 = 12,55$ ,  $p = 0,0068$ ), mais aussi lorsque le joueur évalue la communication de sa partenaire ( $\chi^2 = 15,82$ ,  $p = 0,0058$ ) et des habiletés à la négociation et à la résolution des conflits conjugaux – MPSS ( $\chi^2 = 4,00$ ,  $p = 0,0075$ ) en comparaison aux JP\_Ind. Or, chez les partenaires, une amélioration est aussi observée à l'avantage du TCI-JP quant à la satisfaction conjugale ( $\chi^2 = 180,44$ ,  $p = 0,0016$ ), à la stabilité conjugale ( $\chi^2 = 209,07$ ,  $p = 0,0532$ ) et aux habiletés à la communication lorsque la partenaire évalue celles de son conjoint joueur ( $\chi^2 = 305,62$ ,  $p = 0,0409$ ).

Enfin, en ce qui concerne la sphère personnelle, une différence statistiquement significative est également observée entre les deux groupes de traitement, et ce, autant chez les JP et que leur partenaire. Les JP\_Ind. ont des symptômes dépressifs plus élevés – CES-D ( $\chi^2 = 2,65$ ,  $p = 0,0408$ ) et utiliseraient davantage de stratégies d'adaptation orientées vers la distanciation et l'évitement quant à leurs habitudes de JHA ( $\chi^2 = 0,04$ ,  $p = 0,0241$ ) comparativement aux JP\_TCI-JP. Tandis que chez les partenaires, on observe que celles orientées vers le traitement individuel ont davantage de symptômes dépressifs – CES-D ( $\chi^2 = 202,58$ ,  $p = 0,0273$ ), en plus de présenter un niveau de détresse psychologique plus élevé – IDPESQ ( $\chi^2 = 241,36$ ,  $p = 0,0480$ ) comparativement aux P\_TCI-JP. Ajoutons que les partenaires ayant suivi le TCI-JP utilisent davantage de stratégies d'adaptation orientées vers la recherche de soutien social afin de faire face aux comportements de

JHA problématiques de leur conjoint comparativement aux partenaires ayant bénéficié du traitement individuel ( $\chi^2 = 207,15$ ,  $p = 0,0510$ ).

Par ailleurs, il apparaît important de préciser que la majorité des cliniciens (63 %) ayant desservi les couples orientés vers le TCI-JP ont aussi desservi les joueurs orientés en modalité individuelle. Notons aussi que l'ensemble des cliniciens en modalité conjugale a bénéficié de supervision clinique à raison d'une fois par mois durant 18 mois. D'une part, on pourrait estimer que la supervision a pu avoir un impact favorable sur le traitement conjugal, mais d'autre part, le fait que les deux tiers des joueurs en traitement individuel aient eu un thérapeute qui a aussi été clinicien dans la modalité conjugale, vient atténuer cette première limite.

### **Objectif 2 : Vérifier le rôle des variables intermédiaires dans la prédiction de la réduction des JHA**

Le deuxième objectif poursuivi dans le cadre de ce projet de recherche était de tenter de prédire la sévérité des habitudes de JHA, 3 mois post-admission, et ce, en fonction de certaines caractéristiques conjugales du joueur et de sa partenaire, telles que mesurées à l'admission. Pour ce faire, des analyses de régression multiple de type hiérarchique ont été effectuées pour tenter de prédire la sévérité du jeu (G-SAS), mais aussi les conséquences négatives, tel que rapporté par le joueur. Ces modèles complets se trouvent au sein des tableaux 8 et 9 (voir annexe). La variance attribuable au score de l'individu à cette même variable est toujours incluse en première étape. À la seconde étape, l'orientation du couple est ajoutée. La troisième et dernière étape de ce modèle comporte plusieurs variables relationnelles qui ont été répondues à la fois par le joueur et sa partenaire à l'admission, soit : la satisfaction conjugale (DAS-4), le niveau d'engagement au sein du couple (MSI), les habiletés à la communication (COMMA), le niveau de soutien conjugal (STCONT) ainsi que les habiletés de résolutions et de négociations autour des conflits conjugaux (MPSS). Par l'entremise de ce modèle, il est possible de prédire jusqu'à 46 % de la sévérité des habitudes de JHA du joueur, tel que mesuré par le G-SAS à 3 mois post-admission, qui concorde souvent avec la fin du traitement du joueur. Plus précisément, le premier bloc permet d'expliquer 22 % de la variance,  $F(20,56) = 1$ ,  $p < 0,001$ . Le second bloc ajoute quant à lui 8,7 % de variance,  $F(16,19) = 2$ ,  $p < 0,0001$ . Le troisième et dernier bloc ajoute près de 15 % de variance,  $F(5,79) = 12$ ,  $p < 0,0001$ . Notons ici que parmi l'ensemble des variables conjugales mesurées, seulement le soutien conjugal, tel que mesuré par le joueur, est significatif. Ce premier modèle permet donc d'observer que l'orientation du joueur en modalité conjugale et la qualité du soutien conjugal



apporté prédisent de façon importante la sévérité de ses habitudes de JHA à trois mois post-admission.

Le deuxième modèle présenté utilise exactement les mêmes variables que le modèle précédent, toutefois il permet ici de prédire jusqu'à 32 % la gravité des conséquences de ses comportements de JHA dans les sphères de vies, telles que rapportées par le joueur à 3 mois post-admission. De fait, le premier bloc de variance permet de prédire 18 %  $F(15,40) = 1, p < 0,001$ . Le second bloc n'ajoute aucune variance significative indiquant ici que l'orientation du couple ne contribue pas, dans ce modèle, à la compréhension des conséquences vécues. Le troisième bloc, avec ces variables conjugales, ajoute près de 15 % de variance,  $F(3,67) = 12, p < 0,001$ . Par l'entremise de ce modèle, il est donc possible de constater que les caractéristiques du couple se présentant en traitement, dont le degré de satisfaction conjugale de la partenaire, peuvent contribuer à prédire les conséquences négatives vécues par le joueur à 3 mois post-admission.

### **Objectif 3 : Comprendre le point de vue des couples et des cliniciens quant aux éléments du TCI-JP utiles autant pour le rétablissement des JP que pour la qualité de la vie conjugale**

#### **Point de vue des couples**

Des analyses qualitatives des propos tenus par les participants quant à leur expérience en traitement, au sein de chacune des modalités, a d'identifier cinq thèmes centraux de leur processus thérapeutique (publié par Tremblay et al., 2018). Les thèmes portent sur 1) l'appréhension des JP liée au dévoilement de leurs difficultés avec les JHA en TCI-JP; 2) le désir et les bénéfices de développer une compréhension mutuelle du jeu ainsi que des conséquences négatives engendrées dans la vie des partenaires, et ce, pour les deux modalités de traitement; 3) la transformation des attributions négatives via une communication plus efficace dans le couple, favorisées par le TCI-JP; 4) la contribution de la partenaire à la transformation des comportements de JHA et à la prévention des rechutes, mieux soutenue par le TCI-JP; et 5) la nature interpersonnelle du jeu et ses liens avec la vie conjugale. Enfin, les participants ont une perception favorable à l'égard du traitement reçu, mais cette expérience positive semble être plus importante envers le TCI-JP.

#### **Point de vue des cliniciens**

La majorité des cliniciens formés ont une perception favorable à l'égard du TCI-JP et souligne la plus-value de cette intervention comparativement à une modalité individuelle de traitement. Selon eux, la présence de la partenaire favoriserait la persistance en traitement du JP. Ils précisent que le TU-JHA est une dépendance qui affecte l'ensemble des sphères de vie du JP, notamment la vie

conjugale et qu'il est nécessaire d'aborder cette problématique en couple. De fait, il semble ardu d'aborder des notions clés auprès du JP, telles que la relation de confiance, les comportements contributifs de la partenaire ou à l'inverse les stratégies que les partenaires peuvent mettre en place dans le quotidien pour soutenir le rétablissement de leur conjoint joueur lorsqu'elles sont absentes du traitement. Toujours selon les cliniciens, le fait que la partenaire participe au traitement permet d'obtenir un portrait plus complet de la réalité vécue par le joueur puisqu'elle amène une multitude d'informations complémentaires. Un autre élément révélateur à leurs yeux est la pertinence d'intégrer régulièrement des exercices d'habiletés à la communication auprès de ces couples. L'apprentissage effectué par le couple permet aussi un meilleur soutien au quotidien de la partenaire à l'égard de son conjoint joueur. Par l'entremise du traitement conjugal, elle comprend maintenant mieux la dépendance de son conjoint et elle est davantage outillée pour y faire face. Tout bien considéré, les cliniciens ont exprimé leur satisfaction et estiment qu'il y a un net avantage de la TCI-JP par rapport à l'intervention individuelle.

#### **Objectif 4 : Évaluer auprès des cliniciens leur perception des éléments favorables et obstacles à l'implantation du TCI-JP**

Au niveau de l'organisation de leur travail, certains cliniciens ont relevé de possibles obstacles à l'implantation du TCI-JP. À priori, il semble plus ardu d'effectuer des rencontres conjugales lorsque les deux membres du couple ont une vie professionnelle active. Se faisant, pour la majorité des couples, leurs principales disponibilités pour venir au CRD demeurent le soir. Cet enjeu de disponibilité a été relevé comme un obstacle puisque les cliniciens ne font parfois qu'une seule soirée de travail par semaine, les menant à bloquer une bonne partie de leur soirée pour rencontrer ce couple. Un second obstacle porte la formation d'une durée de deux journées et demie en plus de supervisions cliniques à raison d'une rencontre de trois heures par mois, durant 18 mois. Les cliniciens relèvent que l'appropriation de cette méthode d'intervention leur a demandé beaucoup de temps de préparation ainsi qu'une nouvelle organisation de leur travail. Ajoutons que les rencontres conjugales sont d'une durée d'une heure trente plutôt que d'une heure. Ainsi pendant les premières phases d'implantation, il se peut qu'une légère baisse de rendement soit attribuable au temps consacré à l'assimilation de cette modalité d'intervention. Enfin, puisque la clientèle en jeu pathologique consultant dans les CRD a souvent une comorbidité avec un TUS, le programme devrait être modulé pour ces couples afin de mieux répondre à la réalité des JP effectuant une demande d'aide.

Du côté des éléments favorables à l'implantation du TCI-JP, les cliniciens ont apprécié la flexibilité associée à cette intervention où il est possible de suivre les éléments principaux du programme tout en adaptant leur séquence en fonction des besoins étant uniques à chaque couple. Le fait que la majorité des cliniciens reconnaissent la pertinence et la plus-value de cette intervention est également un facteur favorable à l'implantation du TCI-JP. Tel que mentionné au point précédent considérant la complexité unissant le TU-JHA et la sphère conjugale, il semble tout à fait approprié d'intervenir directement auprès des deux membres du couple. La majorité des cliniciens formés expriment notamment se sentir plus outillé, plus en confiance et compétent pour intervenir auprès de couples TU-JHA. Le fait de prendre conscience des progrès réalisés par ces couples les a également convaincus de la pertinence de déployer une telle intervention conjugale dans les CRD.

#### **PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE**

À priori, les résultats favorables à l'égard du TCI-JP soulignent la pertinence de continuer d'investir dans la recherche sur le traitement conjugal auprès des JP, mais aussi les différents modèles incluant les membres de leur entourage.

Des questions restent en suspens quant à la clientèle cible. Est-ce que le TCI-JP serait aussi efficace auprès de couples dont les deux membres ont un TU-JHA? Aurions-nous les mêmes résultats auprès de couples où le joueur a un trouble concomitant lié aux substances psychoactives?

Des questions portent sur les modalités de services. Est-ce qu'une combinaison de rencontres individuelles et conjugales serait plus efficace? Est-ce que des rencontres individuelles pour le joueur en concomitance à des rencontres individuelles ou de groupes pour la partenaire auraient une efficacité similaire?

D'autres questions de recherche portent sur les cibles de l'intervention. Par exemple, le lien de confiance escamotée, la trahison relationnelle au sein du couple sont des thèmes qui sont insuffisamment abordés par le TCI-JP. Cette question de transgression relationnelle si chère à tout le champ de la recherche concernant l'infidélité conjugale pourrait apporter beaucoup au champ de l'intervention conjugale en jeu pathologique. Une avenue prometteuse semble être le pardon en tant que processus psychologique pour tenter d'amener le couple vers une guérison relationnelle.

D'un autre côté, tel que rapporté précédemment, les résultats mettent en lumière le peu de services reçus par les partenaires orientés en modalité individuelle. Des recherches futures devraient tenter

de mieux comprendre comment amener ces partenaires en détresse vers les services et quels sont les obstacles à effectuer une demande d'aide.

Par ailleurs, afin de s'assurer de la pérennité du TCI-JP, il importe que les gestionnaires des CRD soient prêts à investir dans cette modalité de service. L'équipe de recherche entrevoit d'ailleurs la possibilité de développer des vidéos cliniques pour appuyer la formation et la supervision des cliniciens qui aimeraient se former à cette méthode d'intervention. De plus, la présence de superviseurs cliniques régionaux permettrait sans doute une meilleure pérennité du modèle.

## PARTIE F – RÉFÉRENCES

- Baron, E. et Dickerson, M. (1994). Alcohol intake as a variable of impaired control of gambling: A preliminary investigation. *The National Association for Gambling Studies*, 23-35.
- Baugh, C. W., Avery, A. W. et Sheets-Haworth, K. L. (1982). Marital problem solving scale: A measure to assess relationship conflict negotiation ability. *Family therapy*, 43-51.
- Bergeron, J. (1994). La 5ième version de l'IGT (Rep. No. 2). Montréal, QC, Canada: Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec.
- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J. et Lasnier, B. (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *Journal of Gambling Studies*, 24(3), 393-409.
- Boivin, M.-D., Tremblay, J. et Leblanc, A. (2001). Les femmes conjointes de personnes toxicomanes: leur détresse psychologique et des avenues d'intervention. Québec, QC, Canada: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.
- Bouchard, G., Tremblay, J. et Sabourin, S. (2000) Mesure de stratégies d'adaptation: Validité et invariance factorielle en fonction du genre des répondants. *Science et comportement*, 28(2), 161-170.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dennis, M. L., Chan, Y. F. et Funk, R. R. (2006). Development and validation of the GAIN Short Screener (GSS) for internalizing, externalizing and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl 1), 80-91.
- Dickson-Swift, V. A., James, E. L. et Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13, 1-22.
- Dowling, N., Smith, D. et Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1), 29-44. doi: 10.1007/s11469-007-9126-0
- Downs, C. et Woolrych, R. (2010). Gambling and debt: The hidden impacts on family and work life. *Community, Work & Family*, 13(3), 311-328. doi: 10.1080/13668803.2010.488096
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Morgan, T., Cook, S. M., Kugler, G. et Ziedonis, D. (2007). Couples treatment for drug-dependent males: Preliminary efficacy of a stand alone outpatient model. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 6, 21-37.
- Ferland, F., Fournier, P.-M., Ladouceur, R., Brochu, P., Bouchard, M. et Pâquet, L. (2008). Consequences of pathological gambling on the gambler and his spouse. *Journal of Gambling Issues*, 22, 219-229.

- Furher, R. et Rouillon, F. (1989) La version française de l'échelle CES-D (Center for epidemiologic studies depression scale). Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. *Psychiatry & Psychobiology*, 4(3), 163-166.
- Goodwin, B. C., Browne, M., Rockloff, M. et Rose, J. (2017). A typical problem gambler affects six others. *International Gambling Studies*, 17(2), 276-289. doi:10.1080/14459795.2017.1331252
- Grant Kalischuk, R. (2010). Cocreating life pathways: Problem gambling and its impact on families. *The Family Journal*, 18(1), 7-17. doi: 10.1177/1066480709357898
- Grant Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K. et Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6(1), 31-60. doi: 10.1080/14459790600644176
- Hedden, S. L., Woolson, R. F. et Malcolm, R. J. (2006). Randomization in substance abuse clinical trials. *Substance Abuse Treatment Prevention Policy*, 1(6).
- Hodgins, D. C., Shead, N. W. et Makarchuk, K. (2007). Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 65-71. doi: 10.1097/01.nmd.0000252382.47434.a6
- Holdsworth, L., Nuske, E., Tiyce, M. et Hing, N. (2013). Impacts of gambling problems on partners: Partners' interpretations. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 3(11), 1-14. doi: 10.1186/2195-3007-3-11
- Kahler, C. W., McCrady, B. S. et Epstein, E. E. (2003). Sources of distress among women in treatment with their alcoholic partners. *Journal Substance Abuse Treatment*, 24(3), 257-265.
- Kairouz, S. et Nadeau, L. (2014). *Enquête ENHJEU-Québec Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal, QC: Université Concordia.
- Kessler, R. C. et Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnosis Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.
- Kourgiantaki, T., St-Jacques, M.-C. et Tremblay, J. (2013). Problem Gambling and Families: A Systematic Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13, 353. doi: 10.1080/1533256X.2013.838130
- Ladouceur, R. (2004). Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. *Addictive Behaviors*, 29, 555-565.
- Langham, E., Thorne, H., Browne, M., Donaldson, P., Rose, J. et Rockloff, M. (2016). Understanding gambling related harm: a proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health*, 16(1), 1-23. doi: 10.1186/s12889-016-2747-0

- Lee, B.K. et Awosoga, O. (2014). Congruence couple therapy for pathological gambling: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 1047-1068. doi: 10.1007/s10899-014-9464-3
- Lee, B.K. et Rovers, M. (2008). 'Bringing Torn Lives Together Again': Effects of the First Congruence Couple Therapy Training Application to Clients in Pathological Gambling. *International Gambling Studies*, 8, 113-129.
- Lorenz, V. C. et Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambler on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11(1), 67-76. doi: 10.1002/1520-6629
- Lorenz, V. C. et Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 113-125. National Gambling Impact Study Commission (1999). Final Report Washington, D.C., USA: National Gambling Impact Study Commission.
- McCrary, B.S., Epstein, E.E. et Hirsch, L.S. (1999). Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months. *Addiction*, 94(9), 1381-1396.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4ed)*. Paris, France: Armand Colin.
- Patford, J. (2009). For worse, for poorer and in ill health: How women experience, understand and respond to a partner's gambling problems. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 7(1), 177-189. doi: 10.1007/s11469-008-9173-1
- Prévile, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C. et Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de santé Québec. Québec, Canada : Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Productivity Commission. (1999). *Australia's gambling industries*, (Report No. 10) Canberra, Australia: AusInfo.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Sabourin, S., Valois, P. et Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological assessment*, 17(1), 15-27.
- Straus, M. A. et Douglas, E. M. (2004). A short form of the Revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims*, 19(5), 507-520.
- Steinberg, M. A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies*, 9, 153-167.
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N. et Truchon, A. (2004). Évaluation d'un protocole exploratoire d'intervention auprès de conjointes de joueurs pathologiques en traitement. Québec, Québec, Canada: Service de recherche du Centre de réadaptation

Ubaldo Villeneuve et du Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches.

- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., Saint-Jacques, M., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Côté, M. & Savard, A.-C. (2014). *Étude d'efficacité de la thérapie conjugale auprès de joueurs pathologiques*. Québec, QC: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., St-Jacques, M., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Savard, A.-C., Saint-Jacques, M., et Côté, M. (2018). The Experience of Couples in the Process of Treatment of Pathological Gambling: Couple vs. Individual Therapy, *Frontiers in psychology*. doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02344
- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., St-Jacques, M., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Martin, I. et Savard, A.-C. (2010). Échelle de stratégies favorisant les comportements de jeux de hasard et d'argent. Instrument non-publié.
- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., St-Jacques, M., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Martin, I. et Savard, A.-C. (2010). Échelle de stratégies facilitant l'arrêt des comportements de jeux de hasard et d'argent. Instrument non-publié.
- Tremblay, J., Ménard, J.-M. et Ferland, F. (2005). Manuel d'utilisation du DÉBAJeu. Détection du besoin d'aide - Jeux de hasard et d'argent. Version 1.1 Québec, QC: Service de recherche CRUV / ALTO.
- Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2003). DÉBA-A/D: Dépistage évaluation du besoin d'aide, alcool/drogues. Manuel d'utilisation. Québec, QC, Canada: Service de recherche CRUV / CRAT-CA.
- Tremblay, J., Savard, A.-C., Dufour, M., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Bertrand, K., Côté, M. et St-Jacques, M. (2015). Integrative couple treatment for pathological gambling/ICT-PG: Description of the therapeutic process. *Canadian Journal of Addiction*, 6(2), 54-61.
- Trudel, G., Poirier-Arbour, A., Harvey, P., Boyer, R., Villeneuve, V., Anderson, A. et al. (2008). Couple et jeu de hasard QC, Canada: Fonds de recherche sur la société et la culture.
- Wei, L. J. et Lachin, J. M. (1988). Properties of the urn randomization in clinical trials. *Control Clinical Trials*, 9, 345-364.
- Weiss, R. L. et Cerreto, M. (1980). The Marital Status Inventory: Development of a measure of dissolution potential. *The American Journal of Family Therapy*, 8, 80-86.



**ANNEXE : DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES**

## Questionnaires utilisés

Le tableau suivant énumère les concepts ciblés, les instruments sélectionnés pour évaluer chacun des concepts, le moment d'administration, l'utilisation des résultats de l'instrument à titre de variable de sélection des participants, de variable dépendante ou indépendante. Un résultat à un questionnaire peut servir à plusieurs fonctions (sélection, prédiction, variable indépendante ou dépendante). Par exemple, la satisfaction conjugale initiale peut servir de variable prédictive de l'évolution du jeu dans le temps et par la suite, être utilisée comme variable dépendante afin d'évaluer l'impact de la modalité de traitement.

**Tableau 1. Liste des variables et questionnaires utilisés**

		Instruments	Nombre items	Moment d'administration				VI/VD/Sélection
				Admission	Début chaque rencontre modalité conjugale	3 mois post-admission	9 et 18 mois post-admission	
<b>JHA</b>	1. Fréquence de jeux et argent perdu	Tableaux de types et fréquences de jeux	12	X		X	X	VD
	2. Diagnostic de jeu pathologique	WMH-CIDI – module du jeu pathologique (OMS; Traduit et adapté pour le DSM-5 par Gagnon, Tremblay, Ménard, Ferland, B-Martin et Berthelot, 2007)	47	X				
	3. Sévérité du jeu chez le joueur	Indice de sévérité des problèmes de jeu de l'Indice Canadien du jeu excessif (ICJE) (Ferris et Wynne, 2001)	12	X		X	X	S/VI/VD
		Détection du besoin d'aide – Jeu / DÉBA-Jeu (Tremblay, Ménard et Ferland, 2005)	8	X		X	X	S/VI/VD
		<i>Gambling Symptom Assessment Scale</i> – G-SAS (Kim, Grant, Adson et Shin, 2001)	13	X	X	X	X	VI/VD
	4. Perte de contrôle	<i>Impaired control over gambling</i> – ICOG (Baron et Dickerson, 1994, traduit par Dufour)	10	X		X	X	VI/VD
	5. Pensées erronées	Inventaire des croyances liées aux jeux – ICROLJ (Ladouceur, 2004)	30	X		X	X	VI/VD
	6. Conséquences du jeu	Liste des conséquences du jeu dans les différentes sphères de vie des deux membres du couple, tel que mesuré par les items de la sphère « Jeu » de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (Bergeron, 1994; Boivin, Tremblay et Leblanc, 2001).	10	X		X	X	VD
7. Satisfaction liée au jeu	Échelle sur le niveau de satisfaction liée au jeu (Dufour et al.)	8	X		X	X	VD	
8. Amélioration	<i>Global Improvement-Rate</i> (Guy, 1976) traduit par Tremblay et collègues	1		X	X	X	VD	
<b>Bien-être couple</b>	9. Satisfaction conjugale	Échelle d'ajustement dyadique – DAS-4 (Sabourin, Valois et Lussier, 2005)	4	X	X	X	X	VI/VD
	10. Stabilité conjugale	<i>Marital Status Inventory</i> (Weiss et Cerreto, 1980) traduit par Sabourin et collègues.	5	X		X	X	VI/VD

		Instruments	Nombre items	Moment d'administration				VI/VD/Sélection	
				Admission	Début chaque rencontre modularité conjugale	3 mois post-admission	9 et 18 mois post-admission		
	11. Violence conjugale	<i>Conflict Tactics Scale – 2</i> (short form) (Straus et Douglas, 2004) traduite par Lussier et collègues.	25	X		X	X	S/VI/VD	
<b>Bien-être individu</b>	12. Bien-être psychologique	<i>The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (CES-D) (Radloff, L.S., 1977)	20	X		X	X	VI/VD	
	13. Détresse psychologique	Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec – IDPESQ-29/ IDPESQ-14 (Préville, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré, 1992)	29/14	X 29	X 14	X 29	X 29	VI/VD	
	14. Troubles de santé mentale	Histoire récente de consultation psychiatrique et de prise de médication mesurée par les items de la sphère « État psychologique » de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (Bergeron, Landry, Brochu, et Guyon, 1998)	13	X					S
		Échelle d'autoévaluation du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte (OMS, 2007)	6	X					S
	15. Consommation de substances	Dépistage et évaluation du besoin d'aide – DÉBA-A/D (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2003)	24/28	X		X	X		S/VI
<b>Processus et compétences ciblées par la TCI-JP</b>	16. Qualité de la communication	<i>Interpersonal Communication Skills Inventory</i> , Boyd et Roach, 1977), traduit par Tremblay et collègues.	17	X		X	X	VI	
	17. Habilité à la négociation et résolution de conflits conjugaux	<i>Marital Problem Solving Scale</i> (MPSS) (Baugh, Avery et Sheets-Haworth, 1982; Traduction de Tremblay, Pelletier et Savard, 2010)	9	X		X	X	VI	
	18. Stratégie d'adaptation face aux comportements du joueur	<i>Ways of Coping Scale</i> , version abrégée (Folkman et Lazarus, 1988, Traduction de Mishara, 1987; Version abrégée : Bouchard, Tremblay et Sabourin, 2000)	21	X		X	X	VI	
	19. Soutien conjugal	Questionnaire sur le soutien conjugal (Brassard et Lussier, 2004)	8	X		X	X	VI/VD	
<b>Processus thérapeutique</b>	20. Alliance thérapeutique	<i>Working Alliance Inventory</i> (WAI) (Horvath et Greenberg, 1989 traduit par Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard, 2004)	12			X		VI	
<b>Autres services cliniques reçus</b>		Révision de dossier / questionnaire développé pour la recherche	-			X	X	VI	
<b>Nombre total d'items par temps de mesure :</b>			<b>394</b>	<b>391</b>	<b>21</b>	<b>349</b>	<b>362</b>		

## Description des motifs d'exclusion des couples non admis

Les couples évalués mais non admis, l'ont été pour les motifs suivants :

- Trois couples pour difficultés avec la consommation de drogues chez le joueur (DÉBA/drogues, Échelle de sévérité de la dépendance  $\geq 6$ ; Tremblay, Rouillard et Sirois, 2003);
- Un couple pour difficultés avec la consommation d'alcool chez le joueur (DÉBA/Alcool, Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool  $\geq 20$ ; Tremblay, Rouillard et Sirois, 2003);
- Quatre couples dont les partenaires avaient un faible degré d'engagement envers leur couple (Marital Status Inventory  $\geq 8$ ; Weiss et Cerreto, 1980);
- Un couple chez qui la partenaire avait fait une tentative de suicide au cours des 30 jours précédents l'entrevue;
- Un couple dont la joueuse avait été hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide, et ce, deux semaines précédant l'entrevue d'admission;
- Trois couples pour présence de violence importante au sein du couple (tel que mesuré par le Conflict Tactics Scales-2 (Strauss et Douglas, 2004), deux joueurs ne rencontraient pas les critères diagnostiques associés au jeu pathologique;
- Un couple en raison des habitudes problématiques de JHA chez la partenaire (DÉBA-Jeu-8  $\geq 11$ ; Tremblay, Blanchette- Martin, Ferland, Ménard et Berthelot, 2013) et diagnostic de Trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent au WHM-CIDI (Kessler et Üstün, 2004) tel qu'adapté pour le DSM-5 par notre équipe;
- Un couple n'a pas été admis puisque leur durée de vie commune était inférieure à un an;
- Un couple a refusé l'orientation initiale obtenue au hasard et s'est donc retiré de la recherche.

Dans toutes ces situations, le couple avait déjà accès aux services du CRD concerné.

**Tableau 2. Données sociodémographiques en fonction du traitement**

	Individuel ( <i>n</i> = 36 couples)		Conjugal ( <i>n</i> = 44 couples)	
	Joueurs <i>n</i> (%)	Partenaires <i>n</i> (%)	Joueurs <i>n</i> (%)	Partenaires <i>n</i> (%)
Sexe				
Homme	29 (85,3)	6 (16,7)	31 (70,5)	13 (29,5)
Âge				
20-29 ans	8 (22,2)	13 (36,1)	10 (22,7)	9 (20,5)
30-39 ans	10 (27,8)	5 (13,9)	10 (22,7)	10 (22,7)
40-49 ans	9 (25,2)	9 (25,2)	12 (27,2)	13 (29,5)
50-59 ans	6 (16,6)	6 (16,6)	7 (15,9)	8 (18,2)
60 ans et plus	3 (8,3)	3 (8,3)	5 (11,4)	4 (9,1)
Revenu perso. annuel				
25 000\$ et moins	10 (27,8)	13 (36,1)	14 (31,8)	15 (34,1)
25 001\$ – 60 000\$	17 (47,3)	17 (47,2)	19 (43,2)	20 (45,5)
60 001\$ – 100 000\$	8 (22,2)	4 (11,1)	9 (20,5)	7 (15,9)
100 001\$ et plus	-	-	1 (2,3)	2 (4,5)
Manquant	1 (2,8)	2 (5,6)	1 (2,3)	-
	Couples (tel que rapporté par le joueur)			
	Individuel <i>n</i> (%)		Conjugal <i>n</i> (%)	
Revenu conjugal annuel				
25 000\$ et moins	5 (13,9)		3 (6,8)	
25 001\$ – 60 000\$	12 (33,3)		16 (36,4)	
60 001\$ – 100 000\$	13 (36,1)		13 (29,5)	
100 001\$ et plus	5 (13,9)		11 (25,0)	
Manquant	1 (2,8)		1 (2,3)	

**Tableau 3. Critères de distribution au hasard**

	Individuel <i>n</i> (%)	Conjugal <i>n</i> (%)	<i>p</i>
Sexe			
Homme	29 (80,6)	31 (70,5)	n.s.
Femme	7 (19,4)	13 (29,5)	
Santé mentale <sup>1</sup>			
Avec trouble potentiel	28 (77,8)	32 (72,7)	n.s.
Sans trouble potentiel	8 (22,2)	12 (27,3)	
JHA partenaire <sup>2</sup>			
Feu jaune	0 (0)	3 (6,8)	n.s.
Fer vert	36 (100)	41 (93,2)	
Conso. Alcool : Joueur <sup>3</sup>			
Feu jaune	6 (16,7)	9 (20,5)	n.s.
Feu vert	30 (83,3)	35 (79,5)	

Note. Les tests de différences entre les deux groupes sont faits à l'aide du  $\chi^2$

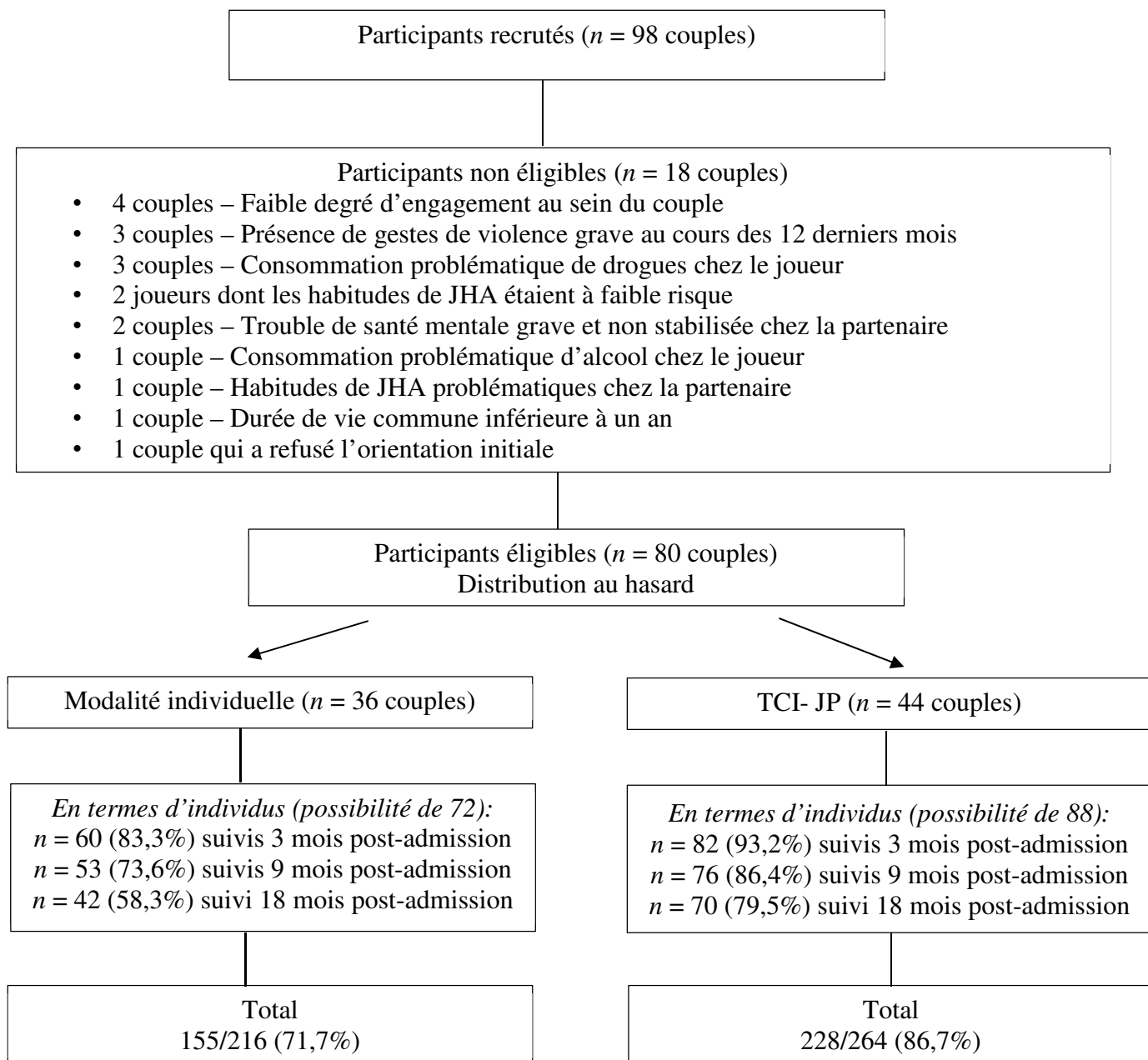
- Présence d'un trouble de santé mentale significatif chez le joueur tel qu'indiqué par la présence d'un critère ou plus parmi les échelles suivantes : *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* – CESD, 1989  $\geq 16$ ; Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec, IDPESQ – 29, Boyer, Prévaille, Légaré et Valois, 1993,  $\geq 85^e$  percentile en fonction du sexe et de l'âge; Échelle d'autoévaluation du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte, TDAH (OMS, 2007)  $\geq 4$ , Version française traduite par Lafleur; le dépistage d'un trouble de la personnalité à l'aide du *Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale* – SAPAS, Moran *et al.* 2003  $\geq 3$ ; Échelle de comportements antisociaux positifs, BCS/CDS, tirée du GAIN-I, Chesnult Health System, 2006, cotes se situant entre 3 et 8. Si cote de 9 et +, exclusion du projet.
- Habitudes de JHA à risque chez la partenaire (DÉBA-Jeu-8), présence d'activités de JHA depuis trois mois et cote se situant entre 6 et 10.
- Consommation d'alcool ou de drogues à risque chez le joueur (DÉBA-A/D). Pour les drogues, consommation d'une drogue à tous les mois, ou à toutes les semaines pour le cannabis. Pour l'alcool, 16 consommations standards et plus par semaine pour les hommes et 11 et plus / semaine pour les femmes ou, 12+ épisodes de consommation plus forte par année (femme – 4 consommations standards et plus en une occasion; homme – 5 consommations standards et plus en une occasion).

**Tableau 4. Taux de suivi (calculé par individu)**

	Modalité habituelle ( <i>n</i> = 72 individus) <i>n</i> (%)	Modalité conjugale ( <i>n</i> = 88 individus) <i>n</i> (%)	Total ( <i>n</i> = 160) <i>n</i> (%)
Aucun suivi de complété	8 (11,1)	6 (6,8)	14 (8,8)
1 suivi de complété	8 (11,1)	2 (2,3)	10 (6,3)
2 suivis de complétés	21 (29,2)	14 (15,9)	35 (21,9)
3 suivis de complétés	35 (48,6)	66 (75,0)	101 (63,1)**

P<0,001\*\*\*; P<0,01\*\*; P<0,05\* (Khi-deux)

Figure 1. Charte de distribution



**Tableau 5. Éléments du TCI-JP abordés par les thérapeutes**

Éléments abordés	Nombre de fois que l'élément a été abordé	Nombre de thérapeutes ayant abordé ce thème
	<i>M</i> (É-T)	( <i>n</i> = 37)
Renforcement mutuel	4,26 (2,26)	33 (89,2%)
Habilité à la communication	6,09 (3,35)	33 (89,2%)
Habilité résolution de conflits	2,82 (2,91)	28 (75,7%)
Stratégies de la partenaire favorisant arrêt JHA	2,26 (1,81)	27 (73,0%)
Stratégies de la partenaire favorisant JHA	0,88 (1,15)	17 (46,0%)



**Tableau 6. Résultats efficacité joueurs**

Questionnaires	Admission T1		Post-adm. 3 mois T2		Post-adm. 9 mois T3		Post-adm. 18 mois T4		Groupe différences	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	
<b>JHA</b>										
\$\$ JHA. 3 der. mois (avec lot.)										
Individuelle	4244,70 <sup>abc</sup>	534,75	825,71 <sup>a</sup>	582,02	390,14 <sup>b</sup>	620,98	446,57 <sup>c</sup>	681,53	1651,29	0,9842
TCI-JP	4587,87 <sup>abc</sup>	483,66	452,53 <sup>a</sup>	500,54	351,49 <sup>b</sup>	517,16	1062,09 <sup>c</sup>	535,53	1656,93	
\$\$ JHA. 3 der. mois (sans lot.)										
Individuelle	4115,55 <sup>abc</sup>	534,92	804,36 <sup>a</sup>	582,13	303,44 <sup>b</sup>	621,02	349,64 <sup>c</sup>	681,50	1566,73	0,9143
TCI-JP	4471,16 <sup>abc</sup>	483,82	423,89 <sup>a</sup>	500,69	287,96 <sup>b</sup>	517,27	1036,79 <sup>c</sup>	535,57	1597,24	
Fréquence JHA problématique										
Individuelle	3,56 <sup>abc</sup>	0,16	2,20 <sup>a</sup>	0,20	2,37 <sup>b</sup>	0,22	2,73 <sup>c</sup>	0,24	2,71	0,0481*
TCI-JP	3,66 <sup>abc</sup>	0,15	2,14 <sup>a</sup>	0,19	1,68 <sup>*b</sup>	0,21	2,17 <sup>c</sup>	0,20	2,41	
Prop. perso./ALV (3 der. mois)										
Individuelle	0,34 <sup>abc</sup>	0,06	0,06 <sup>a</sup>	0,06	0,03 <sup>b</sup>	0,06	0,08 <sup>c</sup>	0,07	0,15	0,7872
TCI-JP	0,36 <sup>abc</sup>	0,05	0,10 <sup>a</sup>	0,05	0,01 <sup>b</sup>	0,05	0,13 <sup>c</sup>	0,05	0,17	
Prop. perso./all JHA (3 der. mois)										
Individuelle	0,57 <sup>abc</sup>	0,06	0,09 <sup>a</sup>	0,07	0,05 <sup>b</sup>	0,07	0,05 <sup>c</sup>	0,08	0,23	0,7875
TCI-JP	0,58 <sup>abc</sup>	0,06	0,13 <sup>a</sup>	0,06	0,05 <sup>b</sup>	0,06	0,14 <sup>c</sup>	0,07	0,24	
Prop. conj./ALV (3 der. mois)										
Individuelle	0,18 <sup>abc</sup>	0,03	0,03 <sup>a</sup>	0,03	0,02 <sup>b</sup>	0,03	0,05 <sup>c</sup>	0,04	0,08	0,8909
TCI-JP	0,19 <sup>abc</sup>	0,03	0,05 <sup>a</sup>	0,03	0,01 <sup>b</sup>	0,03	0,06 <sup>c</sup>	0,03	0,08	
Prop. conj./all JHA (3 der. mois)										
Individuelle	0,33 <sup>abc</sup>	0,04	0,03 <sup>a</sup>	0,04	0,02 <sup>b</sup>	0,04	0,02 <sup>c</sup>	0,05	0,12	0,8104
TCI-JP	0,31 <sup>abc</sup>	0,03	0,07 <sup>a</sup>	0,03	0,03 <sup>b</sup>	0,04	0,08 <sup>c</sup>	0,04	0,13	
G-SAS										
Individuelle	16,66 <sup>abc</sup>	1,20	12,39 <sup>a</sup>	1,31	11,08 <sup>b</sup>	1,44	10,80 <sup>c</sup>	1,53	13,17	0,0001****
TCI-JP	18,52 <sup>abc</sup>	1,08	6,85 <sup>***a</sup>	1,14	4,30 <sup>***b</sup>	1,17	4,01 <sup>***c</sup>	1,21	8,77	
G-SAS (nbr joué/dern. sem.)										
Individuelle	1,06	0,29	0,57	0,31	0,46	0,34	1,32	0,35	0,85	0,0653
TCI-JP	1,95 <sup>*abc</sup>	0,27	0,11 <sup>a</sup>	0,28	0,01 <sup>b</sup>	0,28	0,24 <sup>*c</sup>	0,29	0,60	
G-SAS (hrs joué/dern. sem.)										
Individuelle	2,19	0,86	3,39	0,94	0,95	1,03	1,53	1,06	1,64	0,5070
TCI-JP	3,47 <sup>abc</sup>	0,76	0,00 <sup>***a</sup>	0,00	0,01 <sup>b</sup>	0,82	0,00 <sup>c</sup>	0,00	1,19	
G-SAS (\$\$\$ joué/dern. sem.)										





	Admission		Post-adm. 3 mois		Post-adm. 9 mois		Post-adm. 18 mois		Groupe différences	<i>p</i>
	T1		T2		T3		T4			
Questionnaires	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	
Individuelle	0,41	0,08	0,41	0,08	0,41	0,09	0,54	0,09	0,44	0,3302
TCI-JP	0,46	0,07	0,31	0,07	0,33	0,07	0,36	0,08	0,37	
DEBA-Drogues (freq. cocaïne)										
Individuelle	0,22	0,06	0,12	0,07	0,11	0,07	0,09	0,08	0,14	0,9300
TCI-JP	0,21	0,05	0,17	0,06	0,09	0,06	0,12	0,06	0,15	
DEBA-Drogues (freq. speed)										
Individuelle	0,13	0,06	0,13	0,06	0,09	0,07	0,28	0,08	0,15	0,1786
TCI-JP	0,13	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,08*	0,06	0,08	
DEBA-Drogues (ESD)										
Individuelle	0,43	0,17	0,21	0,18	0,14	0,18	0,69	0,22	0,35	0,8014
TCI-JP	0,43	0,15	0,19	0,16	0,29	0,17	0,34	0,17	0,31	
CTS (viol. physique émise)										
Individuelle	1,29	0,56	1,68	0,62	0,53	0,66	0,63	0,75	1,09	0,5889
TCI-JP	1,73 <sup>a</sup>	0,52	1,16	0,53	0,44	0,55	0,00 <sup>a</sup>	0,00	0,90	
CTS (viol. psycho. émise)										
Individuelle	25,48 <sup>abc</sup>	2,29	13,92 <sup>a</sup>	2,51	11,48 <sup>b</sup>	2,69	11,44 <sup>c</sup>	3,05	16,82	0,3532
TCI-JP	22,70 <sup>abc</sup>	2,07	14,90 <sup>a</sup>	2,15	10,46 <sup>b</sup>	2,22	9,49 <sup>c</sup>	2,42	14,92	
CTS (viol. physique subie)										
Individuelle	1,21	0,42	1,34	0,38	1,55	0,46	1,68	0,40	1,07	0,9203
TCI-JP	0,47	0,49	0,82 <sup>a</sup>	0,42	0,87	0,56	0,38 <sup>a</sup>	0,45	1,10	
CTS (viol. psycho. subie)										
Individuelle	19,17 <sup>a</sup>	1,95	14,16	2,12	12,46 <sup>a</sup>	2,32	14,52	2,58	15,54	0,1438
TCI-JP	19,64 <sup>abc</sup>	1,78	13,38 <sup>ad</sup>	1,84	8,65 <sup>b</sup>	1,94	7,96 <sup>*cd</sup>	2,05	12,95	

P<0.0001\*\*\*\*; P<0.001\*\*\*; P<0.01\*\*; P<0.05\*

Tableau 7. Résultats efficacité partenaires

Questionnaires	Admission T1		Post-adm. 3 mois T2		Post-adm. 9 mois T3		Post-adm. 18 mois T4		Groupe différences M	Sig.
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
<b>JHA</b>										
DEBA-Jeu										
Individuelle	0,20	0,14	0,17	0,15	0,18	0,15	0,28	0,17	0,20	0,3857
TCI-JP	0,51 <sup>ab</sup>	0,12	0,04 <sup>ac</sup>	0,13	0,57 <sup>cd</sup>	0,13	0,15 <sup>bd</sup>	0,14	0,33	
ICROLJ										
Individuelle	41,05 <sup>ab</sup>	1,08	43,22 <sup>a</sup>	1,12	42,84 <sup>bc</sup>	1,13	41,08 <sup>c</sup>	1,19	41,98	0,0032**
TCI-JP	40,74 <sup>abc</sup>	0,98	35,03 <sup>****ade</sup>	0,99	37,12 <sup>***bd</sup>	1,01	37,38 <sup>*ce</sup>	1,02	37,78	
Conséquences négatives										
Individuelle	17,77 <sup>abc</sup>	0,72	9,38 <sup>ade</sup>	0,76	5,13 <sup>bd</sup>	0,79	6,59 <sup>ce</sup>	0,89	11,27	0,2960
TCI-JP	17,65 <sup>abc</sup>	0,65	8,57 <sup>ade</sup>	0,67	5,30 <sup>bd</sup>	0,68	5,89 <sup>ce</sup>	0,74	10,25	
Amélioration globale du jeu										
Individuelle	N.A.	N.A.	5,25 <sup>a</sup>	0,17	5,92 <sup>a</sup>	0,18	5,04	0,20	5,46	0,0004***
TCI-JP			6,41 <sup>****a</sup>	0,15	6,21	0,15	6,03 <sup>***a</sup>	0,16	6,25	
<b>Éléments conjugaux</b>										
DAS-4										
Individuelle	11,29 <sup>abc</sup>	0,35	13,28 <sup>ad</sup>	0,37	14,76 <sup>bde</sup>	0,38	12,38 <sup>ce</sup>	0,41	12,74	0,0016**
TCI-JP	11,67 <sup>abc</sup>	0,32	15,42 <sup>****a</sup>	0,32	15,35 <sup>b</sup>	0,34	15,05 <sup>****c</sup>	0,35	14,16	
MSI										
Individuelle	4,10 <sup>abc</sup>	0,26	3,59 <sup>ad</sup>	0,27	2,15 <sup>bde</sup>	0,28	3,33 <sup>ce</sup>	0,31	3,42	0,0532*
TCI-JP	4,14 <sup>abc</sup>	0,23	2,19 <sup>***a</sup>	0,24	2,26 <sup>b</sup>	0,24	2,17 <sup>**c</sup>	0,25	2,81	
Soutien conjugal										
Individuelle	29,90 <sup>ab</sup>	0,51	29,46 <sup>cd</sup>	0,53	31,09 <sup>ac</sup>	0,54	30,99 <sup>bd</sup>	0,58	30,21	0,1851
TCI-JP	29,93 <sup>abc</sup>	0,46	32,05 <sup>***ad</sup>	0,47	30,83 <sup>bde</sup>	0,47	31,85 <sup>ce</sup>	0,49	31,05	
MPSS										
Individuelle	43,53 <sup>abc</sup>	0,74	47,02 <sup>ade</sup>	0,77	48,62 <sup>bd</sup>	0,80	48,54 <sup>ce</sup>	0,88	46,28	0,3810
TCI-JP	44,14 <sup>abc</sup>	0,67	48,58 <sup>a</sup>	0,68	47,90 <sup>b</sup>	0,69	48,75 <sup>c</sup>	0,73	47,06	
Communication (soi-même)										
Individuelle	36,99 <sup>abc</sup>	0,58	38,45 <sup>a</sup>	0,61	38,42 <sup>b</sup>	0,62	39,24 <sup>c</sup>	0,67	37,99	0,3051
TCI-JP	37,39 <sup>abc</sup>	0,53	38,69 <sup>ade</sup>	0,54	39,73 <sup>bd</sup>	0,54	39,82 <sup>ce</sup>	0,57	38,74	
Communication (du conjoint)										
Individuelle	28,76 <sup>abc</sup>	0,80	31,36 <sup>a</sup>	0,82	32,50 <sup>b</sup>	0,84	32,43 <sup>c</sup>	0,90	30,84	0,0409*
TCI-JP	28,69 <sup>abc</sup>	0,72	35,22 <sup>***a</sup>	0,73	34,65 <sup>b</sup>	0,75	35,15 <sup>*c</sup>	0,78	32,93	

## Éléments personnels

Éléments personnels										
CES-D										
Individuelle	15,67 <sup>abc</sup>	0,85	11,63 <sup>a</sup>	0,89	12,46 <sup>b</sup>	0,92	11,81 <sup>c</sup>	0,99	13,32	0,0273*
TCI-JP	16,71 <sup>abc</sup>	0,76	8,81 <sup>*a</sup>	0,78	8,37 <sup>***b</sup>	0,79	8,07 <sup>***c</sup>	0,82	11,02	
IDPESQ										
Individuelle	22,38 <sup>abc</sup>	1,08	16,40 <sup>a</sup>	1,13	17,03 <sup>b</sup>	1,16	16,96 <sup>c</sup>	1,25	18,84	0,0480*
TCI-JP	23,75 <sup>abc</sup>	0,97	12,76 <sup>*a</sup>	0,99	11,94 <sup>***b</sup>	1,01	13,45 <sup>*c</sup>	1,04	16,13	
Coping - Score total										
Individuelle	19,04 <sup>abc</sup>	1,18	12,82 <sup>a</sup>	1,24	10,82 <sup>bd</sup>	1,27	14,02 <sup>cd</sup>	1,42	14,95	0,5002
TCI-JP	18,85 <sup>abc</sup>	1,08	17,53 <sup>***ade</sup>	1,10	12,18 <sup>bd</sup>	1,12	12,60 <sup>ce</sup>	1,23	15,93	
Coping – Recherche soutien social										
Individuelle	4,84 <sup>abc</sup>	0,42	3,50 <sup>ad</sup>	0,44	1,80 <sup>bd</sup>	0,45	2,61 <sup>c</sup>	0,51	3,51	0,0510*
TCI-JP	4,92 <sup>abc</sup>	0,38	5,87 <sup>***ade</sup>	0,39	3,27 <sup>*bd</sup>	0,40	3,05 <sup>ce</sup>	0,44	4,49	
Coping – Rééval pos/Résol de probl										
Individuelle	8,50 <sup>ab</sup>	0,67	6,02 <sup>ac</sup>	0,70	5,63 <sup>bd</sup>	0,71	8,11 <sup>cd</sup>	0,80	7,17	0,4080
TCI-JP	8,54 <sup>ab</sup>	0,61	8,71 <sup>**cd</sup>	0,62	6,40 <sup>ac</sup>	0,63	7,10 <sup>bd</sup>	0,70	7,85	
Coping – Distanciation/Évitement										
Individuelle	5,69 <sup>abc</sup>	0,34	3,30 <sup>a</sup>	0,36	3,39 <sup>b</sup>	0,36	3,30 <sup>c</sup>	0,42	4,24	0,1077
TCI-JP	5,38 <sup>abc</sup>	0,31	2,95 <sup>a</sup>	0,32	2,50 <sup>b</sup>	0,32	2,48 <sup>c</sup>	0,36	3,58	
DEBA-Alcool (nbr. conso./sem)										
Individuelle	3,89	0,44	3,87	0,45	3,69	0,46	3,47	0,49	3,78	0,8020
TCI-JP	4,04 <sup>a</sup>	0,40	3,98	0,40	4,08 <sup>b</sup>	0,41	3,40 <sup>ab</sup>	0,42	3,91	
DEBA-Alcool (binge)										
Individuelle	2,43 <sup>a</sup>	1,14	2,74	1,21	5,01 <sup>a</sup>	1,24	3,78	1,36	3,29	0,9550
TCI-JP	2,89 <sup>a</sup>	1,02	2,90 <sup>b</sup>	1,06	4,90 <sup>abc</sup>	1,07	2,06 <sup>c</sup>	1,14	3,22	
DEBA-Alcool (QBDA)										
Individuelle	0,54 <sup>ab</sup>	0,08	0,35 <sup>ac</sup>	0,08	0,14 <sup>bcd</sup>	0,09	0,37 <sup>d</sup>	0,10	0,37	0,6075
TCI-JP	0,48 <sup>a</sup>	0,07	0,47 <sup>b</sup>	0,07	0,46 <sup>**c</sup>	0,07	0,17 <sup>abc</sup>	0,08	0,41	
DEBA-Drogues (freq. cannabis)										
Individuelle	0,22 <sup>ab</sup>	0,06	0,32 <sup>a</sup>	0,06	0,29	0,06	0,35 <sup>b</sup>	0,07	0,28	0,5998
TCI-JP	0,24	0,05	0,29	0,05	0,21	0,06	0,21	0,06	0,24	
DEBA-Drogues (freq. cocaïne)										
Individuelle	0,06 <sup>a</sup>	0,02	0,04	0,02	0,06 <sup>b</sup>	0,02	0,01 <sup>ab</sup>	0,02	0,05	0,7054
TCI-JP	0,04 <sup>a</sup>	0,01	0,04 <sup>b</sup>	0,01	0,07	0,02	0,10 <sup>***ab</sup>	0,02	0,06	
DEBA-Drogues (freq. speed)										
Individuelle	0,06 <sup>ab</sup>	0,03	0,05 <sup>cd</sup>	0,03	0,20 <sup>ac</sup>	0,03	0,19 <sup>bd</sup>	0,03	0,11	0,1398
TCI-JP	0,06	0,03	0,06	0,03	0,06 <sup>***</sup>	0,03	0,06 <sup>**</sup>	0,03	0,06	

DEBA-Drogues (ESD)										
Individuelle	0,08 <sup>a</sup>	0,03	0,07 <sup>b</sup>	0,03	0,08 <sup>c</sup>	0,03	0,18 <sup>abc</sup>	0,04	0,10	0,6818
TCI-JP	0,08 <sup>a</sup>	0,02	0,06 <sup>b</sup>	0,03	0,05 <sup>c</sup>	0,03	0,17 <sup>abc</sup>	0,03	0,09	
CTS (viol. physique émise)										
Individuelle	2,27 <sup>ab</sup>	0,35	2,25 <sup>cd</sup>	0,37	0,76 <sup>ac</sup>	0,38	0,71 <sup>bd</sup>	0,41	1,72	0,3854
TCI-JP	1,90 <sup>ab</sup>	0,32	1,64 <sup>cd</sup>	0,32	0,76 <sup>ac</sup>	0,33	0,80 <sup>bd</sup>	0,34	1,35	
CTS (viol. psychologique émise)										
Individuelle	24,28 <sup>abc</sup>	1,68	21,16 <sup>ade</sup>	1,76	16,52 <sup>bd</sup>	1,82	13,36 <sup>ce</sup>	1,94	20,20	0,2918
TCI-JP	24,72 <sup>abc</sup>	1,54	19,62 <sup>ade</sup>	1,57	12,50 <sup>bd</sup>	1,59	11,09 <sup>ce</sup>	1,67	17,99	
CTS (viol. physique subie)										
Individuelle	1,69 <sup>a</sup>	0,35	1,71 <sup>b</sup>	0,36	0,79 <sup>abc</sup>	0,38	1,56 <sup>c</sup>	0,40	1,49	0,3305
TCI-JP	1,42 <sup>a</sup>	0,31	1,23 <sup>b</sup>	0,32	0,94	0,32	0,46 <sup>*ab</sup>	0,34	1,08	
CTS (viol. psychologique subie)										
Individuelle	23,44 <sup>abc</sup>	1,53	18,36 <sup>ad</sup>	1,61	15,23 <sup>bd</sup>	1,66	17,00 <sup>c</sup>	1,81	19,39	0,1848
TCI-JP	21,50 <sup>abc</sup>	1,40	17,44 <sup>ade</sup>	1,43	14,91 <sup>bd</sup>	1,46	11,09 <sup>**cef</sup>	1,54	16,92	

P<0.0001\*\*\*\*; P<0.001\*\*\*; P<0.01\*\*; P<0.05\*

**Tableau 8. Analyses de régression multiples de type hiérarchique – Prédiction de la sévérité du jeu 3 mois post-admission (G-SAS) à partir des variables relationnelles**

Facteur prédictif	B	$\beta$	$\Delta R^2$ ajusté
1 <sup>re</sup> étape			
G-SAS à l'admission	0,391	0,529*****	0,222*****
2 <sup>e</sup> étape			
Orientation du couple	-4,307	-0,258**	0,087**
3 <sup>e</sup> étape – Variables conjugales mesurées à l'admission			
DAS-4_Joueur	0,045	0,222	
DAS-4_Partenaire	0,115	0,053	
MSI_Joueur	-0,286	-0,066	
MSI_Partenaire	0,439	0,145	
Communication_Joueur	0,092	0,104	
Communication_Partenaire	0,001	0,001	
Soutien conjugal_Joueur	-0,573	-0,385**	
Soutien conjugal_Partenaire	0,115	0,076	
MPSS_Joueur	-0,134	-0,179	
MPSS_Partenaire	0,056	0,064	
			0,149*
Constante = 16,40			
Modèle entier			0,458*****

P<0.0001\*\*\*\*; P<0.001\*\*\*; P<0.01\*\*; P<0.05\*

Note. G-SAS = *Gambling Symptom Assessment Scale*; DAS-4 = *Dyadic Adjustment Scale – 4 items*; MSI = *Marital Status Inventory*; Communication = *Interpersonal Communication Skills Inventory*; MPSS = *Marital Problem Solving Scale*.



**Tableau 9. Analyses de régression multiples de type hiérarchique – Prédiction de la sévérité des conséquences du jeu telles que rapportées à 3 mois post-admission par les joueurs**

Facteur prédictif	B	$\beta$	$\Delta R^2$ ajusté
1 <sup>re</sup> étape			
Conséquences rapportées par le joueur (admission)	0,400	0,408**	
			0,179****
2 <sup>e</sup> étape			
Orientation du couple	-0,164	-0,009	
			-0,003
3 <sup>e</sup> étape – Variables conjugales mesurées à l'admission			
DAS-4_joueur	0,336	0,152	
DAS-4_partenaire	-0,751	-0,337*	
MSI_joueur	0,041	0,009	
MSI_partenaire	-0,366	-0,117	
Communication_joueur	-0,208	-0,225	
Communication_partenaire	-0,200	-0,171	
Soutien conjugal_joueur	-0,191	-0,123	
Soutien conjugal_partenaire	0,260	0,168	
MPSS_joueur	-0,182	-0,234	
MPSS_partenaire	0,143	0,157	
			0,147*
Constante = 20,887			
Modèle entier			0,323****

P<0.0001 \*\*\*\*\*, P<0.001\*\*\*, P<0.01\*\*, P<0.05\*

Note. G-SAS = *Gambling Symptom Assessment Scale*; DAS-4 = *Dyadic Adjustment Scale – 4 items*; MSI = *Marital Status Inventory*; Communication = *Interpersonal Communication Skills Inventory*; MPSS = *Marital Problem Solving Scale*.