

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**IDENTIFICATION DES STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR LES
MEMBRES DE L'ENTOURAGE AYANT UN PROCHE QUI PRÉSENTE UN USAGE
PROBLÉMATIQUE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, DES JEUX DE HASARD
ET D'ARGENT OU DES ÉCRANS : UNE ÉTUDE DE LA PORTÉE**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
KIM HARDY**

JANVIER 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Joël Tremblay, Ph. D.

Directeur de recherche

Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc.

Codirectrice de recherche

Comité d'évaluation :

Joël Tremblay, Ph. D

Directeur de recherche

Chantal Plourde, Ph. D.

Évaluatrice

Karine Gaudreault, Ph. D.

Évaluatrice

Ce mémoire est rédigé sous forme d'article scientifique tel qu'il est stipulé dans les règlements des études aux cycles supérieurs (Article 353) de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

L'article a été rédigé selon les normes de publication de la revue *BMC Psychiatry*. Les noms du directeur et des co-directrices apparaîtront donc comme co-auteurs de l'article à soumettre pour publication. Les conditions de publication se retrouvent en appendice du présent document. Il est à noter que l'article sera publié en anglais.

Sommaire

La qualité de vie des membres de l'entourage (ME) d'une personne ayant un usage problématique de substances psychoactives (SPA), de jeux de hasard et d'argent (JHA) ou d'écrans est affectée par les nombreuses conséquences de cet usage dans divers aspects de leur vie. Ils subissent un stress important, vivent des tensions au sein de la famille et doivent assumer des responsabilités accrues. Par conséquent, les ME mettent en place une série de stratégies d'adaptation afin de faire face aux comportements de leur proche et de préserver leur bien-être. Encore à ce jour, malgré l'influence que peuvent avoir les ME via l'utilisation de différentes stratégies d'adaptation, peu d'informations existent sur la façon dont les ME transigent avec les comportements de l'usage problématique de leur proche. De plus, les questionnaires actuels ne couvrent pas l'ensemble des stratégies d'adaptation des ME.

Une étude de la portée a été menée pour dresser un portrait complet des stratégies d'adaptation utilisées par les ME d'adultes confrontés à des problèmes d'usage. Six bases de données ont été consultées : *PsycINFO*, *Medline*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *SocIndex*, *Cinahl Complete* et *Health and Psychosocial Instruments*. Les articles sélectionnés incluaient des échantillons d'adultes, tant pour les ME que pour les proches, qui avaient une relation significative. De plus, les proches étaient aux prises avec l'une des trois problématiques d'usage, à savoir les SPA, les JHA ou les écrans. Puis, les études portaient soit sur la description des stratégies d'adaptation utilisées par les ME, soit sur le développement d'un questionnaire à ce sujet. Les articles retenus ($n = 64$) ont été classés selon les deux principales finalités du modèle de Côté et al. (2018) : influencer l'usage problématique du proche concerné ou améliorer le bien-être du ME, du couple ou de la famille. Trois nouveaux objectifs ont été intégrés au modèle, ainsi que 19 nouvelles stratégies d'adaptation. Malgré quelques nuances, les résultats indiquent une tendance à la similitude des stratégies d'adaptation utilisées par les ME en lien avec les différentes problématiques d'usage (SPA, JHA, écrans).

Table des matières

Sommaire	iii
Listes des tableaux et des figures	vii
Remerciements	viii
Chapitre 1 : Introduction générale.....	1
Définition commune des problématiques d'usage	2
Prévalence de chacune des problématiques d'usage	3
Substances psychoactives	4
Jeux de hasard et d'argent	5
Écrans.....	5
Conséquences vécues par le proche ayant une problématique d'usage	6
Préjudice financier	7
Perturbation, conflit ou rupture de la relation.....	7
Détresse émotionnelle ou psychologique	8
Détérioration de la santé	8
Préjudice socioculturel.....	9
Performance réduite au travail ou dans les études	9
Activité criminelle	10
Performance au cours de la vie et préjudice intergénérationnel	10
Prévalence estimée des membres de l'entourage.....	11
Conséquences sur les membres de l'entourage	12
Préjudice financier	12
Perturbation, conflit ou rupture de la relation.....	12
Détresse émotionnelle ou psychologique	13
Détérioration de la santé	14
Préjudice socioculturel.....	14
Performance réduite au travail ou dans les études	14
Performance au cours de la vie et préjudice intergénérationnel	15

Stratégies d'adaptation	15
Stratégies d'adaptation des membres de l'entourage	16
Programmes d'intervention spécifiques aux membres de l'entourage	19
Pertinence de l'étude	20
Objectif de l'étude	21
Chapitre 2 : Article scientifique	22
Identification des stratégies d'adaptation des membres de l'entourage ayant un proche aux prises avec un usage problématique des substances psychoactives, des jeux de hasard et d'argent ou des écrans	23
Résumé	23
Introduction	25
Méthode	29
Identification des études pertinentes	29
Sélection des études	30
Extraction des données	32
Synthèse des résultats	32
Consultation des experts	32
Résultats	45
Stratégies d'adaptation dont la finalité générale est d'influencer l'usage problématique du proche ayant des difficultés d'usage	46
Stratégies d'adaptation dont la finalité générale est d'augmenter le bien-être personnel, du couple ou de la famille	50
Discussion	57
Retombées de l'étude	64
Limites et recherches futures	65
Références	69
Chapitre 3 : Conclusion générale	88
Retombées de l'étude	94
Intervention psychoéducative auprès des membres de l'entourage	95

Recommandations quant aux futures recherches.....	96
Forces et limites de l'étude.....	97
Références.....	99
Appendice A. Cadre de référence d'une revue de la portée (Arkey et O'Malley, 2003).....	111
Appendice B. Instructions de publication de la revue <i>BMC Psychiatry</i>	113

Listes des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1	Tableau comprenant les mots-clés des concepts et leurs synonymes.....	30
Tableau 2	Visualisation des données.....	34
Tableau 3	Stratégies d'adaptation dont la finalité générale est d'influencer l'usage problématique du proche ayant des difficultés d'usage : description des objectifs spécifiques et des stratégies.....	47
Tableau 4	Stratégies d'adaptation dont la finalité générale est d'augmenter le bien-être personnel, du couple ou de la famille : description des objectifs spécifiques et des stratégies.....	53

Figures

Figure 1	Modèle stress-tension-adaptation-soutien.....	18
Figure 2	Organigramme.....	31

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mes directeurs de mémoire, Joël Tremblay, Nadine Blanchette-Martin et Mélissa Côté, sans qui ce mémoire n'aurait pas eu lieu. Leur soutien inestimable, leurs conseils éclairés et leur patience ont été essentiels tout au long de la réalisation de ce travail. Ils ont su m'encourager et me guider avec une expertise remarquable, rendant cette expérience enrichissante et formatrice. Je vous remercie sincèrement pour votre engagement et votre accompagnement tout au long de ce projet.

Je tiens également à remercier Catherine Gatineau pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée. Sa disponibilité, son écoute attentive et sa capacité à trouver des solutions adaptées ont grandement facilité mon travail. Je suis vraiment reconnaissante pour son aide et pour le temps qu'elle a pris pour m'accompagner dans ce projet.

Sur une note plus personnelle, je tiens à remercier mes parents ainsi que mon conjoint. Merci pour votre patience, votre écoute et vos encouragements. Vous avez toujours cru en moi-même quand j'avais des doutes, et votre fidèle soutien est un véritable trésor. Je suis profondément reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Chapitre 1 : Introduction générale

Les problématiques d'usage de substances psychoactives (SPA), de jeu de hasard et d'argent (JHA), ou des écrans constituent un défi majeur de notre société contemporaine, entre autres, parce qu'elles soulèvent des questions complexes touchant à la fois la santé publique, la psychologie individuelle et les dynamiques sociales (Daley, 2013; Fleury, 2017; Gouvernement du Canada, 2023a). En effet, les problématiques d'usage peuvent entraîner des répercussions dévastatrices dans la vie des personnes concernées, ainsi que dans celle de leur entourage (Fleury, 2017; Langham et al., 2016).

Face à l'intensité de la problématique d'usage, les membres de l'entourage vont tenter d'utiliser un éventail de stratégies pour les aider à y faire face ou encore pour se protéger de la souffrance occasionnée par la problématique de leur proche (Côté et al., 2018; Orford et al., 2010a). C'est d'ailleurs ce dont il sera question dans le présent mémoire.

Dans un but de favoriser une compréhension commune, les termes « proche » et « membre de l'entourage » (ME) seront utilisés. Le proche désigne la personne adulte aux prises avec une problématique d'usage et le ME fait référence à l'entourage du proche, soit la clientèle adulte visée par ce mémoire. Plus précisément, un ME réfère à toute personne entretenant une relation significative avec le proche et qui se dit concernée par sa problématique d'usage, donc il peut être question d'un partenaire, d'un parent, d'un enfant adulte ou même d'un membre de la famille élargie (Orford et al., 2013).

Les sections suivantes couvriront la définition commune des problématiques d'usage, les prévalences de chacune d'entre elles, les conséquences négatives pour le proche, la prévalence des ME affectés ainsi que les conséquences néfastes que subissent ceux-ci. Par la suite, il sera question des stratégies d'adaptation utilisées par les ME, des programmes d'intervention spécifiques aux ME, de la pertinence de la présente étude ainsi que l'objectif poursuivi.

Définition commune des problématiques d'usage

Les problématiques d'usage (SPA, JHA et écrans) se manifestent par un nombre de comportements potentiellement addictifs qui n'incluent pas de façon systématique l'ingestion d'une substance (Griffiths, 2005). Ces problématiques d'usage se caractérisent par une perte de contrôle de l'utilisation qui engendre des conséquences dans les différentes sphères de vie, qui peuvent augmenter le risque de maladie, et ce, malgré les tentatives pour réduire ou cesser l'usage. De fait, comme proposé par Griffiths (2005), les problématiques d'usage peuvent s'exprimer de plusieurs façons, que ce soit envers les SPA, les JHA, ou encore, via les écrans.

Il semble que toutes les problématiques d'usage chez la personne présentant les difficultés se composent d'un certain nombre d'éléments communs, tels que l'importance qui est accordée à l'usage, la modification de l'humeur, l'effet de tolérance qui prend place, les symptômes de sevrage en cas d'arrêt, les conflits interpersonnels et les possibles rechutes (Griffiths, 2005). Pour qu'un comportement soit défini comme étant opérationnellement addictif, il importe que tous les éléments soient présents (Griffiths, 2002). De plus, ces manifestations ont en commun, tant pour les SPA, les JHA, ou encore, via les écrans (e.g., gaming), le fait d'avoir un impact significatif sur le fonctionnement de la personne et de lui causer une souffrance cliniquement significative (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Prévalence de chacune des problématiques d'usage

Il est possible de situer l'usage problématique sur un continuum composé de cinq stades (Gouvernement du Canada, 2023a). Le premier étant l'abstinence. Le second étant l'usage bénéfique ou thérapeutique, comme prendre des médicaments tels que prescrits ou s'adonner à des JHA de manière contrôlée à titre de loisir. Le troisième étant l'usage à moindre risque qui réfère à un usage entraînant des effets minimes sur le proche et son entourage. Par exemple, une consommation qui respecte les recommandations à faible risque, selon Santé Canada. Puis, au quatrième stade, il y a l'usage à risque élevé où des effets nuisibles ou néfastes pour le proche et son entourage sont présents. Et finalement, au cinquième stade, on retrouve la dépendance, soit le trouble de l'usage caractérisé par une obsession et une perte de contrôle tel que décrit par

Griffiths (2005). Soulignons que le continuum de l'usage problématique soutient que le proche peut passer d'un stade à l'autre au fil du temps (Gouvernement du Canada, 2023a).

Substances psychoactives

Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2018) estime que 3,7 % de la population souffre de troubles liés à l'usage d'alcool, dans la dernière année. Au Canada, 76 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé de l'alcool en 2019 (Gouvernement du Canada, 2023b). En 2022, il est estimé qu'au cours des 12 derniers mois, 2,2 % de la population canadienne présentait un trouble lié à la consommation d'alcool (Statistiques Canada, 2023). Au Québec, environ 79 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Parmi ces personnes, 24 % ont présenté une consommation à risque élevé d'alcool (Camirand et al., 2023). Au cours des 12 derniers mois, 3 % des Québécois présentaient un trouble lié à la consommation d'alcool (Baraldi et al., 2015).

Concernant la consommation de cannabis, environ 22 % des Canadiens ont consommé du cannabis dans la dernière année (Gouvernement du Canada, 2023b). Finalement, 1,4 % des personnes présenteraient un trouble lié à la consommation du cannabis (Statistiques Canada, 2023). Le cannabis est la substance la plus consommée par environ 18 % des Québécois au cours de la dernière année, où 3,2 % des Québécois sont des consommateurs quotidiens et 4,1 % des consommateurs réguliers (Camirand et al., 2023). Environ 1,4 % de la population québécoise aurait présenté un trouble lié à la consommation de cannabis (Baraldi et al., 2015).

De son côté, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC, 2022) estime que 0,5 % de la population mondiale souffre de troubles liés à l'usage de drogues, dans les 12 derniers mois. Au Canada, la prévalence de la consommation à risque élevé des SPA au cours des 12 derniers mois est estimée à 1,6 % chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus. Puis, 0,5 % des Canadiens présentaient un trouble lié à la consommation d'autres substances au cours des 12 derniers mois (Statistiques Canada, 2023). Au Québec, près de 19 % des Québécois ont consommé de la drogue dans les 12 derniers mois (Institut de la Statistique du Québec, 2023).

Environ 0,5 % de la population québécoise aurait présenté un trouble lié à la consommation d'une autre drogue que le cannabis au cours des 12 derniers mois (Baraldi et al., 2015).

Jeux de hasard et d'argent

Selon Williams et al. (2012), le taux moyen mondial pour la prévalence d'usage problématique des JHA, au cours de 12 derniers mois, est estimé à 2,3 %. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2018 rapporte que 64,5 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir joué à des JHA au cours de la dernière année et 1,6 % d'entre eux présentent un risque de développer un trouble de l'usage des JHA (Rotermann et Gilmour, 2022). Au Québec, la prévalence d'individus qui s'adonnent aux JHA de façon problématique est estimée à environ 2,2 % pour les joueurs à risque modéré et 0,7 % pour les joueurs pathologiques probables (Williams et al., 2021).

Écrans

Le temps accru passé devant les écrans soulève des préoccupations quant aux possibles conséquences, notamment en ce qui concerne le développement d'un trouble de l'usage lié à Internet. Alors qu'une première reconnaissance a été faite pour désigner le trouble du jeu vidéo en tant que diagnostic officiel dans la Classification internationale des maladies (Organisation mondiale de la santé, 2018) et comme une « condition nécessitant des études complémentaires » dans le DSM-5 (APA, 2013), aucun consensus pour définir la dépendance à Internet n'existe encore. Par ailleurs, le terme « utilisation problématique d'Internet » (UPI) est largement utilisé pour décrire ce phénomène en émergence.

Les définitions provisoires de l'UPI partagent de nombreuses similitudes avec celles du trouble du jeu vidéo en ligne. Certains chercheurs préfèrent élargir le concept en utilisant le terme plus général d'utilisation problématique d'Internet, incluant un large éventail d'activités en ligne (réseaux sociaux, visionnement de vidéo, etc.) contrairement au trouble du jeu vidéo en ligne qui se concentre sur une seule activité (Kuss et Lopez-Fernandez, 2016; Weinstein et Lejoyeux, 2010). Malgré les débats sur la nosologie de la dépendance à Internet, le terme UPI est généralement accepté pour décrire une condition caractérisée par une utilisation excessive des

écrans, associée à un sentiment de perte de contrôle pouvant conduire à une utilisation prolongée et plus fréquente que prévu initialement (Kuss et Lopez-Fernandez, 2016; Starcevic, 2013). En outre, les conséquences cliniquement significatives sur le fonctionnement de l'individu sont également prises en compte pour établir un diagnostic d'UPI (Weinstein et Aboujaoude, 2015; Starcevic, 2013).

Selon une méta-analyse (Lozano-Blasco et al., 2022), la prévalence de l'UPI chez les jeunes adultes varie selon les régions du monde, par exemple avec des taux élevés en Asie (40 % à 50 %) et des variations significatives en Europe (2 à 8 %). Ces variations pourraient être influencées par l'absence d'un consensus sur les critères diagnostiques, les différences culturelles ainsi que par les instruments de mesure utilisés (Lozano-Blasco et al., 2022). Par ailleurs, aucun portrait ne semble être dressé pour les adultes au Québec, alors que la majorité des études sont réalisées auprès d'adolescents.

Dans le présent mémoire, le terme générique « problématique d'usage des écrans » est employé afin d'inclure les problématiques d'usage à Internet, aux médias sociaux ou numériques, aux jeux vidéo et aux autres activités réalisées sur les écrans (Christakis, 2019).

Conséquences vécues par le proche ayant une problématique d'usage

Les personnes adultes dont leur usage (SPA, JHA ou écrans) devient problématique sont confrontées à vivre une panoplie de méfaits négatifs dans les différentes sphères de leur vie. Dans un but de faciliter la lecture de la section des conséquences de la problématique d'usage, la classification des préjudices de Langham et de ses collaborateurs (2016), développée pour les joueurs problématiques est mise de l'avant, puisque nous émettons l'hypothèse que plusieurs similarités sont présentes concernant les conséquences négatives des différentes problématiques d'usage (SPA, JHA, écrans). Pour arriver à développer leur classification, les auteurs ont fait une recension de la littérature. Ils ont fait des groupes de discussion et des entrevues avec des professionnels impliqués au soutien et au traitement des problèmes de jeu. De plus, ils ont tenu des entrevues avec des joueurs et leur entourage (Langham et al., 2016). Ainsi, la rigueur

méthodologique de cette étude permet de statuer que la classification proposée représente un cadre conceptuel valide.

Préjudice financier

Bien que des soucis financiers et l'endettement soient présents auprès des personnes ayant un usage excessif de SPA (CPLT, 2003; Gouvernement du Canada, 2023a; Plourde et Laventure, 2019), les difficultés financières figurent en tête de liste pour ce qui est des méfaits du côté des personnes ayant des difficultés avec les JHA (Langham et al., 2016). En effet, elles engendrent une grande augmentation des dettes personnelles, forcent le proche à emprunter de l'argent et le mettent à risque de déclarer faillite. Certains doivent entreprendre un emploi supplémentaire ou vendre des articles, tels que du mobilier (Langham et al., 2016; Li et al., 2016; Marshall et Wynne, 2003; Shannon et al., 2017). Devant l'ampleur des préjudices financiers, le proche est amené à réduire ou à cesser certaines activités n'ayant pas de conséquences immédiates, telles que l'entretien des véhicules, le paiement d'assurance maladie et des rendez-vous chez le dentiste (Langham et al., 2016). Il peut arriver que le proche ne soit plus en mesure de subvenir financièrement à ses différents besoins de base. Cela fait référence à l'incapacité d'acheter de la nourriture, des médicaments essentiels, des vêtements, des services de soins de santé, le logement, les exigences en matière d'éducation des enfants ou encore les frais de transport (Langham et al., 2016). Les préjudices financiers sont généralement ceux qui sont rapportés en premier, puisqu'ils ont été le déclencheur d'autres préjudices dans d'autres dimensions, notamment sur la qualité de la relation, la détresse émotionnelle et psychologique et la détérioration de la santé (Langham et al., 2016).

Perturbation, conflit ou rupture de la relation

Des impacts sur la sphère conjugale/familiale sont soulevés, tels qu'une augmentation des conflits conjugaux et une diminution des activités familiales et des loisirs ainsi qu'une perte de confiance pouvant conduire à une rupture (Bell et al., 2015; Blaszczyński et al., 2015; Dahl et Bergmark, 2020; Dufour et al., 2014; Langham et al., 2016; Li et al., 2016; WHO, 2014). Sur le plan social, une présence accrue de conflits interpersonnels est observée (CPLT, 2003;

Gouvernement du Canada, 2023a; Plourde et Laventure, 2019). Puis, un désinvestissement dans les relations est également rapporté (Bell et al., 2015; Dahl et Bergmark, 2020; Dufour et al., 2014; WHO, 2014; Young, 2004).

Détresse émotionnelle ou psychologique

Sur le plan psychologique, on observe plus de stress, de symptômes dépressifs, de sentiments de culpabilité et de honte, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide (Bell et al., 2015; Dahl et Bergmark, 2020; Dufour et al., 2014; Langham et al., 2016; Li et al., 2016; Marshall et Wynne, 2003; Plourde et Laventure, 2019; WHO, 2014). La détresse psychologique est présente dans la majorité des cas, notamment un sentiment d'échec, de l'insécurité et du désespoir (Langham et al., 2016). Une tendance à s'isoler est également observée afin de cacher sa situation par crainte de vivre de la stigmatisation (Langham et al., 2016). Par ailleurs, une baisse de motivation envers les intérêts usuels est également rapportée (Bell et al., 2015; Dahl et Bergmark, 2020; Dufour et al., 2014; WHO, 2014).

Détérioration de la santé

Sur le plan physique, des conséquences néfastes sur la santé physique peuvent survenir, tels que des troubles du sommeil, des problèmes digestifs, des maladies du foie et du pancréas, des troubles cardiovasculaires, des troubles métaboliques, tels le diabète, une augmentation du risque de cancer et des décès (Bell et al., 2015; Blaszczynski et al., 2015; CPLT, 2003; Dahl et Bergmark, 2020; Dufour et al., 2014; Fong, 2005; Gouvernement du Canada, 2023a; Plourde et Laventure, 2019; Langham et al., 2016; Rehm et al., 2006; Shannon et al., 2017; WHO, 2014). Des facteurs de risque, tels que le tabagisme, la malnutrition, des habitudes de sommeil inadéquates, le non-respect du traitement médicamenteux et une hygiène personnelle insuffisante, sont également signalés comme contribuant à la détérioration de la santé (Langham et al., 2016).

Il existe une distinction concernant les méfaits vécus par les consommateurs de SPA lorsque comparés aux joueurs et aux utilisateurs d'écrans, soit le principe de neuroadaptation où le besoin de consommer est biologiquement déterminé par un effet de tolérance et de dépendance

physique à la substance (CPLT, 2003). Par ailleurs, l'arrêt subit de l'usage de certaines catégories de substances peut engendrer des dangers liés au sevrage physiologique (CPLT, 2003). Les symptômes de sevrage varient en fonction de la substance et de la gravité de la problématique d'usage, mais ils peuvent inclure des nausées, des tremblements, des sueurs, des maux de tête, des troubles du sommeil, de l'anxiété, voire des convulsions ou des hallucinations. Ces symptômes peuvent mettre à risque la vie du proche. C'est pourquoi il arrive que le sevrage physiologique soit pris en charge par une équipe médicale (CPLT, 2003).

Préjudice socioculturel

Au niveau social, les proches peuvent vivre de l'isolement social en raison d'une réduction de ses connexions et en lien avec certaines perceptions culturelles. Il arrive aussi qu'ils ressentent une grande détresse émotionnelle en raison d'un sentiment de perte d'identité dû à la perte de lien avec la communauté (Langham et al., 2016). Il arrive que des activités sociales ou de loisirs soient abandonnées en raison de l'usage problématique qui prend de l'ampleur (APA, 2013).

De façon plus spécifique, l'utilisation des écrans permet de tisser des amitiés virtuelles. Ces relations en ligne entraînent de nouveaux enjeux sociaux, comme des cyberaffaires ou de la cyberintimidation (Young, 2004). Les cyberaffaires sont définies par des relations romantiques et/ou sexuelles ayant été initiées par contact virtuel et où les échanges se font majoritairement via les écrans, alors que la cyberintimidation correspond à des gestes d'intimidation réalisés en ligne (Young, 2004).

Performance réduite au travail ou dans les études

Des impacts au niveau professionnel/académique sont également présents, notamment les retards au travail, les absences répétées et la diminution de la productivité professionnelle qui peuvent amener le proche à perdre son emploi (Bell et al., 2015; CPLT, 2003; Dahl et Bergmark, 2020; Dufour et al., 2014; Fong, 2005; Gouvernement du Canada, 2023a; Langham et al., 2016; Plourde et Laventure, 2019; WHO, 2014).

Activité criminelle

Bien qu'il existe un grand nombre de similitudes quant aux conséquences négatives des différentes problématiques (SPA/JHA/écrans), certaines distinctions sont soulevées, notamment pour ce qui est des problèmes judiciaires et l'adoption de comportements dangereux, tels que la conduite avec facultés affaiblies du côté de l'usage problématique de SPA (CPLT, 2003; Gouvernement du Canada, 2023a; Plourde et Laventure, 2019). Au Canada, à l'exception de l'alcool, du cannabis et des médicaments d'ordonnance, les autres drogues sont considérées comme étant illégales au sens de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Gouvernement du Canada, 2024). Donc, il y a une plus grande association à la criminalité en présence d'une problématique d'usage aux SPA que des JHA ou des écrans, puisque les consommateurs de substances peuvent être accusés pour possession simple, mais aussi de revente des substances illégales (Gouvernement du Canada, 2024).

Une autre distinction est signalée du côté des JHA. En effet, il arrive que le proche s'adonne à des activités criminelles pour répondre aux exigences financières liées aux JHA telles que la fraude, le détournement de fonds et le trafic de drogue ou la prostitution pour rembourser des dettes (Langham et al., 2016).

Préjudice au cours de la vie et préjudice intergénérationnel

Il importe de mentionner que certaines conséquences négatives peuvent entraîner des répercussions à long terme, et ce, même si la personne a cessé son usage problématique. Par exemple, les pertes financières peuvent être difficiles à surmonter, notamment lorsqu'il est question de la perte d'une maison ou d'une pension de retraite. Un autre type de perte générationnelle serait d'être contraint de faire le choix de ne pas avoir d'enfants en raison des ressources financières limitées (Langham et al., 2016). Ou encore le fait d'être incarcéré en raison des activités criminelles ou de s'être fait retirer la garde de ses enfants pour négligence engendrant des impacts profonds à la fois sur le proche et à la fois sur son entourage (Langham et al., 2016).

À la lecture des conséquences négatives engendrées par les différentes problématiques d'usage, il est possible de constater une grande majorité de similarités entre les problématiques (SPA, JHA, écrans). Certains méfaits, tels que les problèmes financiers, les difficultés liées à l'emploi et les enjeux relationnels risquent d'avoir un impact considérable sur l'entourage. Ainsi, les ME subissent, par ricochet, plusieurs conséquences négatives en raison de l'usage problématique (SPA, JHA, écrans) de leur proche.

Prévalence estimée des membres de l'entourage affectés

Voyant la sévérité des troubles d'usage des SPA, JHA, écrans et leur prévalence, il est certain que l'entourage de ces personnes soit aussi impacté par ces problématiques. Toutefois, l'état actuel des connaissances sur la proportion de ME affectés par les problématiques d'usage est peu documenté.

Des chercheurs québécois ont tenté d'estimer le nombre de ME affectés par la problématique d'usage de leur proche. Ils sont arrivés à démontrer, qu'autant pour l'usage problématique de SPA (Boivin et al., 1995) ou de JHA (Desrosiers et Jacques, 2009; Ferland et al., 2016), qu'entre cinq et 10 personnes seront affectées en raison de cet usage problématique. Or, l'état des connaissances au sujet des ME affectés par l'usage problématique des écrans de leur proche ne permet pas de statuer une prévalence, considérant qu'il s'agit d'un phénomène en émergence.

Aux États-Unis, 25 % à 38 % des Américains ont un proche ayant un problème d'usage avec l'alcool (Ericson, 2001; Harford, 1992), approximativement 30 % des adultes indiquent que la consommation d'alcool a causé des difficultés au sein de leur famille et un peu moins de 20 % déclarent des difficultés similaires concernant la consommation de drogues (Ericson, 2001). Au Royaume-Uni, il est estimé que près de 1.5 million de ME, majoritairement des partenaires ou des parents, sont affectés par les problèmes d'usage de drogues de leur proche, ces prévalences étant largement plus élevées pour les proches de consommateurs excessifs d'alcool sans qu'un estimé à ce sujet soit fournis (Copello et al., 2010a).

Par ailleurs, l'ampleur de la problématique d'usage des SPA, JHA, et des écrans détermine le nombre de ME affectés. Par exemple, un joueur à faible risque peut affecter un ME alors qu'un joueur à risque modéré peut impacter trois ME et presque six ME sont affectés par un joueur pathologique probable (Goodwin et al., 2017).

Conséquences sur les membres de l'entourage

La classification des préjudices de Langham et ses collaborateurs (2016) est également applicable aux conséquences vécues par les ME, elle est donc utilisée à nouveau afin de faciliter la lecture. Tout comme les proches ayant une problématique d'usage, nous émettons l'hypothèse que les conséquences négatives vécues par les ME sont similaires pour les trois problématiques d'usage (SPA, JHA, écrans).

Préjudice financier

Il n'est pas rare que les impacts économiques de la problématique d'usage entraînent de grandes difficultés financières chez le ME. Il arrive même que le ME ne soit pas en mesure de répondre aux besoins de base de leur famille (Daley, 2013; Orford, 2017; Orford et al., 2017). Dans la majorité des cas, les ME tentent de pallier au meilleur de leurs capacités (Dickson-Swift et al., 2005). En effet, ils peuvent utiliser leurs économies personnelles, emprunter de l'argent pour rembourser des dettes, travailler de plus longues heures ou même obtenir un second emploi (Langham et al., 2016; Orford, 2017; Orford et al., 2017; Riley et al., 2021). Ils ajustent leur quotidien en conséquence, par exemple, ils réduisent les activités et les sorties afin de limiter leurs dépenses et tiennent un budget serré de leurs dépenses (Langham et al., 2016). Finalement, tout comme les ME des proches avec une problématique aux SPA ou aux JHA, les ME de proches avec une problématique envers les écrans peuvent être confrontés à des difficultés financières en raison d'achats et d'abonnements (Northrup en Shumway, 2014).

Perturbation, conflit ou rupture de la relation

Au plan conjugal et familial, la détresse émotionnelle est plus grande parmi les partenaires qui habitent avec leur proche, contrairement aux autres types de ME qui ne résident

pas avec le proche ayant une problématique d'usage (Di Sarno et al., 2021; Ferland et al., 2021; Orford, 2017; Orford et al., 2017). La cohabitation avec le proche engendre davantage de difficultés familiales, émotionnelles et financières (Di Sarno et al., 2021; Ferland et al., 2021). Des conflits, des tensions et des problèmes de communication marquent les interactions entre le ME et son proche (Daley, 2013; Di Sarno et al., 2021; Langham et al., 2016; Northrup et Shumway, 2014). Des menaces de séparation ou de divorce sont communes (Langham et al., 2016; Riley et al., 2021). Une perte de confiance envers le proche peut être présente en raison des mensonges et des tromperies (Dickson-Swift et al., 2005; Langham et al., 2016). De ce fait, les ME décrivent qu'ils souffrent de l'insuffisance des relations émotionnelles et sexuelles avec leur proche (Northrup et Shumway, 2014; O'Farrell et al., 1997). Le partage des tâches et des responsabilités représente également un sujet de discorde. Par exemple, il peut arriver que le ME observe une inégalité de la contribution de chacun dans le partage des tâches et un désinvestissement du proche dans ses responsabilités, notamment dans son rôle parental si le couple a des enfants (Langham et al., 2016; Li et al., 2016; Lianekhammy et van de Venne, 2015; Northrup et Shumway, 2014; Vaishnavi et al., 2017). Enfin, le fait d'avoir un partenaire ayant un problème de consommation ou de jeu augmenterait les probabilités de subir de la violence conjugale (Murphy et al., 2001; Riley et al., 2021).

Détresse émotionnelle ou psychologique

Concernant les plans psychologique et émotionnel, la détresse psychologique est présente dans la majorité des cas, notamment un sentiment d'échec, de la peur, de l'anxiété, de l'insécurité et du désespoir habite le ME lorsqu'il est face à une telle situation (Daley, 2013; Langham et al., 2016). S'ajoute à cela, un éventail d'émotions désagréables, telles que de la méfiance, de la honte, de l'embarras et de la culpabilité pouvant même aller jusqu'à avoir des idées suicidaires (Dickson-Swift et al., 2005; Di Sarno et al., 2021; Gause, 2015; Langham et al., 2016; Lianekhammy et van de Venne, 2015; Northrup et Shumway, 2014). Les ME sont également plus propices à avoir un diagnostic de dépression, de trouble de l'usage aux SPA et de trouble de stress post-traumatique (Ray et al., 2009).

Détérioration de la santé

Une forte association a été trouvée entre les problèmes physiques des ME et les difficultés psychologiques, soutenant l'hypothèse selon laquelle les ME développent des troubles physiques en partie dus aux conditions de vie particulièrement stressantes de la problématique d'usage (Lorenz et Yaffee, 1988). Il peut donc arriver que des symptômes psychologiques du ME entraînent des effets physiques, tels que des problèmes de sommeil, des problèmes digestifs, des problèmes cardiaques, des douleurs physiques (Lorenz et Yaffee, 1988; Ray et al., 2009) et une fatigue chronique (Boutin et Ladouceur, 2006).

Préjudice socioculturel

Au niveau socioculturel, les ME rapportent avoir perdu ou endommagé des relations significatives en raison de l'usage problématique de leur proche (Dickson-Swift et al., 2005; Ferland et al., 2008; Langham et al., 2016; Li et al., 2016). En effet, certains ME peuvent être amenés à mentir et à s'isoler afin de préserver la réputation et la vie privée de la famille (Sobrun-Maharaj et al., 2013). Également, l'incapacité de payer pour différentes activités sociales ou de loisirs peut contraindre le ME à être isolé (Dickson-Swift et al., 2005). Il peut aussi arriver que l'isolement survienne en raison d'une perte de lien avec la culture ou par crainte de vivre de la stigmatisation (Langham et al., 2016).

Performance réduite au travail ou aux études

Pour les ME, l'impact au niveau de la sphère professionnelle/académique se manifeste par une détresse émotionnelle ou psychologique, des difficultés de concentration, des inquiétudes en lien avec la fatigue et l'épuisement, une diminution de la performance et des difficultés relationnelles (Jeffrey et al., 2019; Langham et al., 2016; Li et al., 2016; Salonen et al., 2016). Certains ME rapportent avoir vécu des conflits avec des collègues de travail, des renvois de programmes d'études et des pertes d'emploi (Goh et al., 2016; Langham et al., 2016; Li et al., 2016; Svensson et al., 2013). Finalement, d'autres mentionnent se chercher un emploi additionnel ou de meilleures conditions d'emploi afin de combler les difficultés financières occasionnées par

l'usage problématique (Goh et al., 2016; Li et al., 2016; Orford, 2017; Orford et al., 2017; Riley et al., 2021).

Préjudice au cours de la vie et préjudice intergénérationnel

Langham et ses collaborateurs (2016) éveillent à l'idée de la perte au long court et du fait que l'ensemble des conséquences perdurent dans le temps, et ce, malgré l'arrêt des comportements liés à l'usage problématique. Les auteurs soutiennent que les générations suivantes subissent les conséquences de l'usage problématique pendant plusieurs décennies. Les conséquences financières engendrent des pertes d'opportunités importantes sur la famille. Par exemple, la perte d'une maison ou d'économies fait en sorte que les générations suivantes ne pourront bénéficier d'héritage et auront probablement des dettes à payer. Le manque d'opportunités peut aussi être traduit par le fait que certains enfants ne pourraient bénéficier d'un certain niveau d'éducation et seraient donc contraints à entrer sur le marché du travail plus rapidement. La décision de ne pas avoir d'enfants en raison des difficultés financières est également considérée comme étant un préjudice qui perdure au cours de la vie. Langham et son équipe (2016) soulèvent que les préjudices au cours de la vie ainsi que les préjudices intergénérationnels occasionnés par l'usage problématique sont similaires à ceux que vivent une famille entrant dans le cycle de la pauvreté.

L'exploration initiale des méfaits vécus par les ME soulève des questions importantes sur la manière dont les ME font face à ces situations stressantes et cherchent à atténuer les effets néfastes sur leur bien-être personnel et familial. Alors que les études préliminaires soulignent l'ampleur du stress vécu par les ME, il devient essentiel de comprendre les stratégies d'adaptation qu'ils mettent en œuvre pour faire face à ces défis quotidiens. Une meilleure compréhension de ces stratégies d'adaptation est non seulement nécessaire pour répondre aux besoins des ME, mais également pour guider le développement d'interventions efficaces visant à les soutenir dans leur rôle de soutien auprès de leur proche et de préservation du bien-être familial.

Stratégies d'adaptation

L'approche transactionnelle du stress et du *coping* proposée par Lazarus et Folkman (1984) est le modèle le plus utilisé pour définir le concept d'adaptation face au stress (De Ridder, 1997). Ce modèle explique bien la transaction qui s'effectue entre un événement stressant et les moyens que l'on prend pour y faire face. Les auteurs définissent le stress comme étant « une transaction bidirectionnelle entre un sujet et son environnement, transaction que ce sujet perçoit comme une demande excédant ses ressources et menaçant son bien-être » (Lazarus et Folkman, 1984). Le *coping* se traduit comme étant « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qui permettent de maîtriser, de tolérer, d'éviter ou de minimiser l'effet négatif du stress sur le bien-être physique et psychologique d'une personne » (Lazarus et Folkman, 1984). L'événement jugé stressant amène la mise en place de stratégies d'adaptation afin d'y faire face. Ainsi, le choix des stratégies d'adaptation est influencé par les exigences de l'environnement, par l'entourage, par la nature des situations stressantes, mais aussi par les caractéristiques personnelles de l'individu ainsi que ses ressources adaptatives (Lazarus et Folkman, 1984). Par l'utilisation de stratégies d'adaptation, l'individu sera en mesure de modifier l'élément à l'origine de son stress tout en lui permettant d'assurer une meilleure gestion de ses réponses émotionnelles (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Les stratégies d'adaptation sont regroupées sous deux fonctions principales : la modification de la situation à l'origine de la détresse (*coping* centré sur le problème) et la régulation de la réaction à cette situation stressante (*coping* centré sur les émotions). Plus précisément, le *coping* centré sur le problème peut être la recherche d'information ou l'élaboration d'un plan d'action. Alors que le *coping* centré sur l'émotion peut faire référence au fait de minimiser l'événement stressant ou d'adapter des comportements d'évitement (Lazarus & Folkman, 1984). Au fil de leurs recherches, Folkman et Lazarus ont démontré que les stratégies d'adaptation qu'utilisent les individus se situent aisément dans ces deux catégories (95% du temps) (Folkman et Lazarus, 1980; Folkman et Lazarus, 1985).

Stratégies d'adaptation des membres de l'entourage

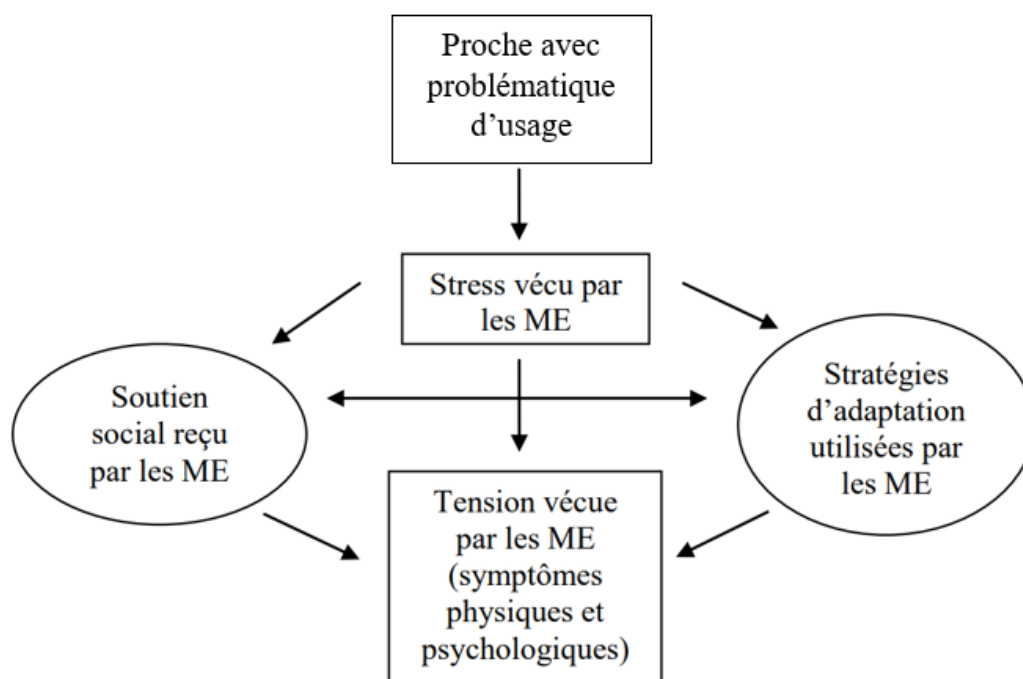
En complémentarité à l'approche transactionnelle du stress et du *coping* de Lazarus et Folkman (1984), Orford et son équipe (2010a) ont développé le modèle stress-tension-adaptation-soutien (Stress-Strain-Coping-Support Model (SSCS)) spécifique aux ME de proches aux prises avec des problématiques d'usage aux SPA ou aux JHA afin de préciser leur réalité unique. En plus de s'inspirer du modèle de Lazarus et Folkman (1984), les auteurs ont introduit l'idée de la chronicité de l'élément stressueur, soit le problème d'usage, risquant d'amener les ME vers un état d'épuisement. Malgré cet élément longitudinal, l'idée centrale de ce modèle est que les ME confrontés à la réalité qu'est le fait d'avoir un proche avec une problématique d'usage ont la capacité de faire face à la situation, tout comme une autre personne tenterait de faire face à n'importe quelle autre situation difficile ou complexe. Cela intègre l'idée d'être actif face à l'adversité, d'être efficace dans la résolution de problèmes, d'être un agent dans son propre destin, par opposition à un état d'impuissance. Ainsi, les ME peuvent exercer une influence sur l'intensité des conséquences négatives et des symptômes vécus par la mise en place d'une gamme de stratégies d'adaptation et par la présence de soutien social (Orford et al., 2010a). Puisque la question des stratégies d'adaptation employées par les ME fait justement l'objet de ce mémoire, elle sera donc décrite en détail à la section consacrée aux résultats.

La figure 1 présente le modèle SSCS (Orford et al., 2010a). Ce cadre conceptuel est construit autour de l'interaction entre le stress perçu, la tension éprouvée, les mécanismes d'adaptation utilisés et le soutien social disponible. Cette interaction détermine l'issue des expériences stressantes, qu'elles soient positives (résilience, apprentissage) ou négatives (détérioration de la santé mentale et physique). Tout d'abord, les ME interprètent et réagissent aux facteurs de stress, cela les amène à répondre de manière émotionnelle et physique. Cette réponse peut se manifester par des symptômes physiques et psychologiques. Dans un but de faire face au stress et à la tension, les ME utilisent un amalgame de stratégies afin de retrouver un état d'équilibre. Or, le soutien social joue un rôle crucial dans la gestion du stress et contribue à atténuer les effets négatifs du stress (Orford et al., 2010a). Pour ce faire, Orford et son équipe (2010a) stipulent que les stratégies d'adaptation peuvent être conceptualisées comme appartenant à trois grandes catégories d'action. La première catégorie, « affronter » (standing up to), vise la

reprise d'un certain contrôle sur la vie familiale par différentes actions, comme limiter l'accès au produit par la mise en place de règles. La deuxième catégorie, « tolérer » (putting up with it), comprend une certaine forme d'abnégation où le ME peut user de stratégies allant de la résignation ou de l'inaction face au problème d'usage, à l'acceptation du statu quo, ou même, à l'accommodement de la problématique d'usage. Finalement, le « retrait ou l'acquisition de l'indépendance » (withdrawing or gaining independence) fait référence à toutes actions visant à obtenir plus d'indépendance vis-à-vis du proche, comme la prise de distance ou la priorisation des intérêts du ME ou des autres membres de la famille (Orford et al., 2010a).

Figure 1

Le modèle stress-tension-adaptation-soutien



Face aux problématiques d'usage de leur proche, les ME déploient un éventail de stratégies d'adaptation pour faire face aux habitudes problématiques. Par ailleurs, la compréhension et l'identification des stratégies d'adaptation utilisées par les ME semblent un

mécanisme essentiel pour orienter le développement d'interventions efficaces et adaptées à leurs besoins spécifiques.

Programmes d'intervention spécifiques aux membres de l'entourage

Devant le tronc commun des problématiques d'usage (p. ex. définition, conséquences et stratégies d'adaptation), la communauté scientifique s'intéresse de plus en plus, à travers de recensions de la littérature, à la réalité commune des ME sur le plan de l'intervention et des traitements (Kourgiantakis et al., 2021; Merkouris et al., 2022). Par ailleurs, l'un des programmes les plus connus dans l'intervention auprès des ME de proches avec une problématique d'usage aux SPA, le CRAFT (Community Reinforcement and Family Training; Meyers et al., 1998) a fait l'objet d'une adaptation pour les ME de proches ayant une problématique d'usage aux JHA (Makarchuk et al., 2002; Nayoski et Hodgins, 2016). Au sujet de l'usage problématique des écrans, à ce jour, aucun programme d'intervention spécifique n'est offert aux ME.

Les principaux thèmes figurant dans les programmes de traitement pour les ME sont : l'information et la compréhension, le soutien social, les stratégies d'adaptation, la communication et la détresse ressentie (Edgren et al., 2022). Au sein de ces différents programmes d'intervention, les stratégies d'adaptation sont un concept central pour plusieurs d'entre eux. Par exemple, le CRAFT met en lumière l'adoption de stratégies d'adaptation efficaces par le ME qui ont comme finalité souhaitée la réduction des habitudes d'usage du proche et l'amélioration du bien-être du ME (Makarchuk et al., 2002; Meyers et al., 1998). Également, la méthode en 5 étapes (The 5-Step method; Copello et al., 2010b) se distingue dans son approche face aux stratégies d'adaptation, puisqu'elle vise à aider le ME à prendre des décisions éclairées sur la façon de faire face à la situation en prenant en considération le pour et le contre de chaque situation, contrairement à l'enseignement de stratégies d'adaptation prédéterminées. Finalement, le traitement de couple intégratif pour le jeu pathologique (TCI-JP; Tremblay et al., 2015) cible, par des stratégies d'adaptation, une réduction ou un arrêt des habitudes de JHA ainsi qu'une diminution de la détresse psychologique chez le couple.

Lorsqu'on s'intéresse aux besoins des ME, ces derniers nomment qu'ils peuvent être amenés à consulter pour plusieurs raisons, les deux les plus connues étant de retrouver un bien-être psychologique et d'apprendre à mieux transiger avec l'usage problématique de leur proche (Rodda et al., 2019). Les effets positifs de ces programmes consistent à réduire la détresse vécue, à utiliser des stratégies d'adaptation efficaces et à améliorer le fonctionnement familial et la satisfaction relationnelle. Par ailleurs, l'implication des ME favorise la réduction de la consommation de SPA, la prolongation de l'abstinence et la diminution des rechutes (Kourgiantakis et al., 2021; Mercouris et al., 2022; Mercouris et al., 2023; Velleman et al., 2023).

Pertinence de l'étude

Il émerge donc quelques constats de la littérature recensée ci-dessus. D'une part, il existe des similitudes entre les différentes problématiques d'usage aux SPA, aux JHA et aux écrans. Il est donc naturel de constater que les ME vivent des conséquences négatives similaires qui sont causées par l'usage problématique de leur proche. Devant ces méfaits négatifs, ils mettent en place diverses stratégies pour faire face à la situation stressante et, pour plusieurs, durable dans le temps. Ces stratégies visent deux grandes cibles, soit d'avoir un impact sur l'usage problématique ou de veiller à la protection du bien-être personnel, conjugal et familial. Ces stratégies sont promues au sein de différents programmes d'intervention impliquant le ME dans le traitement de la personne ayant un usage problématique ou ciblant directement le ME. Elles y occupent une place centrale. Une lecture des programmes décrivant les stratégies à employer par les ME, illustre la similitude de ces dernières à travers les différentes problématiques d'usage de leur proche. Mais qu'en est-il vraiment : est-il possible d'obtenir une liste commune de stratégies utilisées par les ME et ce, peu importe la problématique d'usage de leur proche (SPA, JHA ou écrans)?

Cet effort de compréhension de l'expérience des ME peu importe la problématique de dépendance vécue par le proche, est cohérent avec la réalité d'offres de services dans les centres de réadaptation en dépendance (CRD) du Québec, mais aussi d'ailleurs dans le monde (p. ex., en

France) où les services abordant l'usage problématique des SPA, des JHA et des écrans sont offerts à un même endroit, et souvent par les mêmes intervenants.

Objectif poursuivi

C'est pourquoi cette étude vise à brosser un portrait exhaustif des stratégies d'adaptation utilisées par les ME de proches adultes aux prises avec une problématique d'usage aux SPA, aux JHA ou aux écrans. Pour ce faire, une revue de la portée a été effectuée (Arksey et O'Malley, 2005) afin de répondre à la question suivante : que savons-nous des stratégies d'adaptation utilisées par les ME de proches adultes aux prises avec des difficultés d'usage de SPA, de JHA ou d'écrans?

Chapitre 2 : Article scientifique

Identification des stratégies d'adaptation utilisées par des membres de l'entourage ayant un proche qui présente un usage problématique des substances psychoactives, des jeux de hasard et d'argent ou des écrans : une étude de la portée

Kim Hardy^{1*} • Joël Tremblay² • Nadine Blanchette-Martin³ • Mélissa Côté⁴ • Catherine Gatineau⁵

Résumé

Contexte : La qualité de vie des membres de l'entourage (ME) ayant un proche qui présente un usage problématique de substances psychoactives (SPA), de jeux de hasard et d'argent (JHA) ou d'écrans est affectée en raison de la multitude de conséquences qu'entraîne cet usage dans les différentes sphères de leur vie. Ils vivent un stress significatif, connaissent un chaos au sein de l'unité familiale et doivent assumer davantage de responsabilités. Par conséquent, les ME mettent en place une série de stratégies d'adaptation afin de faire face à l'usage problématique de leur proche et pour tenter de préserver leur bien-être. Encore à ce jour, malgré l'influence que peuvent avoir les ME via l'utilisation de différentes stratégies d'adaptation, peu d'informations existent sur la façon dont les ME transigent avec les comportements d'usage problématique de leur proche.

Méthode : Une étude de la portée ayant comme objectif de brosser un portrait exhaustif des stratégies d'adaptation utilisées par les ME d'adultes aux prises avec un usage problématique a été réalisée. Pour y parvenir, six bases de données ont été consultées (PsycINFO, Medline, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocIndex, Cinahl Complete et Health and Psychosocial Instruments). Les articles sélectionnés présentaient des échantillons composés d'adultes, autant pour le ME que le proche et les deux individus entretenaient une relation significative. Le proche présentait une des trois problématiques d'usage (SPA, JHA, écrans). Puis, les études concernaient, soit la description des stratégies d'adaptation utilisées par les ME,

telles que rapportées par ceux-ci, soit le développement d'un questionnaire sur ces stratégies d'adaptation.

Résultat : Les résultats obtenus ($n = 64$) ont été analysés à la lumière du modèle de Lazarus en deux grandes finalités, tel que repris par Côté et al. (2018), soit exercer une influence sur l'usage problématique de la personne avec des difficultés d'usage ou augmenter le bien-être personnel du ME, celui du couple ou de la famille. Trois nouveaux objectifs ont été ajoutés au modèle de Côté et al. (2018) ainsi que 19 nouvelles stratégies d'adaptation.

Conclusion : Bien qu'il existe quelques nuances, les résultats mettent en évidence les similarités dans les stratégies d'adaptation utilisées par les ME en lien avec l'ensemble des problématiques d'usage (SPA, JHA, écrans).

Mots-clés: stratégie d'adaptation, usage problématique, membre de l'entourage, étude de la portée

*Correspondance
Kim Hardy
kim.hardy@uqtr.ca

Introduction

La présence d'usage problématique des substances psychoactives (SPA), des jeux de hasard et d'argent (JHA) ou des écrans, surtout dans leur manifestation plus sévère, entraîne de multiples conséquences chez la personne concernée, et ce, dans l'ensemble des sphères de sa vie, que ce soit la sphère psychologique, physique, professionnelle, académique, occupationnelle ou dans les relations interpersonnelles [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Il n'est donc pas étonnant que les membres de l'entourage (ME) soient grandement affectés par cet usage problématique. Sur la base des études portant sur l'entourage de proches présentant un problème d'usage de SPA [8] ou de JHA [9,10,11], il semble qu'entre cinq et 10 personnes seront affectées en raison de cet usage problématique.

À ce jour, dans le champ des dépendances, les études portant sur l'expérience des ME se sont davantage intéressées aux proches présentant un usage problématique de SPA et de JHA [3, 5]. Bien que très peu de travaux portent spécifiquement sur l'expérience des ME dont leur proche présente un usage problématique avec les écrans [12], plusieurs similitudes existent entre ces différentes problématiques d'usage [13]. Il y aurait donc avantage à aborder cette question par une approche inclusive de l'expérience des ME au sein de ces différentes problématiques.

La manière dont les ME sont affectés par les problèmes d'usage de SPA ou de JHA d'un proche d'âge adulte, est bien documentée. La sphère financière est grandement touchée, et ce, peu importe la nature de l'usage problématique [3, 5, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20]. Des conflits émergent en raison du temps passé autour de l'usage problématique au détriment de la relation [3, 5, 21, 22]. La santé physique et psychologique des ME se voit détériorée en raison de l'usage problématique de leur proche [5, 14, 18, 23]. Le constat est que peu importe la nature de l'usage problématique

de leur proche, les ME sont affectés négativement par cette réalité. Devant cette détresse importante occasionnée par les conséquences négatives de l'usage problématique, les ME mettent en place un éventail de stratégies d'adaptation pour faire face à cette situation [23, 24].

Les stratégies d'adaptation, aussi appelées *coping skills*, se définissent comme étant un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux mis en place afin de maîtriser, tolérer, éviter ou minimiser l'influence négative du stress sur le bien-être physique et psychologique d'un individu [25]. Ces stratégies sont changeantes dans le temps en fonction de l'impact qu'elles ont eu et des modifications de l'environnement causant le stress [25]. Pour qu'une stratégie d'adaptation soit considérée efficace, elle doit permettre à l'individu de retrouver son équilibre initial en diminuant l'impact négatif des événements stressants (tel que l'usage problématique d'un proche) sur son bien-être physique et psychologique [25]. Selon Lazarus et Folkman [25], deux catégories générales de stratégies regroupent l'ensemble des moyens mis en place par les individus pour faire face à une situation stressante. La première concerne les stratégies centrées sur le problème, c'est-à-dire en agissant directement sur la source de stress. La seconde regroupe les stratégies plutôt centrées sur la gestion de l'émotion telle que l'évitement, la gestion du discours intérieur, etc.

Orford et ses collègues [26] proposent le modèle appelé *stress-strain-coping-support* (SSCS, stress-tension-adaptation-soutien) qui s'avère plus spécifique aux problématiques d'usage de SPA et de JHA. Celui-ci se base sur le principe que les stratégies d'adaptation jouent un rôle central chez les ME affectés par la problématique d'usage de leur proche [26, 27]. La typologie proposée par les auteurs comprend un premier groupe de stratégies dites « engagées », soit des stratégies visant à changer les comportements d'usage problématique du proche en étant affirmatif,

contrôlant ou soutenant. Le second groupe nommé « tolérant-inactif », comporte des stratégies qui ont probablement pour but la protection émotionnelle, soit en acceptant les comportements d'usage problématique, ou encore, en allant jusqu'à encourager les comportements d'usage problématique. Un troisième groupe de stratégies sont dites de « retrait », à nouveau pour protéger le monde émotionnel du ME, comme par exemple, en ayant des activités indépendantes du proche faisant un usage problématique.

En partant de l'expérience des ME de personnes ayant des difficultés avec les JHA et en s'inspirant du modèle de Lazarus et Folkman [25], Côté et al. [28] proposent des regroupements des stratégies d'adaptation s'appuyant sur deux grandes finalités rapportées par les ME. La première vise à exercer une influence sur les comportements d'usage problématique du proche (stratégies visant à résoudre le problème). La deuxième cible rapportée par les ME porte sur l'amélioration et la protection du bien-être du ME, du couple et de la famille, ce qui inclut les stratégies centrées sur l'émotion, mais pas uniquement (e.g. soutenir le joueur financièrement).

De façon assez similaire à Côté et al. [28], Booth et al. [29] distinguent les stratégies qui sont orientées vers la famille, de celles qui sont centrées sur le joueur (résoudre le problème). D'un autre côté, Le Poire et al. [30] utilisent trois catégories de stratégies d'adaptation face à l'abus de SPA. Une première qui se nomme « renforcement de l'abus de SPA » et qui est très similaire à celle intitulée tolérant-inactif d'Orford et ses collègues [26], visant possiblement la protection du bien-être individuel et relationnel en renforçant l'abus de SPA. Les deux autres sont centrées sur le problème, soit la punition de l'abus de SPA (e.g. menacer de quitter ou d'appeler la police) ou le renforcement de comportements alternatifs (e.g. structurer des activités qui n'impliquent pas

d'alcool ou de drogues, encourager la participation aux réunions des Alcooliques Anonymes). Suonpaa [31], quant à lui, regroupe les stratégies de contrôle de la consommation d'alcool en quatre sous-catégories, soit des stratégies discrètes qui se font en l'absence du proche (e.g. participer à des rencontres Al-Anon), des stratégies visant à faire des suggestions ou se renseigner sur les habitudes d'usage du proche (e.g. demander au proche ce qu'il a fait avec ses amis, ce qu'il a bu et quelle quantité), des stratégies appelées « caractère raisonnable » permettant au ME de se prononcer sur l'usage problématique de son proche (e.g. dire au proche d'être prudent avec le punch) et, finalement, des stratégies de sanction visant à faire comprendre l'ampleur de la situation au proche (e.g. refuser de prêter de l'argent). Puis, Kim-Godwin [32] ajoute aux catégories classiques de Lazarus et Folkman [25] (centrées sur le problème versus sur l'émotion), des stratégies centrées sur la religion (e.g. prier, lire la bible) ou la recherche de sens pour faire face à l'abus de SPA (e.g. tenir un journal de gratitude), ainsi qu'une autre catégorie qui permet l'évitement ou la distraction, se rapprochant grandement de la troisième catégorie dite de retrait proposée par Orford et al. [26].

Il est également pertinent de s'intéresser aux ME ayant un proche qui présente un usage problématique des écrans puisque la prévalence de ces troubles est en croissance [33, 34]. D'ailleurs, les centres de traitement spécialisés en dépendance voient arriver dans leurs services des ME de proches avec une problématique d'usage des écrans, dont certains centres rapportant que le tiers des demandes d'aide en lien avec l'usage excessif d'Internet provient de membres de la famille [35]. De plus, considérant que cette problématique présente de nombreuses caractéristiques typiques des addictions [13] et que les ME de proches ayant une problématique d'usage (SPA, JHA, écrans) vivent des difficultés similaires [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7], il est donc

approprié d'inclure les ME de proches ayant des difficultés avec les écrans dans notre recension des stratégies utilisées par les ME. C'est pourquoi une mise à jour exhaustive des stratégies utilisées par l'ensemble des ME de proches ayant des difficultés d'usage de SPA, de JHA ou d'écrans est justifiée d'être menée. Une étude de la portée permet de recenser de manière exhaustive les différents travaux tant qualitatifs que de nature quantitative [36] afin de répondre à la question suivante : que savons-nous des stratégies d'adaptation utilisées par les ME de proches adultes aux prises avec des problématiques d'usage de SPA, JHA ou des écrans? En cohérence avec le modèle de Lazarus et Folkman [25] à deux méta-catégories, le modèle de Côté et al. [28] qui propose une nosographie adaptée au domaine des dépendances sera utilisé pour classer les stratégies issues de la littérature retenue. Une attention particulière est accordée à l'influence de la problématique d'usage ainsi qu'à la relation entre le proche et le ME en ce qui concerne les stratégies d'adaptation employées.

Méthode

L'étude de la portée s'avère être une méthode de choix puisqu'elle permet de cartographier rapidement la littérature pertinente dans un champ d'intérêt et d'un domaine de recherche en émergence. L'étude de la portée s'appuie sur une démarche rigoureuse qui permet d'assurer sa reproductivité [36]. Elle se réalise en cinq grandes étapes : 1) identification de la question de recherche, 2) identification des études pertinentes, 3) sélection des études, 4) extraction des données, 5) synthèse des résultats issus des articles et, une dernière étape optionnelle est proposée soit la 6) consultation des experts.

Identification des études pertinentes

En février 2022, une recherche a été effectuée dans six bases de données, soit PsycINFO, Medline, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocIndex, Cinahl Complete et Health and

Psychosocial Instruments. Tel qu'indiqué au tableau 1, les trois concepts clés suivants, et leurs synonymes, ont été utilisés pour la recherche bibliographique: « usage problématique », « stratégies d'adaptation » et « membres de l'entourage ». Un total de 6 248 références a émergé de cette stratégie de recherche.

Tableau 1

Tableau comprenant les mots-clés des concepts et leurs synonymes

Usage problématique	Stratégies d'adaptation	Membres de l'entourage
Addiction* OR ((Alcohol* OR Drink* OR Drug* OR Substance* OR AOD OR Gambl* OR Poker OR Internet OR Gam* OR Computer OR Mobile OR Web*) N3 (Abuse* OR Disorder* OR Dependanc* OR Misuse* OR Harm OR Consequenc* OR Use* OR Problem*))	(Cope OR Coping OR Adapt* OR “Emotional adjustment” OR Strateg*)	(“Affected other*” OR Famil* OR “Significant other*” OR Relative* OR Spouse* OR Friend* OR Dyad* OR Wife OR Wives OR Husband* OR Partner* OR Mother* OR Father* OR Sibling* OR CSO)

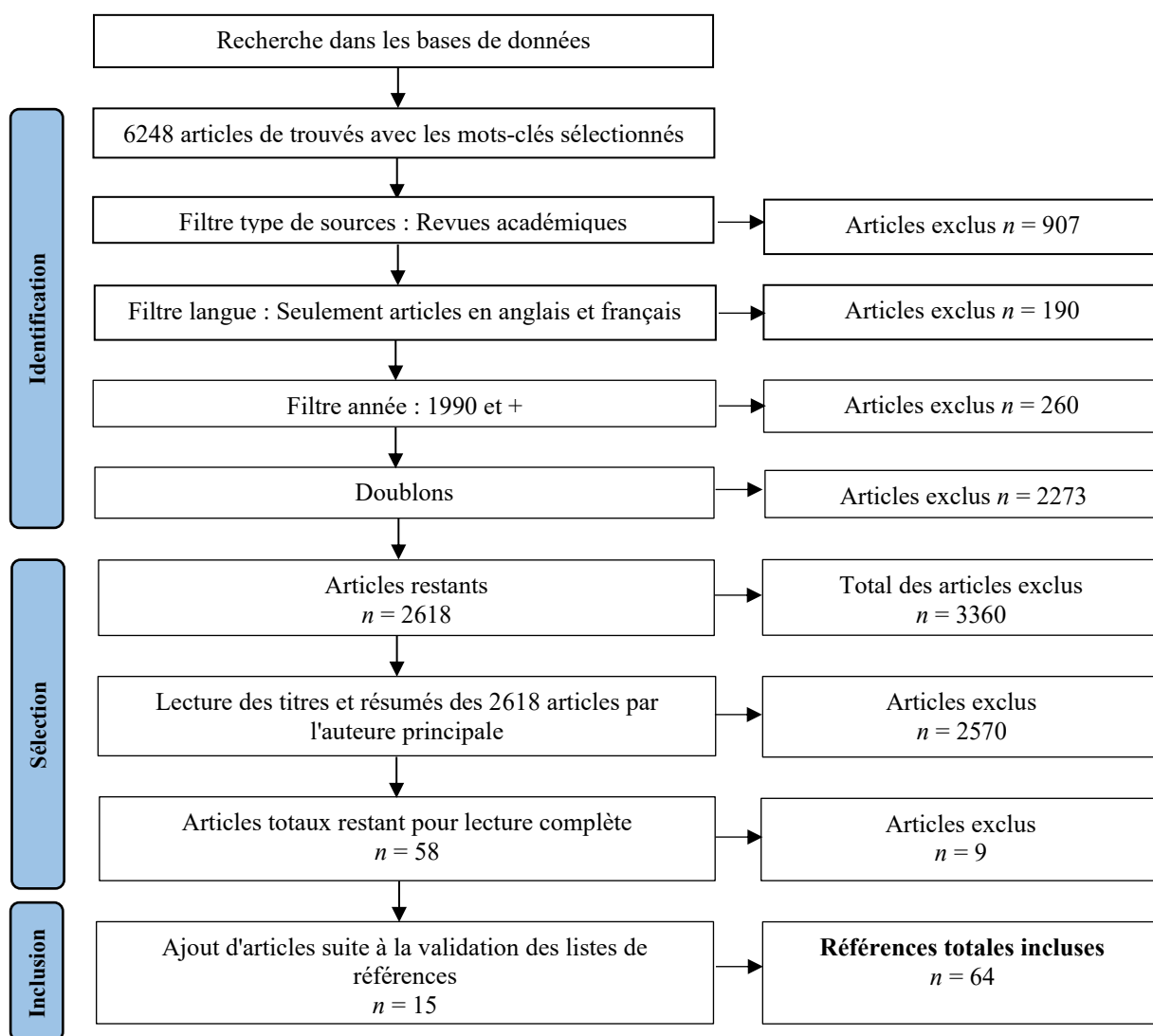
Sélection des études

Les trois filtres suivants ont été directement appliqués dans les bases de données afin de réaliser une première sélection des études : a) articles révisés par les pairs; b) écrites en français ou en anglais; et c) publiées après 1990. Pour ces raisons, 3 630 références ont été exclues. Par la suite, une lecture des titres et des résumés des 2 618 références restantes a été effectuée. De ce fait, les articles devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : a) le ME ainsi que la proche ayant un usage problématique sont âgés de 18 et plus; b) ces deux individus entretiennent une relation significative; c) une problématique d'usage de SPA, de JHA ou des écrans était présente chez le proche; et d) il s'agit d'études portant sur la description des stratégies d'adaptation utilisées par les ME tel que rapporté par les ME ou de développement d'un questionnaire portant sur les stratégies d'adaptation utilisées par les ME. Cela a conduit à retenir 48 études. La révision des références de

chacune des études sélectionnées [37] a permis d'ajouter 16 articles. Une mise à jour a été réalisée le 15 juillet 2024, aucune étude n'a été ajoutée. La Figure 2 présente l'organigramme de la recension de la littérature où un total de 64 articles ont finalement été inclus.

Figure 2

Organigramme



Extraction des données

Afin de regrouper les informations des études sélectionnées au regard de l'objectif de recherche, un tableau permettant de consigner les informations suivantes fut développé : a) caractéristiques des articles (auteurs, années, pays); b) population (type de ME, type d'usage), c) méthode de recrutement; et d) méthode de recherche de ces études ainsi que les moyens utilisés. Le tableau 2 présente la description des 64 études sélectionnées.

Synthèse des résultats

Cette étape consiste à rassembler, résumer et rapporter les résultats issus des articles sélectionnés [36]. Pour ce faire, des analyses qualitatives ont été conduites à l'aide du logiciel NVivo 12 en utilisant une la démarche d'analyse thématique telle que développée par Braun et Clarke [38]. Cette démarche est composée de six étapes : 1) se familiariser avec le corpus de données par l'intermédiaire de la lecture et de la relecture des articles satisfaisant les critères de sélection; 2) générer un premier encodage des caractéristiques intéressantes; 3) rassembler et nommer les codes en thèmes potentiels; 4) examiner les thèmes via une relecture des extraits sélectionnés; 5) affiner les spécificités de chaque thème; et 6) produire un rapport d'analyse, ce travail a été réalisé en collaboration avec les co-auteurs du présent article.

Consultation des experts

L'exercice de consultation permet d'éclairer et de valider les constatations réalisées dans l'étude de la portée [36]. Bien qu'elle soit généralement optionnelle, la consultation des experts favorise l'utilité des résultats lorsque les cliniciens contribuent aux travaux [39]. Le groupe d'experts composé des co-auteurs de la présente étude, soit Tremblay, Blanchette-Martin, Côté, et Gatineau, ont été impliqués dans la réflexion à plusieurs occasions afin de bonifier la recension des écrits effectuée en vue de proposer une nomenclature plus exhaustive.

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
Ahuja, Orford et Copello (2003) [21]	Royaume-Uni	$n = 41$ (24 partenaires, 7 filles et 10 consommateurs) Âgés entre 17 et 64 ans SPA	-Par l'entremise des services spécialisés de traitement de la toxicomanie, des soins en médecine générale	Recherche mixte -Coping Questionnaire -Entrevues semi-structurées -Cultural, Identification, and Structural Assimilation
Arcidiacono, Velleman, Procentese, Albanesi et Sommantico (2009) [40]	Italie	$n = 113$ (53 parents, 37 partenaires, 14 fratrie, 8 enfants et 1 tante) Âgés entre 21 et 82 ans SPA	-Par l'entremise d'un vaste projet de recherche-action multidimensionnelle en Italie	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Backett-Milburn, Wilson, Bancroft et Cunningham-Burley (2008) [41]	Écosse	$n = 38$ (38 enfants) Âgés entre 15 et 27 ans SPA	-Par l'entremise des organismes communautaires de lutte contre les drogues, des groupes de jeunes, des organismes de jeunes aidants, d'une clinique d'entretien des médicaments et par l'entremise de contacts personnels	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Barber et Gilbertson (1997) [42]	Australie	$n = 60$ (60 partenaires) Âgés de 25 ans et plus SPA	-Par l'entremise de publicités dans les journaux	Recherche quantitative -Responses to Intoxication -Responses to Abstinence or Reduced Drinking
Benrazavi, Teimouri et Griffiths (2015) [43]	Malaisie	$n = 296$ (296 enfants) Âgés entre 16 et 22 ans UPI	-Étudiants collégiaux, quatre collèges ont été approchés	Recherche quantitative -The Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ) -Parental Mediation Measurement
Booth, Dowling, Landon, Lubman, Merkouris et Rodda (2021) [29]	Royaume-Uni, Australie, États-Unis, Nouvelle-Zélande,	$n = 329$ (membres de l'entourage, lien non précisé) JHA	-Revue systématique	Recherche qualitative -Revue systématique

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
	Canada, Irlande et Singapore			
Butler et Bauld (2005) [44]	Angleterre	$n = 11$ (9 mères, 1 père et 1 entrevue comprenant les deux parents) Adultes, âge non précisé SPA	-Organisme d'étude de cas	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Church, Bhatia, Velleman, Orford, Rane et Nadkarni (2018) [14]	Inde	$n = 30$ (19 partenaires, 3 mères, 2 fratries, 2 enfants et 3 beaux-parents) Âgés entre 18 et 70 ans. SPA	-Par l'entremise des soins primaires, un centre de désintoxication et de réadaptation, des cliniques psychiatriques privées, des services locaux, des groupes (p. ex. Al-Anon) et de la collectivité	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Copello, Orford, Velleman, Templeton et Krishnan (2000) [45]	Royaume-Uni	$n = 3$ (3 études de cas : 2 partenaires et 1 mère) Âgés entre 19 et 56 ans SPA	-Études de cas	Description de l'intervention brève en cinq étapes -Coping Questionnaire -Symptom Rating Test
Côté, Brunelle et Tremblay (2018) [28]	Canada	$n = 19$ (19 partenaires) Âgés entre 24 et 54 ans JHA	-Par l'entremise de trois centres spécialisés dans le traitement des joueurs pathologiques	Recherche mixte -Entrevues semi-structurées - Spouse Enabling Inventory (SEI) - Spouse Sobriety Influence Inventory (SSII)
Côté, Tremblay, Jiménez-Murcia, Fernández-Aranda et Brunelle (2020) [46]	Canada	$n = 19$ (19 partenaires) Âgés entre 24 et 54 ans JHA	-Par l'entremise de trois centres spécialisés dans le traitement des joueurs pathologiques	Recherche mixte -Entrevues semi-structurées - Spouse Enabling Inventory (SEI) - Spouse Sobriety Influence Inventory (SSII)
Cropley (2006) [47]	États-Unis	$n = 134$ (134 partenaires) Âgés de 18 ans et plus	-Par l'entremise de publicités dans les journaux et à la télévision et en obtenant des références par	Recherche mixte -Entrevues semi-structurées

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
		SPA	l'intermédiaire d'une agence de traitement de la toxicomanie dans le sud de la Californie	-Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) -Persuasive effectiveness scale
Denomme et Benhanoh (2017) [48]	Canada	$n = 125$ (67 enfants, 40 partenaires, 3 parents et 14 autres ME) Moyenne d'âge de 53 ans SPA	-Par l'entremise d'un programme de traitement	Recherche quantitative -Perceived personal benefits
Fereidouni, Joolae, Fatemi, Mirlashari, Meshkibaf et Orford (2015) [49]	Iran	$n = 24$ (24 partenaires) Âgées entre 26 et 57 ans SPA	-Par l'entremise de cliniques de désintoxication	Recherche qualitative - Entrevues semi-structurées
Fotopoulou et Parkes (2017) [50]	Grèce	$n = 48$ (40 consommateurs adultes et 8 parents) Âgés entre 23 et 47 ans SPA	-Par l'entremise de l'hôpital psychiatrique de Thessaloniki	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Gethin, Trimingham, Chang, Farrell et Ross (2016) [51]	Australie	$n = 108$ (108 parents d'enfants adultes) Adultes, âge non précisé SPA	-Participants qui s'inscrivaient à un atelier Stepping Stones « deux week-ends » ont été invités à participer à l'étude	Recherche quantitative -Family Drug Support program Questionnaire (FDSQ) -Adjustment to Drugs Questionnaire -Coping Questionnaire (CQ) -Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)
Gong et Rodda (2020) [52]	Nouvelle-Zélande	$n = 192$ (192 sources s'adressant aux parents de <i>gamers</i>) UPI	-Revue systématique	Recherche qualitative -Revue systématique
Goulet, Giroux et Jacques (2016) [53]	Canada	$n = 156$ (156 partenaires) Âgés de 18 ans et plus JHA	-Par l'entremise d'annonces placées dans différents journaux de Québec et de Montréal et envoyées par courriel aux	Recherche mixte -Entrevues téléphoniques semi-structurées -South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
			membres de la communauté universitaire de l'Université Laval	
Hing, Tiyce, Holdsworth et Nuske (2013) [54]	Australie	$n = 48$ (18 partenaires, 14 parents, 8 enfants adultes, 2 amis et 5 autres ME) Âgés entre 20 et 71 ans JHA	-Par l'entremise de service d'aide téléphonique gratuit sur les jeux d'argent	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Holdsworth, Nuske, Tiyce et Hing (2013) [15]	Australie	$n = 18$ (18 partenaires et ex-partenaires) Âgés entre 22 et 68 ans JHA	-Par l'entremise d'une étude précédente sur le jeu menée par certains des auteurs, par le biais de publicités Facebook et Google, d'un groupe de soutien au jeu et de contacts personnels	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Horta, Daspett, Egito et Macedo (2016) [55]	Brésil	$n = 87$ (75 femmes et 12 hommes) Âgés entre 24 et 82 ans SPA	-Par l'entremise de deux unités de santé de base	Recherche qualitative -Groupe de discussion
Järvinen-Tassopoulos (2020) [56]	Finlande	$n = 40$ (40 partenaires) Adultes, âge non précisé JHA	-Par l'entremise d'un forum de discussion en ligne en langue finnoise conçu pour les joueurs compulsifs et leur entourage	Recherche qualitative -Groupe de discussion sur des forums
Kim-Godwin (2021) [32]	États-Unis	$n = 17$ (17 mères d'enfants adultes) Âgés entre 44 et 63 ans SPA	-Par l'entremise de réunions de groupes de soutien locaux	Recherche quantitative -Perceived Stress Scale -PHQ-9, GAD-7 et PHQ-15 -A modified version of the Credibility/ Expectancy Questionnaire -Saliva Cortisol
Kourgiantakis, Saint-Jacques et Tremblay (2018) [57]	Canada	$n = 11$ (8 partenaires, 2 enfants et 1 parent) Âgés entre 24 et 76 ans JHA	-Par l'entremise des services en toxicomanie et en santé mentale	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
Krishnan, Orford, Bradbury, Copello et Velleman (2001) [16]	Royaume-Uni	$n = 15$ (15 consommateurs : perceptions du consommateur face au coping des ME) Âgés entre 30 et 70 ans SPA	-Par l'intermédiaire des membres de leur famille qui avaient participé à la recherche	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Landon, Grayson et Roberts (2018) [58]	Nouvelle-Zélande	$n = 10$ (ex-partenaires, parents, enfants, amis et autres ME) Âgés entre 30 et 70 ans JHA	-Les participants ont été recrutés lors de rencontres pour un soutien social et un dépistage de routine les a identifiés comme étant affecté par le jeu de leur proche	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Le Poire, Hallett et Erlandson (2000) [30]	États-Unis	$n = 52$ (52 partenaires) Âgés entre 18 et 80 ans SPA	-Par l'entremise de publicités dans les journaux et à la télévision	Recherche mixte -Entrevues semi-structurées -Persuasive Effectiveness Scale -Chemical Dependency Relapses
Love, Longabaugh, Clifford, Beattie et Peaslee (1993) [59]	États-Unis	$n = 320$ (163 consommateurs et 157 ME) Âgés entre 19 et 76 ans SPA	-Par l'entremise des services ambulatoires de traitement de la toxicomanie à l'hôpital Butler	Recherche quantitative -Significant Other Behavior Questionnaire (SBQ)
Mathews et Volberg (2013) [17]	États-Unis	$n = 50$ (18 partenaires ou ex, 8 parents, 7 fratries, 8 enfants adultes et 9 beaux-parents) Adultes, âge non précisé JHA	-Par l'entremise de trois organismes de services sociaux	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
McCann et Lubman (2017) [62]	Australie	$n = 31$ (13 partenaires, 13 parents et 5 enfants adultes) Âgés entre 26 et 68 ans SPA	-Par l'intermédiaire des lignes d'assistance AOD (Alcohol and Other Drug) et des comptes de médias sociaux connexes	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
McCann, Lubman, Boardman et Flood (2017) [61]	Australie	$n = 31$ (13 partenaires, 14 parents et 4 fratries) Âgés entre 26 et 68 ans	- Par l'intermédiaire des lignes d'assistance AOD (Alcohol and Other Drug) et des comptes de médias sociaux connexes et par le	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
		SPA	<i>Self Help Addiction Resource Centre (SHARC)</i>	
McCann et Lubman (2018) [62]	Australie	$n = 31$ (13 partenaires, 13 parents, 4 fratries et 1 fille) Âgés entre 26 et 68 ans SPA	-Par l'intermédiaire des lignes d'assistance AOD (Alcohol and Other Drug) et des comptes de médias sociaux connexes	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
McCann, Polacsek et Lubman (2019) [62]	Australie	$n = 31$ (13 partenaires, 13 parents, 4 fratries et 1 fille) Âgés entre 26 et 68 ans SPA	-Par l'intermédiaire des lignes d'assistance AOD (Alcohol and Other Drug) et des comptes de médias sociaux connexes	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Moriarty, Stubbe, Bradford, Tapper et Lim (2011) [64]	Nouvelle-Zélande	$n = 19$ (12 femmes et 7 hommes occupant les rôles de partenaires ou ex, de parents, d'enfants et de ME) Âgés de 18 ans et plus SPA	-Par l'entremise des services de santé et services sociaux	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Nadkarni, Dabholkar, McCambridge, Bhat, Kumar, Mohanraj et Patel (2013) [65]	Inde	$n = 39$ (29 consommateurs et 10 partenaires) Âgés entre 25 et 65 ans SPA	-Par l'entremise d'établissements de traitement de la toxicomanie et cliniques de soins primaires	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Orford, Rigby, Miller, Tod, Bennett et Velleman (1992) [66]	Angleterre et USA	$n = 50$ (28 partenaires, 17 parents, 4 fratries et 1 enfant) Adultes, âge non précisé SPA	-Par l'entremise d'organismes d'entraide spécialisés dans la prestation de services aux personnes ayant des problèmes de drogue et à leurs familles	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Orford (1994) [67]	Royaume-Uni	$n = 340$ (134 partenaires, 21 parents, 171 enfants, 4 fratries et 10 autres) Âgés de 16 ans et plus SPA, JHA	-Basé sur cinq études antérieures d'Orford et son équipe	Développement d'une typologie et d'un modèle transactionnel -Questionnaires de 56 et 68 items -Entrevues semi-structurées

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. (1998) [68]	Mexique et Angleterre	$n = 24$ (11 parents, 8 partenaires, 2 fratries et 2 enfants) Âgés de 18 ans et plus SPA	-Par l'intermédiaire d'un sous-échantillon d'une cohorte d'hommes et de femmes qui, lorsqu'ils ont été recrutés pour la première fois à partir de diverses sources non cliniques en 1997	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. (1998) [69]	Mexique et Angleterre	$n = 207$ (89 partenaires, 81 parents et 37 autres ME) Âgés de 18 ans et plus SPA	-Par l'intermédiaire d'un sous-échantillon d'une cohorte d'hommes et de femmes qui, lorsqu'ils ont été recrutés pour la première fois à partir de diverses sources non cliniques en 1997	Recherche mixte -Family Environment Scale, Coping Questionnaire et Symptom Rating Test -Entrevues semi-structurées avec 24 participants
Orford, Templeton, Velleman et Copello (2005) [27]	Royaume-Uni et Mexique	$n = 207$ (89 partenaires, 81 parents et 37 autres ME) Âgés de 18 ans et plus SPA et JHA	-Par l'intermédiaire d'un sous-échantillon d'une cohorte d'hommes et de femmes qui, lorsqu'ils ont été recrutés pour la première fois à partir de diverses sources non cliniques en 1997	Recherche quantitative -Family Member Impact scale (FMI) -Symptom Rating Test (SRT) -Coping Questionnaire (CQ) -Hopefulness-Hopelessness scale (HOPE)
Orford, Velleman, Copello, Templeton et Ibanga (2010) [23]	Royaume-Uni	$n = 827$ familles (partenaires, parents, enfants, fratrie et autres) Âge non précisé SPA	-Résultats collectifs de plusieurs études menées dans différents pays au cours des 20 dernières années	Recherche qualitative -Résultats qualitatifs combinés de 18 études
Orford, Velleman, Natera, Templeton et Copello (2013) [18]	Royaume-Uni, Mexique, Italie et Australie	$n = 207$ (89 partenaires, 81 parents et 37 autres ME) Âgés de 18 ans et plus SPA et JHA	-Par l'intermédiaire d'un sous-échantillon d'une cohorte d'hommes et de femmes qui, lorsqu'ils ont été recrutés pour la première fois à partir de diverses sources non cliniques en 1997	Recherche qualitative -Aperçu conceptuel basé sur des études antérieures d'Orford et son équipe
Pandini, Ferreira D'artibal, Paiano et Marcon (2016) [70]	Brésil	$n = 10$ familles (7 mères, 2 sœurs, 1 partenaire, 1 père, 1 beau-père, 1 fils, 2 grands-parents et 1 belle-sœur) Adultes, âge non précisé	-Par l'intermédiaire de l'unité des soins de santé primaires	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
		SPA		
Patford (2007) [71]	Australie	$n = 15$ (15 parents) Âgés entre 43 et 76 ans JHA	-Par l'entremise de distribution des tracts dans les maisons des banlieues ayant divers attributs socioéconomiques et de la publicité pour l'étude au moyen d'entrevues à la radio et à la télévision, de sites Web, de réseaux de courriels, d'affiches, de journaux et d'autres publications	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Patford (2007) [72]	Australie	$n = 15$ (11 partenaires ou ex, 2 parents et 2 fratries) Âgés entre 18 et 45 ans JHA	-Par l'entremise de distribution des tracts dans les maisons des banlieues ayant divers attributs socioéconomiques et de la publicité pour l'étude au moyen d'entrevues à la radio et à la télévision, de sites Web, de réseaux de courriels, d'affiches, de journaux et d'autres publications	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Patford (2009) [22]	Australie	$n = 23$ (23 partenaires) Âgés entre 22 et 62 ans JHA	-Par l'entremise de distribution des tracts dans les maisons des banlieues ayant divers attributs socioéconomiques et de la publicité pour l'étude au moyen d'entrevues à la radio et à la télévision, de sites Web, de réseaux de courriels, d'affiches, de journaux et d'autres publications	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Petra (2020) [73]	États-Unis	$n = 211$ (211 partenaires) Âgées entre 24 et 65 ans SPA et JHA	-Par l'entremise du registre des participants à la recherche de l'université, des dépliants affichés	Recherche quantitative -Coping Questionnaire

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
Philpott et Christie (2008) [74]	Royaume-Uni	$n = 29$ (29 partenaires) Âgés entre 45 et 54 ans SPA	dans les lieux publics de la région métropolitaine et des avis en ligne -Par l'entremise de trois services spécialisés en toxicomanie	Recherche quantitative -Coping Questionnaire -Questions ouvertes
Ranganathan (2004) [75]	États-Unis	$n = n$ 'est pas mentionné (ME, partenaire, mère) Adultes, âge non précisé SPA	-N'est pas précisé	Recherche qualitative
Riley, Harvey, Crisp, Battersby et Lawn (2021) [5]	Australie	$n = 53$ études JHA	-Revue systématique et méta-analyse	Recherche qualitative -Revue systématique et méta-analyse
Rodda, Dowling, Thomas, Bagot et Lubman (2020) [24]	Australie	$n = 62$ (41 partenaires, 5 parents, 8 enfants ou fratrie et 8 amis ou autre ME) Âgés entre 21 et 67 ans JHA	-Par l'intermédiaire d'un service de counseling pour les problèmes de jeu sur le site Internet national australien	Recherche mixte -PG-SOIS -PG-FIM -Oslo Social Support Scale -HSQ-FAM -Questions ouvertes
Rodriguez, DiBello et Neighbors (2013) [76]	États-Unis	$n = 702$ (702 partenaires et ex-partenaires) Âgés entre 17 et 28 ans SPA	-Par l'intermédiaire d'un sondage en ligne destiné aux étudiants de premier cycle en échange de crédit supplémentaire	Recherche quantitative -Thinking about your partner's drinking (TPD) -Partner management strategies (PMS)
Schultz et Alpaslan (2020) [77]	Afrique du Sud	$n = 12$ (12 partenaires) Âgés entre 23 et 61 ans SPA	-Par l'entremise des établissements de traitement pour patients hospitalisés et ambulatoires et les groupes de soutien	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Simonen et Törrönen (2017) [78]	Finlande	$n = 14$ (14 partenaires nées entre 1920 et 1940) Adultes, âge non précisé SPA	-Autobiographies	Recherche qualitative -Autobiographies

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
Smith, Cleeland, Middleton et Godley (2013) [79]	États-Unis	$n = 84$ (42 consommateurs et 42 amis ou autres ME) Âgés entre 18 et 25 ans SPA	-Par l'entremise d'organismes sans but lucratif de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances en consultation externe	Recherche quantitative -Adapted version of the SBQ-Peer Reactions to Participant's Substance Use -Peer attitudes toward the identified clients' use/counseling
Suomi, Jackson, Dowling, Lavis, Patford, Thomas, Harvey, Abbott, Bellringer, Koziol-McLain et Cockman (2013) [80]	Australia, Nouvelle-Zélande et Chine	$n = 120$ (63 femmes et 57 hommes occupant les rôles de partenaires ou ex, parents, enfants adultes, fratrie et autres) Âgés entre 24 et 55 ans JHA	-Par l'intermédiaire d'agences spécialisées dans le traitement du jeu compulsif et d'autres services comme les organismes de lutte contre la drogue et l'alcool et les services à la famille	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Suonpaa (2005) [31]	Finlande	$n = 27$ (23 partenaires et 4 autres ME) Âgés entre 20 et 65 ans SPA	-Par l'entremise d'envois de demandes d'entrevue par la poste et en plaçant des publicités sur des panneaux d'affichage à l'Université d'Helsinki, certains lieux de travail et quelques magasins	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Tamutiene et Laslett (2017) [81]	Lithuanie	$n = 24$ (24 partenaires et ex-partenaires) Âgés entre 23 et 62 ans SPA	-Membres de groupe Al-Anon et membres des AA	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées
Thomas, Yoshioka et Ager (1996) [82]	États-Unis	$n = 68$ (68 partenaires) Adultes, âge non précisé SPA	-Dans le cadre de l'élaboration et de l'évaluation du programme de traitement unilatéral	Recherche quantitative -Spouse Enabling Inventory (SEI)
Valentine et Hughes (2010) [20]	Royaume-Uni	$n = 26$ (20 hommes joueurs et 6 femmes joueuses ayant identifié un ME (partenaires, enfants, parents, fratrie et proche aidant) Âgés entre 19 et 55 ans	-Par l'intermédiaire d'un sondage en ligne s'adressant aux joueurs en ligne où ils ont identifié un ME	Recherche qualitative -Entrevues semi-structurées

Tableau 2*Visualisation des données*

Auteurs (année)	Pays	Population	Méthode de recrutement	Méthode de recherche
		JHA		
Velleman, Bennett, Miller, Orford, Rigby et Tod (1993) [83]	Angleterre	$n = (28 \text{ partenaires, } 19 \text{ parents et } 5 \text{ enfants ou fratrie})$ Âgés entre 32 et 41 ans SPA	-Par l'intermédiaire de proches identifiés dans le traitement, de services existants tels que <i>Families Anonymous</i> ou des groupes de soutien aux familles au sein des agences de lutte contre la drogue.	Recherche mixte -Entrevues semi-structurées -Analyses quantitatives et qualitatives
Wilson, Lubman, Rodda, Manning et Yap (2017) [84]	Australie	$n = 100$ (100 partenaires) Âgés entre 15 et 65 ans SPA	-Par l'entremise du service national de clavardage en ligne de counseling AOD (Acohol and Other Drug) disponible 24h/24	Recherche qualitative -Transcription du service de clavardage de counseling
Wilson, Lubman, Rodda, Manning et Yap (2018) [85]	Australie	$n = 100$ (100 partenaires) Âgés entre 15 et 65 ans SPA	-Par l'entremise du service national de clavardage en ligne de counseling AOD (Acohol and Other Drug) disponible 24h/24	Recherche qualitative -Transcription du service de clavardage de counseling
Yoshioka, Thomas et Ager (1992) [86]	États-Unis	$n = 68$ (68 partenaires) Adultes, âge non précisé SPA	-Dans le cadre de l'élaboration et de l'évaluation du programme de traitement unilatéral	Recherche quantitative -Spouse Sobriety Influence Inventory (SSII)

Résultats

Parmi les 64 articles sélectionnés, deux articles portent sur l'expérience de ME côtoyant un proche ayant un usage problématique des écrans, 17 réfèrent aux ME d'un proche utilisant les JHA et les 41 autres s'attardent aux stratégies d'adaptation des ME de proches qui consomment des SPA. Seulement quatre études portent sur la comorbidité de deux types d'usage, soit SPA et JHA. Les ME sont exclusivement des partenaires amoureux dans 24 des articles sélectionnés (37,5%) alors que d'autres impliquent aussi d'autres membres de la famille. Un seul article s'adresse uniquement aux amis de proches ayant des problèmes d'usage de SPA. Un total de 75% des articles offrent des données concernant le genre des ME, permettant de constater que 82% des participants aux études recensées sont des femmes. Les études ont été réalisées en Océanie ($n = 18$), en Europe ($n = 16$), en Amérique du Nord ($n = 16$), en Amérique du Sud ($n = 2$), en Asie ($n = 4$) et en Afrique ($n = 1$), certaines ayant portées sur plus d'un continent ($n = 7$).

Dans l'ensemble, l'extraction des stratégies d'adaptation identifiées dans les 64 articles retenus a permis d'apporter des modifications mineures au modèle de Côté et ses collègues [28], soit par l'ajout d'objectifs ou par l'ajout de stratégies sous un objectif déjà existant. Le premier constat est que l'ensemble des ajouts émergeant de la littérature se regroupe bien au sein des deux grandes finalités du modèle conceptuel de Lazarus et Folkman [25], tel que repris par Côté et ses collègues [28]. Les ajouts proposés permettent tout de même de le faire évoluer et de le rendre plus représentatif des réalités vécues par l'ensemble des ME de personnes ayant un problème d'usage de SPA, de JHA ou d'écrans.

Stratégies d'adaptation dont la finalité générale est d'influencer l'usage problématique du proche ayant des difficultés d'usage

De façon générale, les stratégies identifiées par les différents auteurs et visant à avoir un impact sur l'usage problématique du proche pouvaient être classifiées au sein du modèle proposé par Côté et al. [28]. Le tableau 3 présente l'ensemble des objectifs et des stratégies figurant sous la première finalité. Tout d'abord, un objectif a été ajouté à la classification (objectif #8) ainsi que trois stratégies qui y sont associées (20, 21 et 22). L'objectif ajouté porte sur *le soutien que les ME apportent lorsque des changements sont effectués par leur proche au cours de leur démarche* [16, 29, 32, 57, 65, 66, 72, 76, 79, 85, 86]. Parmi les stratégies ajoutées sous cet objectif, on note tout d'abord comment plusieurs auteurs soulignent l'importance de *valoriser les changements lorsqu'ils se font* (#20), tel que féliciter l'atteinte de toute réduction d'usage, encourager l'obtention de bénéfices sur la santé et sur le fonctionnement général issus de cette réduction d'usage [29, 65, 66, 76, 79, 85, 86]. Certains auteurs rapportent comment il est important que le ME puisse *adopter une attitude constructive suite à un retour temporaire à un usage excessif* (#21), par exemple, en évitant de se fâcher et en l'invitant à apprendre de ses erreurs [16, 29, 57, 59, 79]. Ils soulignent également la nécessité de *soutenir le maintien des acquis* (#22) comme récompenser le proche lorsqu'il demeure abstinant (e.g., montant d'argent disponible après un certain nombre de mois d'arrêt d'usage) [29, 32, 57, 59, 76, 79].

Outre ce nouvel objectif étayé par trois stratégies, trois autres stratégies ont été ajoutées, chacune insérée sous un objectif déjà existant dans la classification de Côté et al. [28]. La lecture des différentes études a mis en évidence comment les ME peuvent en venir à *recourir à de la violence physique ou psychologique* (#7), tel que dénigrer, insulter, menacer, essayer de blesser

physiquement ou même frapper, dans le but de convaincre le proche qu'il devrait réduire ou arrêter son usage problématique (objectif #2) [14, 16, 21, 23, 31, 68, 69, 73, 74, 76, 77, 78, 81, 83, 86]. Une autre stratégie portant sur l'importance de *laisser le proche vivre les conséquences naturelles de son usage excessif* (#12) a été ajoutée sous l'objectif #5, soit d'éviter le renforcement de son usage problématique. Par exemple, certains auteurs [27, 59, 64, 86] suggèrent que de refuser de prendre soin du proche lorsqu'il est intoxiqué peut être une stratégie employée par les ME. D'autres auteurs [29] proposent au ME *d'aider le proche à ce qu'il identifie lui-même ses situations à risque d'usage excessif* (#16), par exemple en l'amenant à réfléchir à ce qui déclenche ses envies. La stratégie a donc été ajoutée sous l'objectif #6, i.e. éviter les situations à risque pour le proche.

Tableau 3

Stratégies d'adaptation dont la finalité générale est d'influencer l'usage problématique du proche ayant des difficultés d'usage : description des objectifs spécifiques et des stratégies

Objectifs spécifiques • Stratégies	CONFIRMÉES¹	AJOUTÉES
Objectif spécifique #1. Faire prendre conscience des effets négatifs de son usage problématique et des raisons pouvant motiver le proche à devenir ou demeurer abstinant	[14, 22, 28, 31, 46, 52, 72, 79]	
• Stratégies 1². Rappeler les conséquences négatives actuelles de son usage problématique	[22, 28, 29, 46, 59, 72, 79, 86]	
• Stratégies 2. Faire des commentaires sarcastiques ou blessants au sujet de son usage problématique	[16, 28, 31, 42, 46, 53, 68, 69, 75, 76, 86]	
• Stratégies 3. Souligner le fonctionnement positif de la vie familiale ou du couple lorsqu'il ne s'adonne pas à son usage problématique	[28, 46, 59, 76, 79, 86]	
Objectif spécifique #2. Essayer de convaincre le proche qu'il devrait réduire ou arrêter son usage problématique	[14, 16, 21, 28, 29, 31, 32, 40, 45, 46, 49, 53, 55, 69, 72, 76]	

Objectifs spécifiques • Stratégies	CONFIRMÉES¹	AJOUTÉES
• Stratégies 4. Exprimer son désaccord ou demander au proche de cesser son usage problématique	[16, 21, 27, 28, 31, 32, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 59, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 76, 78, 79, 86]	
• Stratégies 5. Rappeler les conséquences négatives anticipées si le proche poursuit son usage problématique	[16, 28, 40, 42, 46, 52, 59, 79]	
• Stratégies 6. Démontrer sa détresse face à son usage problématique	[5, 14, 15, 16, 21, 22, 27, 28, 29, 31, 32, 40, 45, 46, 49, 51, 54, 59, 66, 67, 68, 69, 73, 76, 77, 78, 79, 81, 83, 85, 86]	
• Stratégies 7. Essayer de convaincre le proche qu'il devrait arrêter ou réduire son usage problématique via des comportements violents		[14, 16, 21, 23, 31, 68, 69, 73, 74, 76, 77, 78, 81, 83, 86]
Objectif spécifique #3. Vouloir connaître concrètement l'ampleur de l'usage problématique du proche	[5, 16, 20, 23, 28, 29, 31, 40, 43, 45, 46, 51, 52, 53, 56, 66, 67, 69, 71, 73, 75, 81, 83, 86]	
• Stratégies 8. Surveiller/Enquêter au sujet de son usage problématique	[5, 16, 20, 23, 28, 29, 31, 40, 43, 45, 46, 51, 52, 53, 56, 66, 67, 69, 70, 73, 75, 81, 83, 86]	
Objectif spécifique #4. Éviter une séance imminente de jeu ou de consommation ou y mettre fin lorsqu'elle est en cours	[21, 22, 27, 28, 29, 31, 46, 49, 72, 80, 86]	
• Stratégies 9. Tenter de convaincre le proche de ne pas céder à l'envie de s'adonner à son usage problématique de façon imminente	[16, 21, 28, 29, 31, 32, 46, 53, 72, 76]	
• Stratégies 10. Tenter d'arrêter le proche pendant une séance de jeu ou de consommation	[27, 28, 29, 31, 46, 49, 80, 86]	
Objectif spécifique #5. Éviter le renforcement de l'usage problématique du proche	[28, 29, 30, 46, 47, 66]	

Objectifs spécifiques • Stratégies	CONFIRMÉES¹	AJOUTÉES
• Stratégies 11. Éviter de renforcer les succès, accomplissements ou performances issues de son usage problématique	[28,46]	
• Stratégies 12. Lui laisser vivre les conséquences naturelles (excluant les comportements qui mettent en danger la vie de la personne dépendante ou d'autrui.)		[27, 59, 64, 86]
Objectif spécifique #6. Éviter les situations à risque pour le proche	[28, 29, 42, 46, 52, 79]	
• Stratégies 13. Réduire ou empêcher l'accès au produit	[14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 49, 52, 53, 54, 56, 63, 65, 66, 67, 71, 72, 73, 80, 81, 83, 86]	
• Stratégies 14. Offrir au proche un contexte sécuritaire où aucune tentation de jeu ou de consommation n'est possible	[21, 22, 27, 28, 40, 42, 46, 53, 61, 65, 66, 75, 84, 86]	
• Stratégies 15. Réduire les sources de stress du proche pour ne pas qu'il aille jouer ou consommer	[5, 15, 20, 28, 30, 31, 40, 44, 46, 55, 58, 68, 71, 76, 77, 81, 86]	
• Stratégies 16. Aider le proche à identifier lui-même ses situations à risque		[29]
• Stratégies 17. Favoriser le développement de comportements incompatibles avec l'usage problématique du proche	[5, 20, 22, 28, 29, 31, 42, 46, 47, 52, 53, 55, 59, 65, 66, 67, 71, 72, 79, 86]	
Objectif spécifique #7. Favoriser le traitement du proche	[5, 14, 16, 18, 21, 24, 28, 29, 32, 40, 46, 50, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 66, 71, 72, 79, 80, 81, 85, 86]	
• Stratégies 18. Soutenir, influencer l'entrée en traitement du proche	[5, 14, 16, 18, 21, 24, 28, 29, 46, 50, 52, 53, 54, 57, 60, 71, 72, 79, 80, 81, 85, 86]	

Objectifs spécifiques • Stratégies	CONFIRMÉES ¹	AJOUTÉES
• Stratégies 19. Soutenir le proche en traitement	[16, 28, 29, 32, 40, 46, 50, 56, 66, 72]	
Objectif spécifique #8. Soutenir les changements effectués		[16, 29, 32, 57, 65, 66, 72, 76, 79, 85, 86]
• Stratégies 20. Valoriser les changements lorsqu'ils se font		[29, 65, 66, 76, 79, 85, 86]
• Stratégies 21. Lorsque le proche est engagé dans le changement, adopter une attitude constructive suite à un épisode d'usage excessif		[16, 29, 57, 59, 79]
• Stratégies 22. Soutenir le maintien des changements effectués		[29, 32, 57, 59, 76, 79]

¹Les nombres dans la colonne « Confirmée » et « Ajoutés » réfèrent aux articles recensés, selon la numérotation retrouvée au tableau 1

²Les stratégies conservées ont parfois été légèrement reformulées afin d'être pertinentes à la fois pour les ME de proches ayant des problèmes d'usage avec les JHA, mais aussi les SPA et les écrans.

Stratégies d'adaptation dont la finalité générale est d'augmenter le bien-être personnel, du couple ou de la famille

De façon générale, les stratégies identifiées par les différents auteurs et visant à améliorer le bien-être individuel, du couple ou de la famille pouvaient être classifiées au sein du modèle proposé par Côté et al. [28]. Le tableau 4 présente l'ensemble des objectifs et des stratégies figurant sous la deuxième finalité. Tout d'abord, deux objectifs ont été ajoutés à la seconde finalité. Le premier objectif porte sur les efforts visant à *prendre soin de la famille* (objectif #12) [5, 15, 20, 30, 32, 58, 69, 71, 76, 77, 79, 81, 82] où l'on retrouve trois nouvelles stratégies. Tout d'abord, plusieurs études rapportent que les ME doivent *prendre davantage de responsabilités afin de pallier les manquements du proche* (#35) [5, 15, 20, 30, 71, 76, 77, 81, 82]. Ensuite, Kim-Godwin [32], Landon et al. [58] et Orford et al. [69] soulèvent que certains ME vont *centrer leur énergie sur les autres membres de la famille plutôt que sur le proche* (#36). Finalement, l'expérience

clinique des experts les porte à mettre en évidence comment les ME veillent à ce que *l'ensemble de la famille souffre le moins possible de l'usage problématique de leur proche* (#37) comme utiliser de vieux jouets comme cadeau de Noël pour les enfants.

Le second objectif ajouté concerne *l'amélioration de la qualité de la relation avec le proche* (objectif #14) [14, 16, 20, 21, 24, 70, 72, 76, 81]. On y retrouve quatre stratégies, dont deux qui ont simplement été déplacées (#41 et #43). Järvinen-Tassopoulos [56] rapporte que certains partenaires mentionnent être prêts à *faire confiance à nouveau* si le proche fait preuve d'honnêteté quant à ses fortes envies de jouer ou à ses rechutes, d'où l'ajout de cette stratégie (#42). Côté et son équipe [46] rapportent que certaines ME ont également l'espoir que la confiance soit restaurée. Suonpaa [31] propose que certains ME vont *recourir à l'humour* (#44) lorsqu'ils réfèrent à l'usage problématique de leur proche afin d'interagir de façon plus légère au sujet de thèmes plus délicats. Comme indiqué au sein du tableau 4, huit autres stratégies (24, 27, 30, 31, 33, 38, 46 et 47) ont été ajoutées à la classification de Côté et ses collègues [28], sous des objectifs déjà existants. La littérature met en lumière que certains ME fournissent des efforts pour *aider l'entourage à comprendre l'usage problématique de leur proche* (#24), en utilisant par exemple, le concept de maladie [72] et ainsi éviter d'être confrontés à l'incompréhension de la famille, ou pour préserver l'image du proche (objectif #10). Afin d'améliorer leur propre bien-être (objectif #11), les ME vont parfois opter pour *tolérer l'usage problématique de leur proche* (#27) en adoptant une forme de lâcher-prise sur la situation, et ce, même s'ils sont en désaccord avec ces comportements [16, 18, 21, 22, 41, 50, 64, 66, 67, 69, 73, 81, 85]. Toujours dans le but d'améliorer leur bien-être (objectif #11), *les ME font appel à du soutien auprès des membres de la famille élargie, d'amis, de collègues*

ou de voisin (#30) afin d’être écoutés, conseillés, soutenus et réconfortés, ou parfois afin d’obtenir un soutien financier ou matériel de leur part [5, 14, 18, 22, 23, 24, 29, 32, 41, 44, 50, 51, 54, 56, 57, 60, 61 62, 66, 70, 71, 72, 77, 81, 83, 85]. *Certains ME se tournent vers la spiritualité pour faire face à la situation* (#31). En effet, il semble que le fait de prier, se rendre dans des endroits sacrés et de demander l’aide de Dieu soit favorable pour certains ME [14, 18, 21, 32, 55, 56, 65, 70, 72, 77, 78]. Puis, les auteurs mettent de l’avant l’importance de *prendre soin de soi* (#33) afin d’augmenter son bien-être personnel. Pour ce faire, les ME utilisent divers moyens tels que faire des activités qui sont agréables, adopter de saines habitudes de vie et gérer leur niveau de stress [16, 18, 21, 23, 24, 27, 29, 32, 45, 48, 57, 62, 67, 69, 70, 73, 83, 85].

Sous l’objectif veillant à la sécurité financière du ME (objectif #13), une stratégie a été ajoutée, soit que *les ME vont protéger leurs avoirs* (#38), en refusant de prêter de l’argent au proche, en cachant des objets de valeur, en sécurisant ses finances personnelles et, même, en plaçant de l’argent en fiducie pour les petits-enfants [15, 20, 21, 31, 51, 53, 54, 69, 70, 72, 73, 80, 86].

Enfin, sous l’objectif visant à prendre soin du proche (objectif #15), deux stratégies ont été ajoutées, soit tout d’abord *d’éviter de laisser vivre au proche les conséquences naturelles de son usage problématique* (#46). Plus précisément, certains ME vont prendre soin de proche alors qu’il est intoxiqué ou encore prendre des responsabilités qui reviendraient normalement au proche tel que payer des contraventions pour conduite en état d’ébriété, appeler au lieu de travail pour aviser de son absence ou effectuer ses tâches puisqu’il est en traitement [14, 16, 21, 27, 41, 45, 51, 69,

70, 73, 75, 76, 81, 82, 86]. Deuxièmement, les ME ont à *faire face à des situations de crise* et parfois même avoir recours aux autorités policières ou judiciaires (#47) [5, 14, 17, 21, 24, 29, 41, 58, 61, 63, 72, 85].

Tableau 4

Stratégies d'adaptation dont la finalité générale est d'augmenter le bien-être personnel, du couple ou de la famille : description des objectifs spécifiques et des stratégies

Objectifs spécifiques • Stratégies	CONFIRMÉES	AJOUTÉES
Objectif spécifique #10. Éviter d'être confronté à l'incompréhension de la famille et de l'entourage, préserver l'image du proche, de la partenaire et du couple envers eux, mais aussi, éviter de les inquiéter	[15, 16, 20, 21, 27, 28, 31, 40, 44, 46, 49, 50, 51, 56, 62, 66, 67, 68, 69, 72, 77, 82, 83, 85, 86]	
• Stratégies 23. Dissimuler l'ampleur de l'usage problématique auprès de l'entourage lorsque ceux-ci pensent que le proche a des difficultés avec les JHA, SPA ou les écrans	[16, 20, 21, 27, 28, 31, 41, 46, 50, 51, 61, 66, 68, 69, 73, 75, 77, 82, 83, 85]	
• Stratégies 24. Aider l'entourage à comprendre l'usage problématique lorsque ceux-ci pensent que le proche rencontre des difficultés avec les JHA, SPA ou les écrans		[72]
• Stratégies 25. Cacher complètement l'usage problématique auprès de l'entourage, lorsqu'ils ne connaissent pas les difficultés du proche avec les JHA, SPA ou les écrans	[15, 16, 20, 21, 28, 40, 41, 46, 49, 51, 55, 62, 70, 77, 78, 82, 83]	
Objectif spécifique #11. Améliorer son propre bien-être	[5, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 59, 60, 61,	

Objectifs spécifiques • Stratégies	CONFIRMÉES	AJOUTÉES
	62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86]	
• Stratégies 26. Réduire l'importance envers soi-même de la sévérité de l'usage problématique du proche	[16, 21, 28, 31, 40, 46, 64, 72, 81, 82]	
• Stratégies 27. Tolérer l'usage problématique du proche		[16, 18, 21, 22, 41, 50, 64, 66, 67, 69, 73, 81, 85]
• Stratégies 28. Retrait de la relation, prise de distance temporaire envers le proche lorsqu'il a joué ou consommé	[5, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 31, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 64, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 86]	
• Stratégies 29. Menace de rupture de la relation	[5, 17, 21, 22, 28, 31, 40, 44, 46, 56, 65, 76, 77, 78, 81, 83, 86]	
• Stratégies 30. Chercher du soutien émotionnel ou financier auprès de son entourage pour soi-même		[5, 14, 18, 22, 23, 24, 29, 32, 41, 44, 50, 51, 54, 56, 57, 60, 61, 62, 66, 70, 71, 72, 77, 81, 83, 85]
• Stratégies 31. Se tourner vers la spiritualité, la religion		[14, 18, 21, 32, 55, 56, 65, 70, 72, 77, 78]

Objectifs spécifiques <ul style="list-style-type: none"> Stratégies 	CONFIRMÉES	AJOUTÉES
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 32. Chercher de l'aide professionnelle pour soi-même en lien avec l'usage problématique du proche 	[5, 14, 20, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 40, 46, 50, 52, 54, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 66, 70, 71, 72, 77, 79, 81 83, 84]	
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 33. Prendre soin de soi 		[16, 18, 21, 23, 24, 27, 29, 32, 45, 48, 57, 62, 67, 69, 70, 73, 83, 85]
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 34. Vouloir comprendre en profondeur l'usage problématique du proche 	[18, 24, 28, 29, 46, 48, 52, 66]	
Objectif spécifique #12. Prendre soin de la famille		[5, 15, 20, 30, 32, 58, 69, 71, 76, 77, 79, 81, 82]
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 35. Occuper des rôles au sein de la famille que le ME ne devrait pas normalement assumer 		[5, 15, 20, 30, 71, 76, 77, 81, 82]
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 36. Se détacher du proche et concentrer son attention sur les autres membres de la famille 		[32, 58, 69]
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 37. Veiller à ce que les membres de la famille souffrent le moins possible de l'usage problématique du proche 		EXPERTS
Objectif spécifique #13. Veiller à la sécurité financière	[5, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 29, 40, 44, 49, 49, 53, 56, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 78, 81, 82, 83]	
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 38. Protéger ses avoirs 		[15, 20, 21, 31, 51, 53, 54, 69, 70, 72, 73, 80, 86]
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 39. Soutenir le proche financièrement 	[5, 16, 17, 20, 22, 23, 28, 29, 40,	

Objectifs spécifiques	CONFIRMÉES	AJOUTÉES
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 	44, 46, 56, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 78, 82, 83]	
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 40. Compenser la difficulté du proche à contribuer financièrement 	[5, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 28, 46, 49, 53, 56, 58, 63, 68, 69, 70, 71, 72, 81]	
Objectif spécifique #14. Améliorer la qualité de la relation avec le proche		[14, 16, 20, 21, 24, 70, 72, 76, 81]
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 41. Utiliser l'usage problématique pour améliorer la relation avec le proche 	[16, 28, 30, 31 43, 45, 46, 47, 59, 72, 76, 79, 81, 82]	
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 42. Réaccorder la confiance 		[46, 56]
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 43. Éviter les conflits 	[14, 21, 22, 28, 45, 46, 51, 61, 66, 81]	
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 44. Utiliser l'humour pour interagir au sujet de son usage problématique 		[31]
Objectif spécifique #15. Prendre soin du proche	[16, 18, 21, 22, 28, 32, 46, 50, 51, 63, 64, 77, 78, 80, 83, 86]	
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 45. Accueillir la détresse du proche afin de l'apaiser et qu'il se sente mieux 	[16, 28, 46, 69, 80, 82]	
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 46. Éviter de lui faire vivre les conséquences naturelles de son usage problématique 		[14, 16, 21, 27, 41, 45, 51, 69, 70, 73, 75, 76, 81, 82, 86]
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies 47. Gérer les crises 		[5, 14, 17, 21, 24, 29, 41, 58, 61, 63, 72, 85]

Discussion

L'objectif de cette étude était d'identifier l'ensemble des stratégies d'adaptation utilisées par les ME de proches ayant un problème d'usage des SPA, des JHA ou des écrans. Deux constats principaux émergent de cette étude. Premièrement, la modélisation à deux finalités telle que conceptualisée par Côté et ses collaborateurs [26] s'applique de manière appropriée aux stratégies d'adaptation des ME dans le champ des problématiques d'usage aux SPA, JHA, et aux écrans, bien que le dernier groupe soit moins étudié. Un second constat de cette étude est que, bien qu'il existe un ensemble de stratégies d'adaptation communes employées par les ME de proches confrontés à des usages problématiques (SPA, JHA, ou écrans), des variations semblent aussi apparaître selon le type de relation entre le ME et le proche concerné. Par exemple, l'utilisation de certaines stratégies est plus fréquente ou spécifique selon que le ME soit un partenaire, un parent, ou un ami. À la lumière de ces principaux constats, la présente discussion portera sur les modifications apportées au modèle de Côté et son équipe [28], principalement quant aux trois objectifs ajoutés ainsi que les distinctions quant aux stratégies employées selon le type de lien.

En ce qui concerne les modifications émises au modèle de Côté et son équipe [28], le premier objectif ajouté a trait au soutien effectué par les ME au regard des changements effectués par le proche concernant son usage problématique de SPA, JHA ou d'écrans (objectif #8) se retrouvant sous la première finalité (exercer une influence sur l'usage problématique). Cet objectif souligne l'importance que les ME peuvent exercer pour encourager et soutenir la démarche de changement de leur proche. En effet, il est reconnu que l'implication des ME dans la démarche de changement de leur proche favorise la réduction ou l'arrêt des comportements liés à l'usage problématique [87,

88, 89, 90, 91, 92,93, 94, 95, 96, 97, 98]. Corrigan et ses collègues [99] soulèvent d'ailleurs que certains ME ont tendance à blâmer plus souvent leur proche concernant l'apparition de la problématique d'usage ainsi que ses rechutes, contrairement à des ME de personnes souffrant d'autres problèmes de santé mentale tels que la schizophrénie. Cela pourrait, entre autres, s'expliquer par le fait que l'usage problématique de SPA, de JHA ou d'écrans peut être perçu comme un comportement volontaire par les ME [100, 101, 102]. En conséquence, certains de ces ME peuvent croire que leur proche ne souhaite pas vraiment changer ou ne fait pas suffisamment d'efforts pour y arriver, une perception qu'ils attribuent parfois à un manque d'engagement ou d'amour envers eux [103]. Pourtant, les proches ayant des problèmes d'usage soulèvent l'importance que les ME comprennent la nature complexe de l'usage problématique qui est un phénomène de longue durée, marqué par des fluctuations et des rechutes [104, 105, 106, 107, 108, 109, 110]. Cette compréhension serait bénéfique afin que les ME puissent devenir davantage sensibles aux défis rencontrés par leur proche au regard de leur processus de changement et ainsi offrir un soutien plus adéquat [103, 110]. Les ME représentent la plupart du temps un complément significatif au traitement de leur proche, devenant ainsi des agents de changement dans leurs tentatives de faciliter et d'aider leur proche à maintenir sa sobriété [112, 113, 114]. Lorsque le ME entretient un niveau d'espoir élevé quant à l'actualisation de la démarche de changement de leur proche, cela peut notamment les conduire à adapter leurs stratégies en lien aux différentes étapes de rétablissement de leur proche [115]. Ainsi, il est donc souhaitable que les ME changent leurs attributions pour arriver à saisir que l'usage problématique est une difficulté majeure et au sujet de laquelle le changement est un processus complexe, parsemé de difficultés, dont des rechutes fréquentes. Ce changement de perception aiderait notamment les ME à offrir un soutien plus

efficace et empathique, en tenant compte du parcours de rétablissement, qui est unique à leur proche. Cette reconnaissance du rôle actif des ME et l'importance de leur soutien en continu dans le temps justifient l'ajout de l'objectif #8 au modèle de Côté et ses collaborateurs [28].

Sous la seconde finalité (augmenter son bien-être personnel, du couple et de la famille), l'ajout du second objectif, soit celui visant à prendre soin de la famille (objectif #12) élargit le concept pour inclure l'entité familiale et particulièrement le bien-être des enfants. Cette inclusion est justifiée par l'ampleur des préjudices causés aux familles par l'usage problématique, qui comprennent une augmentation des disputes familiales, un risque accru de comportements de violence et des effets collatéraux observés sur les enfants mineurs [116]. Face à la détérioration des relations familiales, certains ME se trouvent souvent contraints de se concentrer sur le bien-être de leur famille, en particulier lorsque des enfants mineurs sont impliqués [18, 49, 117]. Ainsi, cet objectif reconnaît que les problématiques d'usage peuvent créer une dynamique familiale déséquilibrée [118], nécessitant une attention particulière au bien-être de tous les membres de la famille. Trois stratégies ajoutées sous cet objectif reflètent cette préoccupation. La stratégie #37 souligne comment le ME est souvent très préoccupé quant à l'impact des comportements de l'usage problématique sur les autres membres de la famille, principalement auprès des enfants mineurs du couple en veillant à minimiser leur souffrance dans cette situation. La stratégie #35 illustre que le ME doit assumer des rôles négligés par le proche qui a un usage problématique, prenant ainsi en charge une plus grande part des responsabilités et augmentant le fardeau de la tâche quotidienne. La stratégie 36 relève qu'avec le temps, certains ME choisissent de se détacher de leur proche qui ne change pas ses comportements d'usage et redirigent plus intensément leurs énergies vers la

protection et le soutien des enfants mineurs. Ces stratégies illustrent comment les ME se sentent investis d'une mission de protection de la famille et plus particulièrement auprès des enfants mineurs [40]. En conséquence, ils se retrouvent parfois seuls à porter l'ensemble des responsabilités émotionnelles et organisationnelles de la famille [81]. De fait, il semble que les rôles traditionnels associés aux genres exercent une pression sur les femmes pour qu'elles assument la responsabilité des comportements de leur proche et qu'elles compensent pour les rôles que leur proche ne puisse remplir [81]. Dans de nombreux cas, les ME ont perçu la nécessité de garantir la survie d'un minimum de routines familiales, nécessaires pour protéger les jeunes enfants. [40]. Étant donné que les besoins des autres membres de la famille peuvent devenir au second plan en présence d'un proche ayant une problématique d'usage [27], le fait de recentrer l'attention sur d'autres membres de la famille pourrait aider à rééquilibrer le système familial, même si l'usage problématique se poursuit [73].

Sans surprise, les relations interpersonnelles sont souvent endommagées lorsqu'il y a présence d'usage problématique [3, 15, 103, 119] et de nombreux ME utilisent des stratégies d'adaptation pour tenter de reconstruire la proximité avec leur proche [63]. Toujours sous la seconde finalité, l'ajout du troisième objectif, soit celui visant à améliorer la relation avec le proche (objectif #14) témoigne des bris relationnels majeurs qu'a pu subir la relation entre le ME et son proche. Les diverses attributions spontanées utilisées par les ME pour s'expliquer les problèmes d'usage de leur proche peuvent aussi se répercuter sur leur relation. Par exemple, les parents sont plus susceptibles d'attribuer l'usage problématique à la mauvaise influence d'autres personnes externes tandis que les partenaires ont tendance à attribuer les causes de l'usage problématique,

aux conflits et aux difficultés relationnelles dans la famille d'origine de leur conjoint ou conjointe ou encore à une faiblesse du caractère [40]. Par ailleurs, le fait de percevoir l'usage de son proche comme étant problématique semble être associé aux résultats que cela engendre sur la relation, puisque cela peut créer des tensions sur la relation, ce qui a un impact sur la confiance, la satisfaction et l'engagement [76]. Le proche peut avoir usé de différents comportements afin de maintenir ses habitudes d'usage (p. ex. mentir, cacher, nier, voler, tromper, etc.), pouvant faire naître un sentiment de trahison chez le ME [46]. Il est donc fréquent que ce dernier demeure avec des inquiétudes en raison des blessures relationnelles, et ce, même si la problématique semble résorbée ou sous contrôle, à savoir si le proche va rechuter ou s'il est digne de confiance [3]. Une dynamique parsemée de trahisons chroniques répétées risque de demander davantage de temps pour la rétablir, puisque le ME a été confronté à de nombreuses promesses brisées, ce qui a grandement affecté la relation de confiance envers le proche [23, 120, 121]. De fait, les ME soulèvent la nécessité de mettre en place des stratégies d'adaptation pour protéger la relation contre les dommages, tout en participant à la mise en œuvre de mesures visant à prévenir d'autres dommages (p. ex. prendre le contrôle des finances). Un besoin est également soulevé face à la mise en œuvre de stratégies pour maintenir ou réparer, mais aussi dans certains cas pour mettre un terme à la relation [24]. Cela suggère que les interventions qui mettent l'accent sur les relations [91] peuvent constituer une approche de traitement prometteuse afin de minimiser les préjudices actuels et futurs de l'usage problématique, particulièrement pour protéger la relation [24]. Par ailleurs, il semble que des stratégies d'évitement soient associées à un plus grand nombre de disputes entre les couples et semblent donc avoir un effet négatif sur l'adaptation familiale et individuelle [122, 123]. De plus, le partage des émotions et la communication sont considérés comme des moyens

clés afin de rétablir des relations solides [73]. En revanche, des stratégies axées sur l'expression de l'exaspération (e.g. devenir émotif, plaider auprès du proche ou dire au proche que son usage problématique est bouleversant et qu'il doit changer) ne sont pas perçues comme étant utiles pour les ME [73]. Fereidouni et ses collaborateurs [49] ont observé un changement dans la position des ME à l'égard de l'usage problématique de leur proche où les ME adoptent une double position, différenciant leur proche d'une part et leur usage problématique d'autre part, leur aversion est plutôt orientée vers l'usage problématique qu'envers leur proche.

Le second constat de cette étude de la portée est que même s'il y a un ensemble de stratégies d'adaptation partagées par les ME dont les proches font face à des usages problématiques (SPA, JHA ou écrans), des variations émergent selon la nature de la relation entre le ME et le proche concerné. L'expérience des ME face à l'usage problématique est marquée par une dualité complexe. D'une part, ils partagent des similitudes en termes d'émotions et de défis, tels que le soutien à leur proche et le désaccord face à l'usage problématique. D'autre part, les rôles familiaux exercent une influence sur la manière dont les ME font face à la situation [27, 49, 50, 124]. Il semble exister un lien significatif entre la nature de la relation et les conditions de vie en ce qui concerne l'ampleur des difficultés [2], notamment au niveau du degré d'implication dans la relation, de la cohabitation, de la répartition des tâches et des responsabilités ainsi que le partage des finances [2, 4, 50, 81, 118, 125, 126, 127]. De fait, les différences liées à la relation et aux contextes individuels influencent inévitablement les réponses et les stratégies d'adaptation adoptées [124]. Cette dualité entre une expérience universelle et des adaptations spécifiques souligne l'importance d'une approche personnalisée dans le soutien des ME face aux défis posés par l'usage problématique. Par

exemple, les partenaires amoureux semblent avoir une meilleure capacité à se distancer de leur partenaire ayant un problème d'usage que les parents [40]. Par ailleurs, d'un point de vue financier, les parents continuent d'assumer la responsabilité financière de leurs enfants adultes, même lorsque ces enfants ne sont plus à la maison [2]. Un phénomène semblable s'observe au niveau de la séparation. En effet, bien que la séparation ou le divorce soit socialement sanctionné pour les partenaires, il est moins socialement acceptable pour les parents de se détacher de leurs enfants, même si leurs enfants ne vivent plus avec eux [127]. Ainsi, la prise de distance semble plus difficile pour un parent que pour un partenaire.

En revanche, de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il existe un nombre significatif de similitudes dans le tronc commun des stratégies d'adaptation utilisées par les ME [124, 128, 129, 130]. Orford [129] suggère que les différences résident davantage au sein de trois variations, 1) plus la problématique d'usage représente un fardeau lourd à supporter, plus il est difficile de faire face à la problématique, 2) plus le ME est dans une position familiale renforçant la subordination culturelle et de dépendance, plus il est difficile de faire face à la problématique, et 3) plus le ME a accès à du soutien social de bonne qualité, plus il est facile de faire face à la problématique d'usage de leur proche. D'ailleurs, les résultats de la présente étude renforcent également l'idée avancée par le modèle *stress-strain-coping-support* (SSCS, stress-tension-adaptation-soutien) [26], selon laquelle, il existe une expérience fondamentale et universelle pour les ME touchés par l'usage problématique (SPA, JHA ou écrans) où l'ensemble des ME vont utiliser des stratégies d'adaptation en vue de tenter de retrouver un certain équilibre.

Retombées de l'étude et implication clinique

Le principal apport de cette étude est une contribution à la bonification de la conceptualisation principale des stratégies d'adaptation utilisées par les ME confrontés aux problèmes d'usage de SPA, JHA et des écrans de leurs proches pouvant alimenter les milieux cliniques dans leurs interventions. Cette étude de la portée a permis, entre autres, de confirmer que le modèle proposé par Lazarus et Folkman [25] est généralisable aux problématiques d'usage (SPA, JHA, écrans) tel que suggéré par Côté et ses collègues [28]. Cette classification permet aux personnes intervenantes de mieux comprendre la gamme des stratégies d'adaptation utilisées par les ME afin de faire face à l'usage problématique de leur proche. Cette classification est un bon levier d'intervention permettant d'ouvrir la discussion avec les ME quant à l'ensemble des comportements qu'ils adoptent pour transiger avec le problème d'usage du proche. Ainsi, ouvrir la discussion avec les ME sur les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent permettrait notamment de les sensibiliser sur l'influence qu'ils peuvent avoir sur les comportements d'usage de leur proche. Cette discussion devient alors propice à ce que la personne intervenante puisse leur fournir des repères quant à certaines stratégies et d'attirer leur attention sur l'importance de veiller à leur propre bien-être, mais aussi à celui des enfants. Finalement, le fait de questionner les ME sur leur perception du trouble (son origine, ses liens avec la volonté de changer ou non) s'avère essentiel afin d'assurer une compréhension globale du point de vue des ME, puisque les stratégies d'adaptation doivent être travaillées parallèlement avec les attributions des ME en lien avec la problématique d'usage de leur proche [76]. Ultimement, la classification proposée dans cette étude permet de regrouper différents profils de ME et d'illustrer l'ensemble des stratégies d'adaptation utilisées par les ME pour faire face à la problématique d'usage.

Limites et recherches futures

La présente étude rencontre certaines limitations, notamment en ce qui a trait à la population à l'étude. En effet, les recherches sélectionnées réfèrent pour la grande majorité à une culture occidentale, il est donc possible que certaines stratégies d'adaptation soient différentes dans les cultures orientales. Également, les échantillonnages sont majoritairement composés de partenaires féminins. Tremblay et al. [131] expliquent ce phénomène par l'hypothèse que les hommes préfèrent régler leurs problèmes par eux-mêmes, ne pas en parler et rapportent que leur fierté serait ébranlée s'ils demandaient de l'aide. De plus, Hurcom et son équipe [122] mettent de l'avant que les stratégies employées par les hommes et celles employées par les femmes sont différentes, plus d'études portant sur le *coping* des hommes dont le proche est aux prises avec une problématique d'usage seraient donc pertinentes. C'est d'ailleurs un constat qu'émet Patford en 2013 [132], puisque les études s'adressant aux hommes comportent de petits échantillons, cela soulève des enjeux à la mesure dans laquelle les conclusions de ces études s'appliquent à d'autres groupes. Le même constat émerge dans la présente étude.

Il est important de mentionner que le comité d'experts consulté inclut deux personnes à l'origine du modèle de Côté et ses collaborateurs [28]. Dans le but de limiter les biais potentiels affectant la classification proposée, deux experts supplémentaires ont été sollicités. Leur expertise permet d'apporter des perspectives complémentaires et de renforcer la rigueur de la classification proposée.

Au fil des lectures, il a été observé que certains articles portant sur les conséquences font également mention de stratégies d'adaptation dans leurs résultats [5, 15, 17, 81, 85]. Dans cette optique, il peut s'avérer difficile de recenser l'ensemble des stratégies d'adaptation. Bien que nous connaissions l'intention derrière l'emploi d'une stratégie d'adaptation (influencer l'usage problématique ou protéger son bien-être), l'efficacité spécifique de celle-ci est peu documentée. Cela étant dit, il serait pertinent de documenter l'efficacité des stratégies afin de mieux orienter le ME quant aux stratégies à privilégier lorsqu'il consulte dans les services, puisque certaines stratégies peuvent s'avérer tout simplement contre-productives dans certains contextes, mais le tout doit faire l'objet d'autres travaux [46].

Par ailleurs, les recherches actuellement effectuées auprès de ME ont une vision plutôt individuelle en ce qui a trait aux stratégies employées. Il pourrait être pertinent de s'intéresser à l'entité du couple, à savoir comment le couple fait face à la problématique d'usage. Des interventions conjugales ou familiales seraient également à envisager afin d'ouvrir la conversation avec le proche quant aux types de stratégies employées, à savoir si elles lui sont aidantes ou si elles nuisent et influencent le maintien. À ce jour, les interventions conjugales dans le cadre d'une problématique de dépendance se sont avérées prometteuses, notamment en ce qui concerne la satisfaction conjugale [91, 94, 133].

Peu de littérature existe à ce jour sur les ME d'adultes aux prises avec une utilisation problématique des écrans. Bien qu'il semble possible de généraliser que ces ME utilisent des stratégies semblables aux ME de proches avec un problème d'usage aux SPA et aux JHA,

seulement deux articles ont été recensés et ont permis de faire ce constat. Donc, pour de futures recherches, il pourrait s'avérer pertinent de se pencher davantage sur les stratégies utilisées par ces ME.

Des évaluations portant sur le *coping* existent, toutefois peu ciblent les aux ME de proches présentant un usage problématique de SPA, JHA ou d'écrans. Ainsi les résultats issus de cette étude pourraient permettre éventuellement le développement d'un questionnaire spécifique en vue d'appuyer les interventions destinées auprès de ces personnes. Ce questionnaire d'évaluation pourrait s'avérer utile comme la majorité des ME n'ont pas toujours conscience des stratégies d'adaptation qu'ils emploient. Les personnes intervenantes auraient alors avantage à tenir compte des stratégies utilisées devenant un concept clé dans leur intervention. Ces évaluations pourraient permettre dans de futures études, de documenter de manière fiable et valide les stratégies d'adaptation employées par les ME, de surveiller leur évolution dans le temps et d'évaluer leur impact sur les habitudes d'usage de leur proche et sur leur bien-être.

Malgré ses limites, cette étude de la portée contribue à l'enrichissement des connaissances sur les stratégies d'adaptation adoptées par les ME de proches adultes ayant des problématiques d'usage liées aux SPA, aux JHA et aux écrans. Il incite les intervenants à prêter attention à ces stratégies pour mieux cibler leurs interventions.

Liste des abréviations

JHA	Jeux de hasard et d'argent
ME	Membre(s) de l'entourage
SPA	Substances psychoactives

Remerciements

Non applicable.

Contributions des auteurs

KH et JT ont participé à la conception de la revue et ont élaboré la stratégie de recherche. KH a effectué la recherche et collecté les données. Tous les auteurs ont contribué à la conceptualisation et à la conception de l'étude, ainsi qu'à l'analyse des données, en fournissant des retours et des révisions pour tous les brouillons de ce manuscrit concernant le contenu intellectuel et la clarté. Tous les auteurs ont approuvé le manuscrit final.

Financement

KH a reçu un soutien financier du Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches, du CISSS de Chaudière-Appalaches et de la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis. L'agence de financement n'a pas été impliquée dans la préparation et la rédaction du manuscrit.

Disponibilité des données et des matériaux

Il n'y a pas de données d'étude, car il s'agit d'une revue de la portée.

Approbation éthique et consentement à participer

Non applicable.

Consentement pour publication

Non applicable.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt à révéler.

Détails des auteurs

¹ Candidate à la maîtrise en psychoéducation, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), 3351, rue des Forges, Trois-Rivières (QC), G9A 5H7

² Département de psychoéducation, UQTR/Campus de Québec, 550, Boulevard Wilfrid-Hamel, Québec (QC), G1M 3E5

³ CISSS de Chaudière-Appalaches, Service de recherche en dépendance du CISSS de Chaudière-Appalaches et du CIUSSS de la Capitale-Nationale, 99, rue du Mont-Marie, Lévis (QC), G6V 0M4

⁴ Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval, Pavillon Jeanne-Lapointe, 2320, rue des Bibliothèques, Québec (QC), G1V 0A6

⁵ Candidate au doctorat en psychologie, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM), Case postale 8888, succursale Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3P8 Canada

Références

1. Dufour M, Nadeau L, Gagnon SR. Tableau clinique des personnes cyberdépendantes demandant des services dans les centres publics de réadaptation en dépendance au Québec: étude exploratoire. *Santé Ment Que.* 2014;39(2):149-68. Available from: <https://doi.org/10.7202/1027837ar>
2. Kirby KC, Dugosh KL, Benishek LA, Harrington VM. The Significant Other Checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addict Behav.* 2005;30(1):29-47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.04.010>
3. Langham E, Thorne H, Browne M, Donaldson P, Rose J, Rockloff M. Understanding gambling related harm: a proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health.* 2016;16(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2747-0>
4. Northrup JC, Shumway S. Gamer widow: A phenomenological study of spouses of online video game addicts. *Am J Fam Ther.* 2014;42(4):269-81. Available from: <https://doi.org/10.1080/01926187.2013.847705>
5. Riley BJ, Harvey P, Crisp BR, Battersby M, Lawn S. Gambling-related harm as reported by concerned significant others: A systematic review and meta-synthesis of empirical studies. *J Fam Stud.* 2021;27(1):112-30. doi: 10.1080/13229400.2018.1513856.
6. Sharma MK. Video game addiction and lifestyle changes: implications for caregivers' burden. *Indian J Psychol Med.* 2016;38(2):150-1. doi: 10.4103/0253-7176.178811.

7. Wilson SR, Lubman DI, Rodda S, Manning V, Yap MBH. The impact of problematic substance use on partners' interpersonal relationships: qualitative analysis of counselling transcripts from a national online service. *Drugs Educ Prev Policy*. 2019;26(5):429-36.
8. Boivin MD, Beaudry M, Violette F, Deslandes B, Gagnon S. Programme s'adressant aux conjointes de personnes ayant un problème de toxicomanie. Manuel des animateurs. Québec: Hôpital Saint-François d'Assise; 1995.
9. Desrosiers P, Jacques C. Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance, guide de bonnes pratiques et offre de services de base. Québec: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ); 2009.
10. Ferland F, Blanchette-Martin N, Kairouz S, Tremblay J, Nadeau L, Savard AC, L'Espérance N, Guillemette F, Dufour M. Atteintes au réseau social du joueur: impacts et conséquences. 2016. Available from:

https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/08/rapport_atteine_au_reseau_social.pdf
11. Goodwin BC, Browne M, Rockloff M, Judy Rose J. A typical problem gambler affects six others. *Int Gamb Stud*. 2017;17(2):276-89. Available from:

<https://doi.org/10.1080/14459795.2017.1331252>
12. Thériault C, Tremblay J, Ferland F. Identifying dimensions to include in the assessment of concerned significant others of people with problematic internet use: a scoping review. *Can J Addict*. 2023;14(4):66-74.
13. Griffiths M. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Use*. 2005;10(4):191-7. Available from:

<https://doi.org/10.1080/14659890500114359>

14. Church S, Bhatia U, Velleman R, Velleman G, Orford J, Rane A, Nadkarni A. Coping strategies and support structures of addiction-affected families: a qualitative study from Goa, India. *Fam Syst Health*. 2018;36(2):216-24. doi:10.1037/fsh0000339.
15. Holdsworth L, Nuske E, Tiyce M, Hing N. Impacts of gambling problems on partners: partners' interpretations. *Asian J Gambl Issues Public Health*. 2013;3(1):11. Available from: <https://doi.org/10.1186/2195-3007-3-11>
16. Krishnan M, Orford J, Bradbury C, Copello A, Velleman R. Drug and alcohol problems: the users' perspective on family members' coping. *Drug Alcohol Rev*. 2001;20(4):385-93. Available from: <https://doi.org/10.1080/09595230120092733>
17. Mathews M, Volberg R. Impact of problem gambling on financial, emotional and social well-being of Singaporean families. *Int Gamb Stud*. 2013;13(1):127-40. Available from: <https://doi.org/10.1080/14459795.2012.731422>
18. Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Soc Sci Med*. 2013;78:70-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>
19. Rodda SN, Hing N, Hodgins DC, Cheetham A, Dickins M, Lubman DI. Change strategies and associated implementation challenges: An analysis of online counselling sessions. *J Gambl Stud*. 2017;33(3):955-73. doi: 10.1007/s10899-016-9661-3.
20. Valentine G, Hughes K. Ripples in a pond: the disclosure to, and management of, problem Internet gambling with/in the family. *Community Work Fam*. 2010;13(3):273-90. doi: 10.1080/13668803.2010.488107.

21. Ahuja A, Orford J, Copello A. Understanding how families cope with alcohol problems in the UK West Midlands Sikh Community. *Contemp Drug Probl.* 2003;30(4):839-73. doi:10.1177/009145090303000406.
22. Patford J. For worse, for poorer and in ill health: How women experience, understand and respond to a partner's gambling problems. *Int J Ment Health Addict.* 2009;7(1):177-89. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-008-9173-1>
23. Orford J, Velleman R, Copello A, Templeton L. The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Educ Prev Policy.* 2010;17:44-62. Available from: <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514192>
24. Rodda SN, Dowling NA, Thomas AC, Bagot KL, Lubman DI. Treatment for family members of people experiencing gambling problems: Family members want both gambler-focused and family-focused options. *Int J Ment Health Addiction.* 2020;18(5):1318-34. doi: 10.1007/s11469-019-00143-9.
25. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York, NY: Springer; 1984.
26. Orford J, Templeton L, Velleman R, Copello A. Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Educ Prev Policy.* 2010;17(Suppl 1):36-43. Available from: <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514801>
27. Orford J, Templeton L, Velleman R, Copello A. Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction.* 2005;100(11):1611-24. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01178.x.

28. Côté M, Tremblay J, Brunelle N. A new look at the coping strategies used by the partners of pathological gamblers. *J Gambling Issues*. 2018;38:27-66. Available from: <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2018-33458-002&site=ehost-live>.
29. Booth N, Dowling NA, Landon J, Lubman DI, Merkouris SS, Rodda SN. Affected others responsivity to gambling harm: an international taxonomy of consumer-derived behaviour change techniques. *J Clin Med*. 2021;10(4). doi:10.3390/jcm10040583.
30. Le Poire BA, Hallett JS, Erlandson KT. An initial test of inconsistent nurturing as control theory: How partners of drug abusers assist their partners' sobriety. *Hum Commun Res*. 2000;26(3):432-57. Available from: <https://doi.org/10.1093/hcr/26.3.432>
31. Suonpaa J. Drinking control attempts and encouragement of alcohol use in couple relationship—a qualitative approach. *Subst Use Misuse*. 2005;40(1):13-35. doi: 10.1081/ja-200030490.
32. Kim-Godwin YS. Beliefs and experience of journaling in mothers of adult children with substance use problems: A pilot study. *J Addict Nurs*. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000410>
33. Howarth J. How Many Gamers Are There? (New 2024 Statistics). *Exploding Topics*. 2024 Aug 14. Available from: <https://explodingtopics.com/blog/number-of-gamers>
34. Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur l'accès des ménages à Internet; 2016. Available from: <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/utilisation-dinternet-chez-les-quebecois.pdf>

35. King DL, Achab S, Susumu H, Bowden-Jones H, Müller KW, Billieux J, Starcevic V, Saunders JB, Tam P, Delfabbro PH. Gaming disorder and the COVID-19 pandemic: Treatment demand and service delivery challenges. *J Behav Addict*. 2022;11(2):243-8. Available from: <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00011>
36. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: toward a methodological framework. *Int J Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi:10.1080/1364557032000119616.
37. Naderifar M, Goli H, Ghaljaei F. Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides Dev Med Educ*. 2017. In Press.
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
39. Oliver S. Making research more useful: Integrating different perspectives and different methods. In: Oliver S, Peersman G, editors. *Using research for effective health promotion*. Buckingham: Open University Press; 2001.
40. Arcidiacono C, Velleman R, Procentese F, Albanesi C, Sommantico M. Impact and coping in Italian families of drug and alcohol users. *Qual Res Psychol*. 2009;6(4):260-80. doi:10.1080/14780880802182263.
41. Backett-Milburn K, Wilson S, Bancroft A, Cunningham-Burley S. Challenging childhoods. *Childhood*. 2008;15(4):461-79. doi:10.1177/0907568208097202.
42. Barber JG, Gilbertson R. Research note: coping with a partner who drinks too much: does anything work? *Subst Use Misuse*. 1997;32(4):485-94. doi:10.3109/10826089709039367.

43. Benrazavi R, Teimouri M, Griffiths MD. Utility of parental mediation model on youth's problematic online gaming. *Int J Ment Health Addiction*. 2015;13(6):712-27. doi:10.1007/s11469-015-9561-2.
44. Butler R, Bauld L. The parents' experience: coping with drug use in the family. *Drugs Educ Prev Policy*. 2005;12(1):35-45. doi:10.1080/0968763042000275308.
45. Copello A, Orford J, Velleman R, Templeton L, Krishnan M. Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *J Ment Health*. 2000;9(3):329-43. doi:10.1080/713680252.
46. Côté M, Tremblay J, Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Brunelle N. How can partners influence the gambling habits of their gambler spouse? *J Gambling Stud*. 2020;36(3):783-808. doi:10.1007/s10899-019-09917-1.
47. Crompton CJ. The moderating role of substance abusers' personal attributes in predicting relapse and partner persuasiveness. *Addict Res Theory*. 2006;14(5):493-509. doi:10.1080/16066350600636613.
48. Denomme WJ, Benhanoh O. Helping concerned family members of individuals with substance use and concurrent disorders: an evaluation of a family member-oriented treatment program. *J Subst Abuse Treat*. 2017;79:34-45. doi:10.1016/j.jsat.2017.05.012.
49. Fereidouni Z, Joolaei S, Fatemi NS, Mirlashari J, Meshkibaf MH, Orford J. What is it like to be the wife of an addicted man in Iran? A qualitative study. *Addict Res Theory*. 2015;23(2):99-107. Available from: <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.943199>

50. Fotopoulou M, Parkes T. Family solidarity in the face of stress: responses to drug use problems in Greece. *Addict Res Theory*. 2017;25(4):326-33. Available from: <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1279152>
51. Gethin A, Trimingham T, Chang T, Farrell M, Ross J. Coping with problematic drug use in the family: An evaluation of the Stepping Stones program. *Drug Alcohol Rev*. 2016;35(4):470-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/dar.12327>
52. Gong L, Rodda SN. An exploratory study of individual and parental techniques for limiting loot box consumption. *Int J Ment Health Addict*. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00370-5>
53. Goulet A, Giroux I, Jacques C. Violence économique et stratégie de contrôle chez les couples où l'homme est joueur problématique. *J Gambl Issues*. 2016;(33):148-69. Available from: <https://doi.org/10.4309/jgi.2016.33.9>
54. Hing N, Tiyce M, Holdsworth L, Nuske E. All in the family: Help-seeking by significant others of problem gamblers. *Int J Ment Health Addict*. 2013;11:396-408.
55. Horta AL dM, Daspett C, Egito JHT d, Macedo RMS d. Experience and coping strategies in relatives of addicts. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1024-30. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0044>
56. Järvinen-Tassopoulos J. The impact of problem gambling: are there enough services available for families with children? *Public Health*. 2020;184:28-32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.020>

57. Kourgiantakis T, Saint-Jacques MC, Tremblay J. Facilitators and barriers to family involvement in problem gambling treatment. *Int J Ment Health Addict*. 2018;16(2):291-312. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9742-2>
58. Landon J, Grayson E, Roberts A. An exploratory study of the impacts of gambling on affected others accessing a social service. *Int J Ment Health Addict*. 2018;16:573-87.
59. Love CT, Longabaugh R, Clifford PR, Beattie M, Peaslee CF. The Significant-other Behavior Questionnaire (SBQ): An instrument for measuring the behavior of significant others towards a person's drinking and abstinence. *Addiction*. 1993;88(9):1267-79. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02149.x>
60. McCann TV, Lubman DI. Adaptive coping strategies of affected family members of a relative with substance misuse: A qualitative study. *J Adv Nurs*. 2017;74(1):100-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.13405>
61. McCann TV, Lubman DI, Boardman G, Flood M. Affected family members' experience of, and coping with, aggression and violence within the context of problematic substance use: A qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2017;17. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1374-3>
62. McCann TV, Lubman DI. Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(2):693-701. Available from: <https://doi.org/10.1111/inm.12355>
63. McCann TV, Polacsek M, Lubman DI. Experiences of family members supporting a relative with substance use problems: A qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(4):902-11. Available from: <https://doi.org/10.1111/scs.12688>

64. Moriarty H, Stubbe M, Bradford S, Tapper S, Lim BT. Exploring resilience in families living with addiction. *J Prim Health Care*. 2011;3(3):210-7. Available from: <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108257294&site=ehost-live>
65. Nadkarni A, Dabholkar H, McCambridge J, Bhat B, Kumar S, Mohanraj R, Murthy P, Patel V. The explanatory models and coping strategies for alcohol use disorders: An exploratory qualitative study from India. *Asian J Psychiatry*. 2013;6(6):521-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.06.010>
66. Orford J, Rigby K, Miller T, Tod A, Bennett G, Velleman R. Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *J Community Appl Soc Psychol*. 1992;2(3):163-83. Available from: <https://doi.org/10.1002/casp.2450020302>
67. Orford J. Empowering family and friends: A new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug Alcohol Rev*. 1994;13(4):417-29. Available from: <https://doi.org/10.1080/09595239400185551>
68. Orford J, Natera G, Davies J, Nava A, Mora J, Rigby K, Bradbury C, Copello A, Velleman R. Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Ment*. 1998;21(1):1-13. Available from: <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1998-02907-001&site=ehost-live>
69. Orford J, Natera G, Davies J, Nava A, Mora J, Rigby K, Bradbury C, Bowie N, Copello A, Velleman R. Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of families coping

- with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*. 1998;93(12):1799-813. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931217996.x>
70. Pandini A, Ferreira D'artibal E, Paiano M, Marcon SS. Social support network and family: Living with a family member who is a drug user. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(4):716-22. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v15i4.34602.
 71. Patford J. The yoke of care: How parents and parents-in-law experience, understand and respond to adult children's gambling problems. *Aust J Prim Health*. 2007;13. Available from: <https://doi.org/10.1071/PY07039>
 72. Patford J. Linked lives: Adult children's experiences of late onset parental gambling problems. *Int J Ment Health Addict*. 2007;5(4):367-80. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-007-9077-5>
 73. Petra MM. Coping with a loved one's substance use disorder or gambling disorder: What strategies really help? *J Loss Trauma*. 2020;25(1):86-98. doi: 10.1080/15325024.2019.1657663.
 74. Philpott H, Christie MM. Coping in male partners of female problem drinkers. *J Subst Use*. 2008;13(3):193-203. doi: 10.1080/14659890701682345.
 75. Ranganathan S. Families in transition: Victims of alcoholism and new challenges ahead. *Int J Adv Counselling*. 2004;26(4):399-405. doi: 10.1007/s10447-004-0176-8.
 76. Rodriguez LM, DiBello AM, Neighbors C. Perceptions of partner drinking problems, regulation strategies and relationship outcomes. *Addict Behav*. 2013;38(12):2949-57. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.08.028.

77. Schultz P, Alpaslan AHN. Playing the second fiddle: the experiences, challenges and coping strategies of concerned significant others of partners with a substance use disorder: informing social work interventions. *Soc Work*. 2020;56(4):430-46.
78. Simonen J, Törrönen J. Older women's experiences, identities and coping strategies for dealing with a problem-drinking male family member. *Drugs Educ Prev Policy*. 2017;24(5):409-17. doi: 10.1080/09687637.2016.1184622.
79. Smith DC, Cleeland L, Middleton A, Godley MD. Willingness and appropriateness of peers participating in emerging adults' substance misuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2013;45(1):148-54. doi: 10.1016/j.jsat.2013.01.008.
80. Suomi A, Jackson AC, Dowling NA, Lavis T, Patford J, Thomas SA, Cockman S. Problem gambling and family violence: family member reports of prevalence, family impacts and family coping. *Asian J Gambling Issues Public Health*. 2013;3:1-15.
81. Tamutiene I, Laslett AM. Associative stigma and other harms in a sample of families of heavy drinkers in Lithuania. *J Subst Use*. 2017;22(4):425-33. doi: 10.1080/14659891.2016.1232760.
82. Thomas EJ, Yoshioka M, Ager RD. Spouse enabling of alcohol abuse: conception, assessment, and modification. *J Subst Abuse*. 1996;8(1):61-80. doi: 10.1016/S0899-3289(96)90091-7.
83. Velleman R, Bennett G, Miller T, Orford J, Rigby K, Tod A. The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction*. 1993;88(9):1281-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02150.x.

84. Wilson SR, Rodda S, Lubman DI, Manning V, Yap MBH. How online counselling can support partners of individuals with problem alcohol or other drug use. *J Subst Abuse Treat.* 2017;78:56-62. doi: 10.1016/j.jsat.2017.04.009.
85. Wilson SR, Lubman DI, Rodda S, Manning V, Yap MBH. The personal impacts of having a partner with problematic alcohol or other drug use: descriptions from online counselling sessions. *Addict Res Theory.* 2018;26(4):315-22. doi: 10.1080/16066359.2017.1374375.
86. Yoshioka MR, Thomas EJ, Ager RD. Nagging and other drinking control efforts of spouses of uncooperative alcohol abusers: assessment and modification. *J Subst Abuse.* 1992;4(3):309-18. doi: 10.1016/0899-3289(92)90038-y.
87. Barber JG, Crisp BR. The "pressure to change" approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction.* 1995;90(2):269-76.
88. Barber JG, Gilbertson R. Unilateral interventions for women living with heavy drinkers. *Soc Work.* 1997;42(1):69-78.
89. Garrett J, Landau-Stanton J, Staton MD, Stellato-Kabat J, Stellato-Kabat D. ARISE: A method for engaging reluctant alcohol- and drug-dependent individuals in treatment. *J Subst Abuse Treat.* 1997;14(3):235-48.
90. McComb JL, Lee BK, Sprenkle DH. Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *J Marital Fam Ther.* 2009;35(4):415-31. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00146.x>
91. McCrady BS, Epstein EE. *Overcoming alcohol problems: A couples-focused program.* Oxford University Press; 2010.

92. McCrady BS. Treating alcohol problems with couple therapy. *J Clin Psychol.* 2012;68(5):514-25. Available from: <https://doi.org/10.1002/jclp.21854>
93. Meyers RJ, Dominguez T, Smith JE. Community reinforcement training with concerned others. In: Hasselt VB, Hersen M, editors. *Source of psychological treatment manuals for adult disorders.* New York, NY: Plenum Press; 1996. p. 257-94.
94. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *J Subst Abuse Treat.* 2006;18(1):51-4.
95. Smith JE, Milford JL, Meyers RJ. CRA and CRAFT: behavioral approaches to treating substance-abusing individuals. *Behav Analyst Today.* 2004;5(4):391-403. doi: 10.1037/h0100044.
96. Steinberg MA. Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *J Gambl Stud.* 1993;9(2):153-67. doi: 10.1007/BF01014865.
97. Steinglass P. Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *J Fam Ther.* 2009;31(2):155-74. doi: 10.1111/j.1467-6427.2009.00460.x.
98. Thomas EJ, Ager RD. Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In: O'Farrell TJ, editor. *Treating alcohol problems: marital and family interventions.* New York, NY: Guilford Press; 1993. p. 3-33.
99. Corrigan PW, Watson AC, Miller FE. Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *J Fam Psychol.* 2006;20(2):239-46.

100. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Uphoff-Wasowski K, Campion J, Mathisen J, et al. Predictors of participation in campaigns against mental illness stigma. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:378-80.
101. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* 1999;89:1328-33.
102. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *J Pers Soc Psychol.* 1988;55:738-48.
103. Tremblay J, Dufour M, Bertrand K, Blanchette-Martin N, Ferland F, Savard A-C, Saint-Jacques M, Côté M. The experience of couples in the process of treatment of pathological gambling: couple vs. individual therapy. *Front Psychol.* 2018;8:2344. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02344.
104. American Society of Addiction Medicine. Public policy statement: definition of addiction. 2011. Available from: <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>.
105. Cacciola JS, Camilleri AC, Carise D, Rikoon SH, McKay JR, McLellan AT, et al. Extending residential care through telephone counseling: initial results from the Betty Ford Center Focused Continuing Care protocol. *Addict Behav.* 2008;33(9):1208-16.
106. Chauvet M, Kamgang E, Ngui NA, Fleury MJ, Simoneau H. Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques. Montréal, QC: Centre de réhabilitation; 2015.

107. Fleury MJ, Djouini A, Huynh C, Tremblay J, Ferland F, Ménard JM, Belleville G. Remission from substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2016;168:293-306.
108. McKay JR, Van Horn DH, Oslin DW, Lynch KG, Ivey M, Ward K, Coviello DM. A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within-treatment substance use outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(6):912.
109. Stevenson JS. Alcohol use, misuse, abuse, and dependence in later adulthood. *Annu Rev Nurs Res.* 2005;23(1):245-80.
110. White WL. Recovery/remission from substance use disorders: an analysis of reported outcomes in 415 scientific reports. Philadelphia: Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services; 2012. p. 1868-2011.
111. Gavriel-Fried B, Serry M, Katz D, Hidvégi D, Demetrovics Z, Király O. The concept of recovery in gaming disorder: A scoping review. *J Behav Addict.* 2023;12(1):26-52.
112. Daley DC, Feit MD. The many roles of social workers in the prevention and treatment of alcohol and drug addiction: a major health and social problem affecting individuals, families, and society. *Soc Work Public Health.* 2013;28(3-4):159-64.
113. Denning P. Harm reduction therapy with families and friends of people with drug problems. *J Clin Psychol.* 2010;66(2):164-74.
114. Peled E, Sacks I. The self-perception of women who live with an alcoholic partner: Dialoging with deviance, strength, and self-fulfillment. *Fam Relat.* 2008;57(3):390-403.

115. Lewis V, Allen-Byrd L. Coping strategies for the stages of family recovery. *Alcohol Treat Q.* 2007;25(1-2):105-24.
116. Laslett AM, Mugavin J, Jiang H, Manton E, Callinan S, MacLean S, Room R. The hidden harm: Alcohol's impact on children and families. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education; 2015. Available from: <https://fare.org.au/wp-content/uploads/01-ALCOHOLS-IMPACT-ON-CHILDREN-AND-FAMILIES-web.pdf>
117. Selbekk AS, Sagvaag H. Troubled families and individualised solutions: an institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices involving affected others. *Sociol Health Illn.* 2016;38(7):1058-73.
118. Di Sarno M, De Candia V, Rancati F, Madeddu F, Calati R, Di Pierro R. Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug Alcohol Depend.* 2021;219:108439. Available from: [https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.drugalcdep.2020.108439](https://doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.drugalcdep.2020.108439)
119. Berends L, Ferris J, Laslett A-M. On the nature of harms reported by those identifying a problematic drinker in the family: an exploratory study. *J Fam Violence.* 2014;29(2):197-204. doi:10.1007/s10896-013-9570-5.
120. Braithwaite SR, Fincham FD, Lambert NM. Hurt and psychological health in close relationships. In: Vangelisti A, editor. *Feeling hurt in close relationships*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 376-99.
121. Worthington EL Jr, Scherer M, Cooke KL. Forgiveness in the treatment of persons with alcohol problems. *Alcohol Treat Q.* 2006;24(1-2):125-45. doi: 10.1300/J020v24n01_08.

122. Hurcom C, Copello A, Orford J. The Family and Alcohol: Effects of Excessive Drinking and Conceptualizations of Spouses over Recent Decades. *Subst Use Misuse*. 2000;35(4):473-502. Available from: <https://doi.org/10.3109/10826080009147469>
123. Moos RH, Moos BS. The process of recovery from alcoholism: III. Comparing functioning in families of alcoholics and matched controls families. *J Stud Alcohol*. 1984;45(2):111-8.
124. Orford J, Cousins J, Smith N, Bowden-Jones H. Stress, strain, coping and social support for affected family members attending the National Problem Gambling Clinic, London. *Int Gamb Stud*. 2017;17(2):259-75. Available from: <https://doi.org/10.1080/14459795.2017.1331251>
125. Ferland F, Blanchette-Martin N, Côté M, Tremblay J, Kairouz S, Nadeau L, Savard AC, L'Espérance N, Dufour M. Do the consequences experienced by the people in the life of a problem gambler differ based on the nature of their relationship with the gambler? *J Gambl Stud*. 2021;38(3):1075-92. doi:10.1007/s10899-021-10058-7.
126. Lianekhammy J, Van de Venne J. World of Warcraft widows: Spousal perspectives of online gaming and relationship outcomes. *Am J Fam Ther*. 2015;43(5):454-66. Available from: <http://doi:10.1080/01926187.2015.1080131>
127. Benishek LA, Kirby KC, Dugosh KL. Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance-using loved one. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011;37(2):82-8. doi:10.3109/00952990.2010.540276.
128. Natera G, Holmila M. El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol: una comparación entre México y Finlandia. *Salud Ment*. 1990;20-6.

129. Orford J. How does the common core to the harm experienced by affected family members vary by relationship, social and cultural factors? *Drugs: Educ Prev Policy*. 2017;24(1):9-16. Available from: <https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1189876>
130. Wiseman JP. *The other half: wives of alcoholics and their social-psychological situation*. New York, NY: Aldine de Gruyter; 1991.
131. Tremblay G, Roy J, de Montigny F, Séguin M, Villeneuve P, Roy B, Sirois-Marcil J. *Où sont les hommes québécois en 2014? Sondage sur les rôles sociaux, les valeurs et sur le rapport des hommes québécois aux services – Rapport de recherche*. Québec: Masculinités et Société; 2015.
132. Patford J. *For poorer: How men experience, understand and respond to problematic aspects of a partner's gambling*. [Doctoral dissertation]. University of Tasmania; 2013.
133. Tremblay J, Dufour M, Bertrand K, Saint-Jacques M, Ferland F, Blanchette-Martin N, Beaulieu M. Efficacy of a randomized controlled trial of integrative couple treatment for pathological gambling (ICT-PG): 10-month follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2023;91(4):221.

Chapitre 3 : Conclusion générale

À ce jour, la littérature actuelle brosse un portrait assez complet des conséquences négatives vécues par les ME de proches ayant un problème d'usage avec les SPA, les JHA ou les écrans, lesquelles génèrent une détresse importante chez ceux-ci. Les ME mettent en place une multitude de stratégies d'adaptation afin de faire face à l'usage problématique de leur proche. Ces stratégies visent à exercer une influence sur la problématique d'usage ou à préserver le bien-être personnel, du couple et de la famille. Bien qu'il existe plusieurs études portant sur les stratégies d'adaptation des ME, peu d'entre elles regroupent plusieurs problématiques d'usage. De façon générale, la littérature existante sur le sujet réfère à un seul type d'usage problématique ou deux types au maximum. À la lumière de l'étude de la portée effectuée, il a été possible de relever les connaissances existantes sur le sujet des stratégies d'adaptation utilisées par les ME.

Dans les paragraphes suivants, six idées principales seront explorées. Tout d'abord, nous examinerons en détail la nomenclature proposée, qui se veut applicable, quelles que soient la nature de la relation ou les spécificités du problème d'usage. Ensuite, nous établirons des liens avec le processus dynamique des stratégies d'adaptation, en tenant compte de la dimension à long terme du problème d'usage (SPA, JHA, écrans). Par la suite, nous soulignerons l'importance du soutien apporté par le ME sur une période prolongée. La quatrième idée traitera de l'efficacité des stratégies d'adaptation, suivie d'une réflexion sur la perception de contrôle influençant le choix des stratégies, qui constituera la cinquième idée. Enfin, la dernière partie de la discussion se concentrera sur les deux études sélectionnées sur l'utilisation des écrans, qui seront brièvement présentées. Pour conclure, nous aborderons les retombées de cette étude, les recommandations pour de futures recherches, ainsi que les forces et les limites de cette revue de littérature.

Considérant les résultats obtenus, une première grande conclusion porte sur la proposition d'une nomenclature regroupant l'ensemble des stratégies d'adaptation propres aux trois types de problématiques d'usage et pouvant s'appliquer de façon générale aux différents types de liens (partenaires, parents, enfants adultes et membre de l'entourage) qui unissent le ME adulte et son proche adulte. En effet, des similitudes sont observées entre les stratégies d'adaptation utilisées par les différents ME de proches ayant l'un ou l'autre type de problèmes d'usage (SPA, JHA ou

écrans). Précisons que nous sommes conscients qu'il existe certaines distinctions entre les stratégies d'adaptation employées selon la nature de la relation, or celles-ci ont été abordées dans la section « discussion » de l'article (voir chapitre précédent). De fait, il nous apparaît réaliste de broser un portrait exhaustif, mais commun, des stratégies d'adaptation utilisées par les ME de proches adultes aux prises avec des problèmes d'usage aux SPA, aux JHA ou aux écrans. Pour y arriver, le modèle de Côté et al. (2018), développé à partir de l'expérience de partenaires de proches rencontrant des difficultés avec les JHA, a été utilisé à titre de modèle de base. Le premier constat a été que ce modèle s'adapte bien et est généralisable à l'expérience de l'ensemble des ME (et non exclusivement aux partenaires) ayant un proche présentant un usage problématique de SPA ou d'écrans. La classification de Côté (2018) a toutefois été bonifiée par les apports conceptuels découlant de la présente étude de la portée où des études menées auprès de ME vivant auprès de proches ayant un usage problématique autre que les JHA ont aussi été incluses. À notre connaissance, il s'agit de la première nomenclature adressant différents types de problèmes d'usage et pouvant être généralisable aux différents types de liens unissant les ME avec leur proche, soulignant le caractère novateur du présent mémoire.

Une deuxième idée qui ressort de cette étude porte sur le caractère dynamique des stratégies d'adaptation. Ces dernières correspondent à un processus dynamique constamment changeant en raison de l'influence de l'environnement sur la réponse de l'individu (Arcidiacono et al., 2009; Folkman et Lazarus, 1984; O'Riordan et Attenborough, 2023). Bien que la nomenclature proposée soit exhaustive, elle n'illustre toutefois pas le processus évolutif des stratégies d'adaptation employées. Contrairement à un problème transitoire où la personne peut agir et enrayer la difficulté ou la situation causant le stress, les problèmes liés à l'usage excessif des SPA, des JHA ou des écrans, peuvent être source de stress pour des années. De ce fait, plusieurs auteurs soutiennent que le phénomène de l'usage problématique s'apparente à un trouble qui demeure présent au long cours (American Society of Addiction Medicine, 2011; Cacciola et al., 2008; Chauvet et al., 2015; Fleury et al., 2016; McKay et al., 2010; Stevenson, 2005; White et Kelly, 2011). La compréhension du rôle des stratégies d'adaptation doit donc s'inscrire dans cette perspective. Ainsi, il est primordial que les ME comprennent la

problématique de leur proche, dont cette dimension temporelle du trouble (Tremblay et al., 2018; Gavriel-Fried et al., 2023). Les changements sont longs à effectuer et conserver les acquis est en soi une tâche importante et difficile. Ahuja et ses collaborateurs (2003) suggèrent qu'en général, le changement dans l'emploi des stratégies d'adaptation est notamment amorcé suivant le refus de continuer à souffrir de l'usage problématique. La problématique d'usage d'un proche pousse les ME vers un processus continu d'adaptation, dans lequel, de temps en temps, les ME appliquent ce qui leur semble être la meilleure stratégie disponible à ce moment particulier (Arcidiacono et al., 2009). Ce qui témoigne du caractère changeant et modifiable des stratégies d'adaptation au fil du temps dans le but de trouver une façon de résoudre le problème (Velleman et al., 1993).

De façon complémentaire au constat précédent, une troisième idée insiste sur le soutien offert au long cours par les ME. Prochaska et DiClemente (1992) proposent un modèle du changement comprenant différents stades, passant de la négation des problèmes à un bout du continuum, jusqu'au maintien des acquis à l'autre bout, le tout situé dans une perspective au long cours, avec des avancées ou des reculs (dans l'usage problématique) pouvant causer beaucoup d'incompréhension et de désespoir chez les ME. Les stratégies d'adaptation utilisées par les ME doivent donc être dynamiques et suivre l'évolution de la problématique d'usage dans un parcours de changement traversant plusieurs stades, et ce, sur une longue période, avec des allés retours. Booth et ses collègues (2021) ont d'ailleurs proposé une taxonomie des stratégies d'adaptation utilisées par les ME, conceptuellement centrée sur le modèle des stades de changement de Prochaska et DiClemente (1992). Ils soulignent, entre autres, la phase dite post-action qui comprend la stratégie d'auto-évaluation. Cette stratégie a pour but d'évaluer les tentatives passées et d'en tirer des leçons, de décider des actions futures et de remarquer la différence en raison du changement de comportement ou non. Cela est cohérent avec le parcours au long cours des proches rencontrant des difficultés d'usage de SPA, de JHA ou d'écrans et peut aider les ME à trouver une signification à ces événements stressants liés à l'usage problématique. Ils comprennent l'évolution en stades, adaptent leur réponse en fonction de ces stades, prévoient un

parcours au long cours, et deviennent possiblement plus efficaces pour gérer les sources de stress et prendre soin de soi et de leur entourage.

Dans un quatrième temps, il importe de mentionner que la typologie proposée de stratégies d'adaptation ne veut pas dire qu'elles sont efficaces, seulement qu'elles existent et sont utilisées par les ME. La même stratégie peut être efficace dans un contexte et non dans l'autre, puisque les stratégies d'adaptation sont sujettes à une grande variabilité (Côté et al., 2018; Pearlin et Schooler, 1978). En effet, le degré d'efficacité de la stratégie d'adaptation utilisée varie d'une personne et d'un contexte à l'autre, puisque les caractéristiques personnelles et environnementales influencent l'évaluation de la situation stressante (Lazarus et Folkman, 1984; Paulhan, 1992). Pour qu'une stratégie d'adaptation soit considérée comme efficace, le comportement adopté pour faire face à la situation doit permettre à l'individu de retrouver son équilibre initial, de diminuer l'impact négatif sur son bien-être physique et psychologique et finalement, de résoudre la situation problématique (Lazarus et Folkman, 1984). En revanche, il arrive qu'une stratégie soit mise en place afin de prévenir la réapparition de la source de stress. C'est également le constat que font Côté et son équipe (2018) où les partenaires de joueur utilisent des stratégies d'adaptation, et ce, même en l'absence d'événement stressant. Cela étant dit, ce constat témoigne du caractère particulier et au long cours de la réalité des ME de proches ayant un problème d'usage, puisque l'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) stipule qu'une stratégie d'adaptation est déployée en vue de faire face à un événement stressant et ayant pour objectif de retrouver un certain équilibre. De fait, le retour à l'état d'équilibre ou la résolution de l'agent stressant ne sont pas nécessairement des avenues atteignables pour ce qui est de la situation vécue par les ME de proches ayant un problème d'usage (SPA, JHA, écrans). Par ailleurs, on ne peut pas catégoriser les stratégies d'adaptation selon une optique « bonne ou mauvaise », puisque le caractère utile ou inutile de la stratégie dépend en grande partie du contexte situationnel dans la famille (Church et al., 2018). Puis, de façon cohérente avec le modèle d'Orford et son équipe (2010a), les stratégies d'adaptation se situant dans la catégorie dite « de retrait » sont parfois les plus aidantes pour les ME afin de faire face à la situation et protéger son monde émotionnel (Petra, 2020). Similairement, Zelvin (2004) a constaté que

l'efficacité de certaines stratégies d'adaptation augmente au fil du temps, à mesure que les ME appliquent ce qu'ils ont appris pour améliorer leur situation. Une approche mixte selon laquelle le ME est en mesure d'adopter deux stratégies d'adaptation concurrentes, c'est-à-dire encourager et soutenir les changements des habitudes d'usage tout en se concentrant sur ses propres besoins, serait l'idéal (Rodda et al., 2020), ce qui est, encore une fois, cohérent avec le modèle de Côté et al. (2018).

Dans un cinquième temps, une meilleure compréhension de la problématique d'usage de SPA, de JHA ou d'écrans, dont son caractère au long cours et son évolution en fonction de stades, peut aider au développement d'une meilleure perception de contrôle par les ME. La perception de contrôle sur la situation influence grandement le choix quant aux stratégies d'adaptation employées (Chabrol et Callahan, 2013). La plupart des ME rapportent avoir déjà essayé de nombreuses tentatives, alternant souvent entre plusieurs stratégies d'adaptation (du contrôle à une extrémité jusqu'au désengagement de l'autre), sans que celles-ci ne s'avèrent fonctionner (Arcidiacono et al., 2009). En effet, lorsqu'un individu est confronté régulièrement aux mêmes situations stressantes, il est amené à varier ses stratégies d'adaptation pour faire face à cette situation (Paulhan, 1992). En revanche, devant le maintien de la problématique d'usage et l'inefficacité des stratégies d'adaptation mises en œuvre, les ME peuvent s'épuiser et en venir à adopter davantage de comportements d'évitement (Rychtarik et McGillicuddy, 2006). Les ME peuvent se trouver dans une position d'impuissance en raison de l'affaiblissement du contrôle qu'ils ressentent sur leur propre vie et celle de leur famille (Orford et al., 2010b). Ce concept de contrôlabilité peut expliquer le changement de finalités observées par les ME dans l'étude de Côté et ses collègues (2018). En effet, par les stratégies d'adaptation employées, un effort initial est mis de l'avant pour exercer une influence sur la problématique d'usage aux JHA afin d'inviter le proche à réduire ou à cesser ses comportements. Devant l'inefficacité des stratégies utilisées, les partenaires optent davantage pour des stratégies d'adaptation visant la protection de leur bien-être et celui de leur famille (Côté et al., 2018). Puis, il a été observé que les ME adoptent différents types de stratégies d'adaptation lorsque la détresse devient plus grave et qu'ils ont tendance à rechercher une aide professionnelle lorsque la détresse s'intensifie (Jorm et al., 2004).

Finalement, il faut préciser que, dans le cadre des recherches sur l'utilisation des écrans, seulement deux articles ont été identifiés pour décrire les stratégies mises en place par les parents face à l'utilisation des jeux vidéo (JV) par leurs enfants majeurs. L'étude menée par Benrazavi et ses collègues (2015) a exploré les stratégies d'adaptation parentale à travers le concept de médiation, défini comme « différentes actions intentionnelles visant à restreindre, contrôler ou superviser le temps d'utilisation des écrans des jeunes dans le but d'atténuer les effets négatifs et maximiser les bienfaits » (Clark, 2011). Ces stratégies, examinées à partir du questionnaire de Livingstone et de ses collègues (2011), sont classées en cinq approches comportementales visant à réduire l'utilisation des écrans : 1) médiation; 2) surveillance; 3) restriction; 4) action sur la sécurité d'utilisation; et 5) action sur l'utilisation d'internet. De manière similaire, l'étude de Gong et Rodda (2020) a examiné le *coping* parental en explorant les comportements de contrôle utilisés pour limiter la consommation de *loot boxes* spécifiques aux jeux vidéo par leurs jeunes adultes. Cette étude a identifié huit stratégies, mettant en lumière l'importance de la restructuration environnementale, de la persuasion, de la surveillance, et des connaissances/informations dans le contrôle des achats de boîte mystère spécifique aux JV. Bien que la médiation parentale soit un champ d'études en émergence, les stratégies d'adaptation rapportées semblent s'insérer dans les stratégies d'adaptation centrées sur le problème (Lazarus et Folkman, 1984) et ainsi s'inscrivent bien sous la première finalité de la typologie de Côté et ses collègues (2018), soit d'influencer l'usage problématique du proche rencontrant des difficultés d'usage.

Retombées de l'étude

À notre avis, le principal apport de cette étude porte sur la bonification d'une nomenclature des stratégies d'adaptation utilisées par les différents types de ME confrontés aux problèmes liés à l'utilisation par un proche tant des SPA, des JHA que des écrans. L'étude de la portée a permis de confirmer que le modèle proposé par Côté et son équipe (2018) s'applique aux diverses problématiques d'usage (SPA, JHA, écrans), notamment en ce qui a trait aux deux fonctions de l'adaptation, soit centrée sur l'usage problématique (centré sur le problème) ou centrée sur le bien-être (centré sur l'émotion). Notre souhait est que cette classification puisse accompagner les personnes intervenantes dans leur compréhension des stratégies d'adaptation et

des efforts sous-jacents des ME pour affronter leur réalité plutôt stressante. En effet, il est essentiel que les personnes professionnelles du réseau de la santé et des services sociaux comprennent quelles façons de faire face sont plus ou moins utiles pour les ME, afin qu'ils puissent mieux aider les ME touchés par l'usage problématique de leur proche à faire face efficacement à la situation. Ainsi, un échange portant sur les stratégies d'adaptation pourrait éventuellement sensibiliser les ME quant à leur pouvoir d'agir sur la situation et les inviter à assurer leur bien-être, par des moyens mis en place, afin de contrer les conséquences négatives de l'usage problématique sur leurs différentes sphères de vie.

Intervention psychoéducative auprès des membres de l'entourage

L'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ, 2024) définit le rôle du psychoéducateur et de la psychoéducatrice comme étant une personne professionnelle qui intervient auprès d'individus présentant des difficultés d'adaptation dans leurs différents milieux de vie. Il est également dans son mandat d'évaluer les différentes problématiques et de proposer des solutions adaptées aux besoins de sa clientèle. On retrouve les psychoéducatrices et les psychoéducateurs dans différents milieux de pratique, notamment dans les centres de réadaptation en dépendance (OPPQ, 2024). La centration de la psychoéducation repose sur le concept de l'adaptation où l'individu met en œuvre des efforts pour être dans un état d'équilibre. Cet état d'équilibre est influencé par les capacités adaptatives de l'individu et les caractéristiques de son environnement (Gendreau, 2001). Par ces principes, il est possible de constater la grande similarité avec l'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) et le modèle SSCS d'Orford et son équipe (2010a). En effet, ultimement, l'objectif est le retour à l'état d'équilibre via les stratégies d'adaptation mises en place (Gendreau, 2001; Lazarus et Folkman, 1984; Orford et al., 2010a).

Par l'accompagnement psychoéducatif, il serait possible d'amener le ME à prendre conscience de l'impact de ses stratégies d'adaptation employées, à comprendre la finalité sous-jacente visée et à reconnaître son propre rôle d'influence sur la problématique d'usage. Par la suite, un travail de changement visant l'emploi de stratégies d'adaptation efficaces pourrait être

entamé. Un échange portant sur les stratégies d'adaptation permettrait de faire ressortir certaines forces, habiletés, vulnérabilités ou difficultés dans un but de favoriser la généralisation et d'accompagner le ME dans son processus d'accommodation et d'assimilation (Gendreau, 2001). En somme, l'attention portée aux stratégies d'adaptation distingue l'approche psychoéducative et caractérise le rôle du psychoéducateur.

Recommandations quant aux futures recherches

En guise de rappel, puisque seulement deux articles sur l'usage problématique des écrans ont été identifiés pour décrire les stratégies mises en place par les parents face à l'utilisation des jeux vidéo (JV) par leurs enfants majeurs, nous estimons que ces approches semblent ne couvrir qu'en partie le concept plus large de *coping* centré sur les problèmes tel que défini par le modèle de Lazarus et Folkman (1984). À notre avis, le concept de médiation ne documente pas les stratégies visant à améliorer le bien-être du parent. Ces études fournissent des aperçus précieux sur les stratégies spécifiques adoptées par les parents, mais il est probable que d'autres aspects du *coping*, tels que les mécanismes émotionnels et les processus transactionnels, ne soient pas pleinement abordés par ces modèles spécifiques de médiation parentale et de contrôle. Ainsi, pour une compréhension plus complète du *coping* parental dans le contexte des comportements problématiques liés aux JV, il peut être nécessaire d'explorer des approches plus holistiques, intégrant la deuxième finalité des stratégies d'adaptation du modèle tel que proposé par Côté et ses collègues (2018). Par ailleurs, nous suggérons de comparer les stratégies d'adaptation utilisées par les ME adultes auprès de leur proche adulte, avec celles de ME de proches de mineurs. Dans un même ordre d'idées, puisqu'il est démontré que les problématiques d'usage sont des problèmes présents au long cours (American Society of Addiction Medicine, 2011; Cacciola et al., 2008; Chauvet et al., 2015; Fleury et al., 2016; McKay et al., 2010; Stevenson, 2005; White et Kelly, 2011), il serait pertinent de comparer les stratégies d'adaptation utilisées en présence d'une problématique d'usage avec les autres troubles au long cours observés en proche aide (santé mentale, démence, santé physique, trouble des conduites alimentaires, etc.).

Par ailleurs, la classification conceptuelle de Côté et al. (2018) ainsi que la bonification que nous proposons se basent en majorité sur des résultats qualitatifs. Il serait intéressant de construire un questionnaire et de mener des analyses de regroupement d'items (p. ex., analyses factorielles exploratoires, confirmatoires) pour confronter le modèle conceptuel proposé à des données quantitatives. Pour ce faire, la taxonomie proposée pourrait être comparée au modèle à trois facteurs globaux (SSCS) d'Orford et al. (2010a) qui suggère que les ME utilisent trois groupes de stratégies : 1) confronter les comportements addictifs; 2) supporter/tolérer les comportements addictifs; et 3) se retirer et prendre ses distances face au problème d'usage du proche. Finalement, le développement d'un questionnaire spécifique aux stratégies d'adaptation employées permettrait d'appuyer les interventions destinées aux ME de proches présentant une problématique d'usage. Cet outil concret soutiendrait les personnes intervenantes dans leur compréhension de la réalité particulière du ME et favoriserait l'orientation du plan d'intervention.

Forces et limites de l'étude

La principale force de ce mémoire repose sur le fait d'avoir cartographié la littérature qui s'intéresse aux stratégies d'adaptation employées par les ME de proches avec une problématique d'usage aux SPA, aux JHA et aux écrans. La démarche systématique claire et rigoureuse qui a été réalisée permet la reproductibilité de l'étude. La réalisation de l'étape 6 suggérée dans la méthode de la revue de la portée, soit la consultation d'experts, soutient la réalité clinique du phénomène et a permis d'enrichir la classification proposée. Également, ce travail favorise une orientation clinique vers les stratégies d'adaptation en guise de cibles d'intervention dans les services d'aide et vise, par le fait même, l'amélioration du bien-être des ME par l'enseignement de stratégies d'adaptation efficaces.

En revanche, la consultation d'articles scientifiques exclusivement représente une limitation, puisque la littérature grise n'a pas été consultée et il se peut que des ouvrages pertinents fussent omis. Une autre limite est le nombre d'articles recensés sur l'usage problématique des écrans, soit deux articles où l'échantillon est composé de parents d'enfants majeurs. Donc, bien qu'il semble possible de généraliser que ces ME utilisent des stratégies

semblables aux ME de proches avec un problème d'usage aux SPA et aux JHA, seulement deux articles ont permis de faire ce constat.

Malgré ces limites, ce mémoire contribue à l'augmentation des connaissances au niveau des stratégies d'adaptation employées par les ME de proches adultes avec une problématique d'usage aux SPA, aux JHA et aux écrans. Il invite la personne intervenante à porter attention aux stratégies d'adaptation en vue de mieux orienter ses cibles d'intervention.

Références

- Ahuja, A., Orford, J. et Copello, A. (2003). Understanding how families cope with alcohol problems in the UK West Midlands Sikh Community. *Contemporary Drug Problems*, 30(4), 839-873. <https://doi.org/10.1177/009145090303000406>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Society of Addiction Medicine. (2011). Public Policy Statement: Definition of Addiction. Retrieved from: <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: toward a methodological framework. *International Journal of Research Methodology*, 8(1), 19-32. Doi: 10.1080/1364557032000119616
- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 135 p.
- Bell, V., Bishop, D. V. et Przybylski, A. K. (2015). The debate over digital technology and young people. *British Medical Journal*, 351. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3064>
- Benrazavi, R., Teimouri, M. et Griffiths, M. D. (2015). Utility of parental mediation model on youth's problematic online gaming. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(6), 712-727. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9561-2>
- Blaszczynski, A., Anjoul, F., Shannon, K., Keen, B., Pickering, D. et Wieczorek, M. (2015). Gambling harm minimisation report. *Sydney: The University of Sydney Gambling Treatment Clinic*.
- Boivin, M.D., Beaudry, M., Violette, F., Deslandes, B. et Gagnon, S. (1995). *Programme s'adressant aux conjointes de personnes ayant un problème de toxicomanie*. Manuel des animateurs, Département de toxicomanie, Hôpital Saint-François d'Assise, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, École de Service social, Université Laval.
- Booth, N., Dowling, N. A., Landon, J., Lubman, D. I., Merkouris, S. S. et Rodda, S. N. (2021). Affected Others Responsivity to Gambling Harm: An International Taxonomy of Consumer-Derived Behaviour Change Techniques. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4). <https://doi.org/10.3390/jcm10040583>
- Boutin, C., et Ladouceur, R. (2006). *Y a-t-il un joueur dans votre entourage?* Montréal, QC: Les Éditions de l'Homme.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 68-83.

- Cacciola, J. S., Camilleri, A. C., Carise, D., Rikoon, S. H., McKay, J. R., McLellan, A. T., ... et Schwarzlose, J. T. (2008). Extending residential care through telephone counseling: Initial results from the Betty Ford Center Focused Continuing Care protocol. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1208-1216.
- Camirand, H., Conus, F., Davidson, A., Dupont, K., Gonzalez-Sicilia, D., Joubert, K. et Niyibizi, J. (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 328p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf>
- Chabrol, H., et Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défenses et de coping: 2e édition entièrement revue et actualisée*. Paris, France: Dunod.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, N.A., Fleury, M.-J. et Simoneau, H. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Montréal. Qc: Centr. Réadapt. Dépend. Montréal.
- Christakis, D. A. (2019). The challenges of defining and studying "digital addiction" in children. *JAMA*, 321, 2277–2278. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4690>
- Church, S., Bhatia, U., Velleman, R., Velleman, G., Orford, J., Rane, A. et Nadkarni, A. (2018). Coping strategies and support structures of addiction affected families: A qualitative study from Goa, India. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, 36(2), 216-224. <https://doi.org/10.1037/fsh0000339>
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) (2003). *Drogues : Savoir plus, risquer moins*. Montréal, Québec : Stanké.
- Copello, A., Templeton, L. et Powell, J. (2010a). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 63-74. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514798>
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., et Velleman, R. (2010b). The 5-Step Method: Principles and practice. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(s1), 86-99.
- Côté, M., Tremblay, J. et Brunelle, N. (2018). A new look at the coping strategies used by the partners of pathological gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 38, 27-66. <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2018-33458-002&site=ehost-live>
- Dahl, D. et Bergmark, K. H. (2020). Persistence in problematic internet use-a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Sociology*, 5, 30. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.00030>

- Daley, D.C. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of Food and Drug Analysis* 21, S73–S76. <https://doi.org/10.1016/j.jfda.2013.09.038>
- Desrosiers P. et Jacques C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance, guide de bonnes pratiques et offre de services de base*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).
- De Ridder, D. (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology and Health*, 12(3), 417-431. doi: 10.1080/08870449708406717
- Di Sarno, M., De Candia, V., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R. et Di Pierro, R. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 219. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.drugalcdep.2020.108439>
- Dickon-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. doi: 10.4309/jgi.2005.13.6
- Dufour, M., Nadeau, L. et Gagnon, S.R. (2014). Tableau clinique des personnes cyberdépendantes demandant des services dans les centres publics de réadaptation en dépendance au Québec : étude exploratoire. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 149-168. <https://doi.org/10.7202/1027837ar>
- Edgren, R., Pörtfors, P., Raisamo, S. et Castrén, S. (2022). Treatment for the concerned significant others of gamblers: A systematic review. *Journal of behavioral addictions*, 11(1), 1-25.
- Ericson, N. (2001). *Substance abuse: The nation's number one health problem*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Côté, M., Tremblay, J., Kairouz, S., Nadeau, L., Savard, A-C., L'Espérance, N. et Dufour, M. (2021). Do the consequences experienced by the people in the life of a problem gambler differ based on the nature of their relationship with the gambler? *Journal of Gambling Studies*, 38(3), 1075-1092. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10058-7>
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Kairouz, S., Tremblay, J., Nadeau, L., Savard, A-C., l'Espérance, N., Guillemette, F. et Dufour, M. (2016). *Atteintes au réseau social du joueur : impacts et conséquences*. Rapport de recherche programme actions concertées. Fonds de recherche Société et culture – Québec.

- Fleury, M.-J. (2017). *La dépendance | un enjeu de santé publique*.
<https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/dossiers/les-dependances/la-dependance-un-enjeu-de-sante-publique.aspx>
- Fleury, M.-J., Djouini, A., Huynh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J.-M. et Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 168, 293–306.
- Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fong, T. W. (2005). The biopsychosocial consequences of pathological gambling. *Psychiatry*, 2(3), 22-30.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004711/pdf/PE_2_3_22.pdf
- Gause, N.J. (2015). *Compulsive gaming patterns in adult males and their partners: A qualitative generic approach*. [dissertation de doctorat, Cappela University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
<http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2015-99080-454&site=ehost-live>
- Gavriel-Fried, B., Serry, M., Katz, D., Hidvégi, D., Demetrovics, Z. et Király, O. (2023). The concept of recovery in gaming disorder: A scoping review. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(1), 26-52.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, Québec : Éditions Sciences et Culture.
- Goh, E. C. L., Ng, V. et Yeoh, B. S. A. (2016). The family exclusion order as a harm minimisation measure for casino gambling: The case of Singapore. *International Gambling Studies*, 16(3), 373-390. <https://doi.org/10.1080/14459795.2016.1211169>
- Gong, L. et Rodda, S. N. (2020). An exploratory study of individual and parental techniques for limiting loot box consumption. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-28. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00370-5>
- 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.
<https://doi.org/10.1080/14459795.2017.1331252>

- Gouvernement du Canada. (2023a). *À propos de la consommation de substances*.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/a-propos-de-consommation-substances.html#s7>
- Gouvernement du Canada. (2023b). *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : sommaire des résultats pour 2019*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html>
- Gouvernement du Canada. (2024, 6 février). *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-38.8.pdf>
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191-197.
- Griffiths, M. D. (2002). *Gambling and gaming addictions in adolescence (Parent, adolescent and child training skills)*. Blackwell Publishers, Inc.
- Harford, T. C. (1992). Family history of alcoholism in the United States: Prevalence and demographic characteristics. *British Journal of Addiction*, 87(6), 931-935.
- Jeffrey, L., Browne, M., Rawat, V., Langham, E., Li, E. et Rockloff, M. (2019). Til Debt Do Us Part: Comparing Gambling Harms Between Gamblers and Their Spouses. *Journal of Gambling Studies*, 35(3), 1015-1034. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09826-3>
- Jorm, A. F., Griffiths, K. M., Christensen, H., Parslow, R. A. et Rogers, B. (2004). Actions taken to cope with depression at different levels of severity: A community survey. *Psychological Medicine*, 34, 293-299.
- Kim-Godwin, Y. S. (2022). Beliefs and Experience of Journaling in Mothers of Adult Children With Substance Use Problems: A Pilot Study. *Journal of Addictions Nursing*, 33(4), E44-E51. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000410>
- Kourgiantakis, T., Ashcroft, R., Mohamud, F., Fearing, G. et Sanders, J. (2021). Family-focused practices in addictions: A scoping review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 21(1), 18-53.
- Kuss, D. J. et Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World journal of psychiatry*, 6(1), 143-176. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.143>
- 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, 80-80. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2747-0>

Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.

Le Poire, B. A., Hallett, J. S. et Erlandson, K. T. (2000). An initial test of inconsistent nurturing as control theory: How partners of drug abusers assist their partners' sobriety. *Human Communication Research*, 26(3), 432-457. <https://doi.org/10.1093/hcr/26.3.432>

Li, E., Browne, M., Rawat, V., Langham, E. et Rockloff, M. (2016). Breaking bad: Comparing gambling harms among gamblers and affected others. *Journal of Gambling Studies*, 33(1), 223-248. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9632-8>

Lianekhammy, J. et van de Venne, J. (2015). World of Warcraft widows: Spousal perspectives of online gaming and relationship outcomes. *American Journal of Family Therapy*, 43(5), 454-466. <http://doi: 10.1080/01926187.2015.1080131>

Livingstone, S., Haddon, L., Görzig, A. et Olafsson, K. (2011). *Risks and safety on the Internet: The perspective of European children Kids Online network*. London, UK.

Lorenz, V. C. et Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4(1), 13-26.

Lozano-Blasco, R., Robres, A. Q. et Sánchez, A. S. (2022). Internet addiction in young adults: A meta-analysis and systematic review. *Computers in Human Behavior*, 130, 107201. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107201>

Maïano, C., Coutu, S., Aimé, A. et Lafantaisie, V. (2020). *L'ABC de la psychoéducation*. PUQ.

Makarchuk, K., Hodgins, D. C. et Peden, N. (2002). Development of a brief intervention for concerned significant others of problem gamblers. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 1(4), 126-134.

Marshall, K. et Wynne, H. (2004). Fighting the odds. *Perspectives on labour and income*, 16(1), 7.

McKay, J. R., Van Horn, D. H., Oslin, D. W., Lynch, K. G., Ivey, M., Ward, K., ... et Coviello, D. M. (2010). A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within-treatment substance use outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 912.

Merkouris, S. S., Rodda, S. N. et Dowling, N. A. (2022). Affected other interventions: A systematic review and meta-analysis across addictions. *Addiction*, 117(9), 2393-2414.

- Merkouris, S. S., Rodda, S. N., Aarsman, S. R., Hodgins, D. C. et Dowling, N. A. (2023). Effective behaviour change techniques for family and close friends: A systematic review and meta-analysis across the addictions. *Clinical Psychology Review*, 100, 102251.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E. et Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291–308. [http://dx.doi.org/10.1016/S0899-3289\(99\)00003-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0899-3289(99)00003-6)
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W. et Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 528.
- Nayoski, N. et Hodgins, D. C. (2016). The efficacy of individual Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) for concerned significant others of problem gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 33, 189–212.
- Northrup, J.C. et Shumway, S. (2014). Gamer widow: A phenomenological study of spouses of online video game addicts, *American Journal of Family Therapy*, 42(4), 269-281. <http://doi: 10.1080/01926187.2013.847705>
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S. et Birchler, G. R. (1997). Sexual satisfaction and dysfunction in marriages of male alcoholics: Comparison with non-alcoholic maritally conflicted and nonconflicted couples. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 91–99.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). (2022). *Rapport mondial sur les drogues 2022*. https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1_french.pdf
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2024). *Qui sont les psychoéducateurs et psychoéducatrices ?* <https://ordrepse.qc.ca/les-psychoeducateurs-et-psychoeducatrices/qui-sont-les-ps-ed/>
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R. et Templeton, L. (2010a). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17(Suppl 1), 36–43. <https://doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.3109/09687637.2010.514801>
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L. et Ibanga, A. (2010b). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17, 44-62. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514192>

- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L. et Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>
- Orford, J. (2017). How does the common core to the harm experienced by affected family members vary by relationship, social and cultural factors? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24:1, 9-16, DOI: 10.1080/09687637.2016.1189876
- Orford, J., Cousins, J., Smith, N. et Bowden-Jones, H. (2017). Stress, strain, coping and social support for affected family members attending the National Problem Gambling Clinic, London. *International Gambling Studies*, 17(2), 259–275.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. https://www.grea.ch/sites/default/files/alcool_oms_2018-eng.pdf
- O’Riordan, J. et Attenborough, J. (2023). Substance use 1: what coping strategies do family members use. *Nursing Times*, 2.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L’année psychologique*, 92(4), 545-557.
- Pearlin, L. I. et Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- Petra, M. M. (2020). Coping With a Loved One's Substance Use Disorder or Gambling Disorder: What Strategies Really Help? *Journal of Loss & Trauma*, 25(1), 86-98. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1657663>
- Plourde, C., et Laventure, M. (2019). *Vivre avec un proche ayant une dépendance*. Bayard Canada livres.
- Prochaska, J. Q, et DiClemente, C. C. (1992). *Stages of change in the modification of problem behaviors*. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Ray, G. T., Mertens, J. R. et Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104(2), 203-214.
- Rehm, J., Taylor, B. et Room, R. (2006). Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and alcohol review*, 25(6), 503-513.
- Riley, B. J., Harvey, P., Crisp, B. R., Battersby, M. et Lawn, S. (2021). Gambling-related harm as reported by concerned significant others: A systematic review and meta-synthesis of empirical studies. *Journal of Family Studies*, 27(1), 112-130. <https://doi.org/10.1080/13229400.2018.1513856>

- Rodda, S. N., Dowling, N. A., Thomas, A. C., Bagot, K. L. et Lubman, D. I. (2019). Treatment for family members of people experiencing gambling problems: Family members want both gambler-focused and family-focused options. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(5), 1318-1334. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00143-9>
- Rodda, S. N., Dowling, N. A., Thomas, A. C., Bagot, K. L. et Lubman, D. I. (2020). Treatment for family members of people experiencing gambling problems: Family members want both gambler-focused and family-focused options. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(5), 1318-1334. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00143-9>
- Rotermann, M., Gilmour, H. (2022). « Qui joue à des jeux de hasard et qui éprouve des problèmes de jeu au Canada », Statistique Canada, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00006-fra.pdf>
- Rychtarik, R. G. et McGillicuddy, N. B. (2006). Preliminary evaluation of a coping skills training program for those with a pathological-gambling partner. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 165-178. doi: 10.1007/s10899-006-9008-6
- Salonen, A. H., Castrén, S., Alho, H. et Lahti, T. (2014). Concerned significant others of people with gambling problems in Finland: A cross-sectional population study. *BMC Public Health*, 14(1), 398. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-398>
- Shannon, K., Anjoul, F. et Blaszczyński, A. (2017). Mapping the proportional distribution of gambling-related harms in a clinical and community sample. *International Gambling Studies*, 17(3), 366-385. <https://doi.org/10.1080/14459795.2017.1333131>
- Sobrun-Maharaj, A., Rossen, F. et Wong, A. (2013). Negative impacts of gambling on Asian families and communities in New Zealand. *Asian Journal of Gambling Issues And Public Health*, 3, 14. <https://doi.org/10.1186/2195-3007-3-14>
- Suonpaa, J. (2005). Drinking Control Attempts and Encouragement of Alcohol Use in Couple Relationship—A Qualitative Approach. *Substance Use & misuse*, 40(1), 13-35. <https://doi.org/10.1081/ja-200030490>
- Starcevic V. (2013). Is Internet addiction a useful concept? *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 47(1), 16–19. <https://doi.org/10.1177/0004867412461693>
- Statistiques Canada. (2023). *Les troubles mentaux au Canada, 2022*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2023053-fra.htm>
- Stevenson, J. S. (2005). Alcohol use, misuse, abuse, and dependence in later adulthood. *Annual Review of Nursing Research*, 23(1), 245-280.

- Svensson, J., Romild, U. et Shepherdson, E. (2013). The concerned significant others of people with gambling problems in a national representative sample in Sweden—a 1 year follow-up study. *BMC Public Health*, 13(1), <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1087>
- Tremblay, J., Savard, A.-C., Blanchette-Martin, N., Dufour, M., Bertrand, K., Ferland, F., ... Saint-Jacques, M. (2015). Integrative couple treatment for pathological gambling/ICT-PG: Description of the therapeutic process. *Canadian Journal of Addiction*, 6(2), 54–61. <https://hdl.handle.net/20.500.11794/17030>
- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., 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*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02344>
- Vaishnavi, R., Karthik, M. S., Balakrishnan, R. et Sathianathan, R. (2017). Caregiver burden in alcohol dependence syndrome. *Journal of addiction*, 2017(1), 8934712.
- Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K. et Tod, A. (1993). The families of problem drug users: A study of 50 close relatives. *Addiction*, 88, 1281–1289.
- Velleman, R., Sequeira, M. et Bhatia, U. (2023). *Supporting and Including Families in Professional Care for Alcohol Use*. In *Alcohol Use: Assessment, Withdrawal Management, Treatment and Therapy: Ethical Practice* (pp. 129-149). Cham: Springer International Publishing.
- Weinstein, A. et Aboujaoude, E. (2015). *Problematic Internet use: An overview*. In E. Aboujaoude & V. Starcevic (Eds.), *Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise* (pp. 3–26). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199380183.003.0001>
- Weinstein, A. et Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 277–283. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491880>
- White, W.L. et Kelly, J.F. (2011). *Recovery management: what if we really believed that addiction was a chronic disorder?* In: Kelly, J.F., White, W.L. (Eds.), *Addiction Recovery Management Theory, Research and Practice*. Humana Press, New York, NY, pp. 67–84.
- Williams, R. J., Volberg, R. A. et Stevens, R. M. G. (2012). *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Guelph, Ontario: Ontario problem gambling research centre and The Ontario ministry of health and long-term care.

- Williams, R.J., Leonard, C.A., Belanger, Y.D., Christensen, D.R., El-Guebaly, N., Hodgins, D.C., Mcgrath, D.S., Nicoll, F. et Stevens, R.M.G. (2021). Gambling and Problem Gambling in Canada in 2018: Prevalence and Changes Since 2002. *The Canadian Journal of Psychiatry* 66, 485–494. <https://doi.org/10.1177/0706743720980080>
- World Health Organisation (WHO). (2014). *Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: Meeting report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509367>.
- Young, K. S. (2004). Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. *American Behavioral Scientist*, 48(4), 402-415. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/0002764204270278>
- Zelvin, E. (2004). *Treating the partners of substance abusers*. In S. Straussner (Ed.), *Clinical work with substance-abusing clients*, Vol. 2 (pp. 264–283). New York, NY: Guilford Press.

Appendice A

Cadre de référence d'une revue de la portée (Arksey et O'Malley, 2003)

Cadre de référence d'une revue de la portée (Arksey et O'Malley, 2003)

Stage 1	Identifying the research question
Stage 2	Identifying the relevant studies
Stage 3	Study selection
Stage 4	Charting the data
Stage 5	Collating, summarizing and reporting the results
Stage 6 (optional)	Consulting exercise

Appendice B

Instructions de publication de la revue *BMC Psychiatry*

Preparing your manuscript

The information below details the section headings that you should include in your manuscript and what information should be within each section.

Please note that your manuscript must include a 'Declarations' section including all of the subheadings (please see below for more information).

Title page

The title page should:

- present a title that includes, if appropriate, the study design e.g.:
 - "A versus B in the treatment of C: a randomized controlled trial", "X is a risk factor for Y: a case control study", "What is the impact of factor X on subject Y: A systematic review"
 - or for non-clinical or non-research studies a description of what the article reports
- list the full names and institutional addresses for all authors
 - if a collaboration group should be listed as an author, please list the Group name as an author. If you would like the names of the individual members of the Group to be searchable through their individual PubMed records, please include this information in the "Acknowledgements" section in accordance with the instructions below
 - Large Language Models (LLMs), such as [ChatGPT](#), do not currently satisfy our [authorship criteria](#). Notably an attribution of authorship carries with it accountability for the work, which cannot be effectively applied to LLMs. Use of an LLM should be properly documented in the Methods section (and if a Methods section is not available, in a suitable alternative part) of the manuscript.
- indicate the corresponding author

Abstract

The Abstract should not exceed 350 words. Please minimize the use of abbreviations and do not cite references in the abstract. Reports of randomized controlled trials should follow the [CONSORT](#) extension for abstracts. The abstract must include the following separate sections:

- **Background:** the context and purpose of the study
- **Methods:** how the study was performed and statistical tests used
- **Results:** the main findings
- **Conclusions:** brief summary and potential implications
- **Trial registration:** If your article reports the results of a health care intervention on human participants, it must be registered in an appropriate registry and the registration number and date of registration should be stated in this section. If it was not registered prospectively (before enrollment of the first participant), you should include the words 'retrospectively registered'. See our [editorial policies](#) for more information on trial registration

Keywords

Three to ten keywords representing the main content of the article.

Background

The Background section should explain the background to the study, its aims, a summary of the existing literature and why this study was necessary or its contribution to the field.

Methods

The methods section should include:

- the aim, design and setting of the study
- the characteristics of participants or description of materials

- a clear description of all processes, interventions and comparisons. Generic drug names should generally be used. When proprietary brands are used in research, include the brand names in parentheses
- the type of statistical analysis used, including a power calculation if appropriate

Results

This should include the findings of the study including, if appropriate, results of statistical analysis which must be included either in the text or as tables and figures.

Discussion

This section should discuss the implications of the findings in context of existing research and highlight limitations of the study.

Conclusions

This should state clearly the main conclusions and provide an explanation of the importance and relevance of the study reported.

List of abbreviations

If abbreviations are used in the text they should be defined in the text at first use, and a list of abbreviations should be provided.

Declarations

All manuscripts must contain the following sections under the heading 'Declarations':

- Ethics approval and consent to participate
- Consent for publication

- Availability of data and materials
- Competing interests
- Funding
- Authors' contributions
- Acknowledgements
- Authors' information (optional)

Please see below for details on the information to be included in these sections.

If any of the sections are not relevant to your manuscript, please include the heading and write 'Not applicable' for that section.

Ethics approval and consent to participate

Manuscripts reporting studies involving human participants, human data or human tissue must:

- include a statement on ethics approval and consent (even where the need for approval was waived)
- include the name of the ethics committee that approved the study and the committee's reference number if appropriate

Studies involving animals must include a statement on ethics approval and for experimental studies involving client-owned animals, authors must also include a statement on informed consent from the client or owner.

See our [editorial policies](#) for more information.

If your manuscript does not report on or involve the use of any animal or human data or tissue, please state "Not applicable" in this section.

Consent for publication

If your manuscript contains any individual person's data in any form (including any individual details, images or videos), consent for publication must be

obtained from that person, or in the case of children, their parent or legal guardian. All presentations of case reports must have consent for publication.

You can use your institutional consent form or our [consent form](#) if you prefer. You should not send the form to us on submission, but we may request to see a copy at any stage (including after publication).

See our [editorial policies](#) for more information on consent for publication.

If your manuscript does not contain data from any individual person, please state “Not applicable” in this section.

Availability of data and materials

All manuscripts must include an ‘Availability of data and materials’ statement. Data availability statements should include information on where data supporting the results reported in the article can be found including, where applicable, hyperlinks to publicly archived datasets analysed or generated during the study. By data we mean the minimal dataset that would be necessary to interpret, replicate and build upon the findings reported in the article. We recognise it is not always possible to share research data publicly, for instance when individual privacy could be compromised, and in such instances data availability should still be stated in the manuscript along with any conditions for access.

Authors are also encouraged to preserve search strings on searchRxiv <https://searchrxiv.org/>, an archive to support researchers to report, store and share their searches consistently and to enable them to review and re-use existing searches. searchRxiv enables researchers to obtain a digital object identifier (DOI) for their search, allowing it to be cited.

Data availability statements can take one of the following forms (or a combination of more than one if required for multiple datasets):

- The datasets generated and/or analysed during the current study are available in the [NAME] repository, [PERSISTENT WEB LINK TO DATASETS]

- The datasets used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.
- All data generated or analysed during this study are included in this published article [and its supplementary information files].
- The datasets generated and/or analysed during the current study are not publicly available due [REASON WHY DATA ARE NOT PUBLIC] but are available from the corresponding author on reasonable request.
- Data sharing is not applicable to this article as no datasets were generated or analysed during the current study.
- The data that support the findings of this study are available from [third party name] but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study, and so are not publicly available. Data are however available from the authors upon reasonable request and with permission of [third party name].
- Not applicable. If your manuscript does not contain any data, please state 'Not applicable' in this section.

More examples of template data availability statements, which include examples of openly available and restricted access datasets, are available [here](#). BioMed Central strongly encourages the citation of any publicly available data on which the conclusions of the paper rely in the manuscript. Data citations should include a persistent identifier (such as a DOI) and should ideally be included in the reference list. Citations of datasets, when they appear in the reference list, should include the minimum information recommended by DataCite and follow journal style. Dataset identifiers including DOIs should be expressed as full URLs. For example:

Hao Z, AghaKouchak A, Nakhjiri N, Farahmand A. Global integrated drought monitoring and prediction system (GIDMaPS) data sets. figshare. 2014. <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.853801>

With the corresponding text in the Availability of data and materials statement:

The datasets generated during and/or analysed during the current study are available in the [NAME] repository, [PERSISTENT WEB LINK TO DATASETS].^[Reference number]

If you wish to co-submit a data note describing your data to be published in [BMC Research Notes](#), you can do so by visiting our [submission portal](#). Data notes support [open data](#) and help authors to comply with funder policies on data sharing. Co-published data notes will be linked to the research article the data support ([example](#)).

Competing interests

All financial and non-financial competing interests must be declared in this section.

See our [editorial policies](#) for a full explanation of competing interests. If you are unsure whether you or any of your co-authors have a competing interest please contact the editorial office.

Please use the authors initials to refer to each authors' competing interests in this section.

If you do not have any competing interests, please state "The authors declare that they have no competing interests" in this section.

Funding

All sources of funding for the research reported should be declared. If the funder has a specific role in the conceptualization, design, data collection, analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript, this should be declared.

Authors' contributions

The individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section. Guidance and criteria for authorship can be found in our [editorial policies](#).

Please use initials to refer to each author's contribution in this section, for example: "FC analyzed and interpreted the patient data regarding the hematological disease and the transplant. RH performed the histological examination of the kidney, and was a major contributor in writing the manuscript. All authors read and approved the final manuscript."

Acknowledgements

Please acknowledge anyone who contributed towards the article who does not meet the criteria for authorship including anyone who provided professional writing services or materials.

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements section.

See our [editorial policies](#) for a full explanation of acknowledgements and authorship criteria.

If you do not have anyone to acknowledge, please write "Not applicable" in this section.

Group authorship (for manuscripts involving a collaboration group): if you would like the names of the individual members of a collaboration Group to be searchable through their individual PubMed records, please ensure that the title of the collaboration Group is included on the title page and in the submission system and also include collaborating author names as the last paragraph of the "Acknowledgements" section. Please add authors in the format First Name, Middle initial(s) (optional), Last Name. You can add institution or country information for each author if you wish, but this should be consistent across all authors.

Please note that individual names may not be present in the PubMed record at the time a published article is initially included in PubMed as it takes PubMed additional time to code this information.

Authors' information

This section is optional.

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

Footnotes

Footnotes can be used to give additional information, which may include the citation of a reference included in the reference list. They should not consist solely of a reference citation, and they should never include the bibliographic details of a reference. They should also not contain any figures or tables.

Footnotes to the text are numbered consecutively; those to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data). Footnotes to the title or the authors of the article are not given reference symbols.

Always use footnotes instead of endnotes.

References

Examples of the Vancouver reference style are shown below.

See our [editorial policies](#) for author guidance on good citation practice

Web links and URLs: All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number and included in the reference list rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the site and the URL, as well as the date the site was accessed, in the following format: The Mouse Tumor Biology Database. <http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>. Accessed 20 May 2013. If an author or group of authors can clearly be associated with a web link, such as for weblogs, then they should be included in the reference.

Example reference style:

Article within a journal

Smith JJ. The world of science. Am J Sci. 1999;36:234-5.

Article within a journal (no page numbers)

Rohrmann S, Overvad K, Bueno-de-Mesquita HB, Jakobsen MU, Egeberg R, Tjønneland A, et al. Meat consumption and mortality - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. BMC Medicine. 2013;11:63.

Article within a journal by DOI

Slifka MK, Whitton JL. Clinical implications of dysregulated cytokine production. Dig J Mol Med. 2000; doi:10.1007/s801090000086.

Article within a journal supplement

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan. Blood 1979;59 Suppl 1:26-32.

Book chapter, or an article within a book

Wyllie AH, Kerr JFR, Currie AR. Cell death: the significance of apoptosis. In: Bourne GH, Danielli JF, Jeon KW, editors. International review of cytology. London: Academic; 1980. p. 251-306.

OnlineFirst chapter in a series (without a volume designation but with a DOI)

Saito Y, Hyuga H. Rate equation approaches to amplification of enantiomeric excess and chiral symmetry breaking. *Top Curr Chem*. 2007.
doi:10.1007/128_2006_108.

Complete book, authored

Blenkinsopp A, Paxton P. Symptoms in the pharmacy: a guide to the management of common illness. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1998.

Online document

Doe J. Title of subordinate document. In: The dictionary of substances and their effects. Royal Society of Chemistry. 1999. [http://www.rsc.org/dose/title of subordinate document](http://www.rsc.org/dose/title%20of%20subordinate%20document). Accessed 15 Jan 1999.

Online database

Healthwise Knowledgebase. US Pharmacopeia, Rockville. 1998.
<http://www.healthwise.org>. Accessed 21 Sept 1998.

Supplementary material/private homepage

Doe J. Title of supplementary material. 2000.
<http://www.privatehomepage.com>. Accessed 22 Feb 2000.

University site

Doe, J: Title of preprint. <http://www.uni-heidelberg.de/mydata.html> (1999).
Accessed 25 Dec 1999.

FTP site

Doe, J: Trivial HTTP, RFC2169. <ftp://ftp.isi.edu/in-notes/rfc2169.txt> (1999).
Accessed 12 Nov 1999.

Organization site

ISSN International Centre: The ISSN register. <http://www.issn.org> (2006).
Accessed 20 Feb 2007.

Dataset with persistent identifier

Zheng L-Y, Guo X-S, He B, Sun L-J, Peng Y, Dong S-S, et al. Genome data from sweet and grain sorghum (*Sorghum bicolor*). GigaScience Database. 2011. <http://dx.doi.org/10.5524/100012>.

Preparing figures

[Back to top](#)

When preparing figures, please follow the formatting instructions below.

- Figures should be numbered in the order they are first mentioned in the text, and uploaded in this order. Multi-panel figures (those with parts a, b, c, d etc.) should be submitted as a single composite file that contains all parts of the figure.
- Figures should be uploaded in the correct orientation.
- Figure titles (max 15 words) and legends (max 300 words) should be provided in the main manuscript, not in the graphic file.
- Figure keys should be incorporated into the graphic, not into the legend of the figure.
- Each figure should be closely cropped to minimize the amount of white space surrounding the illustration. Cropping figures improves accuracy when placing the figure in combination with other elements when the accepted manuscript is prepared for publication on our site. For more information on individual figure file formats, see our detailed instructions.
- Individual figure files should not exceed 10 MB. If a suitable format is chosen, this file size is adequate for extremely high quality figures.
- **Please note that it is the responsibility of the author(s) to obtain permission from the copyright holder to reproduce figures (or tables) that have previously been published elsewhere.** In order for all figures to be open access, authors must have permission from the rights holder if they wish to include images that have been published elsewhere in non open access journals. Permission should be indicated in the figure legend, and the original source included in the reference list.

Figure file types

We accept the following file formats for figures:

- EPS (suitable for diagrams and/or images)

- PDF (suitable for diagrams and/or images)
- Microsoft Word (suitable for diagrams and/or images, figures must be a single page)
- PowerPoint (suitable for diagrams and/or images, figures must be a single page)
- TIFF (suitable for images)
- JPEG (suitable for photographic images, less suitable for graphical images)
- PNG (suitable for images)
- BMP (suitable for images)
- CDX (ChemDraw - suitable for molecular structures)

For information and suggestions of suitable file formats for specific figure types, please see our [author academy](#).

Figure size and resolution

Figures are resized during publication of the final full text and PDF versions to conform to the BioMed Central standard dimensions, which are detailed below.

Figures on the web:

- width of 600 pixels (standard), 1200 pixels (high resolution).

Figures in the final PDF version:

- width of 85 mm for half page width figure
- width of 170 mm for full page width figure
- maximum height of 225 mm for figure and legend
- image resolution of approximately 300 dpi (dots per inch) at the final size

Figures should be designed such that all information, including text, is legible at these dimensions. All lines should be wider than 0.25 pt when constrained to standard figure widths. All fonts must be embedded.

Figure file compression

- Vector figures should if possible be submitted as PDF files, which are usually more compact than EPS files.

- TIFF files should be saved with LZW compression, which is lossless (decreases file size without decreasing quality) in order to minimize upload time.
- JPEG files should be saved at maximum quality.
- Conversion of images between file types (especially lossy formats such as JPEG) should be kept to a minimum to avoid degradation of quality.

If you have any questions or are experiencing a problem with figures, please contact the customer service team at info@biomedcentral.com.

Preparing tables

[Back to top](#)

When preparing tables, please follow the formatting instructions below.

- Tables should be numbered and cited in the text in sequence using Arabic numerals (i.e. Table 1, Table 2 etc.).
- Tables less than one A4 or Letter page in length can be placed in the appropriate location within the manuscript.
- Tables larger than one A4 or Letter page in length can be placed at the end of the document text file. Please cite and indicate where the table should appear at the relevant location in the text file so that the table can be added in the correct place during production.
- Larger datasets, or tables too wide for A4 or Letter landscape page can be uploaded as additional files. Please see [below] for more information.
- Tabular data provided as additional files can be uploaded as an Excel spreadsheet (.xls) or comma separated values (.csv). Please use the standard file extensions.
- Table titles (max 15 words) should be included above the table, and legends (max 300 words) should be included underneath the table.
- Tables should not be embedded as figures or spreadsheet files, but should be formatted using 'Table object' function in your word processing program.
- Color and shading may not be used. Parts of the table can be highlighted using superscript, numbering, lettering, symbols or bold text, the meaning of which should be explained in a table legend.

- Commas should not be used to indicate numerical values.

If you have any questions or are experiencing a problem with tables, please contact the customer service team at info@biomedcentral.com.

Preparing additional files

[Back to top](#)

As the length and quantity of data is not restricted for many article types, authors can provide datasets, tables, movies, or other information as additional files.

All Additional files will be published along with the accepted article. Do not include files such as patient consent forms, certificates of language editing, or revised versions of the main manuscript document with tracked changes. Such files, if requested, should be sent by email to the journal's editorial email address, quoting the manuscript reference number. Please do not send completed patient consent forms unless requested.

Results that would otherwise be indicated as "data not shown" should be included as additional files. Since many web links and URLs rapidly become broken, BioMed Central requires that supporting data are included as additional files, or deposited in a recognized repository. Please do not link to data on a personal/departmental website. Do not include any individual participant details. The maximum file size for additional files is 20 MB each, and files will be virus-scanned on submission. Each additional file should be cited in sequence within the main body of text.

If additional material is provided, please list the following information in a separate section of the manuscript text:

- File name (e.g. Additional file 1)
- File format including the correct file extension for example .pdf, .xls, .txt, .pptx (including name and a URL of an appropriate viewer if format is unusual)

- Title of data
- Description of data

Additional files should be named "Additional file 1" and so on and should be referenced explicitly by file name within the body of the article, e.g. 'An additional movie file shows this in more detail [see Additional file 1]'.

For further guidance on how to use Additional files or recommendations on how to present particular types of data or information, please see [How to use additional files](#).

Preparing main manuscript text

[Back to top](#)

Quick points:

- Use double line spacing
- Include line and page numbering
- Use SI units: Please ensure that all special characters used are embedded in the text, otherwise they will be lost during conversion to PDF
- Do not use page breaks in your manuscript

File formats

The following word processor file formats are acceptable for the main manuscript document:

- Microsoft word (DOC, DOCX)
- Rich text format (RTF)
- TeX/LaTeX

Please note: editable files are required for processing in production. If your manuscript contains any non-editable files (such as PDFs) you will be required to re-submit an editable file when you submit your revised manuscript, or after editorial acceptance in case no revision is necessary.

Additional information for TeX/LaTeX users

You are encouraged to use the [Springer Nature LaTeX template](#) when preparing a submission. A PDF of your manuscript files will be compiled during submission using pdfLaTeX and TexLive 2021.

All relevant editable source files must be uploaded during the submission process. Failing to submit these source files will cause unnecessary delays in the production process.

Style and language

Improving your written English

Presenting your work in well-written English gives it its best chance for editors and reviewers to understand it and evaluate it fairly.

We have some editing services that can help you to get your writing ready for submission.

Language quality checker

You can upload your manuscript and get a free language check from our partner AJE. The software uses AI to make suggestions that can improve writing quality. Trained on 300,000+ research manuscripts from more than 400+ areas of study and over 2000 field-specific topics the tool will deliver fast, highly accurate English language improvements. Your paper will be digitally edited and returned to you within approximately 10 minutes.

Lien vers le site Internet :

https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/submission-guidelines/preparing-your-manuscript?_gl=1*_1piblr*_up*MQ..&gclid=Cj0KCQjw2MWVBhCQARIsAljbwoNB6OWg_iaK-itvvjVb_fToG_4m_Nx1eRcgsoEbYiwNuzM5Lx-MCa8aAtLMEALw_wcB#preparing+tables