

Traitement en groupe incluant des joueurs et des toxicomanes : atteinte des objectifs thérapeutiques et retombées

Group Treatment including Gamblers and Substance Users: Achieving Therapeutic Goals and Benefits

Andrée-Anne Légaré,¹ Isabelle Giroux,² & Francine Ferland³

¹ Programme d'études en toxicomanie, Université de Sherbrooke, – Campus Longueuil, Longueuil, QC, Canada

² École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

³ Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec, QC, Canada

Résumé

Les traitements en groupe incluant des problématiques de dépendance variées (GPDV), de jeu d'argent pathologique (JAP) et de toxicomanie, ne font pas l'objet actuellement de validation empirique. Conséquemment, la présente étude évalue les retombées des traitements en GPDV auprès de 8 joueurs et de 16 toxicomanes. Par un devis mixte de type simultané imbriqué, l'étude évalue les retombées du traitement sur l'atteinte des objectifs thérapeutiques de réduction ou de cessation du comportement de dépendance. Afin d'esquisser une piste explicative à ces retombées, l'étude examine également la force de la cohésion perçue et l'appréciation de l'hétérogénéité des problématiques de dépendance au sein du groupe. La présence de composantes spécifiques associées au traitement cognitif-comportemental du JAP est évaluée. Les résultats indiquent que 62 % des participants ont atteint leurs objectifs thérapeutiques après le traitement. L'atteinte des objectifs thérapeutiques est associée à la perception d'une forte cohésion au sein du groupe. L'hétérogénéité des problématiques de dépendance au sein du groupe apparaît peu appréciée des participants. Finalement, il semble que les composantes spécifiques du traitement du JAP ne sont pas présentées aux joueurs de ces groupes. À échéance, l'étude démontre la nécessité d'avoir une réflexion sur le recours au traitement en GPDV pour les joueurs et les toxicomanes et des pistes de recherches sont proposées.

Keywords: thérapie de groupe, traitement, étude qualitative, trouble du jeu d'argent, trouble d'utilisation de substance / group therapy, treatment, qualitative study, gambling disorder, substance use disorder

Abstract

Group therapy for multiple addictions, pathological gambling and drug dependency, has not yet been empirically validated. This study assesses the outcome of group therapy conducted with 8 gamblers and 16 substance users. Using a concurrent nested design, the study evaluates the effect of treatment on the reduction and/or elimination of the addictive behaviour. In order to better understand the findings, the study examined participants' perceptions of group cohesion and their opinions on having a diversity of addiction problems within the group. The presence of specific therapeutic elements associated with cognitive behaviour therapy for pathological gambling was evaluated. The results suggest that 62% of the participants achieved their therapeutic objectives through the therapy. The achievement of therapeutic objectives is associated with the perception of a strong connection within the group. The participants did not appear to have had a positive opinion of the diversity of addiction problems within the group. Finally, it appears that the specific elements of cognitive behavioral therapy for pathological gambling, such as gambling specific information and cognitive restructuring of gambling distorted beliefs, are not presented to the gamblers in these groups. The study results demonstrate the need to re-examine the use of group therapy including gamblers and drug addicts, and further avenues of study are proposed.

Le jeu d'argent pathologique se définit par des habitudes de jeu de hasard et d'argent (JHA) inadaptées et persistantes (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les personnes aux prises avec des problèmes de JHA seraient caractérisées par la présence de préoccupations pour les JHA, un besoin d'y investir des sommes croissantes d'argent et des efforts infructueux pour contrôler, réduire ou cesser la pratique (APA, 2013) ainsi que par la présence de distorsions cognitives par rapport au jeu et au hasard (Barrault & Varescon, 2012). Cette dépendance peut mener les personnes atteintes à vivre des pertes financières importantes ainsi que des problèmes d'ordre judiciaire, professionnel, social et psychologique (Bronnec, Rocher, Bouju, & Vénisse, 2010; Ibanez, Blanco, Moreryra, & Saiz-Ruiz, 2003; Pietrzak, Molina, Ladd, Kerins, & Petry, 2005).

Au Québec, les services publics offerts aux joueurs pathologiques sont assurés par plus de vingt Centres de réadaptation en dépendance (CRD) et établissements affiliés (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec [ACRDQ], 2013a)¹.

¹En 2016, les Centres de réadaptation en dépendance du Québec ont fusionné avec les différents services de santé régionaux et font maintenant partie du programme Dépendance des Centres intégrés de santé et de services sociaux et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux. L'appellation CRD sera conservée dans l'intention d'alléger la lecture.

Dans les CRD, le modèle de traitement cognitif-comportemental, modèle ayant reçu le plus d'appuis empiriques pour le traitement du jeu d'argent pathologique (Adès, 2009; Desrosiers & Jacques, 2009; Toneatto & Ladouceur, 2003), a été mis en place pour la prise en charge de cette problématique (Desrosiers & Jacques, 2009). En effet, au début des années 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a offert à l'ensemble des intervenants des CRD une formation au *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*, élaboré en 2000 par Ladouceur, Boutin, Lachance, Doucet et Sylvain (Allard & Papineau, 2006; Desrosiers & Jacques, 2009).

Afin de répondre aux besoins des CRD, une adaptation du programme à la modalité de groupe (Ladouceur, Fournier, Sylvain, Lachance, & Boutin, 2002) a été développée. En plus de répondre aux besoins cliniques du milieu, l'adaptation du programme à la modalité de groupe s'avère une décision éclairée et tout indiquée pour une problématique de dépendance telle que le jeu d'argent pathologique (Adès, 2009; McCown, 2004). En effet, la thérapie de groupe est la modalité de traitement la plus fréquemment utilisée en Amérique du Nord pour le traitement des problèmes de dépendance, tant chimique que comportementale (Washton, 2014) et mènerait à des gains thérapeutiques importants (Flores & Georgi, 2005; Sobell & Sobell, 2011; Weiss, Jaffee, DeMenil, & Cogley, 2004; Wenzel, Liese, Beck, & Friedman-Wheeler, 2012; Yalom & Leszcz, 2005). Les revues systématiques effectuées sur une vingtaine d'études d'efficacité de traitement du jeu pathologique (modalités individuelle et de groupe) révèlent que les thérapies de groupes composés uniquement de joueurs permettent à ceux-ci de réduire significativement les montants dépensés dans les JHA et le nombre de jours au cours desquels ils jouent mensuellement (Cowlshaw et al., 2012; Pallesen, Morten, Kvale, Johnsen, & Molde, 2005). L'évaluation du *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* en modalité de groupe révèle que les usagers font une appréciation positive du traitement, qu'ils considèrent le traitement comme efficace et que l'atteinte des objectifs thérapeutiques est similaire à celle rapportée en modalité individuelle, lorsque les groupes sont composés uniquement de joueurs (Allard & Papineau, 2006; Chevalier, Geoffrion, Audet, Papineau, & Kimpton, 2003; Chevalier, Geoffrion, Audet, Papineau, & Kimpton, 2003). Il apparaît toutefois que lorsque les groupes ne sont pas composés uniquement de joueurs, par exemple lorsqu'ils incluent des membres ayant un trouble d'utilisation de substance psychoactive (SPA), le traitement reçu est moins apprécié et jugé comme moins efficace par les joueurs (Allard & Papineau, 2006; Chevalier et al., 2003).

En dépit de ce constat, certains CRD offrent encore aux joueurs d'intégrer des groupes de traitement incluant des usagers aux problématiques de dépendances variées (GDPV). L'approche thérapeutique adoptée par les centres et les thérapeutes, la présence de concomitance entre les problèmes de jeu et de consommation chez certains usagers ou encore le nombre de joueurs intéressés par la thérapie de groupe peuvent expliquer le recours aux GDPV dans certains centres (Allard & Papineau, 2006; Desrosiers & Jacques, 2009; Tremblay & Ménard, 2004). Cependant, il demeure qu'à ce jour, les retombées de ces traitements restent inconnues puisque ce type de groupe ne fait pas l'objet d'une validation

empirique. Outre l'absence de données probantes concernant l'efficacité des GPDV, deux principaux éléments peuvent mettre en doute le recours à ce type de traitement.

Dans un premier temps, l'utilisation des GPDV apparaît potentiellement problématique en raison de l'absence possible de la présentation des composantes spécifiques du traitement cognitif-comportemental du jeu d'argent pathologique, identifiées comme cruciales dans le processus de rétablissement des joueurs (Barrault & Varescon, 2012; Desrosiers & Jacques, 2009; Petry, 2015). Les composantes spécifiques incluent la correction des cognitions erronées multiples qu'entretiennent les joueurs à l'égard du jeu et du hasard, ainsi que les composantes comportementales du programme Ladouceur (Ladouceur et al., 2002). Considérant que, dans les CRD, les usagers aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues constituent plus de 80 % de la clientèle et que les joueurs pathologiques en constituent moins de 7 % (ACRDQ, 2013b; Baraldi, Joubert, & Bordeleau, 2015), ces derniers se retrouvent généralement en nombre minoritaire dans les traitements en GPDV. Ce faisant, il est possible de se questionner sur la présentation des composantes spécifiques du traitement du jeu d'argent pathologique puisqu'elles sont non pertinentes pour la majorité des membres du groupe qui ont des problèmes de consommation.

Dans un second temps, certaines données concernant la dynamique des groupes thérapeutiques forcent à s'interroger sur l'impact que peuvent avoir les traitements en GPDV sur le rétablissement des membres du groupe, tant joueur que toxicomane. Selon Sobell & Sobell (2011) et Yalom & Leszcz (2005), la présence de multiples problématiques de dépendance au sein d'un groupe de thérapie pourrait venir altérer ou menacer l'émergence de la cohésion du groupe thérapeutique et ainsi avoir un impact sur le rétablissement de l'ensemble des membres du groupe. La cohésion est un facteur thérapeutique analogue à l'alliance thérapeutique observée dans les thérapies individuelles; elle permet que les membres restent unis et qu'ils adhèrent au groupe et à son contenu thérapeutique (Sobell & Sobell, 2011; Yalom & Leszcz, 2005). Il apparaît que, plus la cohésion d'un groupe est forte, plus la condition des membres s'améliore, que ce soit sur le plan de la diminution des symptômes, de la détresse psychologique ou des difficultés interpersonnelles (Burlingame, McClendon & Alonso, 2011). La force de la cohésion d'un groupe serait influencée par différents paramètres, dont l'homogénéité dans la composition du groupe de thérapie (Burlingame et al., 2011; Flores & Georgi, 2005; Yalom & Leszcz, 2005). Dans le cadre du traitement de la dépendance, Yalom & Leszcz (2005) suggèrent une homogénéisation en fonction de la problématique de dépendance afin de favoriser la formation de la cohésion. Ceci suscite un questionnement quant à l'influence que l'hétérogénéité des problématiques de dépendance au sein des GPDV peut avoir sur la cohésion de ces groupes thérapeutiques et incidemment sur le rétablissement des membres du groupe.

Ainsi, la littérature scientifique porte à croire que le traitement en GPDV peut nuire au rétablissement des membres de ces groupes, considérant son influence possible sur

la cohésion du groupe de même que l'absence de la présentation des composantes spécifiques du traitement du jeu. Cependant, l'absence d'études évaluant un traitement de groupe dans lequel sont inclus des joueurs et des toxicomanes empêche de savoir si ces traitements entraînent des retombées similaires pour ces deux problématiques et si les retombées sont semblables à celles attribuées aux traitements de groupe offerts uniquement à des joueurs ou uniquement à des toxicomanes.

À cet effet, en recourant à un devis mixte, la présente étude pose la question des retombées des traitements en GPDV offerts aux joueurs et aux toxicomanes, et sonde des éléments pouvant constituer des pistes d'explications potentielles aux retombées observées. Les objectifs de la recherche sont d'évaluer les retombées des traitements en GPDV sur l'atteinte des objectifs thérapeutiques d'abstinence ou de réduction des habitudes de dépendance, sur le nombre de jours de jeu ou de consommation ainsi que sur les montants dépensés en jeu ou en substance suite au traitement en GPDV. Comme hypothèse, il est attendu que les toxicomanes sont significativement plus nombreux que les joueurs à avoir atteint leurs objectifs thérapeutiques et à avoir réduit leur nombre de jours dédiés à l'objet de leur dépendance et les montants dépensés dans celui-ci. L'étude vise aussi à examiner la force de la cohésion perçue selon la problématique de dépendance. À cet effet, il est attendu que les scores de cohésion des participants toxicomanes soient supérieurs à ceux obtenus par les joueurs. Afin d'évaluer des éléments pouvant être liés aux retombées observées, l'influence de l'hétérogénéité des GPDV sur la cohésion perçue au sein du groupe ainsi que la relation unissant la cohésion perçue et les résultats du traitement sont examinés. En concordance avec la littérature, il est attendu que les participants ayant atteint leurs objectifs présentent des scores de cohésion plus élevés, et ce, peu importe l'objet de leur dépendance. De manière exploratoire, l'étude vise à recueillir de l'information sur l'appréciation que font les participants de la formule de traitement en GPDV, précisément de l'hétérogénéité des problématiques dépendances. Finalement, l'étude vise à vérifier l'administration des composantes spécifiques du traitement du jeu pathologique dans le cadre des traitements en GPDV. Afin de répondre à ces multiples objectifs, la présente étude recourt à des entrevues réalisées auprès de joueurs et de toxicomanes ayant complété un traitement en GPDV dans un CRD de la région de Québec.

Méthode

Dans l'intention de répondre aux objectifs de l'étude, une approche mixte recourant à un devis de type simultané imbriqué avec prépondérance qualitative (Briand & Larivière, 2014; Jonhson & Onwuegbuzie, 2004), a été sélectionnée. Ce devis implique une phase expérimentale au cours de laquelle les données qualitatives et quantitatives sont recueillies simultanément, bien qu'une priorité soit mise sur les données qualitatives (Bourgault, Gallagher, Michaud, & St-Cyr Tribble, 2010). Ce devis a été utilisé pour connaître les perceptions des usagers et mieux comprendre les membres inclus dans ce type de groupe, dans un contexte où peu d'informations sont disponibles, tout en reconnaissant l'apport essentiel des mesures quantitatives dans

l'appréciation des changements apportés encourus sur les comportements de dépendance et la cohésion.

Participants

Dans le cadre de l'étude, 24 usagers ayant participé à un traitement en GPDV recrutés au CRD de Québec ont pris part au projet : huit étaient aux prises avec une problématique de jeu (groupe *Jeu*) et seize, avec des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues (groupe *Toxico*).

Informations sur l'échantillon. Les participants sont âgés en moyenne de 49,2 ans ($ET = 10,8$) et 66,7 % d'entre eux sont de sexe masculin. Ils sont majoritairement sans conjoint, soit célibataires (45,8 %) ou séparés (20,8 %). Près de la moitié des participants (41,6 %) occupent un emploi. La majorité des participants (62,5 %) ont atteint leurs objectifs thérapeutiques par rapport à leur problématique de dépendance. Les informations sociodémographiques selon l'appartenance au groupe *Jeu* ou *Toxico* sont présentées dans le Tableau 1.

Les participants ont également été regroupés en fonction de l'atteinte de leurs objectifs thérapeutiques. Ainsi, 15 participants (62,5 %) ont atteint leurs objectifs de thérapie par rapport à leur problématique de dépendance. De ceux-ci, 3 (20 %) présentaient une problématique de JHA et 12 une problématique de consommation de SPA (80 %). La majorité des participants ayant atteint leurs objectifs (73,3 %) visaient l'abstinence et 26,7 % visaient une réduction des comportements de dépendance. Le tableau 2 présente les informations descriptives des 24 participants à l'étude afin d'aider à la compréhension des données qualitatives de l'étude.

Critères d'inclusion et d'exclusion. Pour être inclus dans l'étude, le participant devait avoir complété en entier un traitement en GPDV dans les un à cinq mois précédant la période de recrutement. D'autre part, étaient sélectionnées pour

Tableau 1
Informations sociodémographiques en fonction des groupes Jeu ou Toxico

	Groupe Jeu ($N = 8$)	Groupe Toxico ($N = 16$)
Âge	53,8 ($ET = 8,9$)	47,7 ($ET = 11,9$)
Sexe masculin	5 (62,5 %)	11 (68,8 %)
Situation d'emploi		
Emploi à temps plein ou partiel	2 (25,0 %)	8 (50,0 %)
Retraité	4 (50,0 %)	2 (12,5 %)
Assurance emploi ou sécurité du revenu	2 (25,0 %)	3 (18,8 %)
Situation conjugale		
Célibataire	1 (12,5 %)	10 (62,5 %)
En couple/marié	4 (50,0 %)	4 (25,0 %)
Séparé/divorcé	3 (37,5 %)	2 (12,5 %)

Tableau 2

Description des participants selon la problématique de dépendance, l'atteinte des objectifs, le score au PGT et le numéro de groupe auquel ils ont pris part

Nom fictif	Problématique de dépendance	Atteinte des objectifs thérapeutiques	Score au PGT	Numéro du groupe de thérapie
André	Joueur	Oui (Abstinence)	30	Groupe 1
Béatrice	Joueuse	Oui (Abstinence)	31	Groupe 2
Charles	Joueur	Oui (Réduction)	36	Groupe 3
Dominic	Toxicomane	Oui (Abstinence)	37	Groupe 4
François	Toxicomane	Oui (Abstinence)	39	Groupe 1
Henri	Toxicomane	Oui (Abstinence)	37	Groupe 6
Isabelle	Toxicomane	Oui (Abstinence)	39	Groupe 6
Jean	Toxicomane	Oui (Abstinence)	27	Groupe 2
Laurent	Toxicomane	Oui (Abstinence)	32	Groupe 4
Marie	Toxicomane	Oui (Abstinence)	37	Groupe 7
Nicolas	Toxicomane	Oui (Abstinence)	30	Groupe 2
Olivier	Toxicomane	Oui (Abstinence)	36	Groupe 8
Éric	Toxicomane	Oui (Réduction)	28	Groupe 5
Gérard	Toxicomane	Oui (Réduction)	35	Groupe 6
Karl	Toxicomane	Oui (Réduction)	32	Groupe 3
Patricia	Joueuse	Non	23	Groupe 5
Quentin	Joueur	Non	32	Groupe 2
Rose	Joueuse	Non	38	Groupe 7
Sylvain	Joueur	Non	22	Groupe 8
Thomas	Joueur	Non	33	Groupe 6
Ugo	Toxicomane	Non	23	Groupe 1
Valérie	Toxicomane	Non	23	Groupe 1
Yolande	Toxicomane	Non	34	Groupe 7
Zoé	Toxicomane	Non	27	Groupe 4

composer le groupe *Toxico* uniquement les personnes ayant obtenu un indice de gravité minimal de 6 à l'une ou l'autre des sphères *Alcool et Drogues* et de 3 et moins à la sphère *Jeux de hasard et d'argent* de l'Indice de gravité d'une toxicomanie. Les usagers ayant un indice de gravité de 6 et plus à la sphère *Jeux de hasard et d'argent*, et ayant un indice de gravité de 3 et moins à l'une ou l'autre des sphères *Alcool et Drogues* ont été sélectionnés pour composer le groupe *Jeu*. Les usagers recevant simultanément des interventions en modalité individuelle ou présentant des troubles psychotiques sont également exclus de l'échantillon.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique. Le questionnaire sociodémographique a été élaboré pour les besoins du projet de recherche. Il contient 8 questions concernant le sexe, l'âge, le statut conjugal, le statut socioéconomique, le milieu de vie, le type d'occupation professionnelle et ainsi que le revenu annuel.

Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT; Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois, & Trépanier, 1992). Cet instrument est l'adaptation de l'Addiction Severity Index de McLellan, Luborsky, O'Brien et Woody (1980) traduit et validé par Bergeron et al. (1992). La version de l'IGT utilisée pour ce projet est celle du CRD de Québec qui y a ajouté une section supplémentaire évaluant les habitudes de JHA. Aux fins de l'étude, certaines questions de l'IGT ont été sélectionnées. Les questions utilisées dans les sphères *Alcool* et *Drogues* portent sur les substances consommées, le nombre d'épisodes de consommation et les montants dépensés en SPA au cours des 30 derniers jours. Les questions sélectionnées dans la sphère *Jeux de hasard et d'argent* portent sur les activités de jeux effectuées, sur le nombre de sessions de jeu et sur les montants dépensés au jeu au cours des 30 derniers jours.

Questionnaire sur la perception du groupe de thérapie (PGT) basé sur le Perceived Group Reinforcement Scale (Creswell, Sayette, Manuck, Ferrell, Hill, & Dimoff, 2012). Le PGT est une adaptation française du questionnaire Perceived Group Reinforcement Scale (Creswell et al., 2012) qui permet d'évaluer la cohésion du groupe de thérapie telle que perçue par le participant.

Il contient 13 éléments auxquels on répond sur une échelle de type Likert variant de « Pas du tout » (0) à « Beaucoup » (3) et trois questions pour lesquelles l'échelle est inversée. Plus le score obtenu au questionnaire est élevé, plus la cohésion perçue par le répondant est forte.

La description du questionnaire dans sa version originale ne comprend toutefois pas d'indication concernant les points de césure (*cut-off point*). Pour les besoins de l'étude, des catégories ont été créées en répartissant les scores totaux obtenus au PGT en tertiles, technique pouvant être utilisée pour créer des points de césure en l'absence de mesure étalon comparative (Behlouli et al., 2009). Ainsi, trois catégories ont été créées en fonction des scores obtenus par les participants : la catégorie « faible cohésion » (score de 28 et moins), la catégorie « cohésion moyenne » (score allant de 29 à 35) et la catégorie « forte cohésion » (score de plus de 35).

Canevas d'entrevue qualitative. Ce questionnaire évalue les perceptions des usagers par rapport au changement survenu sur leur problématique de consommation ou de jeu, leur bien-être psychologique et leur fonctionnement social après le traitement en GPDV. Il vise également à recueillir de l'information sur la force de la cohésion perçue au sein du groupe ainsi que l'appréciation de la formule de traitement en GPDV. La présentation des composantes spécifiques du jeu pathologique ainsi que la place accordée à la problématique de jeu pathologique sont également remises en question. Le questionnaire qualitatif comporte 21 questions ouvertes visant à répondre aux différents objectifs de l'étude.

Procédure

Dans un premier temps, les usagers correspondant aux critères de sélection ont été contactés afin de leur expliquer en détail le projet de recherche et solliciter leur

participation. Les usagers acceptant de participer ont été invités à une rencontre individuelle d'une durée approximative de 120 minutes au CRDQ, rencontre qui a été enregistrée intégralement en format audionumérique.

Les rencontres de recherche ont débuté par la présentation du formulaire de consentement. Ensuite, le questionnaire sur les données sociodémographiques a été rempli avec le participant. Une fois ces informations colligées, l'entrevue qualitative a été réalisée. En fin d'entrevue, les questionnaires PIQ, le PGT et les questions sélectionnées de l'IGT ont été remplis à l'oral avec le participant. Une compensation financière de 50 \$ en carte-cadeau d'un marché d'alimentation leur a été offerte en dédommagement pour leur participation.

Cette étude a été approuvée dans son intégralité par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (2014-110 A -1/12-12-2014) ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche en dépendance (2014-167).

Analyses

Analyses quantitatives. Les analyses quantitatives ont été réalisées sur le logiciel SPSS 14.0 avec un seuil de signification alpha de 0,05. Les comparaisons ont été faites à l'aide d'analyses non-paramétriques en raison de la petite taille de l'échantillon, à savoir des tests exacts de Fisher, des tests de Mann-Whitney, des tests des rangs signés de Wilcoxon ainsi que des tests de Khi-Carré.

Analyses qualitatives. Les transcriptions de l'entrevue qualitative ont fait l'objet d'une analyse de contenu en lien avec les objectifs spécifiques de l'étude. L'analyse a été réalisée selon la technique en quatre étapes de Mayer et Deslauriers (2000). Ainsi, les 24 entrevues ont été retranscrites intégralement sous forme de verbatim avant de faire l'objet d'une préanalyse par lecture flottante (Bardin, 2001).

La codification du matériel s'est effectuée à l'aide du logiciel N'Vivo et a conduit à l'élaboration d'une grille de catégories ayant fait l'objet d'analyses interjuge validant ainsi la grille et le processus de codification. Les analyses d'interjuge réalisées sur N'Vivo présentent un kappa de Cohen de 0,76, ce qui correspond à un accord excellent (QSR N'Vivo, 2015).

L'analyse et l'interprétation des résultats ont été effectuées en faisant ressortir les éléments de convergence et de divergence du discours des participants, afin de produire un compte rendu descriptif des diverses significations retrouvées dans les verbatims (Wanlin, 2007). Au moment de l'interprétation des données, il est apparu que les éléments de convergence et de divergence du discours des participants étaient rattachés à l'atteinte des résultats thérapeutiques, et non à l'appartenance au groupe *Jeu* ou *Toxico*. Ces ressemblances en fonction de l'atteinte ou non des objectifs thérapeutiques en lien avec la problématique de dépendance ont été relevées à l'ensemble des thèmes abordés lors de l'entrevue qualitative. Ce faisant, l'interprétation et la présentation des résultats qualitatifs ont été réorientées afin

de mettre en relief les informations fournies par les participants ayant atteint leurs objectifs thérapeutiques en parallèle à celles des participants n'ayant pas atteint leurs objectifs thérapeutiques par rapport à leur problématique de dépendance.

Résultats

Analyses inférentielles

Atteinte des objectifs des joueurs et des toxicomanes. Le test exact de Fisher indique l'absence de différence significative par rapport à l'atteinte des objectifs entre les joueurs (37,5 %) et les toxicomanes (75 %), ($p = 0,091$).

Cohésion dans le groupe de thérapie des joueurs et des toxicomanes. Les tests du U de Mann-Whitney indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre le score total obtenu au PGT par les groupes *Jeu* (32,62, $ET= 5,87$) et *Toxico* (31,0, $ET= 5,87$), ($U= 53,0$, $p = 0,528$).

Habitudes de jeu et de consommation. Les analyses dénotent l'absence de différence significative avant le traitement entre les joueurs ayant atteint leurs objectifs et ceux n'ayant pas atteint leurs objectifs en ce qui concerne les montants dépensés ($U = 11,0$, $p = 0,571$) et le nombre de jours de jeu par mois ($U = 21,0$, $p = 0,647$). À la suite de la thérapie, les joueurs ayant atteint leurs objectifs ont significativement réduit les montants dépensés en jeu ($U = 6,0$, $p = 0,025$) et le nombre de jours de jeu dans les 30 derniers jours ($U = 6,0$, $p = 0,024$) comparativement aux joueurs n'ayant pas atteint leurs objectifs. Le tableau 3 présente les montants dépensés aux JHA et le nombre de jours de jeu dans les 30 derniers jours avant et après le traitement en fonction de l'atteinte des objectifs des participants joueurs.

Les toxicomanes ayant atteint leurs objectifs ont significativement réduit les montants dépensés en substances à la suite du traitement ($Z = -1,886$, $p = 0,032$) ainsi que le nombre de jours de consommation par mois ($Z = -2,902$, $p = 0,039$). En contrepartie, les toxicomanes n'ayant pas atteint leurs objectifs n'ont pas réduit significativement le nombre de jours de consommation par mois ($Z = -1,604$, $p = 0,250$) ni les montants dépensés en substances au cours des 30 jours précédant l'évaluation ($Z = -0,730$, $p = 0,625$). Le tableau 4 présente les montants dépensés en substances et le nombre de jours de consommation dans les 30 derniers jours avant et après le traitement en fonction de l'atteinte des objectifs des participants toxicomanes.

Cohésion du groupe de thérapie selon l'atteinte des résultats thérapeutiques. Les tests du khi-carré indiquent une différence dans la distribution de la force la cohésion selon l'atteinte des objectifs thérapeutiques ($\chi = 7,751$, $df = 2$, $p = 0,021$). Un test exact de Fisher réalisé sur les catégories forte et faible cohésion indique que les participants ayant atteint leurs objectifs sont significativement plus nombreux à être dans la catégorie forte cohésion que les participants n'ayant pas atteint leurs objectifs ($p = 0,035$).

Tableau 3

Montants dépensés en JHA et nombre de jours de jeu dans les 30 derniers jours avant et après le traitement en fonction de l'atteinte des objectifs des participants joueurs

	Avant le traitement		U	Après le traitement		U
	Objectifs atteints (n = 3)	Objectifs non atteints (n = 5)		Objectifs atteints (n = 3)	Objectifs non atteints (n = 5)	
Montant dépensé aux JHA (\$ CAN)	1377,33 (ET = 1852,5)	1542,00 (ET = 1551,4)	11,0	46,00 (ET = 48,0)	1320,00 (ET = 1095,9)	6,0*
Nombre de jours de jeu dans les 30 derniers jours	14,66 (ET = 10,9)	14,4 (ET = 6,2)	21,0	1,3 (ET = 0,6)	14,0 (ET = 9,0)	6,0*

* = p < 0.05

Analyses qualitatives

Perception de la cohésion dans le groupe de thérapie. L'analyse des entrevues avec les participants révèle un lien entre la perception d'une forte cohésion au sein du groupe de thérapie et l'atteinte ou non des objectifs thérapeutiques. Un sentiment

Tableau 4

Montants dépensés en substances et nombre de jours de consommation dans les 30 derniers jours avant et après le traitement en fonction de l'atteinte des objectifs des participants toxicomanes

	Objectifs atteints (n = 12)			Objectifs non atteints (n = 4)		
	Avant le traitement	Après le traitement	Z	Avant le traitement	Après le traitement	Z
Montant dépensé en substance (\$ CAN)	95,0 (ET = 96,6)	24,7 (ET = 57,5)	-1,886*	302,5 (ET=341,6)	397,5 (ET = 379,1)	-0,730
Nombre de jours de consommation dans les 30 derniers jours	16,33 (ET = 14,61)	3,12 (ET = 8,5)	-2,902*	30,0 (ET = 0,0)	20,0 (ET = 8,6)	-1,604

* p < 0,05

d'unité avec les autres membres du groupe ressort du discours des participants ayant atteint leurs objectifs, et ce, peu importe l'objet de leur dépendance.

Bien, on était comme dans une équipe là. On se comprenait. — *Béatrice, joueuse ayant atteint son objectif*

Enfinement oui, on s'est unis. C'est un peu comme une famille, tu ne peux pas toujours être d'accord. C'est sûr qu'il y a des différends, des frictions, du monde qui parle quand ce n'est pas le temps. Mais c'est une famille. — *François, toxicomane ayant atteint son objectif*

Parce qu'on dirait, je ne sais pas, mais, il y a des, c'est comme si des fois, il y a des gens qui sont faits pour aller ensemble. Bien moi, j'avais l'impression qu'on était des gens faits pour aller ensemble. — *Charles, joueur ayant atteint son objectif*

En contrepartie, la création de relations empreintes de respect et la présence d'un sentiment de rapprochement, sans toutefois que se soit créé un sentiment d'unité entre les membres, sont relevées dans le discours des participants n'ayant pas atteint leurs objectifs.

On reste dans le respect, mais le sentiment d'unité, ça, c'est une étape plus lourde ça. Non, pas tant que ça. Un petit peu, tu sais, un petit peu, mais sur l'unité, bien moi, je n'irais pas jusque-là. — *Quentin, joueur n'ayant pas atteint son objectif*

Un rapprochement, mais sans aller plus loin. Peut-être que si on se côtoyait dans la vie, on créerait un vrai lien, mais ça n'arrive pas. — *Valérie, toxicomane n'ayant pas atteint son objectif*

Certains facteurs qui viennent amoindrir le sentiment d'unité ou de cohésion dans les groupes de thérapie ont été relevés dans le discours des participants. Le fait de ne pas s'ouvrir au groupe ou de ne pas partager son expérience avec les autres membres du groupe a été identifié comme un facteur minimisant l'émergence de la cohésion. L'hétérogénéité des problématiques de dépendance au sein du groupe a également été rapportée comme un aspect faisant en sorte qu'il est difficile de créer des rapprochements avec les autres membres. Finalement, les divergences dans les styles de personnalité ont été reconnues comme ayant un impact négatif sur la création du lien interpersonnel qui peut être établi dans le groupe.

Bien, peut-être ceux qui étaient gênés de parler. C'est sûr qu'ils ne sont pas tous à l'aise de parler. C'est normal aussi. Veut, veut pas, c'est difficile de dévoiler ta vie à quelqu'un que tu ne connais pas. Mais ça n'aide pas à créer le lien non plus. — *Jean, toxicomane ayant atteint son objectif*

Je dirais que ce n'est pas tant les différences de problématique ou de substances, c'était la différence de personnalité qui jouait. C'est la personnalité de chaque personne qui faisait des conflits, et non pas la raison pour laquelle on se retrouvait là. — *Dominic, toxicomane ayant atteint son objectif*

Je ne me sens pas vraiment partie prenante parce que, c'est ça, je ne consomme pas, je ne connais pas ça, puis je ne suis pas intéressé à connaître ça. Fait que ça limite beaucoup l'interaction. Quand il y a trop de disparité entre les types de consommation autour d'un même groupe, c'est moins pertinent. — *Sylvain, joueur n'ayant pas atteint son objectif*

Parce que s'il y en a un qui a un problème d'alcool, puis un qui a un problème de jeu, celui qui a un problème d'alcool, il ne comprendra pas celui qui a un problème de jeu, puis l'autre bien, il n'a pas de problème d'alcool fait que... on

ne se comprend pas, on ne s'adonne pas. — *Ugo, toxicomane n'ayant pas atteint son objectif*

Appréciation de l'hétérogénéité des problématiques de dépendance. Tant des aspects positifs que négatifs ont émergé du discours des participants quant aux différentes problématiques de dépendance au sein du groupe. Il appert que la perception positive ou négative de l'hétérogénéité des problématiques de dépendance n'est pas associée à l'atteinte ou non des objectifs de thérapie.

Les aspects positifs relevés incluent la possibilité d'apprendre ou de comprendre une problématique de dépendance différente, ainsi que la possibilité de se reconnaître chez les membres du groupe ayant une problématique de dépendance différente.

Ça ne m'a pas dérangé, je dirais même que c'est le contraire, ça m'a ouvert plus, mettons, sur le côté humain, sur le problème des autres. Parce que je trouvais ça comme... Je ne comprenais pas que quelqu'un puisse être addict du jeu. Mais là, je me suis rendu compte que la dynamique est la même. — *Laurent, toxicomane ayant atteint son objectif*

Alors les six premières rencontres, c'était ça, c'était tous des gens aussi là qui avaient des dépendances différentes, mais finalement, je trouve que c'est correct. Puis en même temps, ça nous fait, ça nous fait peut-être comprendre d'autre chose aussi par rapport justement aux gens qui ont une problématique avec la drogue ou euh ou l'alcool... en tout cas, moi, ça m'a fait voir les gens différemment. — *Rose, joueuse n'ayant pas atteint son objectif*

Mais même si c'est pour un différent problème, c'est la même affaire, c'est la même affaire. Moi j'ai envie de boire, eux autres, ils ont envie de jouer, eux autres, ils ont envie de consommer de la drogue. Fait que ça revient au même. Je trouve... c'est juste la même chose. Moi, c'est de la boisson, eux autres, c'est de la drogue, puis l'autre, c'est le jeu. — *Ugo, toxicomane n'ayant pas atteint son objectif*

Les aspects négatifs recensés en lien avec l'hétérogénéité incluent la difficulté de se reconnaître dans les autres membres du groupe, de partager son expérience avec les membres et un espace limité pour discuter spécifiquement des problèmes de JHA.

Puis là, nous on se retrouve moins là-dedans [*le discours d'un joueur*], en tout cas, moi. Je suppose quand nous on parlait, le gars, le joueur, il ne devait pas aller chercher autant lui non plus là-dedans, dans les discussions qu'on avait. — *François, toxicomane ayant atteint son objectif*

Moi, je préférais avoir juste des gens qui ont la même problématique que moi, parce que là, dans nos expériences par rapport à la consommation [*dépendance en général*], on parle pas des mêmes choses. — *Sylvain, joueur n'ayant pas atteint son objectif*

C'est sûr que si tout le monde était des joueurs, on parlerait plus de jeu, et ça m'aiderait plus. — *Rose, joueuse n'ayant pas atteint son objectif*

Si c'était possible là, je préfère les gens qui ont les mêmes dépendances, je pense que ça serait plus... intéressant. Je pense qu'il y aurait un plus grand apprentissage dans le partage des gens qui ont une dépendance semblable, dans les difficultés, dans les réussites. Je crois que ce serait plus efficace, un effet plus positif que quand il y a un mixte de consommation. — *Thomas, joueur n'ayant pas atteint son objectif*

Malgré la présence d'éléments positifs relevés relativement à l'hétérogénéité, il ressort des entretiens avec les participants que la suppression de l'hétérogénéité des problématiques de dépendance serait une modification souhaitable dans les groupes de thérapie. En effet, la préférence envers un traitement ciblant plus précisément la problématique de dépendance spécifique des participants ressort du discours. Il est à noter que la spécificité de la dépendance inclut une distinction entre les problèmes de consommation d'alcool et ceux de drogues illicites, en plus du jeu pathologique. Également, le désir d'être inclus dans un groupe de thérapie homogène sur le plan des dépendances est retrouvé dans le discours des participants, qu'ils aient ou non atteint leurs objectifs thérapeutiques.

Peut-être que ce serait bien de plus se centrer sur la problématique, parce que là, c'était trop généralisé. Si c'était plus pointu sur l'alcool, parce que là, c'était généralisé à la dépendance, mais si c'était plus centré peut-être que ça pourrait nous aider plus, nous donner plus de trucs ou de manière de faire [...] Parce que c'était trop vague, trop général les conversations. — *Marie, toxicomane ayant atteint son objectif*

Moi, je pense qu'ils [*les joueurs*]... qu'ils n'ont pas d'affaire là. [...] Je pense qu'ils ont besoin d'un traitement indépendant, tant qu'à moi. — *François, toxicomane ayant atteint son objectif*

J'aurais aimé avoir un groupe juste de joueurs. — *Charles, joueur ayant atteint son objectif*

Bien, j'aurais été plus à l'aise dans un groupe de joueurs, tous des joueurs. — *Quentin, joueur n'ayant pas atteint son objectif*

Je ne sais pas si c'est la bonne solution, mais moi, je mettrais les alcooliques ensemble, la drogue avec la drogue, le jeu avec le jeu. Peut-être que... je verrais ça de même. Ça ressemble un peu aux fraternités qui existent, comme les AA, les NA... — *Ugo, toxicomane n'ayant pas atteint son objectif*

Présentation des composantes spécifiques du traitement du jeu pathologique. Le discours des participants révèle que les composantes spécifiques du traitement du jeu pathologique ne sont pas présentées de manière systématique par les thérapeutes dans les traitements en GPDV. Il ressort du discours des participants qu'elles sont présentées lorsqu'elles sont abordées par les membres du GPDV. Le discours témoigne aussi de la possibilité que les composantes aient été présentées lors de traitements antérieurs réalisés dans d'autres centres de thérapie ou lors des ateliers préparatoires du CRDQ. Il se dégage des propos des participants que le petit nombre

de joueurs dans les GPDV ainsi que des éléments se rapportant au concept unitaire de dépendance sont des explications possibles au faible espace accordé aux discussions sur les JHA ainsi qu'aux composantes spécifiques. Finalement, un besoin d'obtenir plus d'informations sur les composantes spécifiques est identifié dans le discours de joueurs n'ayant pas atteint leurs objectifs.

Ça [*discussion sur l'espoir de se refaire*], j'ai fait ça à la CASA. J'ai déjà fait ça, parce que là, il y avait des ateliers juste pour les joueurs, où on s'adresse spécifiquement à ce que tu viens de mentionner. Mais ici, dans le truc de groupe là, non. — *André, joueur ayant atteint son objectif*

Des concepts directement par rapport au jeu, non. Je n'ai pas de souvenir de ça. C'est-à-dire, c'était plus sur l'idée de dépendance. C'était un peu ça l'idée, c'est qu'il [*le thérapeute*] parlait de dépendance en général et il finissait par nous faire comprendre qu'une dépendance au jeu, une dépendance à la drogue ou à l'alcool c'est une dépendance, la même chose. — *Dominic, toxicomane ayant atteint son objectif*

Oui, ça a été vu, mais encore là, c'est dans le programme de base [*ateliers préparatoires du CRDQ*]. Peut-être un petit peu avec [*le thérapeute*], mais ce n'est pas lui qui amorce le sujet. — *Sylvain, joueur n'ayant pas atteint son objectif*

Non, on n'a pas vraiment parlé de ça parce que, comme j'étais la seule que c'était les machines à sous, on n'est pas allé dans ce sens-là. — *Patricia, joueuse n'ayant pas atteint son objectif*

Mais, il n'y avait seulement qu'une personne qui avait le jeu. Fait qu'on ne parlait pas tant que ça de ce sujet-là. On parlait plus d'alcool ou de dope — *Valérie, toxicomane n'ayant pas atteint son objectif*

Il y a bien des choses, comme celle-là [*concept de l'illusion de contrôle*], qui auraient pu être abordées au niveau du jeu, mais qui ne l'ont pas été, malheureusement. — *Quentin, joueur n'ayant pas atteint son objectif*

J'aurais aimé ça savoir, relié au jeu, comme la théorie. Tu sais, ils disent tout le temps que la machine est comme... à chaque fois que tu pèses sur le piton, c'est un jeu indépendant. C'est en pourcentage, mais... Ils ont dit juste 92 % dans un sens, je suis sûr qu'il y a des règles. J'aurais aimé ça avoir plus de statistiques finalement. Ce serait bon, ce serait meilleur parce que tout le monde qui joue a sa petite théorie, tout le monde a son idée... — *Thomas, joueur n'ayant pas atteint son objectif*

Discussion

Dans le cadre d'une réflexion entourant la pertinence d'inclure concurremment des joueurs et des toxicomanes dans des groupes de traitement de la dépendance, la présente étude avait comme objectif d'évaluer les retombées que peuvent avoir ces traitements sur la problématique de dépendance des membres y participant. L'étude explorait également des éléments pouvant être liés aux retombées thérapeutiques

observées, à savoir la force de la cohésion perçue ainsi que l'appréciation de l'hétérogénéité des problématiques de dépendance au sein du groupe. Dans la même optique, l'étude visait à vérifier si les composantes spécifiques du traitement cognitif-comportemental du jeu d'argent pathologique étaient présentées dans le cadre des GPDV. Pour répondre à ces objectifs, les résultats ont été abordés selon la problématique de dépendance des participants, à savoir les problèmes de JHA ou de consommation de SPA, mais également sous l'angle de l'atteinte des objectifs d'abstinence ou de réduction des comportements de dépendance des participants.

L'étude visait d'abord à évaluer les retombées des traitements en GPDV sur la problématique de dépendance des participants. Au sein de l'échantillon de recherche, 15 participants sur les 24 rencontrés ont atteint leurs objectifs thérapeutiques de réduction ou d'abstinence. Il faut toutefois remarquer que bien que 12 des 16 participants toxicomanes rencontrés aient atteint leurs objectifs, il n'y a que trois joueurs sur les huit rencontrés qui rapportent ce même succès. Bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les joueurs et les toxicomanes de l'échantillon, l'atteinte des objectifs thérapeutiques rapportés par les joueurs à l'étude est inférieure à celle retrouvée dans les études évaluant un traitement offert aux joueurs pathologiques. Selon ces études, entre 70 et 75 % des joueurs traités rapportent avoir atteint l'abstinence à la suite du traitement reçu (Schwartz & Linder, 1992; Stinchfield & Winters, 2001). Il est à noter toutefois qu'il est possible que le taux d'atteinte des objectifs puisse être inférieur à celui retrouvé dans d'autres études en raison de la petite taille de l'échantillon de joueur de cette étude.

L'étude visait également à éclaircir la relation possible entre la présence de multiples problématiques de dépendance au sein d'un même groupe et la force de la cohésion présente dans le groupe. L'hétérogénéité des problématiques de dépendance est identifiée par les participants comme étant un aspect ayant amoindri la force du sentiment de cohésion qui s'est développé entre les membres. Ceci concorde avec la littérature voulant que l'hétérogénéité des problématiques de dépendance pourrait nuire à l'émergence de la cohésion au sein d'un groupe de traitement (Burlingame et al., 2011; Sobell & Sobell, 2011; Yalom & Leszcz, 2005).

En outre, les résultats indiquent que les participants ayant atteint leurs objectifs sont significativement plus nombreux à présenter des scores de cohésion élevés. Ce constat se dégage également du discours des participants : les éléments indiquant la présence d'une forte cohésion sont identifiés uniquement dans le discours de participants ayant atteint leur objectif. Ces résultats semblent appuyer les propos de Burlingame et al. (2011) ainsi que ceux de Yalom & Leszcz (2005) qui notent que la présence d'une forte cohésion est associée à de meilleurs résultats de traitement. Considérant qu'une cohésion forte est identifiée comme précurseur au développement des facteurs thérapeutiques des traitements de groupe identifiés comme essentiels au rétablissement (Yalom & Leszcz, 2005), il est possible de croire que les participants pour qui une forte cohésion ne s'est pas développée n'ont pu profiter de l'ensemble des bienfaits associés aux facteurs thérapeutiques. Incidemment, ceci pourrait contribuer à la non-atteinte de leurs objectifs thérapeutiques (Sobell & Sobell, 2011; Yalom & Leszcz, 2005).

Ensuite, pour nourrir la réflexion sur la pertinence du recours aux traitements en GPDV, l'étude visait à connaître la perception des membres des GPDV par rapport à l'inclusion de personnes présentant des problématiques de JHA ou de consommation de SPA dans le même groupe de thérapie. Certains avantages sont perçus par les participants quant à l'hétérogénéité des problématiques de dépendance dans leur groupe de thérapie. Les avantages perçus concernent la compréhension d'une problématique de dépendance auparavant inconnue ainsi que la possibilité de se reconnaître dans les difficultés vécues par les membres ayant une problématique différente. Ce second avantage fait toutefois l'objet de contradiction. En effet, il ressort également du discours des participants que l'hétérogénéité des problématiques de dépendance amoindrit la possibilité de se reconnaître dans les propos des personnes présentant une dépendance différente. Ceci est semblable à ce qui avait été rapporté par les joueurs inclus dans les groupes de thérapies évalués par Chevalier et al. (2003). La présente étude indique que la différence dans les problématiques de dépendance peut nuire à la reconnaissance de soi dans le discours des autres, tant pour un participant toxicomane que pour un participant joueur. L'hétérogénéité des problématiques de dépendance semble également liée à un sentiment de perte d'efficacité thérapeutique; il ressort du discours des participants, tant joueurs que toxicomanes, que la thérapie aurait pu être plus pertinente et efficace et qu'ils auraient appris davantage si celle-ci avait été exclusivement centrée sur leur dépendance personnelle.

Dans ce sens, il ressort des entretiens que la mise en place de groupes de thérapie homogènes sur le plan de la problématique de dépendance serait une modification souhaitable aux services proposés dans les CRD. Cette recommandation se retrouve dans les discours des participants, sans égard au problème de dépendance pour lequel ils consultaient ou à l'atteinte de leur objectif de traitement, et même lorsque des bénéfices de l'hétérogénéité ont été perçus. En effet, il semble que, bien que des points positifs puissent être relevés par rapport à l'hétérogénéité, des interventions plus ciblées sur le problème de dépendance spécifique pour lequel les participants consultent seraient souhaitables.

Selon les données recueillies sur l'atteinte des objectifs thérapeutiques, les habitudes de jeu ou de consommation et la cohésion, il apparaît que les joueurs et les toxicomanes rapportent d'une manière similaire les impacts de l'hétérogénéité des problématiques de dépendance sur leur rétablissement. Bien que la différence ne soit pas significative, probablement en raison d'un manque de puissance statistique, il demeure que moins de 50 % des participants joueurs ont atteint leurs objectifs, tandis que 75 % des participants toxicomanes les ont atteints. À cet égard, il est possible de croire que les rares informations, voire l'absence d'information fournie concernant les composantes spécifiques du traitement des joueurs pourrait expliquer, du moins partiellement, la disparité entre les participants joueurs et toxicomanes quant à l'atteinte des objectifs de thérapie.

En fonction des informations rapportées par les participants de cette étude, il appert que la place accordée à la problématique des JHA ainsi qu'aux composantes

spécifiques du traitement du jeu d'argent pathologique est minime dans les traitements en GPDV évalués. La présence minoritaire de joueurs dans les GPDV expliquerait, selon les participants, la petite place accordée aux discussions portant spécifiquement sur les JHA. Ainsi, il est possible d'émettre l'hypothèse que l'hétérogénéité des problématiques de dépendance, en plus d'avoir une incidence sur l'appréciation du traitement et la cohésion au sein du groupe, diminue le temps accordé aux joueurs pour parler de leur propre problématique ou être exposé aux composantes spécifiques du traitement leur étant destiné. Cette combinaison d'éléments pourrait expliquer que le taux d'atteinte des objectifs thérapeutiques des joueurs de l'échantillon soit inférieur à ce qui est retrouvé dans la littérature (Schwartz & Linder, 1992; Stinchfield & Winters, 2001).

En somme, certaines conclusions se dégagent quant au recours aux traitements en GPDV, tels qu'ils ont été évalués. Il est à noter que les limites inhérentes à la taille de l'échantillon, à l'exclusion des usagers présentant une double problématique de problèmes jeu et de trouble d'utilisation de substance et de la nature qualitative des données restreignent la généralisation des résultats. Cependant, le recours à un devis de recherche mixte qui, dans un contexte où peu d'informations concernant l'impact des GPDV sur les problématiques de JHA ou de consommation sont disponibles, permet d'enrichir la compréhension de l'expérience des membres inclus dans ce type de groupe. Également, l'absence de manipulation des traitements en GPDV reçus par les participants ajoute à la validité écologique de l'étude. Dans leur ensemble, les résultats de l'étude indiquent que l'hétérogénéité des problématiques de dépendance n'est pas unanimement appréciée des membres de ces groupes et qu'elle constitue une menace potentielle à la cohésion perçue au sein du groupe. Également, il en ressort que la place accordée à la problématique de JHA est insuffisante pour les joueurs en raison de leur nombre minoritaire dans ces groupes de thérapies. En ce sens, les résultats de la présente étude viennent appuyer les recommandations émises par Tremblay et Ménard (2004) ainsi que Yalom et Leszcz (2005) qui indiquent que le recours à des traitements en groupes homogènes sur le plan de problématique à traiter est à privilégier. Cependant, considérant la réalité clinique des centres de traitement de la dépendance, la création de groupes homogènes peut s'avérer complexe, voire impossible (Rawson, 1990). Ainsi, la présente étude impose une réflexion par rapport aux pistes d'intervention à privilégier pour le traitement en groupe de ces problématiques. Des études supplémentaires seraient nécessaires afin d'évaluer si la combinaison d'intervention individuelle au traitement en GPDV permettrait de pallier les lacunes rapportées par les participants de cette étude. Également, il serait nécessaire de vérifier si des interventions destinées à favoriser la cohésion du groupe thérapeutique ou encore l'homogénéisation du groupe en fonction d'autres paramètres tels le sexe ou encore l'âge permettraient de contrer l'influence de l'hétérogénéité des problématiques de dépendance sur la cohésion du groupe et incidemment le rétablissement des membres. À échéance, ces études contribueraient à poursuivre la réflexion amorcée sur le recours à ce type de groupe dans les centres de traitement de la dépendance et à ajouter aux connaissances quant aux stratégies thérapeutiques favorisant le rétablissement des joueurs et des toxicomanes.

Références/References

- Adès, J. (2009). Jeu pathologique. Dans M. Lejoyeux (Dir.) *Addictologie* (pp. 229-238). Paris : Elsevier Masson.
- Allard, D., & Papineau, É. (2006). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique/Rapport synthèse*. Montréal : Institut national de santé publique.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2013). *Les centres de réadaptation en dépendance du Québec*. Repéré à : <http://www.acrdq.qc.ca/les-centres/trouver-un-centre>
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2013). *Profil des clientèles*. Repéré à : <http://www.acrdq.qc.ca/les-centres/profil-des-clienteles>
- Association des intervenants en dépendance du Québec (2016). *Formations AIDQ*. Repéré à ULR : <http://aidq.org/activites-nouvelles/formations/formations-aidq>
- Barrault, S., & Varescon, I. (2012). Distorsions cognitives et pratique de jeu de hasard et d'argent : état de la question. *Psychologie française*, 57(1), 17-29.
- Bardin, L. (2001). L'analyse de contenu (10e éd.). Paris : *Presses Universitaires de France*.
- Behlouli, H., Feldman, D. E., Ducharme, A., Frenette, M., Giannetti, N., Grondin, F.,..., & Pilote, L. (2009, September). Identifying relative cut-off scores with neural networks for interpretation of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. In *Engineering in Medicine and Biology Society, 2009. EMBC 2009. Annual International Conference of the IEEE* (pp. 6242-6246). IEEE.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P., & Trépanier, M. (1992). Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool : l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). Montréal : Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec.
- Bourgault, P., Gallagher, F., Michaud, C. & St-Cyr Tribble, D. (2010). Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Recherche en soins infirmiers*, 103(4), 20-28. doi:10.3917/rsi.103.0020.
- Briand, C., & Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique Dans M. Corbière, et N. Larivière, *Ouvrage collectif: Approche mixte des méthodes*

qualitatives et quantitatives, (pp. 625-646), Presses de l'Université du Québec : Québec.

Bronnec, M., Rocher, B., Bouju, G., & Vénisse, J.-L. (2010). Jeu et addiction. / Gaming, gambling and addiction. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(7), 509-512. doi : 10.1016/j.amp.2010.06.004

Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Johnson, J. E. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 373-379. doi : 10.1037/0033-3204.38.4.373

Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3.

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34.

Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 8 — Le point de vue des usagers*. Montréal : Institut national de santé publique.

Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.

Creswell, K. G., Sayette, M. A., Manuck, S. B., Ferrell, R. E., Hill, S. Y., & Dimoff, J. D. (2012). DRD4 polymorphism moderates the effect of alcohol consumption on social bonding. *PloS one*, 7(2), e28914.

Desrosiers, P., & 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. Montréal : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Flores, P. J., & Georgi, J. M. (2005). *Substance abuse treatment: Group therapy*. États-Unis : US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher*, 33(7), 14-26.

Ladouceur, R., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Sylvain, C. (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Québec : Université Laval, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu.

- Ladouceur, R., Fournier, P.-M., Sylvain, C., Lachance, S., & Boutin, C. (2002). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs : Adaptation du programme à l'intervention de groupe*. Québec : Université Laval, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2000). *Le jeu excessif : comprendre et vaincre le gambling*. Montréal : Les Éditions de l'homme.
- Mayer, R., & Deslauriers, J. P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative : l'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, 159-189.
- McCown, W. G. (2004). Treating Compulsive and Problem Gambling. Dans R. H. Coombs (Dir.) *Handbook of addictive disorders – A practical guide to diagnosis and treatment* (pp. 161-194). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Woody, G.E. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168(1), 26-33. doi : 10.1097/00005053-198001000-00006
- Pallesen, S., Morten, M., Kvale, G., Johnsen B-J. & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100(10), 1412-1422. doi : 10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x
- Petry, N. M. (2015). Psychosocial treatments for problem and pathological gambling. Dans H. Bowden-Jones & S. George (dir.), *A Clinician's Guide to Working with Problem Gamblers* (pp.123-133). New-York : Routledge
- Perreault, M., White, N. D., Fabrès, E., Landry, M., Anestin, A. S., & Rabouin, D. (2010). Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. *Evaluation and program planning*, 33(4), 410–7. doi:10.1016/j.evalprogplan.2009.12.003
- Pietrzak, R.H., Molina, C.A., Ladd, G.T., Kerins, G.J., & Petry, N.M. (2005). Health and psychosocial correlates of disordered gambling in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(6), 510-519. doi : 10.1176/appi.ajgp.13.6.510
- QSR Nvivo. (2015). *Run a Coding Comparison query*. Récupéré de : http://help-nv10.qsrinternational.com/desktop/procedures/run_a_coding_comparison_query.htm?rhsearch=kappa
- Rawson, R. A. (1990). Cut the Crack. *Policy Review*, 5(51), 10.
- Schwarz, J., & Lindner, A. (1992). Inpatient treatment of male pathological gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies*, 8(1), 93-109.

Sobell, L., & Sobell, M.B. (2011). Group therapy for substance use disorders – A motivationnal cognitive-behavioral approach. New-York : The Guilford Press.

Stinchfield, R., & Winters, K. C. (2001). Outcome of Minnesota's gambling treatment programs. *Journal of Gambling Studies*, 17(3), 217-245.

Toneatto, T. & Ladouceur, R. (2003). Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 284-292. doi : 10.1037/0893-164X.17.4.284

Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, 3, 243-272.

Washton, A.M. (2014). Group Therapy for Substance Use Disorders. Dans G.O. Gabbard (Ed.) *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorder (5^e ed., p. 907-913)*. American Psychiatric Publishing.

Weiss, R. D., Jaffee, W. B., DeMenil, V. P., & Cogley, C. B. (2004). Group therapy for substance use disorders: what do we know?. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 339-350. doi : 10.1080/10 673 220 490 905 723

Wenzel, A., Liese, B.S., Beck, A.T., & Friedman-Wheeler, D.G. (2012). *Group cognitive therapy for addiction*. New-York : The Guilford Press.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy (5^e éd.)*. New-York : Basic Books.

Manuscrit soumis le 12 juin 2019 et accepté le 3 avril 2019. Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs. Toutes les adresses URL étaient actives au moment de la soumission.

Submitted June 12, 2019; accepted April 3, 2019. This article was peer reviewed. All URLs were available at the time of submission.

Correspondance/For correspondence: Andrée-Anne Légaré, Ph.D, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé – Toxicomanie, 150, place Charles-Lemoyne, Longueuil, Québec, Canada, J4K0A8, Poste 61599. Courriel. E-mail: andree-anne.legare@usherbrooke.ca

Conflit d'intérêts/Competing interests: Aucun à déclarer/None declared

Approbation éthique/ Ethics approval Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humain de l'Université Laval (CÉRUL), Université Laval - Numéro d'approbation :

2014-110 A -1/12-12-2014. Comité d'éthique de la recherche en dépendance - Numéro d'approbation : 2014-167. Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CÉRUL), Université Laval – Reference number : 2014-110 A -1/12-12-2014. Comité d'éthique de la recherche en dépendance – Reference number : 2014-167.

Remerciements/Acknowledgements: Les auteurs souhaitent remercier les Fonds de recherche du Québec-Société et cultures ainsi que l'Institut Universitaire en Dépendance pour leur soutien à la réalisation et la promotion de ce projet. Les auteurs souhaitent remercier le Centre de réadaptation en dépendance de Québec et ses usagers pour leur collaboration précieuse à cette étude.

The authors wish to thank the Fonds de recherche du Québec-Société et cultures and the Institut Universitaire en Dépendance for their support in the realization and promotion of this research project. The authors would like to thank the Centre de réadaptation en dépendance de Québec and its clients for their valuable collaboration to this study.