

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉTUDE EXPLORATOIRE DES EFFETS D'UNE INTERVENTION INSPIRÉE DU
PROGRAMME DE LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE
CONSCIENCE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ADULTE DANS UN CENTRE DE
RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ALEX HAMEL

MARS 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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 ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Frédéric Dionne, Ph.D., directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Nadia L’Espérance, Ph.D., codirectrice de recherche

CIUSSS Mauricie/Centre-du-Québec

Jury d’évaluation de l’essai :

Nadia L’Espérance, Ph.D.

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Marie-Pier Vaillancourt-Morel, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Sonia Goulet, Ph.D.

Université Laval

Sommaire

La dépendance, que ce soit à l'alcool, aux drogues ou au jeu, est fréquemment associée à d'autres troubles de santé mentale tels que l'anxiété et la dépression. À ce jour, malgré la variété des approches disponibles pour contrer ce phénomène, l'efficacité de ces approches demeure limitée. Ainsi, de nouvelles approches thérapeutiques, telles que la Prévention de la rechute basée sur la pleine conscience (MBRP), ont émergé afin de contribuer à l'amélioration des symptômes variés qui peuvent affecter une clientèle présentant un problème de dépendance et afin de prévenir la rechute. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les retombées d'un programme de type MBRP auprès d'une clientèle souffrant d'un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance dans les services du Centre de réadaptation en dépendance Domrémy MCQ¹. La méthodologie de l'étude est mixte (volets quantitatif et qualitatif). Sur le plan quantitatif, cinq participants ont rempli des questionnaires en trois temps de mesure à propos de leurs comportements et envies de consommer/jouer, leurs émotions et leur expérience dans le groupe de méditation. Sur le plan qualitatif, un entretien individuel semi-dirigé a permis aux participants de donner leur point de vue sur leur expérience dans le programme, l'amélioration perçue de leur condition et les processus par lesquels ces améliorations ont pu être possibles. Les résultats quantitatifs montrent peu d'effets significatifs quant à une amélioration de la condition des participants. Cependant, bien que les résultats quantitatifs

¹ À la suite de la réorganisation du réseau de la santé en 2015 (Loi 10), le CRD Domrémy MCQ est devenu les services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ.

ne montrent pas une différence significative entre les temps de mesure, les propos rapportés par les participants font état d'une amélioration de leur bien-être, notamment sur le plan de leurs émotions, *cravings* et de la pratique de la méditation. Les impacts perçus du programme au niveau des mesures psychologiques se résument en quatre thèmes : (1) une diminution de l'anxiété et un plus grand calme; (2) une amélioration de l'humeur; (3) une diminution des impulsions (*cravings*, colère); et (4) un changement dans les habitudes de vie. En ce qui concerne les mécanismes d'action du programme, les résultats du volet qualitatif se résument en trois thèmes : (1) une meilleure gestion de soi; (2) une plus grande conscience de ses expériences internes; et (3) le processus de groupe. En somme, le programme de type MBRP semble avoir des effets positifs sur les participants. Malgré les limites que l'étude comporte, la pleine conscience pourrait être une méthode utile pouvant s'intégrer à l'offre de service d'un centre de réadaptation en dépendance.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte théorique	4
Dépendance aux substances psychoactives	5
Dépendance aux jeux de hasard et d'argent.....	6
Prévalence de la consommation et des jeux de hasard et d'argent	8
Troubles concomitants et leur prévalence.....	10
Concomitance entre la dépendance aux substances psychoactives et la dépendance aux jeux de hasard et d'argent.....	12
Programmes d'intervention.....	14
Approche de thérapie cognitive-comportementale.....	15
Approche de renforcement par la communauté.....	15
Traitements de prévention de la rechute.....	16
Entretien motivationnel.....	16
Approche Minnesota et les groupes d'entraide AA, NA et GA	17
Traitement pharmacologique	18
Limites des programmes d'intervention	19
Programmes de méditation en pleine conscience	23
Programmes basés sur la pleine conscience.....	24
Programme de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience	25

Principes et objectifs de la prévention de la rechute basée sur la pleine conscience	25
Retombées d'un programme de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience	26
Sur les symptômes anxieux, dépressifs et le stress	26
Sur les <i>cravings</i> et la réduction de la consommation/jeu.....	28
Mécanismes d'action du programme de Prévention de la rechute basée sur la pleine conscience	33
Limites dans la littérature et aspect novateur de l'étude.....	37
Objectifs de l'étude	38
Méthode.....	40
Devis	41
Participants.....	41
Mode de collecte des données.....	43
Volet quantitatif	43
Questionnaire sociodémographique.....	43
Échelle de dépression, d'anxiété et de stress (Lovibond & Lovibond, 1995; DASS 21).....	44
Indice de gravité de la toxicomanie (IGT) (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois, & Trépanier, 1992)	44
Évaluation du jeu excessif	45
Penn Alcohol Craving Scale (PACS; Flannery, Volpicelli, & Pettinati, 1999).....	45
Questionnaire des cinq facettes de la Pleine Conscience (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006).....	46
Volet qualitatif	47

Déroulement.....	48
Intervention.....	49
Analyse des données.....	49
Volet quantitatif.....	52
Volet qualitatif.....	52
Processus éthique.....	53
Résultats.....	54
Analyses quantitatives.....	55
Plan d'analyses.....	55
Résultats sur les mesures d'anxiété, de dépression, de stress et les <i>cravings</i>	56
Résultats sur les mesures de processus de pleine conscience.....	58
Analyses qualitatives.....	60
Bénéfices perçus.....	60
Diminution de l'anxiété et plus grand calme.....	61
Amélioration de l'humeur.....	62
Diminution des impulsions.....	63
Changement dans les habitudes de vie.....	64
Mécanismes d'action.....	64
Meilleure gestion de soi.....	65
Plus grande conscience de ses expériences internes.....	66
Processus de groupe facilitant.....	68
Synthèse entre les résultats quantitatifs et qualitatifs.....	69

Discussion	71
Forces et limites de l'étude	78
Conclusion	81
Références	84

Liste des tableaux

Tableau

1	Critères diagnostiques des troubles liés à l'utilisation d'une substance	7
2	Critères diagnostiques du trouble lié aux jeux de hasard et d'argent	9
3	Description des six participants présents en entrevue qualitative.....	42
4	Questionnaires qui ont été remplis aux séances 1, 4 et 8.....	47
5	Thèmes, contenu et exercices du programme	50
6	Moyennes, écarts-types pour chaque temps de mesure	57
7	Statistiques descriptives et comparaisons post-hoc	59

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur et ma codirectrice, monsieur Frédéric Dionne, Ph.D., professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et madame Nadia L'Espérance, Ph.D., chercheuse en établissement au CIUSSS MCQ. Sans leur confiance, leur soutien et leur patience, cet essai doctoral n'aurait pu voir le jour. Merci d'avoir partagé ma vision de ce projet et merci infiniment pour tout ce que vous avez mis en place pour me donner confiance en mes capacités à le réaliser.

Merci au Centre de réadaptation en dépendance Domrémy de la Mauricie-Centre-du-Québec pour l'opportunité de faire mon projet à l'intérieur de leurs murs et avec leur clientèle. Merci aux nombreux étudiants au baccalauréat comme au doctorat qui m'ont permis d'avancer mon travail par leur contribution généreuse et leur temps; merci à Geneviève Joly pour sa contribution dans la rédaction des verbatim, à Lauriane Lapointe pour ses recherches et son appui ainsi qu'à Joël Gagnon pour son soutien et son temps de qualité sur le plan quantitatif.

Finalement, je tiens à remercier tous ceux et celles qui m'ont encouragée et supportée au cours de mes études doctorales, ceux qui lisent ceci savent à travers quoi j'ai pu passer pendant toutes ces années. Merci à ma famille, à mon copain qui n'a jamais cessé de croire en moi et à tous mes amis qui ont su être là aux bons moments! Une pensée toute spéciale

envers mon fils Jacob, qui a vu le jour pendant la rédaction de cet essai et qui, sans le savoir, m'a donné le courage de ne jamais abandonner.

Introduction

Que ce soit à l'alcool, aux drogues ou aux jeux, la dépendance se retrouve parmi les problèmes de santé publique les plus importants dans la société actuelle. On compte plus de 80 maladies (maladies infectieuses et chroniques, cancers et cirrhose du foie, etc.) et accidents (suicides, accidents de la route, violence, négligence, etc.) évitables associés aux problèmes de dépendance (Rehm, Taylor, & Room, 2006). Que le problème soit transitoire, chronique ou temporaire, la dépendance engendre une souffrance significative pour la personne qui en est atteinte comme pour son entourage (Perreault, Perreault, & Withaeuper, 2011).

En adoptant une méthodologie mixte, l'objectif de cette recherche de nature exploratoire est de mieux comprendre les retombées d'un programme de Prévention de la rechute basé sur la pleine conscience (MBRP) auprès d'une clientèle adulte souffrant de dépendance (alcool, drogue, jeu) et d'un trouble concomitant de santé mentale, engagée dans les services de réadaptation en dépendance du CIUSSS de-la-Mauricie-et-du-Centre-du-Québec¹. Deux sous-objectifs découleront de ce projet : (1) mesurer et comprendre les effets du MBRP sur les symptômes d'anxiété, de stress, de dépression et les *cravings* (envie irrépressible de consommer); et (2) comprendre par quels mécanismes d'action ces effets se produisent.

¹ À la suite de la réorganisation du réseau de la santé en 2015 (Loi 10), le CRD Domrémy MCQ est devenu les services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ.

Cet essai est structuré selon les sections suivantes : Contexte théorique, Méthode, Résultats, Discussion et Conclusion. Dans la prochaine section, le contexte théorique traitera principalement des particularités reliées autant à la toxicomanie qu'aux problèmes de dépendance aux jeux et aux divers traitements connus à ce jour. Le programme de MBRP sera ensuite présenté comme approche prometteuse dans la prévention de la rechute en toxicomanie, des problèmes de jeu pathologique et des troubles concomitants associés. Avant toute chose, il importe de bien définir certaines notions de base liées au domaine des dépendances et des jeux de hasard et d'argent.

Contexte théorique

Dans cet essai doctoral, il sera question de deux types de population : les personnes présentant une dépendance aux substances psychoactives (SPA) et les personnes présentant une dépendance aux jeux de hasard et d'argent (JHA). Cette section présente la définition de chacune de ces dépendances, leur prévalence ainsi qu'un survol des symptômes anxieux et dépressifs, un problème souvent concomitant aux dépendances.

Dépendance aux substances psychoactives

Selon la recension de Chauvet, Kamgang, Ngamini Ngui et Fleury (2015), une substance psychoactive (ou psychotrope) correspond à un produit naturel ou synthétique venant altérer les fonctions du cerveau par le biais de processus biochimiques. La substance peut alors induire un changement au niveau des perceptions, de l'humeur, des sensations, de la conscience et des fonctions physiologiques et cognitives globales. Trois grandes catégories de SPA sont à ce jour distinguées, soit les stimulants du système nerveux central (cocaïne, amphétamines, café, tabac, etc.), les perturbateurs ou hallucinogènes (cannabis, LSD, etc.) et les dépresseurs du système nerveux central (alcool, héroïne, analgésiques, etc.). Selon la substance, le risque de développer une dépendance varie de faibles risques à risques élevés.

La dépendance aux SPA se traduit aujourd'hui par l'appellation « Troubles liés à l'utilisation d'une substance » ou TUS selon le Manuel diagnostique et statistique des

troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013). Il s'agit d'un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques amenant l'individu dans la persévérance du comportement de consommation malgré les problèmes significatifs reliés. L'ouvrage de classification des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2013) place le TUS sur un continuum de sévérité passant de léger à grave. Pour obtenir un diagnostic de TUS léger, le DSM-5 exige un minimum de deux à trois symptômes sur une liste de onze, qui persistent sur une période de douze mois, alors que pour obtenir le diagnostic de TUS grave, il en faut un minimum de six symptômes. Le Tableau I à la page suivante propose les symptômes en lien avec le TUS.

Dépendance aux jeux de hasard et d'argent

Une enquête menée en 2012 sur les adultes joueurs au Québec a révélé que les JHA peuvent se répartir en trois catégories : les non-joueurs (c'est-à-dire ceux qui ne rapportent pas avoir joué au cours des douze derniers mois précédant l'enquête), les joueurs sans problème ou à faible risque (non-parieurs ou joueurs occasionnels) et les joueurs à risque modéré ou pathologique probable (définis un peu plus bas) (Kairouz, Nadeau, & Paradis, 2010). Les joueurs à risque modéré sont généralement ceux qui, occasionnellement, constatent une perte de contrôle dans leurs pratiques de jeu et commencent à en ressentir les conséquences négatives. Quant aux joueurs pathologiques probables, la perte de contrôle n'est plus occasionnelle et les conséquences négatives sont nombreuses et liées à une souffrance considérable pour la personne (Kairouz et al., 2010). Pour qu'un comportement de jeu soit qualifié de problématique ou pathologique, il importe que le

joueur en question s'adonne aux jeux à une fréquence élevée, voire quotidienne et habituelle. Il sacrifie certaines sphères de sa vie affective ou sociale pour s'adonner aux jeux de manière compulsive (APA, 2013).

Tableau 1

Critères diagnostiques des troubles liés à l'utilisation d'une substance

-
1. La substance est prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu
 2. Désir persistant de diminuer ou contrôler la consommation avec efforts infructueux
 3. Beaucoup de temps passé à obtenir la substance, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer la substance
 5. Consommation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
 6. Consommation continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs, importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la substance
 8. Consommation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 9. Poursuite de la consommation malgré la reconnaissance d'un problème psychologique ou physique, persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continue de la même quantité de substance
 11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractérisé de la substance prise (voir les critères de sevrage pour chaque substance dans le DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).
 - b. La substance est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
-

Source. American Psychiatric Association (2013), pp. 683-684.

La dépendance aux jeux de hasard et d'argent fait partie des nouvelles catégories diagnostiques depuis la parution du DSM-5 (APA, 2013). Elle fait référence à une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu qui entraîne une altération du fonctionnement et une souffrance significative chez l'individu. Pour obtenir un diagnostic de dépendance aux jeux de hasard et d'argent selon le DSM-5, l'individu doit répondre à un minimum de quatre critères sur une liste de neuf, s'échelonnant sur une période de douze mois. Le Tableau 2 à la page suivante présente les symptômes en lien avec le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent.

Prévalence de la consommation et des jeux de hasard et d'argent

Au Canada, selon « l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues » (Santé Canada, 2012) (N = 10 090 participants âgés de 15 ans et plus), au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, il s'agit de 18,6 % des répondants qui auraient dépassé les limites de consommation d'alcool reliées aux normes établies par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT, 2014) (10 verres pour les femmes et 15 pour les hommes, par semaine). D'après une enquête de Statistique Canada (2014), une consommation abusive a été déclarée par 22,7 % des hommes et 13,2 % des femmes. Aux États-Unis, le trouble lié à l'usage de l'alcool serait estimé à 4,6 % chez les 12 à 17 ans et à 8,5 % chez les adultes (APA, 2013).

Tableau 2

Critères diagnostiques du trouble lié aux jeux de hasard et d'argent

-
1. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
 2. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
 3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
 4. Préoccupation par le jeu
 5. Joue souvent lors des sentiments de souffrance/mal-être
 6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrir ses pertes
 7. Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
 8. Met en danger ou a perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
 9. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu
-

Source. American Psychiatric Association (2013), pp. 692-693.

Selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (2016), 29 millions de consommateurs souffriraient d'un trouble lié à l'usage de la drogue en 2014 à travers le monde. La prévalence du trouble associé au cannabis est effectivement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (APA, 2013; Chapados et al., 2016). Selon Chapados et al. (2016), les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans représenteraient la plus grande proportion de consommateurs de cannabis au Canada avec 26,2 %.

En ce qui a trait aux jeux de hasard et d'argent, selon le DSM-5, la prévalence du jeu d'argent pathologique serait de 0,2 - 0,3 % (APA, 2013). Au Québec, sur les 66,6 % de la

population qui s'adonne aux jeux de hasard et d'argent, incluant la loterie, on compte 1,4 % des joueurs à risque de développer un problème de dépendance (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault, & Fiset-Laniel, 2008). Les activités de jeux de hasard et d'argent les plus populaires au Québec sont essentiellement la loterie, les machines à sous, le poker sur table, la loterie vidéo ainsi que les autres activités habituellement retrouvées dans les casinos (Kairouz et al., 2010).

Près de la moitié des personnes qui souffrent d'un problème de dépendance aux SPA et aux JHA présenterait également des symptômes anxieux, dépressifs ou un trouble concomitant de santé mentale. Par conséquent, il s'avère important de bien définir la concomitance et ses implications, ce qui sera fait dans la prochaine section (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Fleury & Grenier, 2012; O'Neill, Lapalme, & Camiré, 2016).

Troubles concomitants et leur prévalence

La comorbidité est la présence simultanée d'un problème de santé mentale en plus d'un TUS ou d'un problème de JHA (Chauvet et al., 2015). Les troubles concomitants au TUS et au JHA représentent un problème d'envergure au Canada considérant le nombre élevé de personnes qui en souffre, mais aussi les nombreuses demandes de consultations qui demandent un service complexe d'évaluation et de traitement en plus de devoir considérer un pronostic plutôt sombre (O'Neill et al., 2016).

On compte près de 15 à 20 % des personnes qui consultent pour un problème de santé mentale qui présenterait aussi un problème de dépendance alors que près de la moitié des personnes en processus de demande d'aide pour un problème de dépendance souffriraient d'un problème de santé mentale concomitant (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009). On estime qu'entre 20 et 50 % des usagers des centres psychiatriques présentent un TUS à vie alors que ce serait entre 50 et 75 % des usagers des Centres de réadaptation en dépendance qui présenteraient un trouble de santé mentale à vie (Center for Substance Abuse Treatment, 2007; Fleury & Grenier, 2012).

Les troubles concomitants les plus fréquemment associés aux dépendances sont les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles des conduites alimentaires, les troubles disruptifs du contrôle des impulsions et des conduites, les troubles psychotiques, les troubles de la personnalité, les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ainsi que les autres dépendances (Rush et al., 2002). Parmi cette liste, les troubles ou les symptômes dépressifs et anxieux figurent parmi les problèmes concomitants les plus souvent répertoriés avec la présence d'un TUS ou d'un problème de jeu (Skinner, O'Grady, Bartha, & Parker, 2004).

D'après l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2008), les individus ayant rapporté un trouble dépressif ou un trouble anxieux dans leur vie sont aussi plus susceptibles de présenter un TUS à l'alcool comparativement aux individus n'ayant jamais présenté un de ces troubles (3,8 % contre 1,3 %). De plus, la prévalence de la dépression majeure à vie

est de 14 % et celle des troubles anxieux se chiffre à 11 % chez une population normale. Pour les joueurs pathologiques, 41,3 % d'entre eux présenteraient un trouble anxieux, 49,6 % un trouble de l'humeur et 60,8 % un trouble de personnalité (ISQ, 2008).

La prochaine section présente les caractéristiques communes entre la dépendance aux substances psychoactives et la dépendance aux jeux de hasard et d'argent et expose leurs mécanismes étiologiques communs.

Concomitance entre la dépendance aux substances psychoactives et la dépendance aux jeux de hasard et d'argent

Certaines études observent une comorbidité importante entre le TUS et la dépendance aux JHA. Ladouceur et ses collègues (2004) relèvent dans leur étude que 70 % des joueurs participant à un traitement pour leur problématique rapportaient avoir déjà eu au moins un autre problème de dépendance dans le passé. De plus, 50 % d'entre eux présentaient toujours un problème de dépendance aux SPA à leur admission au traitement pour la dépendance aux jeux. À l'inverse, certains auteurs affirment que plus la dépendance aux SPA est sévère et plus le risque de développer un problème de jeu est élevé (Rush, Bassani, Urbanoski, & Castel, 2008).

Sur le plan étiologique, un même mécanisme est impliqué dans le développement et le maintien de la problématique des JHA et des SPA. L'évitement expérientiel pourrait être vu comme un facteur commun au cœur des problématiques de ces deux types de dépendance (Levin et al., 2012). Il s'agit d'une tendance à éviter certaines expériences

perçues comme négatives (émotions, sensations physiques, pensées, etc.) par la mise en place de comportements d'évitement (p. ex., consommation, jeu, etc.) (Hayes, Strosahl, & Wilson., 2012; Neveu & Dionne, 2010). À court terme, l'évitement expérientiel peut se montrer efficace en procurant un soulagement immédiat. Cependant, à long terme, il contribuerait au développement et au maintien de la souffrance et des troubles psychologiques reconnus au sein des TUS et du JHA en réduisant le répertoire comportemental de l'individu (Dionne, Ngô, & Blais, 2013; Riley, 2014). Selon cette vision de la problématique, les mêmes stratégies d'intervention peuvent alors s'appliquer aux deux problématiques, car l'intervention agit sur des mécanismes communs.

Depuis 2007, le JHA est fréquemment traité dans les mêmes établissements que la toxicomanie ou l'alcoolisme. La plupart des Centres de réadaptation en dépendance (CRD) soutiennent les multiples points communs entre ces problématiques et notamment sur le plan thérapeutique (Desrosiers & Jacques, 2009). Par exemple, les approches démontrées les plus efficaces pour le JHA, telles que la thérapie cognitive-comportementale et l'entretien motivationnel, sont aussi celles priorisées dans le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme (Yip & Potenza, 2014). De plus, comme plusieurs joueurs ont aussi des problèmes de toxicomanie, il s'avère conséquent d'offrir un traitement intégrant la double problématique plutôt que deux services en parallèle. Un service en parallèle risquerait d'être contreproductif dû à la redondance de différentes composantes du traitement, mais surtout à la difficulté de maintenir une alliance thérapeutique efficace dans un contexte où les services sont administrés isolément

(Desrosiers & Jacques, 2009). Dans cette optique, dans le cadre de la présente étude, des personnes ayant diverses problématiques de dépendance (TUS, JHA) seront incluses dans les mêmes groupes.

Dans le but de mieux connaître les programmes d'intervention permettant d'améliorer la condition des individus présentant un problème de dépendance, concomitant ou non avec un trouble de santé mentale, la prochaine section présentera brièvement les diverses approches probantes actuellement utilisées au Québec en matière de dépendance, principalement dans les CRD existants.

Programmes d'intervention

Les quelques approches présentées dans cette section sont basées sur les données probantes et reconnues comme étant les plus efficaces dans le domaine des dépendances. Les approches suivantes seront présentées : l'approche de thérapie cognitive-comportementale (comprenant les approches de renforcement par la communauté, les traitements de prévention de la rechute et l'entretien motivationnel), l'approche Minnesota et le modèle pharmacologique. Ce qui suit rendra compte de l'efficacité de chacune des approches en termes de réduction ou d'arrêt du comportement de consommation ou de jeu.

Approche de thérapie cognitive-comportementale

L'approche cognitive-comportementale (TCC) est actuellement une des approches les plus utilisées pour traiter les problématiques de dépendance (O'Neill et al., 2016). Elle se compose d'interventions structurées et manualisées englobant différentes méthodes comme la psychoéducation, la restructuration cognitive (modifier le contenu des pensées négatives), l'entraînement à la résolution de problèmes, etc. Cette approche permet de favoriser la prise de conscience et la modification de certaines pensées et comportements pouvant mener à la consommation ou aux jeux, par exemple : « Je ne peux vivre sans consommer » ou « Le jeu me fera gagner beaucoup d'argent et mes problèmes seront terminés » (Desrosiers, Ménard, Tremblay, Bertrand, & Landry, 2010; Toneatto, Vettese, & Nguyen, 2007).

Approche de renforcement par la communauté. L'approche de renforcement par la communauté se base sur les principes de conditionnement opérant de Skinner (1974), plus spécifiquement sur le renforcement positif (donner un stimulus agréable pour augmenter la fréquence d'apparition d'un comportement). Les individus présentant une dépendance sont alors encouragés par leur cercle social (famille, collègues ou amis) à s'impliquer dans de nouvelles activités sans consommation. L'aspect social, récréatif et familial constitue alors le renforcement pour l'individu, encouragé à adopter des changements de comportement de consommation de substances psychoactives (Beaulieu-Bourgeois et al., 2016). Meyers, Roozen et Smith (2011) soutiennent qu'un environnement soutenant ce genre d'activités aurait un impact significatif sur la

diminution, voire l'arrêt du comportement d'addiction, mais aussi sur la diminution des symptômes anxieux et dépressifs.

Traitements de prévention de la rechute. Le traitement de prévention de la rechute est développé à partir de la théorie du processus de rechute de Marlatt (1985) et de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977). L'objectif de l'approche est d'amener l'individu souffrant de dépendance à reconnaître les signes et les situations associés à la rechute (états émotionnels, pression sociale, conflits, endroits de consommation, etc.) afin de développer des stratégies efficaces de gestion de ces situations (Marlatt & Witkiewitz, 2005). Une méta-analyse incluant 26 études ($N = 9504$) soutient que ce traitement contribuerait à diminuer les *cravings*, à augmenter le sentiment d'efficacité du client et à favoriser la modération de la consommation à plus long terme ($p < 0,05$). Le traitement diminuerait aussi les symptômes dépressifs et anxieux associés aux situations à haut risque de rechute (Barrick & Connors, 2002).

Entretien motivationnel. L'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2002) figure parmi les approches dont plusieurs études confirment son efficacité auprès des personnes aux prises avec une dépendance. Il s'agit d'une approche centrée sur le patient inspiré de Rogers (1951) et de l'humanisme, de par ses concepts clés comme l'empathie et l'attitude chaleureuse. Il vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence chez le client. L'approche repose sur quatre principes d'intervention, soit : (1) l'expression de l'empathie et de l'acceptation inconditionnelle

envers le client; (2) mettre en lumière les divergences entre les comportements et les valeurs du client; (3) éviter la confrontation et reconnaître que le client est sa propre source de réponse; et (4) renforcer le sentiment d'efficacité du client en soulevant son mérite et ses forces. Une étude de Bellack et al. (2006) s'est intéressée à des participants souffrant de dépendance aux drogues (héroïne, cocaïne ou cannabis) avec une comorbidité psychiatrique élevée (schizophrénie, trouble schizoaffectif ou troubles de l'humeur). Ils ont observé que l'EM a des effets significativement supérieurs aux traitements de soutien spécifiques aux abus de substances sur la diminution de la consommation de substances, sur l'assiduité aux séances et sur l'amélioration de la qualité de vie.

Approche Minnesota et les groupes d'entraide

Le modèle de traitement Minnesota, aussi connu comme étant l'approche des douze étapes, est un modèle de traitement pour la dépendance apparue dans les années 1940 aux États-Unis (McElrath, 1997). À ne pas confondre avec les mouvements des Alcooliques Anonymes (AA), des Narcotiques Anonymes (NA) ou des Gamblers Anonymes (GA), qui se trouvent à être des mouvements d'entraide offrant un accompagnement par les pairs appelé « parrainage » et des groupes de témoignages effectués dans un contexte non professionnel (Chauvet et al., 2015).

Le modèle de traitement Minnesota est donc un traitement psychosocial habituellement offert en contexte résidentiel et dispensé par des professionnels (psychoéducateurs, travailleurs sociaux, etc.). Les services offerts visent la diminution du

sentiment de culpabilité associé à l'addiction par l'intégration du concept de maladie, l'engagement dans l'abstinence auprès de personnes significatives et l'adhésion à des groupes d'entraide pour alimenter un sentiment d'appartenance. Ces éléments figurent parmi les mécanismes d'action démontrés pour favoriser le changement (McElrath, 1997). Un enseignement approfondi de la philosophie des mouvements d'entraide AA sur les douze étapes fait suite au parcours de l'individu avec des étapes clés telles que : (1) faire le récit de son histoire et le partager; (2) admettre le besoin d'aide (...); et (12) transmettre le message à d'autres (Kelly, Magill, & Stout, 2009). L'approche Minnesota se montrerait efficace et comparable aux autres approches dans le traitement de la dépendance, particulièrement pour prévenir la rechute chez les consommateurs d'alcool (Kelly et al., 2009). Toutefois, à notre connaissance, aucune étude ne démontre l'efficacité de ce modèle sur les symptômes dépressifs ou anxieux concomitants.

Traitement pharmacologique

Dans le traitement de la dépendance, il existe quatre types de médications qui peuvent aider à la diminution des *cravings*, à l'arrêt de consommation ou au soutien lors du sevrage. Il s'agit des antidipsotropes (le disulfiram (antabuse®)), des antiaccoutumances (l'acamprosate (Campral®)) et la naltrexone (Revia®), des médicaments psychotropes (lithium, antipsychotiques, antidépresseurs, etc.) et des médicaments de substitution (méthadone, buprénorphine, etc.). Les antidipsotropes sont des médicaments aversifs, entraînant des réactions déplaisantes, telles que des nausées, lorsqu'ils sont utilisés conjointement avec certaines substances comme l'alcool. Ils ont alors comme

conséquence d'entraîner la diminution des envies de consommer par un effet simple de conditionnement opérant. Les antiaccoutumances, quant à eux, réduisent le besoin de substances psychoactives. Pour les médicaments psychotropes, ceux-ci améliorent l'état psychologique de la personne, tout en souhaitant que cela puisse réduire son besoin de consommation. Finalement, les médicaments de substitution sont ceux qui préviennent essentiellement les symptômes de sevrage, pour les drogues douces ou plus dures, par exemple la méthadone, pour les personnes dépendantes à l'héroïne (Landry & Desrosiers, 2010). Il s'agit aussi d'une médication qui doit habituellement être prise sur une longue durée, voire même à vie (Lauzon, 2011).

En dépit des résultats encourageants, les approches ci-haut présentées comportent leur part de limites quant à leur efficacité sur les problématiques de dépendance et les troubles de santé mentale concomitants. La prochaine section présentera ces limites.

Limites des programmes d'intervention

Cette section vise à présenter les limites des différentes approches présentées précédemment.

Premièrement, malgré que les interventions liées à l'approche cognitive-comportementale figurent parmi les traitements les plus efficaces connus à ce jour pour une problématique de dépendance, celles-ci fonctionneraient davantage à court terme qu'à long terme (de Francqueville, 2014). Ces interventions se montreraient aussi complexes à

implanter en contexte de CRD dû à la nécessité d'octroyer aux intervenants bien plus qu'une formation, mais aussi un processus de supervision continue, par exemple pour l'entretien motivationnel (Desrosiers et al., 2010). On peut conclure que le niveau de compétence et d'expérience de l'intervenant joue un rôle majeur dans cette approche.

Deuxièmement, pour d'autres approches, comme les mouvements d'entraide et l'approche Minnesota, on peut observer certaines améliorations, par exemple au niveau des habiletés sociales, du sentiment d'appartenance ou du sentiment de confiance en soi (Irvin, Bowers, Dunn, & Wang, 1999). Cependant, l'impact au niveau de la diminution et/ou arrêt de l'addiction demeure faible tout comme l'efficacité sur les symptômes anxiodépressifs (Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011). Quant aux traitements pharmacologiques, les utilisateurs d'antidipsotropes auraient davantage tendance à abandonner ce type de traitement ou à ne pas en suivre la posologie adéquatement, ce qui nuirait finalement aux effets attendus par ce dernier (Landry & Desrosiers, 2010).

Troisièmement, certaines limites méthodologiques peuvent aussi être observées dans l'évaluation de l'efficacité de certains programmes d'intervention, comme une absence de répartition au hasard des participants ou le manque de groupe contrôle dans les études (Kaskutas, 2009).

Enfin, le taux de rémission des usagers demeure faible (Couillard et al., 2015) et le taux de rechute après la première année de traitement demeure important et touche la majorité des usagers (Downs, Oscar-Berman, & Waite, 2013). On calcule un taux de 40 à 90 % des usagers des services en dépendance qui, tôt ou tard, expérimenteront au moins une rechute après leurs traitements (Gormley & Laventure, 2012). Même si la rechute est perçue comme une partie intégrante du processus de rétablissement de la personne, puisqu'elle permet une remise à jour du plan de traitement et en présente une occasion d'apprentissage (Skinner et al., 2004), les statistiques sur la réhabilitation des usagers demeurent inquiétantes. Malgré la diversité des approches déjà en place, on ne compte finalement que 35 à 55 % des usagers des services de réadaptation en dépendance qui maintiendront leur abstinence au cours des six à douze mois suivants le traitement. Il s'agit donc de 25 à 35 % des usagers qui réintégreront les services à l'intérieur de deux à cinq ans (Desrosiers et al., 2010). Actuellement, sur les deux tiers des gens recevant un traitement pour leurs problèmes de dépendance, il s'agit de 22 % qui ont eu recours à au moins trois autres traitements dans le passé et de 19 % à au moins cinq traitements. L'abandon des services se chiffre entre 14 et 50 %, le premier traitement étant le plus à risque d'abandon, et la rechute est positivement associée à l'abandon des traitements à long terme (Chauvet et al., 2015).

Le taux d'abandon et de rechute, en plus des limites mentionnées dans cette section, permettent donc de constater qu'il y a place à amélioration dans l'offre des services de réadaptation en dépendance. Cette problématique s'avère aussi importante à adresser

considérant les conséquences négatives de l'échec thérapeutique, autant pour les personnes souffrant de dépendance (difficultés de santé, financières ou sociales, etc.) que pour leurs proches (difficultés relationnelles, perte de confiance, conflits, etc.). De plus, de nouvelles approches thérapeutiques prometteuses émergent actuellement, ayant le potentiel de contribuer à l'amélioration des services actuels en palliant certaines des limites précédemment mentionnées. Il s'agit des approches cognitivocomportementales basées sur la méditation en pleine conscience (*Mindfulness* ou présence attentive) (Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013). Ces approches seront présentées dans la section suivante après une brève définition de la méditation en pleine conscience.

Programmes de méditation en pleine conscience

La méditation en pleine conscience (ou *mindfulness*) est une forme de méditation datant de plus de 2500 ans et pratiquée essentiellement dans la tradition bouddhiste. Toutefois, le concept a été introduit en Amérique vers les années 1970 (Csillik & Tafticht, 2012). Plus concrètement, la pleine conscience est un état de conscience résultant d'une centration intentionnelle de son attention sur le moment présent, et ce, sans porter de jugement (c'est-à-dire avec acceptation ou bienveillance). La méditation de pleine conscience représente donc un des moyens de parvenir à cet état (Kabat-Zinn, 1990, 2003).

La pleine conscience est un état qui se base sur deux composantes : l'autorégulation de l'attention et l'orientation vers l'expérience (Bishop & Bishop, 2004). L'autorégulation de l'attention réfère au fait de soutenir son attention sur l'expérience immédiate afin de reconnaître cette expérience. L'orientation vers l'expérience est, quant à elle, une composante caractérisée par une attitude d'ouverture d'esprit, de curiosité envers l'expérience et d'acceptation, à l'opposé de l'évitement expérientiel en lien avec la dépendance (Bishop & Bishop, 2004).

Il existe plusieurs programmes basés sur la pleine conscience, mais trois sont davantage soutenus par la recherche, soit : le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Stress Reduction* [MBSR]; Kabat-Zinn, 1990), les approches cognitives basées sur la pleine conscience pour la prévention de la

rechute dépressive (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* [MBCT]; Segal, Williams, & Teasdale, 2012) et plus récemment, le programme de prévention de la rechute basé sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Relapse Prevention* [MBRP]; Witkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005). Une brève description de chacun de ces programmes est présentée ci-après.

Programmes basés sur la pleine conscience

Le MBSR et la MBCT sont des programmes, fondés par Jon Kabat-Zinn (1990) ainsi que Segal et al. (2002) respectivement, très apparentés à la MBRP. Le MBSR est un programme de groupe animé par un instructeur formé, construit et étalé sur huit semaines, qui permet d'acquérir les apprentissages nécessaires pour aider à la réduction du stress. Pour ce faire, il incorpore des exercices tels que le balayage corporel, la méditation assise ou le yoga. Il inclut aussi des partages de groupe afin d'approfondir l'expérience ainsi que des devoirs à domicile pour permettre la pratique des exercices à la maison (Chiesa & Serretti, 2013). Le MBCT est aussi un programme étalé sur huit semaines qui, de son côté, permet d'acquérir des apprentissages aidant à la prévention de la rechute dépressive. Le programme utilise principalement les mêmes exercices que dans le MBSR, mais cette fois associés à différentes techniques appartenant aux cognitivistes de la psychologie. Selon plusieurs méta-analyses, le MBSR et le MBCT seraient efficaces pour augmenter la qualité de vie et améliorer la santé mentale des participants en diminuant les symptômes de stress et en favorisant l'amélioration de stratégies de coping et l'augmentation du

niveau de pleine conscience (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Khoury et al., 2013; Lenz, Hall, & Bailey Smith, 2016).

Programme de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience. La MBRP est inspirée des programmes de MBSR, de MBCT et du protocole de prévention de la rechute de Daley et Marlatt (2006). Les principes de chaque thématique sont inspirés de la thérapie cognitive-comportementale (Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink, & Walach, 2011) en plus des enseignements traditionnels de la pleine conscience (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2013). Le MBRP est conçu pour aider à prévenir la rechute chez ceux aux prises avec des problèmes de toxicomanie, mais aussi de jeu pathologique (McIntosh, Crino, & O'Neill, 2016). Il s'agit aussi d'un programme composé de huit séances, de deux heures par semaine, abordant des thématiques variées telles que le pilote automatique, les déclencheurs de la consommation ou encore la distanciation face aux pensées. Des pratiques à domicile quotidiennes sont également demandées aux participants et le programme convient habituellement aux personnes ayant achevé un traitement hospitalier ou ambulatoire et étant motivé à maintenir leur abstinence (Bowen et al., 2013). La prochaine section explicite davantage les principes et les objectifs de la MBRP.

Principes et objectifs de la prévention de la rechute basée sur la pleine conscience

Dans la MBRP, les pratiques méditatives visent le développement d'une meilleure conscience des réactions émotionnelles et cognitives, à la base des comportements liés à la consommation. L'objectif visé est l'augmentation du pouvoir d'agir sur les

comportements menant à la consommation afin d'atteindre un plus grand sentiment de liberté (Witkiewitz et al., 2005). La MBRP vise aussi à permettre un changement dans la relation de l'individu face à ses expériences internes (émotions, pensées, sensations) comme externes (environnement), afin que celui-ci développe une attitude de non-jugement et de compassion envers lui-même. Une telle attitude favoriserait l'arrêt de certains comportements d'évitement à l'origine de la consommation ou du jeu (Bowen et al., 2013). Dans cette section, les résultats de diverses études sur l'efficacité de la MBRP en regard aux symptômes anxieux, dépressifs ainsi que sur les *cravings* et l'abstinence seront présentés. La fin de cette section exposera de façon générale les mécanismes d'action de la MBRP et les objectifs de cette étude exploratoire.

Retombées d'un programme de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience

Depuis une vingtaine d'années, le programme MBRP est étudié pour en comprendre son efficacité. Les études suivantes présentent les principaux résultats en regard des symptômes d'anxiété, de dépression, des *cravings* associés aux dépendances ainsi que de la rechute ou arrêt de l'addiction.

Sur les symptômes anxieux, dépressifs et le stress. La MBSR et la MBCT ayant déjà rapporté certains effets de groupes de méditation en pleine conscience sur les symptômes anxieux (Fjorback et al., 2011; Grossman et al., 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Kabat-Zinn, Massion, & Kristeller, 1992) et dépressifs (Khoury et al., 2013; Ma & Teasdale, 2004; Segal, Martin, & Joseph, 2010), les recherches

s'intéressant aux effets de la MBRP sur ces mêmes variables s'avèrent cependant plus rares. Des auteurs tels que Witkiewitz, Bowen, Glasner-Edwards et Zgierska ont pu faire état des apports positifs de la MBRP sur les troubles concomitants associés à la dépendance (anxiété, dépression, etc.) et ainsi observer une amélioration de la santé mentale (symptômes anxiodépressifs, stress, qualité de vie, etc.) chez les participants en plus d'une diminution des *cravings* et de la consommation de ces derniers.

Une étude de Witkiewitz et Bowen (2010) auprès de 168 participants avec un trouble lié à l'utilisation de substances (TUS) répartis aléatoirement (MBRP, $n = 93$ et TAU, $n = 75$). L'étude a comparé la MBRP avec un groupe ayant reçu un TAU (Traitement habituel; *Treatment-as-usual*) composé essentiellement du traitement Minnesota. L'étude observe, quatre mois après le traitement, que la MBRP aurait un effet significatif sur la réduction des symptômes dépressifs, la réduction des *cravings* ainsi que la réduction du nombre de jours de consommation.

Une récente étude de Glasner-Edwards et ses collègues (2015) appuie également ces résultats en comparant un groupe de MBRP de huit semaines ($n = 31$) à un groupe contrôle ayant reçu de l'éducation concernant la santé (un groupe abordant les saines habitudes de vie) de huit semaines ($n = 32$) auprès de participants souffrant de dépendance aux stimulants. À la fin du programme, on observe une réduction importante des symptômes dépressifs et anxieux ($p = 0,01$; Taille d'effet au post-traitement = 0,61) en plus d'une

diminution de la consommation de stimulants significativement plus élevée en faveur du groupe MBRP.

Finalement, une étude de Zgierska et al. (2008) s'est effectuée auprès de 19 adultes exposés à une thérapie intensive de MBRP en externe (programme de huit semaines accompagné d'exercices à domicile et d'un programme standard de thérapie pour la dépendance). L'étude a aussi pu observer une diminution des symptômes dépressifs et anxieux, de même que du niveau de stress. Zgierska et al. observent également une diminution des *cravings* associée à la dépendance à l'alcool ainsi qu'une augmentation du niveau de pleine conscience.

En somme, des résultats positifs sont notés quant au groupe de MBRP sur les symptômes dépressifs et anxieux, de même que sur le stress. Dans la prochaine section, l'impact d'un groupe de MBRP sur les *cravings* et la réduction des comportements de consommation ou de jeu seront explicités.

Sur les *cravings* et la réduction de la consommation/jeu. Bowen et ses collègues (2014) ont réalisé une étude auprès de 286 participants afin d'évaluer l'efficacité au long terme de la MBRP en comparaison avec le traitement de prévention de la rechute (PR) et le TAU (programme essentiellement basé sur l'approche Minnesota) dans la réduction de la rechute. Les participants furent répartis aléatoirement entre les trois groupes, le MBRP ($n = 103$), le RP ($n = 88$) et le TAU ($n = 95$). Au terme de l'étude, les groupes de MBRP

et RP ont rapporté 31 % moins de jours de consommation excessive d'alcool (se référant aux directives de consommation élaborées par le CCLT, 2014) que le groupe TAU. Dans les six mois suivant le traitement, plus de participants des groupes MBRP et RP que du groupe TAU ont signalé rester abstinent de l'alcool comme des autres SPA. Au suivi de douze mois, la MBRP a offert un bénéfice supplémentaire aux deux autres groupes en renforçant les habilités des participants à tolérer leurs sensations négatives associées aux *cravings* ou leurs émotions négatives (Bowen et al., 2014).

Dans une étude d'Alfonso, Caracul, Delgado-Pastor et Verdejo-García (2011), les participants (N = 34) ont été répartis aléatoirement en deux groupes; soit un groupe combinant le *Goal Management Training* (GMT : un traitement pour la rééducation des fonctions exécutives) et la pleine conscience ($n = 18$), et un groupe TAU ($n = 16$). Pour le MBRP, il s'agissait de sept semaines d'intervention à raison de deux heures par semaine. Les résultats suggèrent que le groupe exposé à la PC combiné au GMT, comparé au groupe exposé au TAU, améliore non seulement les fonctions exécutives, l'attention sélective et la mémoire de travail associées à la rechute, mais il favorise également la reconnaissance des signaux intéroceptifs (conscience de l'état interne de son corps). Une bonne reconnaissance de ces signaux favorise de meilleures prises de décision à long terme, une aptitude régulièrement déficitaire chez les personnes présentant un problème de dépendance (Alfonso et al., 2011).

Une étude quantitative s'effectuant sur un petit groupe de 10 individus souffrant de problèmes de jeu a aussi pu relever une amélioration significative d'un programme de MBRP sur ces derniers. Les auteurs de cette recherche ont pu constater une baisse des *cravings* associés au jeu, une diminution des conséquences négatives du jeu dans la vie des participants (soucis financiers, sociaux, etc.) ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs associés au jeu (Witkiewitz, Bowen et al., 2014).

Une étude pilote sans groupe contrôle, comprenant 38 participants présentant un diagnostic d'abus de substances et un diagnostic de trouble alimentaire, les a intégrés à un groupe de *Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy* (MACBT) durant huit semaines. Les 38 participants ont donc complété le groupe et 29 d'entre eux ont participé à l'évaluation post-traitement. À la toute fin, non seulement les participants présentaient un niveau beaucoup plus faible de symptômes dépressifs associés à l'abus de consommation et de nourriture ($p = 0,02$) avec moins de préoccupation pour l'apparence physique, mais aussi un niveau significativement plus bas de comportements excessifs pour la nourriture et la consommation d'alcool et de drogues (Courbasson, Nishikawa, & Shapira, 2011).

Certaines études comparatives démontrent aussi les bienfaits d'un groupe de MBRP en comparaison à d'autres groupes de traitement. La MBRP se montre bénéfique pour la plupart des participants, sans toutefois se montrer supérieure à certaines approches telles que la thérapie cognitive-comportementale ou l'entretien motivationnel. Witkiewitz,

Bowen et ses collègues (2014) ont comparé l'efficacité d'un groupe de MBRP ($n = 55$) à un groupe de PR ($n = 50$) dans une étude auprès de 105 femmes délinquantes en centre de traitement pour abus de substances. Les résultats de l'étude indiquent que les participantes du groupe MBRP ont rapporté significativement moins de jours de consommation à la dernière mesure de 15 semaines suivant le traitement que celles ayant participé au groupe PR. Les participantes auraient aussi présenté moins de problèmes judiciaires dans l'année suivante et moins de problèmes médicaux ($p = 0,007$) que le groupe de PR (Witkiewitz, Warner et al., 2014).

Cependant, une étude de Brewer et ses collègues (2009) n'a pas constaté de différence entre le groupe de Pleine conscience et un groupe de TCC habituelle. L'étude a comparé un groupe de pleine conscience (sans que ce soit de la MBRP spécifiquement) à un groupe utilisant la thérapie cognitive-comportementale traditionnelle. Trente-six participants souffrant de problèmes d'alcool ou de cocaïne et présentant un haut niveau de stress ont été distribués aléatoirement dans chacun des groupes afin de mesurer l'adaptation au stress en lien avec les problèmes de consommation. Quatorze participants ont complété le traitement. Au terme de cette étude, les résultats ne notèrent aucune différence particulière entre le groupe de PC et le groupe de TCC, suggérant que la PC serait un traitement comparable à la TCC au niveau des symptômes de stress en lien avec les habitudes de consommation (Brewer et al., 2009).

Daneshjoo, Navabinejad et Shfia-Abadi (2015) comparent les effets de trois groupes sur l'augmentation du niveau de résilience chez une population dépendante ($n = 45$). L'étude répartit les participants dans trois groupes, soit la thérapie des schémas (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), la MBRP et un groupe contrôle d'enseignement sur la dépendance. Les résultats ont démontré un score de résilience significativement augmenté pour les groupes de thérapie des schémas et de MBRP au post-test. Toutefois, ces résultats suggèrent que le groupe de thérapie des schémas est celui qui s'est avéré significativement le plus efficace pour améliorer le niveau de résilience chez les participants présentant un TUS. Néanmoins, le groupe de MBRP s'est montré supérieur sur l'acquisition de stratégies de gestion des difficultés (Daneshjoo et al., 2015).

Une méta-analyse combinant 24 études dont la moitié portait sur la consommation d'alcool suggère que l'intervention basée sur la pleine conscience peut aider à la réduction de la consommation et des *cravings* de la plupart des substances liées aux abus de façon plus marquée que les groupes éducatifs, les groupes d'approche Minnesota, les retraites méditatives Vipassana ainsi que les groupes contrôles. Les jours d'abstinence se trouvent aussi augmentés de façon significative dans les groupes de MBRP en comparaison aux autres groupes ($p \leq 0,01$). Les gains associés au MBRP diminuent cependant quatre mois après le groupe (Chiesa & Serretti, 2013).

En somme, que les récentes recherches sur ce programme soient comparatives, avec groupe contrôle ou sans groupe contrôle, on peut observer qu'une majorité des études

révèlent des résultats encourageants quant à l'efficacité de la MBRP. Chez la majorité des participants, une amélioration de la santé mentale est observée par une réduction des symptômes dépressifs, d'anxiété et de stress. Dans la plupart des cas, on note une réduction des comportements de consommation ou de jeu chez les participants, une meilleure conscience des actions ainsi qu'une meilleure acceptation des sensations physiques ou des émotions. Les recherches rapportent également une réduction significative des *cravings* ainsi que du nombre de jours de consommation. On sait donc que le MBRP obtient des effets positifs. Toutefois, on ne connaît toujours pas les mécanismes d'action responsables des améliorations notées.

La prochaine partie s'intéresse aux mécanismes d'action de la MBRP, ce qui contribue à son efficacité ou à l'amélioration de la symptomatologie des individus souffrant de dépendance.

Mécanismes d'action du programme de Prévention de la rechute basée sur la pleine conscience

Un mécanisme d'action représente une combinaison d'éléments d'un programme permettant son efficacité. Plus globalement, les mécanismes d'action reconnus dans la pratique de la pleine conscience pour diminuer les symptômes dépressifs et anxieux sont l'augmentation de la conscience cognitive (la capacité à reconnaître les pensées et s'en décentrer), l'exposition intéroceptive (la désensibilisation face aux pensées, émotions et sensations physiques), l'acceptation expérientielle (capacité de permettre à l'expérience d'être telle qu'elle est, sans tenter de la modifier), la gestion de soi (élargir le répertoire

de comportements pour répondre à une sensation, pensée ou émotion) et le contrôle de l'attention (capacité de revenir au moment présent lorsque l'esprit vagabonde) (Ngô, 2013).

Une revue de littérature de Witkiewitz, Bowen et al. (2014) suggère que pour le programme de MBRP, les mécanismes d'action principalement en cause dans la réduction du risque de rechute, la meilleure tolérance aux *cravings* et l'arrêt de consommation seraient l'amélioration de la conscience cognitive et le contrôle de l'attention; l'attitude de non-jugement/l'acceptation expérientielle; l'autocompassion et la gestion de soi consciente. Les mêmes mécanismes seraient aussi à l'origine d'une réduction des comportements de jeu chez les individus souffrant de dépendance au jeu de hasard et d'argent. Brewer, Bowen, Smith, Marlatt et Potenza (2010) corroborent aussi comme mécanismes d'action de la pleine conscience l'amélioration de la conscience cognitive et la gestion de soi (ce qui favoriserait la diminution des comportements d'évitement, augmenterait la tolérance aux sensations-pensées-émotions vécues comme déplaisantes et diminuerait les comportements de rumination). Les auteurs rapportent qu'un faible niveau de pleine conscience serait en fait associé à davantage de risque de souffrir d'un TUS ainsi que de dépression et d'anxiété (Shorey, Brasfield, Anderson, & Stuart, 2014).

D'autres études ont contribué à identifier des sous-composantes aux mécanismes d'action ou plus concrètement, des éléments contribuant à l'amélioration de la condition des individus du programme de MBRP. D'abord, auprès d'individus souffrant de

dépendance aux SPA, une étude de Grow, Collins, Harrop et Marlatt (2015) montre que la participation à un groupe de MBRP ($n = 93$) pourrait favoriser une augmentation significative de la pratique de la méditation en pleine conscience à la maison. La pratique à domicile au quotidien, en plus des groupes de méditation organisés, serait associée à une augmentation de l'utilisation des mécanismes d'action nommés plus haut et à une diminution de la consommation et des *cravings*. Un entraînement à la pleine conscience à domicile, tel qu'inclus dans un programme de MBRP, prolongerait aussi les bienfaits du groupe dans le temps (Grow et al., 2015).

Pour ce qui est du jeu pathologique, une étude de Toneatto et ses collègues (2007) appuie le fait que la pleine conscience pourrait avoir certains bienfaits en modifiant la relation du joueur compulsif avec ses propres cognitions liées aux jeux (p. ex., « Je vais me refaire en retournant jouer »). On retrouve ici le mécanisme d'action de la conscience cognitive et de l'acceptation expérientielle. Ces effets seraient obtenus par la réduction du niveau de conviction du joueur à l'égard de ses perceptions erronées, l'aidant à réagir de façon moins impulsive. Une étude de Lakey, Campbell, Brown et Goodie (2007) soutient que le niveau de pleine conscience est associé à un risque moindre de développer une problématique de jeu. La pleine conscience, en améliorant la conscience cognitive, aurait un impact sur le jugement et aiderait dans la prise de décision, ce qui s'annoncerait comme un mécanisme permettant de réduire les comportements impulsifs et addictifs. De plus, l'augmentation du niveau de pleine conscience, en lien avec le mécanisme d'action de la

gestion de soi et le contrôle de l'attention, permettrait de diminuer les pensées automatiques associées aux comportements addictifs (Lahey et al., 2007).

Dans l'étude de Daneshjoo et al. (2015) ($n = 45$), les participants ont été répartis en trois groupes, soit la thérapie des schémas (Young et al., 2003), la MBRP et un groupe contrôle d'enseignement sur la dépendance. L'étude a démontré que lorsque les individus perçoivent la cause de leurs problèmes comme étant modifiable, ils ont tendance à utiliser des stratégies centrées sur le problème. Cependant, lorsque les participants ne voient pas d'issues à leurs problèmes, ils tentent alors des stratégies centrées sur les émotions. Ces deux stratégies reliées à une meilleure conscience cognitive et un concept de soi flexible seraient associées à une meilleure capacité de résilience. De plus, des analyses subséquentes de l'étude de Witkiewitz et Bowen (2010) ont démontré une réduction des symptômes dépressifs dans le groupe MBRP comparativement au groupe contrôle et cette réduction serait aussi associée à une diminution des *cravings*. Finalement, en améliorant le niveau de pleine conscience et ses mécanismes d'action, certaines études soulèvent une diminution des *cravings*, des symptômes dépressifs, de l'impulsivité, de l'hostilité et des idées paranoïdes (Bowen et al., 2009).

En somme, les études précédentes font ressortir l'importance de la conscience cognitive, de l'attention et de l'acceptation expérientielle comme mécanismes principaux. Ceux-ci incluent dans leur définition la capacité à se décentrer de ses pensées/sensations/émotions, mais aussi la capacité à volontairement rediriger notre

attention sur l'expérience dans l'objectif de la percevoir telle qu'elle est, sans la juger ou tenter de la modifier. Le concept de soi demeure aussi important pour que l'individu puisse ne pas s'identifier à une pensée/sensation/émotion et afin de flexibiliser son identité et l'autocompassion. Les participants de la MBRP seraient ainsi encouragés à accueillir leur expérience dans sa totalité, incluant l'aspect émotionnel, cognitif ou physique. La modification, l'amélioration ou la suppression de leur expérience n'est donc pas favorisée dans cette approche.

Limites dans la littérature et aspect novateur de l'étude

Premièrement, il est possible de constater un manque d'étude dans le domaine de la pleine conscience, de la dépendance et des mécanismes d'action associés au MBRP. Mieux connaître les mécanismes d'action permet de comprendre comment l'intervention fonctionne afin de pouvoir l'améliorer en ciblant ces ingrédients actifs. Un manque de recherche sur les mécanismes d'action représente donc une barrière à l'amélioration du programme.

Deuxièmement, la majorité des études offrent une vision quantitative du phénomène, ne permettant pas d'obtenir le point de vue des usagers en regard de leur expérience dans un groupe de MBRP, ce qui offrirait des données plus riches. Plus d'études, à devis mixte ou qualitatif, sont donc nécessaires afin de mieux comprendre les effets d'un programme de MBRP et d'offrir une complémentarité intéressante (Briand & Larivière, 2014; L'Écuyer, 1990).

Troisièmement, la plupart des études retrouvées sur la dépendance portent très souvent sur la rechute, mais rares sont les recherches s'intéressant à l'impact de la MBRP sur les symptômes d'anxiété et de dépression en plus des *cravings* associés à la dépendance (Chiesa & Serretti, 2013; Daneshjoo et al., 2015; Witkiewitz, Bowen et al., 2014). C'est pourquoi cette étude souhaite prendre en considération ces éléments puisqu'ils s'avèrent fréquemment interdépendants.

Finalement, la problématique de jeu se montre presque absente des recherches actuelles sur la MBRP. C'est le cas des études de Brewer et ses collègues (2009), Chiesa et Serretti (2013) ou encore de de Daneshjoo et al. (2015). Comme le traitement de la dépendance au jeu de hasard et d'argent fait partie de l'offre de services des CRD au Québec, il apparaît essentiel de le considérer dans un programme tel que la MBRP. Cette étude permettra de mieux comprendre les effets d'un programme de type MBRP ainsi que ses mécanismes d'action afin d'évaluer si un tel programme pourrait s'intégrer à l'offre de service du CRD.

Objectifs de l'étude

À l'automne 2013, le CRD Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec a mis sur pied un groupe inspiré du programme MBRP dans le but d'élargir leur offre de service. L'objectif de cette recherche de nature exploratoire est de mieux connaître les retombées de ce programme auprès d'une clientèle adulte engagée dans les services de ce CRD. Deux sous-objectifs en découleront : (1) connaître les effets du MBRP sur les symptômes

d'anxiété, de dépression et sur les *cravings*; et (2) connaître par quels mécanismes les effets se produisent.

Méthode

La méthodologie de cet essai est composée des sections suivantes : Devis, Participants, Protocole, Instruments de mesure et Analyse des données.

Devis

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, une méthodologie mixte a été retenue. L'intégration de données quantitatives et qualitatives permet d'offrir une meilleure compréhension d'un phénomène étudié (Ivankova, Creswell & Plano Clark, 2007). Une collecte de données séquentielle a d'abord favorisé l'obtention des mesures quantitatives répétées tout au long du programme (Creswell, 2009). Ensuite, des entrevues individuelles semi-structurées auprès de participants ont permis d'approfondir l'expérience des usagers après leur participation au programme. La complémentarité des données permet de documenter l'évolution des symptômes d'anxiété, de dépression et de *craving*, en plus des comportements liés à la consommation, au jeu et à la pratique de la méditation. Le point de vue des usagers a donné l'occasion d'approfondir l'expérience de ceux-ci et les changements observés à la suite de leur participation au programme.

Participants

Parmi les dix personnes ayant accepté de prendre part à l'étude, cinq ont rempli l'ensemble des questionnaires et six participants se sont présentés en entretien qualitatif. Les raisons de retrait des quatre autres participants ont été laissées à leur discrétion. Le

Tableau 3 présente les données descriptives des six participants ayant participé à l'entretien qualitatif.

Tableau 3

Description des six participants présents en entrevue qualitative

Nom (fictif)	Âge	Dépendance	Troubles rapportés par les participants
Joseph	24 ans	Jeu	Troubles anxieux, antécédents d'anorexie et phobie de vomir
Louise	51 ans	Alcool	Symptômes dépressifs et anxieux
Suzie	37 ans	Alcool	Phobie sociale, anxiété
Philippe	38 ans	Cannabis	Anxiété
Manon	48 ans	Opiacés, jeu	Dépression, anxiété, douleur chronique, trouble de personnalité limite
Julie	61 ans	Alcool	Trouble de personnalité limite avec humeur dépressive

Sur les six participants, quatre sont des femmes (66 %) et deux sont des hommes (33 %). La plupart des participants sont célibataires (66 %), une personne est en couple (16 %) et une personne est divorcée (16 %). Sur le plan scolaire, un participant détient un diplôme d'études secondaires, deux personnes détiennent un diplôme d'études collégiales, une personne a un diplôme universitaire de premier cycle et une autre personne a un diplôme universitaire de deuxième ou troisième cycle. Un participant a un revenu entre 15 000 et 24 000 \$, un autre entre 25 000 et 35 000 \$ et deux participants ont un revenu annuel de plus de 35 000 \$. On ne connaît pas le revenu du dernier participant.

Mode de collecte des données

Pour cet essai, les méthodes mixtes ont été choisies dans l'objectif d'enrichir les résultats et d'approfondir la recherche. Dans cette section, le volet quantitatif présente les trois temps de mesure ainsi que les questionnaires utilisés. Le volet qualitatif est ensuite explicité.

Volet quantitatif

Dans le volet quantitatif, les participants engagés dans le programme ont été invités à remplir six questionnaires au début du programme (pré-test), à la mi-traitement et à la fin du programme (post-test). Trois temps de mesure ont donc été observés. Ces questionnaires ont permis d'évaluer : (1) les *cravings*, les habitudes de consommation et de jeu de hasard et d'argent; (2) le stress, l'anxiété et les symptômes dépressifs; ainsi que (3) le niveau de pleine conscience. Les sous-échelles de la pleine conscience ont aussi été prises en compte : facteur d'observation, facteur de description de l'expérience, action en pleine conscience, non-réactivité aux événements privés et non-jugement. Les participants ont rempli les questionnaires à leur domicile et les ont rapportés à la session suivante pour chaque temps de mesure. Le temps de passation des questionnaires a été évalué à environ 30 minutes. Les questionnaires utilisés sont explicités ci-après.

Questionnaire sociodémographique. Il s'agit d'un questionnaire maison utilisé dans le cadre d'autres projets menés au CRD Domrémy MCQ. Il donne un aperçu de la clientèle (Sexe, date de naissance, état civil, revenu).

Échelle de dépression, d'anxiété et de stress (Lovibond & Lovibond, 1995; DASS 21). Il s'agit d'un questionnaire autoadministré de 21 items qui comporte trois sous-échelles : (1) l'échelle de dépression mesurant le désespoir, la faible estime de soi et les faibles affects positifs; (2) l'échelle d'anxiété mesurant l'hyperexcitation physiologique, les symptômes musculosquelettiques, l'anxiété situationnelle et l'expérience subjective de l'excitation anxieuse; et (3) l'échelle de stress évaluant l'ampleur de celui l'agitation ainsi que l'affect négatif. L'échelle de notation varie de 0 à 3 et un exemple de question est : « J'ai eu de la difficulté à respirer (p. ex., respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique) ». La validité structurelle de cette version abrégée a été mise en évidence par Henry et Crawford (2005) auprès d'une clientèle adulte et traduite en français par Donald Martin de l'Université d'Ottawa. Le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) indique un coefficient pour chaque sous-échelle : 0,84 pour l'échelle de la dépression, 0,70 pour l'échelle de l'anxiété et 0,82 pour le stress.

Indice de gravité de la toxicomanie (IGT; Bergeron, Landry, Ishak, Vaugois, & Trépanier, 1992). C'est une adaptation de l'*Addiction Severity Index* de McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien (1980). Il permet de dresser un portrait exhaustif des habitudes de consommation de la personne selon sept sphères : (1) Alcool; (2) Drogues; (3) Relations familiales/interpersonnelles; (4) État psychologique; (5) Emploi/ressources; (6) Situation judiciaire; et (7) État de santé physique. Pour les besoins du présent projet, seule les sphères « Alcool » et « drogues » ont été utilisées pour évaluer le nombre de jours de consommation au cours des 30 derniers jours. Un exemple de question est : « Au

cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool ou de drogues? ». L'échelle de mesure est de type Likert en 7 points, allant de *Jamais* (1) à *Toujours* (7). Les questions de l'IGT portent à la fois sur l'ensemble de la vie et sur les 30 jours précédant l'évaluation. Les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) varient entre 0,63 et 0,89 et indiquent une bonne homogénéité des items dans chaque échelle (référence). La fidélité test-retest démontre des coefficients de corrélation variant entre 0,50 et 0,93.

Évaluation du jeu excessif. C'est une adaptation francophone du *Gambling Scale for the Addiction Severity* (Petry, 2003) par le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy MCQ. Pour les besoins du présent projet, les cinq premiers items ont été retenus pour établir un profil de consommateurs : (1) le nombre de jours de jeu; (2) le nombre de jours de jeu et de consommation le même jour; (3) les types de jeu pour lesquels une difficulté est éprouvée; (4) les types de jeu auxquels la personne a participé dans les 30 derniers jours; et (5) le nombre d'années pour lesquelles la personne éprouve des difficultés à contrôler son jeu. L'échelle de mesure est de type Likert en 7 points, allant de *Jamais* (1) à *Toujours* (7). Le coefficient de cohérence interne est de 0,90 et indique une bonne homogénéité des items. La fidélité test-retest est jugée très bonne, variant entre 0,74 et 0,80 (Makela, 2004).

Penn Alcohol Craving Scale (PACS; Flannery, Volpicelli, & Pettinati, 1999). Le PACS est un questionnaire autoadministré de cinq questions portant sur la fréquence, la

durée et l'intensité des *cravings* en ce qui concerne l'alcool. Chaque question est répondue sur une échelle de type Likert allant de 0 à 6. Un exemple de question est : « Durant la dernière semaine, combien de fois avez-vous pensé à consommer/à jouer ou pensé à quel point cela vous ferait sentir bien? ». Le PACS s'avère avoir une bonne cohérence interne, une excellente validité prédictive ainsi qu'une validité de construit et discriminante démontrée par convergence avec deux autres mesures. Le questionnaire a été adapté pour les besoins du projet afin de correspondre à la clientèle ayant des problèmes de drogues et de jeu. Le coefficient de cohérence interne est de 0,92 (Flannery et al., 1999).

Questionnaire des cinq facettes de la Pleine Conscience (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). Version française adaptée et validée par Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere et Philippot (2011), utilisée pour mesurer les cinq facettes de la pleine conscience, soit (1) l'observation des sensations-perceptions-pensées-émotions; (2) l'identification avec des mots de ces observations; (3) la non-réactivité à l'expérience intérieure; (4) le non-jugement de l'expérience; ainsi que (5) les comportements faits en pleine conscience. L'instrument est composé de 39 items et se répond sur une échelle de type Likert à 5 choix allant de *Jamais ou très rarement vrai* à *Très souvent ou toujours vrai*. Un exemple de question est : « Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement ». Le coefficient de consistance interne varierait entre 0,67 et 0,93 (Park, Reilly-Spong, & Gross, 2013) et la fidélité test-retest a été établie à 0,82 (Christopher, Neuser, Michael, & Baitmangalkar, 2012). Le Tableau 4 présente les questionnaires et leur temps de mesure associé.

Tableau 4

Questionnaires qui ont été remplis aux séances 1, 4 et 8

Questionnaires/Session	1	4	8
1 Questionnaire sociodémographique	X		
2 Indice de gravité de la toxicomanie – Sphère alcool et drogues	X	X	X
3 Évaluation du jeu excessif	X	X	X
4 Penn Alcohol Craving Scale	X	X	X
5 Échelle de dépression, d'anxiété et de stress	X	X	X
6 Questionnaire des cinq facettes de la Pleine Conscience	X	X	X

Volet qualitatif

Pour le volet qualitatif, des entrevues semi-structurées, d'une durée de 60 à 90 minutes, ont été effectuées auprès de six participants à la suite de leur participation au programme afin de dégager l'expérience de ces personnes. L'entrevue semi-structurée s'avère un choix intéressant, se distinguant des méthodes de collecte de données quantitatives par questionnaire où les réponses sont contraintes par des choix de réponses (Blanchet & Gotman, 2007). Ce type d'entrevue permet d'approfondir les thèmes ressortis par les participants et d'enrichir l'expérience en offrant davantage de contenu sur le sujet de recherche tout en permettant une analyse plus poussée qu'avec une entrevue structurée (Patton, 2002).

Déroulement

Le recrutement a été effectué par les psychologues du CRD Domrémy MCQ. Les psychologues ont sommairement présenté le projet aux usagers orientés vers le programme. Ils ont ensuite obtenu leur consentement écrit afin de pouvoir transmettre à l'équipe de recherche le nom, numéro de téléphone et meilleur moment pour les rejoindre, et ce, afin qu'ils puissent les contacter. Les psychologues ont ensuite remis, aux personnes qui ont accepté d'être contactées, le formulaire d'information et de consentement usagers(ères) afin qu'elles puissent suivre la présentation du projet lors du contact téléphonique avec un membre de l'équipe de recherche. Les participants potentiels ont été informés que leur consentement à transmettre leur nom et numéro de téléphone à l'équipe de recherche ne les engageait en rien à accepter de participer au processus de consultation. Aussi, leur participation était volontaire, ce qui impliquait qu'ils pouvaient refuser d'y participer ou y mettre fin en tout temps, même après la signature du formulaire de consentement.

Lors du contact téléphonique par les membres de l'équipe de recherche, le projet a été présenté et chaque rubrique du formulaire de consentement a été abordée. Les membres de l'équipe de recherche ont aussi répondu aux questions des usagers. Finalement, avec ceux qui ont accepté de participer au projet, ils ont été rencontrés 45 minutes avant la première séance du programme de méditation afin de reprendre connaissance du formulaire d'information et de consentement, le signer et répondre aux questionnaires du premier temps de mesure.

Intervention

Le Tableau 5 à la page suivante indique le contenu de chacune des huit séances du programme de MBRP auxquels les participants ont assisté. L'animateur était un psychologue formé dans les approches de pleine conscience.

Les participants devaient finalement, à la fin du projet, se présenter à une entrevue semi-structurée qui a eu lieu, pour chaque participant, entre le 23 mars 2015 et le 7 avril 2015. Les entrevues se sont déroulées dans un local du CRD et ont duré en moyenne 40 minutes.

Analyse des données

Les données obtenues à la suite du programme ont été traitées, d'abord sous un volet quantitatif et ensuite sous un volet qualitatif.

Tableau 5

Thèmes, contenu et exercices du programme

Thèmes	Contenu	Exercices en séance
1 Pilote automatique et la rechute	Le participant apprend à reconnaître la tendance à réagir automatiquement aux situations et constate le lien avec la rechute.	Manger un raisin sec en pleine conscience. Exercice du balayage corporel.
2 Conscience des déclencheurs et des pulsions de consommer	Le participant apprend à identifier les situations et les sensations qui déclenchent l'envie de consommer. Il apprend à les vivre sans réagir automatiquement et développe un répertoire de comportements alternatifs à la consommation.	Exercice marcher dans la rue. Exercice de « surf » sur les impulsions. Méditation de la montagne.
3 Pleine conscience dans la vie quotidienne	Le participant réalise des exercices de méditation et de respiration afin de prendre conscience du moment présent. Ainsi, les actions s'avèrent moins impulsives et les décisions plus réfléchies.	L'écoute en pleine conscience. La méditation sur la respiration. Espace de respiration « SOBER » en dyade. Mouvements en pleine conscience.
4 Pleine conscience dans les situations à haut risque	Les participants apprennent à réagir différemment à l'envie de consommer, s'exerçant à être conscients de celles-ci lors des situations à haut risque, plutôt que de consommer automatiquement dès que de telles situations se présentent.	Observation en pleine conscience. Méditation assise. Espace de respiration « SOBER » dans des situations à risque. Marche méditative.

Tableau 5

Thèmes, contenu et exercices du programme (suite)

Thèmes	Contenu	Exercices en séance
5 Acceptation et action adaptée	Les participants apprennent à accepter les situations et émotions négatives, sans résister ou lutter contre celles-ci. Cette acceptation est une étape nécessaire au changement et diminue la colère et la frustration qui augmentent souvent le risque de rechute.	Méditation assise. Espace de respiration « SOBER » en dyade. Mouvements en pleine conscience.
6 Pensées qui ne sont pas des faits	Les participants apprennent à moins s'identifier à leurs pensées et à reconnaître qu'il n'est pas obligatoire d'adhérer à celles-ci.	Méditation assise centrée sur les pensées. Espace de respiration « SOBER ».
7 Prendre soin de soi et style de vie équilibré	Les participants apprennent à maintenir une hygiène de vie saine et équilibrée. Prendre soin de soi et s'engager dans des activités bienfaitantes sont des éléments essentiels au processus de rétablissement. Ils identifient également les aspects qui constituent un risque de rechute.	Méditation de l'amour bienveillant. Espace de respiration « SOBER ».
8 Soutien social et poursuite de la pratique	Le rétablissement d'une dépendance et la pratique de la pleine conscience se veulent un projet de longue haleine qui demande engagement et discipline. Les participants sont encouragés à pratiquer la pleine conscience pour le futur et à mettre en place un bon réseau de soutien.	Balayage corporel. Méditation de clôture.

Volet quantitatif

Les données des participants ayant rempli les questionnaires à chacun des temps de mesure ont été analysées à l'aide de la version 19 du logiciel SPSS. Des analyses descriptives et comparatives ont permis de comparer les changements observés aux trois temps de mesure et d'obtenir les indices d'asymétrie et d'aplatissement ainsi que les graphiques de fréquences afin de déterminer le postulat de normalité de la distribution de chaque variable. Le postulat d'égalité des variances a aussi été testé. Une ANOVA à mesures répétées a été conduite afin de mesurer les effets du programme sur les différentes variables à l'étude, soit le stress, les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs, les *cravings* et le niveau de pleine conscience des participants (Tabachnick, Fidell, & Ullman, 2007). Comme cette étude est un projet de nature exploratoire, le seuil de signification a été fixé à $p < 0,10$. Cette décision s'appuie sur la faible taille de l'échantillon qui permet une plus faible puissance statistique pour déceler un potentiel effet significatif.

Volet qualitatif

Les réponses des participants aux questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu (L'Écuyer, 1990). Dans ce type d'analyse, le chercheur attribue un code à des segments de textes pour permettre d'extraire des informations regroupées. Une catégorisation des thèmes ressortis a ensuite été faite et une grille d'analyse a permis de recueillir les thèmes prédominants pour chaque question avant de dégager les ressemblances et dissonances dans les propos rapportés par les participants (Miles & Huberman, 2003). Les entrevues ont été enregistrées sur un appareil audionumérique et

retranscrites intégralement en modifiant le nom propre des participants par un nom fictif.

La section suivante présente maintenant les résultats.

Processus éthique

Le projet a obtenu une approbation éthique du comité d'éthique de la recherche sur les dépendances (CERD 2014-171) et du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR (CER-15-210-07.08).

Résultats

La section Résultats de cet essai est composée des sections suivantes : Analyses quantitatives, comprenant le plan d'analyse, les résultats sur les mesures psychologiques telles que l'anxiété, la dépression, le stress et les cravings ainsi que les résultats sur les processus de pleine conscience. Les analyses qualitatives sont ensuite présentées, comprenant une section sur les bénéfices perçus par les participants ainsi qu'une section sur les mécanismes d'action.

Analyses quantitatives

Cette section présente les analyses quantitatives et se compose des sections suivantes : Plan d'analyses, ANOVA à mesures répétées et analyses complémentaires.

Plan d'analyses

L'échantillon final sur lequel les analyses quantitatives ont été conduites comprend cinq participants ($N = 5$). Dans un premier temps, le postulat de normalité de la distribution de chaque variable a été testé en analysant les indices d'asymétrie et d'aplatissement, les graphiques de fréquences et le test de Shapiro-Wilk. Les résultats révèlent que la distribution des variables ne dévie pas de façon problématique de la distribution normale selon les normes proposées (Tabachnick et al., 2007). On parle donc de résultats normaux. Dans un deuxième temps, le postulat d'égalité des variances a été testé en analysant les résultats au test de sphéricité de Mauchly. Les résultats ont révélé que le postulat d'égalité des variances entre les trois temps de mesure était satisfaisant pour chacune des variables à l'étude.

Résultats sur les mesures d'anxiété, de dépression, de stress et les *cravings*. Le Tableau 6 présente les moyennes et écarts-types de chaque variable en fonction de chaque temps de mesure. Selon les hypothèses, il est attendu que les participants présentent des niveaux plus faibles d'anxiété, une diminution de leurs symptômes dépressifs et moins de *cravings* à la fin du programme. Les analyses d'ANOVA à mesures répétées conduites sur les mesures psychologiques (dépression, stress, anxiété) n'ont cependant révélé aucun effet de l'intervention sur la détresse psychologique globale entre les trois temps de mesure : $F(2, 8) = 0,21, p = 0,81, \eta^2 = 0,01$. Elles n'ont révélé aucun effet sur le niveau de dépression : $F(2, 8) = 0,17, p = 0,85, \eta^2 = 0,01$, le niveau de stress : $F(2, 8) = 0,90, p = 0,44, \eta^2 = 0,08$ ainsi que le niveau d'anxiété : $F(2, 8) = 0,82, p = 0,48, \eta^2 = 0,05$.

En ce qui a trait aux mesures liées aux *cravings*, l'intervention n'a eu aucun effet significatif sur le nombre de pensées liées à la consommation ou aux jeux dans la dernière semaine : $F(2, 8) = 1,41, p = 0,30, \eta^2 = 0,04$. Aucun effet n'a pu être constaté sur l'intensité du *craving* dans la dernière semaine : $F(2, 8) = 1,00, p = 0,40, \eta^2 = 0,05$ ainsi que sur le temps consacré à penser consommer ou jouer dans la dernière semaine : $F(2, 8) = 0,44, p = 0,66, \eta^2 = 0,05$. Les analyses n'ont révélé aucun effet significatif sur la difficulté à résister à consommer ou jouer dans la dernière semaine : $F(2, 8) = 0,32, p = 0,74, \eta^2 = 0,02$ et finalement, sur la moyenne de *craving* dans la dernière semaine : $F(2, 8) = 0,38, p = 0,70, \eta^2 = 0,03$.

Tableau 6
Moyennes, écarts-types pour chaque temps de mesure

Variables	Pré-intervention		Mi-intervention		Post-intervention	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
DASS 21 total	16,00	7,11	18,20	12,91	19,40	17,56
Dépression	4,80	3,42	5,80	5,97	5,60	6,66
Stress	6,00	3,81	8,80	3,83	7,80	5,40
Anxiété	5,20	3,56	3,60	4,16	6,00	6,12
Nb. Pensées	2,20	2,39	1,60	2,07	1,40	1,34
Intensité <i>craving</i>	2,40	2,51	1,80	1,79	3,00	3,00
Temps pensées	1,20	0,84	0,80	0,84	1,60	2,51
Résister	2,00	1,58	1,60	1,67	2,20	2,49
Moy. <i>Craving</i>	2,00	2,00	1,40	1,67	2,20	2,49
FFMQ total	113,67	22,22	112,40	20,48	121,40	30,13
FFMQ-Des.Exp	24,20	8,04	23,80	6,02	26,00	6,78
FFMQ- Act.P.C	22,80	3,42	23,00	4,30	25,00	6,36
FFMQ-Non-jug	23,20	3,96	23,60	7,23	22,60	7,77
FFMQ-Non-Réac	15,60	2,30	18,00	4,18	20,80	7,53
FFMQ-Observ	21,80	3,56	24,00	4,85	26,60	4,72

Note. *M* = Moyenne; *ÉT* = Écart-type; *DASS-21* = Depression Anxiety and Stress Scale; *Dépression, Stress et Anxiété* = sous-échelles du DASS-21; *Nb. Pensées* = Nombre de pensées associées à la consommation/jeu; *Temps pensées* = durée des pensées associées à la consommation/jeu; *Résister* = Capacité à résister à l'impulsion; *FFMQ* = Five Facets Mindfulness Questionnaire; *FFMQ Des.Exp* = Sous-échelle (Capacité à décrire son expérience); *FFMQ-Act.P.C* = Sous-échelle (Actions en pleine conscience); *FFMQ-Non-jug* = Sous-échelle (Non-jugement); *FFMQ-Non-Réac* = Sous-échelle (Non-réaction impulsive face aux sensations); *FFMQ-Observ* = Capacité d'observation du moment présent.

Résultats sur les mesures de processus de pleine conscience. Selon les hypothèses, il était aussi attendu que les différentes variables du processus de pleine conscience soient augmentées à la fin du programme. Cependant, l'intervention a eu un effet significatif exclusivement sur la capacité des participants à observer leur expérience en pleine conscience $F: F(2, 8) = 7,16, p = 0,02, \eta^2 = 0,20$. Des comparaisons post-hoc ont révélé que les moyennes entre (1) les scores sur la capacité des participants à observer leur expérience en pleine conscience avant l'intervention ($M = 21,80$) et à la suite de l'intervention ($M = 26,60$) sont significativement différentes; et (2) les scores à la mi-intervention ($M = 24,00$) et à la suite de l'intervention ($M = 26,60$) sont significativement différentes au seuil de $p < 0,10$ (voir dernière ligne dans le Tableau 6). En ce qui a trait aux mesures globales de pleine conscience, il n'a pas été possible d'observer un effet significatif sur les scores pré-mi-post intervention. L'intervention n'a eu aucun effet significatif sur la capacité des participants à décrire leur expérience : $F(2, 8) = 1,82, p = 0,22, \eta^2 = 0,02$, sur la sous-échelle des actions en pleine conscience : $F(2, 8) = 0,45, p = 0,65, \eta^2 = 0,05$, sur celle du non-jugement : $F(2, 8) = 0,13, p = 0,88, \eta^2 = 0,005$, ou sur celle de la non-réaction impulsive face aux sensations : $F(2, 8) = 2,28, p = 0,16, \eta^2 = 0,18$. Le Tableau 7 présente les statistiques descriptives.

Tableau 7

Statistiques descriptives et comparaisons post-hoc

Variable	Pré-intervention		Mi-intervention		Post-intervention		Comparaisons post-hoc*
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Temps pensées	1,25	0,96	0,50	0,58	0,50	0,58	Pré – Mi Pré – Post
Résister	2,00	1,83	1,60	1,91	1,25	1,50	Pré – Post
Moy. <i>Craving</i>	2,25	2,22	1,50	1,91	1,25	1,50	Pré – Mi Pré – Post
FFMQ total	109,25	19,05	117,00	20,45	132,25	19,16	Pré – Mi Pré – Post Mi – Post
FFMQ-Act.P.C	21,75	2,87	22,75	4,92	27,25	4,50	Pré – Post Mi – Post
FFMQ-Non-Réac	15,25	2,50	18,75	4,43	23,50	5,20	Pré – Post Mi – Post
FFMQ-Observ	22,00	4,08	24,25	5,56	27,50	4,93	Pré – Post Mi – Post

Note. *M* = Moyenne; *ÉT* = Écart-type; *Temps pensées* = durée des pensées associées à la consommation/jeu; *Résister* = Capacité à résister à l'impulsion; *FFMQ* = Five Facets Mindfulness Questionnaire; *FFMQ-Act.P.C* = Sous-échelle (Actions en pleine conscience); *FFMQ-Non-Réac* = Sous-échelle (Non-réaction impulsive face aux sensations); *FFMQ-Observ* = Capacité d'observation du moment présent.

* Les comparaisons présentées sont significatives au seuil $p < 0,10$.

Analyses qualitatives

Les entrevues qualitatives semi-structurées ont permis de mieux comprendre les effets perçus du programme de MBRP ainsi que les mécanismes d'action auprès des participants afin d'enrichir les résultats du volet quantitatif et d'apporter un éclairage complémentaire à la question de recherche. Les extraits des participants présentés dans cette section ont été classés en deux grands thèmes et en ordre d'importance.

Les bénéfices perçus du groupe de MBRP peuvent se résumer en quatre thèmes : (1) diminution de l'anxiété et plus grand calme; (2) amélioration de l'humeur; (3) diminution des impulsions (*cravings*, colère); et (4) changement dans les habitudes de vie.

Les mécanismes d'action sont les mécanismes pouvant expliquer les changements observés par les participants dans leur façon de gérer leurs émotions et de composer avec leurs *cravings*. Voici les thèmes qui sont les plus rapportés par les participants : (1) une meilleure gestion de soi; (2) une plus grande conscience de ses expériences internes; et (3) le processus de groupe. Pour conclure, une synthèse entre les résultats quantitatifs et qualitatifs est offerte.

Bénéfices perçus

Cette section rapporte les bénéfices perçus par les participants à la suite du programme. On y retrouve la diminution de l'anxiété et un sentiment de plus grand calme,

l'amélioration de leur humeur, la diminution des impulsions ainsi que des changements au niveau de leurs habitudes de vie.

Diminution de l'anxiété et plus grand calme. Une majorité de participants rapportent un plus grand calme et une diminution de leur stress et de leur anxiété.

« L'approche de méditation que j'ai suivie, ça m'a permis aussi à arriver à travailler pas juste sur la consommation, mais sur l'anxiété aussi. En baissant l'anxiété beaucoup, bien ça l'aide à calmer la consommation. »
(Philippe, 38 ans)

C'est le cas avec Philippe qui mentionne que le programme lui a permis de réduire son anxiété et, par le fait même, sa consommation. Philippe rapporte aussi que le programme lui aurait permis de gérer un stress au quotidien.

« Je ne stress pu pour rien, je ne suis pu tout le temps dans ma tête à penser à tout ce que j'ai à faire. Je suis redevenu un peu plus calme, comme j'étais avant là. »
(Philippe, 38 ans)

Pour Louise, qui rapporte souffrir de dépression et d'anxiété, le programme aurait eu un impact sur son niveau d'anxiété et lui procure une plus grande sérénité.

« Ça enlève au niveau de l'anxiété là... je veux dire que ça enlève quand même un bon pourcentage, finalement je veux dire... t'es plus zen si on peut dire. »
(Louise, 51 ans)

Certains participants rapportent gérer différemment leurs ressentis désagréables reliée à l'anxiété et mieux accepter leur condition. Suzie, qui mentionne souffrir d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) et d'une phobie sociale, mentionne que le programme de

MBRP a été un moyen d'apprendre à accepter son trouble, ce qui lui procure une plus grande sérénité.

« J'avais beaucoup de symptômes physiques avant aussi... des tremblements, des serremments dans poitrine, des crises de panique un peu là ...Mais ça va mieux. J'ai déjà un TAG là... ça je vais vivre avec tout le temps, mais ça l'a beaucoup amélioré... J'ai appris à vivre avec mes malaises et que ça passe un moment donné. »
(Suzie, 37 ans)

Amélioration de l'humeur. Parmi les bénéfices les plus rapportés par les participants, on retrouve une meilleure humeur. Plus précisément, certains participants rapportent une diminution de leurs symptômes dépressifs tels que l'isolement, la rumination, la tristesse et la culpabilité.

Manon, qui rapporte souffrir d'une dépression, exprime comment le programme lui redonnait de l'énergie et lui permettait de faire face aux obstacles du quotidien avec davantage de motivation et de courage.

« J'y allais parce que je savais que ça me ferait du bien, pis effectivement je partais de là et j'étais sereine pis contente d'y avoir été. J pense que ces petits bouts-là, ça m'a redonné du jus pour continuer 2-3 jours. »
(Manon, 48 ans)

Julie, qui mentionne souffrir d'un trouble de la personnalité limite avec humeur dépressive, se sent moins déprimée grâce à certains enseignements dans le programme. Elle appliquerait la méditation dans son quotidien et rapporte comment, dans son état dépressif habituel, elle serait maintenant en mesure de mieux gérer ses émotions

désagréables. Dans l'extrait suivant, Julie parle des crises de larmes qu'elle nommait vivre au quotidien.

« Bien, je retiens que ça a amélioré justement la gestion de mes émotions. Je rumine beaucoup moins, ça doit avoir eu un impact. Je pense pas mal moins...je suis bien. Je ne suis pu dépressive là. »
(Julie, 61 ans)

Diminution des impulsions. Un autre bénéfice souvent rapporté par les participants est la diminution des impulsions, incluant la diminution de leurs *cravings* et de leur colère. C'est le cas de Philippe, qui mentionne de quelle façon le programme a eu un impact sur sa capacité à moins réagir à son impulsivité. Cette capacité aurait un impact sur la communication dans sa relation conjugale et représenterait un moyen de moins réagir à ses envies de consommer. Dans l'entretien, il souligne qu'une meilleure communication dans son couple lui a permis d'obtenir plus de soutien de sa copine et de l'aider davantage dans l'arrêt de la consommation.

« Pis ça aide justement là avec ma blonde aussi...meilleure communication pis c'est ça pis je suis moins impulsif qu'avant pis je ne suis pas trop spontané non plus sur des points qui pourraient être bien ridicules. Ça a eu un impact sur tout. »
(Philippe, 38 ans)

Manon, exprime aussi comment le programme et ses enseignements lui viennent en aide pour calmer sa colère et son impulsivité. Elle décrit, dans ses mots, comment elle ressent un plus grand laps de temps pour réfléchir avant d'agir.

« Quand je deviens en colère, parce que ça va très vite ces émotions-là... ça monte automatique pis la réaction chez moi est très vive, elle est automatique, sauf que là, j'apprends à réagir avec le moment d'absence entre... faut étirer ce moment-là. C'est là que j'agis. »
(Manon, 48 ans)

Changement dans les habitudes de vie. Les participants rapportent finalement prendre davantage soin d'eux et accorder plus d'importance à leur hygiène de vie personnelle. C'est le cas de Philippe, qui mentionne que le programme a été pour lui l'occasion de réapprendre à organiser son quotidien de manière constructive pour lui.

« En revoyant mon mode de vie, bien ça l'aide à calmer la consommation. »
(Philippe, 38 ans)

Suzie a aussi l'impression de pouvoir se permettre de prendre soin d'elle grâce au programme et aux apprentissages qu'elle en retire. Elle raconte qu'auparavant, le stress l'empêchait de se reposer, elle se sentait toujours dans l'obligation de faire quelque chose de productif, mais maintenant, avec son expérience dans le programme, elle gère son temps de façon à mieux gérer son anxiété et prendre soin d'elle.

« Maintenant, je me permets d'arrêter pour lire un livre. J'ai le droit de m'asseoir dans journée pis de prendre un break! »
(Suzie, 37 ans)

Mécanismes d'action

Cette section résume les principaux mécanismes par lesquels le programme a pu agir sur leur façon de gérer les émotions et leurs habitudes de consommation. Une attention particulière a été portée sur la façon dont les participants s'expliquaient les bénéfices perçus. Les thèmes qui sont les plus rapportés par les participants sont : (1) une meilleure

gestion de soi; (2) une plus grande conscience de ses expériences internes; et (3) le processus de groupe facilitant.

Meilleure gestion de soi. La pleine conscience apparaît être un outil pour les participants, une stratégie de coping par laquelle ils parviennent à gérer leurs émotions et *cravings*. La pleine conscience amènerait une façon nouvelle et différente, pour certains participants, de leur permettre de faire face aux expériences désagréables. En outre, ils mentionnent être davantage en mesure de parvenir à un état de calme et relaxation.

Manon, qui mentionne présenter un diagnostic de dépression et d'anxiété, exprime de quelle manière le programme lui a permis de mieux reconnaître les crises d'anxiété avant qu'elles ne surviennent, ce qui lui permet de mieux les gérer ensuite.

« Quand je viens, par contre, que je vis une crise là, ça ça me vient... oups assis toi pis relaxe... je vais aller dans la douche et puis je vais fermer les yeux ou bien je vais juste écouter ma respiration, je vais juste me parler à moi. »
(Manon, 48 ans)

Pour Julie, les apprentissages dans le groupe lui ont permis de développer un outil de gestion de ses émotions.

« Ça m'a appris beaucoup comment gérer mes émotions... c'est la première fois que je réussis à gérer quelque chose! »
(Julie, 61 ans)

Pour Philippe, les exercices de méditation enseignés dans le programme lui ont permis de mieux gérer son anxiété et son stress. Il rapporte les utiliser fréquemment, dans

son travail comme à la maison. Dans ces extraits, Philippe considère les « émotions négatives » comme étant l'anxiété et le stress.

« Je la faisais même aussi dans mes pauses au travail, s'il y a une émotion ou un sentiment négatif que je sentais qui remonte et que je ne pouvais pas réagir tout de suite. »

« J'avais pouvoir aller dehors et juste écouter les sons en me permettant de bien respirer. En le faisant le soir, ça me vide du stress ou l'état de course que je peux avoir eu dans la journée. »

Dans le prochain extrait, Philippe fait un lien avec le recul et l'adoption d'une distance qui lui permet une meilleure gestion de ses *cravings* et le maintien de son abstinence face à la consommation.

« Ça m'a aidé beaucoup à juste prendre du recul cinq minutes puis respirer ou comme d'avoir la bonne réponse à mon environnement ou à une personne, etc. Il est arrivé des occasions où ce que j'étais plus exposé à du monde qui fumait puis ça m'a permis de me retirer puis de changer de pièce, de me fermer les yeux puis de respirer, de me centrer sur moi-même... me rappeler pourquoi j'ai arrêté de consommer. Finalement ça me garde loin, ça m'aide beaucoup. »
(Philippe, 38 ans)

Plus grande conscience de ses expériences internes. Les participants rapportent aussi être davantage conscients de leurs sensations, pensées, émotions ou impulsions (*cravings*), ce qui leur permet de prendre des décisions plus réfléchies. Ils mentionnent être davantage capable d'inhiber leurs réactions automatiques afin d'agir et de moins réagir. Une participante a constaté une amélioration de sa capacité à reconnaître ses envies de consommer et à les gérer par la suite. Elle aborde, dans ses mots, un des principes enseignés dans le programme qui consiste à « ouvrir sa conscience » pour augmenter le temps de choix entre son envie de consommer et les comportements qui les suivent.

*« Je l'ai utilisé plusieurs fois pour ça... quand j'ai une forte envie, parce que ça l'arrive encore, bien ça me permet de le réaliser premièrement que j'ai une envie, parce que des fois, surtout avant là, ça venait pis j'allais au frigidaire et je me posais pas de questions. »
(Suzie, 37 ans)*

Cette même participante aborde comment l'envie de consommer se dissipe si elle n'y obéit pas et l'observe seulement avec pleine conscience, ce qui correspond aux enseignements établis du programme.

*« C'était comme, là on se centre sur le moment présent, bon c'est ça qui arrive... bon comment je me sens pis... ça passe. »
(Suzie, 37 ans)*

Dans cet extrait, la même participante rapporte comment mieux reconnaître ses sensations physiques l'aide à mieux composer avec ses émotions.

*« Je n'aspire pas à ne pu péter d'coche de ma vie là, mais ça m'arrive des fois quand j'ai envie de péter une coche que je m'en rends compte pis là j'arrête. Ça, c'est bon pis ça descend. Je vais être plus calme pis je vas pouvoir dire aussi qu'est-ce que ça m'a faite pis comment que je vois ça. »
(Suzie, 37 ans)*

Pour Julie, le programme est ce qui lui permet de prendre du recul face à ses réactions de colère pour tempérer les réactions qui suivent. Avant le programme, elle n'aurait jamais été en mesure de comprendre ses émotions et de réagir de cette façon selon elle.

« Le Sober n'étant pas long, ça me permet de dire: oups je suis en train de sentir monter la colère... faut je réagisse adéquatement... qu'est-ce que je peux faire, pis là c'est sûr que ça va vite, mais je réussis quand même à prendre un petit recul... chose que je pouvais pas faire avant. »

*« Bien, je retiens que ça a amélioré justement la gestion de mes émotions. Je rmine beaucoup moins. »
(Julie, 61 ans)*

Processus de groupe facilitant. Les participants conçoivent que le processus de groupe a contribué à leurs changements positifs en considérant que leurs symptômes sont normaux et en soulignant l'effet engageant que le groupe représentait pour eux. Pour une personne, le groupe a été confrontant, mais salulaire.

Louise, qui mentionne souffrir de dépression, le fait de participer au programme en groupe a eu un impact positif pour elle. Elle mentionne comment la normalisation vue dans le programme et expérimentée dans le groupe ont eu un impact dans son processus de diminution de sa consommation, d'abord en brisant l'isolement, mais aussi grâce à l'effet de soutien et de solidarité dans le groupe.

« T'es pas tout seul au monde, je veux dire qu'il y en a beaucoup qui sont comme moi. ça c'est sûr que ça règle pas ton problème. mais je veux dire, à quelque part, un moment donné, ça t'enlève un peu de culpabilité si je peux dire là... Les échanges qui se passaient. Des fois on a l'impression qu'on est tout seul dans notre univers, pis finalement la personne à côté que tu ne connais pas pis que tu vois juste comme ça une fois par semaine, elle va dire quelque chose, va faire une intervention... qui va venir te rejoindre là. »
(Louise, 51 ans)

« Ça me ramenait mettons. Si j'avais des cravings ou des fortes envies de consommer, bizarrement ça m'arrivait souvent la journée de la rencontre, pis je me disais mon dieu c'est tu un message ou je ne sais pas quoi, j'me disais non, là tu peux pas consommer. »
(Louise, 51 ans)

Une participante rapporte comment le groupe en soi lui apportait de l'apaisement à travers la dépression qu'elle vivait.

« Ça m'a apporté de l'apaisement beaucoup de rencontrer ces gens-là d'une semaine à l'autre que j'ai beaucoup aimé. Pis d'écouter aussi les autres ça m'a apporté de l'apaisement même si c'est pas tout le temps drôle ce qu'on entend. »
(Manon, 48 ans)

Pour Suzie, le groupe représentait un défi et pouvait déclencher beaucoup de stress et d'anxiété, mais cela lui a été salutaire. Suzie rapporte comment cette confrontation à son anxiété et au groupe lui ont été bénéfique à plus long terme en lui permettant de réaliser qu'elle pouvait l'affronter. Suzie a les larmes aux yeux lorsqu'elle en parle.

« Que j'aimais ça aller au groupe, mais en même temps, ça me confrontait à des trucs moins l'fin. Ça me stressait beaucoup, mais on dirait que j'y faisais face... »
(Suzie, 37 ans)

Finalement, pour Julie, l'animateur aura aussi été un élément distinctif dans son expérience, lui permettant la détente et l'aisance.

« L'animateur étant un homme doux et... mon dieu... que dire, il est tellement zen ... sa voix douce qui parlait, bin j'étais déjà partie. »
(Julie, 61 ans)

Synthèse entre les résultats quantitatifs et qualitatifs

Les résultats quantitatifs et qualitatifs de cette étude permettent un regard complémentaire à notre question de recherche. En ce qui concerne les mesures psychologiques, aucune différence significative n'a été trouvée entre les trois temps de mesure (ANOVA) sur les mesures de stress, d'anxiété, de dépression et de *craving*. Toutefois, l'expérience des usagers recueillie lors des entretiens qualitatifs fait ressortir un autre portrait. Les participants perçoivent des effets sur la diminution de leur anxiété et de leur stress, ils perçoivent que le programme a pu générer un sentiment de calme chez eux, avoir un impact sur l'amélioration de leur humeur, la diminution de leurs impulsions et leurs habitudes de vie. Les résultats divergent donc entre les volets quantitatifs et qualitatifs.

Dans un deuxième temps, en ce qui concerne les mécanismes d'action, les résultats quantitatifs indiquent une différence observable entre le premier et le dernier temps de mesure de l'échelle d'observation en pleine conscience. Ces résultats d'analyses sont enrichis par les résultats qualitatifs de cette étude qui viennent soutenir une amélioration pour les participants, tant au niveau de leur capacité à être en pleine conscience que de leur contrôle sur leurs comportements de consommation. Les résultats qualitatifs ajoutent à la compréhension des effets du programme et renseignent sur les mécanismes d'action potentiels de l'intervention relativement aux habitudes de consommation. On remarque, comme mécanismes d'action rapportés par les participants, que le programme a su améliorer la gestion de soi, la capacité de regard sur leurs expériences internes, qu'il a pu normaliser leurs symptômes dans le processus de groupe et permettre de briser le sentiment d'isolement que certains participants pouvaient ressentir.

La complémentarité des données recueillies montre que le programme contribue, notamment, à l'amélioration des symptômes anxiodépressifs des participants, mais aussi à la diminution de leurs *cravings* et de leurs comportements de consommation. Toutefois, ces résultats sont davantage obtenus du côté qualitatif et ne sont pas appuyés significativement du côté quantitatif, ce qui ne permet pas d'affirmer que nos hypothèses sont répondues à la positive. Cependant, on observe une tendance positive vers une amélioration de la symptomatologie des participants ainsi que de leurs aptitudes en pleine conscience. Les résultats seront davantage discutés et interprétés dans la prochaine section.

Discussion

L'objectif de cette recherche exploratoire était de mieux connaître les retombées d'un programme inspiré de la MBRP auprès d'une clientèle adulte souffrant de dépendance. Deux sous-objectifs en découlaient, soit d'évaluer les effets du MBRP sur les symptômes psychologiques de stress, d'anxiété, de dépression et sur les *cravings*, ainsi que de mieux comprendre les mécanismes d'action jouant un rôle dans l'amélioration de la symptomatologie des participants. Un devis mixte a été utilisé afin d'obtenir à la fois des mesures quantitatives et des mesures qualitatives, ce qui permet une compréhension complémentaire et approfondie du phénomène à l'étude.

En ce qui concerne l'impact sur les symptômes, nos analyses quantitatives n'ont pas permis d'observer des effets significatifs sur les mesures psychologiques (anxiété, stress, dépression) et les *cravings*. Pour le volet qualitatif, nos résultats sur les impacts perçus du programme se résument en quatre thèmes : (1) une diminution de l'anxiété et un plus grand calme; (2) une amélioration de l'humeur; (3) une diminution des impulsions (*cravings*, colère); et (4) un changement dans les habitudes de vie.

En ce qui concerne les mécanismes d'action du programme sur les mesures quantitatives, seule la sous-échelle d'*observation* des mesures de pleine conscience s'est montrée significative à la suite du programme alors que le score total de pleine conscience n'a pas évolué significativement. Les résultats du volet qualitatif sur les mécanismes

d'action se résument en trois thèmes : (1) une meilleure gestion de soi; (2) une plus grande conscience de ses expériences internes; et (3) le processus de groupe facilitant.

Au préalable, les hypothèses de recherche suggéraient que le programme de MBRP ait un impact positif de réduction des symptômes de stress, d'anxiété, de dépression ainsi que sur les *cravings*, mais les mesures quantitatives ne se sont pas avérées significatives. Plusieurs raisons peuvent expliquer qu'aucun effet sur ces mesures psychologiques n'ait été observé. Premièrement, la pleine conscience amène généralement les participants à développer une meilleure conscience de leurs expériences internes (p. ex., pensées, émotions) et bien que la pleine conscience puisse mener à un état de calme et de relaxation, cela n'est pas toujours le résultat observé. En effet, les approches contemporaines en thérapie cognitivo-comportementale ne cherchent pas à agir directement sur les symptômes eux-mêmes (changement de premier ordre), mais bien sur la *relation* aux symptômes (Dionne & Blais, 2011; Segal et al., 2012). Ainsi, une stabilité, voire même une augmentation des symptômes entre les différents temps de mesure, n'est pas toujours quelque chose de problématique en soi. En effet, la personne est plutôt dans le processus d'acceptation de son état, elle apprend à devenir plus consciente et moins réactive face à ses expériences intérieures, qu'elles soient agréables ou désagréables. Il se peut qu'à la suite de la participation au programme, les participants soient devenus plus conscients de leurs sensations, pensées, émotions et tendances à l'action, ce qui a pu se traduire par une stabilité ou une légère augmentation des mesures de symptômes (qui évaluent des changements de premier ordre). En deuxième lieu, la taille de notre échantillon demeure

faible afin de tirer des conclusions définitives sur les effets du programme. En effet, les ANOVAS ont été conduites sur cinq participants, ce qui peut être critiquable. Même si des variations entre certains temps de mesure pouvaient indiquer une amélioration légère de certains symptômes, tels que ceux associés aux *cravings*, les résultats demeurent non significatifs et il est possible de croire qu'un échantillon plus important aurait pu rendre certains de nos résultats statistiquement significatifs. Troisièmement, les questionnaires autorapportés sont également sujets à la critique. En outre, il se peut que certains participants aient pu se montrer sous un jour plus défavorable et minimiser l'amélioration de leur condition, que ce soit dû à une condition psychologique particulière (trouble de la personnalité, état plus dépressif) ou par une faible autocritique. En ce sens, à la suite d'une analyse plus fine des trajectoires et des résultats des cinq participants, il a été possible d'observer un participant (Manon) pour lequel les résultats présentaient une détérioration marquée. En retirant ce participant des analyses, il a été possible d'observer une amélioration significative quant à l'ensemble des mesures sur les *cravings*. Quant aux résultats sur les mesures psychologiques, il a été possible d'observer une amélioration générale, mais non significative. Quatrièmement, l'absence de mesure de suivi ne permet pas de connaître l'état des participants plusieurs mois après le programme. Il se peut que les effets d'un tel programme axé sur la rechute surviennent quelques mois plus tard, sachant que la pleine conscience est une habileté qui s'acquiert avec de la pratique et nécessitant un certain entraînement. Une étude de Grow et al. (2015) soulève d'ailleurs l'importance de la pratique à domicile de la pleine conscience et des activités du programme pour observer une amélioration de la condition des participants. Il se peut

donc que les effets du programme ne fussent pas ressentis pendant et immédiatement après le programme, mais une mesure à plus long terme aurait peut-être permis de déceler des effets.

En ce qui concerne les retombées sur les mécanismes d'action reliés au programme, pour ce qui est du volet quantitatif, il était postulé que le programme améliorerait le niveau de pleine conscience chez les participants, tel que mesuré par le questionnaire de Baer et al. (2006) avec ces cinq facettes (décrire l'expérience; action en pleine conscience; non-jugement; non-réactivité; observation). À cet égard, les différences pré-mi-post sur le niveau général de pleine conscience n'ont pas permis d'observer de différence significative, seule l'échelle *observation* semble avoir été impactée de façon significative. Cela démontre que le programme entraîne tout particulièrement leur capacité d'observation à travers le programme et que cela peut avoir un impact positif sur leur fonctionnement. Dans les analyses complémentaires (sans le participant ayant connu une détérioration), on a pu observer un changement significatif sur le niveau global de pleine conscience. Les sous-échelles d'action en pleine conscience, de non-réactivité et d'observation se sont alors montrées significatives. Cela va dans le sens de la littérature qui montre qu'un programme de pleine conscience, de façon cohérente avec la théorie, agit effectivement sur la régulation de l'attention et des émotions (Grégoire, Lachance, & Richer, 2016). Toutefois des analyses de médiation seraient nécessaires dans le futur afin vérifier si un changement s'est réellement opéré via le mécanisme de capacité d'observation (constater un effet avant et après le programme n'est pas suffisant).

Les analyses qualitatives nous offrent un portrait nouveau quant à l'expérience des participants au programme. En bref, les participants ont pu expérimenter : une diminution de leur anxiété ainsi qu'un sentiment de calme, une amélioration de leur humeur, un meilleur contrôle sur leurs impulsions et *cravings* ainsi que le sentiment d'avoir adopté de nouvelles habitudes de vie saine. Ces résultats vont dans le même sens que Witkiewitz et Bowen (2010) et Zgierska et al. (2008) qui ont pu observer un impact positif du MBRP sur la diminution des symptômes dépressifs et anxieux ainsi que du stress.

Au niveau des processus de pleine conscience, d'un point de vue qualitatif, les résultats ont permis d'observer une amélioration du processus global de la pleine conscience chez les participants. Ceux-ci ont rapporté des compétences visées par le programme telles qu'une meilleure gestion de soi, une plus grande conscience des expériences internes ainsi qu'un fort effet de groupe. Ces catégories sont d'ailleurs semblables aux composantes retrouvées dans les recherches de Baer (2003) qui résume les effets de la pleine conscience sur cinq domaines : la capacité d'observation, de description de l'expérience, l'action en pleine conscience, la non-réactivité aux événements privés (interne) et le non-jugement. Ngô (2013) décrit le mécanisme de la pleine conscience comme une façon d'élargir chez l'individu son répertoire de comportements pour répondre de manière plus adaptée et réfléchie à ses pensées, sensations ou émotions. Dans le cas des dépendances, une plus grande variabilité dans le répertoire de comportements et une meilleure conscience permet à la personne d'être moins sous le joug de ses impulsions afin de faire des choix davantage cohérents avec ses

valeurs personnelles (couple, famille). C'est ce qui est aussi rapporté par les participants qui notent une plus grande conscience de leurs expériences internes. Ils peuvent constater l'augmentation de leur champ de conscience dirigé vers leurs sensations internes, soit leurs pensées, sensations physiques ou émotions. Ici, les résultats qualitatifs convergent avec les résultats quantitatifs qui font ressortir que l'observation est une habileté qui a pu être entraînée efficacement dans le programme et qui a ainsi pu permettre de développer chez les participants un plus grand sentiment de pouvoir d'agir dans leurs actions. Les participants font aussi ressortir l'impact au niveau de leurs impulsions face à la consommation ou aux crises de colère. Les résultats supportent ceux de Baer (2003) ainsi que de Lakey et ses collègues (2007) qui soulèvent que la participation à un programme de pleine conscience permette un meilleur recul sur les impulsions, ce qui permet d'adopter un comportement plus sain et orienté vers autre chose que la consommation ou le jeu. En troisième lieu, les participants font ressortir le processus de groupe comme un mécanisme d'action leur ayant permis de normaliser leur expérience, mais surtout de se sentir engagé dans le groupe et dans le programme. L'effet de groupe est devenu un support pour eux dans le maintien de leur participation au programme ainsi que dans le maintien de leur abstinence. Le groupe serait devenu, pour plusieurs, une motivation en soi pour revenir dans chacune des séances et poursuivre leur participation au programme. Ces effets sont souvent retrouvés dans la thérapie de groupe (Corsini & Rosenberg, 1955) et peuvent être attribuables aux facteurs communs en psychothérapie comme l'alliance thérapeutique et l'espoir (Bachelart, Bioy, & Bénony, 2011).

Forces et limites de l'étude

Certaines limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Dans un premier temps, une limite importante de cette étude est la taille de l'échantillon qui limite la portée des résultats ainsi que leur puissance statistique, ce qui n'a pas permis de déceler les potentiels effets du programme. Un plus grand échantillon pourrait permettre une puissance statistique suffisante pour déceler des effets.

Dans un second temps, l'absence d'un groupe contrôle, actif ou inactif, a aussi empêché la possibilité d'établir des liens de cause à effet dans ce devis.

En troisième lieu, cette étude portait sur un échantillon peu représentatif, ce qui limite la généralisation des résultats. Le ratio comportait plus de femmes ($n = 4$) que d'hommes ($n = 2$), surtout en ce qui concerne le volet qualitatif (4/1). Les âges étaient suffisamment variés, mais en termes de type de dépendance, on retrouvait peu de dépendance au jeu ($n = 2$) par rapport aux dépendances à l'alcool ou aux drogues ($n = 4$). Un meilleur ratio homme-femme avec la connaissance de leurs diagnostics respectifs ainsi qu'un meilleur ratio jeu-consommation permettraient aussi d'apporter davantage de richesse à cette recherche.

En quatrième lieu, l'absence de mesures de suivis n'a pas permis d'observer d'effet à plus long terme sur les participants. Une mesure de suivi post-traitement (p. ex., 3, 6 ou

douze mois) aurait été de mise afin d'évaluer le maintien des symptômes et possiblement les taux de rechutes et les niveaux de consommation.

La complémentarité des approches quantitatives et qualitatives offre une richesse dans la compréhension d'un phénomène et un approfondissement de l'expérience subjective vécue par les participants. En outre, l'entretien qualitatif permet d'obtenir un témoignage authentique de chacun des participants et fournit un accès à leur expérience, dans leurs mots. Les méthodes mixtes permettent aussi la triangulation de l'information pour soutenir ou corroborer une explication. Elles permettent de soulever les paradoxes et favorisent une ouverture d'esprit (Briand & Larivière, 2014).

Finalement, ces résultats ont des retombées sur l'offre de services en dépendance. La mise en place d'un tel programme auprès de cette clientèle pourrait permettre un meilleur sentiment d'appartenance et d'implication envers leurs traitements en plus de fournir des outils concrets pour le maintien de leur stabilité émotionnelle et comportementale. Ce programme vient à la fois permettre un travail et une amélioration possible sur les symptômes anxieux, dépressifs et le stress, souvent au cœur du maintien de la problématique de toxicomanie ou de jeu. En outre, ces résultats soutiennent la pertinence de poursuivre les efforts dans le déploiement d'une offre de services qui favorise la consolidation des acquis et la prévention de la rechute.

Dans un projet futur, l'augmentation de la taille de l'échantillon, du nombre de groupes évalués et l'apport d'un groupe contrôle pourraient être des atouts majeurs afin d'être plus confiant dans les conclusions tirées. Enfin, notre étude exploratoire a permis de mettre la table pour conduire à un essai aléatoire avec groupe contrôle.

Conclusion

Au terme de cette étude, les objectifs de la recherche, soit de connaître les effets du MBRP sur des symptômes d'anxiété, de dépression ainsi que sur les *cravings*, mais aussi de connaître les mécanismes d'action impliqués dans l'amélioration de la condition des usagers, ont pu être partiellement démontrés. Les résultats permettent d'observer, d'un point de vue quantitatif, que le programme a eu un effet significatif sur la capacité des participants à observer leur expérience en pleine conscience. Cependant, les résultats qualitatifs reflètent des effets significatifs perçus par les participants du programme de MBRP sur les symptômes anxiodépressifs et les *cravings*, les résultats quant aux mesures psychologiques d'anxiété, de stress ou de symptômes dépressifs. C'est aussi le cas pour les mécanismes d'action, qui ont davantage pu être mis en lumière par les résultats qualitatifs. La section qualitative, demeurant riche en information, permet d'observer un impact majeur du programme de MBRP sur le bien-être perçu des participants. Ainsi, ceux-ci rapportent une meilleure gestion de leur anxiété, de leur stress ainsi que de leurs symptômes dépressifs ou de leur humeur de façon générale. On note aussi, au niveau des mécanismes d'action principalement ressortis, une meilleure conscience des pensées, une acceptation plus accentuée de leur expérience, une meilleure gestion de soi et l'effet de groupe.

Malgré que davantage de recherches sur le sujet avec un plus grand échantillonnage seraient avantageuses ultérieurement, cette étude, de par son devis mixte et le peu d'études

connues sur ces variables jusqu'à maintenant, présentent une originalité certaine et un aspect novateur.

Références

- Alfonso, J. P., Caracuel, A., Delgado-Pastor, L. C., & Verdejo-García, A. (2011). Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 78-81.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Author.
- Bachelart, M., Bioy, A., & Bénony, H. (2011). Les courants intégratifs en psychothérapie. *Annales médico-psychologiques*, 169, 485-489
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman and Company.
- Barrick, C., & Connors, G. J. (2002). Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Drugs & Aging*, 19(8), 583-594.
- Beaulieu-Bourgeois, M. L., Desrosiers, P., Landry, V., Luckow, D., Sapin-Leduc, A., Ménard, J. M., ... Vincent, B. (2016). *Les pratiques reconnues dans les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance*. Montréal, QC : Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- 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, QC : RISQ.
- Bishop, S. R., & Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2^e éd.). Paris, France : Nathan Armand Colin.

- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse : Official Publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, A. (2013). *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience*. Bruxelles, Belgique : Éditions de Boeck.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., ... Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, standard Relapse Prevention, and treatment as usual for substance use disorders. *Journal of American Medical Association*, 71(5), 547-556.
- Brewer, J. A., Bowen, S., Smith, J. T., Marlatt, G. A., & Potenza, M. N. (2010). Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorders: What can we learn from the brain? *Addiction (Abingdon, England)*, 105(10), 1698-1706.
- Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., ... Rounsaville, B. J. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse*, 30(4), 306-317.
- 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 (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 625-648). Sainte-Foy, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2007). *The epidemiology of co-occurring substance use and mental disorders*. COCE Overview Paper 8. DHHS Publication No. (SMA) 07-4308). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Center for Mental Health Services. Repéré à <https://namirensco.files.wordpress.com/2015/01/x103x-dual-diagnosis-sma07-4308.pdf>
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2009). *Toxicomanie au Canada : troubles concomitants* [en ligne]. Repéré à <https://ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/ccsa-011812-2010.pdf>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (CCLT, 2014). *Sommaire canadien sur la drogue : cannabis*. Ottawa, ON : Auteur.

- Chapados, M., Gagnon, F., Lapointe, G., Tessier, S., April, N., Fachehoun, R. C., & Samuel, O. (2016). *Légalisation du cannabis à des fins non médicales : pour une régulation favorable à la santé publique* [en ligne]. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2193_legalisation_cannabis_fins_non_medicales.pdf
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini Ngui, A., & Fleury, M. J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Montréal, QC : Centre de réadaptation en dépendance de Montréal.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2013). Are Mindfulness-Based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5). doi: 10.3109/10826084.2013.770027
- Christopher, M. S., Neuser, N. J., Michael, P. G., & Baitmangalkar, A. (2012). Exploring the psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, 3(2), 124-131.
- Corsini, R. J., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(3), 406-411.
- Couillard, J., Fleury, M.-J., Giroux, I., Ménard, J.-M., Ngamini Ngui, A., Kairouz, S., & Champagne, J. (2015). *La face cachée des dépendances* [en ligne]. Repéré à <https://www.lepointensante.com/product/vol-1-4-la-face-cachee-des-dependances/>
- Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Shapira, L. (2011). Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 17-33.
- Creswell, J. W. (2009). Mapping the field of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(2), 95-108.
- Csillik, A., & Tafticht, N. (2012). Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Pratiques psychologiques*, 18(2), 147-159.
- Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2006). *Overcoming your alcohol or drug problem: Effective recovery strategies*. New York, NY: Oxford University Press.
- Daneshjoo, M. B., Navabinejad, S., & Shfia-Abadi, A. (2015). Comparing effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRR) in resiliency of drug addicts in Shiraz Addiction Clinics. *International Journal of Academic Research*, 7.

- de Francqueville, A. V. (2014). *La méditation de pleine conscience. application clinique en médecine générale : revue de la littérature* (Thèse de doctorat inédite). Université de Toulouse III, France.
- 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, QC : Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec.
- Desrosiers, P., Ménard, J. M., Tremblay, J., Bertrand, K., & Landry, M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de bonnes pratiques et offre de services de base*. Montréal, QC : Association des centres de réadaptation du Québec.
- Dionne, F., & Blais, M. C. (2011). Les thérapies de la troisième vague : conceptualisation et illustration à partir d'un cas clinique. Dans E. Kotsou & A. Heeren (Éds), *Pleine conscience et acceptation : les thérapies de troisième vague* (pp. 27-52). Bruxelles, Belgique : Éditions de Boeck.
- Dionne, F., Ngô, T. L., & Blais, M. C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130.
- Downs, B. W., Oscar-Berman, M., & Waite, R. L., (2013). Have we hatched the addiction egg: Reward deficiency syndrome solution system. *Journal of Genetic Syndrome & General Therapy*, 4(136), 14318. doi: 10.4172/2157-7412.1000136
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbol, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2), 102-119.
- Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., & Pettinati, H. M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(8), 1289-1295.
- Fleury, M.-J., & Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux* [en ligne]. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- Glasner-Edwards, S., Mooney, L., Ang, A., Garneau, H. C., Hartwell, E. E., Brecht, M. L., & Rawson, R. (2015). Mindfulness Based Relapse Prevention improves stimulant use among adults with major depression and generalized anxiety disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, e80.

- Gormley, A., & Laventure, M. (2012). Intervenir auprès d'adultes dépendants en rechute : point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant. *Drogues, santé et société*, 11(2), 72-93.
- Grégoire, S., Lachance, L., & Richer, L. (2016). *La présence attentive (mindfulness) : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Sainte-Foy, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Grow, J. C., Collins, S. E., Harrop, E. N., & Marlatt, G. A. (2015). Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors*, 40, 16-20.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a french-speaking sample. *European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147-151.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 17. doi: 10.1186/1747-597X-6-17
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of Mindfulness-Based Therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.

- Institut de la statistique du Québec. (2008). *Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)* [en ligne]. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/medicaments-sante-mentale.pdf>
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.
- Ivankova, N. V., Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). Foundations and approaches to mixed methods. Dans K. Maree (Éd.), *First steps in research* (pp. 253-282). Pretoria: Van Schaik.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York, NY: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73-107.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., & Kristeller, J. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)* [en ligne]. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/troubles-mentaux-toxicomanie.pdf>
- Kairouz, S., Nadeau, L., & Paradis, C. (2010). *Enquête ENHJEU-Québec. Portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans. Rapport de recherche remis au FQRSC*. Université Concordia.
- Kaskutas, L. A. (2009). Alcoholics anonymous effectiveness: Faith meets science. *Journal of Addictive Diseases*, 28, 145-157.
- Kelly, J. F., Magill, M., & Stout, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 236-259.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., ... Pilote, P. (2004). *Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement* [en ligne]. Repéré à <http://www.jogoremoto.pt/docs/extra/3Nw3x3.pdf>
- Lakey, C. E., Campbell, W. K., Brown, K. W., & Goodie, A. S. (2007). Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcomes. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1698-1710.
- Landry, M., & Desrosiers, P. (2010). *Pratiques reconnues dans le traitement des jeunes et des adultes aux prises avec une dépendance* [en ligne]. Repéré à http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Certification/Pratiques_reconnues_traitement_jeunes_et_adultes.pdf
- Lauzon, P. (2011). Les effets indésirables des médicaments de substitution dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. *Drogues, santé et société*, 10(1), 51-91.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sainte-Foy, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Lenz, A. S., Hall, J., & Bailey Smith, L. (2016). Meta-analysis of group mindfulness-based cognitive therapy for decreasing symptoms of acute depression. *The Journal for Specialists in Group Work*, 41(1), 44-70.
- Levin, M. E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders, and alcohol-related problems among first-year college students. *Journal of American College Health*, 60(6), 443-448.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. New South Wales: Psychology Foundation Monograph.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 99(4), 398-410.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. Dans G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Éds), *Relapse prevention* (1^{re} éd., pp. 280-250). New York, NY: Guilford Press.

- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, 2, 1-44.
- McElrath, D. (1997). The Minnesota model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 141-144.
- McIntosh, C. C., Crino, R. D., & O'Neill, K. (2016). Treating problem gambling samples with cognitive behavioural therapy and mindfulness-based interventions: A clinical trial. *Journal of Gambling Studies*, 32(4), 1305-1325.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
- Meyers, R. J., Roozen, H. G., & Smith, J. E. (2011). The community reinforcement approach: An update of the evidence. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 33(4), 380-388.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, Belgique : Éditions de Boeck.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Neveu, C., & Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 63-83.
- Ngô, T. L. (2013). Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 19-34.
- Office des Nations unies contre la drogue et le crime. (ONUDC, 2016). *Résumé analytique : rapport mondial sur les drogues* [en ligne]. Repéré à <http://www.unodc.org/wdr2017/>
- O'Neill, S. C., Lapalme, M., & Camiré, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance* [en ligne]. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2566012>
- Park, T., Reilly-Spong, M., & Gross, C. R. (2013). Mindfulness: A systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Quality of Life Research*, 22(10), 2639-2659.

- Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative Social Work*, 1(3), 261-283.
- Perreault, M., Perreault, N., & Withaeuper, D. (2011). Le défi du traitement et de la prévention des troubles concomitants sur la base de données probantes. *Criminologie*, 42(1), 91-114.
- Petry, N. M. (2003). Validity of a gambling scale for the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 399-407.
- Rehm, J., Taylor, B., & Room, R. (2006). Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 503-513.
- Riley, B. (2014). Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 163-171.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy, its current practice, implications and theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rush, B., Bassani, D. G., Urbanoski, K. A., & Castel, S. (2008). Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada. *Addiction*, 103(11), 1847-1856.
- Rush, B., Moxam, R. S., Nadeau, L., McMain, S., Ogbome, A., Goering, P., & Mueser, K. (2002). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/alcool-prevention-drogues/meilleures-pratiques-troubles-concomitants-sante-mentale-alcoolisme-toxicomanie.html>
- Santé Canada. (2012). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/statistiques-consommation-drogues-alcool/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues-sommaire-resultats-2012.html>
- Segal, Z. V., Martin, L., & Joseph, S. (2010). Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256-1264.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Press.

- Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2014). Differences in trait mindfulness across mental health symptoms among adults in substance use treatment. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 595-600.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York, NY: Vintage Books.
- Skinner, W. J., O'Grady, C., Bartha, C., & Parker, C. (2004). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : guide d'information*. Toronto, ON: Centre de toxicomanie et santé mentale.
- Statistique Canada. (2014). *Consommation abusive d'alcool, 2014* [en ligne]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2015001/article/14183-fra.htm>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5). Boston, MA: Pearson.
- Toneatto, T., Vettese, L., & Nguyen, L. (2007). The role of mindfulness in the cognitive-behavioural treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 19(9), 91-100.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 362-374.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E. N., Douglas, H., Enkema, M., & Sedgwick, C. (2014). Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: Theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 513-524.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211. doi: 10.1891/jcop.2005.19.3.211
- Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B. L., & Luoma, J. B. (2014). Randomized trial comparing mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 536-546.
- Yip, S. W., & Potenza, M. N. (2014). Treatment of gambling disorders. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(2), 189-203.

- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Publications.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 362-374.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 165-173.