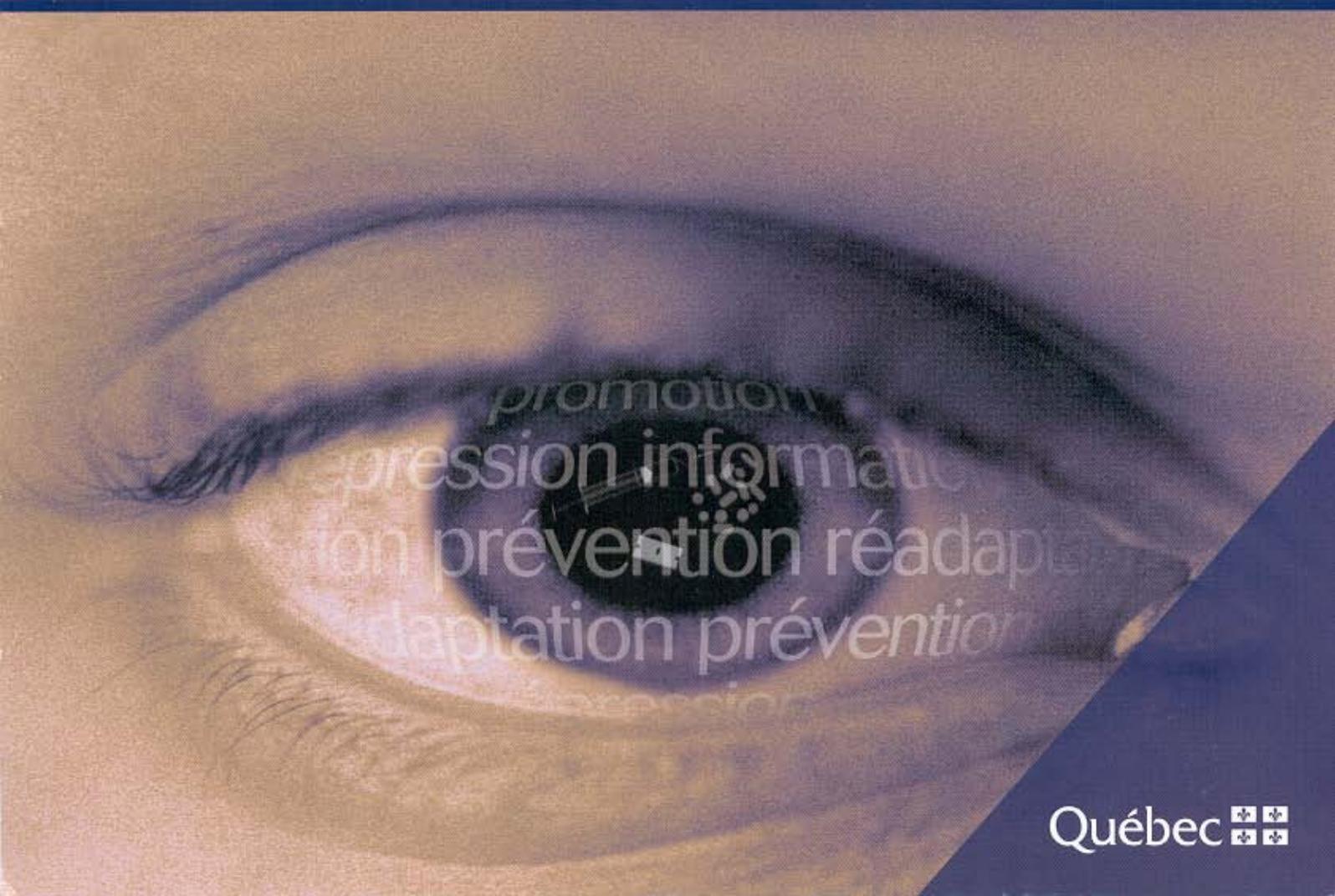


# Comité permanent de lutte à la toxicomanie

IMPLICATION DES  
MEMBRES DE  
L'ENTOURAGE DANS LA  
RÉADAPTATION DES  
PERSONNES  
ALCOOLIQUES ET  
TOXICOMANES



---

**IMPLICATION DES  
MEMBRES DE  
L'ENTOURAGE DANS LA  
RÉADAPTATION DES  
PERSONNES  
ALCOOLIQUES ET  
TOXICOMANES**

DÉPÔT LÉGAL (DOCUMENT SUR VERSION PAPIER) :  
ISBN : 2-551-22557-4  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC  
Juin 2005

## Mandat

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Les préoccupations du Comité portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus des substances psychoactives que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Outre les réflexions et les échanges qu'il mène au sein de ses rangs, il s'alimente à diverses sources pour réaliser son mandat : il commande des études, il recueille les opinions des divers intervenants et experts des milieux concernés, il analyse les données sur l'évolution de la problématique au Québec.

## MEMBRES DU COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE

**Rodrigue Paré**  
président du Comité  
Maison Jean Lapointe

**Lise Roy**  
vice-présidente  
Université de Sherbrooke

**Madeleine Roy**  
trésorière  
Centre Dollard-Cormier

**Pierre Sangollo**  
SCC Lafontaine

**Luc Chabot**  
Consultant

**Robert Gauthier**  
Pavillon Pierre-Péladeau

**Don McKay**  
Syndicat canadien des communications,  
de l'énergie et du papier (FTQ)

**Dr Pierre Rouillard**  
C.H. Robert-Giffard

## Contributions

### Coordination de la publication :

Michel GERMAIN    Comité permanent de lutte à la toxicomanie

### Édition :

Mélanie JOLIN    Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Monic BLEAU    Comité permanent de lutte à la toxicomanie



### À propos des auteurs

#### **Joël Tremblay, Ph.D.**

Joël Tremblay a une formation de psychologue clinicien et de chercheur (Ph.D. psychologie, Université Laval). Il travaille à titre de chercheur en milieu clinique aux Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve et Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes de Chaudière-Appalaches. Il est également membre de l'équipe de recherche le RISQ et est professeur associé à l'École de service social de l'Université Laval. Ses travaux de recherche portent sur deux grands axes : le développement d'instruments de mesure en toxicomanie/jeu et l'efficacité des traitements auprès de cette clientèle. Depuis ses travaux de thèse de doctorat, il s'intéresse à la réalité conjugale et tout particulièrement aux membres de l'entourage des personnes alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques.

#### **Karine Bertrand, Ph.D.**

Karine Bertrand est psychologue chercheuse à Domrémy Maurice/Centre-du-Québec où elle assume la responsabilité de l'évaluation et de l'amélioration continue des services offerts aux usagers qui présentent des problèmes d'alcool, de drogues et/ou de jeu excessif. Sa thèse de doctorat a porté sur des femmes toxicomanes en traitement qui présentent des problèmes sévères d'inadaptation sociale. Elle est chercheuse au groupe *Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec* (RISQ) et au *Collectif en intervention et recherche sur les aspects socio-sanitaires de la toxicomanie* (CIRASST). De plus, elle est professeure associée au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. À titre de psychologue clinicienne, elle a été formée à l'Université de Montréal à l'intervention auprès des couples.

#### **Jean-Marc Ménard, M. Psycho.**

Psychologue de formation, il travaille dans le domaine de la toxicomanie depuis 1987. Il est également coordonnateur des services professionnels au centre de réadaptation Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. Il est de plus clinicien associé au RISQ depuis 1997 et chercheur associé au Groupe de recherche et d'intervention en négligence de l'UQTR depuis 2004.

### ACRONYMES UTILISÉS TOUT AU LONG DU TEXTE

SPA	Substances psychoactives
PAT	Personne alcoolique ou toxicomane



## Remerciements

Nous remercions tout d'abord Michel Germain pour nous avoir donné l'occasion de mettre par écrit certaines de nos idées et ainsi donner un élan au développement des interventions impliquant les membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes. Nous savons qu'il partage avec nous cette conviction de la nécessité de tenir compte du rôle de ces personnes significatives auprès des personnes alcooliques et toxicomanes. Nous le remercions également pour sa patience envers nos délais dans la rédaction de ce document.

Nous tenons à remercier Dora Canizales qui a assidûment travaillé à la recension de la littérature, classifiant ces textes avec intelligence et patience. Elle a également procédé avec doigté à l'enquête menée auprès des établissements desservant les personnes alcooliques et toxicomanes. Nous l'en remercions chaleureusement.

Merci à Nadine Blanchette-Martin pour l'encadrement de nos agents de recherche dans le contexte de ce projet. Son aide fut très précieuse.

# Table des matières

---

Mandat .....	3
À propos des auteurs.....	5
Remerciements .....	7
Introduction .....	9
<b>PREMIÈRE SECTION : COMPRÉHENSION DE L'INTERRELATION ENTRE L'ABUS DE SUBSTANCE, LA VIE CONJUGALE ET LA VIE FAMILIALE .....</b>	<b>11</b>
<b>Chapitre I : Relation conjugale et toxicomanie .....</b>	<b>12</b>
1. Satisfaction conjugale et toxicomanie .....	12
2. Communication et toxicomanie : description et interactions .....	14
3. Violence conjugale et toxicomanie : description et interactions.....	16
4. Sexualité et toxicomanie : description et interactions .....	18
5. Synthèse et implications cliniques .....	20
<b>Chapitre II : Famille et toxicomanie de l'adolescent.....</b>	<b>22</b>
1. La vie familiale, facteur de risque .....	22
2. La vie familiale, facteur de protection.....	25
3. La toxicomanie, facteur de risque pour la qualité de la vie familiale.....	26
4. Conclusion.....	27
<b>DEUXIÈME SECTION : TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE PAR DES APPROCHES QUI IMPLIQUENT LES MEMBRES DE L'ENTOURAGE .....</b>	<b>29</b>
<b>Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage.....</b>	<b>30</b>
1. Al-Anon .....	31
2. Johnson Institute Intervention .....	32
3. La thérapie familiale unilatérale .....	36
4. Pressure to Change.....	41
5. Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT).....	44
6. Conclusion.....	49
<b>Chapitre IV : Thérapie conjugale et toxicomanie.....</b>	<b>50</b>
1. Thérapie de couple comportementale (TCC) .....	50
2. Approches systémiques.....	66
3. Conclusion.....	69
<b>Chapitre V : Thérapie familiale et toxicomanie chez l'adolescent .....</b>	<b>72</b>
1. Multidimensional Family Therapy (MDFT ou TFMD) .....	72
2. Brief Strategic Family Therapy (BSFT ou TFSB).....	82
3. Multisystemic Therapy (MST ou TMS).....	91
4. Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA).....	99
5. Conclusion.....	111
<b>TROISIÈME SECTION : RECOMMANDATIONS CLINIQUES .....</b>	<b>113</b>
<b>Chapitre VI : Recommandations cliniques .....</b>	<b>114</b>
1. Intervenir auprès des membres de l'entourage des PAT non motivés.....	114
2. Introduire systématiquement l'intervention conjugale dans le traitement des PAT.....	114
3. Dans les services d'aide aux adolescents abusant de SPA, développer des compétences à utiliser un traitement s'appuyant sur la famille.....	114
<b>Références .....</b>	<b>116</b>

## Introduction

Les personnes alcooliques ou toxicomanes (PAT) ne vivent pas en vase clos, mais bien dans un monde relationnel. Elles sont insérées dans un réseau humain où les individus, mais aussi les groupes et les institutions, s'interinfluencent (Bronfenbrenner, 1979). Le premier de ces réseaux humains est certainement la famille. Les études documentant d'une part, l'influence de la famille sur l'apparition et le rétablissement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, chez l'adulte ou l'adolescent et, d'autre part, les effets détériorant de l'abus de substances psychoactives (SPA) sur le couple ou la famille, sont de plus en plus nombreuses.

Il apparaissait d'abord nécessaire de refaire une brève synthèse de ce champ d'étude afin de mieux comprendre les influences mutuelles entre les dimensions alcoolisme/toxicomanie et couple/famille. C'est pourquoi la première section du document comporte deux chapitres. Le premier aborde la question des liens entre la vie conjugale et l'abus de SPA. Le second traite des liens entre la famille et la consommation de SPA chez l'adolescent, tant au sujet de facteurs de protection que des facteurs de risques et aborde aussi la question plus délicate des effets détériorant sur la famille de la consommation de SPA de l'adolescent.

Les deux premiers chapitres sont toutefois brefs puisque ce document vise surtout à présenter les diverses méthodes d'intervention impliquant les membres de l'entourage des personnes abusant de SPA. En effet, les progrès scientifiques, concernant notre compréhension des liens entre couple/famille et abus de SPA, ont été suivis par des développements importants des modèles de traitement de l'abus de SPA en impliquant les membres de l'entourage immédiat de la PAT.

Trois grands types de traitements impliquant les membres de l'entourage sont abordés. Le premier type concerne les interventions qui n'impliquent que le membre de l'entourage n'abusant pas de SPA puisque la PAT refuse toute implication dans un processus de changement (chapitre III). Nous l'appelons intervention unilatérale. La seconde classe d'intervention est la thérapie conjugale auprès de couples dont l'un des membres abuse de SPA (chapitre IV). La troisième concerne l'intervention s'appuyant sur la famille dans le traitement de l'abus de SPA chez l'adolescent (chapitre V). Dans la description de ces trois grandes classes d'intervention impliquant les membres de l'entourage, nous nous sommes attardés à sélectionner les traitements qui étaient bien décrits dans des documents élaborés (e.g., manuel de traitement) et pour lesquels des études d'efficacité de traitement suffisamment concluantes avaient été menées.

Dans nos milieux de travail, nous parlons régulièrement des modèles d'intervention incluant les membres de l'entourage des PAT. De nombreux cliniciens nous demandent de la documentation, en français, qui décrirait ces thérapies. Rien n'existe à ce sujet. C'est pourquoi nous les avons détaillés (trop selon certains et trop peu selon d'autres), espérant ainsi que les cliniciens pourront se représenter concrètement les modèles de traitement et même tenter de

## Introduction

---

les incorporer dans leur pratique quotidienne. Nous avons insisté sur des détails tels que la durée du traitement et le nombre d'heures de services, pour que les gestionnaires de centres puissent prévoir les changements nécessaires dans le but d'implanter l'un ou l'autre de ces traitements.

Finalement, rappelons que d'autres modèles d'intervention, concernant d'autres types d'implications des membres de l'entourage, auraient pu être abordés dans ce document. Pensons à la thérapie familiale (versus la thérapie conjugale) lorsque l'un des membres du couple abuse de SPA (Edwards & Steinglass, 1995) ou encore à la thérapie conjugale lorsque les deux individus abusent de SPA (Epstein & McCrady, 2002). Certaines interventions visent les parents toxicomanes, tout spécifiquement au sujet de leurs habiletés parentales (Plasse, 1995). D'autres recourent aussi à des membres de l'entourage qui ne sont pas issus de la famille dans le traitement des adultes toxicomanes (Galanter, Dermatis, Keller, & Trujillo, 2002).

Nous avons pensé que les traitements sélectionnés étaient ceux qui devaient être prioritairement connus, tout en sachant que cliniciens et décideurs auraient aussi avantage à connaître d'autres modalités d'implication du réseau de la PAT.

Que ce document soit une source d'inspiration pour le maintien, mais aussi pour l'amélioration des soins aux PAT et à leur entourage afin de les accompagner de manière la plus efficiente possible dans cette marche d'espoir vers un peu plus de bien-être et de joie de vivre.

---

**Première section :**  
**Compréhension de l'interrelation**  
**entre l'abus de substance, la vie**  
**conjugale et la vie familiale**

## Chapitre I : Relation conjugale et toxicomanie

Les interactions entre toxicomanie et relation conjugale sont variées et complexes. Il importe de mieux comprendre ces interactions pour ensuite mieux cerner le rôle que peut jouer le conjoint de la personne alcoolique ou toxicomane dans la réadaptation de celle-ci. Traditionnellement, le terme « mariage alcoolique » a été utilisé pour décrire une relation amoureuse entre un homme alcoolique « dépendant » et inadéquat marié à une femme dominante ayant inconsciemment choisi un partenaire vulnérable lui permettant d'avoir un sentiment de pouvoir (Bailey, Haberman, & Alskan, 1962 ; Hurcom, Copello, & Orford, 2000 ; McCrady & Epstein, 1995a ; Paolino & McCrady, 1977). Ce terme, qui dérive des modèles psychodynamiques tendant à attribuer l'alcoolisme du mari à l'épouse qui vit elle-même un trouble psychologique, a été contesté par des perspectives sociologiques prédominantes dans les années '50 et '60 (voir McCrady & Epstein, 1995). Ces théoriciens perçoivent davantage que l'épouse de l'alcoolique doit faire face à l'élément de stress chronique que constitue le fait de vivre avec une personne alcoolique et que l'alcoolisme peut être responsable d'un état de crise familiale (Jackson, 1954).

Dans les années '70 et '80, les modèles systémiques familiaux sont devenus prédominants. Ces modèles systémiques mettent l'emphase sur le rôle de l'alcool pour permettre l'homéostasie du système familial, notamment en permettant l'expression de certaines facettes des relations conjugales et familiales qui ne serait

pas possible durant des périodes de sobriété (Steinglass, 1992b).

Devant ces différentes perspectives, parfois contradictoires, les chercheurs se sont attardés au cours des dernières années à l'étude des interactions entre relation conjugale et toxicomanie. Les dimensions de la relation conjugale les plus étudiées sont la satisfaction conjugale, la communication, la violence conjugale et la sexualité. Nous aborderons dans ce chapitre la relation entre ces différentes dimensions et la toxicomanie. Les résultats seront discutés à la lumière de leurs implications cliniques.

### 1. SATISFACTION CONJUGALE ET TOXICOMANIE

De façon générale, on pourrait croire que les personnes alcooliques et toxicomanes sont davantage à risque d'être insatisfaites de leur relation conjugale et que leur niveau de satisfaction diminue à mesure que leurs problèmes de consommation d'alcool et de drogues s'aggravent. Ces croyances se trouvent confirmées par la littérature, mais partiellement, car plusieurs variables modératrices viennent brouiller les pistes.

D'une part, on note une forte prévalence des difficultés conjugales au sein de la population en centre de traitement pour alcoolisme et toxicomanie (Marshall, 2003). Par exemple, au Québec, une étude descriptive auprès de 1 633 personnes alcooliques et toxicomanes provenant de trois centres de réadaptation montre que les

problèmes graves avec les conjoint(e)s sont de loin les plus courants (Laflamme-Cusson, Guyon, & Landry, 1994). Selon les centres, entre 72 % et 86 % de la clientèle rapporte avoir vécu des problèmes graves avec leur conjoint(e) au cours de leur vie et de 32 % à 49 % vivent encore de tels confits dans les 30 derniers jours avant leur admission en traitement (Laflamme-Cusson et al., 1994). De plus, les couples dont le ou la conjoint(e) abuse de drogues sont aussi insatisfaits que les couples en traitement pour difficultés conjugales (Fals-Stewart, Birchler, & O'Farrell, 1999). En ce qui a trait aux personnes qui entreprennent une thérapie de couple, celles-ci présentent davantage de problèmes d'alcool et de drogues en comparaison de la population générale et rapportent, pour la grande majorité, vivre des désaccords au plan de la consommation de substances (Halford & Osgarby, 1993). Enfin, plusieurs études corrélationnelles montrent que plus les couples sont confrontés à d'importants problèmes d'alcool, moins ils sont satisfaits de leur relation conjugale (Dumka & Roosa, 1995 ; Dumka & Roosa, 1993 ; Leonard & Roberts, 1998 ; Leonard & Senchak, 1993).

D'autre part, certains résultats contradictoires révèlent la complexité de l'association entre toxicomanie et satisfaction conjugale. En effet, l'étude de Kahler et de ses collègues (Kahler, McCrady, & Epstein, 2003) montre que la plus grande sévérité des problèmes d'alcool du conjoint est associée à une plus grande satisfaction maritale. On peut émettre comme hypothèse que comme les conjointes de cette étude venaient de voir leur mari débiter un traitement, peut-être

elles étaient particulièrement soulagées, ou encore, comme le suggèrent les théories systémiques, la consommation avait peut-être un rôle adaptatif dans leur relation conjugale. Aussi, ce résultat étonnant pourrait être attribuable à d'autres variables modératrices dont on n'a pas tenu compte.

En effet, des études suggèrent que plusieurs variables modératrices peuvent venir confondre le lien entre la toxicomanie et la satisfaction conjugale. La concordance des problèmes de consommation dans le couple, soit lorsque les deux conjoints vivent des problèmes d'abus de substances (Fals-Stewart et al., 1999), et le style de consommation (Dunn, Jacob, Hummon, & Seilhamer, 1987 ; Epstein, McCrady, & Hirsch, 1997 ; Jacob, Dunn, & Leonard, 1983 ; Jacob & Leonard, 1988) sont les deux principales variables abordées dans la littérature.

Ainsi, dans l'étude de Fals-Stewart et de son équipe (1999), les couples au sein desquels les deux partenaires abusent de drogues se montrent davantage satisfaits de leur relation que les couples dont un seul conjoint abuse de drogues et que ceux qui ont entrepris une démarche de thérapie de couple. Cependant, même si ces couples concordants se disent plus satisfaits, ils rapportent vivre davantage de conflits que les autres. De plus, chez ces couples concordants, on trouve une association négative entre le pourcentage de jours d'abstinence et la satisfaction conjugale (plus il y a de jours d'abstinence, moins ils sont satisfaits), relation encore plus forte chez ceux qui rapportent consommer de l'alcool ou des drogues en-

semble (Fals-Stewart et al., 1999). On trouve cette même relation négative entre le pourcentage de jours d'abstinence et la stabilité maritale, telle que mesurée par le nombre de jours où le couple est séparé dans l'année suivant la demande de service dans un centre de traitement de la toxicomanie (Fals-Stewart et al., 1999). Pour ces couples concordants, l'interruption de la consommation résulterait en un conflit de rôles menant à des conflits interpersonnels et/ou à la séparation étant donné que la fonction du couple s'articulant autour de la recherche et de la consommation de drogues ne serait plus présente (Fals-Stewart et al., 1999). Certains auteurs soulignent que ces couples tendent à être enchevêtrés et à éviter les conflits ; la drogue leur permettant de tolérer les conflits et de permettre l'intimité (Winn, 1995).

Dans l'étude d'Epstein et de ses collègues (1997) auprès de 98 couples en thérapie conjugale pour l'alcoolisme du mari, ce n'est pas le fait de consommer à l'extérieur de la maison ou de façon épisodique qui influe sur la satisfaction conjugale, mais plutôt le moment où survient l'alcoolisme. Ainsi, les couples dont l'alcoolisme est survenu avant l'âge de 26 ans étaient plus satisfaits que ceux pour qui l'alcoolisme était survenu plus tardivement, en dépit du fait que les conjoints alcooliques, depuis un moment plus précoce, consommaient davantage d'alcool (Epstein et al., 1997). Il est plausible que ces femmes aient rencontré leur conjoint à un moment où la consommation d'alcool abusive était déjà installée et que celles-ci ont dès lors écarté ou minimisé ces effets (Epstein et al., 1997). On peut également

penser que les théories systémiques attribuant une fonction adaptative à la consommation d'alcool dans le couple soient davantage pertinentes dans les cas où les partenaires amoureux se rencontrent alors que l'alcoolisme est déjà installé.

En somme, bien que certaines variables modératrices puissent venir complexifier la relation entre toxicomanie et la satisfaction conjugale, de façon générale, les études permettent de documenter de façon plutôt robuste que les épouses de conjoints alcooliques sont moins satisfaites de leur relation conjugale que celles dont leur conjoint ne l'est pas. En outre, une consommation élevée ou abusive d'alcool est généralement associée à une baisse de la satisfaction conjugale de la conjointe (Marshal, 2003). Notons finalement que pour mieux comprendre la relation entre la satisfaction conjugale et la toxicomanie, d'autres études sont requises auprès notamment des couples dont le conjoint abuse de drogues et auprès de ceux dont c'est la femme qui présente une consommation problématique de substances.

## **2. COMMUNICATION ET TOXICOMANIE : DESCRIPTION ET INTERACTIONS**

La communication est un autre aspect de la relation conjugale auquel se sont attachés les chercheurs intéressés à l'association entre la relation de couple et la toxicomanie. Notons que les études en ce domaine portent largement sur des échantillons cliniques de couples dont l'un des conjoints est alcoolique (par opposi-

# Chapitre I : Relation conjugale et toxicomanie

tion à des couples où les deux membres abusent d'alcool). De plus, c'est principalement la question de l'effet de l'alcool sur les interactions maritales qui est étudié, peu de données existant sur l'effet des drogues. La communication dans le couple est typiquement mesurée par un système de codification d'extraits vidéo, tel le *Marital Interaction Coding System* (MICS) (Heyman, Weiss, & Eddy, 1995 ; Weiss & Heyman, 1997). Cet instrument a permis d'établir que, de façon générale, les couples qui vivent davantage de difficultés maritales, lorsque comparés aux couples satisfaits de leur union, se caractérisent par : 1) un niveau élevé de comportements négatifs (critique, hostilité, se plaindre, utiliser des excuses, le retrait, etc.) ; 2) un plus faible niveau de comportements positifs (empathie, sourire, humour, approbation, etc.) ; 3) une plus faible utilisation de comportements liés à la résolution de problème (décrire le problème, fournir des solutions) (pour une revue, voir Weiss & Heyman, 1997).

La très grande majorité des études portant sur la communication dans le couple dont l'un des conjoints est alcoolique révèlent que ceux-ci sont caractérisés par davantage de comportements négatifs et moins de comportements positifs que les couples non-alcooliques, leur type de communication se rapprochant de celui des couples en détresse sans conjoint alcoolique (Marshall, 2003).

D'autres études relèvent que les couples alcooliques manifestent davantage de comportements positifs (Frankenstein, Hay, & Nathan, 1985 ; Haber & Jacob, 1997) ou de stratégies de résolution de

problèmes (Leonard et al., 1998) lorsqu'ils sont observés alors qu'ils ont consommé de l'alcool. Cette observation doit cependant être nuancée par les résultats de diverses recherches documentant également que ces couples alcooliques, lors d'échanges en état d'intoxication, manifestent aussi davantage de comportements négatifs (Leonard et al., 1998). En outre, une autre étude montre que les maris alcooliques tendent à répondre de façon moins positive et plus négative aux efforts de résolution de problèmes de leur conjointe que les maris non-alcooliques (Jacob & Leonard, 1992). Enfin, une étude qualitative auprès de 126 femmes de maris alcooliques montre que ce qu'elles trouvent particulièrement difficile, c'est la tendance de leur mari d'éviter les conversations et d'être silencieux, alors que les femmes du groupe contrôle rapporte très peu ce type de difficulté (Wiseman, 1991).

Quand au lien entre la consommation de drogues et la communication dans le couple, seule l'étude de Fals-Stewart et de Birschler (1998) semble s'y être attardé. Cette étude compare 17 couples dont le mari abuse de drogues à 17 couples n'éprouvant pas de problèmes de drogues, mais ayant demandé de l'aide pour leurs difficultés conjugales. L'analyse de séquences vidéo a permis de montrer que les couples dont l'un des conjoints est toxicomane présentaient davantage de problèmes de communication et que la fréquence d'utilisation de stratégies de communication inadaptées diminuait en fonction du nombre de jours d'abstinence durant l'année précédant l'admission en traitement pour la toxicomanie (Fals-Stewart & Birchler, 1998).

# Chapitre I : Relation conjugale et toxicomanie

En somme, il apparaît clairement que les couples, dont le mari est alcoolique, éprouvent davantage de difficultés au plan de la communication que les couples non-alcooliques, ce qui semble aussi être le cas lorsque le mari abuse de drogues. Toutefois, ces études, par ailleurs peu nombreuses, ne permettent pas de tirer de conclusions fermes quant au lien de causalité entre la toxicomanie et les difficultés de communication dans le couple. Tout de même, on peut émettre l'hypothèse que la consommation d'alcool et de drogues peut avoir des répercussions négatives sur la communication étant donné, d'une part, que l'effet psychoactif de la substance peut altérer les séquences interactionnelles et, d'autre part, que des conflits conjugaux peuvent découler des frustrations engendrées par les conséquences de l'abus d'alcool ou de drogues de l'un des conjoints. Par ailleurs, il est possible que la substance puisse jouer un rôle dans la régulation de l'intimité, soit en favorisant la fuite et l'évitement de la communication pour certains ou encore en permettant aux conjoints, particulièrement ceux qui consomment ensemble, d'interagir tout en masquant certaines difficultés par la consommation de SPA.

### 3. VIOLENCE CONJUGALE ET TOXICOMANIE : DESCRIPTION ET INTERACTIONS

La violence conjugale en lien avec la toxicomanie est une problématique très étudiée qui a déjà fait l'objet de plusieurs revues de littérature (Brown, Caplan, Werk, Seraganian, & Singh, 1999 ; Leonard et al., 1998). Brown et ses collègues (1999) décrivent cinq modèles théoriques

portant sur l'association entre la violence conjugale et la toxicomanie : la perspective féministe, la désinhibition, le traitement de l'information sociale, l'association fautive et l'intégration.

Tous ces modèles adoptent différentes positions quant à la nature de cette association : 1) la violence conjugale n'est pas associée à la toxicomanie, cette association étant plutôt utilisée pour excuser le geste de l'agresseur et le « déresponsabiliser » (perspective féministe) ; 2) la toxicomanie cause ou amplifie les comportements violents à cause des effets pharmacologiques de la substance (désinhibition) ; 3) la toxicomanie augmente le risque de recourir à la violence conjugale étant donné l'impact de l'alcool sur les facultés cognitives (traitement de l'information sociale) ; 4) la violence conjugale et la toxicomanie ne sont pas directement reliées, leur association étant plutôt le fait de variables confondantes, ces deux problématiques représentant des indicateurs de la présence de différentes difficultés comme le trouble de personnalité antisociale (association fautive) ; 5) la toxicomanie n'est pas nécessaire ni suffisante pour expliquer les causes de la violence conjugale qui sont multiples (intégration) (Brown et al., 1999).

Le lien entre la violence conjugale et la toxicomanie est complexe. D'une part, il est clairement établi que les couples dont le conjoint est alcoolique rapportent davantage de violence par rapport à des normes nationales ou en comparant avec un groupe contrôle (Marshall, 2003). Par exemple, dans l'étude de O'Farrell & Murphy (1995) auprès de 88 hommes al-

## Chapitre I : Relation conjugale et toxicomanie

cooliques et de leur conjointe débutant un programme de traitement conjugal, 43,2 % des conjoints alcooliques et 52,3 % de leur épouse rapportent des comportements de violence du conjoint dans l'année précédant le traitement, alors que cette prévalence chute à 6,8 % et 12,5 % auprès d'un échantillon de la population générale apparié en terme de caractéristiques socio-démographiques. Aussi, la fréquence des comportements violents est quatre à six fois plus élevée chez les couples confrontés à l'alcoolisme que chez le groupe de comparaison (O'Farrell & Murphy, 1995b).

De plus, la sévérité des problèmes d'alcool a également été associée à la violence conjugale (Murphy, O'Farrell, Fals-Stewart, & Feehan, 2001). Une étude prospective auprès de 541 couples montre d'ailleurs que la sévérité de la consommation d'alcool du mari prédit l'occurrence de violence conjugale un an plus tard (Leonard & Senchak, 1996). De plus, Roizen (1993), à partir d'une revue exhaustive de la littérature, estime qu'au moment d'un épisode de violence conjugale, l'homme violent avait bu de l'alcool dans 45 % des cas alors que la femme en avait bu dans 20 % des cas (Roizen, 1993). Des études épidémiologiques établissent clairement que les problèmes d'alcool constituent un facteur de risque de la violence conjugale (Coker, Smith, McKeown, & King, 2000 ; Cunradi, Caetano, & Schafer, 2002 ; Hotaling & Sugarman, 1986 ; Schafer, Caetano, & Cunradi, 2004). Aussi, les conséquences négatives de la consommation de drogues ont maintes fois été associées à la violence conjugale (Chermack,

Fuller, & Blow, 2000 ; Fagan & Brown, 1994 ; Hotaling et al., 1986).

Par ailleurs, quelques études suggèrent que des variables modératrices peuvent permettre de mieux comprendre cette relation entre violence conjugale et toxicomanie : 1) l'insatisfaction conjugale ; 2) les conflits conjugaux ; 3) les événements de vie négatifs ; 4) les affects négatifs ; 5) les traits de personnalité hostiles ; 6) les attitudes positives face à la violence (Marshall, 2003). En général, la violence conjugale est associée à l'abus d'alcool lorsque ces différentes variables sont présentes à des niveaux élevés, alors que ce lien disparaît ou est plus faible dans le cas inverse. Quant au lien entre l'intensité de la consommation d'alcool et de drogues et la violence conjugale, une relation curvilinéaire de type dose-effet semble se manifester (Brown et al., 1999 ; Marshall, 2003). Par exemple, certaines données de recherche démontrent que la violence conjugale diminue lorsque le conjoint violent boit de l'alcool de manière excessive (Coleman & Strauss, 1983). Ces résultats suggèrent que le mari serait en état d'ébriété trop avancé ou trop affecté par l'effet des drogues pour être capable de poser des gestes violents.

En somme, bien que la relation entre la violence conjugale et la toxicomanie soit bien établie, peu d'études permettent de bien saisir les mécanismes pouvant expliquer cette association. Ces études reposent largement sur des échantillons cliniques et peu de données existent sur les variables modératrices pouvant permettre de mieux expliquer cette relation. On peut penser que certaines théories ex-

plicatives ayant été avancées s'appliquent davantage à certaines personnes qu'à d'autres, les conjoints violents constituant une population hétérogène. D'autre part, alors que la consommation d'alcool et de drogues illicites a maintes fois été associée à un risque de victimisation accrue chez les femmes (El Bassel et al., 2003 ; Kantor & Straus, 1989), il existe moins de documentation sur la violence perpétrée par les femmes (Brown et al., 1999).

#### **4. SEXUALITE ET TOXICOMANIE : DESCRIPTION ET INTERACTIONS**

La sexualité constitue une autre composante de la relation conjugale susceptible d'être influencée par la consommation d'alcool et de drogues illicites. Plus de vingt études provenant de dix pays différents permettent d'affirmer qu'une forte proportion des hommes alcooliques en traitement souffrent d'une dysfonction sexuelle (O'Farrell, Kleinke, & Cutter, 1997). En effet, près de 60 % de ceux-ci rapportent au moins une forme de dysfonction sexuelle ; le trouble du désir et les troubles érectiles constituant les difficultés les plus rapportées, avec une prévalence de 40 % en moyenne pour chacune (O'Farrell et al., 1997). Aussi, une revue des études transversales comparant des hommes non-alcooliques à des hommes alcooliques constate que ces derniers présentent davantage de dysfonctions sexuelles et d'insatisfaction au plan de leur vie sexuelle (O'Farrell, Choquette, Cutter, & Birchler, 1997). L'étude de O'Farrell, Kleinke & Cutter (1998) auprès de 36 hommes alcooliques montrent que la prévalence des difficultés érectiles sérieuses est plus de trois fois supérieure chez ceux-

ci que chez des hommes non-alcooliques similaires au plan des caractéristiques socio-démographiques (55 % vs 15 %). Par ailleurs, même si cette prévalence de dysfonction érectile diminue chez ces hommes alcooliques suite à une thérapie de couple, trois à quatre mois plus tard, cette prévalence demeure très élevée (36,4 %) et seule la satisfaction sexuelle du mari s'améliore, mais de façon modeste (O'Farrell, Kleinke, & Cutter, 1998).

Ces résultats suggèrent une explication biopsychosociale des difficultés sexuelles chez ces couples, les effets aigus et chroniques de l'alcool ainsi que les conflits conjugaux y contribuant (O'Farrell et al., 1998). Ainsi, la consommation d'une grande quantité d'alcool, étant donné les propriétés pharmacologiques de cette substance, réduit le désir sexuel, la capacité à avoir une érection et à éjaculer (Peugh & Belenko, 2001). Par ailleurs, il n'est pas clairement établi si la chronicité de l'alcoolisme cause des dysfonctions sexuelles à long terme (Peugh et al., 2001). Les quelques études montrant le maintien de difficultés sexuelles chez des personnes alcooliques abstinentes ne permettent pas de déterminer si ce sont les facteurs physiologiques ou psychologiques qui en sont responsables (Peugh et al., 2001). Par ailleurs, une étude, comparant 20 hommes alcooliques abstinents depuis 2 à 36 mois à 20 hommes non-alcooliques au plan de diverses dimensions de la vie sexuelle, ne trouve aucune différence entre ces deux groupes, même si la satisfaction conjugale des conjointes des hommes alcooliques est moindre (Schiavi, Stimmel, Mandeli, & White, 1995). Ainsi, des tests de laboratoire ont permis d'établir que les hommes

alcooliques avaient une capacité physiologique d'obtenir une érection nocturne égale à celle du groupe de comparaison et ne rapportaient pas davantage de problèmes sexuels (Schiavi et al., 1995). Ces résultats suggèrent que les facteurs psychologiques et interpersonnels pourraient être davantage significatifs que les facteurs physiologiques pour expliquer les effets à long terme de l'alcoolisme sur la sexualité des personnes abstinentes.

Peu de données sont disponibles concernant la sexualité des femmes alcooliques ou toxicomanes. Une revue de littérature récente relève une seule étude comparant le fonctionnement sexuel de femmes alcooliques à celui de femmes non-alcooliques (Peugh et al., 2001). Cette étude révèle que les femmes alcooliques en traitement rapportent davantage de dysfonctions sexuelles que celles du groupe de comparaison : anorgasmie (64 % versus 27 %), manque de lubrification (46 % versus 24 %) et douleurs lors de la pénétration (24 % versus 9 %). Par ailleurs, une étude longitudinale auprès des femmes de la population générale montre que la présence d'une dysfonction sexuelle permet de prédire le développement et la chronicité des problèmes liés à l'alcool, ainsi que les symptômes de dépendance à cette substance (Wilsnack & Wilsnack, 1995). De plus, dans cette même étude, les femmes mariées et ayant une consommation problématique sont plus susceptibles, cinq années plus tard, de manifester moins de symptômes de dépendance à l'alcool lorsqu'elles se sont séparées. Cette tendance est encore plus forte pour les mariages caractérisés par un partenaire consommant fréquemment de

l'alcool et/ou par des dysfonctions sexuelles chez la femme. Ces résultats appuient l'hypothèse selon laquelle les femmes pourraient auto-médicamenter leurs problèmes sexuels en ayant recours à l'alcool.

Pour ce qui est de l'effet des drogues illicites sur la sexualité, peu de données sont disponibles et les résultats sont souvent contradictoires en plus de porter sur des échantillons à partir desquels on ne peut généraliser (Peugh et al., 2001). Une étude italienne récente portant sur 130 hommes toxicomanes en traitement, abusant principalement d'héroïne, montre qu'une plus grande proportion de ceux-ci rapportent vivre des dysfonctions érectiles et des problèmes d'éjaculation précoce en comparaison d'un groupe contrôle constitué d'homme non toxicomanes (La Pera, Giannotti, Taggi, & Macchia, 2003). Selon le rapport subjectif des participants qui se prononcent rétrospectivement sur le début de leurs difficultés sexuelles, 37,5 % d'entre eux souffraient d'éjaculation précoce avant leur initiation aux drogues, ce qui suggère, selon les auteurs, la possibilité que les problèmes sexuels puissent être un facteur de risque de la toxicomanie chez les hommes (La Pera et al., 2003). Par ailleurs, cette étude ne permet pas de conclure sur la pertinence de cette hypothèse. D'autres études portant sur l'effet de la toxicomanie sur les dysfonctions sexuelles et sur la satisfaction sexuelle chez la personne qui abuse de drogues et sur le ou la conjoint(e) doivent être effectuées pour mieux comprendre ce phénomène.

## 5. SYNTHÈSE ET IMPLICATIONS CLINIQUES

La relation conjugale et la toxicomanie sont des variables interreliées d'une manière complexe et les mécanismes pouvant permettre d'expliquer cette association ne sont pas encore bien connus. Néanmoins, certains consensus émergent, et ce, pour les diverses dimensions de la relation conjugale, soit la satisfaction conjugale, la communication, la violence conjugale et la sexualité. Globalement, peu importe la dimension du couple sous étude, lorsqu'un conjoint dans un couple éprouve des problèmes d'alcool et/ou de drogues, le couple vit des difficultés importantes :

### 5.1 AU PLAN DE LA SATISFACTION CONJUGALE

Les couples dont l'un des conjoints est alcoolique ou toxicomane sont moins satisfaits que les couples de la population générale, et leur insatisfaction tend à s'accroître en fonction de l'intensité de la consommation de substances et des problèmes qui y sont reliés. Le mode de consommation et le fait que les conjoints vivent tous les deux ou non des problèmes de consommation constituent des variables modératrices qui peuvent altérer le lien entre la toxicomanie et la satisfaction conjugale.

### 5.2 AU PLAN DE LA COMMUNICATION CONJUGALE

On peut conclure que les couples dont le mari est alcoolique éprouvent davantage de difficultés au plan de la communication que les couples non-alcooliques, ce qui

semble aussi être le cas lorsque le mari abuse de drogues. Ces couples utilisent davantage de comportements négatifs (critique, hostilité, se plaindre, utiliser des excuses, le retrait, etc.) et moins de comportements positifs (empathie, sourire, humour, approbation, etc.).

### 5.3 AU PLAN DE LA VIOLENCE CONJUGALE

La relation entre violence conjugale et toxicomanie est bien établie : des études prospectives montrent que l'abus d'alcool et de drogues peut prédire le recours à la violence. La sévérité des problèmes de consommation est reliée à la violence conjugale. La fréquence des comportements violents est de quatre à six fois plus élevée chez les couples confrontés à l'alcoolisme que chez des couples appariés similaires qui ne vivent pas un tel problème. Finalement, une forte proportion des épisodes de violence se déroulent alors que le conjoint violent est sous l'effet de substances. Par ailleurs, on ne peut conclure à une simple relation de cause à effet et les mécanismes pouvant expliquer la relation entre la toxicomanie et la violence conjugale sont encore méconnus.

### 5.4 AU PLAN DE LA SEXUALITÉ

Il est clairement établi que les couples dont l'un des partenaires est alcoolique ou toxicomane sont confrontés à des difficultés sexuelles importantes, tant en ce qui concerne les dysfonctions sexuelles que la satisfaction face à leur vie sexuelle. Il est bien établi que l'alcool et certaines drogues ont des effets délétères sur la sexualité, les effets aigus (sous intoxication) étant

davantage documentés que les effets chroniques, une fois que la substance n'est plus consommée. La consommation d'alcool et de drogues peut constituer une stratégie pour faire face à des difficultés sexuelles ; cette théorie de l'automédication ayant quelques appuis empiriques auprès de groupes particuliers de femmes.

## 5.5 AU PLAN CLINIQUE

Ces résultats mettent en lumière l'importance de tenir compte des conjoint(e)s des personnes alcooliques et toxicomanes qui se présentent en traitement. D'une part, une grande proportion des personnes qui vivent des problèmes d'alcool et de drogues vivent également des difficultés conjugales importantes. Il est primordial d'en tenir compte dans l'établissement des cibles d'intervention, tant pour favoriser une qualité de vie chez ces personnes et leur conjoint(e) que pour faciliter leur processus de réadaptation. Plus spécifiquement, l'intervenant en toxicomanie devrait pouvoir développer ses compétences à évaluer les interactions en-

tre les problèmes d'alcool et de drogues de ses clients et les différentes dimensions de leur vie conjugale, soit la satisfaction conjugale, la communication, la violence conjugale et la sexualité. Il devrait également être à l'affût de la possibilité que le ou la conjoint(e) de son client puisse également vivre des problèmes d'alcool et de drogues. Oublier de considérer cette possibilité pourrait mener à miner les efforts d'intervention déployés. En outre, il est important que les intervenants en toxicomanie développent des habiletés à intervenir auprès du sous-système conjugal, en vue d'optimiser l'efficacité de ses interventions auprès de la clientèle toxicomane. Enfin, tout thérapeute conjugal et familial devrait développer des compétences à dépister les problèmes de consommation d'alcool et de drogues auprès de leur clientèle davantage à risque sur ce plan. D'ailleurs, le *National Institute on Alcohol and Alcoholism* (NIAAA) a créé un guide d'intervention à leur intention afin de les aider à mieux dépister et évaluer les problèmes d'alcool ainsi qu'à mieux intervenir auprès de ces couples (Roberts & McCrady, 2003).

### Chapitre II : Famille et toxicomanie de l'adolescent

Le présent chapitre s'attarde à la famille de l'adolescent utilisateur abusif de substances psychoactives : comment les variables familiales peuvent augmenter le risque que le jeune développe des problèmes de consommation ? Comment cette famille peut également jouer un rôle protecteur pour préserver l'adolescent contre le risque que constitue la toxicomanie ? Comment l'abus de substances chez l'adolescent peut affecter sa famille ?

#### 1. LA VIE FAMILIALE, FACTEUR DE RISQUE

Le traitement des adolescents qui abusent de substances constitue un défi clinique particulier qui ne saurait être relevé sans une compréhension approfondie de l'influence de la famille sur le développement de la trajectoire de toxicomanie. En effet, la famille représente l'un des agents de socialisation les plus importants dans la vie du jeune (Crespi & Sabatelli, 1997). Elle joue un si grand rôle dans le développement de la personne qu'il semble que la consommation de cannabis des jeunes puisse être expliquée, dans une proportion de 25 % à 44 %, par des facteurs liés à la famille (Hopfer, Stallings, Hewitt, & Crowley, 2003). Même si certaines études révèlent un effet prépondérant de l'influence des pairs sur la consommation de substances psychoactives des jeunes (Beal, Ausiello, & Perrin, 2001 ; Friedman & Glassman, 2000), il faut noter évidemment que le degré d'influence des parents varie en fonction de l'âge de l'adolescent (Allen, Donohue, Griffin, Ryan, & Turner, 2003). De plus,

le rôle des parents semble devoir être conceptualisé à titre de variable modératrice. En effet, les pratiques parentales (supervision, encouragements, processus décisionnel démocratique) (Brown, Mounts, Lamborn, & Steinberg, 1993) et la qualité de la relation des parents (Ary, Duncan, Duncan, & Hops, 1999b) prédisent l'association de l'adolescent à des pairs déviants qui, à son tour, prédit le recours abusif aux SPA. Ces observations invitent donc à réfléchir avec nuance au rôle de la relation parent-adolescent dans le développement de l'abus de substances chez les jeunes.

Les principaux facteurs de risque familiaux associés à l'abus de substance abordé seront : a) la consommation d'alcool et de drogues des parents et de la fratrie ; b) les attitudes et les normes parentales favorisant la consommation de substances ; c) les habiletés parentales déficientes ; d) la qualité de la relation entre le parent et l'adolescent ; e) un climat familial conflictuel et f) la maltraitance et la négligence parentale.

Bien sûr, d'autres facteurs environnementaux sont susceptibles d'influencer le risque de développer une toxicomanie comme la disponibilité de l'alcool et des drogues dans l'environnement social (Bjarnason et al., 2003 ; Kodjo & Klein, 2002), les communautés caractérisées par une forte population et une faible cohésion (Winters, 1999) et les différentes caractéristiques individuelles (Carey & Correia, 1997 ; Perkins, 1999 ; Walters,

2001). Ces facteurs ne seront pas abordés dans la recension actuelle.

### **1.1 LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES DES PARENTS ET DE LA FRATRIE**

Plusieurs revues de littérature en arrivent à la conclusion que la consommation d'alcool et de drogues des parents est reliée au risque accru, chez l'adolescent, de développer des problèmes d'abus de SPA (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992 ; Johnson & Leff, 1999). En effet, peu importe les indicateurs utilisés pour mesurer la consommation de SPA dans la famille, les résultats convergent. Ainsi, il est établi que l'alcoolisme parental (Cotton, 1979 ; Schuckit, 1987), ainsi que la présence chez un parent de l'un ou l'autre des troubles liés aux substances psychoactives (Hoffmann & Cerbone, 2002) est associé à l'abus de SPA chez l'adolescent. Il semble même y avoir une relation assez bien établie entre le niveau de consommation d'alcool des parents et celui de leurs adolescents (Cleveland & Wiebe, 2003). À l'inverse, des données nous incitent à croire que la consommation des amis n'est pas reliée à celles des adolescents lorsque les parents de ces derniers ne consomment pas (Kilpatrick et al., 2000 ; Li, Pentz, & Chou, 2002).

Divers mécanismes biopsychosociaux peuvent expliquer comment l'alcoolisme parental peut mettre à risque un enfant de vivre des problèmes d'abus de SPA à l'âge adulte (pour une revue, voir Vitaro & coll., 2004). Vitaro et ses collaborateurs (2004) notent que plusieurs de ces facteurs de risque sont associés les uns aux

autres et que l'effet de l'alcoolisme parental sur l'inadaptation des enfants peut s'expliquer en partie étant donnée son association avec : 1) les psychopathologies diverses chez le parent alcoolique et le conjoint qui présente souvent des psychopathologies (principe d'appariement) ; 2) la désorganisation et la violence familiale ; 3) le climat familial tendu, conflictuel et imprévisible ; 4) l'isolement social et le faible niveau socio-économique ; 5) la négligence et les abus physiques des parents (Vitaro, Assaad, & Carbonneau, 2004). Ce modèle explicatif n'exclut pas l'influence spécifique de l'alcoolisme parental sur la transmission intergénérationnelle de l'alcoolisme par le modèle de l'apprentissage social (Bandura, 1977 ; Beman, 1995 ; Vitaro et al., 2004).

### **1.2 LES ATTITUDES ET NORMES PARENTALES FAVORISANT LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES**

Outre la consommation d'alcool et de drogues chez les parents, il semble que leur attitude favorable au sujet de la consommation de substances constitue en tant que tel un facteur de risque en regard de la consommation problématique de substances chez les adolescents (Hawkins et al., 1992 ; Murray & Perry, 1985). Ainsi, une enquête auprès de 82 918 adolescents montre que la perception des jeunes quant à la présence de sanctions de la part des parents face à la consommation, est inversement liée à consommation de drogues chez ceux-ci (Kelly, Comello, & Hunn, 2002). La même relation s'observe pour la consommation d'alcool (Dielman, Butchart, Shope, & Miller, 1990) ou de can-

nabis (Olsson et al., 2003), les deux substances les plus consommées par les jeunes Québécois (Guyon & Desjardins, 2002). D'autres résultats suggèrent que cette variable est plus importante que la structure familiale ou les conflits familiaux (Abde-rahman, Rodriguez, Ryan, French, & Weinbaum, 1998).

### 1.3 HABILITES PARENTALES DEFICIENTES

Outre les dimensions entourant la consommation de psychotropes à proprement dit, plusieurs variables liées au milieu familial ont été associées au risque, pour le jeune, de développer des problèmes d'alcool et de drogues. De façon générale, le risque d'abus de substances apparaît lorsque les pratiques parentales sont caractérisées par des attentes floues au plan du comportement, une faible supervision parentale, un style parental trop permissif ou trop autoritaire (Hawkins et al., 1992). Il semble que la capacité de formuler des demandes claires en regard de divers comportements responsables prédisait une plus faible consommation de cannabis alors que le recours à la culpabilité comme stratégie de contrôle était associé à une plus grande consommation de cette drogue (Brook et al., 2002 ; Brook, Brook, Gordon, Whiteman, & Cohen, 1990). La difficulté des parents à assurer une supervision adéquate de leur enfant est associée à un ensemble de conditions familiales qui constituent également des facteurs de risque, soit un niveau élevé de conflit familial, une faible implication des parents dans la relation avec leur enfant, ainsi qu'un niveau élevé d'implication de l'adolescent avec des pairs déviants (Ary et al., 1999b).

### 1.4 LA QUALITÉ DE LA RELATION ENTRE LE PARENT ET L'ADOLESCENT

De façon générale, il est établi qu'une relation parent-enfant caractérisée par une froideur, une faible implication du parent dans les activités de son enfant et un lien d'attachement déficient prédit la consommation problématique d'alcool et de drogues chez ce dernier (Hawkins et al., 1992). Des études auprès d'adolescents de la communauté montrent qu'une relation mère-adolescent caractérisée par un attachement mutuel (Brook, Nomura, & Cohen, 1989b) et un soutien parental (Brook et al., 1989b ; Wills, Vaccaro, & McNamara, 1992) est associée négativement à la consommation de substances (plus il y a attachement mutuel et soutien parental, moins il est probable que l'adolescent consomme des drogues).

La qualité de la relation parent-adolescent est si cruciale qu'elle peut influencer le moment de déclenchement de la puberté, sans toutefois que nous puissions en expliquer les mécanismes (Steinberg, 2001). On note, de fait, une maturation biologique plus précoce et plus rapide chez les adolescents grandissant au sein d'un climat familial caractérisé par plus de froideur et plus de conflits (Graber, Brooks-Gunn, & Warren, 1995). Les adolescentes issues de familles où le père est absent présentent cette même précocité dans leur développement (Surbey, 1990). Cette maturation précoce est associée, tant chez les garçons que chez les filles, à une plus grande popularité, mais aussi, à un risque plus élevé d'apparition de problèmes émotionnels, de difficultés scolaires, de comportements délinquants, de consom-

mation de drogues, de relations sexuelles plus précoces (Steinberg & Morris, 2001). Ces comportements pourraient cependant être expliqués par une variable modératrice, soit l'association avec des pairs plus âgés (Silbereisen, Petersen, Albrecht, & Kracke, 1989). Chez les filles, certaines études tendent à démontrer que l'apparition de problèmes associés à une maturation précoce ne serait présente que chez celles ayant une histoire préalable de difficultés diverses (Steinberg et al., 2001).

À l'inverse, les conflits dans la famille sont reliés à la fois à la délinquance et à la consommation de drogues illicites (Hawkins et al., 1992). Les familles aux prises avec un niveau élevé de conflits sont aussi celles qui sont caractérisées par un faible niveau d'implication des parents dans la vie de leur enfant et par une affiliation de l'adolescent à des pairs délinquants (Ary et al., 1999a ; Ary et al., 1999b). Des études dressant le profil d'adolescents en traitement pour abus de substances montrent que ceux-ci vivent de graves problèmes familiaux et ce, davantage chez les filles que chez les garçons (Dakof, 2000).

### 1.5 LA MALTRAITANCE ET LA NÉGLIGENCE

Les abus sexuel et physique dans l'enfance (fréquemment perpétré par un membre de la famille) ont maintes fois été associés à des problèmes d'alcool et à la consommation de drogues illicites lors de l'adolescence (Clark, De Bellis, Lynch, Cornelius, & Martin, 2003 ; Collins, Grelle, & Hser, 2003 ; Dembo et al., 2000 ; Grelle & Joshi, 2003 ; Langeland & Hartgers, 1998 ; Neumark & Anthony, 1997 ; Simantov, Schoen, & Klein, 2000).

L'enquête longitudinale de Kilpatrick et de ses collègues (2000) confirme que ces deux types de maltraitance constituent des facteurs de risque importants en regard de l'abus de substances. Ils mettent également en relief le fait que d'être témoin de violence constitue en soi un facteur de risque qui s'ajoute aux autres expériences de victimisation encore plus importantes (Kilpatrick et al., 2000).

Traditionnellement moins étudiée que les abus physiques et sexuels, il est maintenant établi que la négligence parentale dans l'enfance est également associée à un plus grand risque de toxicomanie à l'adolescence et à l'âge adulte (Dunn et al., 2002) ; un risque trois fois plus élevé que dans la population générale (40 % versus 13,8 %) (Widom, Ireland, & Glynn, 1995). Cette association est présente, même en contrôlant la variable d'alcoolisme parental (Dunn et al., 2002). Par ailleurs, le manque de consensus sur la définition opérationnelle de la négligence et le manque d'études longitudinales rendent difficile la compréhension des mécanismes qui relient la négligence dans l'enfance et le développement de problèmes de consommation lors de l'adolescence.

### 2. LA VIE FAMILIALE, FACTEUR DE PROTECTION

Les facteurs de protection sont des caractéristiques individuelles et environnementales qui modifient, améliorent ou altèrent la réponse d'un individu à une menace environnementale (Rutter, 1987). Ils modulent l'impact du stress et la qualité d'adaptation, mais n'ont pas nécessairement d'effet en l'absence d'un événement

stressant (Garnezy, Masten, & Tellegen, 1984 ; Rutter, 1987). C'est ce que certains auteurs appellent l'effet tampon. L'étude des facteurs de protection familiaux de la toxicomanie s'avère particulièrement importante puisqu'elle peut permettre d'identifier des pistes d'intervention sur la façon d'impliquer la famille dans la réadaptation de l'adolescent qui abuse d'alcool ou de drogues. Par ailleurs, ce domaine de recherche plus récent est encore peu développé (Hawkins et al., 1992). Tout de même, la majorité des facteurs de protection, en regard de l'abus de substance chez l'adolescent, sont reliés à la famille (Kumpfer & Alvarado, 2003).

Ainsi, le soutien familial, en plus d'être inversement relié aux problèmes de substances chez l'adolescent (Simantov et al., 2000), module l'effet d'autres facteurs de risque (Wills & Cleary, 1996 ; Wills et al., 1992). Une étude auprès de 1 289 adolescents montre que le soutien émotif et instrumental des parents, en plus d'avoir un lien direct avec une plus faible consommation de substances pour l'ensemble des participants, produit un effet tampon en regard du risque que représente les événements de vie négatifs (Wills et al., 1992). L'effet protecteur du soutien s'explique par la réduction des impacts des événements de vie négatifs, mais aussi par la réduction des effets de l'affiliation à des pairs déviants et des attitudes déviantes (Wills et al., 1996). Le soutien parental favorise également l'effet protecteur d'autres variables. Ainsi, on note que le recours à des stratégies d'adaptation comportementales (i.e. faire quelque chose pour régler un problème) semble avoir un meilleur effet protecteur chez les adoles-

cents rapportant un niveau élevé de soutien parental que pour les autres (Wills et al., 1996). De la même façon, l'effet protecteur lié au fait de présenter des compétences scolaires était plus important chez les adolescents qui rapportaient un niveau élevé de soutien (Wills et al., 1996). Aussi, une étude longitudinale auprès de 638 participants montre que l'attachement mutuel entre l'adolescent et sa mère réduit le risque que celui-ci consomme de la drogue à l'adolescence (Brook et al., 1989b ; Brook, Whiteman, Finch, & Cohen, 2000). Cet attachement mutuel diminue les impacts de divers facteurs de risque (Brook et al., 1989b ; Brook et al., 2000).

La cohésion familiale constitue également un facteur de protection de la toxicomanie. En effet, dans une étude longitudinale d'une durée de sept ans, la présence d'un trouble lié aux substances chez un parent était associée à un plus grand risque pour l'adolescent de consommer de la drogue, ce risque étant par ailleurs atténué par une forte cohésion familiale (Hoffmann et al., 2002). D'autres études sont nécessaires dans ce nouveau domaine de recherche afin de mieux saisir les différents aspects familiaux pouvant être protecteurs face à différents facteurs de risque spécifiques.

### **3. LA TOXICOMANIE, FACTEUR DE RISQUE POUR LA QUALITE DE LA VIE FAMILIALE**

Les conséquences de l'abus de substances de l'adolescent sur sa famille sont méconnues. Les études prospectives se sont davantage attardées sur les facteurs de risque familiaux de l'abus de substances à l'adolescence plutôt que de considérer la

toxicomanie comme étant un facteur de risque pour la qualité de la vie familiale (Brook, Gordon, Brook, & Brook, 1989a). Les études transversales établissant un lien entre le milieu familial et la consommation chez l'adolescent ne permettent pas d'établir de lien de cause à effet, mais c'est en général l'abus de substances qui tend à être interprété comme une conséquence. Bien que l'existence de plusieurs facteurs de risque familiaux soit établie, il est plausible que les problèmes d'alcool et de drogues de l'adolescent puissent constituer également un risque pour la qualité de la vie familiale. Ainsi, à chaque année, plusieurs parents inquiets de la consommation de leur adolescent et vivant un niveau élevé de détresse demandent de l'aide dans des centres de réadaptation de la toxicomanie. Ils formulent le besoin de recevoir du soutien (Bertrand, Ménard, & Plourde, 2004). En ce sens, Brook et son équipe (1989a) ont émis l'hypothèse que la consommation régulière de cannabis de l'adolescent est associée à une diminution de l'attachement mutuel entre lui et son parent, ainsi qu'à une augmentation des comportements de rejet de la part du parent. Par ailleurs, la méthodologie de leur étude ne permet pas de confirmer ni d'infirmer leur hypothèse (Brook et al., 1989a). Une étude qualitative, réalisée en France auprès de 200 adolescents, révèle que 29 % des consommateurs de cannabis et 20 % des non-consommateurs considèrent que le cannabis cause une détérioration des relations familiales (Chabrol, Roura, & Kallmeyer, 2004). Pour mieux comprendre les conséquences de la consommation de l'adolescent sur son milieu familial, il serait important que des

études longitudinales, qui prennent en compte ces hypothèses, soient réalisées.

### 4. CONCLUSION

La famille constitue l'un des principaux systèmes touchés par la consommation de SPA de l'un de ses membres, que ce soit un adolescent ou un adulte. Ainsi, en regard des problèmes d'alcool et de drogues lors de l'adolescence, les facteurs de risque et de protection liés à la famille sont nombreux.

#### 4.1 LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE FAMILIAUX

Les principaux facteurs de risque familiaux ayant été identifiés dans la littérature sont les suivants : 1) la consommation d'alcool et de drogues des parents et de la fratrie ; 2) les attitudes et normes parentales favorisant la consommation de substances ; 3) les habiletés parentales déficientes (faible supervision parentale, attentes floues, style parental trop permissif ou trop autoritaire) ; 4) des difficultés au plan de la qualité de la relation entre le parent et l'adolescent ; 5) un climat familial conflictuel et 6) la maltraitance et la négligence parentales.

#### 4.2 LES FACTEURS DE PROTECTION FAMILIAUX

Quant aux facteurs de protection familiaux, le soutien familial, l'attachement mutuel entre l'adolescent et son parent et la cohésion familiale constituent des variables qui réduisent la probabilité de développer des problèmes de consommation et ce, de façon plus marquée chez les adolescents qui présentent

un risque accru étant donné qu'ils sont déjà confrontés à divers facteurs de risque, comme des événements de vie négatifs.

### **4.3 LES CONSÉQUENCES DE L'ABUS DE SPA DE L'ADOLESCENT SUR SA FAMILLE**

Les conséquences de l'abus de substances de l'adolescent sur sa famille sont méconnues. Tout de même, on peut penser que les problèmes d'alcool et de drogues de l'adolescent puissent constituer également un risque pour la qualité de la vie familiale. Ce champ de recherche en est à ses balbutiements.

---

**Deuxième section :**  
**Traitement de la toxicomanie**  
**par des approches qui impliquent**  
**les membres de l'entourage**

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

### Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes (CRPAT) sont quotidiennement con-frontés à des appels de membres de l'entourage impliqués dans une situation relationnelle complexe avec une personne alcoolique ou toxicomane (PAT) non motivée à modifier ses comportements problématiques.

Plusieurs interventions ayant pour cible les membres de l'entourage de PAT qui ne présentent aucune motivation à modifier leurs habitudes de consommation de substances psychoactives (SPA) existent. En fait, ces interventions visent deux objectifs. Le premier est d'influencer la PAT par le membre de l'entourage, afin que la PAT puisse réduire significativement sa consommation de SPA ou débiter une intervention. Le deuxième objectif vise à améliorer le bien-être général du membre de l'entourage. Certaines interventions ne visent que l'amélioration du bien-être du membre de l'entourage (Al-Anon), d'autres que l'entrée en psychothérapie de la PAT (e.g. *Johnson Institut*) et certaines les deux (e.g. *CRAFT*).

Les deux objectifs de ces différents modèles d'intervention s'appuient sur des constats. Le premier est que les membres de l'entourage de PAT sont particulièrement à risque de vivre de la détresse psychologique (Finney, Moos, Cronkite, & Gamble, 1983 ; O'Farrell & Birchler, 1987 ; O'Farrell et al., 1995b ; Paolino et al., 1977), ainsi que des taux

élevés de dépression (Jacob, Dunn, Leonard, & Davis, 1985 ; Moos, Finney, & Gamble, 1982 ; Steinglass, 1981) et de traumatisme général (Roberts & Brent, 1982). Les conjointes de PAT consulteraient plus fréquemment les médecins que la population en général (Svenson, Forster, Wookdead, & Platt, 1995). C'est pourquoi tenter de réduire ce niveau de détresse apparaît être un objectif clinique tout à fait pertinent.

Le second constat est que plusieurs données de recherche révèlent que les clients « poussés » à venir en thérapie sont aussi performants que ceux qui viennent volontairement (Freedberg & Johnston, 1980). Un troisième constat est que le premier objectif des membres de l'entourage, lorsqu'ils se présentent en thérapie, est d'augmenter leurs capacités à aider la PAT à modifier ses habitudes de consommation de SPA (Tremblay, Truchon, & Dupont, 2002). Il semble donc que d'implanter un thérapie qui vise à exercer une influence sur la PAT, par le membre de l'entourage, afin qu'il réduise sa consommation de SPA, soit tout à fait adéquat. Les études démontrent que cela fonctionne et que l'objectif visé est en accord avec ceux présentés par les membres de l'entourage recherchant de l'aide. Par contre, l'objectif rencontre un moins grand assentiment de la part des thérapeutes.

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

Les modèles décrits sont les mouvements d'entraide fondés sur les 12 étapes (Al-Anon, Alateen), « l'Intervention » du *Johnson Institute* (*Johnson Institute*, 1987), la « Thérapie familiale unilatérale » (Thomas & Ager, 1993b), le « *Pressure to Change* » (Barber & Crisp, 1995) et le « *Community Reinforcement Approach and Family Training* » (Smith & Meyers, 2004).

### 1. AL-ANON

Le mouvement Al-Anon et Alateen existent depuis 1951 (Al-Anon, 2004b). Ce mouvement d'entraide comporte 26 000 groupes répartis dans 115 pays (Al-Anon, 2004b) et son but principal est de venir en aide, avec un service non professionnel, aux membres de la famille de personnes alcooliques.

#### 1.1 PHILOSOPHIE

Dans le mouvement Al-Anon et Alateen, le membre de l'entourage d'une personne alcoolique ou toxicomane est invité à se rendre compte qu'il ne peut pas contrôler ou changer une autre personne et que les efforts pour changer la personne aimée ne peuvent que frustrer l'individu et même empirer la situation (Al-Anon, 2004a). C'est pourquoi le membre de l'entourage est invité à se détacher de l'alcoolique ou du toxicomane et à porter son énergie sur sa propre guérison.

Les stratégies de changement utilisées sont celles bien connues, soit les 12 étapes. La première revêt une importance particulière dans la façon dont on propose aux membres de l'entourage d'agir envers la personne alcoolique ou toxicomane.

« Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool, que notre vie était devenue incontrôlable » (Al-Anon, 1998).

Dans cet esprit, la personne participant aux groupes d'entraide de type Al-Anon ou Alateen est invitée à reconnaître :

« que nous n'avons pas causé la maladie de l'alcoolisme, que nous ne pouvons pas la contrôler, qu'il n'y a pas de cure pour l'alcoolisme, nous ne pouvons pas guérir l'alcoolique. Nous admettons que nous avons été affectés par cette maladie (...). Seuls, nous ne pouvons rien faire pour surmonter les conséquences de cette maladie. En fait, nos tentatives pour exercer un pouvoir sur l'alcool ont rendu notre vie incontrôlable. » p. 45 (Al-Anon, 1998).

#### 1.2 INTERVENTION

L'intervention dans Al-Anon et Alateen consiste en un groupe d'entraide (i.e., une réunion de personnes vivant une problématique similaire, sans l'aide de professionnels quelconques), se réunissant régulièrement. Au cours des rencontres, les individus peuvent, de façon tout à fait volontaire, parler de leurs problèmes. Personnes n'interviendra pour conseiller, dire quoi faire ou guider l'individu. Les membres du groupe écoutent tout simplement et supportent par leur présence et la chaleur de leur contact. Ce partage s'appuie sur le principe que l'expression de soi favorise le rétablissement et sur la normalisation produite par le fait d'entendre de nombreuses personnes parler d'expériences similaires. Une phrase typi-

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

que utilisée pour clore les réunions indique cet esprit : « Quels que soient vos problèmes, vous trouverez parmi nous des personnes qui en ont connu des semblables. » p. 35 (Al-Anon, 1998).

Le parrainage est un second outil offert par les groupes Al-Anon et Alateen. La marraine ou le parrain est un membre d'Al-Anon qui se rend disponible, en dehors des temps de réunion, pour un autre membre qui éprouve le besoin de se confier et de parler de lui-même. On incite le parrain ou la marraine à se garder de donner des conseils (Al-Anon, 1998).

Sur la base du principe que l'individu ne peut arriver seul à surmonter tous les changements qu'il doit opérer dans sa vie, les membres d'Al-Anon sont invités à entretenir le contact entre eux en dehors des réunions (en plus de la relation au parrain ou à la marraine). Le groupe tente de rendre l'entraide disponible à toute heure du jour se disant que « La solitude peut frapper à tout instant et les situations de crise ne respectent aucun horaire » p. 40 (Al-Anon, 1998). Les rencontres informelles sont encouragées.

Le groupe Al-Anon offre également un riche ensemble de documentation pour les membres sur des sujets clés tels que le détachement ou encore sur la relation conjugale suite à l'arrêt de consommation du partenaire ou sur les conséquences conjugales de la vie avec une personne alcoolique. D'autres textes abordent des sujets aussi divers que l'infidélité, la violence physique et verbale, l'abus sexuel, les problèmes monétaires, etc.

### 1.3 ÉTUDES D'EFFICACITÉ

Les études portant sur l'efficacité d'une implication au sein des groupes d'entraide de ce type mettent en évidence que les membres de l'entourage peuvent améliorer leur bien-être personnel. Cette observation ressort tant de résultats d'enquête auprès des membres d'Al-Anon (SIRR, 2004) que d'études de comparaison de l'efficacité d'interventions (Barber & Gilbertson, 1996). Il n'est toutefois pas certain que les membres de l'entourage de personnes abusant de drogues améliorent tout autant leur bien-être (Meyers, Miller, Smith, & Tonigan, 2002). Dans cette dernière étude, il faut noter que l'approche utilisée est le « Al-Anon ou le Nar-Anon Facilitation Therapy » qui est une thérapie visant à stimuler l'implication de l'individu dans les programmes en douze étapes pour les membres de la famille d'alcooliques ou de personnes abusant de drogues (Nowinski, 1999).

Par contre, on note qu'une faible proportion des conjoints alcooliques ou toxicomanes des participants à Al-Anon ou Nar-Anon débute une thérapie ou diminue leur consommation de substances psychoactives (SPA) (Barber et al., 1996 ; Meyers et al., 2002), ce qui est, pour ce dernier point, cohérent avec la philosophie du mouvement qui insiste sur le fait qu'on ne peut pas changer la PAT.

## 2. JOHNSON INSTITUTE INTERVENTION

Le « *Johnson Institute Intervention* », ou plus communément appelé « l'Intervention », a été développé par le Dr Vernon E. John-

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

son, fondateur du *Johnson Institute* créé en 1966 et situé à Minneapolis au Minnesota (Etats-Unis). Il faut situer cette époque durant laquelle était largement répandue l'idée qu'il n'y avait pas de possibilité de venir en aide à une personne alcoolique avant qu'elle n'ait « frappé le fond du baril » (*Johnson Institute*, 1987). Le docteur Johnson s'est insurgé contre cette philosophie perçue comme trop passive, argumentant qu'il était possible d'intervenir auprès des personnes alcooliques non volontaires, mais par le biais des individus qui lui sont chers. C'est alors qu'il a développé ce qui fut familièrement appelé par la suite « L'Intervention ».

L'intervention repose principalement sur l'implication des membres de l'entourage d'une PAT. Ceux-ci se réunissent, à l'insu de la PAT, afin de préparer une rencontre de confrontation avec elle. Les objectifs d'un tel programme sont doubles. On souhaite tout d'abord augmenter la probabilité que la PAT initie un changement (principalement débiter une thérapie), devienne et demeure abstinente (Liepman, 1993). On veut également favoriser le rétablissement de la famille. Les clients ciblés sont les PAT refusant de modifier leurs habitudes de consommation de SPA ou encore ayant débuté une thérapie, mais pour qui la motivation est nettement mitigée (Liepman, 1993). Le levier principal d'intervention est constitué des membres de la famille et de personnes significatives pour la PAT. On tente d'éviter d'inclure dans « l'Intervention » les proches qui stimulent la consommation, mais leur exclusion peut faire obstacle au processus.

### 2.1 PHILOSOPHIE

Contrairement à la philosophie des groupes fondés sur les 12 étapes tels que Al-Anon où on enseigne aux participants qu'ils n'ont pas de pouvoir sur la PAT, l'Intervention repose sur la prémisse que le membre de l'entourage a du pouvoir et qu'il peut, voire même doit, intervenir auprès de la PAT pour qu'elle modifie ses habitudes de consommation de SPA.

### 2.2 INTERVENTION

L'intervention se divise en quatre étapes : l'évaluation, l'entraînement, la confrontation et le suivi.

#### 2.2.1 Évaluation

L'intervention débute toujours par une première consultation de la part d'un membre de l'entourage qui vient demander de l'aide. Cette personne est nommée « émissaire ». L'intervenant et l'émissaire évaluent à l'aide d'un génogramme le réseau de la PAT. On utilise ensuite un outil nommé « ecompap » qui permet d'identifier les personnes pouvant être présentes et former l'équipe.

Les quelques données d'études révèlent que les conjoint(e)s forment les deux tiers des émissaires, l'autre tiers étant constitué d'enfants de la PAT, de frères ou sœurs, d'employeurs et d'autres membres de la parenté. Les trois quarts des PAT visées par l'intervention sont des hommes adultes âgés entre 25 et 76 ans. Seulement un tiers de ces PAT ont déjà été en thérapie pour leurs problèmes d'abus de SPA. Également, un tiers des émissaires ont déjà demandé de l'aide pour ce problème avec

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

la PAT. Lors de l'évaluation du réseau, environ six personnes sont identifiées à titre de participants potentiels à l'équipe et dans les faits, trois s'y joignent vraiment (quatre en incluant l'émissaire). Les membres de l'équipe, en excluant l'émissaire, sont des enfants de la PAT (50 %), des frères ou sœurs (10 %), des amis (10 %), conjoints (6 %) et d'autres membres de la parenté (18 %).

### 2.2.2 Entraînement

Cette seconde étape permet d'explicitier les buts du processus aux membres de l'équipe constituée. Les rencontres servent à préparer les membres de l'équipe à exprimer à la PAT leurs préoccupations au sujet de sa consommation abusive de SPA et leur désir qu'elle y mette fin, entre autres en débutant la thérapie. On peut y consacrer environ quatre rencontres d'une durée de deux heures (*Johnson Institute, 1987*).

On explique tout d'abord aux participants ce qu'est la dépendance aux SPA. Cette procédure aide plusieurs membres de l'entourage à réaliser l'ampleur du problème de la PAT. En effet, il est commun que certains participants doutent de la gravité du problème d'abus de substances. En second, les membres de l'équipe font individuellement une liste des incidents les ayant conduits à s'inquiéter au sujet de la personne alcoolique. On insiste sur la nécessité de citer des événements concrets, des propos tenus, etc. Aucune allégation floue ou générale n'est retenue. De plus, chacun identifie les résultats qu'il attend de cette confrontation. L'intervenant aide

les participants à avoir des attentes réalistes.

La liste des conséquences éprouvées est revue en groupe et un choix de conséquences à mentionner lors de l'intervention est fait. Il y a ensuite un enseignement d'habiletés à la communication. On demande aux participants de conserver un contexte d'affection pour la personne ciblée et l'expression d'hostilité est évitée. Lors de l'entraînement, les participants sont également invités à parler des émotions et des sentiments vécus lors des conséquences citées. Chaque expression des conséquences vécues par un membre de l'équipe est suivie d'une demande à la personne alcoolique d'entrer en thérapie.

Chaque participant réfléchit également à ce qu'il fera si la PAT choisit de ne pas changer. Le participant pratique sa façon de le dire. On porte particulièrement attention à éviter les menaces qui ne pourront pas être mises à exécution. L'entraînement est particulièrement important et permet à chaque membre de l'équipe de répéter ce qu'il dira, de quelle façon il le dira et ce, en recevant des commentaires constructifs des membres du groupe, mais aussi de l'intervenant afin de bonifier son intervention.

### 2.2.3 Intervention

Le choix du site est important. L'intervention ne doit pas avoir lieu chez la PAT. La PAT est accompagnée au lieu de rencontre. Certaines personnes inventent une histoire pour l'y amener. Au début de la rencontre, l'intervenant dit à la

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

PAT que le groupe s'est réuni pour lui exprimer ses préoccupations. On demande à la PAT d'écouter calmement jusqu'à ce que chacun ait terminé de parler. Chacun fait son intervention dans l'ordre convenu. Lorsqu'ils ont terminé, ils demandent à la PAT d'entrer en thérapie. Si la personne refuse, ils présentent leurs choix en conséquence d'un refus de changement de sa part et redemandent à nouveau à la personne alcoolique d'entrer en thérapie.

Si la personne alcoolique devient défensive, argumente et manifeste de l'hostilité, l'intervenant et les membres de l'équipe expriment leur affection à son égard, leurs bonnes intentions pour lui et lui redemande d'écouter encore, comme convenu au départ. S'il accepte la thérapie, on le réfère et un membre de l'équipe est choisi pour s'assurer de la fin de la thérapie.

### 2.2.4. Suivi

Une rencontre de suivi avec l'équipe est tout de suite fixée pour organiser une autre confrontation si nécessaire ou encore, pour créer d'autres ententes ou chercher des moyens pour favoriser le rétablissement de la famille.

### 2.3 DIFFICULTÉS SUSCITÉES PAR CETTE INTERVENTION

Au plan éthique, ce mode d'intervention crée une apparence de conspiration puisque la plupart des intervenants guidant cette intervention gardent le secret de la création du groupe. La confrontation de groupe peut conduire à de la paranoïa, à une sérieuse détérioration des relations, à de la violence, voire même au suicide. Il semble toutefois ne pas y avoir d'études

sur le sujet (Liepman, 1993) et il est difficile d'estimer si ces allégations sont le résultat d'appréhensions de personnes opposées à cette intervention ou si elles sont le fruit d'expériences cliniques concrètes.

### 2.4 ÉTUDES D'EFFICACITÉ

Les premières études d'efficacité de « L'Intervention » de l'Institut Johnson ont rapporté des résultats apparemment spectaculaires. On note, entre autres, un taux d'entrée en thérapie de 90 % des conjoints alcooliques à partir d'une confrontation faite auprès de 60 alcooliques. Lors du suivi à 6 mois, 83 % ont complété la thérapie et 58 % à 70 % sont sobres tout en participant activement au mouvement des Alcooliques Anonymes (Logan, 1983). Il semble que lorsque les membres de l'équipe réussissent à mener la confrontation, le résultat soit probant (Liepman et al., 1989), même auprès de PAT violentes envers leur conjointe (Lindquist, 1986).

Cependant, bien peu de participants se rendent à la confrontation (29 %), ce qui réduit le taux réel de succès de cette entreprise à 25 % lors d'un suivi mené deux années après le premier contact avec l'émissaire (Liepman, 1993). Cette observation a été corroborée lors d'une étude plus structurée où 130 membres de l'entourage de personnes alcooliques ont été orientées au hasard vers trois modalités d'intervention : *Johnson Institute*, thérapie d'orientation vers Al-Anon et le *Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT)* (Miller, Meyers, & Tonigan, 1999). Seulement 30 % des

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

équipes ont mené la confrontation pour obtenir le même taux de PAT entrant en thérapie (Miller et al., 1999). Les individus sont entrés en thérapie après une moyenne de 4,7 rencontres. Le contexte institutionnel à l'intérieur duquel est menée l'intervention semble affecter différemment le taux de participants capables de se rendre jusqu'à la confrontation. Ainsi, une tentative menée auprès de 19 personnes dans un centre pour individus accidentés souffrant de traumatismes sévères (Texas Health Science Center) révèle une situation différente. L'intervention menée en collaboration avec le réseau de la PAT (dépistée par un niveau élevé d'intoxication lors de l'accident), a permis de mener à la confrontation avec 17 équipes (89 %) pour qui 100 % des patients ont accepté l'entrée en thérapie pour abus de substances. Cependant, aucune étude de suivi de cette cohorte n'a été menée (Gentilello & Duggan, 1993). On peut penser que ces accidents qui se sont déroulés sous l'effet de substances constituent des événements qui ont suscité des prises de conscience chez ces participants qui vivaient, on peut le supposer, une détresse importante. Ainsi, plusieurs études montrent que les héroïnomanes (Eland-Goossensen, Van de Goor, Garretsen, & Schudel, 1997) et les alcooliques (Finney & Moos, 1995 ; George & Tucker, 1996 ; Timko, Finney, Moos, & Moos, 1995 ; Tucker, 1995) en thérapie présentent davantage de problèmes psychosociaux liés à leur abus de SPA que ceux dans la communauté n'ayant pas cherché d'aide. Aussi, les alcooliques qui entrent en thérapie vivent davantage d'éléments stressants et d'événements de vie négatifs que les alcooliques qui ne re-

çoivent pas de thérapie (Finney et al., 1995), ce qui expliquerait en partie le plus haut taux de succès de l'intervention lorsqu'elle cible des usagers ayant éprouvé récemment un événement de vie interprété comme une conséquence négative majeure de leur consommation de SPA.

Aussi, bien que ce ne soit pas l'objectif visé par l'intervention, celle-ci semble toutefois être associée à une amélioration du bien-être du membre de l'entourage, que la PAT entre en thérapie ou non (Miller et al., 1999), cela étant tout aussi vrai pour d'autres modalités d'intervention telles que Al-Anon ou *CRAFT* (Miller et al., 1999). Même si l'intervention ne spécifie pas de stratégies d'intervention particulières destinées à améliorer le bien-être du proche, on peut penser que le fait, pour celui-ci, de briser le silence et de s'engager dans une démarche au cours de laquelle il reprend une certaine prise de contrôle sur sa vie soient des ingrédients contribuant à son mieux-être.

### 3. LA THÉRAPIE FAMILIALE UNILATÉRALE

Alors que l'intervention s'adresse à l'ensemble des proches de la PAT, la *Unilateral Family Therapy* (Thomas & Ager, 1993a) ou la thérapie familiale unilatérale (TFU) pour abus d'alcool vise à aider spécifiquement les conjointes coopératives, sans trouble d'abus de substances, à influencer leur partenaire alcoolique non motivé pour qu'il arrête de boire ou débute une thérapie. Le partenaire alcoolique ne participe pas à cette thérapie.

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

Cette équipe de chercheurs cliniciens a le mérite de nous offrir une intervention très structurée et clairement décrite. De plus, les auteurs ont travaillé à l'élaboration de questionnaires spécifiques à ce champ d'étude qui pourraient être réutilisés même si le modèle d'intervention n'est pas repris.

### 3.1 PHILOSOPHIE / OBJECTIFS

Dans cette approche, les auteurs postulent que la conjointe de l'individu alcoolique non volontaire à modifier ses habitudes de prise d'alcool peut l'influencer significativement à changer ses comportements. Les auteurs s'inspirent d'un modèle comportemental cognitif où on privilégie l'apprentissage d'habiletés relationnelles à renforcer les comportements désirés (sobriété, boire contrôlé) et à cesser de renforcer les comportements non désirés (boire à excès). De plus, les concepteurs ajoutent à ces stratégies, l'intervention du *Johnson Institute* qui s'appuie sur la prémisse que la cohésion, entre les personnes significatives du réseau d'une PAT, dans la demande de changement envers celle-ci, est un levier puissant de changement.

La TFU vise la modification de comportements de consommation chez l'alcoolique, par la conjointe qui est perçue comme un levier vital, probablement une des dernières forces de changement restant dans l'entourage de la personne alcoolique. La TFU ne vise pas spécifiquement l'amélioration du bien-être psychologique de la conjointe (les auteurs ne nomment pas spécifiquement cet objectif), quoique plusieurs interventions ont certainement cet effet. Entre autres, trois

points de mire centrent l'attention de l'intervenant en TFU. Tout d'abord, il visera des cibles individuelles, comme d'aider la conjointe à réduire son anxiété et son stress au sujet des habitudes de consommation du partenaire en l'aidant à faire face aux problèmes. Les thérapeutes porteront ensuite une attention particulière à la dimension relationnelle afin d'induire des changements dans le fonctionnement conjugal, notamment en ce qui a trait aux interactions du couple autour de la consommation de substances. Ainsi, le clinicien pourra cibler l'augmentation des comportements de renforcement de la sobriété, la diminution des efforts négatifs de contrôle (par le dénigrement et la réduction du renforcement de la consommation comme boire avec lui). Finalement, un troisième point de mire consistera à travailler à instaurer un changement chez l'alcoolique par les stratégies précédentes, mais aussi par le recours à l'intervention. Le programme a des objectifs clairs, mais non absolus d'abstinence chez le partenaire alcoolique (Thomas et al., 1993a).

### 3.2 INTERVENTION

Ce programme a été évalué uniquement sous forme d'intervention individuelle. Les rencontres hebdomadaires s'échelonnent sur une période de quatre à six mois. Les conjointes ayant une histoire de troubles émotionnels sévères ou dont le partenaire a une histoire de violence sont exclues. De plus, le couple ne doit pas avoir de plans immédiats de séparation.

Le programme comporte trois phases : 1) préparer la conjointe à assumer un rôle de

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

réhabilitation auprès de son partenaire alcoolique (3-8 semaines); 2) mettre sur pied des interventions visant le partenaire alcoolique (5-18 semaines) et 3) maintenir les gains de la conjointe et de son partenaire (3-6 semaines) (Thomas et al., 1993a).

### 3.2.1 Phase I : Préparer la conjointe à jouer un rôle de réhabilitation (3 à 8 semaines)

#### Tenue d'un suivi de la consommation de l'alcoolique

Lors de cette étape, on demande à la conjointe de noter les consommations d'alcool (quantité et fréquence) de son partenaire et ce, à chaque jour. Si elle ne peut le faire, elle notera l'état de son conjoint (ivre, modérément intoxiqué ou abstinent). Cette stratégie vise à obtenir les informations les plus objectives possibles et ainsi faire prendre conscience à la conjointe de l'ampleur de la consommation d'alcool.

#### Information au sujet de la consommation d'alcool et de ses conséquences

Une période de nature plutôt éducative vise à informer la conjointe sur la nature de la dépendance à l'alcool, de ses conséquences et des difficultés éprouvées par les personnes dans leur démarche pour réduire ou mettre fin à cette dépendance.

#### Amélioration unilatérale de la relation

L'objectif est ici d'améliorer le climat affectif dans la relation à l'aide de gestes qui font plaisir, posés par la conjointe, lorsque son partenaire est sobre. Pour ce faire, la conjointe dresse, avec l'aide de son thérapeute, une liste des comportements pou-

vant faire plaisir. De ce nombre, de trois à dix sont sélectionnés afin d'être utilisés par la conjointe. Celle-ci note quotidiennement son utilisation de ces comportements. On l'encourage à percevoir ce travail comme un investissement qui facilitera les interventions ultérieures. Le renforcement de la relation inclut également l'évitement de comportements tels que la critique, l'absentéisme excessif ou tout autre comportement conduisant à une détérioration du climat affectif. Les auteurs rapportent que, dans certaines situations cliniques, il apparaît toutefois très difficile de trouver des moyens de faire plaisir, soit parce que la relation est profondément détériorée et que le degré d'animosité est élevé, ou encore parce que le partenaire boit si fréquemment que trouver des moments de sobriété est en soi un tour de force (Thomas, Adams, Yoshioka, & Ager, 1990).

#### Modification des comportements de contrôle de la consommation

Plusieurs conjointes utilisent spontanément des stratégies de modification des habitudes de consommation d'alcool du partenaire telles que le dénigrement, les plaintes et les menaces (Yoshioka, Thomas, & Ager, 1992). De plus, les tentatives d'influence du partenaire alcoolique sont non systématiques, trop brèves et parfois incohérentes. Elles sont fréquemment improductives et perpétuent le conflit conjugal. Deux échelles permettent ici d'évaluer les stratégies utilisées par les conjointes, soit le *Drink Control Scale* et *Sobriety Support Scale* composant le *Spouse Sobriety Influence Inventory* (Thomas, Yoshioka, & Ager, 1994a). Certaines conjointes ont

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

de la difficulté à abandonner leurs habitudes de critiquer, dénigrer et ont besoin d'apprendre plus spécifiquement le « lâcher prise ».

### Cesser de faciliter le boire

Sans le vouloir, plusieurs conjointes risquent de faciliter le boire de la PAT. Elles vont par exemple boire avec lui, aller au bar ensemble, servir de l'alcool au repas, fournir des excuses lorsqu'il a trop bu, minimiser les conséquences négatives de la consommation d'alcool ou cacher le boire à l'entourage. La présence de ces comportements sera évaluée à l'aide du *Spouse Enabling Inventory* (Thomas, Yoshio-ka, & Ager, 1994b). Cette étape de l'intervention est délicate puisqu'elle peut susciter des conflits conjugaux importants. De plus, certaines conjointes peuvent être réticentes à modifier ces comportements qui pouvaient leur procurer de bons moments avec leur partenaire. Une évaluation individuelle permettra de sélectionner les comportements à modifier afin d'éviter les moments de violence. Le thérapeute tentera de stimuler la conjointe en lui rappelant que les pertes actuelles seront probablement largement justifiées par l'éventuel effet sur la réduction de la consommation du partenaire alcoolique.

### **3.2.2 Phase II : Interventions visant l'alcoolique (5-18 semaines)**

Le but de cette phase est de faire entrer en thérapie le partenaire alcoolique, ou encore qu'il réduise considérablement sa consommation d'alcool, voire surtout qu'il devienne abstinent. Cette phase peut théoriquement prendre deux directions,

l'une favorisant la confrontation sur le modèle du *Johnson Institute* et l'autre l'utilisation du renforcement des comportements de sobriété.

### Évaluation de l'intervention potentielle

Avant toute intervention visant l'alcoolique, les auteurs invitent à procéder à une évaluation de divers aspects. Tout d'abord, l'intervenant évalue la possibilité d'intégrer d'autres membres de l'entourage dans le processus. De plus, il doit évaluer la capacité et la volonté de la conjointe de mener à bien une rencontre où elle confrontera la consommation d'alcool de son partenaire et où elle lui recommandera d'entrer en thérapie. Un questionnaire mesurant ces habiletés est proposé, soit le *Spouse Treatment Mediation Inventory* (Ager & Thomas, 1994).

Le thérapeute doit également évaluer ce à quoi la conjointe est prête si le partenaire refuse le changement. Si de fortes contingences sont envisagées telle que la séparation (e.g., « je te laisse si tu n'arrêtes pas », ou ne plus dormir, manger ensemble, etc.), le thérapeute doit jauger le risque de fortes réactions destructrices chez la PAT telles que le suicide ou la violence envers la conjointe.

### Intervention sans confrontation

Les interventions ici proposées sont celles qui favorisent les comportements de la conjointe renforçant la sobriété (e.g., aller au cinéma à un moment où le partenaire serait porté à boire). Toutefois, les auteurs ne semblent pas croire à ce type d'intervention de contingence à titre d'intervention visant à faire entrer en thé-

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

rapie ou à largement faire réduire la consommation d'alcool de la PAT. Ils la suggèrent uniquement pour les situations de légère consommation d'alcool du partenaire, i.e. lorsque l'abus d'alcool ne cause pas de difficultés psychologiques, physiques, sociales ou à l'emploi, mais que toutefois, la conjointe considère la consommation d'alcool de son partenaire comme un problème. C'est donc dire que la consommation d'alcool n'est pas alors un réel problème mais que la conjointe en voit un. Les auteurs valorisent toutefois ce type d'intervention de contingence en suivi à titre d'élément favorisant le rétablissement après que la PAT soit entrée en thérapie, soit après l'utilisation de la confrontation.

Les auteurs suggèrent aussi une rencontre entre la PAT et un médecin, arrangée préalablement avec la conjointe, afin d'évaluer la consommation d'alcool de la PAT et de lui suggérer d'entrer en thérapie et ce, en présence de la conjointe.

### Intervention de confrontation

Nous ne décrivons pas cette étape du programme qui est une reprise quasi intégrale de « l'Intervention du *Johnson Institute* ». Les seules modifications notées sont l'insistance des auteurs pour faire la confrontation au bureau du thérapeute. De plus, lors de l'entraînement à la confrontation, les thérapeutes utilisent l'enregistrement vidéo pour permettre à la conjointe de s'observer afin d'améliorer son style. Les auteurs mettent probablement plus d'accent sur le rôle marginal du thérapeute lors de la confrontation, lui laissant le soin d'introduire et de conclure,

mais laissant toute la place aux participants lors de la confrontation. Finalement, les auteurs du *Unilateral Family Therapy* privilégient de mener la confrontation uniquement avec les deux conjoints. Ils incluent toutefois, à l'occasion, d'autres membres de l'entourage.

Comme alternative ou variation à la rencontre de confrontation, les auteurs proposent une « requête programmée ». Cette requête suit exactement le même processus que la rencontre de confrontation (même préparation et même déroulement de la rencontre) à l'exception que les conséquences de la non participation de la PAT sont moins extrêmes. La conjointe ne veut pas rompre la relation, mais est prête à instaurer des contingences importantes (telles que ne plus manger ensemble, ne plus avoir d'activités communes de loisir, etc.).

### Autres éléments

Une « lettre du cœur » peut être introduite dans le processus. Cette lettre a été écrite par un membre de la famille intime (enfant, frère, sœur) et a pour but d'exprimer l'affection du membre de l'entourage envers la PAT, mais aussi les conséquences négatives vécues et sa demande de changement.

Une lettre de la part de professionnels connaissant bien la PAT, incluant cette fois un ton plus objectif et moins émotionnel, pourra être à nouveau lue par la conjointe lors de la confrontation.

# Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

## 3.2.3 Phase III : maintien des gains

Cette phase, très peu décrite par les auteurs, désigne une période du support à la conjointe où elle est invitée à poursuivre le soutien des comportements de sobriété et à éviter le renforcement du boire. Cette phase inclut également la thérapie de la PAT.

## 3.3 ÉTUDES D'EFFICACITÉ

Les auteurs ont mené une première étude pilote auprès de 25 conjointes d'alcooliques (1 seul homme), recrutées par des annonces dans les journaux locaux. Ces femmes, dans la quarantaine, étaient pour la plupart au travail. Leur conjoint présentait un alcoolisme assez important (M=23 au MAST coté par la conjointe). Seulement 15 ont pu recevoir l'intervention et de ce nombre, huit partenaires se sont réellement améliorés. Cette étude présente toutefois de nombreuses lacunes, dont un petit échantillon et l'absence de groupe contrôle (Thomas, Santa, Bronson, & Oyserman, 1986). Une seconde étude non publiée (mais dont quelques résultats sont rapportés dans un texte résumant l'intervention) a été menée auprès de 55 conjointes, entrées en thérapie en phases successives (i.e. un groupe en liste d'attente et débutant la thérapie plus tard), sans réel groupe contrôle. 18 mois après le début de la thérapie des conjointes, 57 % des partenaires alcooliques étaient entrés en thérapie.

Les auteurs de la TFU ont le mérite d'avoir passablement élaboré leur intervention. Toutefois, ils ne fournissent pas de manuel complet de leur programme.

De plus, leurs études d'efficacité ne comportent pas de groupe contrôle (i.e. avec attribution au hasard) et ne sont pas publiées. Aucune autre équipe de recherche n'a par la suite repris leurs travaux.

## 4. PRESSURE TO CHANGE

Cette intervention a été développée par une équipe d'Australiens dirigée par James G. Barber (Barber et al., 1995 ; Barber & Gilbertson, 1997a). Leurs travaux de recherche se sont déroulés au cours des années '90. Ils ont développé une intervention appelée le *Pressure to Change (PC)* qui vise principalement les conjoint(e)s (surtout des femmes) de partenaire alcoolique non désireux de réduire ou d'arrêter leur consommation d'alcool. L'équipe n'a toutefois pas récemment poursuivi ses travaux et leur modèle d'intervention n'a pas été évalué par d'autres groupes de recherche.

### 4.1 PHILOSOPHIE / OBJECTIFS

Les objectifs du PC sont les suivants :

- Aider les conjointes à mieux transiger avec les situations de consommation de la PAT en étant en meilleur contrôle de leurs propres réactions ;
- Encourager les PAT à réduire leur consommation d'alcool ;
- Favoriser l'entrée en thérapie de la PAT.

### 4.2 INTERVENTION

Le *Pressure to Change* est un modèle d'intervention dans lequel des stratégies créant de la pression sur la PAT sont en-

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

seignées à la partenaire d'une personne alcoolique afin qu'elle consulte ou qu'elle réduise sa consommation de SPA (Barber et al., 1996). Les niveaux de pression varient de un à cinq, le dernier (confrontation) étant utilisé uniquement lorsque les autres niveaux n'ont pas fonctionné (Barber et al., 1995).

Le traitement se déroule en groupe ou sous forme de rencontres individuelles (Barber et al., 1996). De façon générale, une session est accordée à chaque niveau de pression, avec davantage de flexibilité dans le nombre de rencontres en mode individuel. Le traitement se termine non pas après un délai fixe, mais lorsque la PAT réduit sa consommation de SPA ou débute une thérapie, ou lorsque le niveau cinq est utilisé. Une version autonome, i.e. sous mode de bibliothérapie existe également (Barber, 1998). Le modèle n'a pas été tenté auprès de conjointes d'individus abusant de drogues.

### 4.2.1 Niveau 1 : Rétroaction et volet éducatif

À cette étape, l'objectif est d'augmenter la motivation au changement chez la participante et la préparer aux retards dans la progression de la PAT, tout en lui expliquant les principes de l'approche. On lui offre d'abord une rétroaction sur l'évaluation préalable (e.g., niveau de détresse, importance de la consommation de la PAT) en l'invitant à échanger sur le sujet. On explique ensuite à la participante comment les PAT changent, en valorisant le rôle de l'entourage comme source de motivation au changement et en présentant les stades de changement du modèle

transthéorique (Prochaska & DiClemente, 1992). Ce faisant, les auteurs veulent induire l'idée que les participantes doivent persister malgré les délais et les rechutes. Une différence importante est faite entre « mettre de la pression », dénigrer, attaquer, mépriser et punir la PAT. Il est clairement présenté aux participantes qu'elles ne peuvent en aucun temps être tenues responsables des comportements de consommation de la PAT. De plus, le traitement ne vise pas nécessairement à ce que le couple demeure uni, mettant l'accent sur la liberté de la partenaire dans ses choix. Le potentiel de violence de la part de la PAT est évalué, à titre de comportement de plus en plus probable au fur et à mesure de la croissance de la pression exercée. Des mesures sont prises avec les conjointes dont le partenaire risque de démontrer des comportements violents. Dans ces situations, le dernier stade (confrontation) est automatiquement exclu.

### 4.2.2 Niveau 2 : Les activités incompatibles

Suite à la session 1, les conjointes ont évalué, au cours de la semaine, les situations dans lesquelles leur partenaire boit, jusqu'à quel point il devient intoxiqué, les problèmes causés par la consommation d'alcool de leur partenaire et leur propres réactions à la consommation d'alcool du partenaire. Au cours de la session 2, elles apprennent à identifier les situations à haut risque de consommation de leur partenaire et planifient des activités incompatibles avec la consommation d'alcool, coïncidant avec les situations de consommation. Dans la mesure du possi-

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

ble, les nouvelles activités visent la réalisation de bénéfices apparemment recherchés par la consommation d'alcool.

### 4.2.3 Niveau 3 : Répondre ou la contingence des renforcements

Les réponses de la participante aux situations de consommation de son partenaire sont examinées. Lorsque le partenaire boit de façon excessive, la participante apprend à le lui dire calmement, sans rancœur puis, à lui retirer tout bénéfice relationnel (e.g., conversation, présence affectueuse, sexualité, repas, etc.). La façon d'exprimer au partenaire son insatisfaction envers tel comportement de consommation est pratiquée. De plus, les conjointes apprennent à utiliser les moments de crise où le partenaire pourrait présenter plus d'ouverture au changement ou à l'idée d'entrer en traitement. Un numéro de téléphone où la PAT peut téléphoner en tout temps (24/7) est donné à la participante. À nouveau, si la PAT manifeste de la violence, la partenaire apprend à se retirer à ce moment.

### 4.2.4 Niveau 4 : Établir un contrat

À ce niveau, les participantes sont invitées à augmenter la pression sur leur partenaire en établissant avec lui un « contrat de consommation » où le partenaire s'engage à boire avec modération ou à être abstinent. Les objectifs visés doivent tout de même garder une dose de réalisme.

Des renforcements mutuels peuvent être négociés mais il semble que cette stratégie soit peu utilisée puisque les PAT en pré-contemplation veulent spontanément prouver qu'ils n'ont pas de difficultés avec

leur consommation d'alcool ou de SPA. Lorsque le contrat n'est pas honoré, une crise est ainsi créée et les participantes sont invitées à utiliser leurs habiletés à suggérer l'idée d'entrer en traitement. De plus, une reconnaissance de la difficulté à contrôler sa consommation d'alcool est toujours un gain chez un individu en pré-contemplation.

### 4.2.5 Niveau 5 : La confrontation

Ce niveau est largement inspiré de l'approche du *Johnson Institute* et n'est utilisé qu'après que les niveaux deux à quatre aient été adéquatement utilisés et aient démontré leur inefficacité. En bref, des membres de l'entourage sont regroupés pour préparer une rencontre où ils pourront exprimer à la PAT leur affection à son égard, comment, concrètement, sa consommation d'alcool les a affectés et une demande claire et simple de changer ou d'entrer en traitement.

## 4.3 LES ÉTUDES D'EFFICACITÉ

Une première étude d'efficacité de ce traitement a permis d'allouer au hasard trois conditions à 22 participants : le PC en groupe, le PC en individuel et un groupe en attente. Près des deux tiers des PAT sous une des deux modalités de traitement sont entrées en traitement ou ont cessé de boire (pour une période de deux semaines) alors qu'aucune des sept personnes en liste d'attente n'a demandé d'aide ou réduit sa consommation d'alcool (Barber et al., 1995). Toutefois, les conjointes n'ont pas amélioré leur état de bien-être général, tel que perçu subjectivement par elles. De plus, un seul des 22 membres de

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

l'entourage a accepté de recourir au niveau cinq de pression.

Dans une études ultérieure réalisée par la même équipe, ces trois modalités de traitement ont été comparées, mais cette fois avec moins d'insistance pour obtenir une confrontation à la fin et avec l'ajout d'une modalité comprenant un groupe de type Al-Anon (Barber et al., 1996). Les résultats révèlent à nouveau que les deux tiers des conjoints des participantes à l'une ou l'autre des modalités du PC ont cessé de boire pour une période de deux semaines ou sont entrés en traitement. Aucune des PAT dont la conjointe participait à Al-Anon ou était en attente ne s'est améliorée. Toutefois, seules les conjointes dans les modalités de PC-individuel ou participant à Al-Anon ont rapporté une baisse significative de leurs problèmes personnels. L'intervention individuelle a aussi permise d'améliorer la satisfaction conjugale de la conjointe (Barber et al., 1996).

Une troisième étude de ce groupe, toujours auprès de conjointes d'alcooliques refusant tout traitement (n=38 conjointes), illustre qu'une modalité de type bibliothérapie est tout aussi efficace que le traitement individuel, tant pour le changement chez la PAT que pour l'amélioration de l'état subjectif des conjointes (réduction de l'état dépressif) (Barber, 1998).

Il semble donc que les trois modalités du PC permettent d'atteindre des taux similaires d'entrée en traitement ou de réduction importante de consommation d'alcool des conjoints abusant de SPA, mais que seulement les modalités indivi-

duelles ou autonomes (bibliothérapie) permettent l'amélioration du bien-être individuel de la partenaire (Barber & Gilbertson, 1997b). À travers les diverses études, le taux général d'entrée en traitement est d'environ 31 %.

Ces études n'ont toutefois été menées qu'auprès de conjointes d'individus alcooliques. De plus, la sévérité de la problématique de consommation d'alcool des partenaires n'a pas été déterminée avec précision. La mesure d'arrêt ou de réduction de consommation sur une période de deux semaines est plutôt courte.

### 5. COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH AND FAMILY TRAINING (CRAFT)

Le *Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT)* a historiquement été développé par les auteurs du *Community Reinforcement Approach* (Sisson & Azrin, 1986 ; Sisson & Azrin, 1993). Elle a toutefois été élaborée davantage par Meyers et ses collègues (Meyers, Dominguez, & Smith, 1996) auxquels s'est ensuite joint William Miller (Meyers et al., 2002).

#### 5.1 PHILOSOPHIE / OBJECTIFS

Cette intervention s'appuie sur la prémisse que la personne significative peut jouer un rôle important dans le changement des comportements de consommation d'un proche. Ce rôle est joué par l'apprentissage d'habiletés relationnelles diverses, conceptuellement incluses dans un modèle comportemental/cognitif. Deuxièmement, cette approche est aussi développée à partir de la croyance en la

# Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

capacité du membre de l'entourage à prendre soin de lui-même et à la nécessité de développer cette compétence. Finalement, cette approche veut intégrer une philosophie plutôt humaniste, telle que développée par William Miller dans son « Entretien motivationnel » (Meyers, Miller, & Smith, 2001).

Trois objectifs guident cette intervention :

- Diminuer le recours aux SPA de la PAT grâce au rôle joué par un membre de la famille ;
- Engager en thérapie le consommateur de SPA résistant à changer par le rôle joué d'un membre de la famille ;
- Aider la personne significative préoccupée à être plus indépendante et à améliorer sa qualité de vie.

## 5.2 INTERVENTION

Le traitement *CRAFT* est actuellement offert sous le mode individuel et sa durée est indéterminée quoique lors des études d'efficacité, les auteurs ont prévu 12 heures de rencontre pour chaque personne. L'intervention comprend plusieurs composantes.

### 5.2.1 Évaluation

Le *CRAFT* débute toujours par une première phase d'évaluation. Diverses dimensions sont évaluées dont le niveau de fonctionnement ou de détresse personnelle, la qualité de son réseau relationnel, sa situation d'emploi, etc. La qualité de la relation est également évaluée dont, entre autres, le degré de satisfaction conjugale

(chez les conjointes uniquement), la présence de violence et l'ensemble du climat familial. Les stratégies utilisées par les membres de l'entourage pour transiger avec les situations de consommation de la PAT sont également évaluées.

### 5.2.2 Construire et soutenir la motivation du membre de l'entourage

Lors de la première rencontre le thérapeute revoit avec le membre de l'entourage les résultats de l'évaluation. L'intervenant invite le membre de l'entourage à décrire le problème de consommation de la PAT mais aussi, ses tentatives passées d'influencer la consommation de SPA de la PAT. Elle aide la personne à élaborer au sujet de ses attentes envers le traitement et à y voir les bénéfices potentiels qu'elle pourrait en tirer. L'intervenant explique les prémices sous-tendant le programme d'intervention de même que ses objectifs et méthodes de travail. Tout au long de son intervention, le thérapeute garde un style propre à l'entretien motivationnel (ou humaniste) où il adopte une attitude d'empathie, sans jugement ou confrontation. Le thérapeute valorise le membre de l'entourage lorsque approprié et rappelle à la personne qu'elle n'est pas responsable de l'abus de SPA de la PAT.

### 5.2.3 Analyse fonctionnelle des comportements problématiques

Le but de cette phase du traitement est de modifier la consommation de SPA de la PAT en modifiant les façons d'interagir du membre de l'entourage avec la PAT. Cet objectif s'appuie entre autres sur la prémisse qu'une réduction de la consom-

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

mation d'alcool ou de drogues sera bénéfique, tant pour la PAT que pour le membre de l'entourage et par le fait même, augmentera la probabilité que la PAT entre en traitement. Le membre de l'entourage est ici perçu comme une personne de choix pour travailler à l'atteinte de ce but, tout d'abord parce qu'il connaît la PAT et ensuite, compte tenu de l'importance du temps de contact avec cette personne.

La première étape consiste à recueillir de l'information sans modifier, pour des raisons de sécurité, les comportements du membre de l'entourage. L'analyse fonctionnelle des comportements de consommation éclaire à propos des stimuli ou déclencheurs de la consommation de SPA, de même que les bénéfices et les conséquences négatives de celle-ci. Cette analyse précise aussi la fréquence et la quantité consommée par la PAT, permettant de suivre l'évolution du recours aux SPA. En complétant l'analyse fonctionnelle des comportements de consommation de SPA de la PAT, le membre de l'entourage constatera que les moments de consommation sont plus prévisibles qu'anticipés, ce qui induit une orientation aux futurs comportements à adopter et de l'espoir.

### 5.2.4 Prévention de la violence

Une évaluation préalable est réalisée à l'aide de questionnaires tels que le *Conflict Tactics Scales* (Strauss, 1979). Un questionnaire n'est cependant qu'un point de départ et ne remplace pas une discussion ouverte avec la personne concernée. Il est également important d'évaluer ici le réseau

de soutien social de la personne. L'ensemble de cette évaluation permet d'estimer l'importance de la violence et voire même si la personne est éligible au *CRAFT*. En effet, dans certaines situations, la violence est si présente et aiguë que le membre de l'entourage ne peut pas être accepté dans un programme tel que le *CRAFT* et une référence doit être faite vers des organismes dédiés à l'aide aux victimes de violence.

Toutefois, si le membre de l'entourage vit une situation de violence mais qu'il demeure éligible au programme *CRAFT*, l'intervenant travaillera avec le membre de l'entourage à réduire les comportements violents. La priorité est la sécurité du membre de l'entourage. À l'aide toujours de l'analyse fonctionnelle du comportement violent, le thérapeute procédera passablement de la même façon que lors de son travail au sujet de la consommation de SPA, dans le but d'en réduire, voire d'éliminer les comportements violents de la PAT.

### 5.2.5 Amélioration des habiletés à la communication

L'entraînement aux habiletés à la communication s'appuie sur le constat que les psychothérapies conjugales démontrées efficaces, dans le champ de l'alcoolisme et de la toxicomanie, incluent l'entraînement aux habiletés à la communication. Ce choix s'appuie également sur le constat que les couples où un individu abuse de SPA ont des difficultés à communiquer adéquatement. De plus, l'entraînement aux habiletés à la communication favorisera l'accroissement du bien-être du

membre de l'entourage dans ses relations avec diverses personnes autres que la PAT, en plus de favoriser généralement l'accroissement du soutien social. Finalement, de bonnes habiletés à la communication sont des compétences de base pour réaliser d'autres composantes du *CRAFT* telles que communiquer à la PAT sa compréhension des motifs de consommation de SPA, l'inviter à débiter un traitement, etc. Les clés d'une bonne communication sont les éléments classiques tels qu'être bref, ne pas dénigrer l'autre, parler d'un comportement précis, nommer ses propres émotions, reconnaître sa propre responsabilité et écouter.

### **5.2.6 Renforcement positif des comportements de sobriété ou de consommation modérée**

Dans un modèle comportemental cognitif, les comportements rapportant plaisir et « récompense » seront répétés. Ainsi en est-il de la consommation de SPA qui est perçue comme rapportant des gains. Dans le même esprit, le renforcement des comportements de non consommation de SPA devrait en stimuler le développement et plus leur fréquence croîtra, plus ils entreront en compétition avec les comportements de consommation. C'est pourquoi les intervenants du *CRAFT* aident le membre de l'entourage à développer ses capacités à renforcer les comportements souhaités. Certaines personnes réagiront cependant très mal à l'idée d'être encore celui ou celle qui fait les efforts de changement alors que la PAT ne fait que tout détruire autour d'elle. Le travail du thérapeute consiste alors à d'abord écouter les frustrations légitimes mais aussi à permet-

tre le constat que ces comportements favoriseront l'atteinte de l'objectif de départ, soit de réduire la consommation de SPA de la PAT.

Le membre de l'entourage, avec l'aide du thérapeute, génère une liste de comportements plaisants pour la PAT mais peu dispendieux (même gratuits), immédiatement disponibles et avec lesquels le membre de l'entourage se sent à l'aise (exprimer son affection à la PAT, lui toucher la main gentiment, écouter avec la PAT une de ses émissions de télévision préférées, etc.). Le comportement renforcé (à distinguer du moyen pris pour renforcer le comportement), doit plaire à la PAT, être en compétition avec les comportements de consommation de SPA, survenir à une fréquence suffisamment élevée et plaire au membre de l'entourage (s'il est fait ensemble). Il est important d'évaluer la pertinence d'accompagner le comportement de renforcement à une verbalisation du lien entre le renforcement et la sobriété de la PAT. Il est également utile d'instrumenter le membre de l'entourage à reconnaître les signes associés à l'intoxication afin de s'assurer que le renforcement est prodigué uniquement lorsque la PAT est sobre.

Même si l'action visée semble généralement positive, il est nécessaire de prévoir les réactions négatives. Certains individus sont incapables de recevoir le message implicite qu'ils ont des difficultés avec leur consommation de SPA, d'autres deviennent suspicieux, etc.

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

### 5.2.7 Le recours aux conséquences négatives

Une première étape est ici d'utiliser la technique du temps d'arrêt, i.e. de cesser de renforcer (non volontairement évidemment) les comportements de consommation. En effet, les membres de l'entourage vont, sans s'en apercevoir, stimuler les comportements de consommation en accordant un moment positif, une parole, un échange interpersonnel agréable à la PAT lorsqu'elle est en état d'intoxication. Le comportement de renforcement qui sera retiré doit être réellement valorisé par la PAT. Le membre de l'entourage doit également être capable de le réintroduire lorsque la PAT sera sobre, en plus d'être facile à retirer et ce, en toute sécurité. Finalement, le comportement doit pouvoir être retiré dans un délai très court ou en concomitance avec l'épisode d'intoxication. Il est très important d'anticiper le bon moment pour expliquer à la PAT l'association entre l'intoxication et le retrait du renforcement. Plusieurs membres de l'entourage préféreront avertir à l'avance qu'en situation d'intoxication ils ne feront plus ceci ou cela. Les mots choisis sont également très importants et les habiletés à la communication précédemment apprises seront très utiles. Le retrait de ce type de renforcement est parfois nettement insuffisant et il est alors nécessaire d'envisager le retrait de renforcements plus importants, liés à des conséquences négatives plus imposantes.

### 5.2.8 Amélioration de la qualité de vie du membre de l'entourage

À l'aide de l'échelle de bonheur, identifier les zones d'insatisfaction dans la vie du membre de l'entourage (sa propre utilisation de SPA, travail ou scolarisation, gestion de l'argent, vie sociale, habitudes personnelles, relation conjugale ou familiale, questions légales, vie émotionnelle, communication et bonheur général). Lorsque ces zones sont identifiées, les buts sont fixés avec le membre de l'entourage. Ces objectifs de changement doivent être brefs et simples, formulés en termes de ce qui sera accompli, se référer à des comportements, avoir une portée raisonnable, être sous le contrôle du membre de l'entourage et pour lesquels il a les habiletés nécessaires ou est en processus pour les développer. Le thérapeute veillera particulièrement à ce que la personne développe, si cela n'existe pas déjà, des activités sociales indépendantes de celles de la PAT.

### 5.2.9 Inviter la PAT à entrer en traitement

Pour inviter son partenaire, son adolescent, son enfant adulte ou toute autre personne proche alcoolique ou toxicomane à entrer en traitement, le membre de l'entourage devra attendre un moment de meilleure motivation de la part de la PAT. Ces fenêtres d'opportunité se présentent lorsque la PAT indique avoir des remords suite à des conséquences négatives de sa consommation sur autrui, ou lorsque la PAT s'informe au sujet du traitement *CRAFT* auquel participe le membre de l'entourage ou encore lorsque la PAT

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

questionne au sujet des changements de comportements du membre de l'entourage.

### 5.3 ÉTUDES D'EFFICACITÉ

Une étude comparative où une des trois modalités de traitement étaient présentes, soit l'intervention d'orientation vers Al-Anon, « l'Intervention » de l'Institut Johnson et le *CRAFT* a été menée auprès de membres de l'entourage d'individus alcooliques (Miller et al., 1999). On note que le *CRAFT* est nettement plus efficace pour engager les clients alcooliques en traitement, soit 67 % des clients initialement orientés vers cette intervention, contre 35 % des clients participant à l'intervention de l'Institut Johnson et 20 % des usagers participants aux interventions d'orientation vers Al-Anon (Miller et al., 1999). Tous traitements confondus, le délai entre la première rencontre de traitement pour le membre de l'entourage et le début du traitement pour la personne alcoolique est de trois mois pour 75 % des clients ayant accepté d'aller en traitement et de 47 jours pour 50 % des PAT ayant débuté un traitement. On note que le nombre d'intervention nécessaire avant que la PAT entre en traitement est relativement bas. Ainsi, 64 % (29 individus sur 45) des personnes alcooliques visées par le *CRAFT* ont débuté un traitement après une moyenne de 4,7 heures d'intervention (ÉT=3,7 heures) (Miller et al., 1999). Le *CRAFT*, en plus de viser l'entrée en traitement de la PAT, cible l'amélioration du bien-être général des membres de l'entourage. On note que le bien-être des participants au *CRAFT* s'améliore, peu importe que la PAT entre en traitement ou non (Miller et al., 1999).

Une étude similaire, menée auprès de membres de l'entourage de personnes abusant de drogues révèle des résultats tout aussi prometteurs (Meyers et al., 2002) quant au taux de consommateurs de drogues débutant un traitement. Toutefois, les partenaires de personnes abusant principalement de drogues ne semblent pas s'être amélioré sur plusieurs indicateurs de leur bien-être personnel (physique, dépression, fonctionnement familial) (Meyers et al., 2002).

### 6. CONCLUSION

Une première conclusion qui émerge de ces études indique que les récents traitements sont très prometteurs quant à leur capacité à influencer la PAT à entrer en traitement. Toutefois, il apparaît que les résultats soient variables en fonction du type de lien qu'entretient le membre de l'entourage avec la PAT. En fait, les parents ont plus de succès à stimuler leur enfant adulte à débiter un traitement (51 % à six mois) que les conjointes de personnes alcooliques (32 % à six mois) (Miller et al., 1999). De plus, la majorité des études recensées ont des échantillons mixtes, i.e. incluant divers membres de l'entourage, ne permettant pas d'obtenir des conclusions claires à ce sujet.

Un second constat porte sur l'indépendance entre deux objectifs, soit la réduction de consommation de la PAT ou son entrée en traitement versus l'amélioration du bien-être du membre de l'entourage au sein des études d'efficacité d'une intervention unilatérale. Il semble donc que les traitements ciblant spécifiquement l'amélioration du bien-être du

## Chapitre III : Intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage

---

membre de l'entourage aient une meilleure probabilité d'atteinte de cet objectif. Les résultats de recherche ont démontré que l'unique réduction de consommation de SPA ou l'unique entrée en traitement de la PAT ne peut assurer automatiquement une amélioration du bien-être général des membres de son entourage, même si ce changement est favorable.

Finalement, les développements des interventions unilatérales auprès des membres de l'entourage de PAT sont suffisamment

avancés pour qu'elles puissent être implantées avec assurance au sein des milieux cliniques. Le *CRAFT* est le programme le mieux élaboré, pour lequel un manuel de traitement existe et pour lequel quelques études de bonne qualité ont démontré son efficacité apparemment supérieure à d'autres interventions de même type. Al-Anon demeure une excellente intervention pour améliorer le bien-être général des membres de l'entourage sans toutefois aider au rétablissement de la PAT.

## Chapitre IV : Thérapie conjugale et toxicomanie

Les études relevées au premier chapitre permettent de constater que les difficultés conjugales et les problèmes d'alcool et de drogues s'influencent mutuellement. Ces recherches appuient la pertinence de la thérapie conjugale pour aider les couples confrontés à l'abus de SPA. Les thérapies de couple d'approches comportementale et systémique destinées aux couples dont un conjoint abuse de SPA sont celles qui seront décrites et comparées puisque ce sont celles qui font le plus l'objet d'écrits théoriques et scientifiques, quoique le traitement conjugal systémique ait été l'objet de moins d'études empiriques.

### 1. THÉRAPIE DE COUPLE COMPORTEMENTALE (TCC)

#### 1.1 PHILOSOPHIE / OBJECTIFS

Parmi les approches comportementales, le plus englobant des modèles est certainement celui élaboré par Epstein et McCra-

dy (2002). Ces auteurs utilisent fondamentalement la théorie de l'apprentissage social, mais aussi des modèles sociologiques, systémiques et comportementaux de compréhension de l'abus de SPA en plus de puiser à un corpus imposant de données de recherche (Epstein et al., 2002). Ces différentes sources conceptuelles les conduisent à développer un programme d'intervention complexe, ciblant à la fois l'individu consommateur de SPA par des rencontres individuelles, le partenaire non consommateur (rencontres individuelles), le couple et finalement, l'interaction des membres du couple avec d'autres systèmes sociaux.

#### 1.1.1 Objectifs communs avec l'approche systémique

On ne peut parler des objectifs de la thérapie de couple comportementale pour abus de SPA sans d'abord mentionner ceux qui sont communs avec la thérapie

de couple systémique (TCS) (voir tableau 1). Un premier objectif commun des plus courants consiste à changer les séquences interactionnelles inadaptées du couple entourant la consommation d'alcool ou de drogues pour en arriver à une relation facilitant le maintien de l'abstinence (Fals-Stewart, Birchler, & O'Farrell, 1996 ; Krestan & Bepko, 1993 ; McCrady et al., 1995a ; Rotunda & O'Farrell, 1997 ; Stellato-Kabat, Stellato-Kabat, & Garrett, 1996 ; Wakefield, Williams, Yost, & Patterson, 1996 ; Wetchler, McCollum, Nelson, Trepper, & Lewis, 1993 ; Winn, 1995). Deuxièmement, l'abstinence, qu'elle soit poursuivie au sein même de la thérapie de couple ou par un traitement parallèle, demeure un idéal à atteindre pour la majorité des thérapies de couple comportementales et systémiques. Dans notre relevé de littérature des thérapies de couple pour l'alcoolisme, seulement deux auteurs (Noel & McCrady, 1993 ; Zweben, Pearlman, & Li, 1988) considèrent le boire modéré comme un but acceptable et ce, sur la base d'une analyse individuelle. Notons que cette réalité reflète également le courant de pensée aux États-Unis, la plupart de ces auteurs étant Américains. La littérature scientifique ne permet pas d'établir en ce moment le type de but, au plan de la consommation de SPA, qui serait le plus approprié ou efficace selon le type de clientèle. Enfin, l'amélioration des habiletés de communication et de résolution de problème constitue une troisième cible de traitement communes aux thérapies conjugales comportementales (Fals-Stewart et al., 1996 ; McCrady et al., 1995a ; Noelet al., 1993 ; O'Farrell, Cutter, & Floyd, 1985 ; O'Farrell & Cutter, 1984a ; Van Bree, 1995 ; Wakefield et al.,

1996) que systémiques (Wetchler et al., 1993). D'ailleurs, l'amélioration de la communication fait partie de l'une des cinq cibles qui devrait être poursuivie par toute thérapie destinée aux couples dont l'un des partenaires a une difficulté particulière comme l'abus de SPA ou la dépression (Nelsen, 1994).

### 1.1.2 Objectifs spécifiques

La thérapie de couple comportementale (TCC) comporte des objectifs qui lui sont propres. Pour modifier les séquences interactionnelles inadaptées autour de la consommation de SPA, la TCC vise à augmenter les interactions conjugales qui renforcent une baisse de la consommation et à réduire celles qui renforcent le comportement de consommation de SPA (Epstein et al., 2002). Parfois, la TCC vise directement la réduction de la consommation de la personne alcoolique en ciblant la modification de ses comportements qui déclenchent ou renforcent sa consommation (Noelet al., 1993). En ce qui concerne le fonctionnement conjugal, toutes les thérapies de couple comportementales relevées visent à l'améliorer (McCrady et al., 1995a ; Noelet al., 1993 ; O'Farrell, 1993a ; O'Farrell et al., 1984a ; Wakefield et al., 1996). Pour ce faire, en plus de viser l'amélioration des habiletés de communication et de résolution de problème, la TCC a pour objectif d'augmenter les interactions positives entre les membres du couple (Noëls et al., 1993 ; O'Farrell et al., 1984a ; Rotunda et al., 1997). McCrady et Epstein (1995) mentionnent même que des buts spécifiques reliés au couple et désirés par eux peuvent aussi être négociés.

## Chapitre IV : Thérapie conjugale et toxicomanie

Tableau 1. Cibles d'évaluation et de traitement des thérapies pour couples dont un conjoint abuse de SPA, selon l'approche théorique

	Cibles d'évaluation	Objectifs de traitement
<b>COMMUNES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relation conjugale</li> <li>Interdépendance entre la relation conjugale et la consommation de SPA</li> <li>Pertes et bénéfices liés à la consommation de SPA</li> <li>Consommation de SPA des deux conjoints</li> <li>Santé mentale des deux conjoints</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Changer les séquences interactionnelles dysfonctionnelles entourant la consommation de SPA</li> <li>Abstinence (au sein de la thérapie de couple ou par un traitement parallèle)</li> <li>Amélioration des habiletés de communication et de résolution de problème</li> </ul>
<b>COMPORTEMENTALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Séquences comportementales : antécédents et conséquences liés au comportement du partenaire qui renforce la consommation de SPA ou l'abstinence</li> <li>Ajustement conjugal par plusieurs mesures : satisfaction conjugale, communication, stabilité, etc.</li> <li>Nombre d'envies de consommer et consommation de SPA évaluées entre chaque session</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmenter les interactions conjugales qui renforcent une baisse de consommation de SPA et réduire celles qui la renforcent</li> <li>Modifier les comportements de l'alcoolique qui déclenchent ou renforcent sa consommation</li> <li>Améliorer l'ajustement conjugal (augmenter les habiletés de communication et de résolution de problèmes et le nombre d'interactions positives)</li> </ul>
<b>SYSTEMIQUES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Système alcoolique ou toxicomane :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intimité, pouvoir, niveau d'individuation par rapport à la famille d'origine, fonction de la consommation de substances</li> <li>- Comportements de régulation (routine quotidienne, rituels, stratégies à court terme de résolution de problèmes)</li> <li>- Trajectoire développementale de la famille (cycle de vie, tâches développementales)</li> <li>- Évaluation multigénérationnelle des patrons liés à la consommation d'alcool et des conflits de loyauté</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Durant la transition vers la sobriété</u>, encourager la différenciation et le bien-être individuel</li> <li><u>Suite à la sobriété</u>, réorganiser le système et prévenir l'apparition d'un autre symptôme :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter l'intimité du couple</li> <li>- Arriver à une définition claire des rôles des conjoints</li> <li>- Trouver une identité nouvelle au couple et développer de nouvelles règles au sein de la relation</li> <li>- Rétablir un équilibre au niveau du partage des pouvoirs</li> </ul> </li> <li>Cibles liées aux cycles de vie</li> <li>Résoudre les conflits de loyauté avec la famille d'origine</li> <li>Changer les séquences dysfonctionnelles entre le couple et la famille d'origine</li> </ul>

### 1.2 INTERVENTION

#### 1.2.1 Évaluation

##### Aspects communs avec l'approche systémique

Les auteurs s'intéressant au traitement des couples vivant des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues s'entendent tous sur certains aspects devant être évalués (voir tableau 1). Ainsi, certains indiquent que tout thérapeute désirant traiter le mariage alcoolique, peu importe son approche théorique, voudra évaluer la qualité de la relation conjugale, l'alcoolisme et l'interdépendance entre ces deux variables (Paolino et al., 1977).

Pour ce faire, il faut notamment évaluer l'histoire de consommation d'alcool et de drogues : le type de substances absorbées présentement et dans le passé, la quantité consommée, la fréquence d'utilisation, l'importance de la dépendance physique, les démarches d'aide précédentes et le stade où se trouve le consommateur dans son processus de changement (Fals-Stewart et al., 1996 ; Karpel, 1994 ; McCrady et al., 1995a ; O'Farrell, 1993a ; Rotunda et al., 1997 ; Wakefield et al., 1996 ; Wetchler et al., 1993).

Il est important d'évaluer la consommation des deux partenaires amoureux, particulièrement étant donné le haut niveau de concordance au plan des problèmes de consommation qui existe au sein de ces couples (Fals-Stewart et al., 1996 ; Karpel, 1994 ; Wakefield et al., 1996 ; Wetchler et al., 1993 ; Winn, 1995). Il en va de même pour l'évaluation des problèmes de santé mentale (Karpel, 1994 ;

O'Farrell, 1993a ; Rotunda et al., 1997 ; Wakefield et al., 1996 ; Wetchler et al., 1993). Enfin, les bénéfices que chaque partenaire perçoit retirer de la consommation de SPA de l'un d'eux et l'identification des pertes qui seraient encourues conséquemment à l'abstinence sont fréquemment évalués par les deux approches (Karpel, 1994 ; Stellato-Kabat et al., 1996 ; Wakefield et al., 1996 ; Wetchler et al., 1993 ; Winn, 1995).

##### Aspects spécifiques à l'approche comportementale

La thérapie de couple comportementale (TCC) implique certaines cibles d'évaluation spécifiques découlant des construits qui fondent leur approche, tels les principes d'apprentissage comme le conditionnement classique et opérant. Ainsi, pour comprendre l'interdépendance entre l'abus d'alcool ou de drogues et la relation de couple, les thérapeutes tentent d'identifier les séquences comportementales entourant la consommation d'alcool ou de drogues dans le but d'identifier les antécédents ou stimulus à la consommation et les conséquences de cette consommation.

McCrady (1986) identifie trois formes majeures de conséquences familiales pouvant suivre la consommation : 1) renforcer le comportement de consommation sous la forme d'attention et de prise en charge (« caretaking »), 2) protéger l'alcoolique en lui évitant de vivre les conséquences négatives et 3) punir le comportement de consommation d'alcool (McCrady, Noel, Abrams, & Stout, 1986).

## Chapitre IV : Thérapie conjugale et toxicomanie

---

Les antécédents à la consommation, au niveau familial, peuvent être nombreux : partenaire qui harcèle l'autre en lui demandant sans cesse d'arrêter de boire, variété de problèmes conjugaux, financiers et sexuels (McCrary et al., 1995a). C'est à partir de cette grille d'analyse que le thérapeute cible des objectifs de changement au sein du couple qui permettraient à l'alcoolique d'atteindre ou de maintenir l'abstinence (McCrary et al., 1995a ; O'Farrell, 1993a ; Rotunda et al., 1997 ; Wakefield et al., 1996). Les thérapeutes comportementaux se distinguent aussi par la fréquence de leur évaluation de cette consommation de SPA en cours de traitement, soit à chacune des rencontres (Fals-Stewart et al., 1996 ; Rotunda et al., 1997 ; Wakefield et al., 1996).

De plus, la TCC met l'accent sur la mesure, à l'aide d'instruments structurés : 1) du niveau général de satisfaction conjugale de chacun des conjoints, 2) des changements désirés par les clients dans leur relation, 3) de leur niveau d'ajustement sexuel, 4) de leur niveau de maîtrise des habiletés de communication et 5) des changements désirés par chaque partenaire chez l'autre (Fals-Stewart et al., 1996 ; McCrary et al., 1995a ; O'Farrell, 1993a ; Rotunda et al., 1997). En somme, les thérapeutes comportementaux effectuent habituellement une évaluation détaillée de l'ajustement conjugal.

### 1.2.2 Intervention

Deux modèles seront ici présentés. Tout d'abord, nous décrivons la thérapie de couple comportementale (TCC) dans une modalité de groupes et présentée par

O'Farrell (1993). Cette approche bien que non identique à toutes les thérapies de couple comportementales, les représente bien de façon globale et, de plus, a fait l'objet d'un programme de recherche évaluative, le *Counseling for alcoholics' Marriages* (CALM) (O'Farrell & Cutter, 1984b). Par la suite, nous présenterons le modèle développé par Epstein et McCrary (2002), dans une modalité de suivi individualisé de couples, en s'attardant aux aspects différents (versus le modèle de O'Farrell) de cette autre application comportementale de la thérapie de couple. Ce modèle a aussi fait l'objet de nombreuses études évaluatives depuis au moins deux décennies (Kahler et al., 2003 ; McCrary, Epstein, & Hirsch, 1999 ; McCrary & Epstein, 1995b ; McCrary et al., 1986).

#### **Le modèle développé par O'Farrell (*Harvard Families and Addiction Program*)**

La TCC, telle que décrite par O'Farrell (1993) dans son projet CALM, est composée de cinq modules qui sont présentés dans un ordre déterminé à un groupe de couples dans 10 rencontres de deux heures chacune (O'Farrell et al., 1984a). Le premier module vise à diminuer la consommation d'alcool et les interactions liées à l'alcool en établissant un « contrat disulfiram » écrit et en discutant de la prévention de la rechute. Dans le « contrat disulfiram », le conjoint alcoolique accepte

<sup>1</sup> Le disulfiram est une drogue qui produit des nausées extrêmes lorsque la personne qui la prend consomme de l'alcool ; l'utilisation du disulfiram fait partie de façon routinière du traitement pour alcoolisme individuel que les conjoints alcooliques suivent en parallèle au CALM.

de prendre ce médicament à chaque jour alors que sa conjointe accepte d'enregistrer la prise de ce médicament sur un calendrier et s'engage à ne pas mentionner les épisodes passés de consommation et ses peurs au sujet d'une éventuelle consommation dans le futur. Pour la discussion de la prévention de la rechute, le couple doit remplir en devoir un document qui les aide à spécifier les situations à risque de rechute et les stratégies pour faire face à ces situations : leurs observations sont ensuite discutées en groupe.

Les quatre autres modules sont destinés à l'amélioration de la relation de couple. D'abord, pour aider les couples à augmenter la fréquence à laquelle ils remarquent, reconnaissent et initient des comportements qui montrent un souci pour l'autre (« caring behavior »), à chaque jour ils doivent écrire sur une fiche un comportement positif à leur égard de la part de leur conjoint. Puis, dans les sessions et en pratiquant à la maison, ils apprennent à reconnaître ces comportements de leur conjoint de manière à les renforcer. Enfin, chaque conjoint doit offrir à l'autre une journée destinée à lui faire plaisir.

Le prochain devoir consiste à planifier des activités de loisir partagées, après avoir rempli séparément une liste d'activités que chacun apprécierait. Puis, avec des mises en situation, les couples apprennent des habiletés de communication pour arriver à une meilleure écoute et à l'expression plus efficace de leurs émotions.

Enfin, des habiletés de résolution de problème sont enseignées pour aider les cou-

ples à faire face à leurs conflits plus sévères. Un premier apprentissage de ces habiletés se réalise d'abord en groupe, sous la supervision du thérapeute, puis doit être répété à la maison pour un autre conflit et être discutée en groupe lors de la rencontre subséquente. Les procédures de la TCC du projet CALM ont été adaptées pour les couples dont le conjoint abuse de drogues (Fals-Stewart et al., 1996).

Dans cette adaptation du traitement, le contrat écrit concernant le disulfiram a été remplacé par une entente verbale établissant que 1) le mari et sa partenaire doivent discuter du statut de sa sobriété (alcool et drogue) à chaque jour, 2) durant cette discussion, le mari doit s'engager à demeurer sobre pour les prochaines 24 heures et 3) la femme doit reconnaître la sobriété de son mari d'une manière positive contingente à la sobriété.

Les autres étapes de la thérapie sont sensiblement les mêmes que pour le projet CALM, les sessions de thérapies de couple se donnant également en groupe.

### **Le « Alcohol Behavior Couple Therapy » de McCrady (Rutgers University)**

Le modèle d'intervention *Alcohol Behavior Couple Therapy*, *ABCT* (Epstein et al., 2002 ; McCrady et al., 1995a) se présente sous le mode de 15 à 30 rencontres conjugales ou plus (20 rencontres étant le standard) d'une durée de 90 minutes chacune, s'échelonnant sur une période de 6 mois, en permettant de s'adapter à chaque couple. De plus, des sessions de maintien sont prévues, pour une période aussi longue que le jugeront nécessaire les parties.

## Chapitre IV : Thérapie conjugale et toxicomanie

---

Les rencontres débutent typiquement par une révision des notes de l'individu sur sa consommation de SPA depuis la dernière rencontre et par une discussion au sujet des tâches thérapeutiques de la semaine. Au cours de la rencontre, même si les habiletés ciblées concernent plus spécifiquement l'individu consommateur (e.g. habiletés à refuser une consommation), la partenaire est activement impliquée, le thérapeute favorisant l'interaction autour du thème en question et aidant le couple à améliorer ses habiletés à la communication et à la négociation. À la fin de chaque session, du temps est réservé pour aborder les situations à risques anticipées au cours de la prochaine semaine et pour prévoir des stratégies afin de mieux y faire face.

Les auteurs ont aussi intégré à leur approche les stratégies de « l'Entretien motivationnel » (Miller, Rollnick, & Conforti, 2002). Ils évaluent le degré de motivation de l'individu et utilisent des stratégies spécifiques pour faire face à un manque de motivation, dont, entre autres, un style non confrontant (Epstein et al., 2002).

Même si les auteurs privilégient les entretiens conjugaux tout au long du traitement, ils reconnaissent la nécessité d'entretiens individuels lors de circonstances particulières telles que la violence conjugale, une histoire de relation extramaritale ou encore, lorsque le niveau d'hostilité dans le couple est tel qu'il interfère avec l'habileté du thérapeute à centrer l'attention du travail clinique sur la consommation de SPA (Epstein et al., 2002).

Typiquement, les premières rencontres s'orientent autour de la consommation de SPA pour progressivement accorder plus d'attention au fonctionnement conjugal. Les auteurs se différencient du modèle développé par O'Farrell, probablement par l'ampleur des composantes sur lesquelles elles tentent d'intervenir au cours du traitement et sur les multiples éléments qu'elles utilisent en priorité : l'individu toxicomane, son ou sa partenaire et le couple. Le tableau suivant illustre à la fois la similarité du modèle d'intervention avec tout programme comportemental conjugal de traitement de la toxicomanie, mais démontre aussi sa complexité.

La section intensive du traitement se termine lorsque les objectifs au regard de la consommation et de l'acquisition d'habiletés seront atteints (d'où la flexibilité dans le nombre de rencontres). De plus, le thérapeute instaurera la pratique des rencontres conjugales (sans le thérapeute) au sein de la vie quotidienne du couple, favorisant ainsi le développement d'une plus grande autonomie du couple envers le thérapeute. Ces rencontres sont un moment de dialogue fixé dans le temps (un rendez-vous conjugal) où les membres du couple s'appliquent à utiliser leurs habiletés à la communication et à la résolution de problèmes acquises au cours du traitement.

Dans les situations où la personne abuse de plusieurs SPA, il est préférable de toutes les considérer lors du traitement. Toutefois, ces individus ont plus fréquemment une panoplie de difficultés dans diverses sphères de vie (légale, occupationnelle, financière) en plus de présenter

fréquemment une comorbidité psychiatrique.

Il est aussi probable que le partenaire d'une personne qui abuse principalement de drogues ait un moins grand rôle dans l'aide au refus de consommation (l'illégalité entraînant une offre plus cachée) tout en subissant des conséquences plus graves, et ce, même après l'arrêt de consommation (perte de revenus de vente de drogues, risque de violence de la part du milieu de consommation de drogue, etc.).

## Chapitre IV : Thérapie conjugale et toxicomanie

Tableau 2. Techniques et séquence d'intervention en *Alcohol Behavior Couple Therapy*

Session	Intervention individuelle auprès de la PAT	Intervention auprès du / de la partenaire	Intervention conjugale
1	Rétroaction Fiches de suivi personnel	Augmentation de la motivation Fiches de suivi personnel	
2	Analyse fonctionnelle Gestion des envies fortes de consommation		
3	Stratégies motivationnelles Analyse fonctionnelle	Analyse fonctionnelle	
4	Hierarchie des situations à haut risque	Analyse fonctionnelle	Discussion au sujet de la place de la consommation dans le couple
5	Planification de l'auto-gestion Auto-gestion des contingences : renforcement de soi	Renforcement du conjoint	
6	Gestion des contingences : mettre en évidence / augmenter les conséquences négatives de la consommation de SPA	Réduction de l'attention envers les comportements de consommation de SPA	Activités de plaisir partagé
7	Gestion des pensées reliées à la consommation de SPA	Réduction de la protection du conjoint des conséquences négatives de sa consommation de SPA	Activités de plaisir partagé
8	Entraînement aux habiletés de refus de consommation de SPA	Rôle du partenaire non toxicomane dans les situations de consommation de SPA	Activités de plaisir partagé avec modification du comportement
9	Affirmation de soi	Affirmation de soi	Le « jour des amoureux »
10	Résolution de problèmes		Communication I
11	Restructuration cognitive Arrêt de la pensée		Communication II
12	Restructuration cognitive		Entraînement à la communication
13	Les décisions apparemment illogiques		Entraînement à la communication
14	Révision de toutes les habiletés		Acceptation et changement Négociation et résolution de problèmes
15	Identifier les signes précurseurs de rechutes	Identifier les signes précurseurs de rechutes	Résolution de problèmes Amélioration de la tolérance
16	Transiger avec les signes précurseurs de rechute	Transiger avec les signes précurseurs de rechute	Résolution de problèmes Amélioration de la tolérance
17	La gestion de la rechute	La gestion de la rechute	Prendre soin de soi
18	La carte de route de la rechute	La carte de route de la rechute	Prendre soin de soi
19	La planification du maintien des acquis	La planification du maintien des acquis	Contrat en prévision de rechutes
20	Révision et fin	Révision et fin	Signature du contrat en prévision de rechute

En ce qui concerne la comorbidité psychiatrique, il est primordial que le thérapeute puisse évaluer la nature primaire ou secondaire du trouble psychiatrique afin de décider si des traitements séparés (alcoolisme/toxicomanie et trouble psychiatrique) sont nécessaires. Tout particulièrement, les niveaux d'anxiété et de dépression devront être surveillés par le thérapeute. Il semble que le traitement conjugal, lorsque la personne abusant de SPA présente aussi un trouble de la personnalité antisociale (TPAS), soit très difficile à réaliser (Epstein et al., 2002). Les études révèlent que ces patients restent moins longtemps en traitement et démontrent peu de tolérance pour l'expression des affects négatifs tels qu'on le retrouve habituellement en thérapie. Plus de recherches sont nécessaires concernant les conditions d'efficacité du traitement conjugal lorsque l'individu abusant de SPA présente aussi un TPAS.

Lorsque le traitement ne permet pas un arrêt ou une réduction substantielle de la consommation de SPA de l'individu alcoolique ou toxicomane avant la cinquième rencontre, il est probablement nécessaire de rediriger la personne vers un traitement plus intensif. Il en va de même si l'état dépressif ou anxieux d'un individu s'aggrave de façon importante. Les couples les plus susceptibles de profiter d'un tel traitement ont déjà une relation relativement stable, un niveau de scolarisation équivalent à un secondaire V et sont confrontés à des problèmes de consommation d'alcool qui durent depuis passablement longtemps (O'Farrell & Fals-Stewart, 1999). Les couples présentant de la violence, un degré de psychopathologie

élevé ou au sein desquels l'un des membres du couple ne tient que très peu à la relation ne bénéficieront pas d'une intervention conjugale. Il faut aussi souligner que les couples présentant des problèmes relationnels très sévères ne se conformeront pas au traitement et consommeront plus de SPA pendant le traitement ; ils se détérioreront (Epstein et al., 2002).

### 1.3 LES ÉTUDES D'EFFICACITÉ

#### 1.3.1 Lorsqu'un des conjoints abuse d'alcool

La thérapie de couple comportementale (TCC) pour les couples dont le conjoint est alcoolique constitue une approche de traitement dont l'efficacité a été montrée par 17 études contrôlées (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003) dont bon nombre proviennent du projet CALM de O'Farrell et ses collègues (1985). Il s'agit du seul programme d'évaluation visant spécifiquement le couple confronté à des problèmes d'alcool qui réponde aux critères d'inclusion déterminant les qualités que doit avoir une étude d'efficacité pour être reconnue comme apportant un appui empirique à l'efficacité d'un traitement (Baum, Shoham, Mueser, Daiuto, & Stickle, 1998 ; Chambless & Hollon, 1998). La première étude du projet CALM a été réalisée auprès de 36 couples dont le conjoint masculin alcoolique a débuté un programme externe de *counselling* individuel pour alcoolisme, un traitement habituellement administré (O'Farrell et al., 1985). La thérapie de couple comportementale (TCC) en groupe (déjà décrite dans ce document), la thérapie de couple interactionnelle (TCI) en groupe et le

## Chapitre IV : Thérapie conjugale et toxicomanie

---

counselling individuel (CI) habituel non combiné à une thérapie de couple sont comparés. La thérapie interactionnelle met l'accent sur le soutien mutuel, le partage d'émotion, la résolution de problèmes avec la discussion et la communication verbale du thérapeute et des autres membres du groupe concernant la relation de couple de chacun. Quant au traitement individuel, aucune information n'est fournie au sujet des méthodes d'intervention utilisées. Cette étude révèle que l'ajout de la TCC au CI a produit des améliorations statistiquement et cliniquement significatives au plan de la relation conjugale : l'ajustement marital général, l'importance des changements désirés dans la relation, la stabilité maritale et le caractère positif de la communication lors de la discussion de problèmes maritaux actuels. La TCI a produit une amélioration significative seulement en ce qui a trait à l'importance des changements désirés et à la communication positive alors que le CI seul n'a apporté aucune amélioration à la relation conjugale. Cependant, cette supériorité de la TCC en matière d'ajustement marital n'a été maintenue après deux ans que chez les épouses et non chez les conjoints alcooliques (O'Farrell, Cutter, Choquette, Floyd, & Bayog, 1992). Aussi, deux ans suivant le traitement, les couples ayant suivi l'une des deux thérapies de couple ont vécu significativement moins de jours de séparation que le CI seul, suggérant ainsi que la thérapie de couple favorise la stabilité maritale durant la période de réhabilitation de la personne alcoolique.

Pour ce qui est de l'ajustement sexuel, une étude plus récente du projet CALM au-

près de 36 couples dont le mari est alcoolique révèle que la TCC ne produit qu'une légère hausse de la satisfaction sexuelle chez le mari, mais non chez l'épouse, qui est tout de même supérieure que pour la TCI et le CI seul (O'Farrell et al., 1998). Les auteurs expliquent ces résultats en supposant que l'ajustement sexuel puisse être le dernier aspect du mariage alcoolique à s'améliorer. Compte tenu que l'amélioration de l'ajustement marital a tendance à s'amoindrir avec le temps (O'Farrell et al., 1992), nous croyons que cette supposition ne serait pas vérifiée par une étude mesurant l'ajustement sexuel deux ans plus tard. Il est plus plausible que la faiblesse des résultats s'explique par le fait que la TCC utilisée ne contient pas d'interventions spécifiques visant la sexualité. Également, certains auteurs suggèrent que l'administration de disulfiram à la personne alcoolique pourrait affecter son fonctionnement sexuel (Schiavi et al., 1995).

Quant à la consommation d'alcool à la fin du traitement, la TCC, avec 99 % de jours d'abstinence, est équivalente au CI, avec 91 % de jours d'abstinence, mais significativement supérieure au plan statistique à la TCI qui obtient 83 % de jours d'abstinence (O'Farrell et al., 1985). Toutefois, deux ans plus tard, les trois conditions de traitement sont équivalentes en ce qui a trait aux variables liées à la consommation d'alcool, le tiers à la demi de l'échantillon montrant des résultats satisfaisants variant de l'abstinence complète jusqu'à l'abstinence avec quelques épisodes de consommation d'alcool importante, mais sans conséquences négatives et sans symptômes de dépendance (O'Farrell

et al., 1992). Constatant que la supériorité de la TCC en matière d'ajustement marital diminuait après deux ans tout comme les gains obtenus quant à la consommation d'alcool pour les trois traitements, O'Farrell et ses collègues ont élaboré un programme de prévention de la rechute (PR) dont ils ont testé l'efficacité après les sessions (O'Farrell, Choquette, Cutter, Brown, & McCourt, 1993) et jusqu'à 30 mois après le début de la PR (O'Farrell, Choquette, & Cutter, 1998).

La PR consiste en 15 sessions additionnelles à la TCC étalées sur un an et devenant de plus en plus espacées. La PR comprend la formulation d'un plan de réhabilitation, incluant les activités et les comportements acquis lors de la TCC à continuer, l'utilisation des habiletés acquises pour gérer les conflits maritaux ou autres non-résolus et un plan pour prévenir la rechute (O'Farrell, 1993b). Les 30 couples ayant reçu les sessions de PR, en plus de la TCC, avaient un meilleur ajustement marital au suivi de 30 mois et un plus grand pourcentage de jours d'abstinence 6 mois suivant les sessions de PR que les 29 couples n'ayant pas reçu de PR. Pour les couples qui présentaient des problèmes maritaux et de consommation les plus sévères, l'ajout de la PR produisait un plus grand pourcentage de jours d'abstinence tout au long de la période de suivi (30 mois). Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les conséquences négatives de la consommation. Par ailleurs, dans l'étude de McCrady, Epstein & Hirsch (1999) auprès de 90 hommes alcooliques, l'ajout de quatre sessions de PR à la TCC et le fait d'encourager fortement les

personnes à utiliser les groupes des Alcooliques Anonymes ne permettent pas d'améliorer les résultats thérapeutiques. Davantage d'études sont nécessaires pour conclure sur la nature et l'intensité des interventions qui devraient être combinées à la TCC pour maintenir les gains à plus long terme.

En plus de l'efficacité de la TCC aux plans de la satisfaction conjugale et de la consommation d'alcool, certaines données préliminaires suggèrent que ce type de thérapie pourrait permettre de diminuer la violence conjugale (O'Farrell & Murphy, 1995a ; O'Farrell, Van, V, & Murphy, 1999). Cependant, ces deux études ne comprennent pas de groupe contrôle, ce qui ne permet pas d'attribuer clairement ce résultat à la TCC. Par ailleurs, une étude contrôlée récente auprès de 303 hommes alcooliques mariés ou conjoints de fait confirme l'efficacité de la TCC pour diminuer significativement la violence conjugale deux ans après la thérapie (O'Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart, & Murphy, 2004). La diminution de l'abus d'alcool et l'amélioration de la relation conjugale constituent les deux facteurs qui prédisent le mieux la diminution de la violence conjugale (O'Farrell et al., 2004). Dans une autre étude, la TCC s'est montrée plus efficace que la thérapie individuelle pour améliorer l'adaptation psychosociale des enfants (Kelley & Fals-Stewart, 2002). Il sera intéressant d'explorer davantage l'impact de la TCC sur la violence conjugale et l'adaptation des enfants par d'autres études contrôlées.

Plus récemment, des chercheurs se sont interrogés sur les composantes de la TCC

qui sont reliées à l'efficacité de l'intervention puisque très peu de données existent à ce sujet (McCrary, Hayaki, Epstein, & Hirsch, 2002). L'utilisation du disulfiram a fait l'objet de certaines critiques (Branchey, Davis, Lee, & Fuller, 1987 ; Fuller et al., 1986 ; Schiavi et al., 1995). L'importance du « contrat disulfiram » pour l'efficacité de la TCC n'a pas été montrée. D'ailleurs, une étude récente du projet CALM a remplacé le « contrat disulfiram » par un contrat de sobriété (O'Farrell & Fals-Stewart, 2000) semblable à celui utilisé avec les couples dont l'un des conjoints abuse de drogues. Deux études récentes portent sur la TCC qui comprend ce contrat de sobriété (Fals-Stewart, O'Farrell, & Hooley, 2001 ; Kelley et al., 2002). La première étude porte sur 71 hommes mariés alcooliques et montre que la TCC, avec le contrat de sobriété en combinaison d'un traitement individuel cognitif-comportemental (TICC), est plus efficace que le TICC et qu'une combinaison de cours psychoéducatifs destinés aux couples et du TICC seul (l'intensité des trois modalités est contrôlée), tant en pourcentage de jours d'abstinence qu'en matière d'ajustement conjugal (Kelley et al., 2002). La seconde étude a été réalisée auprès de 80 hommes mariés alcooliques et trouve des résultats similaires (Fals-Stewart, O'Farrell, & Birchler, 2001).

Quels sont les ingrédients permettant de prédire l'efficacité de la TCC ? Il semble que la durée du traitement ne soit pas si discriminante. Une étude montre que la TCC brève comprenant 6 sessions de couple et 6 sessions individuelles est aussi efficace que la TCC comprenant 12 ses-

sions de couple et 12 sessions individuelles (Fals-Stewart et al., 2001). Une autre étude auprès de 68 hommes alcooliques appuie le fait que les stratégies d'adaptation de la conjointe et l'ajustement marital permettent de prédire le succès thérapeutique, validant ainsi le cadre conceptuel sur lequel s'appuie la TCC (McCrary et al., 2002). Ainsi, une consommation d'alcool moins intense durant le traitement est prédite par une plus grande utilisation par l'épouse de stratégies de résolution de problèmes et de recherche de soutien social ainsi qu'une moins grande utilisation de l'auto-critique, de la pensée magique et de l'évitement (McCrary et al., 2002). Six mois après le traitement, l'intensité de la consommation d'alcool du conjoint alcoolique est prédite par son niveau de bonheur conjugal à la fin du traitement et par la qualité de la relation conjugale au début du traitement (McCrary et al., 2002).

En somme, le projet CALM est un programme très élaboré d'évaluation de l'efficacité de la TCC. Il est vrai que les critères d'efficacité utilisés par le projet CALM sont diversifiés et plus nombreux que les études d'efficacité des thérapies de couple pour d'autres problèmes de santé mentale tels les troubles de l'anxiété, la dépression, les désordres sexuels et la schizophrénie (Baucom et al., 1998). Cependant, tous les résultats sont obtenus par la même équipe de chercheurs, alors que des traitements similaires doivent s'être montrés utiles dans au moins deux études conduites par des chercheurs distincts pour que l'efficacité soit démontrée (Chambless et al., 1998). En effet, comme la revue de littérature de Baucom et coll.

(1998), nous ne considérons pas les deux études d'efficacité de McCrady et ses collaborateurs faisant partie du projet PACT (McCrady et al., 1986 ; McCrady, Noel, Abrams, & Stout, 1991) ainsi que son étude plus récente (McCrady et al., 2002) étant donné que la TCC n'a pas été comparée à un groupe contrôle ne recevant pas de thérapie de couple. Il serait important que d'autres équipes de chercheurs réalisent des études contrôlées sur l'efficacité de la TCC.

En outre, Halford (1998) souligne que l'état actuel des connaissances sur la TCC ne permet pas de suggérer des pistes sur la façon d'adapter nos interventions aux vulnérabilités individuelles de chacun des partenaires. La forte prévalence de comorbidité chez les personnes alcooliques et toxicomanes (Kessler, Crum, Warner, & Nelson, 1997) et le fait que les conjoints de ces personnes, par un principe d'appariement, tendent elles-mêmes à présenter des problèmes de substances et des psychopathologies diverses (Vitaro et al., 2004) est un fait établi. Il s'avère donc important d'investiguer davantage sur la façon d'adapter la TCC à ces clientèles et de déterminer si certains types de couples devraient plutôt recevoir un autre type de traitement. D'ailleurs, Fals-Stewart et ses collègues (1999) suggèrent que la thérapie de couple ne devrait pas être offerte aux couples dont les deux conjoints abusent de substances. De plus, il sera important d'explorer comment la TCC peut s'adapter aux réalités que vivent les femmes alcooliques, étant donné que l'influence de leur vie de couple sur leur trajectoire toxicomane diffère de celle des hommes (Wilsnack et al., 1995). Enfin, il

serait judicieux de comparer la TCC à différentes approches de thérapie de couple pour éventuellement explorer si un type de thérapie de couple est davantage approprié à certains types de clientèle (Halford, 1998).

Halford (1998) reproche à la TCC de ne pas suffisamment s'attarder aux variables liées au processus de changement comme la création de l'alliance thérapeutique et la perception subjective des conjoints quant à la cause de leurs difficultés de couple. Il propose que plusieurs autres approches de thérapie de couple gagneraient à être étudiées : 1) la thérapie de couple intégrée qui cible davantage l'acceptation émotionnelle mutuelle de chacun des conjoints en combinaison de la TCC (Christensen, Jacobson, & Babcock, 1995), 2) la thérapie de couple basée sur l'auto-régulation inspirée de la TCC, mais avec une emphase sur les changements individuels et auto-initiés pour chacun des partenaires (Halford, 2001) ; 3) la thérapie de couple axée sur les émotions qui vise à susciter le changement par des expériences émotionnelles réparatrices (Johnson & Greenberg, 1995), 4) la thérapie de couple orientée vers l'*insight* qui vise le changement par la compréhension des difficultés à la lumière de différents événements et expériences passées (Snyder, 2002). Seulement quelques recherches auprès de clientèles ne présentant pas de problèmes d'alcool documentent l'efficacité de ces approches pour lesquelles davantage d'études sont requises (Halford, 1998).

### 1.3.2 Lorsqu'un des conjoints abuse de drogues

Pour ce qui est des études sur l'efficacité des thérapies pour les couples dont l'un des conjoints abuse de drogues, les études se font aussi très rares (Epstein & McCrady, 1998 ; O'Farrell et al., 2000). Une méta-analyse récente (Stanton & Shadish, 1997) passe en revue toutes les études sur les traitements de couple et familiaux pour l'abus de drogue, éliminant celles pour lesquelles les participants n'étaient pas assignés au hasard aux conditions de traitement. Sur les 15 études contrôlées retenues, une seule évaluait une thérapie de couple (Fals-Stewart et al., 1996) alors que les autres portaient sur différents types de thérapies familiales pour adultes ou adolescents abusant de SPA. Depuis cette première étude testant la TCC auprès de couples dont le conjoint abuse de drogues, trois autres études contrôlées ont été réalisées, l'une portant sur 36 hommes en traitement de type méthadone (Fals-Stewart et al., 2001), l'autre ciblant 80 hommes présentant une dépendance aux opiacés (Fals-Stewart & O'Farrell, 1999, citée dans O'Farrell & Fals-Stewart, 2000) et la dernière portant sur 75 femmes abusant de drogues (Winters, Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, & Kelley, 2002). Les résultats tendent à montrer que l'ajout de la TCC au traitement individuel apporte des bénéfices.

Ainsi, la première étude porte sur 80 couples dont le mari reçoit un traitement individuel pour abus de drogues (Fals-Stewart et al., 1996). La moitié de l'échantillon bénéficie d'une thérapie de couple comportementale (TCC) intégrée à

leur thérapie individuelle, alors que l'autre moitié n'en reçoit pas. Les couples ayant participé à la TCC montrent une amélioration significativement supérieure aux autres sur une variété de mesures d'ajustement marital, différences qui s'effacent cependant après le premier suivi de trois mois. Ainsi, il serait intéressant de vérifier si la prévention de la rechute de O'Farrell (1993), adaptée à l'abus de drogues, pourrait permettre de maintenir les gains sur l'ajustement marital.

Pour ce qui est de la consommation de drogues, les maris ayant reçu la TCC tout au long du suivi de 12 mois rapportent moins de jours de consommation de drogues et des périodes d'abstinence plus longues après la fin du traitement que ceux ne l'ayant pas reçu. Des analyses subséquentes, à partir de cette même étude, révèlent que la TCC a permis à une plus grande proportion d'hommes toxicomanes de réduire significativement leur consommation de substances que ceux ayant reçu seulement le traitement individuel (34 % versus 25 %) (Fals-Stewart et al., 2000). Aussi, une proportion plus grande des maris ayant bénéficié de la TCC ont amélioré leur ajustement marital en comparaison à ceux ayant reçu uniquement la thérapie individuelle (25 % vs 14 %) (Fals-Stewart et al., 2000). De plus, une analyse des coûts et bénéfices a montré que cette TCC était plus économique que le recours seulement au traitement individuel (Fals-Stewart, O'Farrell, & Birchler, 1997). Enfin, toujours à partir de cette même étude, des analyses subséquentes révèlent que la TCC est supérieure à la thérapie individuelle pour diminuer l'occurrence de violence conju-

gale (Fals-Stewart, Kashdan, O'Farrell, & Birchler, 2002). En effet, alors que près de la moitié des couples rapportaient de la violence physique de la part de l'homme vis-à-vis la femme durant l'année précédant le traitement, cette proportion diminue à 18 % pour l'année suivant le traitement chez les couples ayant bénéficié de la TCC alors que celle-ci se situe à 43 % pour les autres couples (Fals-Stewart et al., 2002).

Quant à l'étude auprès des hommes en traitement de type méthadone, celle-ci montre que l'ajout de la TCC permet d'obtenir de meilleurs résultats au plan de la consommation de drogues durant le traitement, mais que cet avantage ne se maintient pas dans le temps (Fals-Stewart et al., 2001). Par ailleurs, ceux qui ont suivi la TCC présentent un meilleur ajustement marital tant durant qu'à la fin le traitement (Fals-Stewart et al., 2001). Dans l'étude auprès de 80 hommes en traitement pour leur dépendance aux opiacés, l'ajout de la TCC au traitement individuel a permis d'obtenir de meilleurs résultats au plan de la consommation de drogues un an plus tard (O'Farrell et al., 2000).

Enfin, la seule étude contrôlée portant sur la TCC chez des femmes abusant de substances suggère qu'elle pourrait bénéficier à cette clientèle (Winters et al., 2002). En effet, les femmes ayant reçu une combinaison de la TCC à des sessions individuelles, en comparaison à celles ayant uniquement reçu le traitement individuel, présentaient durant le suivi d'une durée d'un an : 1) moins de jours de consommation de drogues, 2) des périodes

d'abstinence plus longues, 3) des problèmes d'alcool, de drogues et familiaux moins graves et 4) une satisfaction conjugale plus élevée (Winters et al., 2002). Par contre, la supériorité de la modalité de traitement comprenant la TCC n'est plus significative au suivi d'un an pour deux de ces mesures, soit la satisfaction conjugale et le nombre de jours de consommation (Winters et al., 2002). Ce problème au plan du maintien des gains a été maintes fois souligné dans la littérature (McCrary et al., 1999) et des efforts supplémentaires doivent être fournis pour développer des méthodes permettant d'améliorer les résultats au long cours du traitement de la toxicomanie.

En somme, la TCC semble être une avenue intéressante pour améliorer l'efficacité des traitements des personnes toxicomanes qui font une demande d'aide et qui ont un(e) conjoint(e). Le maintien des gains à long terme demeure un défi et les approches visant la prévention de la rechute ayant été développées pour les personnes alcooliques devraient être adaptées aux personnes toxicomanes. Aussi, d'autres études doivent être réalisées auprès de femmes alcooliques et toxicomanes pour mieux saisir comment il faudrait adapter les interventions de couple à leur réalité. Une étude de cas canadienne faite auprès de huit femmes toxicomanes recevant une thérapie de couple en combinaison à un traitement individuel vise cet objectif (Trute, Docking & Hiebert-Murphy, 2001). Cette étude, qui combine des données quantitatives auto-rapportées et des entrevues qualitatives auprès des clientes et de leur intervenant, en vient à la conclusion que l'ajout d'une thérapie de

couple permet d'améliorer la satisfaction conjugale de ces femmes ainsi que leur soutien social de la part du conjoint, tel qu'elles le perçoivent. Les auteurs recommandent ce type d'intervention chez cette clientèle, lorsqu'il n'y a pas de violence conjugale ni de consommation de drogues de la part du conjoint (Trute et al., 2001). Enfin, aucune étude contrôlée ne permet de déterminer l'efficacité d'un autre type de thérapie de couple chez les personnes alcooliques et toxicomanes, ce qui inclut l'approche de thérapie de couple systémique. Davantage de recherches évaluant l'efficacité de diverses approches de thérapie de couple sont nécessaires.

### 2. APPROCHES SYSTÉMIQUES

Le modèle systémique de compréhension de la réalité conjugale ou familiale stipule la présence de deux forces régulatrices des systèmes. L'homéostasie est la tendance des systèmes relationnels à conserver un équilibre déjà atteint. Les membres d'une famille sont aussi poussés par des forces morphogéniques qui les incitent à se développer, à croître et à modifier le système familial de manière à pouvoir exprimer des aspects nouveaux de leur personne (Steinglass, 1985). La pathologie est un déséquilibre soit vers une trop forte recherche de stabilité de la famille (famille rigide) ou une de développement (famille chaotique).

Certains couples sont confrontés à des difficultés chroniques dans leurs capacités à acquérir un juste équilibre entre la stabilité et le développement. La consommation de SPA pourrait alors jouer un rôle de « solution » à ce déséquilibre. Le rôle

particulier de la consommation de SPA s'observera à travers la communication, les règles familiales, la gestion des routines, le contrôle, les frontières, etc.

#### 2.1 PHILOSOPHIE / OBJECTIFS

En plus des objectifs communs aux approches systémiques et comporte-entales déjà mentionnés précédemment, la thérapie de couple systémique (TCS) vise à modifier les séquences interactionnelles dysfonctionnelles maintenant la consommation de SPA. Elle se distingue cependant de l'approche comportementale par le fait que cette modification vise également à réorganiser le système suite à la sobriété afin de prévenir l'apparition d'un autre symptôme (Krestan & Bepko, 1988). Pour réorganiser le système, un certain nombre d'objectifs sont établis. On vise l'acquisition d'habiletés pour accroître l'intimité du couple et arriver à une définition claire des rôles de chaque conjoint (Krestan et al., 1988). On favorise le développement des habiletés de résolution de problème en vue d'aider le couple à se trouver une identité et à développer de nouvelles règles dans leur relation (Stellato-Kabat et al., 1996). On aide le couple à rétablir l'équilibre du pouvoir régulé de façon non appropriée par la SPA. Par exemple, il arrive fréquemment que le non-consommateur acquiert un certain pouvoir dans le couple étant donné que le conjoint toxicomane est considéré incompetent, mais ce dernier tend à détenir un certain pouvoir par son symptôme que son partenaire est impuissant à changer (Winn, 1995).

Les cibles de la TCS pourront varier selon les tâches développementales liées à différents cycles de vie (Stellato-Kabat et al., 1996). Par exemple, il pourrait être approprié d'aider de nouveaux parents à établir un équilibre entre leurs tâches familiales et à définir les moyens de répondre aux besoins de leurs enfants. Des objectifs liés à la famille d'origine du consommateur pourraient aussi être appropriés. Par exemple, la thérapie systémique de Winn (1995) pour les couples avec un conjoint toxicomane vise à changer les séquences inadaptées entre la famille d'origine et le couple, le couple étant perçu comme une force, comme un système s'étant formé dans une tentative d'individuation face à la famille d'origine. Cette thérapie de couple vise donc à construire des frontières autour du couple. En somme, les objectifs de la TCS visent la stabilisation et la réorganisation du système suite à l'abstinence.

### 2.2 INTERVENTION

#### 2.2.1 Évaluation

En plus des dimensions communes de l'évaluation mentionnées dans la description précédente de la thérapie conjugale comportementale pour l'abus de SPA, la thérapie de couple systémique (TCS) cible des dimensions et des concepts spécifiques. Ainsi, dans la TCS, l'interaction entre la vie de couple et la consommation de SPA est évaluée principalement à l'aide du concept de système alcoolique qui se définit comme l'ensemble des patrons d'interactions au sein d'une famille pour lesquels l'alcool est devenu le principal principe organisateur (Rohrbaugh, Shoham, Spungen, & Steinglass, 1995 ; Stein-

glass, 1992a). Notons que la notion de système alcoolique a été élargie à toute substance psychoactive par différents auteurs d'approche systémique (Stellato-Kabat et al., 1996 ; Wetchler, Nelson, McCollum, Trepper, & Lewis, 1994). Ainsi, pour évaluer si le couple constitue un système s'étant réorganisé autour de l'alcool ou de la drogue, le modèle systémique doit s'attarder à deux aspects de la vie familiale : 1) les comportements de régulation que la famille utilise pour structurer sa vie quotidienne, pour établir ses priorités et pour assurer sa stabilité et 2) la trajectoire de développement de la famille (Steinglass, 1992a). Les comportements de régulation de la famille comprennent les routines quotidiennes, les rituels (noël, vacances, heure du souper, etc.) et les stratégies à court terme de résolution de problème (Karpel, 1994 ; Steinglass, 1992a ; Stellato-Kabat et al., 1996 ; Van Bree, 1995). Il faut évaluer pour chacun de ces aspects jusqu'à quel point ces patrons de comportements ont été changés pour accommoder les demandes du conjoint abusant de SPA et jusqu'à quel point les patrons d'interaction sont liés au cycle de consommation de SPA/abstinence. La trajectoire de développement de la famille au cours des différents cycles de vie constitue également une cible d'évaluation importante (Krestan et al., 1993 ; Steinglass, 1992a ; Stellato-Kabat et al., 1996). Par exemple, chez un jeune couple, la tâche développementale que constitue l'instauration de l'intimité peut d'abord être facilitée par la consommation de SPA (Stellato-Kabat et al., 1996). Le génogramme (McGoldrick, Gerson, & Shellenberger, 1999) permet

d'évaluer ces enjeux de façon multigénérationnelle (Krestan et al., 1993).

### 2.2.2 Intervention

Les thérapies de couple systémiques (TCS) sont beaucoup moins structurées que les thérapies de couple comportementales. L'accent est mis sur les objectifs d'intervention plutôt que sur les stratégies d'intervention, bien que certaines méthodes soient décrites par quelques auteurs. Il y a d'abord la thérapie conjugale pour couples alcooliques de Zweben et ses collaborateurs (1988) (8 sessions de 90 minutes) qui est présentée dans une étude d'efficacité (Zweben et al., 1988). Ces auteurs qualifient leur thérapie de systémique puisque l'abus d'alcool est conceptualisé, dans une perspective systémique, comme ayant des conséquences adaptatives ou fonctionnelles pour le couple. Ainsi, le thérapeute lie le problème de consommation aux dynamiques interactionnelles du couple. Cependant, les méthodes d'intervention, qui ne sont que sommairement décrites, semblent très proches des thérapies comportementales présentées ci-dessus : suggérer des habiletés de communication et de résolution de problème plus efficaces et donner des tâches spécifiques à la maison pour les aider à adopter les nouvelles habiletés reliées aux buts du traitement ; mettre l'accent sur le contexte interpersonnel dans lequel la consommation a lieu et sur la nécessité pour les deux conjoints de travailler ensemble à changer la consommation d'alcool et d'autres problèmes de la vie quotidienne. La seule différence semble être que les habiletés ne sont pas pratiquées durant les sessions, contrairement

aux thérapies de couples comportementales.

La thérapie de couple systémique pour personnes alcooliques de Van Bree (1995) comprend des interventions selon le stade où se trouve le couple dans son processus de réhabilitation. Lorsque la consommation d'alcool est encore présente, les auteurs suggèrent de faire les liens cognitifs entre le problème présenté et l'alcool, d'éduquer sur l'alcool et l'alcoolisme, de référer aux AA et Al-non ainsi que d'aider le début du processus de différenciation du couple typiquement enchevêtré (Van Bree, 1995). Pour cette dernière suggestion, Van Bree (1995) recommande d'amener les individus à prendre en main leurs responsabilités en utilisant les techniques de counselling avec lesquelles le thérapeute est le plus à l'aise, sans en préciser aucune. Lors de la transition vers l'abstinence, le thérapeute doit être très flexible pour s'adapter aux besoins du couple. Il se peut qu'il ait à discuter des peurs concernant la rechute, à centrer l'attention sur des problématiques individuelles et sur la gestion individuelle du stress et à enseigner aux individus des habiletés de réduction de stress et de gestion des conflits. À ce stade, les interventions destinées à renforcer le couple sont évitées (Van Bree, 1995). Puis, au début de la période d'abstinence, le thérapeute enseigne des habiletés de communication et de résolution de problème, tout en maintenant et supportant la structure actuelle du couple. L'accent sur le moment présent est encouragé. Cette période de stabilisation peut durer de 3 à 5 ans avant que s'amorce la réorganisation. Ensuite, la thérapie de couple s'apparente alors, selon

Van Bree (1995), à n'importe quelle thérapie de couple où l'abus de substance n'est pas un problème : continuation de l'enseignement des habiletés, emphase sur l'exploration et la découverte de sentiments et sur les blocages du passé qui ont un impact sur la relation actuelle, acceptation du passé, gestion des problèmes liés à la famille d'origine, besoins d'intimité et création d'un équilibre entre l'intimité et la distance émotionnelle et physique. Certains de ces points sont cependant très loins des objectifs visés par la TCC.

La thérapie brève (12 sessions) de couple systémique (TCS) pour femmes alcooliques (Wetchler, Nelson, McCollum, Trepper, & Lewis, 1993), ayant aussi été appliquée pour une étude de cas avec une femme héroïnomane (Wetchler & DelVecchio, 1995), propose un protocole d'intervention plus défini. Les premières interventions sont de nature comportementales : altération des séquences relationnelles inadaptées après les avoir mises en acte en thérapie, entraînement aux habiletés de communication et de résolution de problème, etc. Ensuite, par des interventions de nature empathique et cognitive, le thérapeute rend explicite le lien entre les séquences relationnelles actuelles et les patrons familiaux passés. Cette compréhension des antécédents historiques de leurs problèmes peut soulager le couple de leur sentiment d'échec personnel (cette stratégie est à nouveau très différente de celles employées dans les TCC). À la fin de la thérapie, les gains sont mis en lumière et les impacts d'un changement continu sont anticipés.

En somme, on constate que les thérapies de couple systémiques peuvent varier considérablement en terme de durée et de stratégies d'intervention, ces stratégies étant rarement décrites de façons détaillées.

### 2.3 LES ÉTUDES D'EFFICACITÉ

Il existe un grand vide au niveau des études d'efficacité de la thérapie de couple systémique pour les couples dont l'un des membres est alcoolique ou toxicomane, alors que la littérature théorique et clinique sur ce type de thérapie est assez élaborée. La recherche de Zweben et coll. (1988), la seule étude contrôlée évaluant la TCS auprès des couples dont l'un des conjoints est alcoolique (n=102), en arrive à la conclusion que la TCS n'est pas plus efficace qu'une seule rencontre de couple de nature informative. Le manque d'informations à ce sujet ne permet pas de conclure quant à l'efficacité de la thérapie de couple systémique auprès des couples dont l'un des membres est alcoolique ou toxicomane.

### 3. CONCLUSION

En somme, la pertinence clinique et l'efficacité de l'intervention conjugale auprès des couples dont l'homme abuse d'alcool et/ou de drogues est bien documentée, particulièrement en ce qui a trait à la thérapie de couple comportementale (TCC). La supériorité des traitements qui incluent une composante conjugale par rapport à d'autres modalités de traitement met en relief l'importance d'utiliser ce puissant levier d'intervention que constitue le système conjugal. Par ailleurs, plu-

## Chapitre IV : Thérapie conjugale et toxicomanie

---

sieurs questions demeurent sans réponse. Voyons les avenues de recherche qui se dessinent dans le domaine de la thérapie de couple destinée aux couples dont un conjoint abuse de SPA.

D'abord, l'efficacité de la TCC gagnerait à être évaluée de nouveau par des équipes de chercheurs indépendants du projet CALM et avec des échantillons cliniques plus variés. Ces études pourraient demander l'élaboration de thérapies de couple adaptées à différentes problématiques : abus de SPA par la conjointe féminine, abus de SPA par les deux conjoints, comorbidité avec un trouble de santé mentale, violence conjugale, etc. Nous ne croyons pas qu'il soit judicieux de tester exactement le même traitement avec une variété de couples ayant des besoins différents.

Aussi, il serait intéressant de faire des recherches pour déterminer les composantes du traitement qui sont efficaces. Par exemple, quel pourcentage de la variance du changement thérapeutique est attribuable à diverses techniques comme les habiletés de communication ou la résolution de problème ? Dans l'avenir, nous suggérons aussi que le bien-être individuel et la détresse personnelle des deux conjoints soient mesurés dans le cadre de ces études d'efficacité. Les effets de ces interventions sur la violence conjugale et sur le bien-être des enfants constituent d'autres avenues de recherche intéressantes.

L'efficacité des thérapies de couple systémiques auprès de couple dont l'un des membres abuse de SPA a clairement be-

soin d'être évaluée empiriquement. Un autre défi serait de développer des instruments de mesure valides qui tiennent compte des cibles de traitement spécifiques à cette approche. Également, d'autres approches de thérapie de couple montrées efficace dans d'autres contextes, comme la thérapie de couple axée sur les émotions (Johnson et al., 1995) gagneraient à être davantage étudiées auprès des couples dont l'un des conjoints présente un trouble lié aux SPA.

Par ailleurs, les études d'efficacité des thérapies de couples doivent viser plus de spécificité : quand et sous quelles conditions, des types particuliers de thérapie de couple seront efficaces (Lebow & Gorman, 1995) ? Cette affirmation s'applique tout à fait pour les thérapies de couple dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

De plus, l'étude des facteurs non spécifiques au traitement pouvant influencer le succès thérapeutique serait grandement utile. En effet, les études dans divers domaines d'intervention établissent que les techniques d'intervention ne comptent que pour une très faible partie de la variance du succès thérapeutique en comparaison, par exemple, à la relation thérapeutique entre le client et son intervenant (Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004). En ce sens, deux études réalisées auprès de couples ayant participé à une TCC ont mesuré les variables prédictrices de l'attrition en traitement : l'expérience du thérapeute et diverses caractéristiques personnelles des couples se sont avérées significatives (Epstein, McCrady, Miller, & Steinberg, 1994 ;

Noel, McCrady, Stout, & Fisher Nelson, 1987). En fait, c'est tout un domaine d'étude qui s'ouvre, soit celui des facteurs communs, ou non spécifiques, aux thérapies visant les couples aux prises avec l'abus de SPA qui permettent de prédire le succès thérapeutique. Ces études pourraient aussi permettre de mettre au point des traitements plus intégrés qui tiennent compte d'un ensemble de connaissances.

L'amélioration des approches conjugales passe également par l'élaboration de modèles d'intervention favorisant un succès thérapeutique qui se maintient au long cours. En effet, nous avons vu dans le présent document que le succès thérapeutique tend à diminuer avec le temps, problème aussi fréquemment rencontré pour les thérapies de couples en général (Lebow et al., 1995). Nous avons constaté que l'ajout d'un module de prévention de la rechute (PR) peut donner de bons résultats (O'Farrell et al., 1998) avec des couples dont le conjoint est alcoolique. D'autres études doivent permettre d'enrichir nos connaissances sur les techniques pour maintenir les gains obtenus en thérapie de couple.

Enfin, il serait important de faire des études sur les effets de détérioration et sur les conditions qui peuvent mener des clients à se détériorer suite à une thérapie de couple. Presque aucune donnée n'est disponible à ce moment-ci pour les couples dont un conjoint abuse de SPA. Des études permettant de comprendre le processus par lequel une thérapie visant le couple ayant des problèmes liés aux SPA peut amener de bons ou de mauvais résultats chez les deux conjoints enrichiraient notre connaissance. En ce sens, des chercheurs ont tenté de comprendre le processus pouvant mener à la rechute suite à la TCC chez l'homme alcoolique par une tierce variable, l'efficacité personnelle (McKay, Maisto, & O'Farrell, 1993) et avec une analyse qualitative des raisons que l'alcoolique attribue à sa rechute (Maisto, O'Farrell, Connors, McKay, & Pelcovits, 1988). Ces études de processus et qualitatives doivent être enrichies et non seulement dirigées vers l'homme qui abuse de SPA, mais vers la femme qui en abuse ou vers le conjoint qui n'en abuse pas.

### Chapitre V : Thérapie familiale et toxicomanie chez l'adolescent

Lors des chapitres précédents, nous nous sommes intéressés à deux champs de l'intervention s'appuyant sur la famille : l'intervention auprès de conjointes et de parents de toxicomanes non-volontaires à changer leurs habitudes de consommation de substances et l'intervention conjugale auprès de couples dont l'un des membres abuse de SPA. L'ensemble de ces interventions concernent les adultes toxicomanes et couvrent passablement bien le champ de l'intervention s'appuyant sur la famille auprès de ce groupe d'âge. Cependant, nous n'avons pas abordé la question du traitement familial des adolescents toxicomanes. Les traitements s'appuyant sur la famille (*Family-based treatments*) sont jusqu'à maintenant reconnus comme étant parmi les traitements les plus efficaces de l'abus de substances psychoactives chez l'adolescent (Rowe & Liddle, 2003 ; Williams & Chang, 2000). Dans leur recension des études d'efficacité du traitement de l'abus de substances chez l'adolescent, Williams et Chang (2000) notent qu'il est clair que la présence de traitement est supérieure à l'absence de traitement mais qu'il n'y a pas encore suffisamment d'études montrant la supériorité d'un type de traitement par rapport aux autres. Une seule exception existe toutefois, les traitements s'appuyant sur la famille sont supérieurs aux autres (Williams et al., 2000). Le *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) inclut, dans ses recommandations, le recours à la thérapie s'appuyant sur la famille comme intervention de choix auprès des adolescents abusant de SPA (AACAP, 1997).

Le chapitre actuel portera donc uniquement sur le traitement familial de la toxicomanie chez l'adolescent. Quatre traitements s'illustrent par l'état passablement avancé de leur développement et des études d'efficacité qui ont été menées. Les traitements présentés sont le *Multidimensional Family Therapy* (MDFT) (Liddle & Hogue, 2001), le *Multisystemic Therapy* (MST) (Randall, Henggeler, Cunningham, Rowland, & Swenson, 2001), le *Brief Strategic Family Therapy* (BSFT) (Szapocznik, Hervis, & Schwartz, 2003) et le *Adolescent Community Reinforcement Approach* (ACRA) (Godley et al., 2001) qui est l'adaptation, pour les adolescents qui abusent de SPA, d'un des traitements les plus efficaces de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez l'adulte.

#### 1. MULTIDIMENSIONAL FAMILY THERAPY (MDFT OU TFMD)

La thérapie familiale multidimensionnelle, ou *Multidimensional Family Therapy*, qui sera identifiée dans le texte par son acronyme français, soit TFMD, a été développée principalement par Howard E. Liddle (École de médecine, Université de Miami). La TFMD est un traitement familial, de type externe (mais pouvant être appliqué dans le cadre d'un traitement à l'interne), développé pour le traitement des adolescents référés pour problèmes d'abus de substances et problèmes de comportements (Liddle, 2002b). Ce modèle, dont l'efficacité a été démontrée par diverses études, fait partie d'une nouvelle génération de traitements pour abus de SPA chez les adolescents basés sur des

approches globales, multi-dimensionnelles, découlant de modèles théoriques (Liddle, 2002b). Les auteurs se sont inspirés et continuent de puiser à un nombre imposant de travaux de recherche portant sur l'adolescent et son développement (Liddle et al., 2000), sur les habiletés parentales (Liddle et al., 1998) et sur le rôle des liens d'attachement dans la relation parents-adolescent (Liddle et al., 2002).

### 1.1 PHILOSOPHIE / OBJECTIFS

La TFMD s'inscrit dans une perspective développementale. Les thérapeutes doivent comprendre pourquoi le développement de l'adolescent a pris une trajectoire déviante pour ensuite envisager des pistes d'intervention favorisant un retour à son cours développemental normal (Liddle et al., 2000). Ainsi, les comportements problématiques sont définis comme des déviations du développement normal de l'adolescent. La TFMD s'appuie également sur les données de recherche concernant les facteurs de risque et de protection connus dans le domaine de l'abus de SPA. Ces facteurs sont issus des sphères individuelles, familiales, de la relation aux pairs, du climat scolaire, de la vie de quartier, mais aussi de dimensions sociales.

La TFMD comporte plusieurs composantes dont de la psychothérapie individuelle. La psychothérapie individuelle, à l'origine de type comportementale cognitive, est aussi inspirée du modèle de Carl Rogers centré sur le client (Rogers, 1951). Pour ce qui est de la psychothérapie familiale, Liddle dit avoir puisé largement dans

les modèles structuraux (Minuchin, 1974) et stratégique (Haley, 1976) et c'est pourquoi le premier nom donné à l'approche fut la *Thérapie familiale structurelle-stratégique*.

Les objectifs généraux du traitement sont l'abstinence de SPA ou la réduction importante de l'utilisation de SPA et le développement de liens interpersonnels ou de participation à des activités à caractère constructif pour soi et l'environnement social. L'ensemble des objectifs à court, moyen et long terme sont toujours perçus comme des sous-objectifs de ces objectifs généraux. Ainsi, un des sous-objectifs de la TFMD est de modifier les relations parents-adolescents afin de les rendre plus saines en fonction d'un continuum développemental et d'améliorer le climat familial général.

#### 1.1.1 Concepts clés

- La famille est le contexte premier de la formation d'une identité saine et du développement du moi.
- L'influence des pairs est contextuelle : il y a un effet d'interaction entre l'influence des relations familiales et celle des pairs déviants, les relations familiales pouvant avoir un effet tampon, c'est-à-dire protéger le jeune de l'effet négatif de la présence de pairs déviants.
- Les adolescents ont besoin de développer une relation d'interdépendance avec leurs parents plutôt qu'une relation de séparation émotionnelle.
- La TFMD cible donc la famille comme fondement de l'intervention tout en favorisant simultanément le développement

de processus sains dans plusieurs aspects de la vie de l'adolescent.

- La TFMD cible systématiquement six domaines de la vie de l'adolescent : l'utilisation de SPA, le développement de l'identité et de l'autonomie, les relations aux pairs et leur influence, l'attachement aux institutions sociales, les questions ethniques, la sexualité et la santé.
- Tant le monde intrapsychique (cognitions et émotions) que relationnel (les patrons transactionnels entre les membres de la famille, les pratiques parentales, etc.) sont visés. L'intervention visera autant de domaines problématiques que nécessaire. En effet, de multiples facteurs de risque et un réseau de déterminants biopsychosociaux ont favorisé le développement de la toxicomanie et son maintien chez l'adolescent et c'est pourquoi une large portion de ces dimensions doit être ciblée pour un changement efficace.
- La puissance des forces en jeu, dans le développement et le maintien de l'abus de SPA chez l'adolescent, commande que le thérapeute puisse investir suffisamment de temps dans chaque situation clinique. Pour ce faire, des études démontrent que la charge de cas de même que la présence de supervision clinique de qualité ont été reliées au succès thérapeutique (Schoenwald et al., 2000b). L'intervenant peut prendre beaucoup de temps à organiser une rencontre entre la direction d'école et l'adolescent, travailler à le réinsérer dans un milieu de travail, etc.
- Les tentatives d'instaurer des stratégies de résolution de problèmes ne pourront fonctionner sans qu'un niveau d'attachement et de communication adaptés à la phase développementale de l'adolescent

soit atteint dans la relation parents-adolescent (Doane, Hill, Jr., & Diamond, 1991). De fait, il est probablement difficile pour des parents d'être intéressés à développer de nouvelles habiletés parentales si leur investissement émotionnel dans leurs rôles parentaux est faible.

### 1.1.2 Les principes

Les principes de base de la TFMD sont multiples et les mêmes que ceux régissant les types d'intervention utilisés (voir section 1.2) :

1. L'abus de drogues chez l'adolescent est un phénomène multidimensionnel ;
2. Les situations problématiques procurent de l'information et des opportunités de changement et/ou d'apprentissage ;
3. Le changement est multidéterminé, composé de multiples facettes ;
4. Le degré de motivation est variable et influençable ;
5. La relation thérapeutique est une relation axée sur l'obtention de résultats communément ciblés (relation de travail thérapeutique) ;
6. Les interventions sont spécifiques à chaque adolescent ;
7. La planification et la flexibilité sont deux côtés de la même médaille ;
8. Le traitement se déroule en phase mais la continuité doit être conservée entre celles-ci ;
9. La responsabilité du thérapeute est très importante ;

10. L'attitude du thérapeute est essentielle pour le succès ;
11. Le thérapeute est « l'avocat » tant de l'adolescent que des parents :
  - Il est optimiste mais non naïf ;
  - Sa sensibilité aux sources d'influence environnementales ou sociales stimule la recherche d'idées au plan de l'intervention (au lieu de lui procurer des excuses pour expliquer le non changement) ;
  - À titre d'outil de changement, il sait que son fonctionnement personnel peut faciliter ou nuire à son travail.

### 1.2 LE TRAITEMENT

#### 1.2.1 Les quatre modules

La TFMD est moins une thérapie familiale qu'une thérapie fondée sur la famille. Ainsi, plusieurs interventions ne ciblent pas directement la famille. Les auteurs disent intervenir auprès de quatre types d'individus ou de groupes d'individus, ou encore auprès de quatre sous-systèmes appelés modules : l'adolescent, les parents (rencontrés seuls ou ensemble), la famille où sont particulièrement ciblés les patrons transactionnels et les sous-systèmes extra-familiaux tels que l'école, le système judiciaire, les groupes d'amis, etc. Le degré d'investissement et de temps accordé à chaque module varie selon les besoins de chaque adolescent et de son système familial. Ainsi, par exemple, avec certains parents lourdement affectés par une multitude de problèmes de vie (monétaire, emploi, toxicomanie, santé mentale, etc.),

plus d'importance sera accordée à l'intervention individuelle (avec les parents et l'adolescent pris séparément) afin de maximiser les capacités de chacun à prendre soin de lui-même.

Les rencontres individuelles précèdent les rencontres familiales et servent, entre autres, à préparer l'adolescent et ses parents à se parler, au cours des rencontres familiales, des thèmes pertinents pour eux.

#### Module 1 ou le sous-système de l'adolescent

De façon générale, lors de l'intervention auprès de l'adolescent, le thérapeute présente la thérapie comme un processus de collaboration, cherchant à définir des objectifs significatifs pour l'adolescent. Le thérapeute tente de susciter de l'espoir en accentuant l'importance de l'autodétermination de l'adolescent et en se présentant comme un allié. Le thérapeute aide l'adolescent à :

- Apprendre au sujet de ses patrons émotionnels et cognitifs ;
- Mieux communiquer avec ses parents et autrui ;
- Résoudre plus efficacement ses problèmes relationnels ;
- Contrôler ses accès de colère et le monde de ses impulsions ;
- Améliorer ses compétences sociales.

Le thérapeute aide l'adolescent à développer des alternatives constructives et appropriées au plan développemental, à la consommation de SPA. Le thérapeute aborde évidemment directement les questions de recours aux SPA, procède à une analyse fonctionnelle de la consommation de SPA. Lors des rencontres individuelles

le thérapeute évalue le fonctionnement, les compétences et la réalité de vie de l'adolescent dans les sphères biopsychosociales. Il favorise l'expression des pensées et émotions au sujet d'aspects importants de la vie de l'adolescent et organise des opportunités de transiger avec ces thèmes évoqués dans différents contextes interpersonnels cruciaux (famille, école, travail, pairs).

### **Module 2 ou le sous-système des parents**

L'intervention auprès des parents vise, de façon ultime, à améliorer l'engagement et l'attachement des parents envers leur adolescent. Pour ce faire, le thérapeute utilisera les rencontres avec les parents pour aborder leurs frustrations et leur désespoir. Il tentera de comprendre leurs croyances et émotions au sujet de leurs rôles de parent. Il évaluera leurs compétences parentales afin d'accroître leurs connaissances et habiletés au sujet des pratiques parentales les plus efficaces (e.g., fixer des limites, superviser, donner un niveau approprié d'autonomie). Le thérapeute aidera également les parents à prendre soin d'eux et à mieux gérer leurs relations avec les autres institutions lorsque nécessaire.

### **Module 3 ou le sous-système des interactions familiales**

Le but de l'intervention dans ce sous-système est de favoriser un environnement familial facilitant un sain développement de l'adolescent. Les patrons transactionnels parents-adolescents sont un domaine facilement accessible et procurant des leviers efficaces de changement où l'on peut réduire les facteurs de risque,

les processus inadaptés et promouvoir la reprise d'un processus développement adaptatif.

Le thérapeute utilise les rencontres individuelles pour cibler et travailler les thèmes cruciaux pour améliorer les transactions familiales. Les mises en situation et les pratiques *in vivo* sont largement utilisées pour modifier les interactions. Les rencontres individuelles peuvent également être utilisées après les rencontres familiales pour revenir sur un thème, améliorer les habiletés individuelles au regard d'un domaine, etc. Les thèmes à aborder sont prédéterminés avec les participants et ce, dans un ordre de priorités. Le thérapeute travaille graduellement, recourant à des approximations successives des meilleures façons de voir et penser les liens entre les individus et la famille. Le thérapeute travaille au développement des habiletés des participants : il établit un agenda de travail, crée une entente au sujet de buts tout en étant attentif à des contenus émergeant en cours de travail (affectifs et cognitifs). Il centre le travail sur la cible, module les interactions et aide à les terminer pour ensuite favoriser la transition vers une autre cible.

### **Module 4 ou le sous-système extra-familial**

Le but du travail avec les personnes et institutions extra-familiales est de créer des opportunités d'interactions constructives. Parfois, elles servent à éliminer des barrières au traitement ou encore à coordonner les actions des diverses instances en jeu.

Il est important de noter que parfois le travail auprès de l'adolescent et de sa fa-

mille n'est pas suffisant et qu'il est alors nécessaire de travailler à modifier le contexte de vie ou les autres interactions vécues par la famille et l'adolescent. On parle alors de gestion de cas ou de « *case management* ».

Dans ce module, le thérapeute tient compte des multiples systèmes, identifie les sources d'influences positives et négatives, porte une attention particulière au rôle de la communauté, travaille activement à améliorer le lien avec le système scolaire, tente de mobiliser un système de soutien pour les parents. Il tente de conserver des liens entre ses interventions dans le monde intrapersonnel, intrafamilial et extra-familial. Il organise des rencontres avec les membres de l'école, du système judiciaire et du travail, lorsque nécessaire, tout spécifiquement au début du processus. Par exemple, l'intervenant d'un jeune suspendu à répétition de son école pourrait choisir d'intervenir auprès de la direction d'école pour mettre en place une stratégie efficace favorisant la réussite scolaire du jeune et une meilleure gestion de ses comportements problématiques.

### 1.2.2 Les trois phases

L'intervention dans chacun de ces modules traverse trois phases :

#### **Premier stade : établir les fondations**

Lors de ce premier stade, le thérapeute tente de créer un nouveau système où il est inclus dans la famille, de manière à travailler ensemble à des buts communs. Il facilite le développement de l'alliance thérapeutique en facilitant le sentiment

d'accueil pour chacun des participants. Il explique les composantes du programme et aide les participants à voir comment ils peuvent bénéficier de la thérapie. Il peut, entre autres, demander aux participants de parler de leurs expériences préalables de traitement afin de découvrir leurs attentes. Le thérapeute aborde les motifs et circonstances spécifiques ayant suscité cet épisode de consultation afin d'identifier les points de coopération et de résistance et développer des attentes réalistes vis-à-vis le traitement. Il rappelle aux participants que l'investissement intensif est la norme dans ce type d'intervention et les situe au sujet de la durée probable de l'intervention.

Le thérapeute utilise les crises (échecs scolaires, conflits familiaux, placements, abus de SPA, arrestations, etc.) à titre d'occasions pour mobiliser les forces positives des participants, i.e. des événements pouvant créer une centration sur des objectifs thérapeutiques acceptables pour l'usager qui, en d'autres circonstances, les aurait refusés. Le thérapeute utilise la détresse des participants pour favoriser l'augmentation de leur motivation à changer. Il est, entre autres, sensible aux sentiments de désespoir et travaille à créer des attentes positives envers des solutions alternatives, dont entre autres l'idée que la trajectoire de consommation de drogues peut être modifiée, que la vie familiale peut changer et que le poids vécu par les parents peut être diminué.

Le thérapeute identifie les thèmes associés au sens, au cœur de relations spécifiques. Les thèmes orientent vers le sens des

comportements, des émotions ou des événements répétitifs.

### **Deuxième stade : susciter l'action et le changement en travaillant les thèmes importants**

Le thérapeute agit afin de mobiliser les troupes. Il place les balises ou ancrages guidant l'intervention (souvent un choix entre la destruction ou la vie). Le thérapeute se demande : « Quelles sont les aspects manquants de la vie de l'adolescent et de sa famille ? Quelles sont les activités quotidiennes spécifiques ou les processus intrapersonnels, interpersonnels qui pourraient renverser le courant développemental destructeur actuel ? » Il travaille avec les domaines les plus facilement accessibles en premier, mais à ce stade, devient plus actif pour contrer l'évitement de ces domaines ou sphères de vie négligés et diriger les participants vers des alternatives plus constructives. Ces domaines plus accessibles peuvent être la porte d'entrée pour aborder d'autres aspects, tout particulièrement la consommation de drogues, discussion souvent évitée par les adolescents. Le thérapeute approfondit les thèmes précédemment identifiés et lie les événements, émotions, comportements et cognitions entre-eux, et ce, à travers les différents systèmes.

### **Troisième stade : sceller les changements et terminer**

Ce stade est tout particulièrement important lorsque le traitement est limité dans le temps. Toutefois, peu importe les circonstances, le thérapeute doit aider les participants à constater ce qui a été accompli et ce qui reste à faire. Le thérapeute se rappelle qu'il sort du système familial mais que les membres eux, y restent. C'est

pourquoi il accorde de l'importance aux succès dans tous les domaines de vie à titre de ressources pour faire face à de nouvelles crises. Le thérapeute se rappelle que d'avoir aidé un adolescent à arrêter sa chute vers une inadaptation plus sévère, à réduire l'influence d'un réseau de pairs déviants ou à réduire le fossé de la désaffiliation envers l'école et d'autres institutions, incluant la famille, sont des réussites importantes. En ce sens, le thérapeute évite le perfectionnisme dans l'atteinte des buts du traitement.

### **1.2.3 L'évaluation**

L'évaluation des multiples domaines du fonctionnement de l'adolescent et de sa famille n'est pas accomplie en une session ou deux. Elle se déroule au cours de plusieurs rencontres systématiquement organisées avec chacun des membres de la famille seul, avec la famille entière et la famille élargie si nécessaire et avec les parents et l'adolescent ensemble.

### **1.2.4 La durée des rencontres et des services**

La durée du traitement est variable d'une expérimentation à l'autre (12 semaines dans le cadre du *Cannabis Youth Treatment*) mais à raison de deux ou trois rencontres par semaine ; on retrouve des traitements qui durent 16 sessions réparties sur cinq mois ; dans une autre étude, un nombre flexible de rencontres, oscillant entre quatre et 25). Les contacts sont plus fréquents au cours des deux premiers mois. Son intensité, soit le nombre d'heures de contacts par semaine est également flexible et est adapté aux besoins de l'utilisateur, tels qu'évalués par le thérapeute.

### 1.2.5 Le lieu du traitement

La plupart des rencontres ont lieu au centre de traitement (les rencontres individuelles avec l'adolescent et les parents, les rencontres familiales et les rencontres avec d'autres personnes significatives). Cependant, le lieu des rencontres peut varier, tout particulièrement au début du processus ou lors des moments de crise (à l'école, à la cour ou à l'occasion en d'autres lieux tels le restaurant, le cinéma, ou suivre l'adolescent dans une « visite guidée » de son quartier). Le contact téléphonique est largement encouragé pour poursuivre l'intervention, aider à régler des problèmes, tout particulièrement liés aux objectifs thérapeutiques, intervenir auprès des personnes significatives, etc. Liddle (2002) insiste pour ne pas se laisser limiter par les traditions thérapeutiques afin de répondre aux besoins des adolescents présentant de multiples problématiques et de leur famille.

### 1.2.6 Pré-requis pour les intervenants

La plupart des thérapeutes dans la TFMD ont une formation de niveau maîtrise ou doctorale. Il est utile que le thérapeute ait une familiarité avec la thérapie familiale et systémique. Le thérapeute doit accepter de travailler dans un modèle de gestion de cas (*case manager*) tout en menant des interventions thérapeutiques traditionnelles. Une expérience préalable avec des adolescents abusant de substances et ayant des comportements délinquants est préférable.

### 1.3 QUELQUES ADAPTATIONS DE LA TFMD

Les auteurs ont tenté diverses adaptations de la TFMD. On note, entre autres, que la TFMD peut s'adapter à des individus issus de contextes culturels divers (Becker & Liddle, 2001), à la réalité des mères monoparentales et de leur adolescent abusant de substances (Becker et al., 2001). Les auteurs constatent qu'auprès de ces dernières, il est important d'accorder plus d'attention aux besoins individuels de la mère, l'aidant à trouver un juste équilibre entre le fait de prendre soin de soi et de son enfant et ainsi être en meilleure posture pour résoudre les impasses relationnelles (Becker et al., 2001).

Ils ont également développé une intervention préventive, nommée « *Multidimensional Family Prevention* » et utilisée auprès de familles où l'adolescent a été identifié comme étant à risque (Becker, Hogue, & Liddle, 2002 ; Liddle & Hogue, 2000). Contrairement à une intervention psychothérapeutique, ce n'est pas la famille qui loge une demande d'aide, mais l'intervenant qui invite la famille à consulter. Cette application semble tout à fait intéressante pour les éducateurs en prévention de la toxicomanie qui justement travaillent auprès de jeunes, en milieu scolaire, qui ont été identifiés comme ayant des difficultés avec leur consommation de SPA. Les premiers résultats d'évaluation de l'efficacité de cette approche préventive sont intéressants (Hogue, Liddle, Becker, & Johnson-Leckrone, 2002).

### 1.4 LES ETUDES D'EFFICACITE

Liddle et ses collègues (2001) ont comparé la TFMD à une thérapie de groupe et une intervention éducative auprès de la famille dans le traitement des adolescents abusant d'alcool ou de marijuana (Liddle et al., 2001). Douze mois après le début du traitement, la TFMD permet la réduction de la consommation d'alcool et de drogues de façon supérieure aux autres traitements. Elle permet également de réduire l'agir impulsif (mais de façon équivalente aux autres traitements) (Liddle et al., 2001). La TFMD ne semble pas permettre l'amélioration de la performance scolaire ni des compétences familiales globales, pas plus d'ailleurs que les autres interventions utilisées (Liddle et al., 2001). Il faut cependant noter que d'autres études permettent d'observer une amélioration des habiletés parentales des parents participants à la TFMD et que cette amélioration a été associée à une réduction de la consommation de SPA chez leur adolescent (Schmidt, Liddle, & Dakof, 1996).

Une autre étude menée auprès d'adolescents afro-américains traités, pour abus de substances, compare le traitement sous le mode individuel ou à l'aide de la TFMD (en modèle non intensif, i.e. une rencontre par semaine, pendant 12 semaines) (Liddle, 2002a). Les deux modalités permettent la réduction de la consommation de marijuana et d'autres drogues de même que la réduction des symptômes tant de type externalisés qu'internalisés. Le suivi post-traitement met en évidence une meilleure efficacité de l'intervention familiale dans le maintien des gains théra-

peutiques à plus long terme (Liddle, 2002a).

Le *Cannabis Youth Treatment* (CYT) (Dennis et al., 2002) est probablement une des études les mieux ficelées permettant de comparer le TFMD à d'autres interventions (entrevue motivationnelle combinée à une intervention comportementale cognitive – MET/CBT5- et le *Community Reinforcement Approach for Adolescents* - ACRA) auprès de jeunes pouvant bénéficier de services externes (les adolescents manifestant une problématique d'abus de SPA nécessitant des soins internes ont été exclus de l'étude, soit 20 % des jeunes évalués). 300 adolescents, référés pour abus de cannabis, ont été orientés au hasard dans les trois traitements (100 par groupe). On y apprend que la TFMD permet d'offrir 14 heures de services et coûte, par épisode de soins, 2 000 \$ US alors que le « ACRA » offre 11 heures de soin et coûte 1 500 \$ US par épisode. Finalement, le MET/CBT5 procure cinq heures de soin et coûte 1 500 \$ US par épisode (Dennis et al., 2004). Les participants ont été suivis à tous les trois mois durant une année, mais les données rapportées concernent l'admission et le suivi douze mois plus tard. Le degré d'efficacité de chaque approche a été évalué par le pourcentage de jours d'abstinence (de cannabis, d'alcool et d'autres drogues) et la proportion d'adolescent en rémission (pas d'utilisation de SPA au cours du dernier mois et ne plus avoir de symptômes d'abus et de dépendance) (Dennis et al., 2004). Les trois approches étudiées ont, douze mois après le début du traitement, des taux d'efficacité équivalents (i.e. sans différences statistiquement significatives),

tant au sujet des jours d'abstinence au cours de l'année suivant l'admission en traitement (entre 251 et 265) que de la proportion d'individus en rémission à douze mois post-admission (TFMD= 19 % ; ACRA=34 % ; MET/CBT5= 3 %) (Dennis et al., 2004), ces taux de rémission pouvant varier aisément de 10 % d'un centre à l'autre (Dennis et al., 2005). Compte tenu du rendement équivalent des traitements précédemment cités (pour une clientèle modérément lourde en termes de sévérité de la problématique), une analyse des coûts des traitements s'avère intéressante.

Ainsi, les trois traitements entraînent des coûts similaires par jour d'abstinence obtenu mais il semble que le « Adolescent Community Reinforcement Approach » génère des coûts moindres par personne en rémission (4 460 \$ US versus 6 611 \$ pour le MET/CBT5 et 11 775 \$ pour la TFMD) (Dennis et al., 2004 ; Dennis et al., 2005). Il faut constater que dans cette étude, la thérapie familiale, offrant plus d'heures de traitement et de façon plus intensive, ne s'est pas montrée, de façon consistante, supérieure aux traitements individuels ou de groupe à l'aide des indicateurs choisis (Dennis et al., 2004). On peut toutefois se demander quels seraient les résultats de telles comparaisons si l'indice de succès thérapeutique était la sévérité des problèmes liés à la consommation de SPA (versus les jours d'abstinence). De plus, les groupes n'ont pas été comparés quant à la modification de leur fonctionnement familial. On peut penser que les interventions familiales auront favorisé une amélioration du climat familial à long terme et peuvent avoir un

effet préventif prolongé sur le fonctionnement de l'adolescent. Nous devons attendre la publication d'analyses plus détaillées des données de cette recherche avant de conclure sur la plus grande efficacité d'une approche plutôt que l'autre.

Au-delà de la question de l'efficacité des traitements, les auteurs ont mené plusieurs études visant à mieux comprendre les processus de changement et visant à améliorer l'efficacité de l'intervention. Notons deux études portant sur les processus à mettre en œuvre par le thérapeute pour résoudre une impasse relationnelle entre les parents et l'adolescent. Ils rapportent comment le thérapeute doit aider les parents à passer d'un mode relationnel marqué par le contrôle à un effort de compréhension de leur adolescent qui, se faisant, devient plus coopératif et engagé dans le traitement (Diamond & Liddle, 1996 ; Diamond & Liddle, 1999). Typiquement, le thérapeute encourage les parents à exprimer leurs regrets envers leur adolescent, ce qui les rend plus respectueux et réceptifs à l'expression des sentiments et souvenirs de l'adolescent. Toute expression de blâme des parents par le thérapeute entrave ce processus (Diamond et al., 1996). Ils se sont également attardés à identifier les interventions susceptibles d'améliorer l'alliance thérapeutique. Tout d'abord, avec l'adolescent, ils constatent que les thérapeutes manifestant plus d'écoute (tente de clarifier, résumer, comprendre les sentiments, comportements et pensées de l'adolescent), se présentant comme un allié et tentant de formuler des objectifs de traitement personnellement significatifs pour l'adolescent, sont ceux pour qui l'alliance

thérapeutique est la meilleure (Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof, 1999). Ils décrivent le développement de l'alliance avec les parents à l'aide des mêmes capacités d'empathie du thérapeute mais dans le but d'aider le parent à développer de l'empathie envers ses propres difficultés, de clarifier le but du traitement qui est l'amélioration de sa relation à son adolescent avec l'amélioration des habiletés à la communication (Diamond, Diamond, & Liddle, 2000). Une autre étude portant sur les processus thérapeutiques illustre que la centration sur les thèmes reliés à la famille (versus centrés sur l'adolescent), tant au sein d'une thérapie individuelle cognitive-comportementale qu'au sein de la TFMD, est associé à moins de recours aux drogues et moins de symptômes dits externalisés et internalisés (Hogue, Liddle, Dauber, & Samuolis, 2004).

### **2. BRIEF STRATEGIC FAMILY THERAPY (BSFT OU TFSB)**

La *Brief Strategic Family Therapy (BSFT)* ou thérapie familiale stratégique brève (TFSB) vise l'adolescent abusant de SPA et présentant un autre problème concomitant tels que des troubles du comportement à l'école ou dans le milieu familial, des comportements nettement opposants, délinquants, des comportements agressifs ou violents et des comportements sexuels à risque (Szapocznik et al., 2003).

C'est probablement le volume écrit en 1989 (Szapocznik & Kurtines, 1989) qui a lancé le modèle de Szapocznik qui, depuis 1972, raffina son travail thérapeutique auprès de familles spécifiquement issues de culture hispanique (Szapocznik, 1977).

C'est en 1972 qu'a été ouvert le *Center for Family Studies* à l'Université de Miami, avec comme tout premier mandat de travailler auprès des familles cubaines qui semblaient vivre des problèmes importants avec leurs adolescents. Plus tard, le travail s'est étendu auprès de l'ensemble des familles hispaniques et par la suite, auprès des familles afro-américaines.

#### **2.1 PHILOSOPHIE / OBJECTIFS**

La TFSB, comme l'ensemble des traitements familiaux systémiques, reposent notamment sur un postulat fondamental selon lequel les membres de la famille sont interdépendants. Ainsi, les symptômes d'abus de SPA chez l'adolescent pointent, au moins en partie, vers ce qui ne va pas dans le système familial (Szapocznik et al., 2003). Le second principe, classique aux approches systémiques, est que les patrons d'interactions familiales influencent les comportements de chaque membre de la famille. Ces patrons sont des séquences comportementales interactionnelles qui deviennent habituelles, répétitives et qui ont une finalité (e.g., une adolescente qui consomme excessivement des SPA de manière à attirer l'attention des parents et ainsi éviter qu'ils se battent) (Minuchin & Fishman, 1981 ; Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman, & Schumer, 1967). Le troisième principe de la TFSB est de planifier des interventions qui viseront à modifier ces patrons interactionnels directement associés à l'abus de substance chez l'adolescent ou à d'autres problèmes qu'il pourrait éprouver (Szapocznik et al., 2003). Szapocznik (2003) rapporte avoir adapté les techniques de thérapie familiale issues de Minuchin et Fishman (1981)

pour la problématique des adolescents abusant de SPA.

La TFSB s'applique très bien à de multiples groupes culturels pour qui la famille et les relations interpersonnelles sont d'une grande importance (Muir, Schwartz, & Szapocznik, 2004). Le traitement a d'ailleurs été développé pour une clientèle d'origine hispanique (Szapocznik & Williams, 2000), mais a aussi été appliqué auprès de familles afro-américaines (Muir et al., 2004) et sino-américaines (Soo-Hoo, 1999).

Trois objectifs interreliés guident la TFSB : 1) éliminer ou réduire l'utilisation de drogues et ses problèmes de comportements associés (*focus* sur le symptôme), 2) modifier les interactions familiales associées avec l'abus de SPA chez l'adolescent (*focus* sur le système) pour finalement, 3) préserver la famille, si cela est réaliste.

La TFSB est, tel que son nom l'indique, stratégique (Haley, 1976) en ce sens qu'elle se veut pratique, centrée sur le problème et planifiée. Elle est pratique en ce sens où le thérapeute utilisera n'importe quelle stratégie, même issue d'un autre modèle théorique (e.g., des techniques cognitives-comportementales) du moment qu'elles permettent les changements structurels désirés, à une vitesse optimale, une efficacité optimale et afin que les changements demeurent. Elle est centrée sur le problème dans le sens où le thérapeute travaille à modifier les interactions inadaptées ou à favoriser le développement des interactions constructives qui sont directement associées au pro-

blème ciblé, i.e. ici, l'abus de SPA. Le thérapeute peut identifier d'autres problèmes dans la famille (e.g. des difficultés maritales) mais choisira de ne pas les aborder si elles ne sont pas directement reliées au problème ciblé. La TFSB est planifiée au sens où, après avoir identifié les interactions problématiques, le thérapeute planifie le travail clinique pour y remédier.

Le thérapeute en TFSB fait constamment la différence entre le processus et le contenu. Le contenu est composé des propos des participants, des problèmes qu'ils nomment, de leurs préoccupations, etc. Le processus concerne la façon dont ils interagissent tel que le degré auquel ils s'écoutent, se donnent du soutien, s'interrompent, se dévalorisent, parlent de leurs émotions l'un envers l'autre, etc. Cette distinction est la clé de travail du thérapeute puisqu'à la limite, le contenu et le processus peuvent être complètement contradictoires. Par exemple, le thérapeute sera plus intéressé à observer le parent parler à son adolescent d'un événement problématique afin d'identifier les patrons interactionnels que de se faire raconter, par le parent, en présence de l'adolescent, comment l'adolescent a agi au cours d'un événement quelconque (Szapocznik et al., 2003).

## 2.2 LE TRAITEMENT

### 2.2.1 L'évaluation ou le diagnostic des problèmes du système familial

L'évaluation des problèmes d'un système familial ne se fait pas en écoutant les contenus problématiques, ce qui la différencie largement de plusieurs autres mo-

dèles d'évaluation. Six éléments retiennent l'attention : l'organisation, la résonance, les stades développementaux, le contexte de vie, le patient identifié et la résolution de conflits.

### L'organisation

Un point majeur de l'organisation familiale est le leadership. Le thérapeute en TFSB assume que l'autorité revient aux figures parentales qui peuvent en déléguer une portion aux membres plus âgés de la famille et ce, en respect de leurs capacités liés à leur âge. Ce legs d'autorité n'aura pas été usurpé. L'observation du contrôle des comportements est extrêmement instructive : est-ce que ce sont les parents qui dictent les règles et comment sont-elles suivies ou non par les enfants ? Le thérapeute sera attentif à identifier les coalitions, i.e. les alliances inappropriées entre des membres de générations différentes, telles qu'entre un adolescent abusant de SPA et sa mère, contre le père. Cette alliance lourdement destructrice pour tous les membres de la famille permet à l'adolescent de conquérir trop de pouvoir et ainsi défier l'autorité sans en vivre les conséquences. La triangulation s'observe lorsque deux individus (fréquemment le couple parental) ont un conflit et qui, au lieu de résoudre le conflit, l'évite en impliquant une troisième personne (souvent un enfant) au sein du conflit, afin de le diluer. Cette stratégie favorise le développement de problèmes chez l'enfant qui doivent alors être compris à titre d'appel à l'aide. Un dernier aspect de l'organisation familiale évaluée est la nature de la communication. Normalement, elle devrait être dirigée et spécifique, i.e. la capacité, entre

deux personnes, de se dire directement et spécifiquement ce qu'ils vivent l'un envers l'autre : « je n'aime pas lorsque tu cries plutôt que de m'adresser calmement la parole ». Au sein des familles où le fonctionnement est altéré, la communication est fréquemment indirecte et non spécifique (Szapocznik et al., 2003).

### La résonance

La résonance qualifie la distance/proximité émotionnelle entre deux membres de la famille. Ainsi, deux individus dits en fusion psychique présentent une résonance extrêmement élevée l'un pour l'autre (le vécu de l'autre résonne en moi) alors qu'un père totalement indifférent aux difficultés comportementales de son fils sera décrit comme ayant peu de résonance envers son garçon. Les frontières inter-personnelles sont fréquemment la clé permettant d'identifier le degré de résonance qu'ont les membres de la famille l'un envers l'autre. En fait, les frontières déterminent jusqu'à quel point le monde affectif peut être partagé entre deux personnes. Une frontière perméable permet à chacun de savoir ce que l'autre vit : « ton bonheur me fait plaisir, me rend heureux ». Lorsque les frontières sont imperméables, les individus n'ont pas idée de ce que l'autre ressent. Un juste équilibre doit être trouvé entre la totale distance ou la fusion. Cet équilibre doit être évalué en fonction du contexte culturel puisque chaque culture définit différemment cet équilibre.

### Les stades développementaux

À chaque stade développemental de l'enfant, la famille est confrontée à des changements : laisser aller des comportements, adaptatifs lors d'un stade précédent, mais nuisible actuellement et développer de nouvelles stratégies relationnelles. Parmi tous les changements, le passage à l'adolescence est une étape développementale cruciale où les parents doivent, entre autres, délaisser un mode d'autorité plus direct, où le parent dicte assez aisément l'ensemble des comportements, pour aller vers un mode d'autorité qui relève plus du leadership et de la négociation. Le thérapeute sera donc sensible à quatre éléments permettant de jauger le degré d'adéquation développementale du fonctionnement familial : 1) les tâches et rôles parentaux cohérentes avec l'âge de l'enfant, 2) la coopération conjugale au sujet des fonctions parentales, 3) les tâches et rôles des enfants et adolescents appropriés en fonction de l'âge et 4) les tâches et rôles des membres de la famille élargie qui supportent ou s'immiscent dans les fonctions parentales. À nouveau, le thérapeute sera attentif aux différences culturelles à ce sujet (White, 1994).

### Le contexte de vie

Le thérapeute doit tenir compte du contexte de vie de la famille. Un contexte important dans le traitement des jeunes abusant de SPA est l'association à un groupe de pairs déviants. Le thérapeute évaluera également l'accessibilité de soutien pour les parents, de façon encore plus urgente pour les familles monoparentales.

Le lien de la famille au système judiciaire doit également être évalué.

### Le patient identifié

Le patient identifié est celui que la famille cible comme étant problématique. La famille blâme cette personne, souvent l'adolescent abusant de SPA, pour ses problèmes. Toutefois, le thérapeute verra, à travers les problèmes de ce jeune, l'expression des problèmes de la famille. Le thérapeute croit que le problème réside au sein de patrons d'interactions répétitifs, rigides et destructeurs. Ainsi le thérapeute ne tentera pas uniquement de changer la personne porteuse du problème apparent mais travaillera à changer la façon dont les membres de la famille interagissent entre eux. Toutefois, le thérapeute sera vigilant à identifier d'autres problèmes propres à l'adolescent, qui seraient dissimulés par l'abus de drogues : troubles de l'attention, troubles de l'humeur, troubles de l'apprentissage, etc.

### La résolution de conflits

Quatre façons inefficaces de résoudre les conflits semblent être fréquemment utilisées au sein des familles avec un adolescent abusant de SPA : le déni, l'évitement, la diffusion et l'émergence du conflit sans résolution. La stratégie vraiment efficace consiste en l'émergence du conflit avec sa résolution. Le déni est la négation pure et simple d'un problème, l'évitement est sa fuite même si l'individu sait que le problème existe. La diffusion est une forme de fuite mais en créant diversion par la redirection de l'attention sur un autre sujet. L'émergence du problème sans résolution

réfère aux situations où les membres de la famille parlent clairement du problème sans y trouver toutefois de solution. À noter que dans certaines situations, il est approprié de reporter la discussion d'un problème à un moment plus pertinent.

### 2.2.2 Orchestrer le changement

#### Développer l'alliance thérapeutique

Le thérapeute doit d'abord établir une alliance thérapeutique avec chacun des membres de la famille, même si certains sont en conflit entre eux. Le thérapeute saura supporter chacun dans l'atteinte de buts désirés par les membres de la famille (aider l'adolescent à être entendu par ses parents et aider les parents à réduire ou éliminer la consommation de drogues de leur adolescent). Ce faisant, le thérapeute crée alliance avec la famille. Un thérapeute a vraiment créé alliance avec une famille lorsqu'il est accepté par les membres à titre de membre temporaire spécial. Pour ce faire, il se présentera comme un allié, adoptera le style et le langage de la famille (mimétisme). Par-dessus tout, il créera sa plus forte alliance avec le membre le plus influent de la famille puisque cette personne est celle qui peut donner le leadership au thérapeute mais aussi, celle qui peut retirer la famille du processus d'aide. Le thérapeute évitera de la défier trop tôt dans le processus. Les jeunes thérapeutes sont portés à créer alliance avec un membre contre l'autre. En fait, le membre de la famille le plus puissant est fréquemment celui le moins spontanément attachant. Le thérapeute n'utilisera d'ailleurs que rarement la confrontation qui viendra éroder le rapport de confiance qu'il a si difficilement obtenu. Il travaille à partir de

l'intérieur de la famille. On nomme *tracking* la capacité du thérapeute de reconnaître la structure d'autorité et d'influence au sein de la famille et de l'utiliser pour des finalités thérapeutiques. Il utilisera les situations de crise à titre d'exemples privilégiés d'observation d'interactions non fonctionnelles et comme un moment où l'ouverture émotionnelle au changement est plus élevée chez les membres de la famille.

Szapocnick (2003) nous souligne qu'au sein de la TFSA le thérapeute doit choisir, selon la situation, s'il travaille ou non avec une famille lorsque l'adolescent se présente intoxiqué en entrevue. S'il choisit de travailler avec la famille il aidera les membres de la famille à interagir de façon plus saine avec l'adolescent intoxiqué. Il ne travaille alors pas avec l'adolescent.

#### Travailler dans le présent

Comme l'objet du changement concerne les patrons interactionnels, le thérapeute privilégiera que les membres de la famille interagissent en cours d'entrevue, comme ils feraient à la maison, sans chercher à entendre l'histoire de vie de chacun. À l'occasion, le thérapeute utilisera le passé mais pour des fins de modification de l'interaction présente. Ainsi, lorsqu'un parent et son adolescent s'affrontent, ne semblant pas pouvoir se relier positivement, le thérapeute pourra demander au parent de se rappeler ce qu'il a vécu lorsque son enfant est né. Fréquemment, les parents rapporteront des sentiments positifs. Le thérapeute en profitera pour aider l'adolescent à noter l'expression d'affection du parent et utilisera ce bref

moment pour se diriger vers un terrain interactionnel plus positif.

### **Recadrer ou la restructuration cognitive systémique**

Le thérapeute offrira à la famille, de façon convaincante, une nouvelle façon de percevoir ou de s'expliquer des situations ou comportements, tout particulièrement ceux reliés à un climat général de négativité. Ainsi, le thérapeute proposera de réinterpréter les dénigrement comme une manière malhabile du parent d'exprimer à son adolescent comment il est préoccupé pour lui, ou comment les batailles sont des tentatives de se rapprocher. Le recadrage est abondamment utilisé lors des premières sessions auprès des familles pour diminuer les sentiments et comportements négatifs intenses, sans quoi, la famille ne restera pas en thérapie. Fréquemment, le thérapeute doit travailler à modifier les perceptions (en soi et chez autrui) de colère, en préoccupation pour autrui. Ainsi, des parents présentant leur adolescente comme étant celle qui détruit leur vie (rejet) profiteront d'une intervention où le thérapeute, tout en étant empathique à la détresse des parents, présentera sa perception de l'adolescente comme une personne en détresse qui ne sait pas trop quoi faire de son monde intérieur et qui a besoin d'être comprise. Le recadrage est une intervention sécuritaire (ne fait pas perdre le lien de confiance) et en ce sens, doit être privilégiée dans les situations explosives.

### **Le renversement**

Ici, le thérapeute aidera un membre de la famille à agir à l'opposé de ce à quoi il est

habitué au sein d'une interaction inadaptée. Ainsi, dans une interaction où un père dénigre sa fille, qui à son tour crie des injures à son père pour qu'ensuite ils se battent, le thérapeute pourra enseigner au père à dire à sa fille : « J'ai peur lorsque tu cries ainsi » (par exemple). Ce renversement du comportement suscitera une ouverture à une nouvelle façon d'interagir (la fille dira probablement : « moi ça me met en colère lorsque tu me rabaises »).

### **Travailler avec les frontières et les alliances**

Il n'est pas simple, mais nécessaire, d'aider la famille à modifier les alliances malsaines, souvent intergénérationnelles (parent-adolescent) et à fortifier les alliances trop faibles (le couple parental). Ainsi, dans une famille où la mère et la fille ont une relation de trop grande proximité à l'exclusion du père, le thérapeute aidera le père à se rapprocher de la fille tout en favorisant le rapprochement conjugal.

D'autre part, le contrat comportemental sera fréquemment utilisé au sein des familles à haut niveau de conflit mais où les règles et les conséquences de leur violation sont tout à fait floues. Ainsi, le thérapeute aidera la famille à fixer des règles claires et à identifier les conséquences raisonnables de leur violation. La tâche la plus difficile pour le thérapeute sera d'aider les parents à respecter leur partie du contrat, i.e. appliquer les conséquences lors d'une violation des règles au lieu d'agir en fonction de leur sentiment du moment (fatigué, fâché, frustré, etc.). Lorsque les parents réussissent à maintenir les limites et les conséquences de leur transgression, les comportements non dé-

sirés diminuent rapidement chez l'adolescent.

### Détriangler

Comme mentionné précédemment, la triangulation est l'inclusion d'une tierce personne (souvent un enfant) dans un conflit qui sévit au sein d'une dyade. La seule façon de résoudre un conflit est de le conserver au sein de la relation entre les personnes concernées, soit ici, la dyade. Le thérapeute doit briser ce triangle relationnel, entre autres en empêchant la tierce personne (souvent l'adolescent) d'intervenir dans l'échange entre les parents, voire même en lui demandant de ne pas venir à la prochaine rencontre où ses parents auront à régler un conflit entre eux.

Le thérapeute doit ardemment éviter d'être inclus dans une triangulation où un membre de la famille tente d'avoir l'approbation du thérapeute : « N'est-ce pas que j'ai raison (et qu'il a tort) ? ». Le thérapeute restera neutre, favorisant le processus de négociation entre les personnes concernées.

### Les tâches

L'utilisation de tâches, tant à l'intérieur de la rencontre thérapeutique qu'après, est essentielle dans la TFSB. Puisqu'un des buts essentiels du traitement est le développement de nouvelles habiletés permettant de modifier les patrons interactionnels inadapés, les tâches deviennent un moyen par excellence pour le thérapeute afin de chorégraphier les changements. Normalement, le thérapeute dé-

bute par l'exécution de la tâche lors de la session de thérapie et si elle est adéquatement accomplie, il demande à la famille de la reproduire à la maison, en visant à procurer un succès à la famille. Le thérapeute aidera la famille à surmonter les obstacles dans la réalisation de ses tâches.

### **2.2.3 Un module pour engager la famille en traitement**

Les auteurs de la TFSB ont développé un module visant à engager en traitement les familles récalcitrantes à participer, le *Strategic Structural Systems Engagement-SSSE* (Szapocznik, Perez Vidal, Brickman, & Foote, 1988). Ce développement de la TFSB provient du constat que certaines familles ne se présentaient pas en traitement pour les mêmes raisons faisant qu'elles auraient besoin d'intervention (Muir et al., 2004). La plus fréquente fut le constat que l'adolescent, non volontaire à participer au traitement, est fréquemment aussi celui détenant le pouvoir dans la famille, les parents n'étant pas capables d'emmener l'adolescent en traitement (Szapocznik et al., 2003). Le thérapeute tente alors de rejoindre l'adolescent sur son propre terrain (l'école, le parc, etc.) pour créer alliance avec lui et identifier quels bénéfices il pourrait retirer de l'intervention familiale et accepte de l'aider à en atteindre une portion. Lorsqu'il viendra en traitement, le thérapeute travaillera à restructurer les relations familiales de façon à accroître le pouvoir des parents (Muir et al., 2004).

Ainsi, au lieu de fixer simplement un rendez-vous à la famille, le thérapeute élaborera au téléphone, voire même par des

rencontres individuelles avec le demandeur ou d'autres membres de la famille, supportant le demandeur d'aide, créant alliance avec lui. Tout en s'informant des difficultés vécues, des valeurs et de l'intérêt pour le processus d'aide des différents membres de la famille, le thérapeute utilisera ses compétences pour recadrer ou même pour faire de la restructuration intrapersonnelle (i.e. avec une seule personne à la fois). Il ira jusqu'à visiter les membres de la famille chez-eux.

### 2.2.4 La TFSB auprès de l'adolescent uniquement

Devant le constat de la difficulté à engager la famille en traitement, les auteurs ont aussi exploré la possibilité d'atteindre les mêmes résultats cliniques que ceux visés par la TFSB, mais en intervenant surtout auprès de l'adolescent toxicomane (Foote, Szapocznik, Kurtines, Perez-Vidal, & Hervis, 1985). Les auteurs ont capitalisé sur le concept systémique de complémentarité postulant que lorsqu'une personne change, au sein d'un système, le reste des membres de la famille résistent au changement ou s'y adaptent, mais ils ne peuvent conserver le *statu quo* relationnel (Minuchin et al., 1981). Le but est donc de modifier le type de participation qu'a l'adolescent abusant de drogues dans les patrons relationnels familiaux inadaptés (Muir et al., 2004). Ce changement cause soit une modification des relations familiales, les rendant plus constructives ou, le plus souvent, une crise qui pousse la famille à participer finalement à une rencontre avec le thérapeute où il aidera la famille à s'adapter aux changements faits par l'adolescent.

### 2.2.5 Durée de l'intervention

La TFSB dure généralement de 8 à 24 sessions, dépendamment de la sévérité de la problématique en cause.

### 2.2.6 Modalités d'intervention

La TFSB s'applique à de multiples contextes d'intervention, que ce soit à l'intérieur de cliniques en santé mentale, les centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie, les centres jeunesse mais aussi pour une variété de modalités de traitement, i.e. en traitement externe, en combinaison avec une thérapie résidentielle, un centre de jour ou à titre de modalité de soin post-cure (Szapocznik et al., 2003).

## 2.3 LES ETUDES D'EFFICACITE

Peu d'études ont porté sur l'efficacité de la TFSB dans le traitement d'adolescents toxicomanes. Ses instigateurs sont moins des chercheurs que de talentueux cliniciens, ayant adapté leur modèle (la thérapie familiale structurée de Minuchin) à une population particulière (les adolescents toxicomanes et ayant des problèmes divers de comportement), issue d'une culture particulière (la grande communauté hispanique des États-Unis). Ils ont tout le mérite d'avoir cherché à valider empiriquement leurs innovations. C'est sans doute pourquoi le traitement est recommandé par le célèbre NIDA (Szapocznik et al., 2003).

Quelques études démontrent la valeur de cette intervention, mais il semble manquer de recherches portant uniquement sur les adolescents toxicomanes. On note une

première étude ou la TSFB a pu être comparée à une autre modalité d'intervention, soit une thérapie individuelle psychodynamique pour enfants, et qui révèle que les deux modalités ont réduit de façon équivalente, à un an post-admission, les problèmes émotionnels et de comportements des enfants (6-11 ans) (Szapocznik et al., 1989). Toutefois, lors du même suivi, on note avec surprise que les familles dont l'enfant a bénéficié de thérapie psychodynamique, montre une détérioration dans leur fonctionnement familial alors que les personnes ayant participé la TSFB montrent une amélioration de leur fonctionnement familial.

Une seconde étude comparative de traitement, toujours auprès d'adolescents hispaniques, présentant divers problèmes de comportements dont un petit sous-groupe (15 %) avaient des problèmes d'abus de substance, révèle une meilleure efficacité de la TSFB (moyenne de 11 heures de traitement, à raison d'une heure par semaine) qu'une intervention de groupe (quatre à huit adolescents par groupe, pour des rencontres hebdomadaires de 90 minutes, avec une moyenne de neuf rencontres) (Santisteban et al., 2003). Le tiers des participants abandonne chacune des conditions. Parmi les individus ayant complété le processus, on note un meilleur succès thérapeutique auprès de ceux ayant participé à la TSFB, au sein de plusieurs dimensions : une meilleure réduction des problèmes de comportement ou des comportements violents, une amélioration de la cohésion familiale et une réduction des jours de consommation de marijuana au cours des 30 derniers jours (Santisteban et al., 2003).

Une autre étude met en évidence qu'en plus de retenir en traitement des familles avec un adolescent plus problématique, la TSFB réussit à procurer des taux d'efficacité similaires à ceux obtenus dans un traitement dit standard (un mélange d'intervention individuelle et familiale) (Coatsworth, Santisteban, McBride, & Szapocznik, 2001).

Quelques études ont porté sur la capacité du module visant à augmenter le taux des familles s'engageant en traitement (le *Strategic Structural Systems Engagement*) à effectivement atteindre ce but (Szapocznik et al., 1988). Ces stratégies se sont avérées efficaces pour améliorer le taux de familles entrant en thérapie, que ce soit en les comparant à la TSFB uniquement (93 % versus 42 %) (Szapocznik et al., 1988), (81 % versus 57%) (Santisteban et al., 1996), à la thérapie de groupe (81 % versus 62 %) (Santisteban et al., 1996) ou à un traitement standard (un mélange d'intervention individuelle et familiale) (81 % versus 61 %) (Coatsworth et al., 2001).

Finalement, une seule étude a porté sur l'application de la TSFB à la situation où l'adolescent abusant de drogues est rencontré seul. Dans l'une des conditions, le thérapeute travaillait avec l'adolescent seul pendant 75 % des rencontres alors que dans la seconde condition, c'était l'inverse soit 75 % du temps clinique avec la famille (Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez-Vidal, & Hervis, 1986 ; Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez-Vidal, & Hervis, 1983). Les deux modalités d'intervention se sont montrées aussi efficaces l'une que l'autre, illustrant ainsi l'efficacité de la TSFB avec

des proportions très variables de temps accordé à la famille versus celui accordé à l'adolescent en rencontres individuelles. Cette étude n'a pas vraiment porté sur une comparaison d'efficacité de la TFSB avec un seul individu puisque dans les deux modalités, des rencontres familiales ont eu lieu (Szapocznik et al., 1986 ; Szapocznik et al., 1983).

### 3. MULTISYSTEMIC THERAPY (MST OU TMS)

Le *Multisystemic Therapy* (MST) ou la thérapie multisystémique (TMS) est un traitement s'appuyant tant sur la famille que sur la communauté, qui vise à éviter le placement en dehors de la famille d'adolescents violents ou dépendants des SPA (Henggeler & Borduin, 1990 ; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998). Elle vise l'adolescent pour qui les conflits de toutes sortes ont atteint un paroxysme, invitant à opter pour des solutions plus extrêmes : le placement, l'incarcération, le traitement en garde fermée ou en milieu résidentiel à plus long terme.

Il faut comprendre que le milieu environnant le jeune en est arrivé à la conclusion qu'outre une intervention qui permet un contact à temps plein avec ce jeune, peu de résultats positifs peuvent être espérés. Dans ce contexte, une alternative valable peut être d'offrir plusieurs heures de thérapie familiale par semaine, soit des contacts quotidiens au cours des premières semaines de traitement. Le thérapeute doit se déplacer pour aller dans le milieu de vie de l'adolescent (sa famille, son milieu scolaire, son quartier). Les thérapeutes

travaillent en équipe afin de procurer une disponibilité très grande aux familles (24 hres/7 jours).

Lorsqu'on la compare à divers placements en dehors de la famille, la TMS représente une économie substantielle de ressources, en plus d'avoir le bénéfice de préserver la famille.

Elle ne cible pas uniquement la toxicomanie puisque lorsque les jeunes en sont rendus à vivre une telle intensité de difficultés, ils n'ont pas que des problèmes d'abus de substances. L'abus de SPA se situe parmi une panoplie d'embûches au rétablissement (problèmes de santé mentale, problèmes de comportement, violence, carences relationnelles, etc.).

Le *National Institute of Drug Abuse* a cité la TMS à titre d'un des quelques traitements de l'abus de SPA chez l'adolescent ayant reçu un support empirique (NIDA, 1999).

#### 3.1 PHILOSOPHIE / OBJECTIFS

La base conceptuelle adoptée par les auteurs s'appuie principalement sur le modèle social-écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979) qui suggère que les problèmes de comportements sont fréquemment maintenus par des transactions problématiques à l'intérieur et entre les multiples systèmes de l'écologie sociale de l'adolescent, soit les composantes issues des systèmes intrapsychiques, familiaux, scolaires, les relations aux pairs, la vie de quartier (Huey, Jr., Henggeler, Brondino, & Pickrel, 2000). Ces systèmes sont liés entre eux et

s'interinfluencent (Schoenwald, Brown, & Henggeler, 2000a).

La modélisation s'appuie évidemment sur les données de recherche mettant en évidence le multidéterminisme des problèmes d'abus de SPA et des problèmes comportementaux (Schoenwald et al., 2000b), que ce soit tant au niveau intrapersonnel (présence de troubles mentaux), familiaux (discipline parentale incohérente, consommation de SPA des parents), que l'influence du groupe de pairs, les difficultés scolaires ou l'influence d'un environnement de quartier (violence, disponibilité des SPA). Une intervention qui vise à réduire les comportements antisociaux ou de consommation de SPA doit viser ces différents facteurs tout en renforçant des facteurs de protection.

Les auteurs puisent également aux modèles stratégiques et structuraux de compréhension et de traitement des systèmes familiaux (Haley, 1976 ; Minuchin, 1974).

Selon cette approche, le comportement est compris de façon optimale lorsqu'il est observé directement dans le contexte où il se manifeste (Schoenwald et al., 2000a) et c'est pourquoi l'intervention en TMS se déroule à la maison, à l'école ou dans la communauté de l'adolescent et de sa famille (Schoenwald et al., 2000b).

Le but ultime de la TMS est le renforcement positif ou *empowerment*, des figures parentales en les aidant à obtenir les ressources nécessaires et à développer les habiletés pour arriver à faire face de façon autonome aux difficultés liées à l'éducation de l'adolescent. La TMS vise

aussi l'*empowerment* de l'adolescent pour transiger avec ses difficultés familiales, avec ses pairs, à l'école et dans son quartier.

### 3.1.1 Les neuf principes

Le TMS s'appuie sur neuf principes (Henggeler et al., 1998 ; Schoenwald et al., 2000b).

1. Le premier but de l'évaluation est de comprendre l'arrimage entre le problème identifié et son contexte systémique plus large.
2. Le contact thérapeutique devrait mettre l'accent sur les éléments positifs et utiliser les forces du système en tant que leviers de changement.
3. Les interventions devraient promouvoir les comportements responsables et réduire les comportements irresponsables au sein de la famille.
4. Les interventions devraient être centrées sur le présent et orientées vers l'action, ciblant des problèmes spécifiques et bien définis.
5. Les interventions devraient cibler des séquences comportementales qui maintiennent le problème identifié, tant à l'intérieur mais aussi entre les multiples systèmes.
6. Les interventions devraient être appropriées au plan développemental et s'adapter aux besoins développementaux de l'adolescent.
7. Les interventions devraient nécessiter un effort quotidien ou hebdomadaire de la part des membres de la famille.

8. L'efficacité des interventions est continuellement évaluée à partir de multiples perspectives, assumant ainsi notre responsabilité dans la recherche de moyens pour surmonter les obstacles au succès thérapeutique.
9. Les interventions devraient être préparées de manière à ce que les changements thérapeutiques puissent être généralisés et maintenus à long terme de sorte que les parents ou adultes en charge de la famille puissent prendre soin des besoins des membres de la famille dans de multiples contextes systémiques.

### 3.2 LE TRAITEMENT

Selon les principes précédents, le traitement visera l'ensemble des systèmes influençant le comportement ciblé. La TMS intègre des traitements empiriquement fondés tels que l'entraînement comportemental des parents, les thérapies cognitives-comportementales, la thérapie familiale stratégique et fonctionnelle. Elles les intègre dans un cadre écologique qui cible les composantes pertinentes à l'intérieur de la famille, des relations aux pairs, du milieu scolaire et de la communauté (Schoenwald et al., 2000a). La pharmacothérapie y est également intégrée pour tenir compte du système intrapersonnel ou biologique.

Une autre caractéristique importante de la TMS est la place centrale accordée aux ressources et aux forces des systèmes en cause. Le thérapeute donnera autant, voire plus d'importance, à identifier les forces de l'adolescent, de son milieu familial et de leur environnement scolaire, relationnel et résidentiel.

Il semble que l'application telle quelle de la TMS soit bonne mais pas plus performante que d'autres interventions pour réduire la consommation de SPA auprès des jeunes délinquants dépendant de SPA (voir ci-dessous le point sur les études d'efficacité) (Henggeler et al., 1999). Pour optimiser le traitement, les auteurs ont ajouté à la TMS des caractéristiques clés du *Community Reinforcement Approach* : des tests aléatoires de dépistage urinaire, une analyse fonctionnelle pour identifier les déclencheurs de la consommation de drogues, un plan de gestion de soi afin de mieux transiger avec les déclencheurs (émotionnels, comportementaux et environnementaux) et le développement d'habiletés d'évitement des situations de consommation (Randall et al., 2001). Il semble que des études soient en cours pour comparer l'efficacité respective de la TMS et de la TMS + CRA mais les résultats ne sont pas encore disponibles (Randall et al., 2001).

#### 3.2.1 L'évaluation

Le thérapeute doit d'abord comprendre le « fit » ou le lien entre les comportements identifiés comme étant problématiques, en l'occurrence l'abus de SPA, et l'ensemble du contexte ou de l'écologie sociale de l'adolescent (Schoenwald et al., 2000a). Le thérapeute et l'équipe de traitement émettent des hypothèses au sujet des déterminants de la consommation de SPA de l'adolescent, lesquelles hypothèses tiennent compte tant de la sphère individuelle que du système familial, des influences des pairs, des difficultés scolaires que du milieu de vie, soit le quartier. De plus, ils précisent les déclencheurs de

la consommation par une analyse fonctionnelle des situations de consommation de SPA.

L'équipe de traitement dressera un portrait des forces et des faiblesses de l'individu, la famille, le milieu scolaire, le réseau de pairs et la communauté. Ces forces et ces faiblesses sont comprises sous l'ombrelle des liens identifiés ou *fit* entre les comportements problématiques et leurs causes.

### 3.2.2 Le traitement

Suite à l'évaluation des déterminants ou du *fit* entre les comportements problématiques et leurs causes, le thérapeute s'appuyant sur le modèle de la TMS mettra sur pied un plan d'intervention dans de multiples sphères. Il se fixera alors des objectifs intermédiaires et tentera d'identifier le plus rapidement possible les obstacles à l'atteinte de ces premiers objectifs.

#### Sphère familiale

Au plan familial, le thérapeute interviendra selon un modèle de thérapie familiale structurelle et stratégique. Les cibles et stratégies d'intervention pourront être très variées. Avec les jeunes de nature plutôt délinquante, la modification des stratégies disciplinaires et l'utilisation des règles est extrêmement importante. La gestion des récompenses et punition, le renforcement du soutien envers les parents, l'éducation au sujet des attentes développementales normales envers un adolescent. Le thérapeute sera également sensible aux difficultés de santé mentale et d'abus de substance des parents, évaluera si celles-ci entravent l'atteinte des objectifs visés et

au besoin, tentera d'obtenir des services pour les parents en besoin. Il pourra même lui-même intervenir auprès des parents. Il sera particulièrement sensible au désengagement de certains parents et travaillera avec eux à trouver des sources de motivation à s'engager envers leur adolescent.

En lien avec le neuvième principe voulant que les changements se maintiennent en l'absence du thérapeute, l'intervenant privilégiera le recours aux parents à titre d'agents de changement. Il les aidera à mieux suivre les allées et venues de l'adolescent, à accroître leur contact avec les amis de leur adolescent et leurs parents, à mettre en application des conséquences négatives lorsque l'adolescent contacte des pairs déviants et des conséquences positives lorsqu'il contacte des pairs ayant une influence positive. Il les aidera à faciliter la participation de l'adolescent dans des activités pro-sociales telles que les activités parascolaires, un emploi, etc. Le thérapeute aidera l'adolescent à identifier ses compétences, ses intérêts, ses talents et les activités qui étaient possiblement utilisées avant cette période de consommation abusive de SPA. Le thérapeute pourra aussi travailler à améliorer les habiletés relationnelles de l'adolescent, et ce, chez-lui, tout en s'assurant que l'adolescent pratique ces nouvelles habiletés dans son quotidien. Il l'aidera, selon le besoin identifié, à initier un contact de façon positive, à apprendre à poser des questions d'introduction, à parler de soi pour développer l'intimité et l'amitié, ainsi qu'à développer ses habiletés d'écoute, etc. Certains jeunes sont excessivement dominants ou soumis, n'ayant

pas appris à construire un juste équilibre entre donner et recevoir, la coopération. Le thérapeute travaillera à développer ces habiletés avec le jeune. Il en va de même pour les déficits dans les habiletés de résolution de problèmes et de conflits.

### **Sphère conjugale**

Lorsque pertinent, le thérapeute interviendra en ciblant des aspects du fonctionnement conjugal perçus comme reliés au développement et au maintien des comportements de consommation de l'adolescent. Les auteurs de la TMS ne privilégient pas une seule approche dans le traitement des difficultés conjugales mais insistent pour que les interventions respectent les neuf principes de la TMS. Ainsi, les interventions conjugales visent des problèmes spécifiques, incluent des tâches thérapeutiques quotidiennes, sont centrées sur le présent (donc exclusion des thérapies centrées sur l'*insight*), ciblent les transactions non seulement intra-conjugales, mais aussi celles envers les autres systèmes. Les auteurs proposent de multiples interventions dans tous les domaines de la vie familiale : clarification des rôles au sein des familles reconstituées, situations de monoparentalité, gérer les relations avec un ex-conjoint, etc.

### **Sphère sociale de l'adolescent : le réseau de pairs**

Le thérapeute travaillera sur d'autres systèmes, dont entre autres, les relations entre l'adolescent et son groupe de pairs. Le thérapeute sera particulièrement sensible à l'influence que les parents peuvent exercer sur le réseau social de l'adolescent. Cette influence se manifeste via le lien

d'attachement et instrumental entre les parents et leur adolescent, à titre d'entraîneurs au regard de comportements sociaux désirables et à titre de « superviseurs » des contacts sociaux (Henggeler et al., 1998). De plus, il évaluera la qualité du réseau social de l'adolescent, le degré de déviance des pairs, le degré d'hétérogénéité du réseau (tous les amis sont consommateurs de SPA ou le groupe représente un mélange). Dans le cas de participation à un gang, le thérapeute se rappellera que les deux tiers des membres d'un gang n'y restent en général qu'une année et qu'à leur sortie du groupe, ils sont capables de développer des associations très pro-sociales avec d'autres pairs. Le degré d'isolement sera également évalué.

### **Sphère académique**

L'intervenant travaillera aussi à promouvoir les compétences académiques et sociales à l'intérieur du milieu scolaire. Le thérapeute tente de comprendre les liens entre les problèmes identifiés, les habiletés scolaires de l'adolescent et le lien famille-école. Il discute de ce sujet avec les parents d'abord et ensuite, en rencontrant les intervenants scolaires (enseignants, directeurs, éducateurs, etc.). Au besoin, il pourra recourir à des évaluations formelles (test d'aptitudes, de performance, etc.). Il identifiera les facteurs clés contribuant aux problèmes identifiés de même que les forces de ces différents systèmes pouvant contribuer à surmonter les difficultés. Le thérapeute s'intéressera activement au milieu scolaire d'un adolescent en cherchant à comprendre quelle est la structuration de la classe, comment sont gérées les ac-

tions inappropriées des jeunes (batailles, vente de drogues, etc.), quelle est la qualité du contact avec les enseignants, entre les enseignants et les parents, quelles sont les conditions pour être expulsé de l'école et pour y revenir, etc.

Selon les problèmes identifiés (toujours liés aux problèmes ayant mené l'adolescent et sa famille en traitement), avec beaucoup de tact, l'intervenant pourra agir auprès du milieu scolaire. Il impliquera à nouveau largement les parents dans la supervision de la vie scolaire de l'adolescent (superviser les travaux scolaires, fournir un environnement adapté pour les réaliser, soutenir l'adolescent, collaborer avec les demandes des enseignants, etc.). À leur tour, les professionnels du milieu scolaire pourront s'engager à contacter périodiquement les parents pour les informer des progrès de leur adolescent plutôt que de les contacter uniquement lorsqu'il y a des problèmes. Lorsqu'un plan d'intervention sera préparé avec les parents et le milieu scolaire, le thérapeute pourra organiser une ou des rencontres entre les parents, l'adolescent et le personnel scolaire, avec comme objectifs de mettre en évidence que tous ont à cœur le meilleur intérêt de l'adolescent, expliquer le rationnel de l'intervention proposée (le lien avec les problèmes identifiés), procurer une occasion de réviser l'intervention, préciser les responsabilités de chacun (les parents assumant la majorité des responsabilités), mettre sur pied un système de suivi des résultats de l'intervention et prévoir une procédure de révision de l'intervention par les parents et le thérapeute.

### Sphère sociale des parents : réseaux de soutien formels et informels

Finalement, le thérapeute travaillera à améliorer le réseau de soutien formel et informel de la famille. Il évaluera la qualité du soutien actuel dont bénéficie la famille, dans une perspective multidimensionnelle, qui pourrait se résumer à quatre catégories de soutien : le soutien instrumental (financier, soins aux enfants, matériel), le soutien émotionnel (écoute, expression d'empathie, affection, etc.), d'évaluation/appréciation (i.e. recevoir du *feedback* au sujet de nos actions permettant d'apprécier si elles sont justes ou si elles devraient être modifiées), le soutien informationnel (p. 209, Henggeler et al., 1998). L'ampleur des problèmes d'un adolescent et de sa famille doit être accompagnée d'un réseau de soutien aussi diversifié. Le thérapeute travaillera à fortifier la famille dans sa capacité à recourir aux sources de soutien nécessaires. Il connaîtra les ressources formelles du milieu et aidera les parents à les utiliser mais travaillera avec la famille à améliorer son réseau de soutien informel.

Les descriptions précédentes illustrent l'immense variété des interventions que fera un intervenant en TMS. C'est pourquoi le thérapeute doit développer une quantité incroyable d'habiletés : détecter et nommer les séquences interactionnelles complexes au sein de la famille, maîtriser les interventions conjugales (principalement celles de la thérapie familiale structurée telles que décrites ci-dessus dans la TFSB), maîtriser les interventions comportementales-cognitives auprès des adultes et des adolescents, maîtriser les

techniques d'amélioration des compétences parentales, être un bon consultant auprès du milieu scolaire, etc.

### Durée et intensité

Le traitement a lieu dans le milieu naturel de la famille, soit la maison, l'école, le quartier. Le thérapeute se déplace, à des heures et moments qui conviennent à la famille (incluant le soir et les fins de semaines), soit 24 heures par jour, 7 jours par semaine (Schoenwald et al., 2000a) mais on imagine que l'intervention de nuit et de fin de semaine ne concerne que les urgences. Le traitement est intensif soit incluant des contacts journaliers au début du traitement, pour diminuer à quelques contacts par semaine par la suite. Cette intensité implique qu'un thérapeute à temps plein ne peut prendre que quatre ou cinq familles à la fois. Le traitement est cependant limité dans le temps, s'échelonnant sur trois à cinq mois.

Des expériences cliniques auprès de familles avec un adolescent dépendant envers les SPA démontrent que les familles reçoivent entre 12 et 187 heures de services pour une moyenne de 40 heures de contact direct ( $ET=28$  heures) (Henggeler et al., 1999) et la durée moyenne du traitement est de 130 jours, soit un peu plus de 4 mois (Henggeler et al., 1999).

### L'équipe de traitement : les thérapeutes et la supervision

Les cliniciens travaillant avec des populations cliniques très difficiles doivent être entourés par des ressources cliniques riches afin de maximiser leurs habiletés à atteindre des résultats favorables. C'est

pourquoi la TMS implique un travail par équipes de 4 à 5 individus, accompagnés par un superviseur travaillant pour la même institution qu'eux. De plus, l'équipe recourt hebdomadairement aux services d'un consultant externe expert (par le téléphone ou en personne) dans l'application de la TMS. Les rencontres de supervisions durent entre une et deux heures et ont lieu une ou deux fois par semaine, en fonction de l'expérience de l'équipe et de la sévérité des situations de traitement.

Le TMS doit être un programme en soit, où les thérapeutes ne sont affectés qu'à cette tâche. La TMS ne doit pas être modifiée pour s'adapter aux modes de fonctionnement de l'institution mais plutôt l'inverse : les pratiques institutionnelles doivent être modifiées afin d'implanter la TMS. Mais il faut bien rappeler qu'on vise ici à réduire le taux de placement hors famille et donc qu'il faut voir tout ce processus comme une économie de ressources en comparaison aux coûts impliqués dans le placement d'un adolescent.

### **3.2.3 L'implantation**

La formation de base débute par 5 jours d'orientation au sujet de la TMS. Cette première formation est suivie d'une session d'une journée et demi de renforcement aux trois mois, de consultations hebdomadaires auprès d'experts en plus de la supervision hebdomadaire sur le site même de traitement (Schoenwald et al., 2000a).

Il semble que le traitement soit plus facile à implanter dans les milieux intéressés à

diminuer le taux de placement des jeunes en cherchant des alternatives à l'incarcération ou au traitement résidentiel.

### 3.3 LES ÉTUDES D'EFFICACITÉ

La TMS est tout particulièrement efficace pour réduire, à long terme (suivis deux ans après la fin du traitement), les taux d'arrestations subséquentes et d'incarcérations parmi les adolescents délinquants chroniques et violents (Farrington & Welsh, 1999 ; Henggeler, Melton, & Smith, 1992 ; Henggeler, Melton, Smith, & Schoenwald, 1993). Comme les mêmes individus présentent de façon concomitante des problèmes d'abus de substances, les auteurs de la TMS se sont intéressés à l'effet de la TMS sur la réduction de la consommation de SPA. Les données à ce sujet sont toutefois peu nombreuses. On note que la TMS, lorsque comparée à du *counseling* individuel (répartition au hasard de 200 adolescents judiciairisés), réduit significativement le nombre d'arrestations liées aux SPA (TMS=4 % versus groupe en *counseling* individuel=16 %) lorsqu'évalué quatre années après l'entrée en traitement (Henggeler, Borduin, Melton, & Mann, 1991). Une seconde étude démontre également une meilleure performance de la TMS que le simple suivi par l'agent de probation (quoique ce type de comparaison soit faible) dans la réduction de la consommation de marijuana et d'alcool des jeunes délinquants (Henggeler et al., 1991).

Une autre étude, où les jeunes sont distribués aléatoirement entre la TMS et le traitement habituel (rencontres de groupe

hebdomadaires et traitement résidentiel au besoin, en communauté), révèle que la TMS (dans son modèle original, i.e. sans ajouts d'éléments du *Community Reinforcement Approach*) ne permet pas de réduire nettement plus la consommation de drogues que le traitement habituel, et ce, malgré un nombre d'heures de services considérablement plus élevé (Henggeler et al., 1999). Cependant, lors d'un suivi sur une période de quatre années de 71 % (80/112) du même groupe de participants, la TMS se révèle supérieure au traitement habituel dans la réduction du nombre d'arrestation pour crimes contre la personne (mais aucune différence pour les crimes contre la propriété) et permet un plus haut taux d'abstinents de marijuana lorsque évalué à l'aide de tests biologiques (TMS=55 % versus 28 % pour le traitement habituel) mais des taux similaires d'abstinents de cocaïne (TMS=53 % versus 40 % pour le traitement habituel) (Henggeler, Clingempeel, Brondino, & Pickrel, 2002). La TMS permet toutefois une plus grande amélioration que le traitement habituel sur différents éléments dont la présence en classe sur une base régulière (Brown, Henggeler, Schoenwald, Brondino, & Pickrel, 1999).

La TMS, toujours auprès du même échantillon, permet de réaliser ce pour quoi elle a été conçue, soit de réduire par deux le nombre de jours d'institutionnalisation (incarcération, hospitalisation en psychiatrie ou placement) en comparaison aux jeunes ayant reçu le traitement habituel (674 jours d'institutionnalisation pour la TMS à six mois après la fin du traitement et 1342 pour les adolescents ayant reçu le traitement habituel) (Henggeler et al.,

1999). Les coûts supplémentaires engendrés par le recours à un traitement de l'intensité de la TMS sont pratiquement éliminés par la réduction du nombre de jours d'institutionnalisation des jeunes délinquants dépendants de SPA (Schoenwald, Ward, Henggeler, & Pickrel, 1996). La TMS permet de plus un haut taux de rétention des jeunes délinquants dépendants des SPA. On note des taux de 100 % des familles retenues pour une période de deux mois (58/58 familles) et 98 % jusqu'à la complétion du traitement (environ 4 mois) (Henggeler et al., 1999). Finalement, les résultats des études de la TFM avec ajout de stratégies spécifiques pour réduire la consommation de SPA tirée du *Community Reinforcement Approach* ne sont pas disponibles mais les auteurs rapportent que les résultats sont les plus impressionnants obtenus jusqu'à maintenant des études cliniques de la TMS (Randall & Cunningham, 2003).

#### 4. ADOLESCENT COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH (ACRA)

Le *Adolescent Community Reinforcement Approach* (ACRA) (Godley et al., 2001) est une adaptation pour les adolescents du *Community Reinforcement Approach* (CRA) (Meyers et al., 1995) qui vise principalement les adultes dépendant de l'alcool mais aussi d'autres substances. Le CRA a fait l'objet de nombreuses études d'efficacité le classifiant constamment parmi les approches les plus efficaces auprès des adultes alcooliques (Finney & Monahan, 1996 ; Holder, Longabaugh, Miller, & Rubonis, 1991 ; Miller & Wilbourne, 2002) et largement efficaces au-

près des toxicomanes (Roozen et al., 2004).

#### 4.1 PHILOSOPHIE / OBJECTIFS

Le CRA reconnaît la force des contingences environnementales dans le maintien ou la réduction de l'usage de SPA et c'est pourquoi le but du CRA est de modifier de multiples aspects de la communauté d'un individu (sa famille, ses amis, son travail ou son milieu scolaire, ses activités sociales et peut-être son groupe d'affiliation spirituelle) de façon à ce qu'un mode de vie de boire contrôlé ou d'abstinence de consommation de SPA soit plus favorable, bénéfique, qu'un style de vie dominé par la consommation de SPA (Meyers, Smith, & Lash, 2003). La stratégie d'ensemble est d'utiliser la communauté, le réseau, de manière à récompenser les comportements de non consommation et ainsi stimuler la personne à effectuer les changements sains pour son bien être.

Les buts spécifiques de l'adaptation de la CRA pour les adolescents (ACRA) sont les suivants :

- promouvoir l'abstinence de SPA ;
- promouvoir des activités sociales positives ;
- promouvoir des relations positives aux pairs ;
- améliorer la qualité des relations au sein de la famille.

Les buts de l'intervention auprès des parents sont les suivants :

- les motiver à participer au processus de traitement ;
- les aider à développer des habiletés leur permettant d'aider leur adolescent à réduire sa consommation ou être abstinent de SPA ;
- leur procurer de l'information au sujet de stratégies parentales efficaces.

Les buts de l'intervention auprès de la communauté sont les suivants :

- améliorer l'environnement de l'adolescent ;
- enseigner à l'adolescent à utiliser ses habiletés de résolution de problèmes et ses habiletés interactionnelles lorsqu'il est en lien avec sa communauté.

### 4.2 Le traitement

#### 4.2.1 Modalités du traitement

La durée du traitement est variable mais, au sein du *Cannabis Youth Treatment* (Dennis et al., 2002), le *ACRA* dure trois mois, à raison d'environ une rencontre par semaine. Les rencontres durent 60 minutes. Pour ce protocole de traitement (CYT), il y a environ 10 rencontres individuelles avec l'adolescent, 2 avec l'adolescent et ses parents, 2 avec les parents seulement. D'autres membres significatifs et reliés aux comportements de consommation de SPA (son amoureux, un ami intime) peuvent occasionnellement être invités à une rencontre. Les contacts avec l'école sont minimes, principalement limités à la transmission d'informations au sujet des progrès de l'adolescent, lorsque pertinent. De plus, lorsque nécessaire, le thérapeute tiendra ses entretiens à la résidence de l'adolescent.

### 4.2.2 La structure temporelle

Même si le traitement est décrit de façon structurée, le thérapeute doit l'appliquer de façon souple (la souplesse est un concept clé de l'ACRA) de façon à conserver son alliance thérapeutique, à répondre aux besoins cliniques du moment et utiliser les opportunités thérapeutiques qui se présentent (Godley et al., 2001). Ainsi, les douze procédures suivantes doivent être appliquées avec souci de l'à-propos (*timing*). Les auteurs ont schématisé la séquence d'utilisation des 12 procédures. On y note évidemment que certaines sont plutôt utilisées en début de processus (procédure 1) et d'autres vers la fin (procédure 12) mais que certaines peuvent être utilisées à divers moments (procédures 5, 6 et 7).

## Chapitre V : Thérapie familiale et toxicomanie chez l'adolescent

Tableau 3. Utilisation temporelle des procédures de l'ACRA

No de procédure	Séquence	Thèmes	Participants
1	Semaines 1 à 4	Analyse fonctionnelle de l'abus de SPA	Adolescent
	Tout au long	Créer et préserver l'alliance thérapeutique	Parents et adolescent
2	Semaines 2 à 4	Analyse fonctionnelle des comportements sociaux positifs	Adolescent
3*	Semaines 1 à 4	Première utilisation de l'Échelle de bonheur Première utilisation de l'Échelle des buts du counseling	Adolescent
	Toute session	Autres utilisations de l'Échelle de bonheur Autres utilisations de l'Échelle des buts du counseling (voir 4.2.d)	Adolescent
4*	Toute session mais doit débiter dans les semaines 1 à 4	Encouragement des comportements sociaux positifs	Adolescent
5*	Toute session	Prévention de la rechute	Adolescent
6*	Toute session	Entraînement aux habiletés à la communication	Adolescent
7*	Toute session	Entraînement aux habiletés de résolution de problèmes	Adolescent
8	Semaines 5 à 10	Tests de dépistage urinaire	Adolescent
9	Semaine 1	Introduction des parents au traitement ACRA	Parents
10	Semaines 3 à 5	Entraînement des parents aux habiletés à la communication	
11	Semaines 5 à 11	Entraînement aux habiletés relationnelles parents adolescent	Parents et adolescent
12	Semaine 12	Revue des buts du traitement et terminaison des services	Adolescent
Optionnelles	Au besoin	Transiger avec les parents ou l'adolescent qui ne viennent pas aux rencontres Trouver un emploi Gestion de la colère	Parents ou adolescent Adolescent Adolescent

\* Le thérapeute a la flexibilité d'introduire ces procédures au besoin, en fonction de l'à-propos des situations qui se présentent au cours des entretiens cliniques.

### 4.2.3 Des concepts clés

#### Une approche positive et enthousiaste

Le *ACRA* est une approche où le thérapeute cherche constamment les opportunités pour renforcer les comportements qui conduiront l'adolescent à réduire sa consommation de SPA. Les adolescents étant souvent contraints à venir en traitement, réagissent par la résistance lorsque confrontés. Tout au long du processus, le thérapeute gardera un ton de voix positif, soulignera tout aspect positif de l'adolescent et le remerciera de sa présence et de ses efforts.

#### L'approche avec les clients non coopératifs

Le *ACRA* puise à l'entretien motivationnel les principes et techniques propres à diminuer les résistances au traitement. Ainsi, l'écoute empathique, être sincèrement préoccupé par les problèmes de l'adolescent, être ouvert d'esprit, renforcer la personne dans ses succès et qualités de même que « rouler » avec les résistances, c'est-à-dire chercher à les comprendre plutôt que de les confronter directement, sont autant de qualités nécessaires. De plus, le thérapeute utilisera un langage simple et accessible.

#### Le triangle

Ce concept de triangle est considéré comme le cœur du *ACRA*. L'image du triangle réfère à la relation entre l'analyse fonctionnelle, l'échelle de bonheur et les buts du *counseling* (voir 4.2.d). Les deux analyses fonctionnelles (les comportements de consommation et les activités sociales positives), en conjugaison avec

l'échelle de bonheur dans les différentes sphères de vie, déterminent les objectifs de traitement. Cette trilogie est mobile et doit être revisitée fréquemment au cours du traitement par le thérapeute.

#### L'importance de la pratique des habiletés à développer

Le thérapeute ne doit pas simplement parler des habiletés à développer, il doit effectivement faire pratiquer l'adolescent et les parents en cours d'entrevue. Dans le même ordre d'idée, les tâches à la maison doivent être réalisées pour faciliter la généralisation des apprentissages aux milieux concrets de vie.

### 4.2.4 Les douzes procédures de base

#### Procédure 1 : L'analyse fonctionnelle des comportements d'abus de SPA

L'analyse fonctionnelle est une entrevue structurée qui examine les antécédents et les conséquences d'un comportement spécifique, ici, la consommation de SPA. Un élément clé de l'analyse fonctionnelle est d'identifier les déclencheurs des comportements de consommation de SPA. Ces déclencheurs sont des pensées, des émotions ou des comportements qui précèdent l'épisode de consommation et qui ont une fonction instrumentale dans la réalisation du comportement de consommation de SPA. En nommant ainsi la séquence de comportements, émotions et cognitions conduisant à la consommation de SPA, l'adolescent prend conscience que la consommation n'arrive pas tout bonnement sans raison. Elle permet également de mettre en évidence les conséquences positives et négatives immédiates

et les conséquences négatives à moyen ou long terme. Ce processus l'aide à trouver des motivations à modifier sa consommation de SPA et à identifier des plaisirs recherchés avec le recours aux SPA mais qui pourraient probablement être obtenus autrement. Cette procédure est réalisée tôt dans le processus mais doit être considérée comme un travail inachevé qui sera complété au fur et à mesure des sessions.

### **Procédure 2 : l'analyse fonctionnelle des comportements sociaux positifs**

L'analyse fonctionnelle des comportements sociaux positifs (pro-sociaux) suit le même schéma que toutes les analyses fonctionnelles : émotions, cognitions, comportements et déclencheurs qui précèdent les comportements pro-sociaux, de même que les conséquences positives et négatives, à court terme et moyen/long terme de l'adoption de comportements pro-sociaux.

Le thérapeute demande à l'adolescent de décrire des activités qu'il aime mais à l'intérieur desquelles il ne consomme pas de SPA. La procédure permettra de mieux connaître ces activités et leurs bénéfices afin de développer les habiletés à recourir à des alternatives à la consommation de SPA. Comme dans la procédure 1, le thérapeute utilise le formulaire où une activité plaisante est identifiée et pour laquelle l'ensemble des questions sont demandées (avec qui es-tu lorsque tu fais cette activité, où, quand, qu'est-ce que tu penses, ressens, à quelle fréquence, pendant combien de temps, les conséquences négatives à court terme et positives à long terme dans les différentes sphères de vie). Le théra-

peute aura une liste d'activités plaisantes potentielles pour aider l'adolescent, au besoin, à trouver des activités plaisantes.

### **Procédure 3 : L'échelle de bonheur et les buts du counseling**

L'échelle de bonheur est un questionnaire que remplit l'adolescent et qui permet d'évaluer son niveau de satisfaction ou de bonheur envers de nombreuses dimensions de vie : sa consommation d'alcool et de drogues, ses relations amicales et amoureuses, la relation à ses parents, l'école, ses activités sociales, récréationnelles, ses habitudes personnelles. Ce constat de zones de bonheur ou d'insatisfaction permet à l'adolescent de travailler à fixer un plan de travail avec le thérapeute en utilisant le formulaire « Les buts du *counseling* ». En effet, dans ce formulaire, l'adolescent dresse le portrait des objectifs qu'il veut atteindre, dans le cadre du traitement évidemment, au sein de chacune des sphères évaluées à l'aide de l'Échelle de bonheur. Le clinicien aura compris que l'ensemble de la stratégie permet de dresser un plan d'intervention où l'adolescent se sent impliqué et où l'on suscite la meilleure motivation possible à travailler avec le thérapeute. Les deux analyses fonctionnelles sont ici cruciales pour identifier ce qui cause insatisfaction et ce qui peut conduire à la réalisation du bonheur.

### **Procédure 4 : Augmenter les activités de loisirs à caractère social**

Cette procédure, utilisée tout au long du processus, vise à augmenter la participation de l'adolescent à des activités sociales positives et sans consommation de SPA, voire même à tenter de nouvelles activités.

Ce faisant, il expérimente des pauses de consommation de SPA et l'accroissement d'un sentiment d'efficacité personnelle dans sa capacité de se procurer des sensations de bien-être par d'autres moyens que le recours aux SPA.

Pour réaliser cette procédure, le thérapeute aidera l'adolescent à réaliser que de se retrouver dans des situations où il a l'habitude de consommer des SPA augmente sa probabilité de consommer à nouveau, d'où l'importance de développer ses capacités à participer à d'autres activités plaisantes mais sans SPA. Il aide l'adolescent à les identifier et à comprendre comment participer à ces nouvelles activités. Le thérapeute utilisera l'analyse fonctionnelle des comportements sociaux positifs pour mettre en valeur les bienfaits de ces activités, pour nommer celles étant déjà en place et identifier les obstacles à leur réalisation. Ils chercheront à identifier des personnes qui pourraient l'y accompagner et le supporter dans cette nouvelle activité (un ami, quelqu'un de la famille, etc.). Le thérapeute inclura les démarches et la participation à la nouvelle activité dans les tâches à faire à la maison.

### **Procédure 5 : Les habiletés de prévention de la rechute**

Cette procédure démarre par l'utilisation de l'analyse fonctionnelle des comportements de consommation afin de comprendre les antécédents et les conséquences de l'utilisation des SPA. Même si l'adolescent n'a pas eu une période d'abstinence (et pour qui, donc, on ne peut parler de rechutes) on utilise les mêmes stratégies.

L'adolescent apprendra comment utiliser les signes précurseurs pour identifier les situations à haut risque. Il apprendra comment interrompre la chaîne des événements conduisant à la consommation de SPA. Il apprendra à refuser les SPA de façon affirmative. Il apprendra à changer ses patrons cognitifs inadaptés et à utiliser des stratégies plus adaptatives pour transiger avec les déclencheurs de la consommation de SPA.

### **Procédure 6 : Les habiletés à la communication**

Le développement de meilleures habiletés à la communication aidera l'adolescent à établir des relations plus positives avec ses parents et les autres membres de son entourage. Le thérapeute aidera l'adolescent à refléter à autrui qu'il le comprend, à prendre une portion de responsabilité dans la création des problèmes de même qu'à offrir à autrui de l'aider à résoudre un problème ou une portion du problème ciblé. Après avoir évalué les habiletés à la communication de l'adolescent en lui faisant raconter très précisément des situations interactionnelles, le thérapeute reprendra ces situations pour instaurer un entraînement avec des jeux de rôles. Il veillera à reparler des entraînements en mettant en évidence tant le contenu que les émotions vécues au cours de l'échange. Il s'entendra avec l'adolescent pour qu'il fasse des exercices durant la semaine.

### **Procédure 7 : L'entraînement aux habiletés de résolution de problèmes**

L'amélioration des capacités de résolution de problèmes est une acquisition cruciale qui permet de faire face à différents pro-

blèmes de vie sans recourir aux SPA. À nouveau, ces acquis permettent d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle et d'estime de soi. Ces habiletés sont présentées sous forme de trois étapes : définir le problème clairement, générer des alternatives et choisir des solutions. Le thérapeute aidera l'adolescent à apprécier l'importance d'évaluer le résultat du recours aux stratégies de résolution de problèmes dans une situation particulière.

### **Procédure 8 : Les tests de dépistage urinaire**

Cette procédure n'est pas la cible centrale du *ACRA*, mais l'information est utilisée pour renforcer l'adolescent (lorsqu'il y a abstinence) et pour possiblement parler de la consommation de façon ouverte, sans jugement en reprenant l'analyse fonctionnelle des comportements de consommation de SPA. Le thérapeute travaillera avec l'adolescent à chercher des alternatives à la consommation de SPA.

### **Procédure 9 : Synthèse, motivation et créer alliance avec les parents**

Le but de cette première rencontre avec les parents est de les motiver à participer au programme de traitement et de les aider à comprendre les impacts de leurs propres comportements sur l'abus de SPA de l'adolescent. Les interventions devront aider les parents à avoir une attitude plus positive envers leur adolescent éliminant ainsi tous blâmes envers qui que ce soit pour les problèmes actuels. Les parents comprendront mieux l'approche et seront motivés à poursuivre leur travail avec le thérapeute.

### **Procédure 10 : Entraînement des parents aux habiletés à la communication**

Les habiletés enseignées aux parents sont les mêmes que celles enseignées à l'adolescent et la procédure est sensiblement la même, utilisant principalement les jeux de rôles et les tâches à la maison.

### **Procédure 11 : habiletés relationnelles parents-adolescent**

Les habiletés apprises précédemment seront fort utiles pour les deux rencontres conjointes parents et adolescent. L'objectif de ces rencontres est d'aider les membres de la famille à améliorer leurs capacités de résolution de problèmes ensemble, de les aider à se dire des propos positifs l'un envers l'autre et à utiliser un style d'échange plus respectueux.

Plus précisément, le thérapeute invite chaque membre de la famille à dire trois choses positives à propos l'un de l'autre, il revoit les composantes des habiletés à la communication et de résolution de problèmes (vues pour la première fois par les parents), aide les participants à remplir l'échelle de bonheur, aide les parents et l'adolescent à mettre sur pieds un jeu de rôle réaliste pour pratiquer leurs habiletés à la communication et de résolution de problèmes, voit à ce que des tâches soient faites à la maison. Il veillera à bien clore la seconde rencontre en faisant la synthèse du processus avec les parents puisqu'il ne les reverra pas.

### **Procédure 12 : Fin du traitement**

Cette dernière session permet de faire la synthèse, de revoir les progrès, de recevoir

du renforcement de la part du thérapeute pour ses progrès et d'être conscient des efforts qu'il lui reste à faire.

### 4.2.5 Les trois procédures optionnelles

#### Procédure optionnelle 1 : transiger avec les clients absents

Aussitôt que le thérapeute constate une absence, il tente d'entrer en contact avec l'individu. Ces efforts pour aller chercher le client et le réengager en traitement fait partie du travail du thérapeute. Le thérapeute tente d'abord de rejoindre immédiatement par téléphone la personne absente. Si les personnes n'ont pas le téléphone, le thérapeute se rendra à la résidence et fera l'entrevue sur place. Le thérapeute sera vigilant à éviter tout dénigrement et renforcera les personnes d'avoir accepté de participer au traitement. Il leur exprimera son vif désir de les voir à nouveau tout en leur rappelant les renforcements anticipés à quitter la consommation de SPA (pour l'adolescent) ou les gains espérés à voir son adolescent ne plus consommer de SPA. Le thérapeute exprime son optimisme au sujet du traitement.

#### Procédure optionnelle 2 : Les stratégies de recherche d'emploi

Pour certains, obtenir un travail sera une composante extrêmement favorable au rétablissement de l'adolescent. Le thérapeute aidera l'adolescent à identifier une catégorie d'emploi qui l'intéresse, à faire une liste des endroits potentiels, à faire un jeu de rôle au sujet des habiletés pour s'informer s'il y a un emploi disponible et pour une entrevue d'emploi. De plus, le thérapeute sera attentif à la performance de l'adolescent en emploi.

#### Procédure optionnelle 3 : La gestion de la colère

Certains adolescents expriment leur colère de manière destructrice. Il faut alors les aider à l'exprimer de manière plus constructive. Le thérapeute aidera l'adolescent à identifier les conséquences négatives de sa méthode d'expression de sa colère afin de le motiver à mieux la gérer. Le thérapeute aidera l'adolescent à identifier ses signes précurseurs à une explosion colérique pour ensuite apprendre à se calmer, possiblement en prenant distance de l'événement et subséquemment, en tentant de comprendre le point de vue d'autrui.

### 4.3 ÉTUDES D'EFFICACITÉ

Très peu d'études ont porté sur l'adaptation du *Community Reinforcement Approach* pour les adolescents. Comme mentionné précédemment, le *Cannabis Youth Treatment (CYT)* (Dennis et al., 2002) est probablement une des meilleures études récentes, bien structurée, permettant de comparer le *ACRA* à d'autres interventions (Entrevue motivationnelle combinée à une intervention comportementale cognitive - MET/CBT5 - et la Thérapie familiale multidimensionnelle) auprès de jeunes pouvant bénéficier de services externes (les adolescents manifestant une problématique d'abus de SPA nécessitant des soins internes ont été exclus de l'étude, soit 20 % des jeunes évalués). Pour ne pas répéter les données présentées précédemment, rappelons simplement que les trois approches étudiées ont, 12 mois après le début du traitement, des taux d'efficacité équivalents

(i.e. sans différences statistiquement significatives), tant au sujet des jours d'abstinence au cours de l'année suivant l'admission en traitement (oscillant entre 251 et 265) que de la proportion d'individus en rémission à douze mois post-admission (TFMD= 19 % ; ACRA=34 % ; MET/CBT5=23 %) (Dennis et al., 2004). Cependant, le *Adolescent Community Reinforcement Approach* génère des coûts moindre par personne en rémission (4 460 \$ US versus 6 611 \$ pour le MET/CBT5 et 11 775 \$ pour la TFMD) (Dennis et al., 2004 ; Dennis et al., 2005). En ce sens, auprès d'une clientèle présentant une problématique de consommation de SPA modérée à sévère, mais sans besoin de traitement interne, le *ACRA* semble prometteur puisque aussi efficace que les autres approches mais moins coûteux par jeune en rémission. Le constat que les deux tiers des adolescents de cette étude avaient recours aux SPA ou rapportaient des problèmes associés à l'utilisation de SPA après douze mois invite à prévoir des suivis à plus long terme des adolescents référés à nos services (Dennis et al., 2004) et en ce sens, le protocole en douze rencontres du *ACRA* peut certainement être utilisé à un peu plus long terme, sans toutefois qu'on ait de certitude si cette procédure améliorera l'efficacité du traitement.

Tableau 4. Comparaison des caractéristiques de quatre modèles de traitement de l'abus de SPA chez l'adolescent et impliquant sa famille.

Traitement	Modèle conceptuel	Problèmes et clients ciblés	Objectifs	Durée et intensité	Lieu d'intervention	Temps investi avec la famille
<i>Multidimensional Family Therapy (MFT)</i>	Modèle empiriquement fondé. Les auteurs s'appuient sur un nombre imposant de travaux de recherche portant sur l'adolescent et son développement (Liddle et al., 2000), sur les habiletés parentales (Liddle, Rowe, Dakof, & Lyde, 1998) et sur le rôle des liens d'attachement dans la relation parents-adolescent (Liddle & Schwartz, 2002).	La consommation de SPA des adolescents.	L'arrêt ou la réduction significative de la consommation de SPA.	Thérapie semi-intensive, d'une durée prévue de trois mois à raison de 2 ou 3 rencontres par semaine. Mais dans la réalité, la variation semble être la règle. Les chercheurs rapportent une moyenne de 14 heures de services <sup>2</sup> .	Le bureau du thérapeute, mais en début de traitement, le milieu scolaire, communautaire, judiciaire et autres pour créer l'alliance.	Il y a des rencontres individuelles avec l'adolescent, des rencontres familiales mais aussi des rencontres avec les intervenants scolaires et judiciaires. La proportion du temps investi en famille est variable mais est environ de 50 %.
<i>Brief Strategic Family Therapy (BSFT)</i>	Thérapie familiale structurée (Minuchin, 1974) et stratégique (Haley, 1976) s'appuyant sur les théories explicatives systémiques de la toxicomanie. Ce modèle thérapeutique favorise aussi le recours à des techniques comportementales cognitives ou autres, du moment qu'elles permettent les changements structurels désirés au sein du système familial, à une vitesse et à une efficacité optimale, afin que les changements demeurent.	Vise les adolescents abusant de SPA et présentant un autre problème concomitant tel que les problèmes de comportement, un trouble de l'opposition, de la délinquance ou de la violence. Cible les familles de culture hispanique mais a été adapté pour les familles afro-américaines, chinoises et semble pouvoir s'adapter à de multiples cultures qui valorisent la	1) L'arrêt ou la réduction significative de la consommation de SPA et des problèmes concomitants (focus sur le symptôme) 2) Modifier les interactions familiales associées à l'abus de SPA chez l'adolescent (focus sur le système) 3) Préserver la famille, si cela est réaliste.	Thérapie non intensive, une rencontre par semaine pour une durée de 2 à 6 mois (8 à 24 rencontres).	Au bureau du thérapeute.	75 % du temps d'intervention est investi avec la famille et 25 % du temps avec l'adolescent.

<sup>2</sup> Les chercheurs ne précisent pas si la durée de 14 heures est attribuable au taux d'abandon ou à un jugement clinique évaluant un faible besoin en heures de thérapie pour certaines familles.

Traitement	Modèle conceptuel	Problèmes et clients ciblés	Objectifs	Durée et intensité	Lieu d'intervention	Temps investi avec la famille
		vie familiale.				
<i>Multisystemic therapy</i>	<p>S'appuie sur le modèle de l'écologie sociale (Bronfenbrenner, 1979) ainsi que sur les modèles de thérapie familiale structurelle (Minuchin, 1974) et stratégique (Haley, 1976).</p> <p>Le MST intègre aussi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Les données de recherche concernant le multidéterminisme des problèmes de comportement et de l'abus de SPA (Schoenwald, Henggeler, Brondino, &amp; Rowland, 2000b) :</li> <li>-Les données sur les traitements empiriquement fondés.</li> </ul> <p>Plus récemment, les techniques du <i>Community Reinforcement Approach</i> (Randall et al., 2001).</p>	A d'abord ciblé les problèmes de violence et de délinquance. Récemment, une adaptation pour les délinquants toxicomanes qui semble prometteuse a été développée.	Éviter le placement ou l'incarcération de l'adolescent tout en préservant le noyau familial via la réduction des problèmes de délinquance et de consommation de SPA. Cette réduction se réalisera par le renforcement positif, i.e. l'« <i>empowerment</i> », des parents et de l'adolescent dans leurs rôles respectifs.	Thérapie intensive, i.e. à tous les jours, 24/7 pendant trois à cinq mois (avec décroissance de l'intensité) Les études cliniques montrent que les familles reçoivent entre 12 et 187 heures de services pour une moyenne de 40 heures de contact direct et la durée moyenne du traitement est de 130 jours, soit un peu plus de 4 mois (Henggeler, Pickrel, & Brondino, 1999). Ces variations d'heures de services semblent attribuables au jugement clinique concernant le besoin de chaque famille en heures d'intervention.	Dans le milieu de vie, i.e. la maison, le quartier, l'école, presque jamais au bureau de l'intervenant.	La majorité du temps inclut une intervention avec les parents qui sont les médiateurs privilégiés pour instaurer des changements auprès de l'adolescent.
<i>Adolescent Community Reinforcement Approach</i>	<i>Community Reinforcement Approach</i> (Meyers & Smith, 1995) et son adaptation pour les adolescents (Gould et al., 2001)	L'abus de SPA de l'adolescent	L'arrêt ou la réduction significative de la consommation de SPA	Thérapie non intensive, une rencontre par semaine pour une durée de quatre mois environ	Au bureau du thérapeute mais occasionnellement à la maison	15 % du temps est consacré aux rencontres familiales et le reste en rencontres individuelles avec l'adolescent.

### 5. CONCLUSION

Les approches s'appuyant sur la famille recensées dans ce chapitre sont des modèles de traitement efficaces de la toxicomanie chez l'adolescent. Cependant, est-ce qu'une intervention s'appuyant sur la famille est plus efficace qu'une autre intervention n'incluant pas la famille dans le traitement de la toxicomanie chez l'adolescent ? Williams et Chang (2000) concluent à la positive. Nous croyons toutefois que cette affirmation est, quoique valable, quelque peu prématurée.

Tout d'abord, les études comparatives avec distribution au hasard des participants ne sont pas légion. Elles permettent de mettre en lumière l'efficacité évidente des thérapies s'appuyant sur la famille mais ne prouvent pas toujours qu'elles sont supérieures à des traitements qui ne tiennent pas compte de la famille (voir les recensions d'études d'efficacité pour chaque modèle).

Deuxièmement, les études américaines, trop centrées sur les critères d'abstinence comme évaluation de l'efficacité des interventions, ne permettent pas d'évaluer suffisamment l'impact des thérapies familiales de la toxicomanie sur les multiples sphères de vie, et ce, à long terme. On peut supposer que les thérapies familiales auront un impact supérieur à plus long terme, sur l'ensemble du fonctionnement familial, et ce faisant, sur le bien-être à long terme de l'adolescent. Finalement, il est difficile de comparer le rendement de différents modèles d'intervention s'appuyant sur la famille qui ont des visées

différentes (éviter l'institutionnalisation – TMS – versus impliquer légèrement les parents pour réduire la consommation de SPA de l'adolescent – *ACRA*).

Nous avons voulu présenter des modèles d'intervention s'appuyant sur la famille, reconnus efficaces, mais différents. Ceux-ci sont différents tout d'abord quant à la proportion de l'intervention passée en présence des parents. En effet, le *Adolescent Community Reinforcement Approach* (Godley et al., 2001) propose de passer 15 % du temps en intervention familiale alors que la Thérapie familiale stratégique brève (Szapocznik et al., 2003) en propose 75%. Ce sont pourtant tous des modèles s'appuyant sur la famille. Ils se distinguent également par leur degré d'intensité. L'*ACRA* et la TFSB sont des modèles non intensifs, proposant une rencontre par semaine. La thérapie familiale multidimensionnelle (Liddle, 2002b) est de nature semi-intensive (2 ou 3 rencontres par semaine) alors que la thérapie multisystémique (Henggeler et al., 1998) est le traitement le plus intensif, soit des rencontres à tous les jours.

Les modèles se différencient également par le lieu d'intervention proposé : au bureau du thérapeute (TFSB et *ACRA*), une portion de l'intervention dans le milieu scolaire (TFMD) et toujours dans la communauté, à la résidence de la famille, à l'école (TMS). Les thérapies décrites sont toutes des modèles s'appuyant sur la famille, mais tout de même, passablement différentes dans leurs modalités d'application.

En conclusion, nous estimons qu'il est avantageux de développer, dans les centres de réadaptation, une compétence à offrir des traitements de la toxicomanie chez l'adolescent, impliquant ou s'appuyant sur la famille. Nous croyons que le choix du modèle d'intervention s'appuiera sur les objectifs ciblés par le centre, sur la clientèle visée et sur la possibilité d'adapter les services à ce type d'intervention.

Nous croyons également qu'il faudra quelques années d'études pour pouvoir obtenir une opinion plus tranchée sur la supériorité des interventions s'appuyant sur la famille dans le traitement de la toxicomanie chez l'adolescent. De plus, nous estimons que les données de recherche devront jeter un peu de lumière au sujet de l'appariement du type de traitement s'appuyant sur la famille avec des populations particulières (e.g., les adolescents nécessitant un traitement extrêmement intensif et à la résidence de la famille, versus ceux pouvant très bien profiter d'une intervention hebdomadaire ou la famille n'est que peu impliquée).

## **Troisième section : Recommandations cliniques**

## Chapitre VI : Recommandations cliniques

L'évolution des connaissances scientifiques concernant les interactions entre abus de SPA et vie conjugale/familiale a contribué à l'évolution des traitements des PAT. Cette évolution nous conduit à proposer quelques recommandations au sujet des pratiques les plus prometteuses et les mieux appuyées par des études d'efficacité.

### **1. INTERVENIR AUPRES DES MEMBRES DE L'ENTOURAGE DES PAT NON MOTIVES**

Il est aujourd'hui clair que l'intervention auprès des membres de l'entourage de PAT non motivées à entreprendre une démarche d'aide ou à modifier leurs habitudes de consommation de SPA est largement efficace. Ces PAT qui ne cognent pas aux portes des centres de traitement sont pourtant largement en difficultés et seront potentiellement des demandeurs d'aide, lorsque leur situation sera plus détériorée. Une intervention auprès de leur entourage augmente grandement la probabilité qu'ils débutent un traitement ou qu'ils réduisent significativement leur consommation de SPA et devrait donc être implantée par les centres spécialisés dans le traitement des personnes alcooliques et toxicomanes. En fait, ces centres sont tout indiqués pour ce type d'intervention puisqu'ils pourront accueillir rapidement la PAT lorsqu'elle acceptera d'entrer en traitement. Des traitements largement documentés et décrits existent, aisément applicables, dont particulière-

ment le *Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)* (Smith et al., 2004).

### **2. INTRODUIRE SYSTEMATIQUEMENT L'INTERVENTION CONJUGALE DANS LE TRAITEMENT DES PAT**

Les études illustrent largement l'efficacité, voire même la supériorité, de l'intervention conjugale auprès des couples dont l'un des membres abuse de SPA. Dans certains sous-groupes de PAT, peut-être celles vivant une problématique avancée de consommation de SPA, la proportion de ceux vivant en couple n'est pas toujours très élevée. Toutefois, pour cette portion d'individus ayant un ou une conjointe, l'intervention conjugale améliore significativement l'efficacité du traitement. Elle peut être menée seule ou en ajout à d'autres interventions. Des modèles bien décrits et largement validés existent (Epstein et al., 2002 ; O'Farrell, 1993a).

### **3. DANS LES SERVICES D'AIDE AUX ADOLESCENTS ABUSANT DE SPA, DEVELOPPER DES COMPETENCES A UTILISER UN TRAITEMENT S'APPUYANT SUR LA FAMILLE**

Plusieurs modèles de traitement de l'abus de SPA chez l'adolescent, s'appuyant sur la famille, existent. Chacun des modèles a ses particularités, que ce soit en terme d'intensité, de lieu de traitement, de caractéristiques associées à la valorisation plus grande de la famille au sein de certaines

## Chapitre VI : Recommandations cliniques

---

cultures (certains modèles accordent une plus grande proportion du temps à l'intervention familiale que d'autres), en terme de degré d'implication du milieu scolaire en plus de la famille, etc. Ces différences détermineront les choix des centres de soins aux adolescents toxicomanes, tant à partir des caractéristiques des clientèles, des objectifs cliniques que des ressources du centre. Chacun des modèles décrits dans le document s'est révélé efficace et en ce sens, rien ne permet de déterminer lequel, parmi eux, doit être privilégié. Au sujet de l'appariement entre un traitement particulier et une clientèle cible, plus d'études doivent être menées.

Mais les données de recherche permettent déjà de conclure qu'une intervention s'appuyant sur la famille devrait faire partie de l'arsenal de base de tout centre spécialisé de traitement des adolescents aux prises avec des difficultés importantes d'abus de SPA et qui souhaite être à la fine pointe des meilleures pratiques. Il semble toutefois sage de ne pas dogmatiser cette pratique en l'appliquant, sans discrimination, à chaque usager. Un processus décisionnel personnalisé doit s'appliquer puisqu'on se rappelle que d'autres pratiques, qui n'impliquent pas la famille, se sont également révélées très efficaces (Dennis et al., 2004).

## Références

- AACAP (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 140s-156s.
- Abdelrahman, A. I., Rodriguez, G., Ryan, J. A., French, J. F., & Weinbaum, D. (1998). The epidemiology of substance use among middle school students : The impact of school, familial, community and individual risk factors. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8, 55-75.
- Ager, R. D. & Thomas, E. J. (1994). The Spouse Treatment Mediation Inventory. In J. Fischer & K. Corcoran (Eds.), *Measures of clinical practice : A sourcebook. Vol 1. Couples, families, and children (2nd ed.)* (pp. 177-182). New York : Free Press.
- Al-Anon (2004a). Media Interview Questions. Virginia, USA, Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., <http://www.alanon.alateen.org/pdf/mediakit/mkhistory.pdf>.
- Al-Anon (2004b). History. Virginia, USA, Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., <http://www.alanon.alateen.org/pdf/mediakit/mkhistory.pdf>.
- Al-Anon (1998). *Comment Al-Anon oeuvre pour les familles et les amis des alcooliques*. Virginia Beach, Virginia : Al-Anon Family Group Headquarters, Inc.
- Allen, M., Donohue, W. A., Griffin, A., Ryan, D., & Turner, M. M. (2003). Comparing the influence of parents and peers on the choice to use drugs. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 163-186.
- Andrews, J. A., Hops, H., & Duncan, S. C. (1997). Adolescent modeling of parent substance use : The moderating effect of the relationship with the parent. *Journal of Family Psychology*, 11, 259-270.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W., & Smolkowski, K. (1999a). Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 141-150.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Hops, H. (1999b). Adolescent problem behavior : the influence of parents and peers. *Behavior Research Therapy*, 37, 217-230.
- Bailey, M. B., Haberman, P., & Alskan, H. (1962). Outcomes of Alcoholic Marriage : Endurance, termination or recovery. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23, 610-623.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ, É.-U. : Prentice-Hall.
- Barber, J. G. (1998). Evaluation of a self-help manual for the female partners of heavy drinkers. *Research on Social Work Practice*, 8, 141-151.
- Barber, J. G. & Crisp, B. R. (1995). The "pressures to change" approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*, 90, 269-276.
- Barber, J. G. & Gilbertson, R. (1997b). Unilateral interventions for women living with heavy drinkers. *Social Work*, 42, 69-78.
- Barber, J. G. & Gilbertson, R. (1997a). Coping with a partner who drinks too much : Does anything work ? *Substance Use and Misuse*, 32, 485-494.
- Barber, J. G. & Gilbertson, R. (1996). An experimental study of brief unilateral intervention for the partners on heavy drinkers. *Research on Social Work Practice*, 6, 325-336.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.
- Beal, A. C., Ausiello, J., & Perrin, J. M. (2001). Social influences on health-risk behaviors among minority middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 28, 474-480.
- Becker, D., Hogue, A., & Liddle, H. A. (2002). Methods of engagement in family-based preventive intervention. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 163-179.
- Becker, D. & Liddle, H. A. (2001). Family therapy with unmarried African American mothers and their adolescents. *Family Process*, 40, 413-427.

- Beman, D. S. (1995). Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence, 30*, 201-208.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., & Plourde, C. (2004). *Évaluation du programme jeunesse Domrémy MCQ. Synthèse de l'évaluation, recension des écrits et recommandations pour sa révision*. Trois-Rivières, Québec, Canada : Centre de réadaptation en toxicomanie et jeu excessif Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec.
- Bjarnason, T., Andersson, B., Choquet, M., Elekes, Z., Morgan, M., & Rapinett, G. (2003). Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: multilevel modeling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries. *Journal of Studies on Alcohol, 64*, 200-208.
- Branchey, L., Davis, W., Lee, K. K., & Fuller, R. K. (1987). Psychiatric complications of disulfiram treatment. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1310-1312.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Brook, D. W., Brook, J. S., Richter, L., Whiteman, M., Arencibia Mireles, O., & Masci, J.-R. (2002). Marijuana use among the adolescent children of high-risk drug-abusing fathers. *American Journal of Addiction, 11*, 95-110.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M., & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use : a family interactional approach. *Genetic Social and General Psychology Monographs, 116*, 111-267.
- Brook, J. S., Gordon, A. S., Brook, A., & Brook, D. W. (1989a). The consequences of marijuana use on intrapersonal and interpersonal functioning in black and white adolescents. *Genetic Social and General Psychology Monographs, 115*, 349-369.
- Brook, J. S., Nomura, C., & Cohen, P. (1989b). Prenatal, perinatal, and early childhood risk factors and drug involvement in adolescence. *Genetic Social and General Psychology Monographs, 115*, 221-241.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Finch, S., & Cohen, P. (2000). Longitudinally foretelling drug use in the late twenties : adolescent personality and social-environmental antecedents. *Journal of Genetic Psychology, 161*, 37-51.
- Brown, B. B., Mounts, N., Lamborn, S. D., & Steinberg, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development, 64*, 467-482.
- Brown, T. L., Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents : Effects on school attendance at posttreatment and 6-months follow-up. *Children's Services : Social Policy, Research and Practice, 2*, 81-93.
- Brown, T. G., Caplan, T., Werk, A., Seraganian, P., & Singh, M.-K. (1999). *Toxicomanie et violence conjugale : Recension des écrits et état de la situation au Québec*. Montréal, Québec, Canada : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Carey, K. & Correia, C. J. (1997). Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 100-105.
- Chabrol, H., Roura, C., & Kallmeyer, A. (2004). Perceptions of cannabis effects a qualitative study among adolescents. *Encephale, 30*, 259-265.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Chermack, S. T., Fuller, B. E., & Blow, F. C. (2000). Predictors of expressed partner and non-partner violence among patients in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 58*, 43-54.
- Christensen, A., Jacobson, N. S., & Babcock, J. C. (1995). Integrative Behavioral Couple Therapy. In N.S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 31-64). New York : The Guilford Press.

## Références

---

- Clark, D. B., De Bellis, M. D., Lynch, K. G., Cornelius, J. R., & Martin, C. S. (2003). Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents : onsets and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, *69*, 51-60.
- Cleveland, H. H. & Wiebe, R. P. (2003). The moderation of genetic and shared-environmental influences on adolescent drinking by levels of parental drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, *64*, 182-194.
- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K., & Szapocznik, J. (2001). Brief Strategic Family Therapy versus community control: engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*, *40*, 313-332.
- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E., & King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type : physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health*, *90*, 553-559.
- Coleman, H. D. & Strauss, M. A. (1983). Alcohol Abuse and Family Violence. In E. Gottheil, K. A. Druley, T. E. Skoloda, & H. M. Waxman (Eds.), *Alcohol, Drug Abuse and Agression* (pp. 104-124). Springfield, Illinois : Charles C. Thomas Publisher.
- Collins, C. C., Grella, C. E., & Hser, Y. I. (2003). Effects of gender and level of parental involvement among parents in drug treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *29*, 237-261.
- Cotton, N. S. (1979). The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, *40*, 89-116.
- Crespi, T. D. & Sabatelli, R. M. (1997). Children of alcoholics and adolescence : individuation, development, and family systems. *Adolescence*, *32*, 407-417.
- Cunradi, C. B., Caetano, R., & Schafer, J. (2002). Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, *26*, 493-500.
- Dakof, G. A. (2000). Understanding gender differences in adolescent drug abuse : issues of comorbidity and family functioning. *Journal of Psychoactive Drugs*, *32*, 25-32.
- Dembo, R., Wothke, W., Seeberger, W., Shemwell, M., Pacheco, K., Rollie, M. et al. (2000). Testing a model of the influence of family problem factors on high-risk youths' troubled behavior : a three-wave longitudinal study. *Journal of Psychoactive Drugs*, *32*, 55-65.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study : main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *27*, 197-213.
- Dennis, M., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F. M. et al. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment : rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, *97 Suppl 1*, 16-34.
- Dennis, M. L., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2005). Appendix for - The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study : Main Findings from Two Randomized Trials. [http://www.chestnut.org/LI/downloads/Dennis\\_et\\_al\\_CYT\\_MF\\_Appendix.pdf](http://www.chestnut.org/LI/downloads/Dennis_et_al_CYT_MF_Appendix.pdf).
- Diamond, G. & Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 481-488.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2000). The therapist-parent alliance in family-based therapy for adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, *56*, 1037-1050.
- Diamond, G. S. & Liddle, H. A. (1999). Transforming negative parent-adolescent interactions : from impasse to dialogue. *Family Process*, *38*, 5-26.
- Diamond, G. M., Liddle, H., Hogue, A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy : A process study. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, *36*, 355-368.
- Dielman, T. E., Butchart, A. T., Shope, J. T., & Miller, M. (1990). Environmental correlates of adolescent substance use and misuse : implications for prevention programs. *International Journal of the Addiction*, *25*, 855-880.

- Doane, J. A., Hill, W. L., Jr., & Diamond, D. (1991). A developmental view of therapeutic bonding in the family : treatment of the disconnected family. *Family Process, 30*, 155-175.
- Dumka, L. E. & Roosa, M. W. (1995). The role of stress and family relationships in mediating problem drinking and fathers' personal adjustment. *Journal of Studies on Alcohol, 56*, 528-537.
- Dumka, L. E. & Roosa, M. W. (1993). Factors mediating problem drinking and mothers' personal adjustment. *Journal of Family Psychology, 7*, 333-343.
- Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A., Vanyukov, M., Kirisci, L., & Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review, 22*, 1063-1090.
- Dunn, N. J., Jacob, T., Hummon, N., & Seilhamer, R. A. (1987). Marital stability in alcoholic-spouse relationships as a function of drinking pattern and location. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 99-107.
- Edwards, M. E. & Steinglass, P. (1995). Family Therapy Treatment Outcomes for Alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 475.
- El Bassel, N., Gilbert, L., Witte, S., Wu, E., Gaeta, T., Schilling, R. et al. (2003). Intimate partner violence and substance abuse among minority women receiving care from an inner-city emergency department. *Womens Health Issues, 13*, 16-22.
- Eland-Goossens, M. A., Van de Goor, L. A. M., Garretsen, H.-F. L., & Schudel, W. J. (1997). Opiate addicts in and outside treatment compared on psychopathology. *Addiction Research, 3*, 164-172.
- Epstein, E. E. & McCrady, B. S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. In A.S.Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3rd ed., pp. 597-628). New York, NY, US : Guilford Press.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Miller, K. J., & Steinberg, M. (1994). Attrition from conjoint alcoholism treatment : do dropouts differ from completers ? *Journal of Substance Abuse, 6*, 249-265.
- Epstein, E. E. & McCrady, B. S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders : Current status and innovations. *Clinical Psychology Review, 18*, 689-711.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., & Hirsch, L. S. (1997). Marital functioning in early versus late-onset alcoholic couples. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research, 21*, 547-556.
- Fagan, J. A. & Brown, A. (1994). Violence between and intimates. In A.Reiss & J. Roth (Eds.), *Understanding and Preventing Violence : Vol.3. Social Influences* (pp. 115-292). Washington, DC : National Academy Press.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & O'Farrell, T. J. (1996). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients : Effects on relationship adjustment and drug-using behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 959-972.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & O'Farrell, T. J. (1999). Drug-abusing patients and their intimate partners : Dyadic adjustment, relationship stability, and substance use. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 11-23.
- Fals-Stewart, W., Kashdan, T. B., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients : Effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 87-96.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (1997). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients : a cost outcomes analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 789-802.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Feehan, M., Birchler, G. R., Tiller, S., & McFarlin, S. K. (2000). Behavioral couples therapy versus individual-based treatment for male substance-abusing patients : An evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*, 249-254.

## Références

---

- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Hooley, J. M. (2001). Relapse among married or cohabiting substance-abusing patients: The role of perceived criticism. *Behavior Therapy, 32*, 787-801.
- Fals-Stewart, W. & Birchler, G. R. (1998). Marital interactions of drug-abusing patients and their partners: Comparisons with distressed couples and relationship to drug-using behavior. *Psychology of Addictive Behavior, 12*, 28-38.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2001). Behavioral couples therapy for male methadone maintenance patients: Effects on drug-using behavior and relationship adjustment. *Behavior Therapy, 32*, 391-411.
- Farrington, D. P. & Welsh, B. C. (1999). Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society, 13*, 265-281.
- Finney, J. W. & Monahan, S. C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol, 57*, 229-243.
- Finney, J. W. & Moos, R. H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction, 90*, 1223-1240.
- Finney, J. W., Moos, R. H., Cronkite, R. C., & Gamble, W. (1983). A conceptual model of the functioning of married persons with impaired partners: Spouses of alcoholic patients. *Journal of Marriage and the Family, 23-34*.
- Fleming, C. B., Brewer, D. D., Gainey, R. R., Haggerty, K. P., & Catalano, R. F. (1997). Parent drug use and bonding to parents as predictors of substance use in children of substance abusers. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 6*, 75-86.
- Foote, F. H., Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Perez-Vidal, A., & Hervis, O. K. (1985). One-person family therapy: a modality of brief strategic family therapy. *NIDA Research Monographs, 58*, 51-65.
- Frankenstein, W., Hay, W., & Nathan, P. E. (1985). Effects of intoxication on alcoholics' marital communication and problem solving. *Journal of Studies on Alcohol, 46*, 1-6.
- Freedberg, E. J. & Johnston, W. E. (1980). Outcome with alcoholics seeking treatment voluntarily or after confrontation by their employer. *Journal of Occupational Medicine, 22*, 83-86.
- Friedman, A. S. & Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*, 267-275.
- Fuller, R. K., Branchey, L., Brightwell, D. R., Derman, R. M., Emrick, C. D., Iber, F. L. et al. (1986). Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. *Journal of the American Medical Association, 256*, 1449-1455.
- Galanter, M., Dermatis, H., Keller, D., & Trujillo, M. (2002). Network therapy for cocaine abuse: use of family and peer supports. *American Journal of Addiction, 11*, 161-166.
- Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 97-111.
- Gentilello, L. M. & Duggan, P. (1993). Family intervention with the alcoholic after major injury in the trauma center setting. In T.J. O'Farrell (Ed.), *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions* (pp. 381-402). York, NY, US: Guilford Press.
- George, A. A. & Tucker, J. A. (1996). Help-seeking for alcohol-related problems: Social contexts surrounding entry into alcoholism treatment or alcoholics anonymous. *Studies on Alcohol, 57*, 449-457.
- Godley, S. H., Meyers, R. J., Smith, J. E., Karvinen, T., Titus, J. C., Godley, M. D. et al. (2001). *The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Series. Vol. 4*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Service Administration.

- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1995). The antecedents of menarcheal age: heredity, family environment, and stressful life events. *Child Development, 66*, 346-359.
- Grella, C. E. & Joshi, V. (2003). Treatment processes and outcomes among adolescents with a history of abuse who are in drug treatment. *Child Maltreatment, 8*, 18.
- Guyon, L. & Desjardins, L. (2002). La consommation d'alcool et de drogues. In J. Loiseleur & B. Perron (Eds.), *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2000)*. Vol. 2. (pp. 35-62). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Haber, J. R. & Jacob, T. (1997). Marital interactions of male versus female alcoholics. *Family Process, 36*, 385-402.
- Haley, J. (1976). *Problem Solving Therapy*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Halford, K. W. (2001). *Brief therapy for couples : Helping partners help themselves*. New York, NY, É.-U. : Guilford Press.
- Halford, K. W. (1998). The Ongoing Evolution of Behavioral Couples Therapy : Retrospect and Prospect. *Clinical Psychology Review, 18*, 613-633.
- Halford, K. W. & Osgarby, S. M. (1993). Alcohol Abuse in Clients Presenting With Marital Problems. *Journal of Family Psychology, 6*, 245-254.
- Hawkins, D. J., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : Implications for substance abuse prevention. *Psychological Function, 112*, 64-105.
- Henggeler, S. W. & Borduin, C. M. (1990). *Family Therapy and Beyond : A Multisystemic Approach to Treating the Behavior Problem of Children and Adolescents*. Pacific Grove, CA, É.-U. : Brooks/Cole.
- Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Melton, G. B., & Mann, B. J. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders : A progress report from two outcome studies. *Family Dynamics of Addiction Quarterly, 1*, 40-51.
- Henggeler, S. W., Clingempeel, W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 868-874.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy : an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 953-961.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., & Schoenwald, S. K. (1993). Family preservation using multisystemic treatment : Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies, 2*, 283-293.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents : outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research, 1*, 171-184.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York, NY, É.-U. : Guilford Press.
- Heyman, R. E., Weiss, R. L., & Eddy, J. M. (1995). Marital interaction coding system : revision and empirical evaluation. *Behavior Research and Therapy, 33*, 737-746.
- Hoffmann, J. P. & Cerbone, F. G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse : an event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 66*, 255-264.
- Hogue, A., Liddle, H. A., Becker, D., & Johnson-Leckrone, J. (2002). Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents : immediate outcomes. *Journal of Community Psychology, 30*, 1-22.
- Hogue, A., Liddle, H. A., Dauber, S., & Samuolis, J. (2004). Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescent substance use. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training, 41*, 83-96.

## Références

---

- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R., & Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Hopfer, C. J., Stallings, M. C., Hewitt, J. K., & Crowley, T. J. (2003). Family transmission of marijuana use, abuse, and dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 834-841.
- Hotaling, G. T. & Sugarman, D. B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1, 101-124.
- Huey, S. J., Jr., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 451-467.
- Hurcom, C., Copello, A., & Orford, J. (2000). The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualizations of spouses over recent decades. *Substance Use and Misuse*, 35, 473-502.
- Jackson, J. K. (1954). The Adjustment of the Family to the Crisis of Alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15, 562-586.
- Jacob, T., Dunn, N. J., & Leonard, K. (1983). Patterns of alcohol abuse and family stability. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 7, 382-385.
- Jacob, T. & Leonard, K. (1992). Sequential analysis of marital interactions involving alcoholic, Depressed, and nondistressed men. *Abnormal Psychology*, 101, 647-656.
- Jacob, T., Dunn, N. J., Leonard, K., & Davis, P. (1985). Alcohol-Related Impairments in Male Alcoholics and the Psychiatric Symptoms of Their Spouses: An Attempt to Replicate. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, 55-67.
- Jacob, T. & Leonard, K. E. (1988). Alcoholic-spouse interaction as a function of alcoholism subtype and alcohol consumption interaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 231-237.
- Johnson Institute (1987). *How to use intervention in your professional practice: A guide for helping-professionals who work with chemical dependents and their families*. Minneapolis, MN, US: Johnson Institute Books.
- Johnson, J. L. & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics*, 103, 1085-1099.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1995). The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In N.S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 121-141). New York: The Guilford Press.
- Kahler, C. W., McCrady, B., & Epstein, E. E. (2003). Sources of distress among women in treatment with their alcoholic partners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 257-265.
- Kantor, G. K. & Straus, M. A. (1989). Substance abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 173-189.
- Karpel, M. A. (1994). *Evaluating Couples: A Handbook for Practitioners*. New York, NY, É.-U.: Norton & Co., Inc.
- Kelley, M. L. & Fals-Stewart, W. (2002). Couples-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 417-427.
- Kelly, K. J., Comello, M. L., & Hunn, L. C. (2002). Parent-child communication, perceived sanctions against drug use, and youth drug involvement. *Adolescence*, 37, 775-787.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., & Nelson, C. B. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19-30.

- Kodjo, C. & Klein, J. D. (2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families, and communities. *Pediatric Clinic in North America*, *49*, 257-268.
- Krestan, J.-A. & Bepko, C. (1988). Alcohol problems and the family life cycle. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The Changing Family Life Cycle : A Framework for Family Therapy (2nd ed.)*, New York, NY, É.-U. : Gardner Press.
- Krestan, J.-A. & Bepko, C. (1993). On lies, secrets, and silence : The multiple levels of denial in addictive families. In *Secrets in Families and Family Therapy* (pp. 141-159). New York, NY, US : W.W. Norton & Co, Inc.
- Kumpfer, K. L. & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, *58*, 457-465.
- La Pera, G., Giannotti, C. F., Taggi, F., & Macchia, T. (2003). Prevalence of sexual disorders in those young males who later become drug abusers. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *29*, 149-156.
- Laflamme-Cusson, S., Guyon, L., & Landry, M. (1994). *Analyse comparée de la clientèle de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT. RISQ - Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec.*
- Langeland, W. & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism : A review. *Journal of Studies on Alcohol*, *59*, 336-348.
- Lebow, J. L. & Gurman, A. S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology*, *46*, 27-57.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, *25*, 73-102.
- Leonard, K. E. & Roberts, L. J. (1998). The effects of alcohol on the marital interactions of aggressive and nonaggressive husbands and their wives. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 602-615.
- Leonard, K. E. & Senchak, M. (1993). Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, *11*, 96-108.
- Leonard, K. E. & Senchak, M. (1996). Prospective prediction of husband marital aggression within newlywed couples. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 369-380.
- Li, C., Pentz, M. A., & Chou, C. P. (2002). Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction*, *97*, 1537-1550.
- Liddle, H. A. (2002a). Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse : Findings from the Multidimensional Family therapy research program. In L.S. Harris (Ed.), *Problems of Drug Dependence 2001 : Proceedings of the 63rd Annual Scientific Meeting* (pp. 113-115). Bethesda, MD : National Institute on Drug Abuse.
- Liddle, H. A. (2002b). *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment Series.* (vols. 5) Rockville, MD, USA : Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse : Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *27*, 651-688.
- Liddle, H. A. & Hogue, A. (2000). A family-based, developmental-ecological preventive intervention for high-risk adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, *26*, 265-279.
- Liddle, H. A. & Hogue, A. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In E.F. Wagner & H. B. Waldron (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions.* (xii ed., pp. 229-261). Amsterdam : Pergamon/Elsevier Science Inc.
- Liddle, H. A., Rowe, C., Dakof, G. A., & Lyde, J. (1998). Translating parenting research into clinical interventions for families of adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *3*, 419-443.

## Références

---

- Liddle, H. A., Rowe, C., Diamond, G. M., Sessa, F. M., Schmidt, S., & Ettinger, D. (2000). Toward a developmental family therapy : the clinical utility of research on adolescence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 485-499.
- Liddle, H. A. & Schwartz, S. J. (2002). Attachment and family therapy : clinical utility of adolescent-family attachment research. *Family Process*, 41, 455-476.
- Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., Doolittle, R. H., Begin, A. M., Broffman, T. E., & Babich, M. E. (1989). Family functioning of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *Family Process*, 28, 239-249.
- Liepman, M. R. (1993). Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment : The Johnson Institute Intervention approach. In T.J. O'Farrell (Ed.), *Treating Alcohol Problems : Marital and Family Interventions*. (pp. 54-77). New York, NY, US : Guilford Press.
- Lindquist, C. U. (1986). Battered women as coalcoholics : Treatment implications and case study. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 23, 622-628.
- Logan, D. G. (1983). Getting alcoholics to treatment by social network intervention. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 360-361.
- Maisto, S. A., O'Farrell, T. J., Connors, G. J., McKay, J. R., & Pelcovits, M. (1988). Alcoholics' attributions of factors affecting their relapse to drinking and reasons for terminating relapse episodes. *Addictive Behavior*, 13, 79-82.
- Marshall, M. P. (2003). For Better or for Worse? The Effects of Alcohol Use on Marital Functioning. *Clinical Psychology Review*, 23, 959-997.
- McCrary, B. S. & Epstein, E. E. (1995a). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In N.S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy*. (pp. 369-393). New York, NY, US : Guilford Press.
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men : outcomes at 6 months. *Addiction*, 94, 1381-1396.
- McCrary, B. S. & Epstein, E. (1995b). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In N.S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 369-393). New York : The Guilford Press.
- McCrary, B. S., Hayaki, J., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (2002). Testing hypothesized predictors of change in conjoint behavioral alcohol treatment for men. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 26, 463-470.
- McCrary, B. S., Noel, N. E., Abrams, D. B., & Stout, R. L. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 459-467.
- McCrary, B. S., Noel, N. E., Abrams, D. B., & Stout, R. L. (1991). Effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *British Journal of the Addictions*, 86, 1415-1424.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). *Genograms : Assessment and Intervention (2nd ed.)*. New York, NY, US : W.W. Norton & Co, Inc.
- McKay, J. R., Maisto, S. A., & O'Farrell, T. J. (1993). End-of-treatment self-efficacy, aftercare, and drinking outcomes of alcoholic men. *Alcohol : Clinical and Experimental Research*, 17, 1078-1083.
- Meyers, R. J., Dominguez, T. P., & Smith, J. E. (1996). Community reinforcement training with concerned others. In V.B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders*. (pp. 257-294). New York, NY, US : Plenum Press.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1182-1185.

- Meyers, R. J., Miller, W. R., & Smith, J. E. (2001). Community reinforcement and family training (CRAFT). In R.J.Meyers & W. R. Miller (Eds.), *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment. International Research Monographs in the Addictions.* (pp. 147-160). New York, NY, US : Cambridge University Press.
- Meyers, R. J., Smith, J. E., & Lash, D. N. (2003). The Community Reinforcement Approach. *Recent Developments in Alcoholism, 16*, 183-195.
- Meyers, R. J. & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment : The Community Reinforcement Approach.* New York, NY, US : Guilford Press.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems : a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 688-697.
- Miller, W. R., Rollnick, S., & Conforti, K. (2002). *Motivational Interviewing. Second Edition. Preparing People for Change.* New York : Guilford Press.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande : a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction, 97*, 265-277.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy.* Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques.* Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Rosman, B. L., & Schumer, F. (1967). *Families of the Slums.* New York, NY, É.-U. : Basic Books.
- Moos, R. H., Finney, J. W., & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism II : Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol, 43*, 888-908.
- Muir, J. A., Schwartz, S. J., & Szapocznik, J. (2004). A program of research with Hispanic and African American families : three decades of intervention development and testing influenced by the changing cultural context of Miami. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 285-303.
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., & Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 528-540.
- Murray, D. M. & Perry, L. (1985). The prevention of adolescent drug abuse : implications of etiological, developmental, behavioral, and environmental models. In C.LaRue-Jones & R. J. Battjes (Eds.), *Etiology of Drug Abuse : Implication for Prevention* (pp. 236-256). Rockville, Maryland, USA : National Institute on Drug Abuse.
- Nelsen, J. C. (1994). One partner impaired : Implications for couple treatment. *Family Therapy, 21*, 185-196.
- Neumark, Y. D. & Anthony, J. C. (1997). Childhood misbehavior and the risk of injecting drug use. *Drug and Alcohol Dependence, 48*, 193-197.
- NIDA (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment : A Research-Based Guide.* Rockville, MD, É.-U. : U.S Department of Health and Human Services. National Institute of Drug Abuse.
- Noel, N. E. & McCrady, B. S. (1993). Alcohol-focused spouse involvement with behavioral marital therapy. In T.J.O'Farrell (Ed.), *Treating Alcohol Problems : Marital and Family Interventions.* (pp. 210-235).
- Noel, N. E., McCrady, B. S., Stout, R. L., & Fisher Nelson, H. (1987). Predictors of attrition from an outpatient alcoholism treatment program for couples. *Journal of Studies on Alcohol, 48*, 229-235.
- Nowinski, J. K. (1999). *Family recovery and substance abuse : A twelve-step guide for treatment.* Thousand Oaks, CA : Sage.
- O'Farrell, T. J. & Birchler, G. R. (1987). Marital relationships of alcoholic, conflicted, and nonconflicted couples. *Journal of Marital and Family Therapy, 13*, 259-274.

## Références

---

- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., & Cutter, H. S. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: Outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, *59*, 357-370.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S., & Birchler, G. R. (1997). Sexual satisfaction and dysfunction in marriages of male alcoholics: comparison with nonalcoholic maritally conflicted and nonconflicted couples. *Journal of Studies on Alcohol*, *58*, 91-99.
- O'Farrell, T. J., Cutter, H. S., & Floyd, F. J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, *16*, 147-167.
- O'Farrell, T. J. & Fals-Stewart, W. (2003). Alcohol Abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, *29*, 121-146.
- O'Farrell, T. J. & Murphy, C. M. (1995a). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 256-262.
- O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Stephan, S. H., Fals-Stewart, W., & Murphy, M. (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 202-217.
- O'Farrell, T. J., Van, H., V., & Murphy, C. M. (1999). Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*, 317-321.
- O'Farrell, T. J. (1993a). A behavioral marital therapy couples group program for alcoholics and their spouses. In T.J. O'Farrell & W. R. Miller (Eds.), *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions* (pp. 170-209). New York: The Guilford Press.
- O'Farrell, T. J. (1993b). Couples relapse prevention sessions after a behavioral marital therapy couples group program. In T.J. O'Farrell & W. R. Miller (Eds.), *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions* (pp. 305-326). New York: The Guilford Press.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S. G., Brown, E. D., & McCourt, W. F. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Studies on Alcohol*, *54*, 652-666.
- O'Farrell, T. J. & Cutter, H. S. (1984a). Behavioral marital therapy couples groups for male alcoholics and their wives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *1*, 191-204.
- O'Farrell, T. J. & Cutter, H. S. (1984b). Behavioral marital therapy for male alcoholics: Clinical procedures from a treatment outcome study in progress. *American Journal of Family Therapy*, *12*, 33-46.
- O'Farrell, T. J., Cutter, H. S. G., Choquette, K. A., Floyd, F. J., & Bayog, R. (1992). Behavioral marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behavior Therapy*, *23*, 529-549.
- O'Farrell, T. J. & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *18*, 51-54.
- O'Farrell, T. J. & Fals-Stewart, W. (1999). Treatment models and methods: Family models. In B.S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A Comprehensive Guidebook*. (pp. 287-305). London: Oxford University Press.
- O'Farrell, T. J., Kleinke, C. L., & Cutter, H. S. G. (1997). A sexual adjustment questionnaire for use in therapy and research with alcoholics and their spouses. *Substance Abuse Treatment*, *14*, 259-268.
- O'Farrell, T. J., Kleinke, C. L., & Cutter, H. S. G. (1998). Sexual adjustment of male alcoholics: Changes from before to after receiving alcoholism counseling with and without marital therapy. *Addictive Behaviors*, *23*, 419-425.
- O'Farrell, T. J. & Murphy, C. M. (1995b). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 256-262.

- Olsson, C. A., Coffey, C., Toumbourou, J. W., Bond, L., Thomas, L., & Patton, G. (2003). Family risk factors for cannabis use : a population-based survey of Australian secondary school students. *Drug and Alcohol Review, 22*, 143-152.
- Paolino, T. J. & McCrady, B. S. (1977). *The Alcoholic Marriage : Alternatives Perspectives*. New York : Grune & Stratton.
- Perkins, H. W. (1999). Stress-motivated drinking in collegiate and post-collegiate young adulthood : life course and gender patterns. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 219-227.
- Peugh, J. & Belenko, S. (2001). Alcohol, drugs and sexual function : a review. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*, 223-232.
- Plasse, B. R. (1995). Parenting groups for recovering addicts in a day treatment center. *Social Work, 40*, 65-74.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Randall, J. & Cunningham, P. B. (2003). Multisystemic therapy : A treatment for violent substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Addictive Behaviors, 28*, 1731-1739.
- Randall, J., Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Rowland, M. D., & Swenson, C. C. (2001). Adapting multisystemic therapy to treat adolescent substance abuse more effectively. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 359-366.
- Roberts, K. S. & Brent, E. E. (1982). Physician utilization and illness patterns in families of alcoholics. *Studies on Alcohol, 43*, 119-128.
- Roberts, L. J. & McCrady, B. S. (2003). *Alcohol Problems in Intimate Relationships. A Guide for Marriage and Family Therapists*. New Jersey, É.-U. : School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston, É.-U. : Houghton Mifflin.
- Rohrbaugh, M., Shoham, V., Spungen, C., & Steinglass, P. (1995). Family systems therapy in practice : A systemic couples therapy for problem drinking. In L. Beutler & B. M. Bongar (Eds.), *Oxford Textbooks in Clinical Psychology, Vol.1* (pp. 228-253). London, England : Oxford University Press.
- Roizen, J. (1993). Issues in the epidemiology of alcohol and violence. In *Alcohol and Interpersonal Violence : Fostering Multidisciplinary Perspectives* (pp. 3-36). Rockville, MD : National Institute on Drug and Alcohol Abuse.
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., Van Tulder, M. W., Van den, B. W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence, 74*, 1-13.
- Rotunda, R. J. & O'Farrell, T. J. (1997). Marital and family therapy of alcohol use disorders : Bridging the gap between research and practice. *Professional Psychology : Research and Practice, 28*, 246-252.
- Rowe, C. L. & Liddle, H. A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 97-120.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316-331.
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A. et al. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology, 17*, 121-133.
- Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W., Murray, E. J., & LaPerriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology, 10*, 35-44.
- Schafer, J., Caetano, R., & Cunradi, C. B. (2004). A path model of risk factors for intimate partner violence among couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 127-142.

## Références

---

- Schiavi, R. C., Stimmel, B. B., Mandeli, J., & White, D. (1995). Chronic alcoholism and male sexual function. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1045-1051.
- Schmidt, S. E., Liddle, H., & Dakof, G. A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, *10*, 12-27.
- Schoenwald, S. K., Brown, T. L., & Henggeler, S. W. (2000a). Inside multisystemic therapy : Therapist, supervisory, and program practices. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *8*, 113-127.
- Schoenwald, S. K., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Rowland, M. D. (2000b). Multisystemic therapy : monitoring treatment fidelity. *Family Process*, *39*, 83-103.
- Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., & Pickrel, S. G. (1996). Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders : Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *Journal of Child and Family Studies*, *5*, 431-444.
- Schuckit, M. A. (1987). Biological vulnerability to alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 311-309.
- Silbereisen, R. K., Petersen, A. C., Albrecht, H. T., & Kracke, B. (1989). Maturation timing and the development of problem behavior : Longitudinal studies in adolescence. *Journal of Early Adolescence*, *9*, 247-268.
- Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J. D. (2000). Health-compromising behaviors : why do adolescents smoke or drink ? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *154*, 1025-1033.
- SIRR (2004). *2003 Al-Anon/Alateen Membership Survey*. Virginie, É.-U. : Al-Anon Family Groups, Inc.
- Sisson, R. W. & Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *17*, 15-21.
- Sisson, R. W. & Azrin, N. H. (1993). Community reinforcement training for families : A method to get alcoholics into treatment. In T.J. O'Farrell (Ed.), *Treating Alcohol Problems : Marital and Family Interventions*. (pp. 34-53). New York, NY, US : Guilford Press.
- Smith, J. E. & Meyers, R. J. (2004). *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment. Working with Family Members*. New York : Guilford Press.
- Snyder, D. K. (2002). Integrating insight-oriented techniques into couple therapy. In A.Wenzel & J. H. Harvey (Eds.), *A Clinician's Guide to Maintaining and Enhancing Close Relationships* (pp. 259-275). Mahwah, NH, É.-U. : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Soo-Hoo, T. (1999). Brief strategic family therapy with chinese americans. *The American Journal of Family Therapy*, *27*, 163-179.
- Stanton, M. D. & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-Couples treatment for drug abuse : A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, *122*, 170-191.
- Steinberg, L. (2001). We know some things : Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, *11*, 1-19.
- Steinberg, L. & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, *52*, 83-110.
- Steinglass, P. (1981). The impact of alcoholism on the family : Relationship between degree of alcoholism and psychiatric symptomatology. *Journal of Studies on Alcohol*, *42*, 288-303.
- Steinglass, P. (1992b). Family systems approaches to the alcoholic family : Research findings and their clinical applications. In S.Saitoh, P. Steinglass, & M. A. Schuckit (Eds.), *Alcoholism and the Family* (pp. 155-167). New York : Brunner/Mazel.
- Steinglass, P. (1985). Family systems approaches to alcoholism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *2*, 161-167.

- Steinglass, P. (1992a). Family systems approaches to the alcoholic family : Research findings and their clinical applications. In P. Steinglass & S. Saitoh (Eds.), *Alcoholism and the Family* (pp. 155-171). Philadelphia, PA, US : Brunner/Mazel, Inc.
- Stellato-Kabat, D., Stellato-Kabat, J., & Garrett, J. (1996). Treating chemical-dependent couples and families. In A.M. Washton (Ed.), *Psychotherapy and Substance Abuse : A Practitioner's Handbook*. (pp. 314-336). New York, NY, US : Guilford Press.
- Strauss, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence : The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and the Family*, *41*, 75-86.
- Surbey, M. (1990). Family composition, stress, and human menarche. In F. Bercovitch & T. Zeigler (Eds.), *The Socioendocrinology of Primate Reproduction* (pp. 1-25). New York : Liss.
- Svenson, L. W., Forster, D. I., Wookdead, S. E., & Platt, H. G. (1995). Individuals with a chemical-dependent family member. *Canadian Family Physician*, *41*, 1488-1493.
- Szapocznik, J. (1977). Role conflict resolution in Cuban mothers. *Dissertation Abstracts International*, *38*, 1908-1909.
- Szapocznik, J., Hervis, O., & Schwartz, S. (2003). *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. Bethesda, Maryland : NIH Publications.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Perez-Vidal, A., & Hervis, O. (1986). Conjoint versus one-person family therapy : further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 395-397.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F. H., Perez-Vidal, A., & Hervis, O. (1983). Conjoint versus one-person family therapy : some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 889-899.
- Szapocznik, J. & Kurtines, W. M. (1989). *Breakthroughs in Family Therapy with Drug Abusing and Problem Youth*. New York, NY, É.-U. : Springer Publishing.
- Szapocznik, J., Perez Vidal, A., Brickman, A. L., & Foote, F. H. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment : A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 552-557.
- Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vazquez, A. et al. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 571-578.
- Szapocznik, J. & Williams, R. A. (2000). Brief Strategic Family Therapy : twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *3*, 117-134.
- Thomas, E. J. & Ager, R. D. (1993a). Unilateral Family Therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In T.J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems : Marital and Family Interventions*. (pp. 3-33). New York, NY, US : Guilford Press.
- Thomas, E. J., Yoshioka, M. R., & Ager, R. D. (1994b). Spouse Enabling Inventory. In J. Fischer & K. Corcoran (Eds.), *Measures for Clinical Practice : A Sourcebook. Vol 1. Couples, Families, and Children (2nd ed.)* (pp. 177-182). New York : Free Press.
- Thomas, E. J., Yoshioka, M. R., & Ager, R. D. (1994a). Spouse Sobriety Influence Inventory. In J. Fischer & K. Corcoran (Eds.), *Measures for Clinical Practice : A Sourcebook. Vol 1. Couples, Families, and Children (2nd ed.)* (pp. 183-189). New York : Free Press.
- Thomas, E. J., Adams, K. B., Yoshioka, M. R., & Ager, R. D. (1990). Unilateral relationship enhancement in the treatment of spouses of uncooperative alcohol abusers. *American Journal of Family Therapy*, *18*, 334-344.
- Thomas, E. J. & Ager, R. D. (1993b). Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating Alcohol Problems : Marital and Family Interventions* (pp. 3-33). New York : Guilford Press.

## Références

---

- Thomas, E. J., Santa, C., Bronson, D., & Oyserman, D. (1986). Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *Journal of Social Service Research, 10*, 145-162.
- Timko, C., Finney, J. W., Moos, R. H., & Moos, B. S. (1995). Short-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 56*, 597-610.
- Tremblay, J., Truchon, A., & Dupont, G. (2002). *SaCliC : Étude de la satisfaction de la clientèle adulte du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve*. Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve.
- Trute, B., Docking, B., & Hiebert-Murphy, D. (2001). Couples therapy for women survivors of child sexual abuse who are in addictions recovery : a comparative case study of treatment process and outcome. *Journal of Marital and Family Therapy, 27*, 99-110.
- Tucker, J. A. (1995). Predictors of help-seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers. *Addiction, 90*, 805-809.
- Van Bree, G. L. (1995). Treating the alcoholic couple. In S. Brown & I. D. Yalom (Eds.), *Treating Alcoholism*. San Francisco, E.-U. : Jossey-Bass Inc, Publishers.
- Vitaro, F., Assaad, J.-M., & Carbonneau, R. (2004). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*. Montréal, Québec, Canada : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Wakefield, P. J., Williams, R. E., Yost, E. B., & Patterson, K. M. (1996). *Couple Therapy for Alcoholism : A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York, London : The Guilford Press.
- Walters, S. T. (2001). Early finding from a disciplinary program to reduce problem drinking by college students. *Journal of Substance Abuse and Treatment, 20*, 89-91.
- Weiss, R. L. & Heyman, R. E. (1997). Marital interaction. In H. Markman & W. K. Halford (Eds.), *Clinical Handbook of Marriage and Marital Interaction* (pp. 12-35). New York : John Wiley & Sons.
- Wetchler, J. L. & DelVecchio, D. L. (1995). Wetchler, J.L. & DelVecchio, D.L. (1995). Systemic couples therapy for a female heroin addict. *Journal of Family Psychotherapy, 6*, 1-13.
- Wetchler, J. L., McCollum, E. E., Nelson, T. S., Trepper, T. S., & Lewis, R. A. (1993). Systemic couples therapy for alcohol-abusing women. In T.J. O'Farrell & W. R. Miller (Eds.), *Treating Alcohol Problems : Marital and Family Interventions* (pp. 236-260). New York : The Guilford Press.
- Wetchler, J. L., Nelson, T. S., McCollum, E. E., Trepper, T. S., & Lewis, R. A. (1993). Systemic couples therapy for alcohol abusing women. In T.J. O'Farrell (Ed.), *Treating Alcohol Problems : Marital and Family Interventions*. (pp. 236-260). New York, NY, US : Guilford Press.
- Wetchler, J. L., Nelson, T. S., McCollum, E. E., Trepper, T. S., & Lewis, R. A. (1994). Couple-focused therapy for substance-abusing women. In J.A. Lewis (Ed.), *Addictions : Concepts and Strategies for Treatment* (pp. 253-262). Gaithersburg, MD, US : Aspen Publishers Inc.
- White, L. (1994). Co-residence and leaving home : Young adults and their parents. *Annual Review of Sociology, 20*, 81-102.
- Widom, C. S., Ireland, T., & Glynn, P. J. (1995). Alcohol abuse in abused and neglected children follow-up : are they at increased risk ? *Journal of Studies on Alcohol, 56*, 207-217.
- Williams, R. J. & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology : Science and Practice, 7*, 138-166.
- Wills, T. A. & Cleary, S. D. (1996). How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 937-952.
- Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use : A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology, 20*, 349-374.

- Wilsnack, S. C. & Wilsnack, R. W. (1995). Drinking and problem drinking in US women. Patterns and recent trends. *Recent Developments in Alcoholism*, 12, 29-60.
- Winn, M. E. (1995). Drawing upon the strengths of couples in the treatment of chronic drug addiction. *Journal of Family Psychotherapy*, 6, 33-54.
- Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R., & Kelley, M. L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 344-355.
- Winters, K. C. (1999). *Treatment of Adolescents with Substance use Disorder*. Rockville, MD, É.-U. : Department of Health and Human Services. Center for Substance Abuse Treatment.
- Wiseman, J. P. (1991). *The Other Half: Wives of Alcoholics and Their Social-Psychological Situation*. Aldine de Gruyter.
- Yoshioka, M. R., Thomas, E. J., & Ager, R. D. (1992). Nagging and other drinking control efforts of spouses and uncooperative alcohol abusers: Assessment and modification. *Journal of Substance Abuse*, 4, 309-318.
- Zweben, A., Pearlman, S., & Li, S. (1988). A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the Marital Systems Study. *British Journal of Addiction*, 83, 899-916.