
Vie conjugale et abus de substances : interrelations et traitement

Joël Tremblay

Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve de Québec et Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes de Chaudière-Appalaches

Geneviève Bouchard

Université de Moncton

Karine Bertrand

Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ

Même si l'ensemble des études démontre qu'il est bénéfique d'inclure la ou le partenaire de la personne abusant de substances psychoactives dans le traitement de cette dépendance, la thérapie conjugale est encore peu utilisée dans les centres de traitement pour personnes alcooliques ou toxicomanes. Par cet article, nous souhaitons favoriser une meilleure diffusion des connaissances sur les relations entre la vie conjugale et l'abus de substances et sur le traitement de cette problématique à l'aide d'une modalité conjugale. Nous discutons des obstacles rencontrés par les cliniques dans l'implantation de l'intervention conjugale et des solutions sont proposées.

ABSTRACT

Although research confirms that it is beneficial to include the partner of the substance-addicted individual in the treatment of the addiction, couple therapy is still rarely used in substance abuse treatment programs. This article is aimed at improving knowledge transfer to counsellors on the relationships between substance abuse and conjugal life and on the usefulness of couple therapy in the treatment of alcoholism and drug abuse. Potential barriers to moving an empirically supported treatment to "real world" settings are discussed and solutions are proposed.

Au Canada, la présence d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux substances psychoactives (SPA) au cours de la dernière année prévaut pour 5,2 % de la population âgée de 15 ans et plus (Offord et al., 1996). Ce problème entraîne au pays des coûts annuels de 22,8 milliards dont approximativement la moitié est dépensée en soins de santé et pour faire appliquer la loi (Rehm et al., 2006).

Les personnes alcooliques ou toxicomanes ne vivent pas leurs difficultés dans le vide. Elles sont insérées dans un réseau où les individus, mais aussi les groupes et les institutions, s'influencent mutuellement (Bronfenbrenner, 1979). Le premier de ces réseaux humains est la famille ou, de façon plus spécifique, le couple. En effet, 32 % à 49 % des individus consultant pour des problèmes d'abus de SPA rapportent vivre des conflits conjugaux (Laflamme-Cusson, Guyon, & Landry, 1994). De plus, 45% des hommes et 37 % des femmes consultant pour des problèmes conjugaux manifestent des problèmes d'abus d'alcool (Halford & Osgarby, 1993).

Les études documentant les effets négatifs de l'abus de SPA sur la relation conjugale et l'influence de la relation conjugale dans le développement, le main-

tion, et le rétablissement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sont de plus en plus nombreuses. Ces études ont été suivies par le développement de modèles de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie impliquant le ou la conjoint(e) de la personne atteinte, et l'efficacité de ces modèles de traitement fait actuellement consensus. Cependant, force est de constater que ces percées n'influencent que très peu les pratiques en cours dans les centres de traitement tant dans les milieux anglophones (Fals-Stewart & Birchler, 2001; Fals-Stewart, Logsdon, & Birchler, 2004; Gotham, 2004) que francophones (Bertrand, Ménard, & Tremblay, 2005). Par la présente revue de la littérature, nous souhaitons favoriser une meilleure diffusion des connaissances sur les relations entre la vie conjugale et l'abus de substances et sur le traitement de cette problématique à l'aide d'une modalité conjugale.

INTERRELATIONS ENTRE VIE CONJUGALE ET ABUS DE SUBSTANCES

Historiquement, les interactions entre vie conjugale et abus de substances ont été décrites à l'aide du vocable « mariage alcoolique ». Ce terme décrivait une relation amoureuse entre un homme alcoolique dépendant et une femme dominante, laquelle aurait inconsciemment choisi un partenaire vulnérable pour avoir du pouvoir sur la relation (Arieli, 1981; Bailey, Haberman, & Alskan, 1962; Hurcom, Copello, & Orford, 2000). Cette conceptualisation psychodynamique, qui attribuait en partie l'alcoolisme du mari à l'épouse, a été contestée par des perspectives sociologiques prédominantes dans les années 1950 et 1960 (McCrary & Epstein, 1995). Les tenants de ces approches ont avancé l'idée que l'épouse de l'alcoolique doit faire face à un stress chronique, l'alcoolisme du mari étant responsable d'un état de crise familiale (Jackson, 1954). Dans les années 1970 et 1980, les théoriciens systémiques ont, quant à eux, développé des schémas explicatifs du rôle de l'alcool dans le maintien de l'homéostasie du système familial, notamment en soutenant que l'alcool favoriserait l'expression de certaines facettes des relations conjugales et familiales qui ne pourraient se manifester durant les périodes de sobriété (Steinglass, 1992).

Depuis le début des années 1980, les théories de l'apprentissage ont été utilisées pour développer des traitements conjugaux comportementaux de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Epstein & McCrary, 2002; O'Farrell, Cutter, & Floyd, 1985). Le courant comportemental s'appuie sur des données issues de travaux empiriques menés depuis 25 ans sur les interrelations entre les composantes centrales de la vie conjugale (i.e., la satisfaction conjugale, la communication, la violence et la sexualité) et l'abus de substances. Les principales conclusions de cette série de travaux sont brièvement revues dans les lignes qui suivent.

Les études révèlent, d'une part, que les partenaires (principalement des femmes) d'alcooliques ou de toxicomanes sont moins satisfaites de leur relation conjugale que celles ayant un conjoint non alcoolique (Marshall, 2003; O'Farrell & Birchler, 1987) ou n'abusant pas de drogues (Mudar, Leonard, & Soltysinski, 2001). Des données longitudinales recueillies auprès d'individus issus de la population générale suggèrent, d'autre part, que l'insatisfaction conjugale pourrait contribuer au développement de l'abus de substances (Whisman, Uebelacker, & Bruce, 2006).

Pour ce qui est de la communication, les données actuelles nous amènent à conclure que les couples dont le mari ou la femme est alcoolique éprouvent davantage de difficultés de communication que les couples non alcooliques (Haber & Jacob, 1997; Kelly, Halford, & Young, 2002; Marshal, 2003), ce qui serait aussi le cas lorsque le mari abuse de drogues (Fals-Stewart & Birchler, 1998). La mauvaise qualité de la communication conjugale serait également associée à une plus grande probabilité de rechute chez les hommes alcooliques en traitement (Fals-Stewart, O'Farrell, & Hooley, 2001; O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart, & Cutter, 1998).

La relation entre la violence conjugale et la toxicomanie est également bien établie (Marshal, 2003; O'Farrell & Murphy, 1995). Par exemple, la fréquence des comportements violents serait de quatre à six fois plus élevée chez les couples confrontés à l'alcoolisme que chez des couples similaires qui ne vivent pas un tel problème (O'Farrell & Murphy). Enfin, il est clairement établi que les couples dont l'un des partenaires est alcoolique ou toxicomane sont confrontés à des difficultés au plan de leur sexualité, tant en termes de dysfonction que de satisfaction (O'Farrell, Choquette, Cutter, & Birchler, 1997; O'Farrell, Kleinke, & Cutter, 1997). Inversement, une satisfaction sexuelle élevée serait associée à une plus faible probabilité d'utilisation de drogues quatre ans plus tard (Newcomb, 1994). La partie gauche de la figure 1 résume l'ensemble des liens observés entre l'abus de SPA et les dimensions de la vie conjugale.

En somme, non seulement l'abus de SPA aurait un effet négatif sur la relation conjugale mais la relation conjugale pourrait elle aussi contribuer au développement, au maintien, ou au rétablissement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. Ce constat a mis en évidence le potentiel de la thérapie conjugale dans le traitement de l'abus de SPA. Les thérapies de couple comportementales (TCC) destinées aux couples dont l'un des conjoints abuse de SPA dérivent directement des travaux empiriques ayant établi les interrelations entre la vie conjugale et la dépendance aux SPA. Ces thérapies seront décrites ici puisqu'il s'agit de celles qui ont fait l'objet d'un plus grand nombre d'écrits. Les lecteurs intéressés à l'approche conjugale systémique dans le traitement de l'abus de SPA peuvent consulter les écrits de Rohrbaugh et Shoham (2002). Il convient cependant de noter que très peu d'études ont examiné l'efficacité des thérapies systémiques dans le traitement de ce type de dépendance.

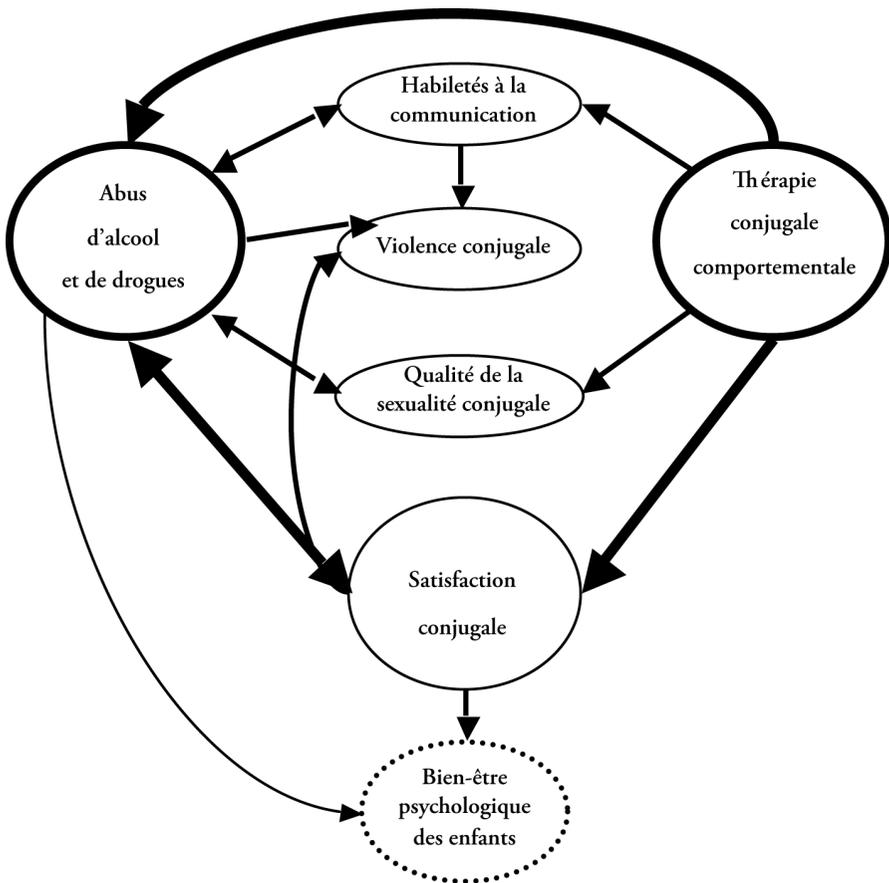
THÉRAPIE DE COUPLE COMPORTEMENTALE ET ABUS DE SUBSTANCES

Objectifs

Un des premiers objectifs des TCC a trait à l'atteinte de l'abstinence ou à la réduction de la consommation (Epstein & McCrady, 2002). Toutefois, ce qui différencie ce modèle de l'intervention individuelle est son insistance sur les séquences interactionnelles entourant la consommation d'alcool ou de drogues, lesquelles sont évaluées en fonction de leur potentiel à favoriser l'abus de SPA ou l'abstinence (Epstein & McCrady, 2002; O'Farrell & Fals-Stewart, 2006; Wakefield, Williams, Yost, & Patterson, 1996). S'appuyant sur le constat que les personnes alcooliques et toxicomanes sont moins à risque de rechute si leur relation amoureuse est

Figure 1

Liens documentés entre l'abus de substances, les dimensions de la vie conjugale, et la thérapie conjugale comportementale



satisfaisante, les modélisateurs des TCC insistent sur la nécessité de développer diverses habiletés relationnelles qui augmenteront le bien-être conjugal (McCrary & Epstein, 1995; O'Farrell, 1993).

Évaluation

Une intervention en alcoolisme et toxicomanie doit débiter par un retour sur l'histoire de consommation, c'est-à-dire le type de substances absorbées actuellement et dans le passé, la quantité consommée, la fréquence d'utilisation, l'importance de la dépendance physique, les démarches d'aide entreprises précédemment, et le stade où se trouve le consommateur dans son processus de changement (Epstein & McCrary, 2002; Fals-Stewart, Birchler, & O'Farrell, 1996; Karpel, 1994; Wakefield et al., 1996). Des problèmes sévères d'abus de SPA impliquent

généralement une orientation vers des soins plus intensifs, comme une thérapie à l'interne, à laquelle s'ajoutera ultérieurement la thérapie conjugale.

Comme pour tout traitement comportemental de la toxicomanie, le thérapeute utilisant la TCC a d'abord recours à une analyse fonctionnelle des comportements de consommation dans le but d'en identifier les antécédents et les conséquences. Il porte cependant une attention particulière aux composantes conjugales associées à la consommation, lesquelles sont de trois ordres : les stimuli conjugaux, les conséquences sur la vie conjugale, et les stratégies utilisées par la partenaire pour faire face à l'abus de SPA.

Les stimuli conjugaux à la consommation sont nombreux : difficultés sexuelles, mauvaise gestion de la colère, trop grande distanciation ou proximité, ou demandes incessantes d'abstinence de l'autre partenaire (McCrary & Epstein, 1995). En ce qui a trait aux conséquences de la dépendance sur la vie conjugale, mentionnons notamment la détérioration de la relation amoureuse, la rupture du rythme normal de la vie familiale (e.g., l'absence du toxicomane aux heures de repas), la réduction de l'intimité conjugale, et le déséquilibre dans le partage des responsabilités familiales (e.g., la femme devient fréquemment l'unique pourvoyeur et l'unique personne à assumer les fonctions parentales; Wiseman, 1991). Finalement, le thérapeute sera attentif aux stratégies développées par les partenaires pour transiger avec l'abus de SPA. Trois types de stratégies ont été identifiées, soit (a) renforcer le comportement de consommation sous la forme d'attention (e.g., boire ensemble) ou de prise en charge (e.g., prendre soin du partenaire lorsqu'il entre intoxiqué), (b) protéger la personne alcoolique ou toxicomane en lui évitant des conséquences négatives (e.g., mentir au patron du partenaire au sujet des causes de ses absences au travail), et (c) punir le comportement de consommation (McCrary et al., 1986).

Il est fréquent qu'au sein des TCC la qualité de la communication soit évaluée lors d'un échange structuré au cours duquel le couple doit discuter d'un sujet conflictuel. La qualité de l'interaction est alors codifiée par le thérapeute (O'Farrell & Fals-Stewart, 2006). De plus, le thérapeute aura recours à des questionnaires mesurant diverses dimensions : la satisfaction conjugale et sexuelle, les changements désirés par les clients dans leur relation, et la présence de violence (Fals-Stewart et al., 1996; McCrary & Epstein, 1995; O'Farrell, 1993; Rotunda & O'Farrell, 1997).

Enfin, il est nécessaire que la présence de comorbidité avec d'autres problèmes de santé mentale soit aussi évaluée (Epstein & McCrary, 2002; O'Farrell & Fals-Stewart, 2006). **Notamment, il semble que le traitement conjugal soit très difficile à réaliser lorsque la personne abusant de SPA présente aussi un trouble de la personnalité antisociale (Epstein & McCrary) à cause du peu de tolérance qu'elle a pour l'expression des affects négatifs courants en thérapie conjugale (Cooney, Kadden, Litt, & Getter, 1991; Litt, Hien, & Levin, 2003). Par contre, chez les femmes alcooliques, la présence d'une dépression majeure ne semble pas être une contre-indication à la TCC si son conjoint ne consomme pas de SPA de façon problématique (Vedel & Emmelkamp, 2004).**

Typiquement, après deux rencontres d'évaluation, le thérapeute rend compte au couple des résultats obtenus (Epstein & McCrary, 2002; O'Farrell & Fals-Stewart, 2006) et cible des objectifs de changement devant permettre à la personne

alcoolique ou toxicomane d'atteindre ou de maintenir l'abstinence (McCrary & Epstein, 1995; O'Farrell, 1993) et ce, en utilisant la relation conjugale comme levier de changement.

Intervention

L'équipe de l'université Rutgers, dirigée par Barbara McCrary, a développé un modèle de TCC visant le traitement de l'abus ou de la dépendance à l'alcool (Epstein & McCrary, 2002) ou aux autres SPA (Epstein et al., 2007b) qui implique le ou la conjointe de la personne dépendante. Ce modèle, décrit ci-après, présente de multiples composantes et une grande flexibilité d'application, deux qualités lui conférant un potentiel réaliste d'adaptation aux réalités cliniques des centres de traitement. De plus, il a fait l'objet de diverses études d'évaluation et les résultats sont fort encourageants (Kahler, McCrary, & Epstein, 2003; McCrary & Epstein, 1995; McCrary, Epstein, & Hirsch, 1999). Timothy J. O'Farrell, de l'université Harvard, a développé un autre modèle de TCC qui se pratique en groupe de couples et qui est plus structuré et plus bref (O'Farrell & Fals-Stewart, 2006). Notons finalement les travaux de Wakefield et ses collègues qui, dans le cadre d'un programme d'étude d'efficacité de l'intervention conjugale en alcoolisme appariée aux caractéristiques des patients (Kuenzler & Beutler, 2003), ont élaboré un manuel de traitement de la TCC (Wakefield et al., 1996). Décrivons maintenant le modèle conjugal de traitement de la toxicomanie de l'équipe de Rutgers.

La TCC ici décrite (Epstein & McCrary, 2002; McCrary & Epstein, 1995) comprend 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 six mois. Des séances de maintien sont prévues pour une période aussi longue que le jugeront nécessaire les parties. Même si les auteures privilégient les entretiens conjugaux tout au long du traitement, elles reconnaissent la nécessité d'entretiens individuels lors de circonstances particulières, telles que la violence conjugale ou l'infidélité (Epstein & McCrary). Au près de couples dont l'un des membres abuse de drogues, cette flexibilité semble nécessaire (Epstein et al., 2007b).

Les rencontres débutent typiquement par une révision des notes de l'individu sur sa consommation depuis la dernière rencontre et par une discussion des tâches thérapeutiques de la semaine. 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 favorise l'interaction autour du thème en question et aide le couple à améliorer ses habiletés à la communication et à la négociation. À la fin de chaque séance, le thérapeute discute des situations à risque au cours de la prochaine semaine et élabore 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 en utilisant, entre autres, un style non confrontant (Epstein & McCrary, 2002).

La TCC développée par Epstein et McCrary (2002) vise de multiples cibles : l'individu toxicomane, son ou sa partenaire, et la relation conjugale. Typiquement, les premières rencontres s'orientent autour de la consommation de SPA pour pro-

gressivement se centrer davantage sur le fonctionnement conjugal. La personne alcoolique ou toxicomane apprendra à hiérarchiser les situations à haut risque, à gérer les contingences, et à refuser de consommer par des techniques d'affirmation de soi. Elle apprendra à résoudre ses problèmes, à arrêter sa pensée, et à ne pas céder à des décisions illogiques. Finalement, elle pourra identifier et transiger avec les risques de rechute. Tout au long de ce processus, la personne n'abusant pas de SPA contribue en développant des habiletés visant à renforcer les efforts de son partenaire pour changer, à ignorer davantage les comportements de consommation, à ne plus protéger son partenaire des conséquences négatives de la consommation, à s'affirmer, à identifier les signes précurseurs de rechute, et à gérer ses réactions aux rechutes. Au plan conjugal, le couple discute de la place de la consommation de SPA dans leur relation, augmente les activités de plaisir partagé, et s'entraîne à l'acquisition d'habiletés à la communication, à la négociation, et à la résolution de problèmes.

Le thérapeute instaurera également la pratique de rencontres conjugales favorisant ainsi l'autonomie envers le thérapeute. Dans ces rencontres, les membres du couple s'appliquent à utiliser les habiletés à la communication et à la résolution de problèmes acquises au cours du traitement. La section intensive du traitement se termine lorsque les objectifs liés à la consommation et à l'acquisition d'habiletés relationnelles sont atteints, d'où la flexibilité dans le nombre de rencontres.

Peu importe le modèle de TCC, les couples les plus susceptibles d'en profiter sont dans une relation relativement stable, ont un niveau de scolarisation équivalant à douze années, et sont confrontés à des problèmes de consommation qui durent depuis passablement longtemps (O'Farrell & Fals-Stewart, 1999). Il faut souligner que les couples présentant des problèmes relationnels très sévères risquent de ne pas se conformer au traitement et de consommer davantage pendant le traitement (Epstein & McCrady, 2002). La violence conjugale et un faible attachement sont des contre-indications à la TCC. Enfin, lorsque le traitement ne permet pas une réduction substantielle de la consommation avant la cinquième rencontre, il s'avère souvent nécessaire de rediriger ou d'envisager un traitement plus intensif concomitant (Epstein et al., 2007b). Il en va de même si l'état dépressif ou anxieux d'un individu s'aggrave de façon importante.

Études d'efficacité

L'ensemble des études d'efficacité démontre qu'il est bénéfique d'inclure la ou le partenaire de la personne abusant de SPA. La TCC semble avoir deux effets principaux inter reliés, soit la diminution de la consommation de SPA et l'amélioration de la relation conjugale (Powers, Vedel, & Emmelkamp, 2008). Sur ces deux indices, l'ajout de la TCC au traitement de base est plus efficace que la thérapie individuelle ou de groupe, et ce, pour un nombre équivalent d'heures de service (Fals-Stewart, Klostermann, Yates, O'Farrell, & Birchler, 2005; Fals-Stewart, O'Farrell, & Birchler, 1997; Kelley & Fals-Stewart, 2002). Quelques rares données permettent d'envisager que la TCC est plus efficace que d'autres modalités d'intervention conjugale dans le contexte de l'abus de SPA (McCrady et al., 1986; McCrady, Stout, Noel, Abrams, & Nelson, 1991), quoique ces résultats soient inconstants (O'Farrell et al., 1985; O'Farrell, Cutter, Choquette, Floyd, & Bayog,

1992). En effet, des modèles d'intervention conjugale non comportementaux tels que le « *Emotionally Focused Couples Therapy* » (Johnson & Greenman, 2006; Johnson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999) ou la thérapie orientée sur la prise de conscience (Snyder, Wills, & Grady-Fletcher, 1991) semblent prometteurs, mais n'ont jamais été appliqués à l'abus de substances. De plus, presque aucune étude comparative entre la TCC et d'autres modèles d'intervention conjugale en abus de SPA n'a été menée adéquatement (Shoham, Rohrbaugh, Stickle, & Jacob, 1998).

D'une part, les TCC permettent une réduction significative de la consommation d'alcool (McCrary et al., 1999; O'Farrell, Choquette, & Cutter, 1998) et de drogues (Epstein et al., 2007a; Fals-Stewart et al., 2000; Fals-Stewart et al., 1996). Chez les hommes alcooliques, on note que le pourcentage de jours de forte consommation passe de 60 % en prétraitement à 20 % à douze mois post-traitement (Fals-Stewart et al., 2005). De plus, le nombre de jours sans consommation de drogues passent du tiers en prétraitement aux trois quarts à douze mois post-traitement chez les hommes (Fals-Stewart et al., 1996). L'utilisation de la TCC auprès de femmes alcooliques (Fals-Stewart, Birchler, & Kelley, 2006) ou abusant de diverses SPA (Winters, Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, & Kelley, 2002) révèle des résultats similaires.

Certaines caractéristiques sont associées à la nécessité de prolonger l'intervention conjugale afin d'obtenir les mêmes résultats. Entre autres, McCrary, Hayaki, Epstein et Hirsh (2002) ont noté que plus la consommation initiale de SPA est sévère, moins grands seront les changements quant à la consommation suite au traitement conjugal. Le traitement d'un problème sévère d'alcool et de drogue peut par conséquent nécessiter une intervention plus longue. C'est ce qui ressort des travaux de O'Farrell et ses collègues (1998), sous le vocable d'activités de prévention de la rechute. Ces auteurs semblent plutôt poursuivre, voire même intensifier, l'intervention conjugale pendant un an, ce qui entraîne des effets positifs chez les grands consommateurs. D'autres caractéristiques, telles qu'une détresse conjugale élevée et un sentiment d'efficacité personnelle peu élevé (i.e., un manque de confiance en sa capacité de changer la situation), peuvent nécessiter le prolongement de l'intervention conjugale (McKay, Maisto, & O'Farrell, 1993; O'Farrell et al., 1998).

D'autre part, l'ajout de la TCC au traitement de base, auprès de couples dont l'homme est alcoolique, permet d'améliorer la satisfaction conjugale des partenaires à court et à long terme et ce, de façon supérieure à l'intervention individuelle (Fals-Stewart et al., 2005). Il en va de même auprès de couples dont la femme est alcoolique (Fals-Stewart et al., 2006). Des résultats partiellement différents sont notés auprès de couples dont l'homme abuse de drogues. La TCC, ajoutée à l'intervention de base, permet d'améliorer davantage la satisfaction conjugale que l'intervention individuelle tout en diminuant le nombre de jours de séparation. Cette meilleure performance de l'ajout de l'intervention conjugale ne perdurerait cependant pas au-delà de six mois post-traitement (Fals-Stewart et al., 1996). Certaines indications portent aussi à croire que les conjointes de toxicomanes bénéficient moins de la TCC (Epstein et al., 2007b). Dans cette étude, 74 % des hommes toxicomanes ont amélioré leur satisfaction conjugale suite à la TCC comparativement à seulement 35 % de leurs conjointes. De plus, 40 % de ces dernières rapportent une détérioration de leur plaisir à être en couple. Epstein et

ses collègues (2007b) expliquent que les couples dont l'homme est toxicomane présentent plusieurs difficultés, ce qui rend l'intervention conjugale difficile à mener : les partenaires sont très instables, la conjointe vit de la colère et éprouve une grande difficulté à entendre l'empathie du thérapeute envers les motivations sous-jacentes à la consommation, et la violence conjugale est très fréquente. De plus, un tableau de comorbidité psychiatrique et médicale, dont un haut niveau de dépendance physiologique, viennent compliquer la TCC (Epstein et al., 2007b). La présence du trouble de déficit de l'attention chez l'homme est même une contre-indication à la TCC (Epstein et al., 2007a).

Un autre effet de la TCC est la réduction de la prévalence des comportements violents sévères. On note que 22 % des hommes et 42 % des femmes issus des couples dont l'homme est alcoolique avaient des comportements violents sévères au cours des 12 mois précédant l'entrée en traitement, ce qui est de cinq à huit fois supérieur à la prévalence observée dans la population générale (O'Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart, & Murphy, 2004). Au cours des 24 mois suivant la TCC, ces proportions chutent à 6 % et 7 % pour les hommes et les femmes respectivement. De plus, on rapporte une réduction plus importante de la violence conjugale chez les toxicomanes qui ont bénéficié d'un ajout de TCC en comparaison à une intervention de base (Fals-Stewart, Kashdan, O'Farrell, & Birchler, 2002).

Quant aux effets de la TCC sur la sexualité, on note, chez les couples dont l'homme est alcoolique, que le traitement est associé à une diminution du trouble de l'érection et à une augmentation de la fréquence des orgasmes chez la femme (O'Farrell, Kleinke, & Cutter, 1998). Cependant, la satisfaction sexuelle semble plus résistante à la modification : on note des gains relativement modestes pour l'homme et aucun gain pour sa conjointe (O'Farrell et al., 1998). Il est probable que la satisfaction sexuelle soit l'une des dernières sphères à s'améliorer suite à la TCC (O'Farrell et al., 1998).

L'ensemble de ces informations indiquent que l'ajout de la TCC est plus efficace que l'intervention individuelle ou de groupe pour réduire la consommation d'alcool et de drogues, améliorer la satisfaction conjugale, et réduire la violence. Ces effets sur la vie sexuelle des partenaires sont cependant modestes.

Ingrédients de l'efficacité

Qu'en est-il des ingrédients de cette efficacité accrue? Le premier vecteur de la réflexion concerne les liens complexes unissant l'abus de SPA et la satisfaction conjugale. D'une part, les données révèlent que l'abus de SPA accroît l'insatisfaction conjugale (Johns, Newcomb, Johnson, & Bradbury, 2007; Marshal, 2003) et que l'insatisfaction conjugale pourrait contribuer au développement de l'abus de substance (Whisman et al., 2006). Comme documenté précédemment, les études sur l'efficacité de la TCC illustrent la capacité de ce modèle clinique à agir de façon concomitante sur la satisfaction conjugale et le recours aux SPA, et c'est probablement ce qui explique l'effet supérieur de la TCC sur l'intervention individuelle. Cependant, les chercheurs ne se sont penchés ni sur la séquence des effets réciproques entre ces composantes, ni sur les modèles théoriques explicatifs de ces effets. Des efforts de modélisation, notamment en incluant les théories du

contrôle social et de l'économie comportementale (e.g., Moos, 2007) pourraient faire progresser la schématisation des interactions entre la satisfaction conjugale et l'abus de substance au cours, et à la suite, de la TCC. Par exemple, la théorie du contrôle social permet de comprendre comment le lien d'attachement au partenaire, combiné à sa présence lors des rencontres de thérapie, incite à réduire les comportements de consommation. Le modèle de l'économie comportementale fait référence, quant à lui, à l'augmentation des activités conjugales plaisantes, sans SPA, ce qui améliorerait la satisfaction conjugale.

Le second vecteur d'efficacité des TCC est son effet prévu sur les habiletés à la communication. Des résultats sommaires indiquent que les TCC permettent d'améliorer significativement les habiletés à la communication ou à la résolution de problèmes chez les couples dont l'un des membres est alcoolique (O'Farrell et al., 1985). De plus, des résultats indiquent qu'un maintien des habiletés relationnelles apprises en traitement est associé à une réduction de la consommation (McCrary et al., 2002; O'Farrell et al., 1998) ainsi qu'à une meilleure satisfaction conjugale suite au traitement (O'Farrell et al., 1998). On note aussi que les couples où le partenaire n'abusant pas de SPA exprime fortement ses émotions négatives envers les comportements de consommation du conjoint, ont souvent besoin de plus de séances de TCC pour éviter la rechute (O'Farrell et al., 1998). Les études futures devront investiguer plus à fond l'hypothèse d'un effet médiateur du maintien des habiletés relationnelles sur la réduction de la consommation et l'amélioration de la satisfaction conjugale suite à la thérapie.

Certaines données de recherche indiquent que l'effet de la TCC sur la réduction de la violence puisse être expliqué par le rôle médiateur de la satisfaction conjugale et de la fréquence des épisodes de boire intensif ou d'utilisation de drogues (Fals-Stewart et al., 2002; O'Farrell et al., 2004). Le levier clinique pour réduire la violence chez les couples dont l'homme est alcoolique ou toxicomane semble être la réduction de la consommation de SPA et l'augmentation de la satisfaction conjugale, objectifs qui sont mieux atteints par la TCC que par l'intervention individuelle (Fals-Stewart et al., 2002).

Un effet secondaire appréciable de la TCC est la réduction des problèmes de santé mentale chez les enfants de pères alcooliques ou toxicomanes (Kelley & Fals-Stewart, 2002). L'effet de la TCC sur le bien-être des enfants s'expliquerait par l'amélioration de la satisfaction conjugale et par la réduction de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Kelley & Fals-Stewart).

La partie droite de la figure 1 résume l'apport documenté des TCC sur la réduction de la toxicomanie et l'amélioration de la vie conjugale, et même familiale. Cette schématisation d'ensemble établit les dimensions dont il faudra tenir compte à l'avenir lors d'essais cliniques.

CONCLUSION

Malgré l'ensemble de ces constats, l'intervention conjugale est encore peu utilisée dans les centres de traitement pour personnes alcooliques et toxicomanes.

Cette situation illustre l'écart si souvent décrié entre, d'une part, les avancées au plan des modélisations de traitement et, d'autre part, leur utilisation au sein des cliniques (Gotham, 2004). Deux grandes raisons peuvent expliquer cette situation.

Tout d'abord, les centres n'ont peut-être pas fait suffisamment d'efforts pour intégrer l'intervention conjugale au cursus régulier de services offerts. Les usagers pouvant bénéficier d'une telle intervention doivent être identifiés et une offre de services conjugaux doit leur être faite. Les résistances face au traitement conjugal peuvent cependant être nombreuses (Fals-Stewart, O'Farrell, & Birchler, 2004). Par exemple, les patients peuvent rejeter le traitement conjugal parce qu'ils ont peur que leur partenaire veuille contrôler leur vie. Dans ce cas là, une introduction graduelle du traitement est recommandée. De plus, le roulement de personnel dans les centres peut faire en sorte que l'expertise au niveau des traitements relationnels se perde rapidement. Les superviseurs peuvent aussi considérer l'abus de substances comme étant surtout un problème individuel. Une planification efficace, de même que la formation des superviseurs à l'approche conjugale, pourraient venir à bout de ces difficultés.

Ce constat doit toutefois être accompagné d'une remarque concernant le développement de traitements « manualisés ». Les chercheurs peuvent blâmer les centres de ne pas intégrer les traitements pour lesquels de nombreuses études démontrent l'efficacité (Fals-Stewart et al., 2004). Ils ont en partie raison. Cependant, il faut aussi se demander si les difficultés d'intégration des traitements conjugaux aux pratiques des centres ne pourraient pas être expliquées par la présence d'un hiatus entre la réalité des protocoles de recherche dont sont parfois exclus les usagers présentant des problématiques sévères et la réalité des services publics où des usagers présentant une multitude de caractéristiques doivent être traités. Les TCC ont, en partie, atteint la dernière étape de leur développement, soit la vérification de l'adaptabilité du traitement à la réalité des centres (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto, & Stickle, 1998), mais ce, souvent avec les auteurs mêmes des programmes d'intervention. En somme, tel que reconnu dans les schémas de développement des traitements validés empiriquement (Chambless & Hollon, 1998), suite aux études classiques d'efficacité (i.e., validité interne), les chercheurs doivent vérifier la capacité de leur programme de traitement de s'adapter aux milieux cliniques (i.e., validité externe). Certains efforts ont été faits en ce sens (Fals-Stewart et al., 1996).

Il importe que l'efficacité des TCC soit examinée par des équipes de recherche indépendantes de celles qui les ont conçues et ce, afin de s'assurer de la robustesse du traitement. De plus, des études futures devraient chercher à évaluer le rôle des diverses composantes de la thérapie dans le processus de changement afin de déterminer les ingrédients essentiels au succès. L'efficacité des traitements doit également être examinée en fonction de la sévérité de la problématique d'abus de substances et de la présence de divers problèmes associés (e.g., les traits antisociaux). Il convient également de poursuivre le développement de programmes adaptés à des clientèles spécifiques, telles que les femmes toxicomanes dont le partenaire est aussi toxicomane, les personnes âgées, et les membres des communautés culturelles.

Références

- Arieli, A. (1981). Multicouple group therapy of alcoholics. *International Journal of the Addictions*, *16*, 773–782.
- 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.
- 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.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., & Tremblay, J. (2005). *Les membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes : portrait des services offerts au Québec*. Montréal, QC : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 7–18.
- Cooney, N. L., Kadden, R. M., Litt, M. D., & Getter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 598–601.
- Epstein, E. E., & McCrady, B. S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. Dans A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (troisième éd., pp. 597–628). New York : Guilford Press.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Morgan, T., Cook, S. M., Kugler, G., & Ziedonis, D. (2007a). Couples treatment for drug-dependent males: Preliminary efficacy of a stand alone outpatient model. *Addictive Disorders and their Treatment*, *6*, 21–37.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Morgan, T., Cook, S. M., Kugler, G., & Ziedonis, D. (2007b). The successive cohort design: A model for developing new behavioral therapies for drug use disorders, and application to behavioral couple treatment. *Addictive Disorders and their Treatment*, *6*, 1–19.
- 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 Behaviors*, *12*, 28–38.
- Fals-Stewart, W., & Birchler, G. R. (2001). A national survey of the use of couples therapy in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *20*, 277–283.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & Kelley, M. L. (2006). Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 579–591.
- 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., 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., Klostermann, K., Yates, B. T., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2005). Brief relationship therapy for alcoholism: A randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychology of Addictive Behavior*, *19*, 363–371.
- Fals-Stewart, W., Logsdon, T., & Birchler, G. R. (2004). Diffusion of an empirically supported treatment for substance abuse: An organizational autopsy of technology transfer success and failure. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 177–182.
- 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., & Birchler, G. R. (2004). Behavioral couples therapy for substance abuse: Rationale, methods, and findings. *NIDA Science & Practice Perspectives*, *2*, 30–42

- 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.
- 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.
- Gotham, H. (2004). Diffusion of mental health and substance abuse treatments: Development dissemination, and implementation. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 161–176.
- Haber, J. R., & Jacob, T. (1997). Marital interactions of male versus female alcoholics. *Family Process, 36*, 385–402.
- Halford, K. W., & Osgarby, S. M. (1993). Alcohol abuse in clients presenting with marital problems. *Journal of Family Psychology, 6*, 245–254.
- 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.
- Johns, A. L., Newcomb, M. D., Johnson, M. D., & Bradbury, T. N. (2007). Alcohol-related problems, anger, and marital satisfaction in monoethnic Latino, biethnic Latino, and European American newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships, 24*, 255–275.
- Johnson, S. M., & Greenman, P. S. (2006). The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 597–609.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 67–79.
- Kahler, C. W., McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (2003). Sources of distress among women in treatment with their alcoholic partners. *Journal of Substance Abuse and Treatment, 24*, 257–265.
- Karpel, M. A. (1994). *Evaluating couples: A handbook for practitioners*. New York : Norton & Co.
- 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, A. B., Halford, W. K., & Young, R. M. (2002). Couple communication and female problem drinking: A behavioral observation study. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*, 269–271.
- Kuenzler, A., & Beutler, L. E. (2003). Couple alcohol treatment benefits patients' partners. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 791–806.
- 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*. Montréal, QC : RISQ - Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec.
- Litt, L. C., Hien, D. A., & Levin, D. (2003). Adult antisocial behavior and affect regulation among primary crack/cocaine-using women. *Psychology of Women Quarterly, 27*, 143–152.
- Marshal, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review, 23*, 959–997.
- McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (1995). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. Dans N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Éds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 369–393). New York : Guilford Press.
- McCrady, 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.
- McCrady, B. S., Hayaki, J., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (2002). Testing hypothesized predictors of change in conjoint behavioral alcoholism treatment for men. *Alcohol: Clinical and Experimental Research, 26*, 463–470.
- McCrady, B. S., Noel, N. E., Abrams, D. B., Stout, R. L., Nelson, H. F., & Hay, W. N. (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., Stout, R. L., Noel, N. E., Abrams, D. B., & Nelson, H. F. (1991). Effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *British Journal of the Addictions*, *86*, 1415–1424.
- 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.
- Miller, W. R., Rollnick, S., & Conforti, K. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change (deuxième édition)*. New York : Guilford Press.
- Moos, R. H. (2007). Theory-based processes that promote the remission of substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, *27*, 537–551.
- Mudar, P., Leonard, K. E., & Soltysinski, K. (2001). Discrepant substance use and marital functioning in newlywed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 130–134.
- Newcomb, M. D. (1994). Drug use and intimate relationships among women and men: Separating specific from general effects in prospective data using structural equation models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 463–476.
- O'Farrell, T. J. (1993). A behavioral marital therapy couples group program for alcoholics and their spouses. Dans T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (pp. 170–209). New York : Guilford Press.
- O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (1987). Marital relationships of alcoholic, conflicted, and non-conflicted couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, *13*, 259–274.
- 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. 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., 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. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. New York : Guilford Press.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (1999). Treatment models and methods: Family models. Dans B. S. McCrary & E. E. Epstein (Éds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (pp. 287–305). London : Oxford University Press.
- O'Farrell, T. J., Hooley, J., Fals-Stewart, W., & Cutter, H. S. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 744–752.
- 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. (1995). 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.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., Lin, E., Wong, M., & Racine, Y. A. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, *41*, 559–563.

- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 952–962.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J. et al. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Points saillants*. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Rohrbaugh, M. J., & Shoham, V. (2002). Couple treatment for alcohol abuse: A systemic family-consultation model. Dans S. G. Hofmann & M. C. Thompson (Éds.), *Treating chronic and severe mental disorders: A handbook of empirically supported interventions* (pp. 277–295). New York : Guilford Press.
- 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.
- Shoham, V., Rohrbaugh, M., Stickle, T. R., & Jacob, T. (1998). Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. *Journal of Family Psychology*, 12, 557–577.
- Snyder, D. K., Wills, R. M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 138–141.
- Steinglass, P. (1992). Family systems approaches to the alcoholic family: Research findings and their clinical applications. Dans P. Steinglass & S. Saitoh (Éds.), *Alcoholism and the family* (pp. 155–171). Philadelphia, PA : Brunner/Mazel.
- Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2004). Behavioral couple therapy in the treatment of a female alcohol-dependent patient with comorbid depression, anxiety, and personality disorders. *Clinical Case Studies*, 3, 187–205.
- Wakefield, P. J., Williams, R. E., Yost, E. B., & Patterson, K. M. (1996). *Couple therapy for alcoholism: A cognitive-behavioral treatment manual*. New York : Guilford Press.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital dissatisfaction and alcohol use disorders in a community sample. *Journal of Family Psychology*, 20, 164–167.
- 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.
- Wiseman, J. P. (1991). *The other half: Wives of alcoholics and their social-psychological situation*. New York : Aldine de Gruyter.

Présentation des auteurs

Joël Tremblay, Ph.D., est chercheur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychoéducation, et professeur associé à l'École de service social de même qu'à l'École de psychologie de l'Université Laval. Ses intérêts de recherche portent sur l'efficacité des traitements dont entre autre concernant l'apport particulier des membres de l'entourage.

Geneviève Bouchard, Ph.D., est professeure agrégée à l'École de psychologie de l'Université de Moncton. Ses intérêts de recherche incluent les relations conjugales et familiales, avec un intérêt particulier pour la transition parentale.

Karine Bertrand, Ph.D., est professeure au service de toxicomanie du département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke. Ses recherches portent sur les trajectoires de toxicomanie, de réadaptation et de services des personnes qui éprouvent des problèmes d'alcool ou de drogues.

Correspondance à l'auteur Joël Tremblay, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, Centre universitaire de Québec, Complexe Bellevue, 1605 chemin Sainte-Foy, C.P. 14, Québec, QC, Canada, G1S 2P1, courriel <joel.tremblay@uqtr.ca>.