

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**TRAITEMENTS COMBINÉS POUR L'USAGE EXCESSIF DE SUBSTANCES
PSYCHOACTIVES ET LA VIOLENCE CONJUGALE SUBIE DESTINÉS
AUX FEMMES QUI VIVENT LA DOUBLE PROBLÉMATIQUE :
UNE ÉTUDE DE LA PORTÉE**

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

**PAR
ANDRÉANNE ROBILLARD**

JUIN 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

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

Direction de recherche :

Joël Tremblay, Ph. D.

Directeur de recherche

Marianne Saint-Jacques, Ph. D.

Codirectrice de recherche

Jury d'évaluation :

Joël Tremblay, Ph. D.

Directeur de recherche

Natacha Brunelle, Ph. D.

Évaluatrice

Myriam Laventure, Ph. D.

Évaluatrice

Sommaire

Environ 27 % des femmes dans le monde ont subi de la violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire au cours de leur vie (Sardinha *et al.*, 2022). Une portion significative de ces femmes victimes de violence conjugale (VC) sont aux prises avec de problèmes multiples, dont un usage excessif de substances psychoactives (SPA; Bacchus *et al.*, 2018; Stubbs et Szoeki, 2022). La présence de ces deux problématiques en concomitance crée un tableau clinique souvent plus complexe, ce qui pose un défi pour les prestataires de soins. Pour répondre aux besoins spécifiques des femmes qui vivent avec la double problématique d'usage excessif de SPA et de VC et dans le but d'améliorer les chances de rétablissement, des traitements prenant simultanément en compte ces deux aspects sont nécessaires. Cependant, peu de recherches se sont penchées sur les interventions les plus appropriées pour ce sous-groupe de femmes. L'objectif de cette étude est d'identifier les traitements qui existent pour les femmes ayant un usage excessif de SPA et victimes de VC et qui ciblent les deux problématiques. Une étude de la portée « *scoping review* » (Arksey et O'Malley, 2005) a été réalisée pour ce faire. Un total de 13 références a été inclus dans cette étude. Les composantes des traitements font l'objet des résultats. Il en va de la nature de la relation entre l'usage excessif de SPA et la VC selon les auteurs, des paradigmes d'intervention sur lesquels reposent les traitements, des conditions relatives à l'admission (contexte d'entrée en traitement, niveau de sévérité des problématiques visées), des cibles d'interventions (buts et objectifs secondaires), des caractéristiques des séances (nombre, durée, fréquence, contenu, modalité) ainsi que l'efficacité des traitements. Il ressort des résultats que la recherche n'est pas suffisamment avancée pour que se dégagent des modèles de traitements efficaces. L'hétérogénéité des traitements existants laisse entrevoir les besoins d'étayer un continuum de services de même que la nécessité d'apparier la sévérité des problématiques présentées par la femme à celles ciblées par le traitement. Pour ce faire, un dépistage systématique des problématiques dans les milieux clés où ces femmes sont présentes est recommandé. Ce mémoire contribue à fournir un état actuel des connaissances sur un domaine encore peu documenté et à mieux informer les acteurs impliqués, notamment les dispensaires de services.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux et des figures.....	vii
Remerciements	viii
Introduction	9
Violence conjugale.....	11
Définition	11
Continuum de sévérité	12
Ampleur du phénomène.....	13
Conséquences de la VC	14
L’usage excessif de SPA comme obstacle au traitement de la VC	15
Usage excessif de SPA.....	16
Définition	16
Continuum de sévérité	16
Ampleur du phénomène.....	17
Conséquences	18
La VC comme obstacle au traitement pour l’usage excessif de SPA.....	18
Il est nécessaire de traiter conjointement l’usage excessif de SPA et la VC	19
Méthode.....	22
Résultats	28
Description des articles retenus.....	29
Nature de la relation entre l’usage excessif de SPA et la VC	34
Services d’accès aux traitements.....	36
Approches et fondements théoriques sur lesquels s’appuient les traitements	41
Motivationnelle.....	41
Cognitivo-comportementale	42
Systémique.....	43
Nombre, durée et fréquence des séances des traitements	43
Modalités des traitements.....	44

Buts poursuivis des traitements.....	44
Buts poursuivis qui concernent l’usage excessif de SPA	44
Buts poursuivis qui concernent la VC	45
Objectifs secondaires ciblés dans les traitements	46
Au sujet de l’usage excessif de SPA.....	46
Au sujet de la VC.....	49
Efficacité des interventions	50
Traitements de longue durée à intensité modérée.....	50
Traitements de courte durée à intensité élevée	52
Traitements à faible intensité et durée brève	54
Discussion	57
Les traitements sont rares et les connaissances quant à leur efficacité rudimentaires	58
Les niveaux d’intégration des problématiques au sein des traitements varient	60
Limites	65
Conclusion.....	67
Références	68
Appendice A Méthodologie et résultats des études d’efficacité recensées	85

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 Équation de recherche22

Tableau 2 Résumé des traitements recensés29

Figures

Figure 1 Organigramme décisionnel des références sélectionnées24

Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer ma gratitude envers mes directeurs de recherche, Joël Tremblay et Marianne Saint-Jacques, de même que Mélissa Côté, pour le mentorat offert tout au long de cette recherche. Leurs judicieux conseils, leur disponibilité et leur rigueur m'ont guidé tout au long de ce parcours académique exigeant. Je suis reconnaissante d'avoir eu l'occasion de bénéficier de leur expertise qui a grandement enrichi mon expérience d'apprentissage. Je tiens également à remercier mon conjoint, les membres de ma famille, mes amis et Linda pour leur soutien tout au long de ce parcours. Leur encouragement constant, leur compréhension et leur soutien inconditionnel ont été des piliers essentiels pour surmonter les défis et maintenir mon engagement dans ce projet de recherche. La présence bienveillante de tous ces acteurs a rendu cette aventure non seulement possible, mais aussi profondément marquante.

Introduction

Au Québec, à partir des années 1970, des groupes de militantes ont dénoncé les violences faites aux femmes et elles ont travaillé à mettre en place des ressources d'aide et d'hébergement pour les femmes victimes de violence (Dobash *et al.*, 1992; Prud'homme, 2010). Graduellement, la VC passera de la sphère privée à la sphère publique et sera reconnue comme un problème social. Désormais, la communauté internationale considère la VC comme un grave problème de santé publique et un enjeu en contradiction avec les droits universels de la personne (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Femmes et égalité des genres Canada, 2021; Organisation des Nations Unies [ONU], s.d.; Organisation mondiale de la Santé [OMS], s.d.-a).

Depuis plus de trois décennies, une pléthore d'études ont porté sur la situation de ces femmes et ont tenté d'identifier les meilleures stratégies pour leur venir en aide afin de se sortir de ce cercle infernal (Bacchus *et al.*, 2018; Stubbs et Szoeki, 2022). Parmi les constats émergents de ces travaux, on souligne comment une portion significative de ces femmes sont aux prises avec des problèmes multiples, dont entre autres, un usage excessif de SPA. Les femmes aux prises avec la double problématique sont surreprésentées dans les ressources d'aide leur étant offertes (Cormier *et al.*, 2004; El-Bassel *et al.*, 2000; Engstrom *et al.*, 2012; Martin *et al.*, 2008; Poole *et al.*, 2008; Schneider *et al.*, 2009). L'interrelation entre l'usage excessif de SPA et la VC crée une condition en soi qui complexifie la situation. En plus de multiplier les besoins de services (Andrews *et al.*, 2011), ce qui représente un défi pour ceux qui les dispensent (Mason et O'Rinn, 2014), la double problématique constitue également un enjeu venant altérer l'efficacité des traitements standards offerts (Lipsky *et al.*, 2010; Reed *et al.*, 2015). Afin de répondre aux besoins spécifiques de ces femmes et d'augmenter les probabilités de rétablissement, un traitement qui prend en compte ces deux problématiques simultanément serait tout indiqué (Andrews *et al.*, 2011; Capezza *et al.*, 2015; Fowler et Faulkner, 2011). Malgré ce constat, peu de travaux ont porté sur les interventions les plus adéquates pour ce sous-groupe de femmes.

Ainsi, les traitements qui considèrent spécifiquement les deux problématiques et destinés aux femmes sont le sujet d'intérêt de ce mémoire. Malgré le fait que les hommes aussi sont victimes de VC, pour ce mémoire, les femmes sont la population cible choisie compte tenu du

fait qu'elles subissent les formes de violence les plus sévères et les conséquences sont généralement plus graves pour elles telles que les homicides conjugaux dont elles sont plus souvent victimes que les hommes (Stöckl *et al.*, 2013). Les sections suivantes visent à approfondir la compréhension des concepts de VC et d'usage excessif de SPA ainsi que les obstacles et les enjeux associés à leur concomitance.

Violence conjugale

Les prochaines sections se concentrent sur la VC avec deux objectifs principaux. Tout d'abord, clarifier le contexte dans lequel le terme VC est utilisé tout au long de ce mémoire. Ensuite, souligner l'importance d'explorer les traitements disponibles pour les femmes confrontées à cette problématique lorsqu'elle est liée à un usage excessif de SPA. Pour ce faire, la définition des notions de VC, de continuum, mais aussi la description de l'ampleur du phénomène, des conséquences associées ainsi que l'identification des obstacles aux traitements que pose l'usage excessif de SPA dans les services offerts en VC seront abordés.

Définition

D'abord, deux définitions ont longtemps divisé le champ de la VC. La première qui est la plus connue fait référence à des actes violents perpétrés entre partenaires ou anciens partenaires intimes, de manière répétée et dans un but d'exercer du contrôle et de la domination sur l'autre (Gouvernement du Québec, 2023a). Elle peut revêtir diverses formes, incluant la violence physique, sexuelle, psychologique, économique ou électronique (Conroy, 2021; Gouvernement du Québec, 2023a). Plus précisément, la violence physique est l'utilisation intentionnelle de la force physique dans le but d'infliger des dommages, des blessures ou la mort. La violence sexuelle est toute tentative ou tout acte sexuel commis à l'endroit d'une personne qui n'a pas fourni ou qui ne peut fournir de consentement libre et éclairé. La violence psychologique se caractérise par des comportements verbaux ou non verbaux commis dans le but de perturber une personne émotionnellement ou d'exercer du contrôle sur elle. La violence économique consiste à exercer une privation ou un contrôle des ressources financières et matérielles ainsi qu'un contrôle et de la surveillance des activités économiques de l'autre partenaire (Breiding *et al.*, 2015;

Gouvernement du Québec, 2023b). La violence peut également être électronique quand, à l'aide de la technologie, une personne tente délibérément de causer du tort ou de contrôler l'autre (Watkins *et al.*, 2018). Cette définition provient de militantes et de chercheuses féministes ayant développé une analyse de la VC comme étant une manifestation de l'oppression patriarcale. Dans cette perspective, la VC est une manière d'exercer du contrôle sur les femmes et prend racine dans la recherche de pouvoir et de domination des hommes (Parent et Coderre, 2004). Compte tenu du caractère répétitif et de l'intensité de la violence présents dans cette définition, elle est notamment utilisée par les chercheurs en VC qui s'intéressent aux femmes qui vivent de la violence sévère. Elle correspond aussi généralement bien aux services en VC offerts à ces femmes.

La deuxième définition s'appuie sur le principe que tout geste de violence commis dans un contexte conjugal constitue de la VC. Tout geste de violence physique, psychologique ou sexuel est considéré comme de la violence à partir du premier geste peu importe la gravité ou la fréquence du geste. La littérature relevant de cette définition s'est principalement centrée sur les formes de violences physiques et sexuelles. Les chercheurs qui adhèrent à cette définition conceptualisent la VC comme un problème résultant d'une dynamique familiale dysfonctionnelle. Selon eux, il s'agit de l'exacerbation de conflits entre les conjoints et non d'une tentative de l'homme d'exercer un contrôle et de dominer la femme, comme le suggère la perspective féministe (Damant et Guay, 2005). Le Conflict Tactics Scales (CTS; Straus, 1979), un instrument populaire de mesure des comportements violents intrafamiliaux, découle de cette définition. Une personne ayant un score de 1 ou plus, c'est-à-dire qui rapporte avoir subi au moins un geste de violence dans la dernière année, sera considérée comme une victime de VC. Un pan important des recherches faites en VC a recours à cette définition et à l'utilisation du CTS, particulièrement dans le domaine de la sociologie.

Continuum de sévérité

En somme, ces deux définitions abordent la VC avec des perspectives d'analyse relativement éloignées. Plusieurs typologies de la violence existent, dont celle de Johnson (2008),

qui permet de comprendre les raisons pour lesquelles certaines études captent des formes plus ou moins sévères de violence, alors que d'autres captent les formes les plus sévères. Cette typologie bien connue laisse présager qu'il est possible de situer la VC sur un continuum de sévérité. Cette sévérité s'évalue selon la fréquence et la durée des épisodes de violence, la nature des actes violents, et la présence de blessures physiques ou de conséquences psychologiques. Plus les actes de violence sont fréquents, graves et prolongés, plus la sévérité est considérée comme élevée. Habituellement, la violence captée par les sociologues à l'aide du CTS couvre tout le spectre de la violence alors que les études féministes captent les formes les plus sévères. Nonobstant le fait que ces deux manières de concevoir l'étiologie de la VC divergent, les auteurs et intervenants en VC s'entendent sur le fait que tout acte de violence est inacceptable, même s'il ne se produit qu'une seule fois. Dans ce mémoire, l'utilisation du terme VC couvre l'ensemble des manières de le conceptualiser, englobant par le fait même toutes les formes de violence et tous les degrés de gravité. La mention de VC fait également référence à celle vécue/subie uniquement et n'inclut pas la violence perpétrée, à moins d'indications contraires.

Ampleur du phénomène

La VC n'est pas un phénomène isolé et nombreuses sont les femmes qui en sont victimes. Dans les faits, la plus récente étude de prévalence estime qu'environ 27 % des femmes dans le monde ont subi de la violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie (Sardinha *et al.*, 2022). À partir d'un sondage réalisé auprès de la population canadienne en 2019, il est estimé que 4,2 % des Canadiennes ont vécu de la violence physique ou sexuelle et 12 % de la violence psychologique de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint au cours des cinq dernières années (Conroy, 2021). Au Québec, au cours des 10 dernières années, le nombre d'infractions criminelles commises contre la personne dans un contexte conjugal est demeuré relativement stable bien qu'une tendance à la baisse est observée pour l'ensemble des crimes contre la personne (Gouvernement du Québec, 2017a). En 2015, 18 406 infractions criminelles commises contre la personne dans un contexte conjugal ont été enregistrées dans l'ensemble des services de police du Québec. Les femmes sont représentées dans des proportions importantes pour certains types de ces crimes tels que l'enlèvement en contexte conjugal

(100 %), les agressions sexuelles (97,4 %), la séquestration (96,9 %), les voies de fait de niveau 3 qui consistent à blesser, mutiler, défigurer une personne ou à mettre sa vie en danger (87,5 %), l'intimidation (91,3 %) ainsi que le harcèlement criminel (86,3 %) (Gouvernement du Québec, 2017a). En 2021, 18 femmes ont été tuées par leur conjoint ou leur ex-conjoint violents au Québec (Gouvernement du Québec, 2022).

Conséquences de la VC

Les actes de violence vécus par une proportion importante de femmes sont associés à un lot de conséquences et l'usage excessif de SPA constitue l'une d'elles (Carbone-López *et al.*, 2006; Merkel *et al.*, 2017; Ogden *et al.*, 2022; Stone et Rothman, 2019). Il a été documenté que les femmes victimes de VC sont plus susceptibles de passer d'un usage excessif de SPA à un trouble d'utilisation de SPA (TUS) et de présenter une symptomatologie plus sévère que les femmes qui ne sont pas victimes (Hobkirk *et al.*, 2015; La Flair *et al.*, 2012; Liebschutz *et al.*, 2002). En effet, l'usage excessif de SPA peut être utilisé comme stratégie d'adaptation par les femmes victimes afin de composer avec les souffrances occasionnées par la violence (Gezinski *et al.*, 2021; Nydegger et Claborn, 2020; Pallatino *et al.*, 2021; Simonelli *et al.*, 2014; Smith *et al.*, 2012). Qui plus est, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de recourir aux SPA afin de se soustraire à des souffrances psychologiques ou physiques (Back *et al.*, 2005; King *et al.*, 2003; McHugh *et al.*, 2013; Sonne *et al.*, 2003). Ces souffrances étant elles-mêmes des conséquences de la VC. Notamment, chez les femmes, la VC augmente les risques de développer des symptômes dépressifs, de commettre une tentative de suicide (Bacchus *et al.*, 2018; Devries *et al.*, 2013; Lagdon *et al.*, 2014), de présenter un trouble de stress post-traumatique (TSPT), de l'anxiété, de la détresse psychologique et de la somatisation (maux de tête, étourdissements, maux de ventre) (Dillon *et al.*, 2013; Lagdon *et al.*, 2014). D'autres recherches font également état de liens significatifs entre la VC et l'expérience de douleurs chroniques (Loxton *et al.*, 2006; Nerøien et Schei, 2008; Nicolaidis *et al.*, 2008; Vives-Cases *et al.*, 2011; Woods *et al.*, 2008; Wuest *et al.*, 2008; Wuest *et al.*, 2007). Le recours aux SPA afin de composer avec la douleur (Alford *et al.*, 2016; Cil *et al.*, 2019; Rogozea *et al.*, 2020), aussi appelé automédication, peut accélérer la progression vers un TUS (Hogarth *et al.*, 2019; Lehavot *et al.*, 2014; Timko *et*

al., 2005). Ainsi, la VC expose un nombre considérable de femmes à des conséquences diverses, dont l'usage excessif de SPA qui peut être utilisé comme stratégie d'adaptation afin de composer avec les souffrances induites par la violence.

L'usage excessif de SPA comme obstacle au traitement de la VC

Les services offerts aux femmes victimes de VC, incluant les ressources d'hébergement d'urgence, permettent d'assurer leur sécurité et de favoriser leur rétablissement. L'accessibilité à ce type de services peut cependant s'avérer conditionnel, particulièrement pour les femmes ayant un usage excessif de SPA. À cet effet, Gezinski *et al.* (2021) qualifient de « couteau à double tranchant » la présence d'un TUS chez les femmes à la recherche de services dans des ressources pour femmes victimes de VC. L'usage de SPA permet aux femmes de composer avec leurs symptômes traumatiques et ainsi être somme toute plus fonctionnelles au quotidien. Cependant, ce même usage peut entraîner une éviction des services ce qui par le fait même mettra leur sécurité en danger. Sans place où elle peut se sentir en sécurité, il sera difficile pour la femme en mode survie de travailler sur son TUS. La politique de tolérance zéro à l'égard de l'usage de SPA au sein des services en VC peut amener les femmes à cacher le fait qu'elles consomment par peur d'être renvoyées (Gezinski *et al.*, 2021), à augmenter leur sentiment de détresse ou à leur donner l'impression qu'elles ont quitté un environnement contrôlant pour un autre (Glenn et Goodman, 2015). Les envies urgentes de consommer peuvent aussi amener ces femmes à retourner auprès de leur conjoint violent pour avoir accès à la substance alors qu'elles étaient en sécurité dans une ressource pour femmes victimes (Macy *et al.*, 2013).

En somme, l'ampleur de la VC est alarmante et touche un pourcentage significatif de femmes. Les actes de violence entraînent des répercussions importantes, notamment l'usage excessif de SPA. Cet usage excessif peut entraver l'accès aux services en VC, pose des défis particuliers pour les femmes qui en font usage, compromet leur sécurité et complique leur rétablissement. À l'inverse, la VC peut aussi avoir un impact sur le rétablissement d'une femme ayant un usage excessif de SPA.

Usage excessif de SPA

Jusqu'à maintenant, nous avons parlé d'usage excessif de SPA et cette sous-section permettra de mieux comprendre de quoi il s'agit. Pour ce faire, la notion de SPA sera définie et les comportements associés à son usage seront situés sur un continuum de sévérité. S'en suivra l'ampleur du phénomène de même que les liens entre l'usage excessif de SPA et l'augmentation des probabilités de vivre de la VC. Cette exploration approfondie permettra de mieux comprendre la réalité complexe des femmes qui vivent avec la double problématique.

Définition

Une SPA, lorsqu'elle est consommée, modifie l'activité du cerveau, ce qui peut entraîner des effets sur le comportement, la cognition, les émotions et les perceptions de l'individu (OMS, s.d.-b). Les SPA peuvent être catégorisées selon les modifications qu'elles produisent sur le système nerveux central. Il en va des hallucinogènes/perturbateurs, des dépresseurs et des stimulants. Les hallucinogènes/perturbateurs sont des substances susceptibles d'entraîner une modification de la perception des sens (vue, odorat, goût, toucher, audition), et altèrent l'humeur et les pensées (Gouvernement du Québec, 2017b; Nichols, 2004). La catégorie des dépresseurs regroupe les substances qui diminuent l'activité des zones du cerveau responsables des fonctions intellectuelles, du comportement, de la respiration et du rythme cardiaque. L'alcool étant une des substances les plus connues de cette catégorie. À l'inverse, les stimulants, tels que la cocaïne et la méthamphétamine, ont pour effet d'accélérer l'activité du système nerveux central et causent de l'agitation et de l'excitation (Gouvernement du Québec, 2017b).

Continuum de sévérité

Dès lors, l'usage de SPA englobe une variété de comportements répartis sur un continuum de sévérité. Cette sévérité se mesure selon divers critères tels que la fréquence et la quantité de consommation, les conséquences physiques, psychologiques et sociales, ainsi que la présence d'une dépendance ou la perte de contrôle liée à l'utilisation de substances (McLellan *et al.*, 2006). À une extrémité du spectre se trouve l'abstinence, qui correspond au choix de ne pas consommer une substance spécifique ou de s'abstenir complètement de toute SPA. S'en suit la consommation

à faible risque. Ce profil de consommation non problématique se caractérise généralement par une utilisation occasionnelle et modérée de SPA, par exemple dans des contextes sociaux ou de loisirs. On retrouve ensuite, sur le continuum, la consommation à risque, qui correspond à une utilisation qui dépasse des standards d'usage à faible risque émis par les différentes autorités sanitaires de la planète (Santé Canada, 2022). Apparaît ensuite un usage problématique, c'est-à-dire une utilisation des substances qui occasionne des problèmes concrets à la personne tels que des difficultés financières, relationnelles, des chutes ou blessures, etc. (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2018).

Un niveau plus élevé de prise de substances peut ainsi conduire à un TUS qui se manifeste par des envies de consommer la substance, une difficulté à contrôler cette consommation, une préoccupation excessive à son égard et une poursuite de son utilisation malgré les conséquences négatives sur la santé physique, mentale, sociale ou professionnelle (American Psychiatric Association [APA], 2013). Dans ce mémoire, l'utilisation du terme usage excessif comprend la consommation à risque, la consommation problématique ainsi que le TUS. Si nécessaire, le terme spécifique associé au degré de sévérité sera employé afin d'assurer la justesse du propos.

Ampleur du phénomène

Au Canada, à partir d'un sondage réalisé auprès de la population en 2022, 3 % des femmes âgées de 15 ans ou plus répondaient aux critères diagnostiques de TUS dans la dernière année (Pearson *et al.*, 2015). Le phénomène d'usage excessif de SPA étant historiquement davantage associé au genre masculin, l'écart entre les hommes et les femmes tend à diminuer (Keyes *et al.*, 2008; Seedat *et al.*, 2009; Steingrímsson *et al.*, 2012).

Les femmes qui présentent un usage excessif de SPA sont nombreuses et une certaine proportion d'entre elles seraient sujettes à une évolution accélérée vers un TUS très tôt dans leur trajectoire d'usage de SPA. Cet effet a principalement été observé auprès de femmes bénéficiant d'un traitement (Becker *et al.*, 2017), suggérant qu'une sous-population serait plus prédisposée à progresser rapidement vers un TUS sévère (McHugh *et al.*, 2018). Les femmes seraient aussi

enclines à solliciter plus précocement que les hommes des services pour le traitement de ce TUS (Hernandez-Avila *et al.*, 2004; Johnson *et al.*, 2005; Piazza *et al.*, 1989). Elles ne représentent toutefois qu'un cinquième ou moins de la clientèle au sein des services pour le traitement de l'usage excessif de SPA (Nation Unies, 2020).

Conséquences

L'usage excessif de SPA est associé à de nombreuses conséquences (Cormier *et al.*, 2004; Fonseca *et al.*, 2021; Kay *et al.*, 2010; McHugh *et al.*, 2018) et la VC constitue l'une d'elle. En effet, l'usage excessif de SPA peut augmenter les risques d'être victime de VC. Bien que ce ne soit pas toutes les femmes consommatrices de SPA qui vivent de la violence, les résultats d'une méta-analyse suggèrent que l'utilisation de SPA chez la femme est associée ($r = 0,20$, cette taille d'effet est considérée comme positive et faible) à de la victimisation en contexte conjugal (Cafferky *et al.*, 2018).

Entre autres, la connexion entre l'usage excessif de SPA et la VC est expliquée par le fait que les femmes qui font un usage excessif de SPA sont plus susceptibles d'avoir un mode de vie à risque et d'être en lien avec une sous-culture dans laquelle les personnes impliquées adoptent des comportements considérés comme étant contraires aux normes sociales établies ou qui ont aussi un usage excessif de SPA. Les femmes peuvent donc être plus enclines à choisir des partenaires au sein de cette sous-culture, et qui ont un plus grand potentiel d'adopter des comportements agressifs ou violents, ce qui augmente les probabilités d'être victimes de VC (Kilpatrick *et al.*, 1997; Testa *et al.*, 2003). Ces observations ne viennent en aucun cas jeter le blâme sur ces femmes, mais se veulent un effort d'identification de situations où les risques de VC sont plus élevés.

La VC comme obstacle au traitement pour l'usage excessif de SPA

Ainsi, l'usage excessif de SPA augmente les probabilités qu'une femme soit victime de VC. Or, cette même victimisation représente un obstacle au traitement de cet usage excessif. En effet, la VC est un facteur associé à une attrition prématurée en traitement pour un TUS et

contribue à diminuer les retombées positives de l'intervention (Galvani, 2009; Gil-Rivas *et al.*, 1997; Gilbert *et al.*, 2001; Harvey *et al.*, 1994; Lipsky *et al.*, 2010; Melchior *et al.*, 1999; Reed *et al.*, 2015; Zweben *et al.*, 1994). La VC nuit au processus de réduction de la consommation ou du maintien de l'abstinence compte tenu de la relation étroite entre le partenaire violent et la consommation de SPA. Cela comprend l'habitude de consommer en sa présence, le fait que le conjoint est également celui qui fournit la substance et l'état d'hypervigilance que suscite le fait d'être en sa présence (Kunins *et al.*, 2007; Macy *et al.*, 2013). La VC a aussi le potentiel d'avoir un impact négatif sur le processus de diminution ou de cessation d'usage de SPA. En outre, les femmes sont plus enclines à faire à nouveau usage d'alcool en réponse à des problèmes familiaux ou matrimoniaux (Walitzer et Dearing, 2006) et à vivre une envie urgente de consommer (Back *et al.*, 2005) ou une rechute d'usage de SPA (Walitzer et Dearing, 2006) en réaction à des émotions désagréables et des problèmes interpersonnels.

Il ressort donc que le facteur de risque est également une stratégie d'adaptation et ainsi l'usage excessif de SPA est étroitement lié à la VC. La présence de VC entrave le traitement de l'usage excessif de SPA, ce qui alimente le maintien de la double problématique.

Il est nécessaire de traiter conjointement l'usage excessif de SPA et la VC

Il a été démontré dans les sous-sections précédentes comment les problématiques sont étroitement liées. Dans les faits, il semblerait que le quart à la moitié des femmes au sein des ressources pour les victimes de VC ont un usage excessif de SPA (Bennet et Lawson, 1994; Martin *et al.*, 2008). De même que de 25 % à 57 % de femmes impliquées dans un traitement pour un TUS auraient vécu de la VC dans la dernière année (Cormier *et al.*, 2004; Easton *et al.*, 2000; El-Bassel *et al.*, 2004; El-Bassel *et al.*, 2001; El-Bassel *et al.*, 2011; El-Bassel *et al.*, 2003; Engstrom *et al.*, 2012; Poole *et al.*, 2008; Schneider *et al.*, 2009).

En plus de leur interrelation, chaque problématique représente un frein au traitement de l'autre quand elles sont abordées séparément. Alors, pourquoi ne pas traiter l'usage excessif de SPA et la VC conjointement, comme un tout plus grand que la somme de ses parties ? En outre,

certaines obstacles font en sorte qu'il est difficile pour les dispensaires d'adresser la double problématique au sein d'un même service. Il en va notamment de la divergence des philosophies d'intervention, du manque de formation et de connaissance des intervenants, de leur crainte d'intervenir au-delà de leur champ d'expertise, des possibles répercussions sur le financement octroyé et du manque de corridors de services permettant de référer rapidement la femme vers d'autres ressources (Bennet et Lawson, 1994; Collins *et al.*, 1997; Ferland *et al.*, 2022; Kunins *et al.*, 2007; Logan *et al.*, 2002; Mason et O'Rinn, 2014).

Cela a pour effet que ces femmes sont mal desservies ou ne reçoivent pas le traitement adéquat. Ce bris de services constitue un risque important tel que celui d'être à nouveau victime de violence ainsi que celui de vivre une rechute. L'amélioration de leur bien-être sera plus probable lorsqu'elles auront accès à des services efficaces et de qualité qui répondent de manière appropriée aux besoins de sécurité et de réduction de l'usage ou de sobriété. Les interventions sur la violence et celles sur la consommation sont fort intéressantes et leur efficacité a largement été démontrée. Dans un souci d'améliorer les services offerts aux femmes vivant avec la double problématique d'usage excessif de SPA et de VC, cette efficacité peut être optimisée en intégrant les deux problématiques au sein d'un même programme.

Or, les systèmes de soin psychosociaux ont tendance à diviser les soins et l'aide apportée en fonction de la problématique (santé mentale, dépendance, itinérance). Cette façon de faire est largement inspirée du modèle médical où un spécialiste existe pour chaque région du corps ou maladie (pneumologue, cardiologue, infectiologue, etc.). Alors qu'il est facile d'imaginer qu'une douleur au genou ne soit pas reliée à un problème cardiaque, il est plus difficile de penser que l'usage de substances d'une personne n'ait pas d'impact sur sa dynamique conjugale. Ainsi, dans la sphère psychosociale, les problématiques sont très susceptibles d'être enchevêtrées. C'est dans cette optique que les traitements intégrés y trouvent toute leur plus-value. Toutefois, cette volonté d'intervenir conjointement sur la consommation de SPA et de problématiques concomitante est davantage établie pour la délinquance (Brochu *et al.*, 2018; Perry *et al.*, 2009) ou la santé mentale (Chetty *et al.*, 2023; Johnstone *et al.*, 2023).

Au fil des ans, ce besoin de services intégrés pour les femmes aux prises avec un usage excessif de SPA et qui vivent de la VC a été soulevé à maintes reprises dans la littérature (Andrews *et al.*, 2011; Bednar, 2003; Fowler et Faulkner, 2011; Gilchrist et Hegarty, 2017; Mehr *et al.*, 2022; Wekerle et Wall, 2002). Cette recommandation était également mise de l'avant par plusieurs organisations gouvernementales telle que le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA; Center for Substance Abuse Treatment, 1997), aux États-Unis, et ce, il y a déjà plus de 25 ans.

En somme, l'usage excessif de SPA et la VC peuvent entretenir une relation étroite et l'intégration de ces dernières au sein de même traitement permettrait de répondre aux besoins combinés de sécurité et de réduction de l'usage ou de sobriété des femmes aux prises avec la double problématique. Pourtant, il est difficile, à l'heure actuelle, de bonifier l'offre de service destinée à cette clientèle avec un traitement ou un programme qui adresse la double problématique puisque peu de travaux de recherche ont été faits sur le sujet, d'où la question de recherche de ce mémoire : quels sont, à ce jour, les traitements existants pour les femmes ayant un usage excessif de SPA et victimes de VC et qui ciblent ces deux problématiques ?

Méthode

L'importance d'offrir aux femmes qui vivent avec la double problématique d'usage de SPA et de VC un traitement adapté à la spécificité de leur situation a généré l'intérêt de recenser les traitements pouvant leur être offerts.

L'étude de la portée (« *scoping review* ») s'avère la meilleure méthode de recherche puisqu'elle permet de faire état de l'avancée des connaissances actuelles sur un domaine précis ainsi que d'identifier les aspects du sujet pour lesquels peu de données sont disponibles (Anderson *et al.*, 2008; Arksey et O'Malley, 2005). Le cadre méthodologique en cinq étapes de Arksey et O'Malley (2005) a été utilisé pour cette étude de la portée. La première étape repose sur l'identification d'une question de recherche et celle faisant l'objet de ce mémoire va comme suit: quels sont les traitements existants pour les femmes aux prises avec un usage excessif de SPA et une victimisation de violence dans un contexte conjugal et qui prennent en compte ces deux problématiques ?

La deuxième étape consiste à regrouper tous les articles susceptibles de répondre à cette question par l'entremise d'une recherche documentaire. Celle-ci a été effectuée avec l'aide d'un bibliothécaire. Les mots-clés utilisés découlent des concepts inhérents à la question de recherche soit : femme, usage de SPA, VC et traitement. À ce stade, il est important que les mots-clés sélectionnés fassent ressortir les articles portant sur le sujet d'intérêt sans toutefois qu'ils soient trop spécifiques. Différentes combinaisons des concepts clés et de leurs synonymes ont donc été testées afin d'assurer que tous les articles pertinents soient décelés. En juin 2019, l'équation de recherche (voir Tableau 1) a été soumise à la base de données Social Services Abstract ainsi que via EBSCO qui regroupe notamment les bases de données *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *Psychology and Behavioral Sciences*, *APA PsycInfo*, *SocIndex* et *Medline* avec des filtres concernant la langue (anglais et français) et la période de publication (à partir de 1970). Ces bases de données sont connues pour regrouper des journaux traitant de problématiques telles que l'usage excessif de SPA et la VC. Par ailleurs, l'une des particularités de l'étude de la portée s'avère l'inclusion d'articles provenant de la littérature grise (O'Brien *et al.*, 2016). Puisque cette présente étude consiste essentiellement en un exercice académique

visant à développer des compétences de rédaction et par souci d'efficience, la décision a été prise de se concentrer uniquement sur des bases de données scientifiques. Un total de 1 613 articles a été recensé. En mars 2023, une seconde recherche avec la même équation a été effectuée afin de vérifier si de nouveaux articles sont parus entre-temps, ce qui ne s'avéra pas le cas.

Tableau 1

Équation de recherche

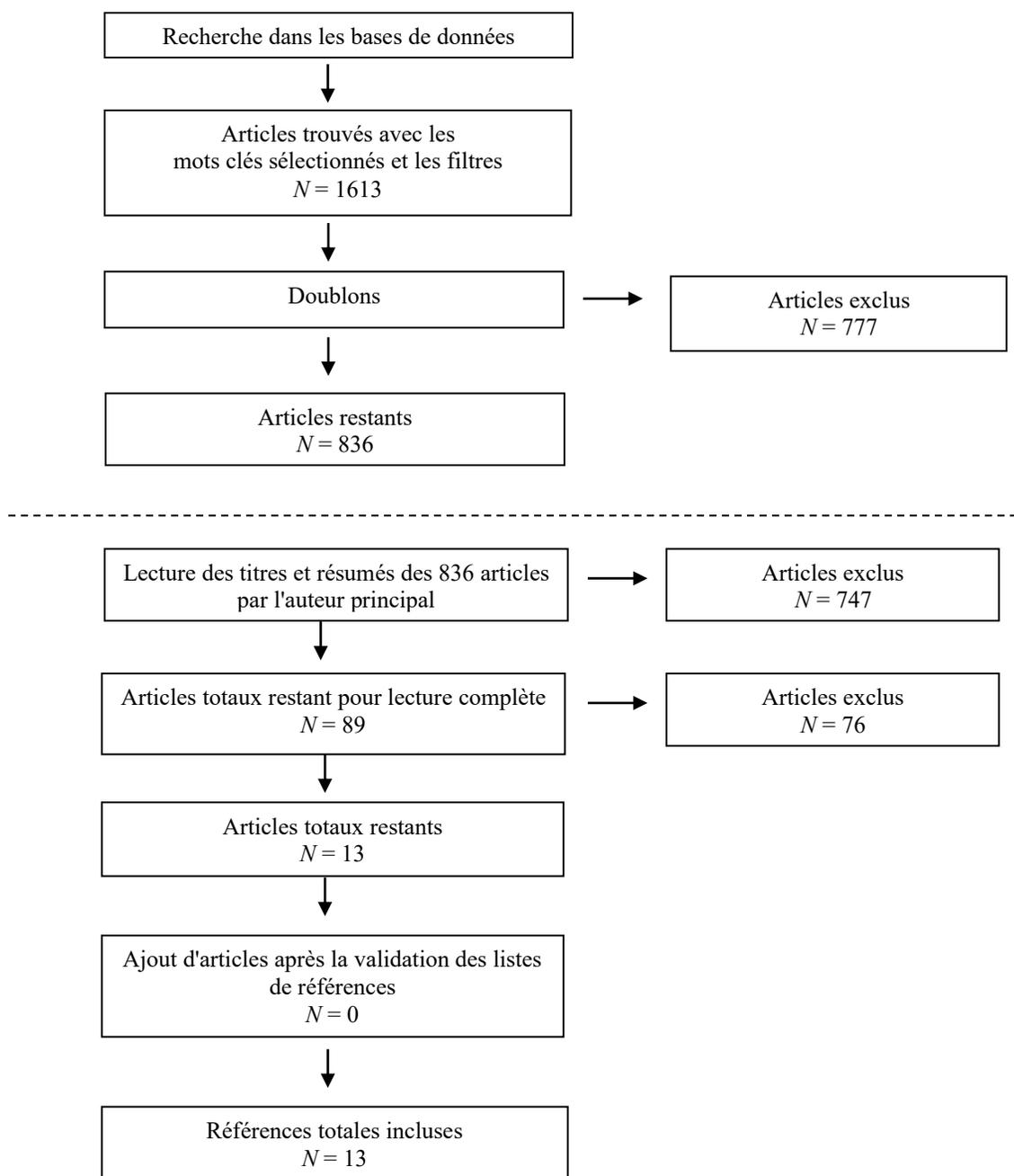
VC	Usage de SPA	Traitement
“Intimate partner violence” OR “partner abuse” OR “spouse abuse” OR “intimate violence” OR “partner violence” OR (Battered (Female* OR wom*)) OR (domestic N1(violence OR abuse))	(drug* N1(abuse OR addiction*)) OR (substance N1 (abuse OR “use disorder*)) OR “substance-related disorder*” OR “problem drinker*” OR (alcohol N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence)) OR (opioid* N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence)) OR (Cocaine N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence)) OR (cannabis N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence)) OR (marijuana N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence)) OR (amphetamine N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence)) OR (methamphetamine N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence)) OR (methadone N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence)) OR (AOD N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence)) OR (speed N1(disorder* OR abuse OR addiction* OR dependence))	therap* OR program* OR treatment* OR intervention*

La troisième étape repose sur la sélection des articles qui feront l'objet d'une analyse approfondie. Une fois les doublons exclus ($n = 777$), les titres et les résumés des 836 articles restants ont été lus et filtrés à partir des critères d'inclusions suivants :

L'article décrit un traitement s'adressant à des femmes dont les cibles sont la VC subie et l'usage de substances, plus précisément;

- a) Des femmes reçoivent un traitement. Si plusieurs populations sont à l'étude, il est possible de distinguer les résultats qui concernent les femmes ayant une double problématique;
- b) Les femmes composant l'échantillon vivent ou ont récemment vécu de la VC;
- c) Les femmes composant l'échantillon consomment des SPA;
- d) Le traitement doit cibler de manière spécifique la VC et la consommation de SPA. Dans les cas où le traitement inclut ou repose sur des stratégies de collaboration interorganisations, un effort conjoint et continu entre les ressources est attendu afin de répondre à ce critère.

Dans les cas où la lecture du titre et du résumé ne permettait pas de déterminer si l'article répondait aux critères d'inclusions, ce dernier était lu en entier ($n = 89$). Un total de 17 articles a été retenu et par la suite soumis aux directeurs dans le cadre d'un processus d'accord inter-juge. Après que tous en ont eu fait la lecture des 17 articles, il a été convenu lors d'une discussion en groupe que quatre articles ne correspondaient pas aux critères de sélections. Des 823 études exclues, 810 ne répondaient pas au critère énoncé : 448 pour le critère a, 163 pour le critère b, 108 pour le critère c et finalement, 91 articles pour le critère d. Ainsi, 13 articles ont été retenus. L'analyse des articles de références « *snowballing* » de ces derniers n'a pas fait ressortir d'articles supplémentaires répondant aux critères de sélection. La Figure 1 offre une vue d'ensemble de la démarche effectuée.

Figure 1*Organigramme décisionnel des références sélectionnées*

Lors du processus d'extraction des données (quatrième étape), les informations relatives aux études (auteurs, année, lieu de publication, critères d'inclusions) ainsi que celles des traitements (but, approche, durée, type, fréquence, modalité, lieu) ont été colligées (voir Tableau 2). Une description plus détaillée du Tableau 2 est d'ailleurs disponible dans la section résultats.

La cinquième et dernière étape consiste à rassembler, résumer et rapporter les résultats des articles faisant l'objet de la sélection finale ($n = 13$). Compte tenu de la quantité importante de données à analyser, l'utilisation d'un arbre thématique composé des thèmes et de sous thèmes communs aux études offre une manière très structurée d'organiser et d'analyser les données (Barnett-Page et Thomas, 2009). L'entièreté de cette démarche a été effectuée en collaboration avec mes directeurs de recherche afin d'assurer l'exhaustivité des données recueillies. Une première version a d'abord été élaborée depuis une lecture sommaire de chacun des articles. À partir de cette dernière, une codification systématique de leur contenu à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo a été effectuée. Tout au long du processus, cet arbre thématique était alors mis à jour, témoignant du processus itératif dans lequel s'inscrit une étude de la portée (Arksey et O'Malley, 2005; Levac *et al.*, 2010). De ce processus est alors ressortie une version finale de cet arbre thématique pour lequel chacun des nœuds le composant a été défini permettant ainsi une classification du contenu des articles sans équivoque. Une fois cette classification réalisée, le contenu des nœuds a été résumé et analysé afin de faire ressortir les similarités et les divergences entre les différentes composantes des traitements. Une étude de la portée n'a pas pour objectif d'évaluer la qualité des preuves, et par conséquent, il n'est pas possible de statuer sur la robustesse et la généralisation des résultats des études retenues dans le cadre de ce mémoire (Arksey et O'Malley, 2005). Il fut toutefois possible d'observer des liens quant à l'efficacité des traitements qui présentent des caractéristiques similaires. Le tout sera rapporté dans la section suivante.

Résultats

Cette section vise la présentation des composantes extraites des programmes et des traitements lors de l'analyse exhaustive des articles retenus. Il en va de la nature de la relation entre l'usage excessif de SPA et la VC selon les auteurs, des paradigmes d'intervention sur lesquels reposent les traitements, des conditions relatives à l'admission (contexte d'entrée en traitement, niveau de sévérité des problématiques visées), des cibles d'interventions (buts et objectifs secondaires), des caractéristiques des séances (nombre, durée, fréquence, contenu, modalité) ainsi que de l'efficacité des traitements.

Description des articles retenus

La grande majorité des études ont été menées aux États-Unis ($n = 12$) et une seule en Espagne. Une grande variété quant aux types de devis utilisés est observable. Trois des études s'appuient sur un devis de type expérimental, trois sont de type pré expérimental, trois sont exploratoires, deux ont une visée descriptive et une repose sur une étude de cas. Bien que la recherche documentaire ait inclus les articles publiés de 2019 à 2023, aucun des articles retenus n'a été publié après 2016. Parmi ces 13 articles retenus, neuf concernent des programmes manualisés (Choo *et al.*, 2015; Choo, Tapé, *et al.*, 2016; Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Donohue *et al.*, 2010; Gilbert *et al.*, 2006; McCollum *et al.*, 2011; Rhodes *et al.*, 2015; Schumm *et al.*, 2009; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015). Les quatre autres décrivent des interventions qui, a priori, ne s'inscrivent pas dans un contexte structuré et prédéfini (Bennett et O'Brien, 2007; Chartas et Culbreth, 2001; Kail, 2010; Rogers *et al.*, 2003). Ces derniers consistent en des récits de pratique d'intervenantes œuvrant auprès de femmes présentant les deux problèmes (Rogers *et al.*, 2003) et d'initiatives de coordinations de services auprès de celles-ci (Bennett et O'Brien, 2007). Il s'agit aussi d'une description de l'utilisation de l'entretien motivationnel pour les problématiques conjointes d'usage excessif de SPA et de VC (Kail, 2010) ainsi que d'un exercice de compréhension des prémisses sur lesquelles s'appuient les intervenants lorsqu'ils offrent des services à une femme présentant la double problématique (Chartas et Culbreth, 2001). Les noms ainsi que le détail des divers traitements faisant l'objet des articles retenus sont disponibles dans le Tableau 2.

Tableau 2*Résumé des traitements recensés*

Auteurs, année et lieu de publication	Traitement	Buts du traitement	Approche	Critères inclusion VC	Critères inclusion usage SPA	Durée d'une séance (min.)	Type (nombre séances), fréquence et modalité	Milieu
Choo <i>et al.</i> , 2015 É-U;	BSAFER	Susciter la motivation au changement; Favoriser l'adhésion à un traitement subséquent; Résoudre l'ambivalence	EM	> 1 épisode de VC psychologique OU physique OU sexuelle dans les 6 derniers mois	> 1 épisode dans les 6 derniers mois	15	Individuel (2) 14 jours suivant intervention initiale Tablette électronique et téléphone	Hospitalier (urgence)
Choo, Zlotnick <i>et al.</i> , 2016 É-U	BSAFER	Susciter la motivation au changement; Favoriser l'adhésion à un traitement subséquent; Résoudre l'ambivalence	EM	> 1 VC psychologique OU physique OU sexuelle dans les 3 derniers mois	> 1 épisode dans les 3 derniers mois	15	Individuel (2) 14 jours suivant intervention initiale Tablette électronique et téléphone	Hospitalier (urgence)
Choo <i>et al.</i> , 2016 É-U	Appel motivationnel de BSAFER	Susciter la motivation au changement; Favoriser l'adhésion à un traitement subséquent; Résoudre l'ambivalence	EM	> 1 épisode de VC psychologique OU physique OU sexuelle dans les 3 derniers mois	> 1 épisode dans les 3 derniers mois	15	Individuel (1) 14 jours suivant intervention initiale Téléphone	Hospitalier (urgence)

Auteurs, année et lieu de publication	Traitement	Buts du traitement	Approche	Critères inclusion VC	Critères inclusion usage SPA	Durée d'une séance (min.)	Type (nombre séances), fréquence et modalité	Milieu
Donohue <i>et al.</i> , 2009 É-U	FBT	Développer les habiletés parentales; Arrêt de l'usage de SPA (alcool/drogue); Améliorer les relations intra-familiales; Rétablissement de diverses sphères de vie	C-c	VC physique sévère (pousser, gifler, frapper), verbale, psychologique	TUS-alcool; TUS-cannabis; usage d'amphétamine	90	Familiale (16) 1 à 2 fois/sem. Face à face	Services en protection de l'enfance
Gilbert <i>et al.</i> , 2006 É-U	WWT	Réduire la prévalence de VC; Réduction/arrêt de l'usage de SPA	C-c	> 1 épisode de VC sévère : psychologique OU physique OU sexuelle dans les 3 derniers mois	TUS-opioïdes ET > 1 épisode dans les 3 derniers mois	120	Individuel (1) et groupe (11) 2 fois/sem. Face à face	Ressources en dépendance qui offrent des services de TAO
McCollum <i>et al.</i> , 2011 É-U	DFVCT	Réduire la prévalence de VC; Promouvoir la non-violence dans les relations de couple; Sensibilisation à l'usage de SPA	Systémique, EM	Situationnelle ET > 1 épisode de VC physique faible à modérée dans la dernière année OU VC psychologique actuelle	Score < 15 (zone 1 et 2) à l'AUDIT OU Score < 2 DAST-10	120	Individuel (6) ET multi-couple (12) 1 fois/sem. Face à face	Ressources en VC

Auteurs, année et lieu de publication	Traitement	Buts du traitement	Approche	Critères inclusion VC	Critères inclusion usage SPA	Durée d'une séance (min.)	Type (nombre séances), fréquence et modalité	Milieu
Rhodes <i>et al.</i> , 2015 É-U	BMEIISH	Susciter la motivation au changement à propos de l'usage excessif de SPA et la VC;	EM	> 1 épisode de VC psychologique OU physique OU sexuelle dans les 3 derniers mois	> 1 épisode consommation excessive d'alcool OU score > 4 AUDIT	25	Individuel (2) 10 jours suivant intervention initiale Face à face et téléphone	Hospitalier (urgence)
Schumm <i>et al.</i> , 2009 É-U	BCT	Prévenir la récurrence de la VC dans le couple; Apprentissage de méthodes de communication non-violente; Arrêt de consommation d'alcool	C-c, systémique	Faible à modérée ET absence de risque imminent de VC sévère causant des blessures ou létale	TUS-Alcool	ND	Couple ($M = 16,7$) 1x/sem. Face à face	Ressources en dépendance
Tirado-Munoz, 2015 Espagne	IPaViT-CBT	Réduire l'usage de SPA; Réduire la prévalence de VC; Réduire les symptômes dépressifs	C-c	> 1 épisode de VC dans le derniers mois	Recevoir des services à l'externe en dépendance	120	Groupe (10) 2x/sem. Face à face	Ressources en dépendance
Bennett et O'Brien, 2007 É-U	Collaboration interorganisation ou services intégrés	ND	ND	Score > 1 à un test maison	Score > 1 à un test maison	ND	Mixte ($M = 22,2$) Face à face	Ressources en dépendance et en VC

Auteurs, année et lieu de publication	Traitement	Buts du traitement	Approche	Critères inclusion VC	Critères inclusion usage SPA	Durée d'une séance (min.)	Type (nombre séances), fréquence et modalité	Milieu
Chartas et Culbreth, 2001 É-U	Intervention combinée	Arrêt de la situation de VC; Arrêt de l'usage de SPA	ND	ND	ND	ND	Individuel ND Face à face	Services offerts à l'externe
Kail, 2010 É-U	EM	Susciter la motivation au changement à propos de l'usage de SPA et la VC; Réduire ou cesser l'usage SPA; Assurer la sécurité	EM	ND	ND	ND	Individuel ND Face à face	Ressources de traitement de la dépendance
Rogers <i>et al.</i> , 2003 É-U	Services intégrés	Offrir des services permettant de répondre aux multiples besoins des femmes présentant la double problématique	Centrée sur la personne	ND	ND	ND	Mixte ND Face à face	Ressources en dépendance et en VC en milieu communautaire

Note. ND = Non disponible, AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test, BCT = Behavioral Couples Therapy, BMEIISH = Brief Motivational Enhancement Intervention to Improve Social Health, BSAFER = Brief Intervention for Substance Use and Partner Abuse for Females in the Emergency Room, C-c = Cognitivo-comportementale, DAST-10 = Drug Abuse Screening Test, DVFCCT = Domestic Violence Focus Couple Treatment, EM = Entretien motivationnel, FBT = Family Behavior Therapy, IPaViT-CBT = Intimate Partner Violence Therapy-Cognitive Behavioral Therapy, WWT = Women Wellness Treatment

Nature de la relation entre l'usage excessif de SPA et la VC

La présente partie fait état de la nature des liens entre l'usage excessif de SPA et la VC, tels que postulés par les différents auteurs des articles recensés. Les arguments soulevés ne sont pas nécessairement le propre des auteurs, mais les sources secondaires utilisées par ceux-ci, dans le cadre de leur problématique, témoignent de leur adhésion à un paradigme spécifique. Ces liens se caractérisent selon leur direction (unidirectionnelle/bidirectionnelle), leur moment d'apparition (proximal/distal), ainsi que par la présence ou non d'une variable intermédiaire expliquant le lien (direct/indirect) entre celles-ci. Plus précisément, un lien est unidirectionnel lorsqu'une seule variable exerce une influence sur l'autre (tel que retrouvé dans les liens de cause à effet) alors que deux variables qui s'influencent l'une et l'autre ont un lien bidirectionnel entre elles. Quant au niveau de proximité de la relation, ce dernier est proximal dans le cas où, par exemple, l'usage excessif de SPA a une incidence sur la VC dans un laps de temps rapproché, à l'instar du lien distal dont les répercussions surviennent à plus long terme. Finalement, un lien est direct quand une variable agit subséquemment sur l'autre, alors qu'un lien indirect signifie que l'influence mutuelle passe par l'intermédiaire d'une troisième variable.

La presque totalité des sources postulent qu'une relation bidirectionnelle existe entre l'usage excessif de SPA et la VC (Bennett et O'Brien, 2007; Choo, Tapé, *et al.*, 2016; Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Gilbert *et al.*, 2006; Kail, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Rhodes *et al.*, 2015; Rogers *et al.*, 2003; Schumm *et al.*, 2009) alors qu'une seule fait le postulat d'une relation unidirectionnelle entre les deux variables (Chartas et Culbreth, 2001). Le tout sera abordé plus en détail dans les paragraphes qui suivent.

Il y a plus de variations entre le niveau de proximité et le type de lien (direct/indirect) au sein de l'argumentaire des auteurs partageant le postulat de bidirectionnalité. On observe fréquemment un lien proximal direct entre l'usage excessif de SPA et la violence. Par exemple, une fréquence d'usage de SPA élevée est associée à de plus grands risques de victimisation (Bennett et O'Brien, 2007; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015). À l'inverse, il est relevé que plusieurs femmes rapportent consommer immédiatement après avoir vécu un épisode de violence : l'usage

excessif de SPA étant utilisée comme stratégie d'adaptation dans la gestion des souffrances psychologiques et/ou physiques occasionnées par la VC (Gilbert *et al.*, 2006; McCollum *et al.*, 2011; Rhodes *et al.*, 2015).

Un lien proximal, mais, cette fois-ci, indirect concerne l'usage régulier et excessif de SPA pouvant augmenter les probabilités que les femmes rencontrent des hommes, eux aussi consommateurs excessifs de substances, et par le fait même, des hommes qui ont une plus grande probabilité de manifester des comportements violents à leur endroit (Bennett et O'Brien, 2007; Gilbert *et al.*, 2006; McCollum *et al.*, 2011). Un second exemple porte sur les situations de partage de drogue entre partenaires qui peuvent contribuer à l'avènement d'épisodes de VC physique perpétrés par l'homme envers la femme (Gilbert *et al.*, 2006). Il est possible d'en déduire que l'échange de substances entre partenaires, lorsqu'un des deux n'en a plus en sa possession et qu'il en demande à l'autre, représente un motif potentiel de conflit pouvant augmenter les probabilités que de la violence survienne. De façon similaire, les auteurs d'un programme offert en modalité de couple pour le TUS-alcool postulent également une relation proximale et indirecte entre l'usage excessif de SPA et la VC (Schumm *et al.*, 2009). Ils évoquent notamment l'interaction entre l'usage de SPA et les conflits conjugaux : il est possible que les conflits conjugaux stimulent l'usage de SPA et que cet usage de SPA rend plus probable l'émergence de conflits par la désinhibition et la perte de contrôle de soi, dont à l'occasion des situations de VC (Schumm *et al.*, 2009).

En ce qui concerne les liens distaux, trois situations cliniques sont évoquées par les auteurs. La stigmatisation est une bonne illustration de ce type de lien. Par exemple, Gilbert et ses collègues (2006) relatent des études qualitatives mettant l'accent sur le fait que la violence verbale perpétrée par le partenaire découle, entre autres, des stigmates associés au genre féminin et à l'usage de SPA. Ainsi des femmes souffrant d'un TUS-cocaïne et ses dérivés sont plus susceptibles d'être victimes de violence verbale de la part de leur conjoint. Cette violence ne se produit pas nécessairement au moment de l'intoxication, mais ultérieurement. Le deuxième concerne les coûts relatifs à l'usage excessif de SPA qui sont susceptibles d'augmenter la

situation de dépendance financière des femmes envers leur conjoint, les rendant ainsi plus à risque de subir de la violence économique (Bennett et O'Brien, 2007). Le dernier soulève la symptomatologie traumatique comme variable médiatrice entre l'usage excessif de SPA et la VC (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; McKee et Hilton, 2017). En effet, être victime de violence peut engendrer de façon marquée des cauchemars, de la reviviscence, une hyperréactivité ainsi que des réactions physiologiques ou de dissociation. Dans ce cas-ci, l'usage excessif de SPA de la femme serait liée à la gestion des symptômes traumatiques engendrés par la violence vécue et non en réaction à la violence elle-même.

Finalement, Chartas et Culbreth (2001) sont les seuls à aborder le fait que des intervenants peuvent être alignés avec une conception unidirectionnelle du lien entre les deux variables. Dans le cadre de leur recherche, les thérapeutes interviewés postulent que l'usage excessif de SPA est une conséquence directe de la VC subie. Les quatre thérapeutes accompagnants, dans le cadre d'un suivi hebdomadaire, des femmes qui font un usage excessif de SPA et sont victimes partagent le postulat que l'usage excessif de SPA est une conséquence directe de la VC et qu'une fois la sécurité de la femme rétablie, le problème d'usage se règlera par lui-même (Chartas et Culbreth, 2001). Il n'y a pas besoin, selon eux, d'aborder ou de traiter les comportements d'usage de substances lorsque les femmes présentent la double-problématique: il se résorbera de lui-même.

De façon générale, il ressort des différents écrits que le postulat de bidirectionnalité est celui principalement soutenu par les auteurs des articles retenus dans cette recension: la consommation de SPA et la VC sont des variables qui s'influencent mutuellement et dont le lien résulte d'un nombre important de facteurs individuels, contextuels et temporels.

Services d'accès aux traitements

Les femmes ont accédé aux traitements via deux catégories de milieux: les ressources spécialisées en dépendance ou en VC et celles qui offrent des services de première ligne (urgence, protection de l'enfance).

Une première façon d'accéder aux traitements recensés s'effectue auprès de ressources spécialisées soit après une consultation dans des centres de traitements pour la dépendance (Bennett et O'Brien, 2007; Gilbert *et al.*, 2006; Kail, 2010; Schumm *et al.*, 2009; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015) ou après une consultation dans un organisme pour la VC (Bennett et O'Brien, 2007; McCollum *et al.*, 2011; Rogers *et al.*, 2003) (voir Tableau 2). Les auteurs font d'ailleurs tous mention de la prévalence élevée des femmes dans ces types de ressources qui ont à la fois un usage excessif de SPA et sont victimes de VC. Les services sont alors offerts de manière intégrée (Gilbert *et al.*, 2006; Kail, 2010; Rogers *et al.*, 2003; Schumm *et al.*, 2009; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015), c'est-à-dire où l'usage excessif de SPA et la VC sont les principales cibles du traitement, ou dans un effort de collaboration étroite entre ressources en dépendance et en VC (Bennett et O'Brien, 2007).

La seconde manière concerne l'entrée par des services de première ligne. Parmi ceux-ci, deux traitements sont offerts à l'urgence (Choo *et al.*, 2015; Choo, Tapé, *et al.*, 2016; Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Rogers *et al.*, 2003) (Tableau 2). L'urgence est présentée comme une porte d'entrée dans les services médicaux et sociaux pour une population vivant des conséquences néfastes de l'usage excessif de SPA ou de la VC, mais qui ne recherche pas de traitement en dépendance ou d'aide pour la VC (Choo, Tapé, *et al.*, 2016; Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Rhodes *et al.*, 2015). La visite aux urgences a été identifiée comme une occasion favorable pour l'apprentissage, les personnes étant plus enclines à faire des liens entre les comportements problématiques et les conséquences négatives de ceux-ci sur leur santé. En effet, plusieurs d'entre elles consultent les urgences pour des motifs liés à leur usage excessif de SPA (p. ex., symptômes de sevrages, intoxication aiguë) ou pour des motifs liés à la VC subie (p. ex., blessures, détresse psychologique), ce qui représente un moment propice pour les amener à vouloir effectuer des changements à ces sujets. L'étude de cas présentée par Donohue *et al.* (2010) parle aussi de moments propices, mais dans ce cas-ci lors d'une intervention des services de protection de l'enfance (Tableau 2). Les services en protection de l'enfance offrent à la femme de participer au programme *Family Behavior Therapy* afin de rétablir la situation de compromission et par le fait

même de conserver la garde légale de son enfant. Ce dernier ayant été témoin d'épisodes de violence entre sa mère et son conjoint alors qu'elle était sous l'influence de SPA. L'intervention se déroule à la résidence en compagnie des autres membres de la famille.

L'accès au traitement se fait par l'entremise de milieux clés où les femmes qui présentent la concomitance sont plus susceptibles de se retrouver. Il y a évidemment les centres pour le traitement de la dépendance et ceux pour les victimes de VC, dont les services offerts ont un lien direct avec les cibles de traitement, mais également des lieux secondaires (urgence, protection de l'enfance). D'autant plus que ces lieux secondaires offrent une conjoncture favorable à l'approche motivationnelle dans un contexte où le motif de consultation ne concerne pas nécessairement l'usage excessif de SPA ou la VC.

Niveau de sévérité des problématiques ciblés par les traitements

Les traitements recensés s'adressent à des femmes présentant différents niveaux de sévérité d'usage de SPA et de VC tel que rapporté dans le Tableau 2.

D'abord, les deux traitements offerts dans le contexte hospitalier regroupent l'ensemble du continuum des comportements d'usage de SPA ou de VC, soit de mineur à très grave et dangereux, dans leurs critères d'admissibilité (Choo *et al.*, 2015; Choo, Tapé, *et al.*, 2016; Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Rhodes *et al.*, 2015). Il s'agit de rapporter minimalement au moins un épisode de VC dans les trois derniers mois (voir Tableau 2). Ceux-ci diffèrent légèrement en ce qui concerne l'usage de SPA : les femmes admissibles au *Brief Intervention for Substance Use and Partner Abuse for Females in the Emergency Room* (Choo *et al.*, 2015) doivent avoir consommé au moins une fois des SPA dans les trois derniers mois tandis que l'application du programme *Brief Motivational Enhancement Intervention to Improve Social Health* (Rhodes *et al.*, 2015) se fait auprès de femmes qui rapportent au moins un épisode d'usage excessif d'alcool (quatre consommations standards et plus dans un même épisode) ou dont le score est supérieur à 4 à l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Reinert et Allen, 2002) (Tableau 2). La visée de ces traitements à intensité brève étant d'amorcer une démarche de changement, il est

attendu qu'ils englobent un plus large spectre de sévérité puisque toute femme à risque pour l'une et l'autre des problématiques est susceptible d'en bénéficier.

Deux traitements sont offerts à des femmes qui présentent un profil de sévérité identique avec pour cible les niveaux d'intensité d'usage excessif de SPA et de VC les plus élevés parmi tous les traitements recensés (Tableau 2). Plus précisément, en regard de la VC, la femme faisant l'objet de l'étude de cas, auprès de qui les services de protection de l'enfance sont impliqués, rapporte s'être fait gifler et pousser à de nombreuses reprises et parfois frapper, par son conjoint. Elle admet aussi avoir commis des gestes violents à l'endroit de ce dernier, notamment lorsqu'elle était sous l'effet de SPA comme mentionné dans la section précédente (Donohue *et al.*, 2010). De façon similaire, les femmes admissibles au programme *Women Wellness Treatment* doivent divulguer de la VC d'une certaine intensité dans les trois derniers mois, tels qu'un épisode de violence physique, de coercition sexuelle, de violence ayant causé des blessures ou de la violence psychologique sévère (Gilbert *et al.*, 2006). D'autre part, tous deux visent une population ayant une dépendance aux SPA (Tableau 2). En effet, les comportements d'usage de la femme bénéficiant du *Family Behavior Therapy* répondent aux critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV (DSM; American Psychiatric Association, 1994) pour TUS-alcool et TUS-cannabis (Donohue *et al.*, 2010). Pour le *Women Wellness Treatment*, les femmes admissibles au programme doivent être impliquées dans un traitement par agonistes opioïdes (TAO; Gilbert *et al.*, 2006). Ces deux traitements concernent donc des femmes qui vivent la double problématique avec des niveaux de sévérité relativement élevés dans les deux composantes.

Les deux traitements en modalité de couples recensés soient le *Behavioral Couples Therapy* et le *Domestic Violence Focus Couple Treatment* possèdent la particularité de ne pas inclure les femmes vivant de la VC sévère (McCollum *et al.*, 2011; Schumm *et al.*, 2009) (voir Tableau 2). La problématique de violence doit être minimalement présente au sein du couple (p. ex., score minimal à un questionnaire; Schumm *et al.*, 2009), mais ne doit pas dépasser un niveau de sévérité modéré, comme pour le *Domestic Violence Focus Couple Treatment* où la VC doit

s'avérer situationnelle, c'est-à-dire liée à des circonstances particulières et non pas un état chronique caractérisant la relation conjugale (McCollum *et al.*, 2011). Dans les deux traitements, en plus des résultats obtenus par l'entremise de questionnaires, les cliniciens procèdent à une entrevue plus approfondie avec chacun des partenaires, le tout fait séparément (O'Farrell et Murphy, 2002; Stith *et al.*, 2005). Différents indicateurs de violence méritant une attention particulière sont rapportés par les auteurs. Par exemple, une divergence entre les membres du couple quant au nombre d'épisodes de violence rapporté ainsi que leur sévérité pourrait signifier une minimisation de la part d'un des partenaires de la violence perpétrée (Stith *et al.*, 2005). Il est également suggéré d'évaluer les risques et la dangerosité d'un passage à l'acte tels que la présence d'arme à feu et la volonté de s'en départir et la présence de comportements violents envers d'autres membres de l'entourage (Stith *et al.*, 2005). La présence de ces facteurs augmente les risques que la femme soit victimisée lors de la participation au traitement. Pour les deux traitements, si les données recueillies mènent à croire qu'il y a un haut risque de violence représentant un danger pour la vie ou pour l'intégrité physique d'un des deux partenaires, il sera préférable que chaque membre du couple adhère plutôt à un traitement individuel (O'Farrell et Murphy, 2002; Stith *et al.*, 2005). Le but de ces critères d'exclusion est certainement d'éviter d'entreprendre une démarche conjugale où l'un des membres viendrait profiter des révélations faites durant les rencontres pour les utiliser afin d'appuyer et renforcer ses comportements violents envers l'autre.

Par ailleurs, ces deux traitements divergent quant aux critères d'admissibilité relatifs à l'usage de SPA. Le *Behavioral Couples Therapy* vise les couples dont un des deux membres présente un TUS-alcool (Fals-Stewart *et al.*, 2004) contrairement au *Domestic Violence Focus Couple Treatment* qui tend davantage à la sensibilisation auprès de couples présentant au plus un usage de SPA à faible risque (McCollum *et al.*, 2011) (voir Tableau 1). Plus spécifiquement, il est suggéré d'offrir le *Domestic Violence Focus Couple Treatment* aux individus possédant un score de 1 ou 2 au test AUDIT (Reinert et Allen, 2002) ou un score inférieur à 2 au Drug Abuse Screening Test (DAST-10; Skinner, 1982), ce qui est une manifestation clinique d'un comportement d'usage de substances, tout au plus à faible risque (voir Tableau 2). Une personne

ayant une problématique modérée ou sévère d'usage de SPA peut également être admise dans les cas où elle adhère à un traitement en dépendance en parallèle et si elle n'a pas consommé dans les 30 derniers jours (Stith *et al.*, 2005). Même si des points de rupture aux questionnaires sont proposés à titre de seuils pour refuser des participants au programme *Domestic Violence Focus Couple Treatment*, dans les cas où l'usage de SPA et la VC sont modérées à sévère, l'admission ou le refus au traitement relève davantage d'un jugement clinique, à savoir si la sécurité des membres du couple risque d'être compromise lors de la durée du traitement.

Enfin, le programme *Intimate Partner Violence Therapy-Cognitive Behavioral Therapy* est le seul offert à des femmes pouvant être situées n'importe où dans tout le spectre de sévérité pour la VC. Elles doivent, en revanche, présenter un niveau élevé d'usage excessif de SPA, dont nécessairement une dépendance aux substances opioïdes (Tirado-Muñoz *et al.*, 2015). Plus précisément, les femmes admises bénéficient déjà d'un TAO et doivent rapporter au moins un épisode de VC dans le dernier mois (Tableau 2).

Il ressort donc une grande hétérogénéité dans les critères d'admissibilité au traitement selon la sévérité de l'usage de SPA la VC ciblés. Certains traitements visent un large spectre tandis que d'autres se concentrent sur des cas de sévérité plus élevée ou ajustent leurs critères d'admission selon le contexte dans lequel le traitement est offert.

Approches et fondements théoriques sur lesquels s'appuient les traitements

Tel qu'il est possible de l'observer dans le Tableau 2, trois grandes approches semblent se dégager des traitements recensés, soit l'approche motivationnelle, cognitivo-comportementale ainsi que systémique.

Motivationnelle

D'abord, l'approche motivationnelle est évidemment utilisée pour aborder les besoins d'accroissement de la motivation. Les principes de l'Entretien Motivationnel (EM; Miller, 1992; Miller et Rollnick, 2002) sont privilégiés dans les traitements offerts dans le contexte de

l'urgence médicale : le *Brief Intervention for Substance Use and Partner Abuse for Females in the Emergency Room* (Choo, Zlotnick, et al., 2016) et le *Brief Motivational Enhancement Intervention to Improve Social Health* (Rhodes et al., 2015). Il en est de même pour la séance destinée à l'usage de SPA ajoutée au programme pour couples, le *Domestic Violence Focus Couple Treatment* (McCollum et al., 2011). L'approche motivationnelle est ici utilisée dans l'optique d'amorcer une démarche de changement.

Le traitement proposé par Kail (2010) se démarque des autres en faisant reposer l'ensemble des interventions sur la notion de motivation, en intégrant l'EM (Miller, 1992; Miller et Rollnick, 2002) et le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1983), et ce, tant au sujet de l'intervention concernant l'usage excessif de SPA que la VC. Il est important de se rappeler que le modèle transthéorique décrit le degré de motivation au changement en fonction de cinq niveaux, soit la négation du problème, l'ambivalence, la préparation au changement, le mise en action du changement et finalement, son maintien. Un effort important a été effectué par la chercheuse afin d'adapter les stratégies d'interventions motivationnelles en fonction de chacun des degrés de motivation quant à l'usage excessif de SPA et ceux associés à la VC. Il représente le seul traitement de longue durée à s'appuyer uniquement sur cette approche.

Cognitivo-comportementale

Les quatre traitements qui ciblent uniquement une problématique élevée d'usage de SPA reposent principalement sur les approches cognitivo-comportementales, soit le *Behavioral Couples Therapy* (Schumm et al., 2009), le *Women Wellness Treatment* (Gilbert et al., 2006), l'*Intimate Partner Violence Therapy-Cognitive Behavioral Therapy* (Tirado-Muñoz et al., 2015) et le *Family Behavior Therapy* (Donohue et al., 2010). Les stratégies qui découlent des conditionnements opérant et classique servent d'assise pour les interventions de ces traitements qui mettent l'emphase sur les comportements de la personne et de son entourage qui renforcent et maintiennent l'usage excessif de SPA et la VC. Parmi ceux-ci, les programmes *Family Behavior Therapy*, *Intimate Partner Violence Therapy-Cognitive Behavioral Therapy* et *Women Wellness Treatment* sont également inspirés de l'approche du soutien communautaire (Hunt et Azrin,

1973) dont le postulat de base repose sur l'idée que l'usage problématique de substances sera moins fréquent si tout l'environnement de la personne devient moins renforçant à cet égard. C'est pourquoi une augmentation de la fréquence et de la satisfaction apportée par les activités conjugales, dont spécifiquement celles incompatibles avec l'usage de SPA, y est privilégiée.

Systemique

Finalement, il n'est pas étonnant de constater que le *Behavioral Couples Therapy* (Schumm *et al.*, 2009) et le *Domestic Violence Focus Couple Treatment* (McCollum *et al.*, 2011), s'appuient sur l'approche systémique compte tenu du fait que les membres du couple sont tous deux activement impliqués dans le traitement. Selon cette approche, la dynamique du couple et les interactions entre ses membres exercent une forte influence sur la présence des problématiques, particulièrement l'usage excessif de SPA de la femme dans le cas du traitement *Behavioral Couples Therapy* (Schumm *et al.*, 2009) et la VC pour le *Domestic Violence Focus Couple Treatment* (McCollum *et al.*, 2011). Dans tous les cas, les interventions qui découlent de l'approche systémique ciblent donc davantage ces interactions et l'amélioration de la situation ne repose pas uniquement sur la femme.

Nombre, durée et fréquence des séances des traitements

Les traitements les plus brefs, dont leur durée totale ne dépasse pas les soixante minutes, sont tous deux composés d'une intervention lors du passage de la femme à l'urgence, à laquelle s'ajoute un appel téléphonique motivationnel effectué dans les 10 à 14 jours suivants (Choo *et al.*, 2015; Choo, Tapé, *et al.*, 2016; Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Rhodes *et al.*, 2015). Les traitements offerts à des femmes bénéficiant d'un TAO, sont composés de 10 à 12 séances offertes à haute intensité ; deux fois par semaine sur une période de cinq à six semaines (Gilbert *et al.*, 2006; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015). Les interventions de plus longue durée qui s'échelonnent sur une période de quatre à six mois comportent de 16 à 22 séances offertes une fois par semaine selon les données rapportées (Bennett et O'Brien, 2007; Donohue *et al.*, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Schumm *et al.*, 2009).

Modalités des traitements

La majorité des traitements se déroulent en face en face (Bennett et O'Brien, 2007; Chartas et Culbreth, 2001; Donohue *et al.*, 2010; Gilbert *et al.*, 2006; Kail, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Rogers *et al.*, 2003; Schumm *et al.*, 2009; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015). Les traitements offerts en contexte de l'urgence possèdent certaines particularités dans leurs modalités qui les distinguent des autres (Choo, Tapé, *et al.*, 2016; Rhodes *et al.*, 2015). Dans le cas du *Brief Intervention for Substance Use and Partner Abuse for Females in the Emergency Room*, le traitement est offert par ordinateur ou tablette électronique, sans présence d'un intervenant. Choo et ses collègues (2015) se sont adaptés aux particularités associées au contexte d'un passage à l'urgence, dont sa brièveté et le manque de personnel disponible en raison d'un haut taux d'achalandage. L'utilisation d'appareils électroniques permet donc d'offrir aux femmes le traitement en toute confidentialité ainsi que de le mettre sur pause à tout moment.

Buts poursuivis des traitements

Les traitements recensés poursuivent des buts qui concernent l'usage excessif de SPA et la VC qui seront décrits dans les paragraphes suivants.

Buts poursuivis qui concernent l'usage excessif de SPA

Certains traitements visent une modification de l'usage excessif de SPA à la convenance de la femme dans sa démarche alors que d'autres poursuivent des buts bien préétablis qui s'avèrent principalement l'abstinence.

Les traitements qui s'appuient sur une approche motivationnelle permettent aux femmes de viser une réduction de leur usage de substances sans que soit nécessaire l'atteinte d'un arrêt complet (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Kail, 2010; Rhodes *et al.*, 2015). Cette façon de faire découle des principes de collaboration et d'autonomie associés à l'approche motivationnelle. Il est postulé, dans une perspective humaniste, que la femme possède les aptitudes nécessaires afin de décider ce qu'elle souhaite poursuivre comme objectifs. Le travail de l'intervenant consiste à l'accompagner et la soutenir dans cette démarche.

Quatre traitements sur huit visent l'abstinence. Il ressort, par ailleurs, que ceux-ci sont offerts à des femmes dont l'usage excessif de SPA est à un niveau de sévérité relativement élevé. Elles reçoivent parallèlement un TAO (Gilbert *et al.*, 2006), sont déjà impliquées dans services du traitement de la dépendance (Tirado-Muñoz *et al.*, 2015), ont un diagnostic de TUS-alcool (Schumm *et al.*, 2009) ou l'usage excessif de SPA a un impact sur la capacité à répondre aux besoins de son enfant (Donohue *et al.*, 2010).

Le programme *Domestic Violence Focus Couple Treatment* se distingue des autres traitements puisqu'il vise la sensibilisation à l'usage de SPA et aux conséquences qui y sont associées. L'abstinence de tout usage de SPA durant la participation au *Domestic Violence Focus Couple Treatment* est demandée afin d'assurer la sécurité des participants plutôt que d'un critère de réussite (McCollum *et al.*, 2011; Stith *et al.*, 2005). En effet, puisqu'il s'agit d'un traitement en modalité individuelle et de couple, l'abstinence des partenaires est susceptible d'aider à diminuer le risque qu'un épisode de violence survienne (Stith *et al.*, 2005).

Buts poursuivis qui concernent la VC

Les principaux objectifs visés par la grande majorité des traitements offerte concernent la diminution de la récurrence de la VC (Donohue *et al.*, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Rogers *et al.*, 2003; Schumm *et al.*, 2009; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015) ainsi qu'assurer la sécurité de la femme (Donohue *et al.*, 2010; Kail, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Rogers *et al.*, 2003; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015). Les traitements brefs ont des cibles communes aux deux problématiques, dans ce cas-ci ils sont offerts dans l'optique de susciter l'ambivalence au changement ainsi que d'amorcer une prise de conscience quant à la violence vécue (Choo, Tapé, *et al.*, 2016; Rhodes *et al.*, 2015). Cela est cohérent avec le fait que ces interventions motivationnelles brèves sont offertes dans le but de favoriser l'augmentation de l'intérêt pour le changement et l'adhésion à un traitement subséquent.

Objectifs secondaires ciblés dans les traitements

Conjointement aux principaux objectifs ciblant la réduction de la VC et de la consommation de SPA, trois traitements ciblent des problématiques concomitantes à l'usage de SPA et à la VC dont la dépression (Gilbert *et al.*, 2006; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015), le TSPT (Donohue *et al.*, 2010; Gilbert *et al.*, 2006) et les risques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS; Donohue *et al.*, 2010; Gilbert *et al.*, 2006; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015). Par ailleurs, le programme *Family Behavior Therapy* comprend des modules permettant de répondre à d'autres besoins spécifiques à la femme en traitement. Ce contenu optionnel concerne différentes sphères ayant un impact sur la qualité de vie familiale tels que la préparation au marché de l'emploi, les capacités parentales et la planification financière (Donohue *et al.*, 2010).

Contenu de séances et techniques d'intervention

Cette section présente les thèmes et techniques d'intervention contenus dans les traitements et réunis selon la cible de traitement.

Au sujet de l'usage excessif de SPA

Il est possible de regrouper les interventions associées à l'usage excessif de SPA sous six catégories dont cinq liées à des interventions spécifiques telles que la gestion des stimulus déclencheurs et des renforcements associés à l'usage excessif de SPA (incluant l'apprentissage d'habiletés ou de stratégies de coping associées), l'utilisation de techniques motivationnelles, l'implication du réseau social, l'utilisation d'une médication et le référencement à des ressources en dépendance.

L'identification des situations à risque et des déclencheurs des envies de consommer ainsi que le travail sur le développement des habiletés requises pour gérer ces situations est une technique retrouvée dans sept traitements. Après avoir identifié les déclencheurs, des stratégies sont enseignées telles qu'apprendre à refuser une consommation ou prévoir un plan pour éviter les situations à risque d'usage de SPA ou de rechute (Bennett et O'Brien, 2007; Donohue *et al.*, 2010; Gilbert *et al.*, 2006; Kail, 2010; Rhodes *et al.*, 2015; Schumm *et al.*, 2009; Tirado-Muñoz

et al., 2015). Dans le cadre du traitement *Behavioral Couples Therapy*, l'exploration des épisodes antérieurs d'usage excessif de SPA ou les préoccupations du partenaire concernant une possible rechute de la femme sont considérées comme des déclencheurs (O'Farrell et Fals-Stewart, 2000). Par conséquent, il est requis d'aborder ces sujets seulement lors des séances (Schumm *et al.*, 2009).

Tel que mentionné précédemment, les techniques d'intervention de l'EM visent toutes à augmenter l'espoir et la motivation au changement (Choo, Tapé, *et al.*, 2016; Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Kail, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Rhodes *et al.*, 2015; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015). Elles sont présentes dans six traitements recensés. Parmi celles-ci, on retrouve surtout des éléments de base tels que : a) offrir un menu d'options (Donohue *et al.*, 2010; Kail, 2010) ; b) explorer les avantages et les inconvénients du maintien de l'usage de SPA et de son changement (Donohue *et al.*, 2010; Kail, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Rhodes *et al.*, 2015) ; et c) donner de l'information quant aux normes de consommation d'alcool recommandées (McCollum *et al.*, 2011; Rhodes *et al.*, 2015). Par ailleurs, Kail (2010) suggère des techniques appropriées au niveau de motivation de la femme selon les stades de Prochaska et DiClemente (1983). Le fait que la femme puisse être à différents niveaux pour chacune des problématiques est considéré et les techniques suggérées sont adaptées selon cette réalité. Par exemple, une femme pourrait être engagée à apporter des changements pour assurer sa sécurité (action), et reconnaître que sa consommation de SPA est problématique sans toutefois effectuer des changements à ce propos (contemplation). Une stratégie d'intervention proposée est de souligner à la femme les atouts qu'elle possède et qui lui ont été nécessaires pour assurer sa sécurité et demander comment ceux-ci pourraient être utilisés pour apporter des modifications à ses habitudes de consommation.

Les stratégies impliquant le réseau social sont utilisées dans deux traitements offerts en modalité individuelle (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Kail, 2010), un en groupe (Gilbert *et al.*, 2006), un en couple (Schumm *et al.*, 2009) et un en contexte familial (Donohue *et al.*, 2010). Ces stratégies comprennent l'amélioration des relations familiales et amicales (Donohue *et al.*, 2010; Schumm *et al.*, 2009), l'augmentation du soutien de la part du réseau social (Gilbert *et al.*, 2006;

Kail, 2010; Schumm *et al.*, 2009) et l'implication d'une personne de l'entourage dans le processus de réduction ou d'arrêt de l'usage de SPA (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Donohue *et al.*, 2010; Schumm *et al.*, 2009).

Deux traitements combinent des interventions psychosociales et pharmacologiques soit le *Behavioral Couples Therapy* et le *Women Wellness Treatment*. Schumm *et al.* (2009) exigent la prise de médication de soutien au sevrage (p. ex., disulfiram) ou l'adhésion à un groupe de soutien (p. ex., Alcoolique Anonymes) pour toute la durée du programme *Behavioral Couples Therapy*. Celui-ci repose sur un modèle où le système du couple est amené à adopter un fonctionnement basé sur l'abstinence (Fals-Stewart *et al.*, 2004). Le *Women Wellness Treatment* est offert à des femmes qui bénéficient d'un TAO tout au long de leur participation au programme (Gilbert *et al.*, 2006).

Le référencement à des organismes offrant des services en dépendance est utilisé afin que la femme obtienne le soutien nécessaire dans la réalisation des objectifs de réduction ou d'arrêt d'usage de SPA (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Rhodes *et al.*, 2015). Cela va de soi considérant que les programmes *Brief Intervention for Substance Use and Partner Abuse for Females in the Emergency Room* et *Brief Motivational Enhancement Intervention to Improve Social Health* ont une visée préventive plutôt que curative. Ainsi, l'adhésion de la femme à un traitement subséquent ou son intégration à des groupes de soutien dans la communauté (p. ex., Alcoolique Anonyme) est souhaitée et encouragée. La proposition de traitement présentée par Kail (2010) s'effectue dans un contexte de services de traitement de la dépendance en externe. Dans le cas où la femme poursuit des objectifs visant l'abstinence et à assurer sa sécurité, il est pertinent d'envisager les options qui s'offrent à elles lui permettant de renforcer les changements déjà amorcés. Il est suggéré d'explorer avec la femme toutes les avenues telles que la poursuite d'un traitement de la dépendance en interne si sa sécurité est compromise ou de travailler en collaboration avec un centre pour femmes victimes de VC.

Au sujet de la VC

Il est possible de regrouper les interventions qui ciblent la VC sous quatre catégories. Les interventions concernent les aspects socio-légaux, l'éducation psychologique au regard de la VC, la sécurité ainsi que les stratégies pour réduire la fréquence de la VC.

Les services sociojuridiques (*advocacy*) concernent les diverses démarches inhérentes à la situation de VC telles que tenir à jour un dossier répertoriant les épisodes de violence ainsi que des éléments de preuves tels que des photos des blessures physiques et des dommages matériels, un historique des passages à l'urgence, des appels à la police et des signalements effectués auprès de la protection de la jeunesse. Il peut aussi s'agir d'accompagner la femme dans les démarches légales et juridiques comme la demande de la garde complète des enfants ou d'un mandat de protection (Bennett et O'Brien, 2007; Kail, 2010).

Pour une majorité des traitements recensés, l'éducation liée à la VC ainsi que les éléments annonciateurs et les déclencheurs de la violence, les différentes formes de violence existantes et la compréhension du cycle de la VC sont des interventions qui sont aussi mises de l'avant dans le traitement (Gilbert *et al.*, 2006; Kail, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Schumm *et al.*, 2009; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015).

Trois méthodes sont utilisées visant à assurer la sécurité de la femme tout au long du déroulement du traitement : a) moment circonscrit en début de séance permettant un retour sur les événements problématiques de la semaine ; b) l'établissement d'un plan de sureté en cas d'urgence ; et c) la gestion du risque par l'apprentissage de techniques d'identification des situations à risque de danger pour la femme et des stratégies pour les éviter (Gilbert *et al.*, 2006; Kail, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Rogers *et al.*, 2003; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015).

Certaines stratégies visent la réduction de la violence perpétrée et subie et s'appuient sur l'amélioration de la qualité de la relation conjugale et une diminution de la détresse conjugale en misant sur des compétences qui y sont liées telles que la communication, la gestion de la colère,

l'apprentissage de techniques de résolution de problèmes et l'augmentation d'activités de couples plaisantes (Donohue *et al.*, 2010; Gilbert *et al.*, 2006; Kail, 2010; McCollum *et al.*, 2011; Schumm *et al.*, 2009; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015).

Efficacité des interventions

Les programmes ayant une durée et une intensité similaires ont des effets sur la consommation de SPA et la VC qui sont également similaires. Il est alors intéressant de considérer les effets de chacun des regroupements de programmes, dont le détail est disponible dans l'Appendice A.

Traitements de longue durée à intensité modérée

Ces traitements de longue durée à intensité modérée comprennent 16 à 22 séances offertes à chaque semaine pour une période variant entre quatre à six mois (Bennett et O'Brien, 2007; Donohue *et al.*, 2010; Schumm *et al.*, 2009) (voir Tableau 2). La participation à ces traitements est associée à une diminution de l'usage excessif de SPA (Bennett et O'Brien, 2007; Donohue *et al.*, 2010; Schumm *et al.*, 2009). Une réduction importante de l'usage excessif de SPA est observée dans l'étude de cas effectuée par Donohue *et al.* (2010) dont les résultats indiquent un arrêt complet de consommation de métamphétamine et de cannabis, confirmé à l'aide d'un test d'urine négatif, ainsi qu'une diminution importante de la consommation d'alcool passant de 56 jours sur 90, lors de la phase prétraitement, à un seul jour lors de la phase post-traitement (voir Appendice A). Le fait que ce traitement cible les besoins de la femme dans son ensemble a aussi permis l'amélioration de ses capacités parentales et la diminution de symptômes liés à la santé mentale. Une prochaine étape serait de mener une étude de cas multiples, et par la suite une étude d'efficacité avec groupe contrôle. De plus, Bennett et O'Brien (2007) notent une diminution importante du nombre de jours de consommation de toutes substances confondues dans le dernier mois, tel que mesuré lors du suivi fait 4 à 6 mois après l'entrée en traitement (Bennett et O'Brien, 2007), quoique ces niveaux initiaux d'usage de substances étaient très faibles pour près de 60 % de l'échantillon. Somme toute, l'absence de groupe contrôle ne permet pas de savoir dans quelle mesure les changements observés sont dus à l'effet du traitement spécifique ou si le tout pourrait

être expliqué par le passage du temps ou par le simple fait d'avoir entamé une démarche d'aide sans que l'effet soit associé au traitement. Un essai randomisé serait nécessaire.

La participation à ces traitements est aussi associée à une diminution de la VC (Donohue *et al.*, 2010; Schumm *et al.*, 2009), des changements quant à la vulnérabilité perçue ainsi qu'à une amélioration du sentiment d'auto-efficacité à composer avec la VC et ses conséquences (Bennett et O'Brien, 2007). Plus précisément, la participation au *Behavioral Couples Therapy* de couples dont la femme présente un TUS-alcool et dont la VC n'est pas sévère, où la question de la VC est abordée à chaque séance, est associée à une diminution de la VC jusqu'à 2 ans post-traitement (Schumm *et al.*, 2009). Il est également intéressant de constater que les couples ayant participé au traitement et dont la femme ne présente plus de problématique de consommation d'alcool un an après le traitement, vivent de la VC à des niveaux comparables à ceux retrouvés dans la population générale (statistiques d'un groupe de femmes issues d'une enquête populationnelle, n'ayant pas de problème d'alcool et appariées en fonction de caractéristiques telles que la cohabitation conjugale, l'âge, la durée de la relation, le niveau de revenu). Ces mêmes femmes vivent moins de violence verbale et sont moins nombreuses à rapporter la présence de plusieurs types de violence au sein de leur couple que celles ayant participé au traitement et qui ont consommé de l'alcool lors du suivi post-traitement (Schumm *et al.*, 2009) (voir Appendice A). Dans l'étude de cas menée par Donohue *et al.*, 2010, dès la fin de la participation au programme *Family Behavior Therapy*, aucun épisode de VC dans les 120 derniers jours n'est rapporté (voir Appendice A).

Quant à Bennett et O'Brien (2007), ces derniers diffèrent par le fait qu'ils se sont intéressés à l'expérience subjective des femmes vis-à-vis la VC plutôt qu'à son intensité ou sa fréquence objective. Une augmentation du sentiment d'auto-efficacité à composer avec la VC et ses conséquences est observée. Toutefois, les femmes se sentent davantage vulnérables à la VC après avoir bénéficié des services, ce qui s'avère contre-intuitif (voir Appendice A). Les auteurs soumettent différentes hypothèses afin d'expliquer le phénomène. D'une part, après le traitement, les femmes sont moins sous l'influence de SPA et ont acquis des compétences qui leur

permettent d'être plus conscientes des conséquences de la VC auxquelles elles sont soumises. D'autre part, il est possible que la réussite de ces femmes impliquées dans une démarche de rétablissement provoque une augmentation des comportements violents de leur conjoint à leur égard qui sont alors en réaction à ces changements. Finalement, un biais de mesure explique possiblement ce résultat : les femmes ayant participé au suivi post-traitement percevaient initialement une plus grande vulnérabilité aux effets de la VC et se sentaient davantage aptes à gérer les effets de la VC que celles auprès de qui les retombées du traitement n'ont pas été mesurées. Les auteurs n'ont pas contrôlé pour la variance attribuable à la mesure initiale.

Malgré la présence de devis dans deux cas sur trois qui ne permettent pas de tirer de conclusions sur la réelle efficacité de ces traitements, le type de traitement misant sur de longs épisodes de services semblent avoir du potentiel. Qui plus est, une diversité de modalités semble associée à une efficacité potentielle, que ce soit via une modalité de couple (Schumm *et al.* (2009), individuelle (Bennett et O'Brien, 2007; Donohue *et al.*, 2010) ou de groupe (Bennett et O'Brien, 2007).

Traitements de courte durée à intensité élevée

Ces deux traitements sont composés de séances bi-hebdomadaires offertes pendant cinq à six semaines. Les résultats qui y sont associées les rendent prometteurs dans l'objectif d'intervenir conjointement sur les problématiques de VC et de consommation de SPA afin d'en réduire l'occurrence et l'intensité (Gilbert *et al.*, 2006; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015).

Gilbert et ses collègues (2006) ont utilisé comme traitement le programme *Women Wellness Treatment* combiné à un TAO. Des différences quasi-significatives permettent de faire ressortir une tendance en faveur du groupe expérimental en ce qui concerne la diminution de consommation de toutes SPA confondues (OR = 3,34 $p = 0,08$) ainsi que pour la consommation abusive d'alcool (OR = 3,61 $p = 0,09$). Le manque de puissance statistique ($n = 34$) rend plus difficile l'obtention de résultats probants (Appendice A). L'obtention de résultats quasi-significatifs auprès de femmes dont la problématique de consommation est sévère, donc pour

lesquelles des changements sont plus difficiles à obtenir, illustre le potentiel d'efficacité de ce traitement. Tirado-Muñoz *et al.* (2015) ont utilisé le même programme légèrement modifié et il en ressort une tendance similaire en termes d'efficacité (Appendice A). Les femmes ayant bénéficié du traitement *Intimate Partner Violence Therapy-Cognitive Behavioral Therapy* présentent une réduction du nombre de jours de consommation d'alcool statistiquement significative ($p = 0,035$ 1 mois post-traitement) comparativement au groupe contrôle dont le nombre a augmenté. Aucune différence n'a été observée entre les groupes pour les autres temps de mesure ainsi que pour la consommation de SPA autre que l'alcool. Par ailleurs, l'équivalence des groupes quant à la sévérité de la consommation de SPA est questionnable. Les femmes du groupe expérimental rapportent un nombre de jours de consommation d'alcool substantiellement plus élevé ($M = 22,28$; $ÉT = 40,35$) que le groupe contrôle ($M = 6,28$; $ÉT = 13,79$) lors de la collecte de données. Somme toute, ces résultats obtenus auprès d'un petit échantillon ($n = 14$) et mis en comparaison avec un groupe contrôle ($n = 16$) bénéficiant de services conventionnels en dépendance démontrent le potentiel d'efficacité du traitement sur la réduction des épisodes de consommation d'alcool.

En ce qui concerne la VC, la participation au programme *Women Wellness Treatment* semble réduire la VC jusqu'à 3 mois post-traitement (Gilbert *et al.*, 2006) (Appendice A). Les femmes du groupe expérimental sont moins nombreuses à rapporter toute forme de violence (sexuelle, physique, blessure $p = 0,05$; psychologique $p = 0,03$) de faible niveau de sévérité ainsi que de violence psychologique sévère ($p = 0,03$) que les femmes du groupe contrôle pour qui la prévalence est restée stable entre les deux temps de mesure. La participation au traitement est également fortement susceptible d'entraîner une diminution des symptômes associés à la dépression ($OR = 5,7$; $p = 0,01$), de la participation à des rapports sexuels tout en étant sous l'influence de SPA ($OR = 6,1$, $p = 0,04$) ainsi que des comportements d'évitement associés au trouble de stress post-traumatique ($OR = 34,64$, $p = 0,06$) (Gilbert *et al.*, 2006).

Alors que Gilbert et ses collègues ont utilisés des tests psychométriques visant uniquement à quantifier l'occurrence et la sévérité de la VC, Tirado-Muñoz *et al.* (2015) se sont

aussi intéressés aux réactions des femmes vis-à-vis la VC. Une diminution de la VC psychologique est observée auprès des deux groupes, avec une réduction plus importante en faveur du groupe expérimental. Les réactions vis-à-vis la VC tendent aussi à changer. Les femmes ayant bénéficié du *Intimate Partner Violence Therapy-Cognitive Behavioral Therapy* présentent une diminution plus importante des réactions associées à l'agressivité à 1 mois ($p = 0,030$) et 3 mois ($p = 0,056$) suivant la fin du traitement. De même, les femmes du groupe expérimental ont une meilleure affirmation de soi devant des événements de VC que celles du groupe contrôle, et ce à 1 mois ($p = 0,017$) et 3 mois ($p = 0,056$) post-traitement.

Il s'avère donc que le programme *Women Wellness Treatment* ainsi que sa version légèrement modifiée montrent des résultats forts intéressants. Il se pourrait cependant que ces résultats soient dus à un biais d'échantillonnage. Notamment, l'échantillonnage s'est fait auprès de femmes bénéficiant de services pour le traitement de la dépendance et alors qu'elles étaient dans la salle d'attente afin de recevoir ces services. L'échantillon pourrait donc être composé de femmes engagées activement dans une démarche de changement (dans ce cas-ci, pour leur usage excessif de SPA) et donc plus enclines à répondre favorablement au programme à l'étude. Ces traitements sont prometteurs, mais d'autres études sont nécessaires.

Traitements à faible intensité et durée brève

Cette catégorie regroupe les traitements d'intervention brève composés d'une rencontre d'au plus 30 minutes suivi d'un appel motivationnel dans les 10 à 14 jours suivants, basés sur l'EM et offerts à l'urgence hospitalière (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Rhodes *et al.*, 2015). Il s'avère que ce type de traitement bref ne semble pas efficace afin de réduire l'usage excessif de SPA et la VC dans les cas où de multiples profils d'usage de SPA composent un même échantillon. Des résultats significatifs en faveur d'un traitement sont observés lorsque des femmes présentant un profil spécifique (consommatrices de cannabis uniquement) sont retirées de l'échantillon (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016) (Appendice A). Plus de détails à ce propos sont fournis dans les paragraphes qui suivent.

Dans l'étude de Rhodes *et al.* (2015), une diminution de la VC ainsi que de la consommation d'alcool est observée au sein des groupes jusqu'à 12 mois post-traitement (Appendice A). Cependant, aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été relevée permettant de conclure que cette diminution est associée au fait d'avoir bénéficié du traitement. D'autant plus qu'à 12 mois, une plus grande proportion des femmes du groupe contrôle rapportent l'absence de VC dans les 3 derniers mois et elles sont plus nombreuses à avoir réduit leur consommation d'alcool à des niveaux considérés à faible risque que celles du groupe expérimental. Il s'avère que le passage du temps représente un facteur associé de façon statistiquement significative à cette réduction ($p = 0,001$) plutôt que la participation au traitement. Certaines nuances sont à apporter quant à l'étude de Rhodes *et al.* (2015). Ces derniers concluent qu'une intervention brève ne permet pas de réduire le nombre d'épisodes de consommation excessive d'alcool.

Les résultats associés à la participation au *Brief Intervention for Substance Use and Partner Abuse for Females in the Emergency Room* permettent d'observer que le groupe contrôle rapporte une plus grande diminution du nombre de jours d'usage de toutes SPA que ce qui est rapporté pour le groupe expérimental (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016) (Appendice A). Cela va à l'encontre des résultats attendus puisque les femmes bénéficiant du traitement devraient connaître une plus grande diminution de leur usage que celles ne l'ayant pas reçu. Devant ces résultats inattendus, l'équipe a porté attention au contenu qualitatif recueilli lors des appels de type motivationnel menés à 14 jours suivant le traitement. Les auteurs ont remarqué que les femmes faisant l'usage de cannabis uniquement ont un profil motivationnel différent des autres : elles aiment leur usage de cannabis, n'en perçoivent pas les méfaits et ne souhaitent donc pas modifier leurs habitudes à ce propos. Ils ont donc éliminé des analyses ces femmes ($n = 18$), issues des deux groupes (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016). Les nouvelles analyses modifient les résultats : les femmes du groupe expérimental rapportent une meilleure réduction du nombre de jour de consommation que le groupe contrôle. Les auteurs se sont également intéressés à certaines variables motivationnelles. En moyenne, toutes les participantes confondues recevant le traitement *Brief Intervention for Substance Use and Partner Abuse for Females in the Emergency*

Room connaissent une plus grande augmentation de leur motivation au changement ainsi que de leur perception d'efficacité personnelle que celles du groupe contrôle (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016). En ce qui concerne la VC, une diminution de l'occurrence est observée au sein des deux groupes. De façon générale, l'absence de données sur l'équivalence des groupes, la taille des échantillons trop petite ainsi que l'absence de test de puissance statistique ne permettent pas de tirer de conclusions à savoir si les résultats observés sont dus au traitement.

En résumé, les traitements brefs ne semblent pas générer les effets attendus sur l'usage excessif de SPA et la VC. Malgré une taille d'échantillon importante, la participation au programme *Brief Motivational Enhancement Intervention to Improve Social Health* ne semble pas avoir d'effets sur l'usage excessif de SPA et la VC. Il semble cependant que ce type de traitement bref peut s'avérer prometteur auprès des femmes qui consomment des SPA autres que la marijuana uniquement (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016). Ainsi, le large éventail de sévérité et de profil d'usage de SPA et de VC au sein des échantillons ne permettent pas de tirer de conclusions quant à la réelle efficacité de ces traitements.

Discussion

L'objectif poursuivi par cette étude de la portée était d'identifier les traitements destinés aux femmes aux prises avec un usage excessif de SPA qui vivent également de la VC et pour lesquelles le traitement cible les deux problématiques. Les constats émergeant de cette recension sont les suivants : 1) les traitements sont rares et les connaissances quant à leur efficacité rudimentaires ; 2) les traitements existants présentent une importante hétérogénéité ; et 3) il y a d'importantes variations quant à la sévérité des problématiques ciblées par les traitements et la manière dont cela se reflète dans la configuration de ces-derniers. De ces constats se dégagent des recommandations pour les futures recherches à ce sujet. En conclusion de ce chapitre, ces dernières seront explicitées de même que les limites inhérentes à cette étude.

Les traitements sont rares et les connaissances quant à leur efficacité rudimentaires

Les résultats de cette étude de la portée mettent en évidence une disponibilité limitée de traitements visant simultanément l'usage excessif de SPA et la VC. Les recherches existantes s'étendent sur une décennie et aucune nouvelle étude visant à tester l'efficacité de ces traitements n'a été produite depuis sept ans soulignant un apparent manque d'avancées dans ce domaine. Les devis des articles retenus (étude de cas, propositions de programmes, études pilotes) témoignent d'une prédominance de travaux exploratoires et descriptifs plutôt que des évaluations rigoureuses de l'efficacité des traitements. Le fait que seulement trois études d'efficacité avec distribution au hasard aient été réalisées et qu'un seul traitement a fait l'objet de plus d'une étude souligne que la recherche est émergente et qu'il est encore tôt pour que se dégagent, de toute évidence, des recommandations quant à des modèles efficaces.

Des récentes revues de la littérature (Fernández-Montalvo *et al.*, 2020; Mehr *et al.*, 2022; Ogden *et al.*, 2022; Pallatino *et al.*, 2021; Victor et Hedden-Clayton, 2023) illustrent comment les travaux de recherche dans le domaine de l'usage excessif de SPA et de la VC sont présentement axés sur la compréhension de la relation entre ces variables, ainsi que sur l'exploration des facteurs médiateurs entre celles-ci. Moins d'attention est accordée au développement de nouvelles stratégies d'intervention et à l'amélioration des pratiques cliniques dans le contexte de la double problématique. Deux principales hypothèses permettent d'expliquer la cause d'une telle

situation : le manque de financement des cliniques d'intervention peut freiner leur désir d'innover et donnent peu de terrain fertile aux chercheurs pour démarrer des recherches cliniques, d'autant plus que ce type de recherche est onéreuse en temps et en énergie. Dès lors, avant que des équipes de recherche se lancent dans de tels projets, il est nécessaire de créer une synergie entre les chercheurs et les milieux cliniques afin que tous les deux poussent dans le sens de l'innovation dans ce domaine.

Les traitements présentent une grande hétérogénéité quant à leurs caractéristiques

On retrouve parmi les traitements recensés dans notre étude, une pluralité de formats de traitement, que ce soit au sujet de leur durée (0,5h à 36h), de leur intensité (allant d'une unique séance suivie d'un appel à des séances offertes deux fois par semaines), leur modalité (couple, familial, groupe, individuel) ainsi qu'une hétérogénéité quant à la sévérité de l'usage de SPA et de la VC ciblé par ces derniers.

D'abord, si la variabilité de durée et d'intensité des divers traitements semble surprenante à prime abord, elle est cohérente avec l'approche de traitement par palier (*stepped care*) (O'Donohue et Draper, 2011; Von Korff, 2000). Le point central du *Stepped Care* est d'ajuster le choix du traitement aux besoins des usagers, notamment d'offrir en premier lieu les traitements les plus efficaces qui requièrent le moins d'intensité. L'utilisation d'un continuum de services assure la gestion optimale des ressources thérapeutiques disponibles en fournissant des services les plus légers possibles et adaptés à la gravité des problèmes, mais pouvant être bonifiés, au besoin, par un niveau supérieur de services (Haaga, 2000; Uchtenhagen, 2021). Notamment, dans le champ de l'usage de SPA, le *Patient Placement Criteria – II*, très promue par l'American Society of Addiction Medicine (1996), sert de guide afin de déterminer le niveau de soin approprié en fonction de la complexité et de la gravité du problème d'usage de SPA. Ces directives, communément utilisées en Amérique du Nord, comprennent cinq niveaux de soins allant du niveau le moins intensif (intervention précoce) au plus intensif (hospitalisation).

Ainsi, pour les femmes vivant avec la double problématique, les traitements recensés permettent une déclinaison de traitements d'intensités variables qui pourront se répartir sur un continuum de services, où d'un côté, il y a une offre de traitements brefs à faible intensité (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Rhodes *et al.*, 2015) et, à l'autre extrémité, des interventions de longues durées et à plus grande intensité. Ces nombreux traitements (Donohue *et al.*, 2010; Gilbert *et al.*, 2006; McCollum *et al.*, 2011; Schumm *et al.*, 2009; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015) n'ont pas tous les mêmes modalités (couple, familial, groupe). Entre ces deux extrémités résident les traitements qui ne circonscrivent pas, à priori, une durée ou une intensité de traitement (Bennett et O'Brien, 2007; Kail, 2010; Rogers *et al.*, 2003). Ces traitements offerts principalement en individuel rendent possible l'ajustement de la fréquence et de l'intensité des rencontres selon les besoins de la femme et les spécificités de sa situation.

Les niveaux d'intégration des problématiques au sein des traitements varient

Les résultats obtenus dans cette présente étude de la portée laissent entrevoir que les niveaux d'intégration des problématiques au sein des traitements sont variables en fonction de la sévérité de l'usage excessif de SPA et de la VC ciblée par ceux-ci. Entre autres, pour les traitements offerts en modalité de couple, une femme qui présente un usage de SPA de faible sévérité et de la VC faible à modérée pourrait donc bénéficier du programme de McCollum *et al.* (2011). Pour le même niveau de sévérité de VC, mais dans le cas où la sévérité l'usage de SPA est sévère, c'est-à-dire de l'ordre du TUS, le programme *Behavioral Couple Therapy* serait alors de mise. Si la femme présente des niveaux de sévérité élevés pour les deux problématiques, le traitement *Women Wellness Treatment* (Gilbert *et al.*, 2006) et son adaptation par Tirado-Muñoz *et al.* (2015) et le *Family Behavior Therapy* (Donohue *et al.*, 2010) sont tout indiqués.

Il se dégage par le fait même un cadran tel que celui que l'on retrouve dans le guide d'information sur les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale (Skinner *et al.*, 2004, p.7). Le graphique présente des relations entre les deux problématiques, chacune étant mesurée sur un axe différent. L'axe des x représente la sévérité croissante des problèmes d'abus de SPA, allant du moins grave au plus grave. De manière similaire, l'axe des y représente la

sévérité des problèmes de santé mentale, également du moins grave au plus grave. Ainsi, le graphique est divisé en quatre quadrants où chacun représente un cas spécifique caractérisé par la combinaison de sévérité des deux problématiques. Pour chaque quadrant, une recommandation de traitement est indiquée en fonction de la combinaison spécifique de sévérité des problématiques, offrant ainsi des directives pour une intervention adaptée à chaque cas particulier.

Ainsi, les traitements recensés qui ciblent des niveaux de sévérité des problématiques sévères traitent les deux dans des proportions similaires et prennent en compte leur interrelation. Ceux-ci concordent avec la définition d'une approche intégrée, c'est-à-dire lorsque les deux problématiques sont traitées simultanément par un même clinicien (ou une même équipe multidisciplinaire) et où les spécificités de chacune d'elles sont prises en considération de même que leur inter influence (Donald *et al.*, 2005; Mueser, 2003; Wiktorowicz *et al.*, 2019). Il en va notamment du traitement de Kail (2010) qui intègre de manière judicieuse les problématiques d'usage excessif de SPA et de VC à l'aide de la définition des stades de changements utilisée en intervention en dépendance (Prochaska *et al.*, 1992). Il en est de même pour un programme, le *Women Wellness Treatment* testé à petite échelle et ayant démontré des résultats prometteurs (Gilbert *et al.*, 2006; Tirado-Muñoz *et al.*, 2015).

D'autres traitements sont susceptibles de permettre de répondre aux besoins de traitements pour les milieux spécialisés en dépendance qui intègrent de la VC dont la sévérité est faible à modérée, idem pour les ressources pour femmes victimes de VC qui peuvent intégrer des problématiques d'usages excessif de SPA de sévérité faible à modérée. C'est le cas, par exemple, du programme proposé par McCollum *et al.* (2011) contenant une rencontre de sensibilisation à l'usage excessif de SPA, alors que les 17 autres rencontres vont porter sur la VC et des thématiques connexes.

Compte tenu du manque de données probantes quant à l'efficacité des traitements intégrés pour l'usage excessif de SPA et la VC chez les femmes qui en sont victimes, il est recommandé de multiplier les recherches sur les traitements pour ces femmes, notamment en poursuivant les

travaux au sujet de ceux proposés dans les études recensées qui semblent avoir du potentiel et tout en considérant la gravité des deux problématiques.

À partir de ces résultats, il est recommandé dans un cadre clinique de procéder à un dépistage systématique de l'usage excessif de SPA et de la VC lorsqu'une femme sollicite des services pour l'une des problématiques ou dans des milieux clés (p. ex., urgence, services de protection de la jeunesse). D'autres chercheurs ont d'ailleurs émis ces mêmes recommandations dans le cadre de leur travaux respectifs (Pallatino *et al.*, 2021; Weaver *et al.*, 2015).

En plus, nos résultats suggèrent qu'en cas de repérage positif, le traitement doit être sélectionné en fonction de l'adéquation entre ses caractéristiques (durée, intensité, modalité, sévérité des problématiques ciblées) et les besoins spécifiques de la femme. Ces traitements doivent aborder de front les aspects liés à l'usage excessif de SPA et ceux liés à la VC. De plus, il est nécessaire que le traitement offert aux femmes qui présentent la double problématique soit fait à partir d'une évaluation et dans une perspective individualisée. Un premier angle d'analyse afin de déterminer le meilleur traitement peut se faire à partir du degré de sévérité des problématiques présentée par la femme. Dans ce cas, les proportions dans lesquelles l'usage excessif de SPA et la VC sont abordés dans le traitement devraient correspondre à la sévérité des problématiques présentées par la femme. Si une des problématiques est légère, peu de temps y sera consacré et la majorité du temps sera dédié à la problématique dont le niveau de sévérité est plus élevé. Il peut être préférable cependant d'utiliser comme angle d'analyse la relation qu'entretiennent les deux problématiques entre elles. Par exemple, une femme peut avoir été exposée à de la VC dont la sévérité est considérée comme faible et tout de même vivre des conséquences psychologiques importantes, la consommation sévère servant de stratégie d'adaptation. Ainsi, un choix judicieux serait de proposer un traitement qui considère l'interrelation des problématiques au sein de ses stratégies d'intervention.

D'ailleurs, les futures recherches devraient être réalisées à partir de protocoles robustes et en cohérence avec les connaissances actuelles sur l'appariement entre les niveaux de services et

les niveaux de gravité des problématiques. Pourtant, cette adéquation entre la gravité des problèmes vécus par la clientèle ciblée et la visée du programme n'est pas respectée pour les traitements brefs recensés dans notre étude (Choo, Zlotnick, *et al.*, 2016; Rhodes *et al.*, 2015). Les femmes des échantillons présentent des niveaux de sévérité d'usage de SPA et d'expérience de VC répartis sur tout le continuum (de mineur à très grave et dangereux), ce qui ne permet pas de nuancer les questions d'efficacité en fonction d'un appariement plus juste entre l'intensité du programme et la sévérité de la problématique. Dans cette optique, les échantillons devraient regrouper des femmes qui présentent des niveaux de sévérité d'usage excessif de SPA et de VC suffisamment similaires ou si les profils de sévérité sont différents, les échantillons doivent être assez importante pour être représentatifs.

Dans le cadre de recherches futures, il serait aussi pertinent de mieux comprendre l'effet des interventions au long cours. Une période de suivi de 12 mois ou plus permettrait d'évaluer l'impact à long terme de l'intervention sur l'usage excessif de SPA et la VC. De fait, il est connu comment l'usage excessif de SPA peut être un problème au long cours chez une large portion des personnes consultant les services spécialisés en dépendance (White, 2012). Il est donc probable que des épisodes de soins successifs soient nécessaires durant plusieurs années auprès de cette portion de femmes ayant un usage plus excessif de SPA. Pour certaines femmes, en matière de traitement intégré, l'absence de durée de traitement prédéfinie pourrait constituer une composante essentielle.

Advenant le cas où le traitement est offert sous la forme de collaboration entre organisations, la coordination des services et la concertation entre les cliniciens sont primordiales. À ce propos, la majorité des traitements retenus dans notre étude prend la forme d'un programme et un seul article de notre recension s'est intéressé à l'efficacité d'une collaboration entre organisations (Bennett et O'Brien, 2007). Il serait pertinent de multiplier les études d'efficacité sur ce modèle de traitement.

De plus, l'intégration des systèmes de soins afin de traiter les problématiques d'usage excessif de SPA et de santé mentale concomitantes est un champ de la recherche ayant fait l'objet d'une conceptualisation approfondie (Brousselle *et al.*, 2010; Donald *et al.*, 2005; Mangrum *et al.*, 2006; Mueser, 2003; Wiktorowicz *et al.*, 2019). Les chercheurs et dispensateurs de services auraient tout avantage à s'inspirer de ce qui a été fait dans ce domaine afin d'explorer de manière plus élaborée les avenues de traitements possibles pour les femmes qui vivent avec la double problématique. Dans une perspective d'intégrer les problématiques au sein d'un même programme, Mueser (2003) a circonscrit plusieurs attributs essentiels. Idéalement, un programme doit : a) inclure les deux problématiques au sein du traitement ; b) inclure des cibles de traitement connexes aux problématiques ; c) favoriser une approche proactive en allant vers les individus plutôt que d'attendre leur demande de services ; d) utiliser l'approche de réduction des méfaits ; e) offrir un traitement qui n'a pas de durée prédéfinie ; f) recourir à l'approche motivationnelle ; et g) inclure différentes modalités de traitement. Ainsi, ces caractéristiques seraient déterminantes afin d'assurer l'efficacité du traitement, et ce, dans sa forme la plus complète et intégrée.

Dans une optique de collaboration entre organisations ou de la fusion de services, Brousselle *et al.* (2010) offrent une série de propositions afin d'en faciliter le processus. Ces dernières découlent de leurs observations quant aux leviers et aux caractéristiques ayant un impact déterminant sur le développement et la pérennité d'une approche intégrée. Parmi celles-ci, on retrouve la communication, la formation continue et l'échange entre experts comme leviers essentiels au développement de services intégrés. Selon les auteurs, il est crucial de stimuler en permanence ce processus par le biais de mesures encourageant le renforcement des liens entre les professionnels. Ces mesures ont pour but de favoriser les discussions sur la pertinence des lignes directrices de pratiques, les spécificités des différentes approches et offrent des opportunités de développer de nouvelles pratiques hybrides. Comme seconde proposition, il est souligné que dans le contexte où divers professionnels aux expertises variées interviennent auprès d'un même patient, une collaboration efficace nécessite le partage des approches de traitement respectives et qu'en ressorte une compréhension mutuelle des pratiques influençant les soins prodigués.

Enfin, dans le contexte de recherches futures portant sur des traitements brefs, une des principales variables ciblées devraient porter sur la motivation au changement et sur l'efficacité à faciliter l'adhésion à un traitement de plus longue durée pour les femmes qui présentent des problématiques sévères. La motivation étant une variable importante associée à la réduction ou à l'abstinence (Lundahl et Burke, 2009), il est intéressant de connaître l'effet des traitements brefs sur cette dimension. Pour ce faire, les stades de changement de Prochaska et DiClemente (1983) ou une échelle telle que proposée par Rollnick (Miller *et al.*, 2013), sont normalement utilisés afin de mesurer la motivation au changement. Par ailleurs, même ce type de mesure pourrait ne pas être tout à fait adapté aux femmes vivant de multiples problématiques. Dans les faits, ce n'est pas nécessairement en raison de l'absence ou d'un manque de motivation que ces dernières n'iront pas chercher de services après leur participation à un programme bref. Quand il est question de VC, il semblerait que les femmes souhaitent d'abord effectuer des changements dans les dimensions qu'elles perçoivent comme un danger imminent avant de s'impliquer dans un traitement pour leur usage excessif de SPA (Brown *et al.*, 2000). Il faut, par exemple, considérer d'abord leurs besoins de protection lorsqu'elles perçoivent un danger imminent avant d'entamer un travail quant à leur usage de SPA excessif.

Limites

À notre connaissance, il s'agit de la seule étude de la portée visant à recenser les traitements destinés aux femmes ayant la double problématique d'usage excessif de SPA et de VC et qui décortique les composantes de ces derniers. Ce mémoire contribue ainsi à un domaine peu documenté et permet de mieux informer les différents acteurs qui y sont impliqués.

Plusieurs limites sont aussi à considérer. Elles se retrouvent à chacune des étapes inhérentes à la méthode de la revue de la portée. Lors de la deuxième étape qui consiste à regrouper les articles susceptibles de répondre à la question de recherche, la recension de données au sein de la littérature grise n'a pas été effectuée. Une des particularités de la revue de la portée est qu'elle inclue une variété de types de données, dont des articles de recherche originaux, mais également des rapports, des thèses, des résumés de conférences, etc., afin de bien cerner l'étendue

des connaissances actuelles du sujet à l'étude. Il est possible qu'il puisse y avoir des propositions de traitements n'ayant pas nécessairement fait l'objet d'un article qui subsiste dans des sources de données alternatives et que nous avons, par le fait même, omis. De plus, à partir de la méthode proposée par Arksey et O'Malley (2005), Levac *et al.* (2010) recommandent à cette étape que deux personnes procèdent systématiquement à la lecture des résumés des articles obtenus lors des recherches dans les bases de données. En cours de processus, ces dernières discutent alors des difficultés rencontrées et ajustent au fur et à mesure les critères de sélection. Bien que cette double vérification n'ait pas été faite systématiquement, les directeurs de recherche ont été consultés tout au long de la réalisation de cette étape et ces derniers ont revu à plusieurs reprises les résumés ou l'entièreté des articles. Finalement, la qualité de la méthode des articles recensés (p. ex., l'utilisation de groupe contrôle assez rare) n'a pas été considérée dans les résultats ce qui peut en limiter la justesse de l'interprétation. Bien que certains résultats prometteurs aient été soulevés, la qualité des études portant sur l'efficacité des traitements n'a pas fait l'objet d'une analyse en profondeur, ce qui limite les constats quant à l'étendue de la recherche dans le domaine.

Conclusion

Les femmes subissent de la VC dans des proportions importantes et nombreuses sont celles qui sont également aux prises avec un usage excessif de SPA. Il devient essentiel de reconnaître que la double problématique a pour effet de complexifier les besoins et le processus de rétablissement des femmes qui la vive. Malgré ce constat évident, les travaux exploratoires l'emportent sur les évaluations rigoureuses et il est encore tôt pour que se dégagent des modèles d'intervention efficaces. Les traitements existants, par leur hétérogénéité, laissent entrevoir le besoin d'étayer un continuum de services. Il manque, cependant, une évaluation sérieuse des deux problématiques dès l'accueil, ce qui permettrait de mettre en place un plan d'intervention qui sera pondéré en fonction de l'importance des problématiques respectives. Pour ce faire, il est donc primordial de dépister systématiquement l'usage excessif de SPA et la VC afin d'offrir un traitement apparié à la sévérité des problématiques. Les efforts visant à offrir des services adaptés aux besoins et à la réalité de ces femmes devraient ainsi être déployés rapidement dans les centres de traitements et les travaux de recherche clinique portant sur la concomitance encouragés.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 : regard sur la violence familiale au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2016-regard-violence-familiale-canada.html>
- Alford, D. P., German, J. S., Samet, J. H., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C. A. et Saitz, R. (2016). Primary care patients with drug use report chronic pain and self-medicate with alcohol and other drugs. *Journal of General Internal Medicine*, 31(5), 486-491. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3586-5>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.).
- American Society of Addiction Medicine. (1996). *Patient placement criteria for the treatment of substance related-disorders* (2^e éd.). Chevy Chase, MD.
- Anderson, S., Allen, P., Peckham, S. et Goodwin, N. (2008). Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Research Policy and Systems*, 6(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-6-7>
- Andrews, C. M., Cao, D., Marsh, J. C. et Shin, H.-C. (2011). The impact of comprehensive services in substance abuse treatment for women with a history of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 17(5), 550-567. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/1077801211407289>
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C. et Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*, 8(7), e019995. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019995>
- Back, S. E., Brady, K. T., Jackson, J. L., Salstrom, S. et Zinzow, H. (2005). Gender differences in stress reactivity among cocaine-dependent individuals. *Psychopharmacology*, 180(1), 169-176. <https://doi.org/10.1007/s00213-004-2129-7>

- Barnett-Page, E. et Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: A critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59>
- Becker, J. B., McClellan, M. L. et Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 136-147. <https://doi.org/10.1002/jnr.23963>
- Bednar, S. G. (2003). Substance abuse and women abuse: A proposal for integration treatment. *Federal Probation*, 67(1), 52-57.
- Bennet, L. et Lawson, M. (1994). Barriers to cooperation between domestic-violence and substance-abuse programs. *Families in Society: Journal of Contemporary Social Services*, 75(5), 277-286. <https://doi.org/10.1177/104438949407500503>
- Bennett, L. et O'Brien, P. (2007). Effects of coordinated services for drug-abusing women who are victims of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 13(4), 395-411. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/1077801207299189>
- Breiding, M. J., Basile, K. C., Smith, S. G., Black, M. C. et Mahendra, R. (2015). *Intimate partner violence surveillance uniform definitions and recommended data elements* (2^e éd.). Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control
- Brochu, S., Brunelle, N. et Plourde, C. (2018). *Drugs and crime : A complex relationship* (3^e éd.). Presse de l'Université d'Ottawa.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. et Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Manage Review*, 35(3), 212-223. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c>
- Brown, V. B., Melchior, L. A., Panter, A. T., Slaughter, R. et Huba, G. J. (2000). Women's steps of change and entry into drug abuse treatment: A multidimensional stages of change model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3), 231-240. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(99\)00049-5](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(99)00049-5)
- Cafferky, B. M., Mendez, M., Anderson, J. R. et Stith, S. M. (2018). Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence*, 8(1), 110-131. <https://doi.org/10.1037/vio0000074>
- Carbone-López, K., Kruttschnitt, C. et Macmillan, R. (2006). Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. *Public Health Reports*, 121(4), 382-392. <https://doi.org/10.1177/003335490612100406>

- Capezza, N., Schumacher, E. et Brady, B. (2015). Trends in intimate partner violence services provided by substance abuse treatment facilities: Findings from a National Sample. *Journal of Family Violence*, 30(1), 85-91. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9649-7>
- Chartas, N. D. et Culbreth, J. R. (2001). Counselor treatment of coexisting domestic violence and substance abuse: A qualitative study. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 22(1), 2. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1874.2001.tb00156.x>
- Chetty, A., Guse, T. et Malema, M. (2023). Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA*, 28, 2094. <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2094>
- Choo, E. K., Ranney, M. L., Wetle, T. F., Morrow, K., Mello, M. J., Squires, D., Tapé, C., Garro, A. et Zlotnick, C. (2015). Attitudes toward computer interventions for partner abuse and drug use among women in the emergency department. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 14(2), 95-104. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000057>
- Choo, E. K., Tapé, C., Glerum, K. M., Mello, M. J., Zlotnick, C. et Morrow Guthrie, K. (2016). "That's where the arguments come in": A qualitative analysis of booster sessions following a brief intervention for drug use and intimate partner violence in the emergency department. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 10, 77-87. <https://doi.org/10.4137/SART.S33388>
- Choo, E. K., Zlotnick, C., Strong, D. R., Squires, D. D., Tapé, C. et Mello, M. J. (2016). BSAFER: A Web-based intervention for drug use and intimate partner violence demonstrates feasibility and acceptability among women in the emergency department. *Substance Abuse*, 37(3), 441-449. <https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1134755>
- Cil, G., Park, J. et Bergen, A. W. (2019). Self-reported prescription drug use for pain and for sleep and incident frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12), 2474-2481. <https://doi.org/10.1111/jgs.16214>
- Collins, J. J., Kroutil, L. A., Roland, E. J. et Moore-Gurrera, M. (1997). Issues in the linkage of alcohol and domestic violence services. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 387-405. [https://doi.org/ DOI: 10.1007/0-306-47141-8_20](https://doi.org/DOI:10.1007/0-306-47141-8_20)
- Conroy, S. (2021). *La violence conjugale au Canada, 2019*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00016-fra.htm>
- Cormier, R. A., Dell, C. A. et Poole, N. (2004). Women and Substance Abuse Problems. *BMC Women's Health*, 4(1), S8. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-s1-s8>
- Damant, D. et Guay, F. (2005). La question de la symétrie dans les enquêtes sur la violence dans le couple et les relations amoureuses, *Revue canadienne de sociologie*, 42(2), 125-144.

- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J. et Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine*, 10(5), e1001439. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D. et Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Dobash, R. P., Dobash, R. E., Wilson, M. et Daly, M. (1992). The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social Problems*, 39(1), 71-91. <https://doi.org/10.1525/sp.1992.39.1.03x00641>
- Donald, M., Dower, J. et Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine*, 60(6), 1371-1383. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.052>
- Donohue, B. C., Romero, V., Herdzyk, K., Lapota, H., Al, R. A., Allen, D. N., Azrin, N. H. et Van Hasselt, V. B. (2010). Concurrent treatment of substance abuse, child neglect, bipolar disorder, post-traumatic stress disorder, and domestic violence: A case examination involving family behavior therapy. *Clinical Case Studies*, 9(2), 106-124. <https://doi.org/10.1177/1534650109351928>
- Easton, C. J., Swan, S. et Sinha, R. (2000). Prevalence of family violence in clients entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 23-28. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00019-7](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00019-7)
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Frye, V., Wu, E., Go, H., Hill, J. et Richman, B. L. (2004). Physical and sexual intimate partner violence among women in methadone maintenance treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 180-183. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.2.180>
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Rajah, V., Foleno, A. et Frye, V. (2001). Social support among women in methadone treatment who experience partner violence: Isolation and male controlling behavior. *Violence Against Women*, 7(3), 246-274. <https://doi.org/10.1177/10778010122182433>
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Schilling, R. et Wada, T. (2000). Drug abuse and partner violence among women in methadone treatment. *Journal of Family Violence*, 15(3), 209-228. <https://doi.org/10.1023/A:1007532917759>

- El-Bassel, N., Gilbert, L., Witte, S., Wu, E. et Chang, M. (2011). Intimate partner violence and hiv among drug-involved women: Contexts linking these two epidemics, challenges and implications for prevention and treatment. *Substance Use and Misuse*, 46(2-3), 295-306. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.523296>
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Witte, S., Wu, E., Gaeta, T., Schilling, R. et Wada, T. (2003). Intimate partner violence and substance abuse among minority women receiving care from an inner-city emergency department. *Womens Health Issues*, 13(1), 16-22. [https://doi.org/10.1016/s1049-3867\(02\)00142-1](https://doi.org/10.1016/s1049-3867(02)00142-1)
- Engstrom, M., El-Bassel, N. et Gilbert, L. (2012). Childhood sexual abuse characteristics, intimate partner violence exposure, and psychological distress among women in methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 366-376. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.01.005>
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J. et Birchler, G. R. (2004). Behavioral couples therapy for substance abuse: Rationale, methods, and findings. *Science and Practice Perspectives*, 2(2), 30-41. <https://doi.org/10.1151/spp042230>
- Femmes et égalité des genres Canada. (2021). *Fiche d'information : violence entre partenaires intimes*. <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/violence-fondee-sexe/violence-entre-partenaires-intimes.html>
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Plourde, C., Rossi, C., Savard, A.-C., Bernier, M.-A., Ehouarne, G., Blais, M. et Genois, R. (2022). Les enjeux liés à la victimisation dans le traitement de la dépendance aux substances : qu'en disent les cliniciens en dépendance ? *Santé mentale au Québec*, 47(1), 221-240. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1094152ar>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A. et Haro, B. (2020). Gender differences in unidirectional and bidirectional intimate partner violence in addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 46(2), 194-202. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/00952990.2019.1660886>
- Fonseca, F., Robles-Martínez, M., Tirado-Muñoz, J., Alías-Ferri, M., Mestre-Pintó, J.-I., Coratu, A. M. et Torrens, M. (2021). A gender perspective of addictive disorders. *Current Addiction Reports*, 8(1), 89-99. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00357-9>
- Fowler, D. N. et Faulkner, M. (2011). Interventions targeting substance abuse among women survivors of intimate partner abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(4), 386-398. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.06.001>
- Galvani, S. (2009, 07/12). Safety first? The impact of domestic abuse on women's treatment experience. *J Subst Use*, 11, 395-407. <https://doi.org/10.1080/14659890600708225>

- Gezinski, L. B., Gonzalez-Pons, K. M. et Rogers, M. M. (2021). Substance use as a coping mechanism for survivors of intimate partner violence: Implications for safety and service accessibility. *Violence Against Women*, 27(2), 108-123. <https://doi.org/10.1177/1077801219882496>
- Gil-Rivas, V., Fiorentine, R., Douglas Anglin, M. et Taylor, E. (1997). Sexual and physical abuse: Do they compromise drug treatment outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(4), 351-358. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(97\)84631-4](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(97)84631-4)
- Gilbert, El-Bassel, N., Rajah, V., Foleno, A. et Frye, V. (2001). Linking drug-related activities with experiences of partner violence: A focus group study of women in methadone treatment. *Violence and Victims*, 16(5), 517-536.
- Gilbert, L., El-Bassel, N., Manuel, J., Wu, E., Go, H., Golder, S., Seewald, R. et Sanders, G. (2006). An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: Testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence and Victims*, (5), 657-672. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.21.5.657>
- Gilchrist, G. et Hegarty, K. (2017). Tailored integrated interventions for intimate partner violence and substance use are urgently needed. *Drug and Alcohol Review*, 36(1), 3-6. <https://doi.org/10.1111/dar.12526>
- Glenn, C. et Goodman, L. (2015). Living with and within the rules of domestic violence shelters: A qualitative exploration of residents' experiences. *Violence Against Women*, 21(12), 1481-1506. <https://doi.org/10.1177/1077801215596242>
- Gouvernement du Québec. (2017a). *Statistiques 2015 sur les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal au Québec*. www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-et-statistiques/statistiques/violence-conjugale/2015/en-ligne.html
- Gouvernement du Québec. (2017b). *Connaître les drogues et leurs effets*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets#c17044>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Contrer la violence sexuelle, la violence conjugale et Rebâtir la confiance. Stratégies gouvernementale intégrée 2022-2027*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/publications/plans-strategiques/Strategie-violence-sexuelle-2022-2027.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2023a). *Définition de la violence conjugale*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/violences/violence-conjugale/definition-de-la-violence-conjugale#c148418>

- Gouvernement du Québec. (2023b). *Formes de violence*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/violences/violences#c61953>
- Haaga, D. A. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 547-548.
- Harvey, E. M., Rawson, R. A. et Obert, J. L. (1994). History of sexual assault and the treatment of substance abuse disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4), 361-367. <https://doi.org/10.1080/02791072.1994.10472456>
- Hernandez-Avila, C. A., Rounsaville, B. J. et Kranzler, H. R. (2004). Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3), 265-272. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.02.001>
- Hobkirk, A. L., Watt, M. H., Green, K. T., Beckham, J. C., Skinner, D. et Meade, C. S. (2015). Mediators of interpersonal violence and drug addiction severity among methamphetamine users in Cape Town, South Africa. *Addictive Behaviors*, 42, 167-171. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.030>
- Hogarth, L., Martin, L. et Seedat, S. (2019). Relationship between childhood abuse and substance misuse problems is mediated by substance use coping motives, in school attending South African adolescents. *Drug Alcohol Depend*, 194, 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.10.009>
- Hunt, G. M. et Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91-104. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90072-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90072-7)
- Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence : Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Presse de l'Université de Northeastern.
- Johnson, P. B., Richter, L., Kleber, H. D., McLellan, A. T. et Carise, D. (2005). Telescoping of drinking-related behaviors: Gender, racial/ethnic, and age comparisons. *Substance Use and Misuse*, 40(8), 1139-1151. <https://doi.org/10.1081/ja-200042281>
- Johnstone, S., Dela Cruz, G. A., Kalb, N., Tyagi, S. V., Potenza, M. N., George, T. P. et Castle, D. J. (2023). A systematic review of gender-responsive and integrated substance use disorder treatment programs for women with co-occurring disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 49(1), 21-42. <https://doi.org/10.1080/00952990.2022.2130348>

- Kail, B. L. (2010). Motivating women with substance abuse and intimate partner violence. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(1), 25-43. <https://doi.org/10.1080/15332560903526002>
- Kay, A., Taylor, T. E., Barthwell, A. G., Wichelecki, J. et Leopold, V. (2010). Substance use and women's health. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 139-163. <https://doi.org/10.1080/10550881003684640>
- Keyes, K. M., Grant, B. F. et Hasin, D. S. (2008). Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug and Alcohol Dependence*, 93(1-2), 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.08.017>
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, B. E. et Best, C. L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 834-847. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.5.834>
- King, A. C., Bernardy, N. C. et Hauner, K. (2003). Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 28(1), 171-187. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(01\)00264-7](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(01)00264-7)
- Kunins, H., Gilbert, L., Whyte-Etere, A., Meissner, P. et Zachary, M. (2007). Substance abuse treatment staff perceptions of intimate partner victimization among female clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 251-257. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10400611>
- La Flair, L. N., Bradshaw, C. P., Storr, C. L., Green, K. M., Alvanzo, A. A. et Crum, R. M. (2012). Intimate partner violence and patterns of alcohol abuse and dependence criteria among women: A latent class analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 351-360. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.351>
- Lagdon, S., Armour, C. et Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: Asystematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24794. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>
- Lehavot, K., Stappenbeck, C. A., Luterek, J. A., Kaysen, D. et Simpson, T. L. (2014). Gender differences in relationships among PTSD severity, drinking motives, and alcohol use in a comorbid alcohol dependence and PTSD sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(1), 42-52. <https://doi.org/10.1037/a0032266>
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

- Liebschutz, J., Savetsky, J. B., Saitz, R., Horton, N. J., Lloyd-Travaglini, C. et Samet, J. H. (2002). The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(3), 121-128.
[https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(02\)00220-9](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(02)00220-9)
- Lipsky, S., Krupski, A., Roy-Byrne, P., Lucenko, B., Mancuso, D. et Huber, A. (2010). Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 231-244.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.12.005>
- Logan, T., Walker, R., Cole, J. et Leukefeld, C. (2002). Victimization and substance abuse among women: Contributing factors, interventions, and implications. *Review of General Psychology*, 6(4), 325-397. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.325>
- Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R. et Mishra, G. (2006). History of domestic violence and physical health in midlife. *Violence Against Women*, 12(8), 715-731.
<https://doi.org/10.1177/1077801206291483>
- Lundahl, B. et Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245. <https://doi.org/10.1002/jclp.20638>
- Macy, R. J., Renz, C. et Pelino, E. (2013). Partner violence and substance abuse are intertwined: Women's perceptions of violence-substance connections. *Violence Against Women*, 19(7), 881-902. <https://doi.org/10.1177/1077801213498208>
- Mangrum, L. F., Spence, R. T. et Lopez, M. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(1), 79-84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.10.004>
- Martin, S. L., Moracco, K. E., Chang, J. C., Council, C. L. et Dulli, L. S. (2008). Substance abuse issues among women in domestic violence programs: Findings from North Carolina. *Violence Against Women*, 14(9), 985-997.
- Mason, R. et O'Rinn, S. E. (2014). Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. *Global Health Action*, 7, 24815-24815.
<https://doi.org/10.3402/gha.v7.24815>
- McCollum, E. E., Stith, S. M., Miller, M. S. et Ratcliffe, G. C. (2011). Including a brief substance-abuse motivational intervention in a couples treatment program for intimate partner violence. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(3), 216-231.
<https://doi.org/10.1080/08975353.2011.602618>

- McHugh, R. K., Devito, E. E., Dodd, D., Carroll, K. M., Potter, J. S., Greenfield, S. F., Connery, H. S. et Weiss, R. D. (2013). Gender differences in a clinical trial for prescription opioid dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.12.007>
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E. et Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- McKee, S. A. et Hilton, N. Z. (2017). Co-occurring substance use, PTSD, and IPV victimization: Implications for female offender services. *Trauma, Violence and Abuse*, 20(3), 303-314. <https://doi.org/10.1177/1524838017708782>
- McLellan, A. T., Cacciola, J. C., Alterman, A. I., Rikoon, S. H. et Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *The American Journal on Addictions*, 15(2), 113-124. <https://doi.org/10.1080/10550490500528316>
- Mehr, J. B., Bennett, E. R., Price, J. L., de Souza, N. L., Buckman, J. F., Wilde, E. A., Tate, D. F., Marshall, A. D., Dams-O'Connor, K. et Esopenko, C. (2022). Intimate partner violence, substance use, and health comorbidities among women: A narrative review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1028375. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1028375>
- Melchior, L. A., Huba, G. J., Brown, V. B. et Slaughter, R. (1999). Evaluation of the effects of outreach to women with multiple vulnerabilities on entry into substance abuse treatment. *Evaluation and Program Planning*, 22(3), 269-277. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(99\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(99)00017-8)
- Merkel, S. F., Cannella, L. A., Razmpour, R., Lutton, E., Raghupathi, R., Rawls, S. M. et Ramirez, S. H. (2017). Factors affecting increased risk for substance use disorders following traumatic brain injury: What we can learn from animal models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 77, 209-218. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.03.015>
- Miller, W. R. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (2^e éd.). Echo Point Books & Media.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2^e éd.). The Guilford Press.
- Miller, W. R., Rollnick, S., Michaud, P. et Lécallier, D. (2013). *L'entretien motivationnel aider la personne engager le changement* (2^e éd.). Inter ditions.
- Mueser, K. T. (2003). *Integrated treatment for dual disorders : a guide to effective practice*. Guilford Press.

- Nation Unies. (2020). *World Drug Report: Drug use and health consequences*.
https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf
- Nerøien, A. I. et Schei, B. (2008). Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 161-168. <https://doi.org/10.1177/1403494807085188>
- Nichols, D. E. (2004). Hallucinogens. *Pharmacology and Therapeutics*, 101(2), 131-181.
<https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2003.11.002>
- Nicolaidis, C., Gregg, J., Galian, H., McFarland, B., Curry, M. et Gerrity, M. (2008). "You always end up feeling like you're some hypochondriac": Intimate partner violence survivors' experiences addressing depression and pain. *Journal of General Internal Medicine*, 23(8), 1157-1163. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0606-0>
- Nydegger, L. A. et Claborn, K. R. (2020). Exploring patterns of substance use among highly vulnerable Black women at-risk for HIV through a syndemics framework: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(7), e0236247. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236247>
- O'Farrell, T. J. et Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 51-54.
[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00026-4](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00026-4)
- O'Farrell, T. J. et Murphy, C. M. (2002). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Encountering the problem of domestic violence. Dans *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*. (p. 293-303). Brunner-Routledge.
- O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Baxter, L., Tricco, A. C., Straus, S., Wickerson, L., Nayar, A., Moher, D. et O'Malley, L. (2016). Advancing scoping study methodology: A web-based survey and consultation of perceptions on terminology, definition and methodological steps. *BMC Health Services Research*, 16(1), 305.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1579-z>
- O'Donohue, W. T., et Draper, C. (2011). The case for evidence-based stepped care as part of a reformed delivery system. Dans W. T. O'Donohue et C. Draper (dir.), *Stepped care and e-health: Practical applications to behavioral disorders* (p. 1–16). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6510-3_1
- Ogden, S. N., Dichter, M. E. et Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 127, 107214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214>

- Organisation des Nations Unies. (s.d.). *Que sont les violences familiales?*
<https://www.un.org/fr/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
- Organisation mondiale de la Santé. (s.d.-a). *Comprendre et lutter contre la violence égard des femmes : la violence exercée par un partenaire intime.*
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/86232>
- Organisation mondiale de la Santé. (s.d.-b). *Drug (psychoactive).* https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1
- Pallatino, C., Chang, J. C. et Krans, E. E. (2021). The intersection of intimate partner violence and substance use among women with opioid use disorder. *Substance Abuse*, 42(2), 197-204. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671296>
- Parent, C. et Coderre, C. (2004). Paradoxes des théories féministes sur la violence contre les conjointes, *La revue nouvelle*, 188, 36-41.
- Perry, A. E., Darwin, Z., Godfrey, C., McDougall, C., Lunn, J., Glanville, J. et Coulton, S. (2009). The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community: A systematic review. *Substance Use and Misuse*, 44(3), 374-400. <https://doi.org/10.1080/10826080802347560>
- Piazza, N. J., Vrbka, J. L. et Yeager, R. D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 24(1), 19-28. <https://doi.org/10.3109/10826088909047272>
- Poole, N., Greaves, L., Jategaonkar, N., McCullough, L. et Chabot, C. (2008). Substance use by women using domestic violence shelters. *Substance Use and Misuse*, 43(8-9), 1129-1150. <https://doi.org/10.1080/10826080801914360>
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Prud'homme, D. (2010). L'intervention féministe en maison d'hébergement : une vigilance de tous les instants! Dans I. Marchand et C. Corbeil (dir.), *L'intervention féministe d'hier aujourd'hui : portrait d'une pratique sociale diversifiée* (p. 131-147).ditions du Remue-ménage.

- Reed, E., Myers, B., Novak, S. P., Browne, F. A. et Wechsberg, W. M. (2015). Experiences of violence and association with decreased drug abstinence among women in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 19(1), 192-198. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0820-1>
- Reinert, D. F. et Allen, J. P. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272-279. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02534.x>
- Rhodes, K., Rodgers, M., Sommers, M., Hanlon, A., Chittams, J., Doyle, A., Datner, E. et Crits-Christoph, P. (2015). Brief motivational intervention for intimate partner violence and heavy drinking in the emergency department: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 314(5), 466-477. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8369>
- Rogers, B., McGee, G., Vann, A., Thompson, N. et Williams, O. J. (2003). Substance abuse and domestic violence: Stories of practitioners that address the co-occurrence among battered women. *Violence Against Women*, 9(5), 590-598. <https://doi.org/10.1177/1077801202250454>
- Rogozea, L., Dinu, E. A., Constantin, D. et Leășu, F. G. (2020). Self-medicating for pain: A public health perspective. *American Journal of Therapeutics*, 27(4), e387-e391. <https://doi.org/10.1097/mjt.0000000000001173>
- Santé Canada. (2022). *Spectre de la consommation de substances*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/spectre-consommation-substances-infographie.html>
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R. et García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803-813. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02664-7)
- Schneider, R., Burnette, M. L., Ilgen, M. A. et Timko, C. (2009). Prevalence and correlates of intimate partner violence victimization among men and women entering substance use disorder treatment. *Violence and Victims*, 24(6), 744-756. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.6.744>
- Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Murphy, C. M. et Fals-Stewart, W. (2009). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for female alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1136-1146. <https://doi.org/10.1037/a0017389>

- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., Williams, D. et Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives Of General Psychiatry*, 66(7), 785-795. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Simonelli, A., Pasquali, C. E. et De Palo, F. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24496. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24496>
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)
- Skinner, W., O'Grady, C. P., Bartha, C. et Parker, C. (2004). Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : Guide d'information. Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Smith, P. H., Homish, G. G., Leonard, K. E. et Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 236-245. <https://doi.org/10.1037/a0024855>
- Sonne, S. C., Back, S. E., Diaz Zuniga, C., Randall, C. L. et Brady, K. T. (2003). Gender differences in individuals with comorbid alcohol dependence and post-traumatic stress disorder. *The American Journal on Addictions*, 12(5), 412-423.
- Steingrímsson, S., Carlsen, H. K., Sigfússon, S. et Magnússon, A. (2012). The changing gender gap in substance use disorder: A total population-based study of psychiatric in-patients. *Addiction*, 107(11), 1957-1962. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03954.x>
- Stith, S. M., McCollum, E. E., Rosen, K. H., Locke, L. et Goldberg, P. (2005). Domestic violence focused couples treatment. Dans J. L. Lebow (dir.) *Handbook of clinical family therapy*, (p. 406-430). John Wiley et Fils, inc.
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C. et Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *The Lancet*, 382(9895), 859-865. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61030-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61030-2)
- Stone, R. et Rothman, E. F. (2019). Opioid use and intimate partner violence: a systematic review. *Current Epidemiology Reports*, 6(2), 215-230. <https://doi.org/10.1007/s40471-019-00197-2>

- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75-88. <https://doi.org/10.2307/351733>
- Stubbs, A. et Szoek, C. (2022). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 23(4), 1157-1172. <https://doi.org/10.1177/1524838020985541>
- Testa, M., Livingston, J. A. et Leonard, K. E. (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1649-1664. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.040>
- Timko, C., Finney, J. W. et Moos, R. H. (2005). The 8-year course of alcohol abuse: gender differences in social context and coping. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 29(4), 612-621. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000158832.07705.22>
- Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L. et Torrens, M. (2015). A group intervention to reduce intimate partner violence among female drug users. Results from a randomized controlled pilot trial in a community substance abuse center. *Adicciones* 27(3), 168-178.
- Uchtenhagen, A. (2021). Stepped care models in addiction treatment. Dans N. El-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter et A. M. Baldacchino (dir.), *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (p. 689-695). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_47
- Van Etten, M. L. et Anthony, J. C. (2001). Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region, and urban status. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10(8), 797-804. <https://doi.org/10.1089/15246090152636550>
- Victor, G. et Hedden-Clayton, B. (2023). Substance use and violence victimization among women: A review of relevant literature. *Violence and Victims*, 38(1), 25-52. <https://doi.org/10.1891/VV-2021-0113>
- Vives-Cases, C., Ruiz-Cantero, M. T., Escribà-Agüir, V. et Miralles, J. J. (2011). The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *Journal of Public Health*, 33(1), 15-21. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq101>
- Von Korff, M. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 133-137. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.2.133>
- Walitzer, K. S. et Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 128-148. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.003>

- Watkins, L. E., Maldonado, R. C. et Dillillo, D. (2018). The cyber aggression in relationships scale: A new multidimensional measure of technology-based intimate partner aggression. *Assessment*, 25(5), 608-626. <https://doi.org/10.1177/1073191116665696>
- Weaver, T. L., Gilbert, L., El-Bassel, N., Resnick, H. S. et Noursi, S. (2015). Identifying and intervening with substance-using women exposed to intimate partner violence: Phenomenology, comorbidities, and integrated approaches within primary care and other agency settings. *Journal of women's health*, 24(1), 51. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4866>
- Wekerle, C. et Wall, A.-M. (2002). *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*. Brunner-Routledge.
- White, W. L. (2012). *Recovery/remission form substance use disorders: an analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868–2011*. https://www.naadac.org/assets/2416/whitewl2012_recoveryremission_from_substance_abuse_disorders.pdf
- Wiktorowicz, M., Abdulle, A., Di Pierdomenico, K. et Boamah, S. A. (2019). Models of concurrent disorder service: Policy, coordination, and access to care. *Front Psychiatry*, 10, 61. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00061>
- Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C. et Angott, D. M. (2008). Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53(6), 538-546. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.07.004>
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C. et Campbell, J. C. (2008). Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *Journal of Pain*, 9(11), 1049-1057. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.06.009>
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Lent, B. Varcoe, C., Connors, A. J., et Ford-Gilboe, M. (2007). Patterns of medication use among women survivors of intimate partner violence. *Canadian Journal of Public*, 98(6), 460-464. <https://doi.org/10.1007/BF03405439>
- Zweben, J. E., Clark, H. W. et Smith, D. E. (1994). Traumatic experiences and substance abuse: mapping the territory. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4), 327-344. <https://doi.org/10.1080/02791072.1994.10472453>

Appendice A

Méthodologie et résultats des études d'efficacité recensées

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
Bennett et O'Brien, 2007 É-U	Décrire les effets d'un traitement offert en collaboration entre ressources pour le traitement de la dépendance et en VC ; Évaluer la satisfaction quant aux services reçus. Quantitatif; pré-test/post-test à groupe unique; à l'admission $N = 255$; 4 à 6 mois après l'entrée en traitement $n = 128$	Usage de SPA : Nombre total de jours de consommation de SPA par mois. VC : WEB : Mesure de l'expérience vis-à-vis la VC. Score entre 10 et 60. Un score bas traduit la perception d'une plus grande vulnérabilité aux effets de la VC; DVSE : Mesure d'aptitudes à composer avec la VC. Score total entre 8 et 40. Un score élevé traduit la capacité à composer avec la VC et ses conséquences.	Usage de SPA : Nombre total de jours de consommation de SPA par mois [M ($ÉT$)]: Pré-traitement : 6,4 (15,3) Post-traitement : 0,9 (3,9) VC : Score au WEB [M ($ÉT$)]: Pré-traitement : 28,64 (16,75) Post-traitement : 25,18 (15,71) Score au DVSE [M ($ÉT$)]: Pré-traitement : 8,55 (6,93) Post-traitement : 2,20 (6,01)	Réduction du nombre total de jours de consommation par mois; Augmentation du sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis la situation de VC; Augmentation du sentiment de vulnérabilité vis-à-vis la situation de VC.	Absence de groupe contrôle; Taux d'attrition de 50 % lors du suivi à 4-6 mois post admission; Non-équivalence entre les femmes suivies et celles n'ayant pas été suivies 4 à 6 mois après leur entrée en traitement: à l'admission, les femmes suivies perçoivent une plus grande vulnérabilité aux effets de la violence, plus efficaces afin de composer avec la VC et consomment moins souvent que les femmes n'ayant pas été suivies; 57% des femmes suivies à 4-6 mois étaient abstinente lors des 30 jours précédents leur admission.
Choo, Zlotnick et al., 2016 É-U	Étudier la faisabilité et l'acceptabilité du programme BSAFER incluant le suivi	Consommation de SPA : TLFB : Nombre total de jours de consommation de drogues par mois. Motivation au	Consommation de SPA : TLFB (M [$IC_{95\%}$]): Groupe expérimental : Pré-traitement : 5,0 [4,0; 6,1] 1 mois : 5,1 [4,1; 6,1] 3 mois : 4,4 [2,8; 6,1]	Il est tout à fait possible d'offrir le programme lors d'un passage à l'urgence; Recevoir le	Absence d'information sur l'équivalence des groupes; Petits échantillons; Absence de test de puissance statistique;

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
<p>téléphonique motivationnel (14 jours suivants) au sein de la population visée; Étudier de façon préliminaire les effets du traitement sur la consommation de SPA et la VC.</p> <p>Pré-test/post-test avec groupe contrôle sans distribution au hasard N = 40; groupe expérimental (intervention BSAFER) n = 21; appel motivationnel 14 jours après n = 13; 1 mois post-appel motivationnel 14 jours après n = 15; 3 mois n = 14; groupe</p>	<p>changement: Score entre 0 et 5. Un score élevé traduit une motivation élevée à changer ses habitudes de consommation.</p> <p>Perception d'efficacité personnelle : Score entre 0 et 5. Un score élevé traduit une plus grande confiance en sa capacité à changer ses habitudes de consommation.</p> <p>Les résultats représentent l'écart entre la moyenne des scores de la participation au BSAFER et de l'appel motivationnel fait à 14 jours après le passage à l'urgence</p>	<p>Groupe contrôle : Pré-traitement : 4,8 [3,8; 5,9] 1 mois : 4,5 [3,2; 5,8] 3 mois : 3,4 [1,9; 4,9] TLFB en excluant femmes consommatrices de cannabis uniquement (n=18) : Groupe expérimental : Pré-traitement : 5,7 [3,6; 7,7] 1 mois : 4,8 [2,8; 6,9] 3 mois : 3,2 [0; 6,5] Groupe contrôle : Pré-traitement : 5,8 [4,9; 6,9] 1 mois : 5,0 [3,2; 6,8] 3 mois : 4,5 [2,1; 6,9] Motivation au changement : Groupe expérimental : + 1,4 points Groupe contrôle : + 0,5 points</p> <p>VC : Score au CAS (M [IC_{95%}]) : Groupe expérimental : Pré-traitement : 9,7 [4,7; 15,0] 1 mois : 4,3 [0,8; 7,7] 3 mois : 5,6 [0; 8,7] Groupe contrôle : Pré-traitement : 9,5 [3,1; 16,9] 1 mois : 6,2 [0,3; 12,0] 3 mois : 6,2 [0; 12,8]</p>	<p>programme par ordinateur est facile et est accepté par les participantes; Augmentation de la motivation au changement; Augmentation de la perception d'efficacité personnelle; Potentiel effet quant à la diminution du nombre de jours par mois de consommation de SPA et de la fréquence de la VC observées auprès de deux groupes.</p>	<p>Niveaux de sévérité des problématiques de consommation de SPA et de VC ciblés hétérogènes ce qui rend difficile l'interprétation des résultats. Incohérence entre les méthodes de collectes de données utilisées et la visée de ce type d'intervention brève soit d'amener la femme à intégrer des services en dépendance ou VC.</p>	
		<p>VC : <i>Composite Abuse</i></p>			

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
	contrôle (visionnement vidéo sécurité incendie) n = 19; appel pour réviser le contenu de la vidéo 14 jours après n = 14; 1 mois n = 16; 3 mois n = 15	<p><i>Scale (CAS) :</i> Mesure de l'occurrence des violences psychologiques, physiques et sexuelles dans les derniers 30 jours. Score total entre 0 et 30.</p>			
		<p>Satisfaction à propos du programme : <i>Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) :</i> évaluation de la satisfaction à l'égard du programme et de son utilité. Complété immédiatement après la participation au programme.</p>			
Donohue <i>et al.</i> , 2010 É-U	Étudier les principaux effets du programme FBT auprès d'une mère présentant des problèmes sévères de	Usage de SPA : Test de dépistage urinaire de drogue (amphétamine, méthamphétamine, cocaïne, benzodiazépine, barbituriques,	Usage de SPA : Test de dépistage urinaire de drogue : Pré-traitement : Positif pour le cannabis Post-traitement : Négatif de toutes SPA TLFB (À	Arrêt complet de l'usage d'amphétamine et de cannabis; Arrêt quasi-complet de l'usage d'alcool; Arrêt complet des épisodes de VC	Bonne illustration du potentiel de l'intervention, toutefois, un seul cas; Absence de résultats post-traitement

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
	comportement recevant des services de protection de l'enfance. Étude de cas $N=1$ À l'admission; Immédiatement après la fin du traitement	méthadone, phencyclidine, opiacés, cannabis) TFLB : Nombre total de jour de consommation de méthamphétamine, de cannabis et d'alcool dans les 120 derniers jours VC : TLFB : Nombre d'épisodes de VC rapportés dans les 120 derniers jours. Santé mentale : <i>Measures Structured</i> SCID-IV : Permet le diagnostic de problématiques de santé mentale tel que retrouvées dans le DSM-IV.	l'admission/immédiatement à la fin du traitement) : Alcool : 56/1 Métamphétamine : 31/0 Cannabis : 70/0 VC : Nombre d'épisodes de violence rapportés : Pré-traitement : 6 Post-traitement : 0 Santé mentale : SCID-IV : Pré-traitement : Présence de TSPT, TUS-alcool et TUS-cannabis, Trouble bipolaire type 1 avec épisode de dépression majeure Post-traitement : Aucun	rapportés; Ne répond plus aux critères diagnostic du DSM-IV pour TSPT, TUS-alcool et cannabis; Amélioration de la compréhension et de l'empathie quant aux besoins de son enfant; Amélioration des habiletés permettant d'assurer un milieu sécuritaire à son enfant.	
Gilbert <i>et al.</i> , 2006 É-U	Déterminer la faisabilité (taux de participation, adhérence au traitement, attrition) et le caractère sécuritaire	Usage de SPA : Drug and Alcohol Use Behavior Questionnaire : Mesure de la fréquence de l'usage de SPA ainsi que de la quantité d'alcool	Usage de SPA : (<i>OR</i> [IC _{95%}]) Crack/cocaïne : 3,26* [0,60; 17,50] Héroïne : 1,05 [0,33; 3,33] Cannabis : 0,81 [0,18; 3,68] Consommation abusive d'alcool : 3,61* [0,73; 17,80] Consommation de toutes	Potentiels effets quant à la diminution des épisodes de consommation abusive d'alcool et de toutes drogues confondues;	Manque de puissance statistique dû au petit échantillon. Résultats quasi significatif ($p < 0,10$) pour ce qui est de la diminution de la consommation abusive d'alcool et de la

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
<p>d'offrir le programme WWT auprès de la population de femmes bénéficiant d'un TAO dans un centre de traitement de la dépendance; Étudier les effets préliminaires à moyen terme du programme sur sa capacité à réduire la VC, la consommation de SPA, le niveau de dépression, de TSPT et de comportements sexuels à risque;</p> <p>Étude randomisée avec groupes équivalents $N = 34$; groupe expérimental (12 séances) $n = 16$; groupe contrôle</p>	<p>dans les 90 derniers jours sur une échelle de type Likert à 7 points variant de <i>jamais à tous les jours</i>.</p> <p>VC :</p> <p>CTS2 : Mesure de la fréquence des types de violences mineures et sévères : psychologiques, physiques, sexuelles et causant des blessures, dans les derniers 6 mois sur une échelle de type Likert à 7 points variant de <i>jamais à 20 fois ou plus</i>. Résultat indique le nombre de participantes ayant rapporté au moins un épisode par catégories.</p> <p>TSPT :</p> <p>PCL-C : Mesure auto-rapportée de symptômes associés au TSPT selon les critères diagnostics</p>	<p>drogues confondues : 3,34* [0,80; 14,00]</p> <p>VC:</p> <p>CTS2 :</p> <p>Violence mineure : physique/sexuelle/blessure:</p> <p>Groupe expérimental : Pré-traitement : $N = 13$; 3 mois : $N = 5^*$</p> <p>Groupe contrôle : Pré-traitement : $N = 13$; 3 mois : $N = 10^*$</p> <p>Violence psychologique mineure:</p> <p>Groupe expérimental : Pré-traitement : $N = 16$; 3 mois : $N = 9^*$</p> <p>Groupe contrôle : Pré-traitement : $N = 18$; 3 mois : $N = 13^*$</p> <p>Violence psychologique sévère :</p> <p>Groupe expérimental : Pré-traitement : $N = 10$; 3 mois : $N = 5^*$</p> <p>Groupe contrôle : Pré-traitement : $N = 11$; 3 mois : $N = 13^*$</p> <p>TSPT :</p> <p>PCL-C ($OR[IC_{95\%}]$):</p> <p>Dimension de l'évitement : 34,64* [0,89; 24,09]</p>	<p>Le nombre de femmes ayant rapporté vivre au moins un épisode de violence mineure psychologique/physique/sexuelle a significativement réduit au sein du groupe en traitement en comparaison au groupe contrôle pour qui les prévalences sont restées stables; Les symptômes de stress post-traumatique associés à l'évitement ont diminué à un niveau jugé de quasi significatif; Les femmes dans le groupe expérimental ont réduit significativement leur niveau de dépression et ont eu</p>	<p>consommation de toutes drogues confondues ; Malgré le petit échantillon, réduction significative de la violence subie pour le groupe expérimental; Les résultats démontrent le potentiel du programme aussi à réduire les symptômes associés à la dépression et au TSPT.</p>	

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
	(1 séance) $n = 18$ Pré-traitement; 3 mois après la fin du traitement	du DSM-IV-TR sur une échelle de type Likert à 5 points variant de <i>Pas du tout à extrêmement</i> . Dépression : BSI : Mesure du niveau de symptômes dépressifs Comportements sexuels à risque : SRQB : Mesure de la fréquence de comportements sexuels à risque dans les derniers 90 jours.	Dépression : BSI : Diminution de la symptomatologie associée à la dépression : 5,72** [1,60; 20,42] Comportements sexuels à risque : Diminution du nombre de relation sexuelle sous l'influence de SPA: 6,13* [1,05; 35,72]	moins de relations sexuelles alors qu'elles étaient sous l'influence de SPA.	
Rhodes <i>et al.</i> , 2015 É-U	Tester l'efficacité d'une intervention brève visant à réduire la VC et la consommation abusive d'alcool lors d'une visite en milieu hospitalier; Étude randomisée $N = 592$	Usage de SPA : AUDIT : Détection de la consommation à risque d'alcool. Composé de 10 items. Score varie entre 4 et 40. Item de l'AUDIT-C portant sur la fréquence d'épisodes d'usage excessif d'alcool (> 4 consommations par jour) dans les 7	Usage de SPA : Score à l'AUDIT ($M [IC_{95\%}]$): Groupe expérimental : Pré-traitement : 7,9 [7,3; 8,6] 3 mois : 9,0 [8,1; 9,9] 6 mois : 8,4 [7,3; 9,5] 12 mois : 7,4 [6,4; 8,4] Groupe contrôle avec contact : Pré-traitement : 8,7 [7,9; 9,5] 3 mois : 9,7 [8,6; 10,7] 6 mois : 7,7 [6,8; 8,6] 12 mois : 7,4 [6,3; 8,5]	L'intervention brève en urgence hospitalière, ne permet pas de réduire de façon significative la VC ni le nombre de jour de consommation abusive d'alcool; Diminution de la consommation de SPA observée chez le groupe contrôle	Grande taille échantillon; Distribution au hasard; Groupes sensiblement équivalents. À l'admission, les femmes du groupe contrôle rapportent plus de VC et les femmes du groupes expérimental (10%) ont eu davantage recours à des services communautaires en VC que les femmes du groupe contrôle (4%);

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
<p>Groupe expérimental (reçoit l'intervention et un appel motivationnel 10 jours après) : À l'admission $n=239$; post-intervention : 3 mois $n = 192$; 6 mois $n = 188$; 12 mois $n = 165$</p> <p>Groupe contrôle avec contact (reçoit une liste de ressources psychosociales) : À l'admission $n = 232$; post-intervention : 3 mois $n = 179$; 6 mois $n = 176$; 12 mois $n = 165$</p> <p>Groupe contrôle sans contact (reçoit une liste de ressources psychosociales) : À l'admission $n = 121$; 3 mois $n = 95$</p>	<p>derniers jours. Résultat indique le pourcentage de femme ayant rapporté au moins un épisode. TLFB : Quantité et fréquence des jours de consommation d'alcool.</p> <p>VC : CTS2 : Mesure de la fréquence et de la sévérité des épisodes de VC perpétrés et subis. Scores varient entre 0 et 96, un score élevé indique plus d'épisodes de violences.</p>	<p>Groupe contrôle sans contact : Pré-traitement : 8,2 [7,2; 9,3] 3 mois : 8,3 [6,9; 9,7] Épisode de consommation excessive d'alcool dans la dernière semaine (% [IC_{95%}]): Groupe expérimental : Pré-traitement : 51 [44; 53] 3 mois : 43 [36; 50] Groupe contrôle : Pré-traitement : 46 [40; 53] 3 mois : 41 [34; 48]</p> <p>VC : CTS2 (M [IC_{95%}]) : Groupe expérimental : Pré-traitement : 9,4 [8,3; 10,6] 3 mois : 8,5 [7,0; 10,0] 6 mois : 6,2 [5,1; 7,3] 12 mois : 5,6 [4,5; 6,7] Groupe contrôle avec contact : Pré-traitement : 9,9 [8,6; 11,2] 3 mois : 8,5 [7,0; 10,0] 6 mois : 6,1 [4,8; 7,4] 12 mois : 6,2 [4,7; 7,7] Groupe contrôle sans contact : Pré-traitement : 12,2 [10,2; 14,2] 3 mois : 7,4 [5,4; 9,4]</p>	<p>et expérimental. 1 an post-traitement, les deux groupes présentent les mêmes taux de consommation à risque d'alcool; Aucune différence les groupe quant au nombre d'épisode de consommation excessive d'alcool par semaine; Diminution de la fréquence et de la sévérité de la VC auprès du groupe expérimental et des 2 groupes contrôle (avec et sans contact)</p>	<p>Passage du temps associé de façon significative ($p < 0,001$) à une diminution des épisodes de consommation excessive d'alcool et la VC.</p>	

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
Schumm <i>et al.</i> , 2009 É-U	Documenter les effets d'un programme de traitement de la dépendance à l'alcool, sur la VC en modalité conjugale auprès de femmes ayant un TUS-alcool Quantitatif pré-expérimental avec groupe de comparaison Couples H-F dont la femme possède un TUS-alcool $N = 103$; 1 an pré-traitement (rétroactif) ($n = 103$); 1 an post-traitement ($n = 91$); 2 ans post-traitement ($n = 86$); groupe de comparaison équivalents n'ayant pas de problématique d'usage d'alcool :	Usage de SPA : TLFB : Mesure du nombre de jours durant lesquels la femme a consommé de l'alcool, des drogues ou est demeurée abstinente. Rémission/ rechute : Sont considérées en rémissions les femmes qui répondent aux critères suivants : a) complètement abstinente ou consomme moins de trois consommations standards; b) aucune consommation de drogue illicite à l'exception du cannabis à la hauteur de 10% des jours de l'année; c) absence d'hospitalisation pour alcool ou drogue; d) absence de problèmes judiciaires liés à la consommation	Usage de SPA : Résultat du traitement : An 1 / an 2 : Ayant rechutées : $N = 50 / N = 44$ En rémission : $N = 41 / N = 42$ VC : Prévalence des agressions homme-femme (%) : Couple dont la femme possède un TUS-alcool : Violence verbale sévère : 1 an pré-traitement: 80,6 1 an post-traitement : 43,7*** 2 ans post-traitement : 30,1*** Toute violence confondue: 1 an pré-traitement : 64,1 1 an post-traitement : 36,3*** 2 ans post-traitement : 16,3*** Violence sévère : 1 an pré-traitement : 22,3 1 an post-traitement : 15,4 2 ans post-traitement : 8,1*** Groupe de comparaison : 1 an pré-traitement : 21,4 1 an post-traitement : 14,6 2 ans post-traitement : 6,8 Prévalence des agressions homme-femme selon le statut	Diminution de violence verbale sévère; Diminution de toutes formes de VC confondues; Diminution de la VC sévère jusqu'à 2 an post-traitement;	Absence de groupe contrôle; Comparaison des niveaux de VC avec un groupe de comparaison équivalent issu de la population générale; Analyse des résultats en fonction du statut de rémission de la femme.

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
	Femmes $n = 103$; Hommes $n = 103$	d'alcool ou de drogue; e) absence de problèmes liés à l'emploi en raison de la consommation d'alcool ou de drogue; f) absence de symptômes de sevrage et de <i>blackout</i> associés à la consommation d'alcool ou de drogue. Résultat indique le nombre de participantes.	de la femme (rémission ou rechute) (%): Femmes ayant rechutées : 1 an post-traitement ($N = 50$) : Violence verbale sévère : 54,0 Toute violence confondue :46,0 Violence sévère : 20,0 2 ans post-traitement ($N = 44$) : Violence verbale sévère : 40,0*** Toute violence confondue: 20,0 Violence sévère : 11,1 Femmes en rémission : 1 an post-traitement ($N = 41$) : Violence verbale sévère: 43,9 Toute violence confondue: 24,4 Violence sévère: 9,8 2 ans post-traitement ($N = 42$) : Violence verbale sévère : 31,7 Toute violence confondue: 12,2 Violence sévère : 4,9		
		VC : CTS : Sous-échelles <i>agression verbales</i> (6 items) et <i>violence</i> (8 items). Mesure de la fréquence et de la sévérité de la violence perpétrée et subie dans les derniers 12 mois sur une échelle de type Likert à 7 points variant de <i>jamais</i> à <i>20 fois ou plus</i> . Résultat indique le pourcentage de			

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
		participantes ayant rapporté au moins un épisode par catégories.			
Tirado-Munoz, 2015 Espagne	Adapter le programme WWT pour la VC et les symptômes dépressifs auprès de femmes recevant un traitement pour la dépendance; Documenter les effets préliminaires quant à la faisabilité et l'efficacité du programme Quantitatif pré-expérimental randomisé avec groupe contrôle $N=14$ Groupe expérimental (WWT) $N=7$ pour tous les	Usage de SPA : TLFB : Quantification des épisodes de consommation de drogues illicites et d'alcool dans la dernière semaine. Les résultats indiquent le nombre de jours de consommation d'alcool. VC : CAS : Quantification de l'occurrence des violences psychologiques, physiques et sexuelles dans les 1 et 12 derniers mois. Un score supérieur à 7 indique la présence de VC. PMWI : Mesure de la	Usage de SPA : TLFB (alcool) (M [ÉT]): Groupe expérimental : Pré-traitement : 22,8 (40,35) 1 mois : 6,42 (12,83)* Groupe contrôle : Pré-traitement : 6,28 (13,79) 1 mois : 10,0 (17,29) VC: CAS Nombre (%) : Groupe expérimental : Pré-traitement : 7 (100) 1 mois : 2 (40) 3 mois : 2 (40) 12 mois : 1 (20) Groupe contrôle : Pré-traitement : 7 (100) 1 mois : 5 (71) 3 mois : 5 (83) 12 mois : 3 (60) PMWI- <i>Isolation/Dominance</i> (M [ÉT]) : Groupe expérimental : Pré-traitement : 17,20 (6,14) 1 mois : 8,80 (1,64)* 3 mois : 8,20 (0,83)* Groupe contrôle :	Diminution du nombre de jours de consommation d'alcool; Diminution de la violence psychologique; Réduction significative pour le groupe expérimental des comportements d'agressivité en réaction à la VC 1 mois post-traitement; Augmentation significative pour le groupe expérimental des réponses associées à l'affirmation de soi en réaction à la VC 1 mois post-traitement; Réduction significative de la	Groupes presque équivalents, les femmes du groupe expérimental rapportent plus de VC que le groupe contrôle lors de la collecte de données initiale; Malgré le petit échantillon, réductions significatives observées pour la consommation de SPA et la VC psychologique

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
	temps de mesure; groupe contrôle (reçoivent des services en VC et en dépendance tel que normalement offert en externe) à l'admission ($n = 7$); 1 mois post-intervention ($n = 5$); 3 mois post-intervention ($n = 4$); 12 mois post-intervention ($n = 3$)	fréquence de la violence psychologique divisé en deux domaines (émotionnel/verbal; domination/isolement). SSAAS : Mesure du niveau d'adhésion à des items associés soit aux réactions d'assujettissement ou d'agressivité vis-à-vis la VC subie sur une échelle de -3 à +3. Résultats représente la moyenne et l'écart type des scores des participantes pour chacune des dimensions. Dépression BDI-II: Mesure des symptômes dépressifs dans la dernière semaine. Les résultats	Pré-traitement : 13,85 (5,39) 1 mois : 11,71 (3,81) 3 mois : 12,33 (3,50) SSAAS- <i>Agressiveness</i> Groupe expérimental : Pré-traitement : -8,40 (6,10) 1 mois : -18,80 (7,32)* Groupe contrôle : Pré-traitement : -6,42 (13,62) 1 mois : -1,00 (12,21) SSAAS- <i>Assertiveness</i> ($M [ÉT]$) Groupe expérimental : Pré-traitement : -3,80 (16,39) 1 mois : 26,60 (12,44)* Groupe contrôle : Pré-traitement : 7,71 (21,76) 1 mois : 15,33 (11,97) Dépression : BDI-II ($M [ÉT]$) : Groupe expérimental : Pré-traitement : 22,42 (8,34) 1 mois : 14,42 (8,16) 3 mois : 11,28 (5,18) 12 mois : 14,57 (8,96) Groupe contrôle : Pré-traitement : 23,42 (12,73) 1 mois : 17,00 (10,36) 3 mois : 15,28 (10,95) 12 mois : 12,28 (9,60)	VC associée à l'isolation et la domination jusqu'à 3 mois post-traitement.	

Auteurs, année de publication, pays	But de l'article et protocole de recherche	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Impact des pratiques sur l'usage de SPA et la VC	Forces et limites
		indiquent la moyenne et l'écart type des scores des participantes. Un score entre 19 et 63 indique un niveau de dépression de modéré à sévère.			

Note. AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; BSI = Brief Symptom Inventory; CAS = Composite Abuse Scale; CTS2 = Revised Conflict Tactics Scales; DVSE = Domestic Violence Self-Efficacy; ND = non disponible; PCL-C = Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – civilian; PMWI = Psychological Maltreatment of Woman Inventory; SSAAS = Spouse Specific Assertion/Aggression Scale; SCID-IV = Clinical Interview for DSM-IV; S. O. = sans objet; SRQB = Sexual Risk Behavior Questionnaire; TLFB = Timeline Followback; TSPT = trouble de stress post-traumatique; VC = violence conjugale; WEB = Women's Experience of Battering; *** = $p < 0,001$; ** = $p < 0,01$; * = $p < 0,1$

