The Canadian Journal of Program Evaluation Vol. 22 No. 1 Pages 151–176
ISSN 0834-1516 Copyright © 2007 Canadian Evaluation Society

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES LORS DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMMES D'INTERVENTION DE CRISE

Luc Touchette
Robert Pauzé
Université de Sherbrooke
Sherbrooke, Québec

Résumé : Les programmes d'intervention brève et intensive dédiés aux familles en crise ont fait l'objet de nombreuses évaluations et recherches évaluatives. Néanmoins, plusieurs experts affirment qu'il est encore difficile de statuer sur l'efficacité de ces programmes en raison des failles méthodologiques des études et de la confusion qui entourent la définition de ces programmes et leur implantation. Cet article présente les principaux enjeux liés à l'évaluation de ces programmes et propose différentes solutions telles que l'implication hâtive de l'évaluateur dans la démarche d'implantation du programme, la définition d'objectifs cohérents et cliniquement ancrés et la redéfinition des critères de succès habituellement utilisés.

Abstract: Intensive crisis programs have been the object of numerous evaluations and evaluative inquiries. Nevertheless, experts and researchers are unable to make clear statements about the effectiveness of these programs in helping families and children in crisis. Methodological bias and confusion in the definition and implementation of these programs may have contributed to the issue. This article identifies the main stakes in the evaluation of these programs and suggests solutions such as the early involvement of the evaluator in the program implementation process and new definitions of objectives and success criteria.

L'intervention de crise connaît actuellement un essor important parmi la gamme des services psychosociaux offerts aux familles en difficulté. S'appuyant sur une philosophie d'intervention centrée sur la famille, les programmes d'intervention brève et intensive de crise sont actuellement envisagés comme une solution

Correspondance à l'auteur : Luc Touchette, Département de psychoéducation, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, 2500, boul. de l'Université, Sherbrooke, QC, J1K 2R1; <Luc.Touchette@USherbrooke.ca>

prometteuse pour éviter les placements non planifiés d'enfants et d'adolescents (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005). Face à la prolifération de ces programmes au cours des années 1980, de nombreux chercheurs ont étudié l'efficacité de ces programmes à prévenir le placement d'enfants et d'adolescents en milieu substitut. Malgré l'abondance d'évaluations de programmes et de recherches évaluatives en ce domaine, les limites méthodologiques des études, même les plus rigoureuses, réduisent notre capacité à détecter l'effet réel de ces programmes (Dagenais, Bégin, Bouchard, & Fortin, 2004; Fraser, Nelson, & Rivard, 1997; Kirk & Griffith, 2004; Littell & Schuerman, 2002; Staudt & Drake, 2002b).

Au moment où ce type de programmes est appelé à être intégré à l'offre de services psychosociaux courants et à faire l'objet de nouvelles évaluations (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005), il apparaît important d'identifier les considérations théoriques et méthodologiques qui doivent guider l'évaluation de ces programmes d'intervention de crise. À cet égard, plusieurs articles ou chapitres de livres ont déjà été consacrés aux méthodologies d'évaluation des programmes intensifs de sauvegarde de la famille au cours des années 1990 (Pecora, Fraser, Nelson, McCroskey, & Meezan, 1995; Raschick & Critchley, 1998; Rossi, 1992a, 1992b). Plusieurs recommandations pour l'évaluation de ces programmes ont également été proposées (Dagenais et al., 2004; Fraser et al., 1997). Toutefois, aucun article récent n'a traité spécifiquement des enjeux liés à l'évaluation de ces programmes, et très peu de chercheurs se sont préoccupés de l'intégration des principes théoriques de l'intervention de crise dans les stratégies d'évaluation de programme. Cet article vise donc à susciter une réflexion concernant les différents enjeux et pièges qui guettent l'évaluation des programmes d'intervention brève et intensive de crise. La première partie de cet article décrit les enjeux liés à la définition et à l'implantation des programmes en traitant de la théorie d'action des programmes d'intervention brève et intensive de crise, de leurs objectifs, de la clientèle visée, et de la fidélité de l'intervention au programme théorique. La deuxième partie de cet article porte sur l'évaluation de l'efficacité et de l'impact des programmes en présentant les principaux enjeux liés à la composition des groupes de comparaison, à l'hétérogénéité de la clientèle, aux critères d'efficacité des programmes, à la signification statistique et clinique des résultats ainsi qu'aux sources d'informations, aux outils d'évaluation, et aux temps de mesure.

LES ENJEUX LIÉS À LA DÉFINITION ET À L'IMPLANTATION DES PROGRAMMES

La description claire et détaillée d'un programme est sans contredit une condition préalable à son évaluation. D'ailleurs, certains insistent sur l'importance de juger de la qualité du programme théorique dès le commencement d'une évaluation de programme afin d'y apporter les correctifs qui faciliteront son implantation et son évaluation éventuelle (Rossi, Freeman, & Lipsey, 1999; Pecora et al., 1995). À l'instar d'autres programmes d'intervention psychosociale, les principales difficultés liées à la définition et l'implantation de programmes d'intervention intensive de crise concernent l'élaboration de la théorie d'action des programmes, la définition des objectifs et des critères d'inclusion de la clientèle, et le degré de fidélité entre l'intervention offerte et le programme théorique.

L'élaboration de la théorie d'action des programmes

Les programmes d'intervention brève et intensive de crise peuvent être définis à partir de la théorie d'action qui les sous-tend. Cette théorie d'action comporte en elle-même deux niveaux. Au premier niveau, la théorie des processus (Rossi et al., 1999), situe le programme dans son contexte plus large en précisant des paramètres de gestion et d'organisation tels que l'accessibilité, la clientèle visée et les ressources disponibles. Ces paramètres sont déterminés en fonction de l'environnement organisationnel du programme. Le deuxième niveau de la théorie d'action se situe davantage au plan clinique et correspond à la théorie d'impact des programmes d'intervention brève et intensive de crise. La théorie d'impact explique comment l'intervention prévue au programme devrait donner lieu à l'amélioration du fonctionnement de l'enfant et de la famille.

Au premier niveau de la théorie d'action, la théorie des processus qui soutient les programmes d'intervention brève et intensive de crise permet de préciser l'influence de l'environnement du programme sur sa définition. À titre d'exemple, l'efficience attendue de ces programmes par la réduction des coûts élevés du placement en milieu substitut et les orientations législatives privilégiant le maintien de l'enfant dans son milieu naturel sont autant de facteurs qui ont eu une influence marquée sur la définition et l'implantation de ce type de programme (Berry, 1997; Lindsey, Martin, & Doh, 2002). La pression exercée par ces enjeux économiques et législatifs sur l'intervention clinique peut entraîner son lot de confusion. À titre d'exemple, on observe une

tension entre les enjeux économiques, représentés par les économies souhaitées par la prévention des placements en milieu substitut et les objectifs cliniques d'orienter l'enfant et sa famille vers les services les plus appropriés. En effet, si dans certaines situations ce type de programme permet d'éviter qu'une situation se détériore, il arrive également que l'intervention brève et intensive de crise mette en évidence la nécessité du placement en milieu substitut et le recours souhaitable à des services à plus long terme (Roberts, 2000). Une autre tension peut être illustrée entre les contextes, législatif et économique, et les clientèles ciblées par les programmes. À cet effet, l'organisation des services, définis par une structure législative, conjugués à la précarité des ressources concourt à mettre en place des programmes s'adressant à une clientèle souvent hétérogène sélectionnée sur la base de l'imminence du placement de l'enfant en milieu substitut plutôt qu'une problématique spécifique (Feldman, 1991; Nelson, 1991). Or, il est difficile pour les intervenants de développer l'expertise pourtant suggérée nécessaire pour intervenir efficacement auprès de familles en crise (Dagenais et al., 2004). Enfin, les programmes d'intervention brève et intensive de crise doivent être envisagés en fonction de la place particulière qu'ils occupent à l'intérieur d'un continuum de services (Berry, 1997; Campbell, 2002; Comité consultatif sur le développement de solutions de rechange en matière de placements d'enfants, 1994; Touchette, Gendron, Simard, & Pauzé, 2005). Par conséquent, la dissémination d'un programme d'une région à une autre implique inévitablement la redéfinition du programme et de la théorie des processus qui le soutiennent en fonction de la gamme de services déjà offerts et des arrimages souhaités avec ces services.

Au deuxième niveau de la théorie d'action, la théorie d'impact encadre l'intervention offerte aux familles par les approches cliniques qu'elle préconise. La théorie d'impact des programmes d'intervention brève et intensive de crise s'inspire généralement de l'approche écologique, de la théorie d'intervention de crise, de la théorie des systèmes familiaux, et de la théorie d'apprentissage social (Barth, 1990; Dagenais & Bouchard, 1996; Dore, 1991; Garrison & Blalock, 1996; Nelson & Landsman, 1992). À l'instar d'autres programmes d'intervention psychosociale, la théorie d'action clinique des programmes d'intervention brève et intensive est le plus souvent définie par des principes de prestation de services et des étapes d'intervention, plutôt que par la description d'activités structurées et pré-organisées (Berry, 1997; Grack, 1997; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998; Kinney, Haapala, & Booth, 1991; Wells & Tracy, 1996). Ce type de description de la théorie d'impact a pour avantage d'offrir

la souplesse d'intervention requise pour répondre à l'hétérogénéité des profils cliniques présentés par les familles qui ont recours à l'intervention en contexte de crise. Par contre, l'évaluateur devrait s'assurer que la description des principes et des étapes d'intervention est assez précise puisqu'elle demeure un élément essentiel à l'intégration de la théorie d'impact par les intervenants et à la généralisation éventuelle des programmes. L'étude de ten Brink, Veerman, de Kemp, et Berger (2004) montre également l'utilité pour l'évaluation d'implantation des programmes de définir les programmes à trois niveaux : la méthode, les techniques, et les activités.

À notre avis, plusieurs programmes d'intervention brève et intensive de crise ont souffert d'une incohérence entre ces deux niveaux de la définition des programmes notamment en ce qui a trait aux objectifs des programmes et à la clientèle visée. Comme nous le verrons plus loin, cette confusion est possiblement à l'origine de la difficulté de plusieurs programmes d'offrir une intervention fidèle au programme théorique.

La définition des objectifs

Traditionnellement, les programmes d'intervention brève et intensive de crise auprès des familles visaient principalement à prévenir les placements non nécessaires d'enfants ou d'adolescents en milieu substitut (Wells & Biegel, 1991). Rappelons que cet objectif répond à des impératifs organisationnels liés aux coûts élevés de cette mesure et à des considérations cliniques qui visaient à éviter les conséquences potentiellement néfastes liées au déracinement de l'enfant de son milieu naturel et à la pauvreté de l'intervention offerte aux parents d'enfants placés en milieu substitut. Si la prévention du placement représente un objectif cohérent au plan organisationnel (théorie des processus), tel n'est pas nécessairement le cas au niveau clinique (théorie d'impact). De fait, tel que le suggère la théorie d'intervention de crise à la base des programmes d'intervention brève et intensive, l'intervention vise dans un premier temps à apaiser la détresse liée à l'urgence de la situation et, dans un deuxième temps, à répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille et à favoriser le développement de leurs compétences adaptatives afin de prévenir, ultimement, le retrait de l'enfant de son milieu familial (Callahan, 1998; Kanel, 2003; Pauzé, Joly, Yergeau, Toupin, & Touchette, 2005; Roberts, 2000; Slaikeu, 1984). Or, plusieurs chercheurs rappellent que le placement d'un enfant constitue parfois une solution adéquate pour répondre à ses besoins (Pecora et al., 1995; Rossi, 1992; Wells & Biegel, 1991). À cet

égard, l'objectif de maintenir l'intégrité familiale est en contradiction logique avec d'autres objectifs des programmes visant l'amélioration du fonctionnement et du bien-être de la famille, l'orientation vers les services appropriés, et la protection de l'enfant et de son entourage (Berry, 1997; Rossi, 1992b; Staudt, 2000, 2001; Wells & Biegel, 1991). Ainsi, il est théoriquement convenu que le placement d'un enfant rejoint les objectifs du programme lorsque ce placement permet d'assurer la sécurité de l'enfant et d'améliorer, par une intervention auprès de la famille, les conditions familiales où évoluera l'enfant à la suite du placement. Par contre, il s'avère beaucoup plus difficile de définir, en pratique, des critères opérationnels pour identifier ces situations pour lesquelles le placement s'avère nécessaire à la protection de l'enfant et éventuellement profitable pour le fonctionnement de la famille (Pecora et al., 1995; Schuerman, Rossi, & Budde, 1999). Cet enjeu autour de la question du placement a amené certains experts à préciser le type de placement que visent à prévenir ces programmes (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005) et à intégrer dans leur théorie d'impact l'utilisation de mesures de répit ou d'arrêt d'agir planifiées et de courtes durées (Touchette et al., 2005).

La clientèle visée par les programmes

Conformément à leur objectif d'origine de prévenir le placement d'enfants en milieu substitut, les programmes d'intervention brève et intensive de crise ont d'abord visé des familles dont l'un des enfants est à risque imminent de placement, c'est-à-dire dont l'enfant serait placé en l'absence d'une intervention intensive de crise (Tracy, 1991). L'adoption de ce critère d'inclusion dans les programmes visait notamment à garantir leur efficience et s'assurer que l'intensité de la crise motive la famille à procéder aux changements nécessaires pour atteindre un niveau de fonctionnement adéquat (Kelly & Blythe, 2000). Par conséquent, les familles visées par les programmes devaient présenter des portraits cliniques assez sévères pour qu'une recommandation de placement soit justifiée. Or, les résultats de quelques études expérimentales suggèrent qu'une proportion importante des enfants référés dans les programmes sur la base de leur risque imminent de placement aurait été maintenue dans leur milieu naturel en recevant les services psychosociaux habituels (Feldman, 1991; Schuerman, Rzepnicki, & Littell, 1994). En outre, les résultats d'une étude menée par Schuerman et al. (1999) montrent que, selon les experts et les intervenants, les familles pour qui les programmes de sauvegarde de la famille seraient la mesure la plus adéquate sont majoritairement celles qui seraient dirigées, en l'absence de ces

programmes, vers une intervention régulière ou pour lesquelles un placement temporaire de l'enfant serait prévu. Ainsi, l'utilisation du risque de placement imminent comme critère d'inclusion dans les programmes pose des difficultés d'opérationnalisation à considérer au moment de définir et d'implanter les programmes d'intervention brève et intensive de crise.

La propension des experts à référer des familles dont la situation ne requiert pas nécessairement un placement rejoint la position de Staudt et Drake (2002a). Ces auteurs rappellent que, selon ces fondements théoriques, l'intervention de crise qui sous-tend la théorie d'impact des programmes vise généralement à rétablir l'équilibre et le niveau de fonctionnement antérieur à l'apparition des conditions qui ont favorisé l'apparition de la crise et, de façon ultime, à favoriser le développement de compétences adaptatives chez les jeunes et les familles (Callahan, 1994; Kenneth, 2002; Roberts, 2000). Or, de nombreux programmes d'intervention brève et intensive ciblent des enfants, des adolescents, ou des familles qui présentent des problèmes reconnus pour leur chronicité tels que la négligence, les problèmes de consommation abusive, ou de troubles mentaux des parents (Berry, 1993; Feldman, 1991; Schuerman et al., 1994). Staudt et Drake (2002a) soulèvent aussi l'incongruité du principe d'ouverture au changement des théories d'intervention de crise lorsque cette crise est provoquée par l'introduction des services de protection de l'enfance plutôt que par l'apparition de conditions ou d'événements adverses comme le suggérait Caplan (1964) dans l'élaboration des fondements de l'intervention de crise. Selon Kelly et Blythe (2000), les programmes devraient être offerts à des familles dont le risque de placement n'est ni trop faible, ni trop élevé et les intervenants devraient être formés afin qu'ils soient en mesure d'identifier ces familles.

La fidélité de l'intervention au programme théorique

Si la littérature scientifique compte plusieurs articles et ouvrages consacrés à l'évaluation de l'efficacité et de l'impact des programmes d'intervention brève et intensive de crise, l'attention portée à l'implantation des programmes est beaucoup plus marginale. Une recension systématique des études à travers diverses banques de données informatisées (Psychlit, Social Work Abstract Plus, et Social Science Full Text) portant sur des programmes d'intervention brève et intensive s'adressant spécifiquement aux adolescents nous a permis de constater qu'aucune des 11 études recensées ne rapporte les résultats d'une évaluation d'implantation formelle réalisée préalablement à

l'évaluation d'impact (Touchette, 2005). Dans une méta-analyse des études d'efficacité de ces programmes s'adressant aux familles d'enfants de tous âges, Dagenais et al. (2004) constatent également que peu d'études précisent la qualité d'implantation des programmes. Pourtant, de l'avis d'experts, l'incapacité des chercheurs à statuer sur l'efficacité de ces programmes serait en partie attribuable aux difficultés d'implantation des programmes évalués (Fraser et al., 1997; Rossi, 1992a). En effet, outre les difficultés liées à l'application des critères d'inclusion des familles dans les programmes, certaines études ont démontré que l'intervention est souvent offerte sur une plus longue période et de manière moins intensive que ce qui est prévu au programme théorique (Schuerman et al., 1994; U.S. Department of Health and Human Services, 2002).

À cet égard, les concepteurs des programmes multi-systémiques suggèrent d'utiliser une procédure de supervision des intervenants afin d'assurer la fidélité des services offerts à la conception théorique de l'intervention (Henggeler et al., 1998). Les programmes multi-systémiques offrent une intervention brève et intensive auprès du jeune, de sa famille, et de ses principaux milieux d'insertion sociale. À l'instar des programmes d'intervention brève et intensive de crise, ces programmes prévoient l'ajustement des cibles d'intervention aux caractéristiques socio-familiales et personnelles de chaque jeune afin de prévenir, le plus souvent, l'incarcération de jeunes délinquants ou l'hospitalisation de jeunes présentant des problèmes de santé mentale. Selon les chercheurs à l'origine de ces programmes, la fidélité de l'intervention au programme théorique est un facteur important non seulement pour la validité de son évaluation, mais également pour la réussite de l'intervention. En mesurant la relation entre l'efficacité de l'intervention et la fidélité de cette intervention au programme théorique, Henggeler, Pickrel, et Brondino (1999) observent que le programme multi-systémique permet de réduire davantage l'incarcération et la récidive des jeunes lorsque l'intervention est plus fidèle au programme théorique. Ces résultats ont d'ailleurs été corroborés dans une autre étude portant sur l'impact de l'adhésion du thérapeute au modèle théorique des programmes multi-systémiques (Schoenwald, Sheidow, Letourneau, & Liao, 2003).

La fidélité de l'intervention intensive de crise au programme théorique ou sa qualité d'implantation est d'autant plus susceptible de faire défaut lorsque les programmes sont implantés sur plusieurs sites. Dans un article traçant les défis méthodologiques qui se posent dans l'évaluation de programmes d'intervention offerts en milieu ex-

terne auprès d'individus présentant une crise psychiatrique, Ferris, Schulman, et Williams (2001) notent que les programmes risquent de varier davantage, de même que l'application des critères d'inclusion de la clientèle lorsque que ceux-ci sont offerts sur plusieurs sites. Ce constat s'observe également dans les études portant sur des programmes d'intervention de crise s'adressant aux jeunes en difficulté et à leur famille. Pour obtenir un nombre élevé de sujets et favoriser la puissance statistique des études, celles-ci portent généralement sur des programmes déployés à grande échelle marqués par une perte de fidélité des interventions au programme théorique et une plus grande hétérogénéité des populations visées (Fraser et al., 1997; U.S. Department of Human and Health Service, 2002).

Conclusion sur la définition des programmes

De l'avis d'Unrau (1995), les programmes d'intervention brève et intensive de crise se sont développés à partir de positions philosophiques plutôt que de connaissances démontrées par la recherche scientifique. En dépit d'un vaste éventail de théories cliniques et de stratégies d'intervention utilisées pour décrire ces programmes, le cadre théorique de ces programmes demeure souvent incomplet voire nébuleux (Barth, 1990). D'autre part, ces programmes se sont développés à l'intérieur d'un contexte économique, légal, et organisationnel qui comporte son lot d'enjeux. Les programmes d'intervention brève et intensive de crise sont particulièrement à risque de présenter des difficultés d'arrimages entre les deux niveaux de leur théorie d'action, un premier niveau qui concerne la dimension clinique de l'intervention de crise et un second niveau qui concerne la gestion et l'organisation des services.

Ces difficultés nous amènent à suggérer aux responsables de l'implantation des programmes d'accorder une attention particulière à l'arrimage des différents niveaux de la théorie d'action. Ce travail préalable semble particulièrement important pour réduire les problèmes d'implantation liés à la définition parfois complexe des programmes d'intervention brève et intensive de crise. Une des stratégies pouvant être facilement mise en place pour contrer ces difficultés est l'implication hâtive de l'évaluateur dès les premières étapes de l'élaboration et de l'implantation du programme. Tel que nous l'avons suggéré précédemment, chaque programme d'intervention brève et intensive de crise est largement influencé par le contexte organisationnel dans lequel il prend place. Par conséquent, la théorie d'action des programmes est susceptible d'être modifiée par rapport

aux programmes d'origine, augmentant ainsi le risque de difficultés d'arrimages entre les deux niveaux de la théorie d'action des programmes. À notre avis, une évaluation de la théorie d'action des programmes avant son implantation permettrait d'éviter certaines difficultés d'implantation tout en assurant de meilleures conditions à la poursuite de l'évaluation du programme.

L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ ET DE L'IMPACT DES PROGRAMMES

Dans la section précédente, nous avons présenté les principaux enjeux liés à la définition et à l'implantation des programmes, deux étapes d'importance pour assurer la validité de l'évaluation d'efficacité et d'impact des programmes. La recension d'études évaluatives portant sur les effets et l'impact de l'intervention brève et intensive de crise s'adressant aux enfants, aux adolescents, et aux familles en difficulté nous a permis d'identifier cinq domaines clés à considérer dans l'évaluation de ces programmes : (a) la composition des groupes de comparaison, (b) la sélection des critères de succès, (c) l'hétérogénéité de la clientèle, (d) la signification des résultats et, enfin, (e) les instruments de mesure et les temps de collecte de données.

La composition des groupes de comparaison

Selon les fondements théoriques de la crise, tout individu ou famille en crise met en branle un processus adaptatif visant à rétablir l'équilibre et réduire la tension intolérable associée à la situation de crise (Callahan, 1994; Caplan, 1964). Par conséquent, même en l'absence d'intervention, il est attendu que le jeune et la famille en crise trouvent des moyens qui leur permettent de diminuer la tension et de rétablir un certain niveau de fonctionnement. Il apparaît donc essentiel d'utiliser un groupe de comparaison afin d'être en mesure d'établir l'effet réel de l'intervention de crise au delà de ce processus naturel de rééquilibration.

Les plans de recherche expérimentaux sont sans contredit les devis de recherche qui sont théoriquement les plus judicieux pour évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention brève et intensive de crise (Pecora et al., 1995; Raschick & Critchley, 1998; Rossi, 1992b; Rossi et al., 1999). Ce plan de recherche prévoit la comparaison de deux groupes de sujets formés par la répartition aléatoire des sujets entre le groupe expérimental qui sera soumis à l'intervention et le groupe de comparaison qui fera l'objet d'une intervention différente

ou d'aucune intervention. Il importe toutefois de rappeler que la distribution aléatoire des sujets n'assure une équivalence des groupes que dans la mesure où le nombre de sujets dans chacun des groupes est suffisamment élevé. Or, le manque de sujets dans certaines études expérimentales entrave considérablement la validité de leur conclusion (Oxman–Martinez, 1996; Scherer, Brondino, Henggeler, Melton, & Hanley, 1994).

Par ailleurs, dans le champ de l'intervention psychosociale et particulièrement dans le cas d'intervention de crise, l'attribution aléatoire des sujets entre les groupes expérimentaux et les groupes de comparaison s'avère souvent contre-indiquée pour des raisons éthiques ou cliniques. En effet, si pour être admissible au programme, le client doit présenter un besoin urgent de services, il est difficilement justifiable de mettre en veilleuse l'intervention. Afin de pallier cette contrainte, de nombreux chercheurs ont eu recours aux devis quasi-expérimentaux (Pecora, Fraser, & Haapala, 1991; Raschick, 1997; Scherer et al., 1994; Schwartz, AuClaire, & Harris, 1991) qui représentent une alternative valable aux devis expérimentaux dans la mesure où le chercheur s'efforce de former un groupe de comparaison dont les sujets sont les plus comparables possible aux sujets qui composent le groupe expérimental.

L'hétérogénéité de la clientèle

Selon plusieurs chercheurs, l'hétérogénéité de la clientèle desservie par les programmes représente une limite importante des études portant sur l'efficacité des programmes d'intervention brève et intensive de crise (Cash & Berry, 2003; Fraser et al., 1997; Lindsey et al., 2002; Littell & Schuerman, 2002). Ces chercheurs soulignent qu'on ne peut s'attendre à ce que les programmes présentent un haut niveau d'efficacité auprès de familles aussi différentes.

Des études visant à identifier les caractéristiques de la clientèle associées à l'efficacité des programmes d'intervention intensive de crise suggèrent que ces programmes sont moins efficaces auprès de certaines familles, notamment celles qui présentent des conditions adverses chroniques telles que la pauvreté (Bath, Richey, & Haapala, 1992; Berry, 1991), la monoparentalité (Bath et al., 1992; Feldman, 1991; Schuerman et al., 1994), des problèmes de santé mentale et de consommation de psychotropes chez les parents (Bath et al., 1992; Nelson, 1991; Schuerman et al., 1994) ainsi qu'auprès des familles négligentes (Bath & Haapala, 1993; Berry, 1991; Schuerman et al., 1994).

L'étude de l'efficacité des programmes réalisée auprès d'un ensemble hétérogène de familles se traduit par la perte de puissance statistique et la réduction de la capacité des études à évaluer l'efficacité réelle des programmes (Bath & Haapala, 1994; Littell, 1995), ce qui représente une menace à la validité des conclusions statistiques tirées dans ces études (Cook & Campbell, 1979). De l'avis de Littell et Schuerman (2002), l'efficacité d'un programme auprès d'un sous-groupe de familles peut être camouflée par l'inefficacité du programme auprès d'un autre sous-groupe de familles faisant également partie de la population étudiée.

La recension systématique des recherches évaluatives menées sur des programmes s'adressant uniquement aux adolescents révèle que, malgré le contrôle de l'âge du jeune, l'hétérogénéité des portraits cliniques présentés par les adolescents et leur famille demeure importante (Touchette, 2005). Cette hétérogénéité est, entre autres, induite par le fait que ces programmes s'adressent à des clientèles le plus souvent définies sur la base du type de services dans lequel elles se retrouvent (services de justice, pédopsychiatrie, services sociaux généraux) plutôt que sur la base d'un profil clinique particulier. En outre, le concept de crise, dans sa perspective multifactorielle, recouvre lui-même une part d'hétérogénéité tant à travers les stress envisagés comme précurseurs de la crise qu'à travers le répertoire de stratégies adaptatives impliquées dans la résolution de la crise. Cette hétérogénéité de la clientèle doit être considérée tout au long du processus d'évaluation et plus particulièrement lors de la sélection des critères de succès qui seront utilisés.

Les critères d'efficacité des programmes

La sélection des critères d'efficacité est intimement liée à la définition des objectifs des programmes. De façon générale, les programmes d'intervention brève et intensive de crise ont été évalués sous l'angle de leur efficacité à maintenir l'enfant ou l'adolescent dans sa famille, un critère cohérent avec l'objectif de ces programmes et les critères d'inclusion prévus. Plusieurs chercheurs ont toutefois critiqué l'adoption de ce critère d'efficacité, notamment lorsqu'il représente le seul critère utilisé pour évaluer l'impact d'un programme (Cash & Berry, 2003; Rossi, 1992a, 1992b). Il nous apparaît donc important de présenter les principaux enjeux liés à l'utilisation du placement comme critère de succès des programmes.

Plusieurs arguments sont évoqués pour promouvoir l'adoption d'autres critères d'impact que le maintien de l'enfant dans sa famille. Dans

une section précédente nous avons présenté comment le placement de l'enfant constituait parfois la meilleure alternative pour venir en aide au jeune et à sa famille, notamment lorsqu'il s'agit de l'unique mesure permettant d'assurer la sécurité de l'enfant ou de la collectivité (David, 1989; Gelles, 1996; Kelly & Blythe, 2000; Wells & Biegel, 1991). Par conséquent, le placement de l'enfant peut être à la fois un indicateur de succès du programme et un indicateur d'échec dans les situations où il aurait pu être évité. Rappelons que la distinction de ces situations revêt un défi méthodologique rarement considéré dans les études.

L'évaluation de l'efficacité des programmes à maintenir le jeune dans sa famille soulève d'autres enjeux méthodologiques. À cet effet, Rossi (1992a) rappelle que la prévention du placement n'est pas indépendante du programme lui-même puisque le maintien du jeune à la maison fait partie intégrante du programme et des critères d'inclusion de la clientèle. En outre, l'évaluateur doit considérer la possibilité que les enfants qui bénéficient d'une intervention intensive ne seraient pas tous placés en l'absence de ces programmes, que les critères sur lesquels s'appuient les décideurs et les cliniciens pour procéder à un placement varient d'un pays et d'une personne à l'autre, et que la définition du placement varie d'une étude à l'autre (Berry, 1997; Besharov & Baehler, 1992; Lamb & Sternberg, 1992; Pecora et al., 1995; Rossi, 1992a; Walton, 1996).

Concernant cette dernière critique, on remarque que les programmes d'intervention intensive de crise s'inscrivent comme alternative à une pluralité de milieux substituts à la famille ou de contexte de services. Nous avons recensé plusieurs études portant sur des programmes ayant pour objectif de prévenir le placement d'enfants en besoin de protection (Bath et al., 1992; Dagenais et al., 2004; Oxman-Martinez, 1996; Potocky & McDonald, 1996; Schwartz et al., 1991), l'incarcération ou la probation de délinquants juvéniles (Borduin et al., 1995; Henggeler, Melton, & Smith, 1992; Henggeler, Borduin, & Mann, 1993; Henggeler, Pickrel, et al., 1999; Scherer et al., 1994), ou l'hospitalisation en pédopsychiatrie de jeunes présentant des problèmes de santé mentale (Henggeler, Rowland, et al.,1999; Morris, Suarez, & Reid, 1997; Mosier et al., 2001; Schoenwald, Ward, Henggeler, & Rowland, 2000). Pour définir le succès et l'échec de l'intervention, le chercheur devrait s'assurer que les différents types de placement que vise à prévenir un programme sont clairement définis. De plus, sous les principes théoriques de l'intervention de crise, il nous apparaît important de distinguer les placements réalisés en contexte d'urgence des placements qui ont cours suite à l'évaluation des besoins des jeu-

nes et des familles et qui représentent une stratégie d'intervention à plus long terme pour répondre à ces besoins.

Les experts recommandent notamment de poursuivre l'étude des programmes d'intervention brève et intensive non plus sous le seul angle de leur efficacité à prévenir le placement des jeunes en milieu substitut mais aussi à évaluer l'impact de ces programmes sur le fonctionnement des jeunes et des familles (Berry, 1997; Cash & Berry, 2003; Grack, 1997; Rossi, 1992b; Unrau, 1997; Wells & Biegel, 1991). Parmi les chercheurs qui ont étudié l'évolution des jeunes et des familles, peu d'entre eux ont accordé une attention au niveau des besoins des jeunes et des familles sur chacune des dimensions du fonctionnement de l'enfant et de la famille au moment de leur entrée dans le programme (Oxman-Martinez, 1996; Wells & Whittington, 1993). Ainsi, il est possible qu'au moment de leur entrée dans le programme, les jeunes et les familles présentent un niveau de problèmes variable selon les dimensions de leur fonctionnement; il est donc probable qu'une part d'entre eux ne présente pas de problèmes sur une dimension utilisée par les chercheurs comme variable dépendante pour évaluer l'évolution des familles. Or, l'amélioration du fonctionnement de ces jeunes et de ces familles s'avère théoriquement moins probable puisque qu'il y a peu de chance que l'intervention ait porté spécifiquement sur un domaine de fonctionnement moins problématique pour le jeune ou sa famille. Inversement, l'amélioration du fonctionnement des jeunes et des familles s'avère plus probable sur un domaine de fonctionnement sur lequel ils présentent un niveau de difficulté élevé au moment de l'entrée dans le programme; la régression statistique pouvant expliquer naturellement la diminution de la moyenne des problèmes présentés par ce sous-groupe soumis à l'évaluation.

La signification statistique

Les résultats probants présentés dans les études portant sur l'efficacité des programmes à prévenir l'utilisation du placement en milieu substitut et l'évolution des caractéristiques du jeune et de sa famille à la suite de l'intervention intensive de crise semblent nous indiquer que les chercheurs devraient prévoir des plans de recherche leur permettant de détecter des effets de taille moyenne (Henggeler et al., 1992; Lipsey, 1988). À titre d'exemple, pour détecter une différence dont l'ampleur d'effet est moyenne[1] entre les taux de placement de deux groupes, avec une puissance statistique de 80 % et un seuil clinique habituel de 0,05, chaque groupe doit être composé d'au moins 64 sujets (Cohen, 1992). Seulement trois des onze études que nous

avons recensées sur l'efficacité des programmes auprès des adolescents s'approchent de ce nombre sans toutefois l'atteindre (Borduin et al., 1995; Henggeler, Pickrel, et al., 1999; Henggeler, Rowland, et al., 1999).

En ce qui concerne l'étude des facteurs associés à l'efficacité de l'intervention, il semble nécessaire d'évaluer cette question auprès de grands échantillons lorsqu'un grand nombre de variables indépendantes sont prévues au devis d'analyses afin d'éviter la réduction de la taille d'effet détectable lors d'analyses statistiques multi-variées (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998). Dans le cas d'études plus modestes, un nombre limité de variables indépendantes devrait être considéré ou d'autres stratégies devraient être prévues afin de restreindre le nombre de variables intégrées dans les modèles multi-variés.

La signification clinique

Plusieurs chercheurs dans le champ de l'évaluation d'interventions psychosociales ont fait valoir l'importance de porter une attention particulière à la signification clinique des observations (Jacobson, Roberts, Berns, & McGlinchey, 1999; Jacobson & Truax, 1991; Kazdin, 1999; Kendall, Marrs-Garcia, Nath, & Sheldrick, 1999). Ces chercheurs rappellent qu'une évolution statistiquement significative entre deux temps de mesure peut représenter, sur le plan pratique, un écart si minime qu'il n'a que peu ou pas de sens concret. Jacobson et Truax (1991) proposent d'évaluer la signification clinique du changement à partir de deux critères : (a) le passage du jeune et de sa famille vers un fonctionnement de niveau similaire à la population normale à partir de seuils cliniques, et (b) un changement dont l'ampleur représente une évolution qui ne peut pas être attribuable à l'erreur de mesure (Jacobson et al., 1999). À notre connaissance, aucune étude portant sur les programmes d'intervention brève et intensive de crise n'a évalué complètement la signification clinique de l'évolution des jeunes et des familles. Au plus, certains chercheurs ont utilisé le premier de ces deux critères pour évaluer l'importance sur le plan clinique des changements observés chez les jeunes et les familles à la fin de l'intervention. (Henggeler et al., 1992; Wells & Whittington, 1993). La signification clinique de l'évolution des jeunes et des familles suite à l'intervention brève et intensive nous apparaît des plus importantes dans l'interprétation des résultats des études. En effet, un indice de signification clinique permet de pallier les difficultés d'interprétation liées aux différentes échelles et seuils cliniques lorsque plusieurs tests sont utilisés. Qui plus est, l'évaluation de la signification clinique des

résultats s'avère des plus appropriée pour répondre aux questions concernant l'évaluation de l'effet des programmes sur les caractéristiques des jeunes et des familles puisqu'elle permet de tenir compte de la présence ou non d'un problème au moment de l'entrée dans le programme lors de l'évaluation de l'évolution du jeune et de sa famille. Enfin, l'évaluation de la signification clinique des résultats permet d'identifier la proportion de jeunes et de familles qui continuent de présenter des difficultés à la fin de l'intervention ou quelques mois plus tard et pour lesquels une référence vers d'autres services peut s'avérer adéquate.

L'évaluation de la signification clinique des résultats exige toutefois l'existence de normes populationnelles et d'indices précis concernant la fidélité des instruments de mesure utilisés. De plus, le critère proposé par Jacobson et Truax (1991) visant un retour de la famille à un fonctionnement s'approchant davantage de la population normale que de la population clinique peut s'avérer sévère. Rappelons qu'au plan théorique, l'intervention en contexte de crise prévoit un retour de la famille et du jeune au niveau de fonctionnement antérieur à la crise peu importe où il se situe par rapport à la population normale. Enfin, pour pallier les limites de l'évaluation de la signification clinique de l'évolution du jeune et de la famille, celle-ci devrait reposer sur plusieurs méthodes et être mise en relation avec d'autres critères de succès tels que l'atteinte des objectifs de l'intervention (Kazdin, 1999).

Les sources d'information, les outils d'évaluation, et les temps de mesure

Les outils d'évaluation utilisés pour évaluer les caractéristiques personnelles et familiales des adolescents desservis par les programmes d'intervention intensive de crise possèdent généralement des qualités métrologiques démontrées. Par ailleurs, ces évaluations sont généralement complétées auprès de plusieurs répondants. Par contre, plusieurs chercheurs utilisent les archives, les dossiers d'intervention, et les données informatisées des services pour retracer les placements, l'incarcération, ou l'hospitalisation de l'adolescent suite au programme. Comme le soulignent Rossi et al. (1999), avant d'utiliser ces sources d'information, le chercheur devrait s'assurer que toutes les personnes impliquées dans la cueillette et l'informatisation des données connaissent le contexte d'utilisation de ces données et l'importance de la validité des informations pour l'étude. Le peu de contrôle des chercheurs sur la qualité de ces données limite la validité interne des études.

Bien que la validité des mesures soit généralement démontrée, cette validité peut être menacée par le contexte de l'évaluation des jeunes et des familles au moment de leur entrée dans les programmes d'intervention intensive de crise. En situation de crise l'individu ou la famille se retrouve en état de déséquilibre, d'instabilité. Ce déséquilibre plus ou moins temporaire engendre des sentiments d'impuissance, de détresse psychologique, d'anxiété, de défaitisme, de confusion cognitive, de dépression, de désorganisation et parfois même certains symptômes physiques. Nous avons déjà mentionné que ce niveau aussi élevé de détresse émotionnelle est temporaire. Or, quel est l'impact de cette détresse émotionnelle sur la perception de la personne en crise et sur son évaluation de la situation? Le chercheur devrait porter une attention particulière à l'impact de cette détresse sur les réponses fournies par la personne en crise dans le cadre d'une procédure d'évaluation clinique. Pour contrer cet effet, le chercheur devrait prévoir un délai d'environ deux semaines entre la demande d'aide et l'évaluation du fonctionnement du jeune et de la famille. Ce délai nous apparaît nécessaire pour s'assurer de l'apaisement de la détresse du répondant au moment de l'évaluation. Par ailleurs, la vérification de cette hypothèse dans le cadre d'études spécifiques permettrait d'enrichir la méthodologie de recherche et d'évaluation portant sur l'intervention brève et intensive.

Il apparaît également important, lors de l'évaluation de l'impact des programmes d'intervention brève et intensive de crise sur le jeune et sa famille, de prévoir plusieurs temps de mesures différents (Pecora et al., 1995). Cette stratégie permet d'établir si l'évolution observée à la fin de l'intervention se maintient dans le temps. En outre, il est recommandé de documenter les services reçus par la famille entre la fin de l'intervention et le moment de la réévaluation afin de tenir compte de l'effet potentiel des services offerts à la suite du programme sur l'évolution à plus long terme des familles.

Conclusion sur l'évaluation de l'efficacité et de l'impact des programmes

Depuis la parution des premières études publiées au début des années 1980 qui suggéraient que les programmes d'intervention brève et intensive de crise permettaient de réduire de façon significative le placement des jeunes en milieu substitut, la qualité méthodologique des études s'est grandement améliorée dans ce domaine. La recension d'études récentes nous a permis d'identifier les défis auxquels les évaluateurs devront répondre pour poursuivre cette évolution des méthodologies d'évaluation de l'efficacité et de l'impact des pro-

grammes. En somme, les chercheurs devront porter une attention particulière aux méthodologies utilisées, notamment concernant l'équivalence des groupes de comparaison et la qualité des instruments de mesure utilisés. De plus, nous avons mis en évidence l'importance d'accompagner l'évaluation de la capacité des programmes à éviter le placement de l'enfant en milieu substitut d'autres critères d'efficacité, notamment l'évolution du fonctionnement du jeune et de sa famille et l'atteinte des objectifs de l'intervention. Le croisement de ces deux critères d'évaluation nous apparaît comme une solution qui permet au chercheur de nuancer, du moins partiellement, les placements qui ont pu être salutaires pour l'enfant et qui représentent un succès des programmes. Enfin, nous avons souhaité mettre en évidence l'importance d'assurer une certaine homogénéité de la clientèle et d'analyser la signification statistique et la signification clinique des résultats.

CONCLUSION

Les programmes d'intervention intensive de crise ont attiré l'attention de plusieurs chercheurs qui se sont surtout attardés à évaluer l'impact de ces programmes auprès de différentes clientèles et dans différents contextes. Cet article visait à faire la lumière sur les principales considérations méthodologiques reliées à l'évaluation de programmes d'intervention intensive de crise. Considérant les particularités de ce type d'intervention, nous avons mis en évidence l'importance pour l'évaluateur de porter une attention particulière aux principes théoriques de l'intervention de crise et à leur influence sur l'évaluation des programmes.

Parmi ces principes, il est généralement prévu d'ajuster l'intervention aux caractéristiques de l'enfant et de sa famille sur la base d'une évaluation des facteurs de risque et de protection en jeu. Ce principe, nécessaire pour répondre à une clientèle aussi hétérogène que celle desservie dans ces programmes, pose plusieurs défis pour l'évaluation des processus et de l'impact des programmes d'intervention brève et intensive de crise puisque, comme l'indique Littell (2001), l'évaluateur se trouve ainsi confronté à l'évaluation d'un programme différent pour chaque client. Cet aspect et l'ensemble des considérations méthodologiques abordées dans cet article sont, à notre sens, des enjeux majeurs de l'évaluation de ces programmes si l'on souhaite que les résultats de l'évaluation puissent se traduire par l'amélioration de l'intervention auprès des jeunes et des familles en crise.

NOTE

1. Cohen (1992) établit l'indice d'ampleur moyen de l'effet à 0,5 ce qui correspond à une différence entre deux moyennes d'échantillons indépendants équivalent à ½ écart-type $\left(d = \frac{m_a - m_b}{\sigma}\right)$.

RÉFÉRENCES

Barth, R.P. (1990). Theories guiding home-based intensive family preservation services. Dans J.K. Whittaker, J. Kinney, E.M. Tracy, & C. Booth (Éds.), *Reaching high-risk families: Intensive family preservation in human services* (pp. 89–112). New York : Aldine de Gruyter.

Bath, H.I., & Haapala, D.A. (1993). Intensive family preservation services with abused and neglected children: An examination of group differences. *Child Abuse and Neglect, 17*, 213–225.

Bath, H.I., & Haapala, D.A. (1994). Family preservation services: What does the outcome research really tell us? *Social Service Review, 68*(3), 386–404.

Bath, H.I., Richey, C.A., & Haapala, D.A. (1992). Child age and outcome correlate in intensive family preservation services. *Children and Youth Services Review, 14,* 349–406.

Berry, M. (1991). The assessment of imminence of risk of placement: Lesson from an intensive family preservation program. *Children and Youth Services Review, 13*(4), 239–256.

Berry, M. (1993). *Program evaluation: Tarrant County family preservation unit*. Arlington, TX : Department of Protective and Regulatory Services.

Berry, M. (1997). *The family at risk*. Columbia : University of South Carolina.

Besharov, D.J., & Baehler, K. (1992). Demonstration and evaluation strategies. *Children and Youth Services Review, 14*, 1–18.

Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., Henggeler, S.W., Fucci, B.R., Blaske, D.M., et al. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 569–578.

Callahan, J. (1994). Defining crisis and emergency. *Crisis, 15*(4), 164–171.

Callahan, J. (1998). Crisis theory and crisis intervention in emergencies. Dans P.M. Kleespies (Éd.), *Emergencies in mental health practice: Evaluation and management* (pp. 22–40). New York : Guilford.

Campbell, L. (2002). Interagency practice in intensive family preservation services. *Children and Youth Services Review, 24*(9–10), 701–718.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York : Basic Books.

Cash, S.J., & Berry, M. (2003). The impact of family preservation services on child and family well-being. *Journal of Social Service Research, 29*(3), 1–26.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155–159.

Comité consultatif sur le développement de solutions de rechange en matière de placements d'enfants. (1994). *Vers un continuum de services intégrés à la jeunesse*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Cook, T.D., & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation design and analysis issues for field settings*. Boston : Houghton Mifflin.

Dagenais, C., Bégin, J., Bouchard, C., & Fortin, D. (2004). Impact of intensive family support programs (IFPS). *Children and Youth Services Review, 26*(3), 249–263.

Dagenais, C., & Bouchard, C. (1996). Recension des écrits concernant l'impact des programmes de soutien intensif visant à maintenir les enfants et adolescents dans leur famille. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, *15*(1), 63–82.

David, M. (1989). *Le placement familial : de la pratique à la théorie*. Paris : ESF.

Dore, M.M. (1991). Context and the structure of practice: Implications for research. Dans K. Wells & D.E. Biegel (Éds.), *Family preservation services research and evaluation* (pp. 33–46). Newbury Park, CA : Sage.

Feldman, L.H. (1991). *Assessing the effectiveness of family preservation services in New Jersey within an ecological context*. Trenton, NJ: Department of Human Services, New Jersey Division of Youth and Family Services.

Ferris, L.E., Schulman, K.L., & Williams, J.I. (2001). Methodological challenges in evaluating mobile crisis psychiatric programs. *Canadian Journal of Program Evaluation, 18*(2), 27–40.

Fraser, M.W., Nelson, K.E., & Rivard, J.C. (1997). Effectiveness of family preservation services. *Social Work Research, 21*(3), 138–153.

Garrison, M.-E.B., & Blalock, L.B. (1996) Intensive family preservation services. *Journal of Prevention and Intervention in the Community, 14*(1–2), 101–114.

Gelles, R.J. (1996). *The book of David: How preserving families can cost children's lives*. New York : Basic Books.

Grack, A.C.-V. (1997). A taxonomy and recording instrument for process measurement of family preservation services. *Child Welfare, 76*(2), 349–371.

Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1998). *Multivariate data analysis* (5e éd.). Upper Saddle River, NJ : Prentice-Hall.

Henggeler, S.W., Borduin, C.M., & Mann, B.J. (1993). Advances in family therapy: Empirical foundations. *Advances in Clinical Child Psychology, 15*, 207–241.

Henggeler, S.W., Melton, G.B., & Smith, L.A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 953–961.

Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., & Brondino, M.J. (1999). Multisystemic treatment of substance and dependent delinquents: Outcome, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research, 1*(3), 171–184.

Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Randall, J., Ward, D.M., Pickrel, S.G., Cunningham, P.B., et al. (1999). Home-based, multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(11), 1331–1339.

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York : Guilford.

Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B., & McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 300–307.

Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12–19.

Kanel, K. (2003). *A guide to crisis intervention* (2e éd.). Pacific Grove, CA : Brooks.

Kazdin, A.E. (1999). The meaning and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 332–339.

Kelly, S., & Blythe, B.J. (2000). Family preservation: A potential not yet realized. *Child Welfare, 79*(1), 29–42.

Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S.R., & Sheldrick, R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 285–299.

Kenneth, F. (2002). *Crisis intervention: A handbook of immediate person-to-person help*. Springfield. IL : Charles C. Thomas.

Kinney, J.M., Haapala, D., & Booth, C. (1991). *Keeping families together: The homebuilders model*. New York : Aldine de Gruyter.

Kirk, R.S., & Griffith, P.G. (2004). Intensive family preservation services: Demonstrating placement prevention using event history analysis. *Social Work Research, 28*(1), 5–16.

Lamb, M.E., & Sternberg, K.J. (1992). Establishing the design. *Children and Youth Services Review, 14*, 157–165.

Lindsey, D., Martin, S., & Doh, J. (2002). The failure of intensive casework services to reduce foster care placements: An examination of family preservation studies. *Children and Youth Services Review, 24*(9/10), 743–775.

Lipsey, M.W. (1988). Juvenile delinquency intervention. Dans H.S. Bloom, D.S. Cordray, & R.J. Light (Éds.). *Lessons from selected programs and policy areas* (pp. 63–84). San Francisco : Jossey-Bass.

Littell, J.H. (1995). Evidence or assertions? The outcome of family preservation services. *Social Service Review, 69*(2), 338–351.

Littell, J.H. (2001). Client participation and outcome of intensive family preservation services. *Social Work Research, 25*(2), 103–113.

Littell, J.H., & Schuerman, J.R. (2002). What works best for whom? A closer look at intensive family preservation services. *Children and Youth Services Review, 24*(9–10), 673–699.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2005). *Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes. Normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Morris, E., Suarez, L., & Reid, J.C. (1997). Behavioral outcomes of home-based services for children and adolescents with serious emotional disorders. *Family Preservation Journal, 2*(2), 21–32.

Mosier, J., Burlingame, G.M., Wells, M.G., Ferre, R., Latkowski, M., Johansen, J., et al. (2001). In-home, family-centered psychiatric treatment for high-risk children and youth. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice, 4*(2), 51–68.

Nelson, K.E. (1991). Populations and outcomes in five family preservation programs. Dans K. Wells & D.E. Biegel (Éds.), *Family preservation services research and evaluation* (pp. 72–91). Newbury Park, CA : Sage.

Nelson, K.E., & Landsman, M.J. (1992). *Alternative models of family preservation: Family based services in context*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Oxman-Martinez, J. (1996). *Prévention du placement et programme de sauvegarde de la famille*. Ste-Foy, QC : Centres de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

Pauzé, R., Joly, J., Yergeau, É., Toupin, J., & Touchette, L. (2005). *Évolution des jeunes et des familles desservis par le programme crise-ado-famille*. Rapport de recherche. Sherbrooke, QC : Agence régionale des services de santé et sociaux de la Montérégie, Québec.

Pecora, P.J., Fraser, M.W., & Haapala, D.A. (1991). Client outcome and issues for program design. Dans K. Wells & D.E. Biegel (Éds.), *Family preservation services* (pp. 138–158). Newbury Park : Sage.

Pecora, P.J., Fraser, M., Nelson, K.E., McCroskey, J., & Meezan, W. (1995). *Evaluating family-based services.* New York : Aldine de Gruyter.

Potocky, M., & McDonald, T.P. (1996). Evaluating the effectiveness of family preservation services for the families of drug-exposed infants: A pilot study. *Research on Social Work Practice*, *6*(4), 524–535.

Raschick, M. (1997). Multi-faceted, intensive family preservation program evaluation. *Family-Preservation-Journal*, *2*(2), 33–52.

Raschick, M., & Critchley, R. (1998). Guidelines for conducting site-based evaluations of intensive family preservation programs. *Child Welfare, 77*(6), 643–660.

Roberts, R. (Éd.). (2000). Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research. New York : Oxford University Press.

Rossi, P.H. (1992a). Assessing family preservation programs. *Children and Youth Services Review, 14,* 77–97.

Rossi, P.H. (1992b). Strategies for evaluation. *Children and Youth Services Review, 14,* 167–191.

Rossi, P.H., Freeman, H.E., & Lipsey, M.W. (1999). *Evaluation: A systematic approach* (6e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.

Scherer, D.G., Brondino, M.J., Henggeler, S.W., Melton, G.B., & Hanley, J.H. (1994). Multisystemic family preservation therapy: Preliminary findings from a study of rural and minority serious adolescent offenders. *Journal of Emotional And Behavioural Disorders, 2*(4), 198–206.

Schoenwald, S.K., Sheidow, A.J., Letourneau E.J., & Liao, J.G. (2003). Transportability of multisystemic therapy: Evidence for multilevel influences. *Mental Health Services Research, 5*(4), 223–239.

Schoenwald, S.K., Ward, D.M., Henggeler, S.W., & Rowland, M.D. (2000). Multisystemic therapy versus hospitalization for crisis stabilization of youth: Placement outcomes 4 months postreferral. *Mental Health Services Research, 2*(1), 3–12.

Schuerman, J.R., Rossi, P.H., & Budde, S. (1999). Decisions on placement and family preservation: Agreement and targeting. *Evaluation Review, 23*(6), 599–618.

Schuerman, J.R., Rzepnicki, T.L., & Littell, J.H. (1994). *Putting families first: An experiment in family preservation*. New York : Aldine de Gruyter.

Schwartz, I.R., AuClaire, P., & Harris, L.J. (1991). Family preservation services as an alternative to the out-of-home placement of adolescents: The Hennepin County experience. Dans K. Wells & D.E. Biegel (Éds.), *Family preservation services research and evaluation* (pp. 33–46). Newbury Park, CA : Sage.

Slaikeu, K.A. (1984). *Crisis intervention: A handbook for practice and research*. San Francisco : Jossey-Bass.

Staudt, M.M. (2000). Correlates of recommended aftercare service use after intensive family preservation services. *Social Work Research, 24*(1), 40–50.

Staudt, M.M. (2001). Use of services prior to and following intensive family preservation services. *Journal of Child And Family Studies, 10*(1), 101–114.

Staudt, M., & Drake, B. (2002a). Intensive family preservation services: Where's the crisis? *Children and Youth Services Review, 24*(9–10), 777–795.

Staudt, M., & Drake, B. (2002b). Research on services to preserve maltreating families. *Children and Youth Services Review, 24*(9–10), 645–652.

ten Brink, L.G., Veerman, J.W., de Kemp, R.A.T., & Berger, M.A. (2004). Implemented as intended? Recording family worker activities in a family first program. *Child Welfare, 83*(3), 197–214.

Touchette, L. (2005) *Étude sur l'évolution des jeunes et des familles desservis par un programme d'intervention intensive de crise*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.

Touchette, L., Gendron, C., Simard C., & Pauzé, R. (2005). *Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE). Programme d'intervention immédiate et intensive pour les familles et les jeunes en crise*. Longueuil, QC : Les centres de santé et de services sociaux de la région de la Montérégie.

Tracy, E.M. (1991). Defining the target population for family preservation services. Dans K. Wells & D.E. Biegel (Éds.), *Family preservation services* (pp. 138–158). Newbury Park, CA : Sage.

U.S. Department of Health and Human Services. (2002). *Evaluation of family preservation and reunification programs*. Répéré juin 2004 de <http://aspe.hhs.gov/hsp/evalfampres94/Final/index.htm>.

Unrau, Y.A. (1995). Defining the black box of family preservation services: A conceptual framework for service delivery. *Community Alternatives, 7*(2), 49–60.

Unrau, Y.A. (1997). Predicting use of child welfare services after intensive family preservation services. *Research on Social Work Practice, 7*(2), 202–215.

Walton, E. (1996). Family functioning as a measure of success in intensive family preservation services. *Journal of Family Social Work, 1*(3), 67–82.

Wells, K., & Biegel, D.E. (Éds.) (1991). *Family preservation services research and evaluation*. Newbury Park, CA : Sage.

Wells, K., & Tracy, E. (1996). Reorienting intensive family preservation services in relation to public child welfare practice. *Child Welfare, 75*(6), 667–692.

Wells, K., & Whittington, D. (1993). Child and family functioning after intensive family preservation services. *Social Service Review, 67*(1), 55–83.

Luc Touchette (Ph.D.) est psychoéducateur et détient un doctorat en Éducation de l'Université de Sherbrooke. Professeur adjoint au Département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke, il est membre associé au Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.

Robert Pauzé (Ph.D.) est psychologue et détient un doctorat en psychologie de l'Université de Montréal. Il est professeur titulaire au Département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke et membre du Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.