



Évaluation de l'effet d'un programme d'intervention brève et intensive de crise sur le
fonctionnement des familles

Mémoire

Geneviève Blouin

Maîtrise en service social
Maître en service social (M. Serv. Soc.)

Québec, Canada

© Geneviève Blouin, 2015

Résumé

Le présent mémoire s'intéresse globalement à l'étude de l'effet d'un programme d'intervention brève et intensive de crise visant à prévenir le placement des adolescents en milieu substitut, sur le fonctionnement des familles. Ce programme est connu sous le nom de Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE). De façon plus spécifique, la présente étude vise 1- à décrire l'évolution des familles bénéficiant du programme CAFE, 2- à identifier différents profils chez les familles bénéficiant de ce type de programme et 3- à identifier, sur la base de ces profils, celles qui connaissent une meilleure évolution dans le temps. L'étude porte sur un échantillon de 108 familles ayant bénéficié de ce type de programme. Les résultats indiquent que les familles ayant bénéficié du programme CAFE connaissent une amélioration significative sur la presque totalité des dimensions évaluées (fonctionnement familial, détresse psychologique des parents, ressources des répondants principaux et pratiques éducatives des répondants principaux). Les analyses de regroupement ont permis d'identifier trois sous-groupes de familles qui se distinguent principalement au niveau de la sévérité de leur profil clinique en terme de cumul de facteurs de risque. Les résultats des analyses comparatives entre ces trois sous-groupes de familles révèlent que ce sont les familles qui présentent le profil clinique le moins sévère qui connaissent une évolution plus importante dans ce type de programme. Cette étude a permis de mieux cibler les familles à qui devrait s'adresser ce programme et de proposer de nouvelles modalités d'intervention plus ajustées aux familles plus vulnérables.

Table des matières

Résumé.....	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	ix
Remerciements	xi
Chapitre 1 Problématique.....	1
1.1 Objectifs de l'étude	2
1.2 Intérêt porté à ce type de programme.....	2
Chapitre 2 Modèle explicatif de la crise familiale et du fonctionnement familial	5
2.1 Modèle explicatif de la crise familiale.....	6
2.2 Modèle explicatif du fonctionnement familial.....	9
2.2.1 Composantes du modèle.....	9
2.2.2 Fonctionnement du modèle	12
2.2.3 Intervention familiale selon le modèle de Pinsof	13
Chapitre 3 Recension des écrits sur l'effet des programmes d'intervention brève et intensive de crise sur le fonctionnement des familles	15
3.1 Stratégie de recension des écrits	16
3.2 Résultats de la recension des écrits	17
3.2.1 Résultats des études expérimentales.....	18
3.2.1.1 Faits saillants.....	20
3.2.2 Résultats des études pré expérimentales.....	21
3.2.2.1 Faits saillants.....	22
3.2.3 Résultats des études quasi expérimentales	23
3.2.3.1 Faits saillants.....	24
3.2.4 Résultats de la méta-analyse.....	24
3.2.5 Conclusion.....	25
3.3 Principales limites des études recensées	25
3.4 Objectif de l'étude.....	29
Chapitre 4 Méthodologie.....	31
4.1 Devis de recherche	32
4.2 Contexte de l'étude	32
4.3 Description de l'échantillon	35
4.4 Collecte des données	35
4.5 Description des instruments de mesure utilisés	36
4.5.1 Composition de la famille	37
4.5.2 Situation socio-économique	37
4.5.3 Ressources des parents	37
4.5.4 Niveau de détresse psychologique des parents.....	38
4.5.5 Fonctionnement de la famille	39
4.5.6 Pratiques éducatives du répondant	41
4.5.7 Relation parents-jeune	42
4.6 Considérations éthiques	43
Chapitre 5 Présentation des résultats	45
5.1 Évolution des familles.....	46
5.1.1 Fonctionnement familial.....	46

5.1.2 Pratiques éducatives des répondants principaux.....	47
5.1.3 Ressources des répondants principaux.....	48
5.1.4 Détresse psychologique des parents.....	49
5.1.5 Conclusion	49
5.2 Identification des profils des familles.....	49
5.2.1 Identification des sous-groupes de familles.....	51
5.3 Évolution des sous-groupes de familles une année plus tard	53
5.3.1 Fonctionnement familial selon les jeunes	53
5.3.2 Pratiques éducatives des parents selon le point de vue des jeunes	53
5.3.3 Ressources dont disposent les parents	54
5.3.4 Détresse psychologique des parents.....	54
5.3.5 Fonctionnement de la famille selon les parents répondants.....	54
5.3.6 Pratiques éducatives des parents répondants selon leur propre point de vue	54
5.3.7 Conclusion	55
Chapitre 6 Discussion.....	63
6.1 Limites de la présente étude	67
6.2 Retombées pour la pratique du service social	67
Bibliographie.....	69
Annexe A Tableaux de la recension des écrits.....	75

Liste des tableaux

Tableau 1 Classification des variables familiales investiguées par les chercheurs dans les études recensées.....	27
Tableau 2 Évolution des familles sur le plan du fonctionnement familial selon le répondant principal	47
Tableau 3 Évolution des familles sur les plans des pratiques éducatives et de la relation parents-jeune selon le point de vue du répondant principal.....	48
Tableau 4 Évolution des ressources dont bénéficient les répondants principaux.....	48
Tableau 5 Évolution de la détresse psychologique chez les répondants principaux	49
Tableau 6 Caractéristiques des sous-groupes de familles	52
Tableau 7 Fonctionnement familial (point de vue du jeune).....	56
Tableau 8 Pratiques éducatives (point de vue du jeune).....	57
Tableau 9 Ressources des parents	58
Tableau 10 Détresse psychologique du parent	59
Tableau 11 Fonctionnement familial (point de vue du parent).....	60
Tableau 12 Pratiques éducatives (point de vue du parent).....	61

Liste des figures

Figure 1 : Carte conceptuelle de la crise familiale.....	10
Figure 2 : Modèle multidimensionnel du fonctionnement familial	12

Remerciements

À l'issu de ce mémoire, je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cette étude.

Tout d'abord, je souhaite remercier mon directeur de mémoire, Robert Pauzé. Il a été mon plus grand accompagnateur dans ce projet. Il connaît ce mémoire sur le bout des doigts pour l'avoir lu et relu et m'avoir guidée tout au long de cette réalisation. J'ai aussi eu besoin de ses légères pressions et qu'il gère un peu mon agenda! Je ne remercierai jamais suffisamment cet homme patient et dévoué.

Je remercie également Denis Lacerte, agent de planification, de programmation et de recherche au Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, de m'avoir offert de son précieux temps dans l'analyse des données de l'étude.

Je remercie mon employeur, le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches, de permettre une flexibilité dans l'horaire quotidien de ses employés. C'est grâce à cet horaire que j'ai pu composer avec le travail et les études.

Un gros merci à mes parents, Claude et Chantal, de m'avoir offert toutes les conditions afin que je puisse réaliser ce mémoire en demeurant en santé! Ils m'ont encouragée, mais aussi « crinquée » pour que je voie la fin avant que le siècle se termine. Ils ont été attentifs à l'évolution du mémoire puisqu'ils avaient à assurer le paiement de mes frais de scolarité!

Mes amis ont été indispensables dans une des étapes favorisant des études équilibrées, c'est-à-dire le divertissement. Ils m'ont donné de l'énergie et m'ont changé les idées de temps à autre! Ils sont demeurés consciencieux de mon mémoire.

Merci à tous d'avoir été à mes côtés, que ce soit dans les moments productifs ou dans les moments où il y avait relâchement. Ensemble, nous y sommes arrivés!

Chapitre 1

Problématique

1.1 Objectifs de l'étude

Le présent mémoire s'intéresse globalement à l'étude de l'effet des programmes d'intervention brève et intensive de crise visant à prévenir le placement des adolescents en milieu substitut, sur le fonctionnement des familles. De façon plus spécifique, la présente étude vise 1- à décrire l'évolution des familles bénéficiant du programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE), 2- à identifier différents profils chez les familles bénéficiant de ce programme et 3- à identifier, sur la base de ces profils, celles qui connaissent une meilleure évolution dans le temps. La principale retombée de cette étude est de permettre aux décideurs et aux intervenants qui ont la responsabilité d'implanter ce type de programme dans leur milieu de mieux cibler les familles à qui devrait s'adresser ce programme et de proposer de nouvelles modalités d'intervention plus ajustées aux autres familles.

1.2 Intérêt porté à ce type de programme

Dans le cadre du programme-services Jeunes en difficulté, le ministère de la Santé et des Services sociaux présente ses orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le programme-services Jeunes en difficulté (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2007). Ces orientations « s'inscrivent dans la volonté gouvernementale d'améliorer la santé et le bien-être de la population » (MSSS, 2007, p. 1). Les cinq grands objectifs du MSSS sont d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes, de favoriser la réussite éducative des jeunes, de favoriser l'insertion professionnelle des jeunes, d'accroître la présence des jeunes dans la société et d'améliorer le soutien offert aux jeunes.

Les orientations prises par le MSSS sont guidées par différents principes. En premier lieu, il est stipulé que « la famille est le lieu privilégié pour assurer le développement des jeunes. Quant aux parents, ils sont les premiers responsables de la réponse à leurs besoins » (MSSS, 2007, p. 13). Dans ce document, on peut lire que le développement des jeunes constitue une responsabilité collective et que dans cette perspective, « la communauté doit soutenir l'action des parents dans l'accomplissement de leur rôle auprès de leur enfant.

Cette participation de la communauté au soutien des jeunes et de leur famille constitue un préalable et elle interpelle, notamment, les acteurs des réseaux de la santé et des services sociaux, ceux de l'éducation, de même que les milieux de garde, les organismes communautaires voués à la jeunesse et à la famille, les municipalités, etc. » (MSSS, 2007, p. 13). On mentionne également que des interventions préventives doivent être faites auprès des jeunes avant que les problèmes surgissent et que, lorsque des interventions d'aide sont nécessaires, elles doivent être disponibles de manière précoce et avec célérité. Selon l'avis des auteurs de ce document, les interventions devraient présenter les caractéristiques suivantes : être menées avec diligence, intensité et continuité, en étroite collaboration avec les jeunes et leurs parents; être adaptées aux caractéristiques et aux conditions de vie des jeunes et de leurs parents; s'effectuer dans les milieux de vie des jeunes, et ce, dans le respect des diversités personnelles, familiales et culturelles.

Parmi les interventions suggérées dans le document Programme-services Jeunes en difficulté, le MSSS propose des balises d'intervention pour différentes problématiques, notamment le soutien direct aux familles, le soutien aux jeunes parents, le suivi psychosocial, l'intervention en négligence et l'intervention de crise et le suivi intensif dans le milieu.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'intervention de crise, le document précise que cette intervention vise à prévenir le retrait du jeune de sa famille. Les objectifs de cette intervention sont de « résoudre la crise et outiller la famille pour prévenir d'autres crises, éviter un placement, particulièrement un placement en urgence, prévenir un premier signalement en protection de la jeunesse, écarter une intervention en protection de la jeunesse ou prévenir la récurrence d'une situation de compromission, développer ou consolider les compétences et les habiletés liées à l'exercice du rôle parental et permettre aux jeunes d'adopter les comportements adéquats sur les plans personnel et social dans une perspective de maintien dans leur milieu de vie » (MSSS, 2007, p. 33-34). Le MSSS recommande que ce type de programme soit implanté dans tous les Centres de santé et des services sociaux (CSSS) du Québec. La clientèle visée par ce type de programme « sont les jeunes et leur famille qui vivent une situation de crise, particulièrement ceux qui présentent

des problèmes de comportement, qu'ils soient connus ou non des établissements » (MSSS, 2007, p. 34). Le programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) implanté en Montérégie est donné en exemple.

Bien qu'il soit nécessaire d'offrir des services aux jeunes et aux familles en situation de crise afin d'éviter le placement des jeunes en milieu substitut et de permettre à la famille de retrouver un certain équilibre, certaines données de recherches tendent à démontrer que toutes les familles ne bénéficient pas également de ce type d'intervention, certaines connaissant une évolution positive alors que d'autres stagnent et continuent à présenter un dysfonctionnement important à la suite de l'intervention. À cet égard, les données de l'étude de Touchette (2005), visant à évaluer l'effet du programme CAFE sur l'évolution des jeunes et des familles, indiquent que seulement 20 % des familles en réelle difficulté sur le plan de leur fonctionnement familial connaissent une évolution cliniquement significative à la fin de l'intervention¹ et 33,3 % une année plus tard. De même, seulement un jeune sur trois qui présente des problèmes de comportements extériorisés à l'entrée dans le programme connaît une évolution cliniquement significative à la fin de l'intervention (32,1 %) et une année plus tard (39,5 %). On note aussi que près d'un jeune sur deux qui présente des problèmes intériorisés à l'entrée dans le programme connaît une évolution cliniquement significative à la fin de l'intervention (41,8 %) et 12 mois plus tard (50,0 %). Ces derniers résultats indiquent que les familles et les jeunes ne bénéficient pas tous également de ce type d'intervention. Ces données laissent donc entendre que ce type de programme aurait donc un impact différent dépendamment du profil des familles, certaines familles profitant davantage de ce type d'intervention. Cependant, aucune étude à notre connaissance n'a été réalisée afin d'identifier le profil des familles qui bénéficient davantage de ce type de programme et leur évolution à la suite de l'intervention. En spécifiant davantage le profil de ces familles, les décideurs pourraient développer des interventions complémentaires mieux ajustées aux besoins des familles qui évoluent moins bien dans ce type de programme. Tel sera donc l'objet de la présente étude.

¹ Jacobson, Roberts, Berns et McGlinchey (1999) définissent l'évolution cliniquement significative à partir de deux critères : d'une part, le fait de passer d'un fonctionnement se situant au-dessus d'un seuil clinique à un fonctionnement équivalant à celui de la population normale et, d'autre part, le fait que la différence observée entre le pré et le post-test ne soit pas attribuable à l'erreur de mesure.

Chapitre 2
Modèle explicatif de la crise familiale et du fonctionnement
familial

Il apparaît important d'introduire cette étude en présentant un modèle explicatif de la crise familiale et un modèle explicatif du fonctionnement familial puisque la présente étude porte sur l'intervention de crise auprès de familles en difficulté. Ces deux modèles s'appuient sur le modèle bioécologique de Bronfenbrenner et Morris (2007).

2.1 Modèle explicatif de la crise familiale

Différentes définitions de la crise familiale sont proposées par les chercheurs et les cliniciens dans le domaine de l'intervention de crise. Par exemple, pour Cuendet (1988, p. 221), « la crise correspond au moment de rupture d'équilibre du système familial et du changement qui l'accompagne ». La crise est annonciatrice du passage quasi inévitable à une autre situation. Pittman (1988, p. 67), quant à lui, définit la crise « comme l'état des choses à un moment de changement imminent ». Selon lui, l'état de crise se caractérise par l'éclatement des manières de faire habituelles. Le confortable répertoire des rôles et des règles dans la famille n'est plus opérant. Pour Carey-Bélanger et Côté (1982, dans Labrecque, 1993, p. 5), la crise est « une rupture brusque dans le mode habituel de fonctionnement (...) d'une famille à la suite d'un événement précis; (...) cette famille connaît alors une altération partielle ou totale de sa capacité de fonctionner ». Enfin, pour Thom (1976), la crise doit toujours être rapportée à une défaillance des mécanismes de régulation tant chez l'individu que dans la famille.

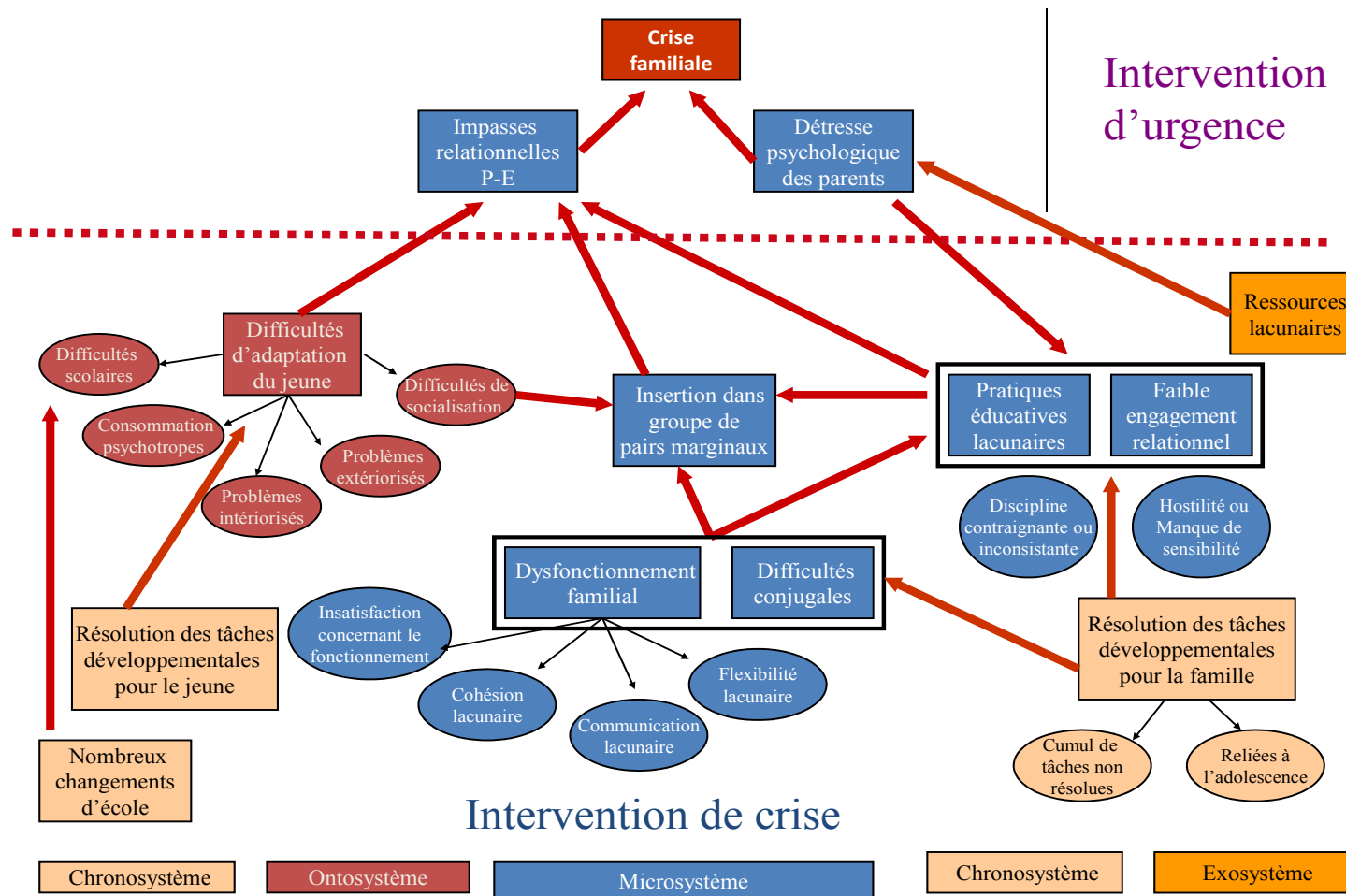
Globalement, les définitions recensées indiquent que la crise familiale se caractérise par une rupture brusque dans les habitudes de fonctionnement de la famille, un point tournant, un état d'instabilité qui font suite à un moment de transition ou à un événement traumatique précis. La crise qui éclate signale une défaillance des mécanismes de régulation habituelle de la famille. Tel que mentionné par les auteurs, la crise familiale a également le potentiel d'engendrer un dysfonctionnement sévère de la famille et peut donner lieu à des gestes et des réactions de violence, de rejet ou de démission ce qui caractérise généralement l'urgence. Sur la base de ces différentes définitions de la crise familiale, Pausé et Touchette (en préparation) proposent un modèle explicatif de la crise. Ce modèle est illustré par la carte conceptuelle suivante (Figure 1).

Selon cette carte conceptuelle, les sentiments d'urgence qui sont à l'origine de la demande d'intervention (voir au-dessus de la ligne pointillée) se caractérisent principalement par l'impasse relationnelle entre les parents et le jeune et par un niveau de détresse psychologique élevé vécu par les parents et éventuellement, par le jeune. Il s'agit de manifestations qui correspondent à la pointe de l'iceberg de la crise familiale. Généralement, l'intervenant qui arrive au domicile de la famille est d'abord confronté à ces deux manifestations en surface. Bien que son travail consiste au départ à dénouer l'impasse relationnelle entre les parents et le jeune et à réduire la détresse psychologique (réduction des sentiments d'urgence), il doit très rapidement porter son attention sur les facteurs sous la surface, soit les facteurs prédisposants de la crise familiale. L'objectif est de réduire l'impact des facteurs à l'origine de la crise afin de réduire la possibilité d'apparition d'autres crises ultérieurement.

Selon ces auteurs, deux catégories de facteurs prédisposants peuvent être à l'origine d'une crise familiale : d'une part, les difficultés présentées par le jeune (difficultés scolaires, consommation de psychotropes, problèmes intériorisés et extériorisés et difficultés de socialisation) et, d'autre part, les difficultés vécues par la famille sur le plan du fonctionnement familial (dysfonctionnement familial, difficultés dans les relations parents-enfants, présence de pratiques éducatives lacunaires et relations conjugales difficiles), ces deux catégories de facteurs étant interreliées.

Puisqu'un des objectifs de l'intervention de crise vise à prévenir la désorganisation familiale, le passage à l'acte et le retrait d'un des membres de la famille, une partie importante du travail de l'intervenant consiste à mettre l'accent sur le rétablissement de l'équilibre familial par des interventions centrées sur le fonctionnement même des familles et sur la relation parents-jeune.

Figure 1 : Carte conceptuelle de la crise familiale



2.2 Modèle explicatif du fonctionnement familial

Puisque la présente étude porte sur l'effet des programmes d'intervention brève et intensive de crise sur le fonctionnement des familles, il apparaissait également essentiel de présenter un modèle explicatif du fonctionnement familial. Le modèle que nous avons retenu est celui de Pauzé et Petitpas (2013). Ce modèle s'appuie sur une recension des écrits des grilles et modèles d'évaluation proposés par les chercheurs et cliniciens dans le domaine de l'intervention familiale. Sur la base de cette recension des écrits, les auteurs ont élaboré un modèle explicatif multidimensionnel du fonctionnement familial. La présentation de ce modèle théorique permettra de mieux apprécier les études que nous avons recensées sur l'effet de ce type de programme sur l'évolution des familles. Ce modèle est illustré par la carte conceptuelle suivante (Figure 2).

2.2.1 Composantes du modèle

Les auteurs ont été en mesure d'identifier 14 dimensions différentes du fonctionnement familial proposées dans les études recensées. Ces 14 dimensions ont été regroupées en catégories, soit les dimensions du fonctionnement familial, les ressources et les contraintes personnelles et contextuelles et, finalement les opérations familiales (voir Figure 2). Les dimensions du fonctionnement familial incluent la dynamique du couple fondateur (soit la qualité de la relation conjugale et la capacité des parents à composer avec leurs désaccords), la structure familiale (ce qui réfère à la composition de la famille et au type de famille – monoparentale, recomposée ou intacte), la qualité de la communication familiale, le niveau de cohésion familiale, le niveau de flexibilité familiale, l'épistémologie de la famille (qui fait référence aux croyances, aux valeurs et à la construction du monde des membres de la famille qui ont une influence sur les choix et les décisions familiales) et les capacités de résolution des problèmes.

Figure 2 : Modèle multidimensionnel du fonctionnement familial

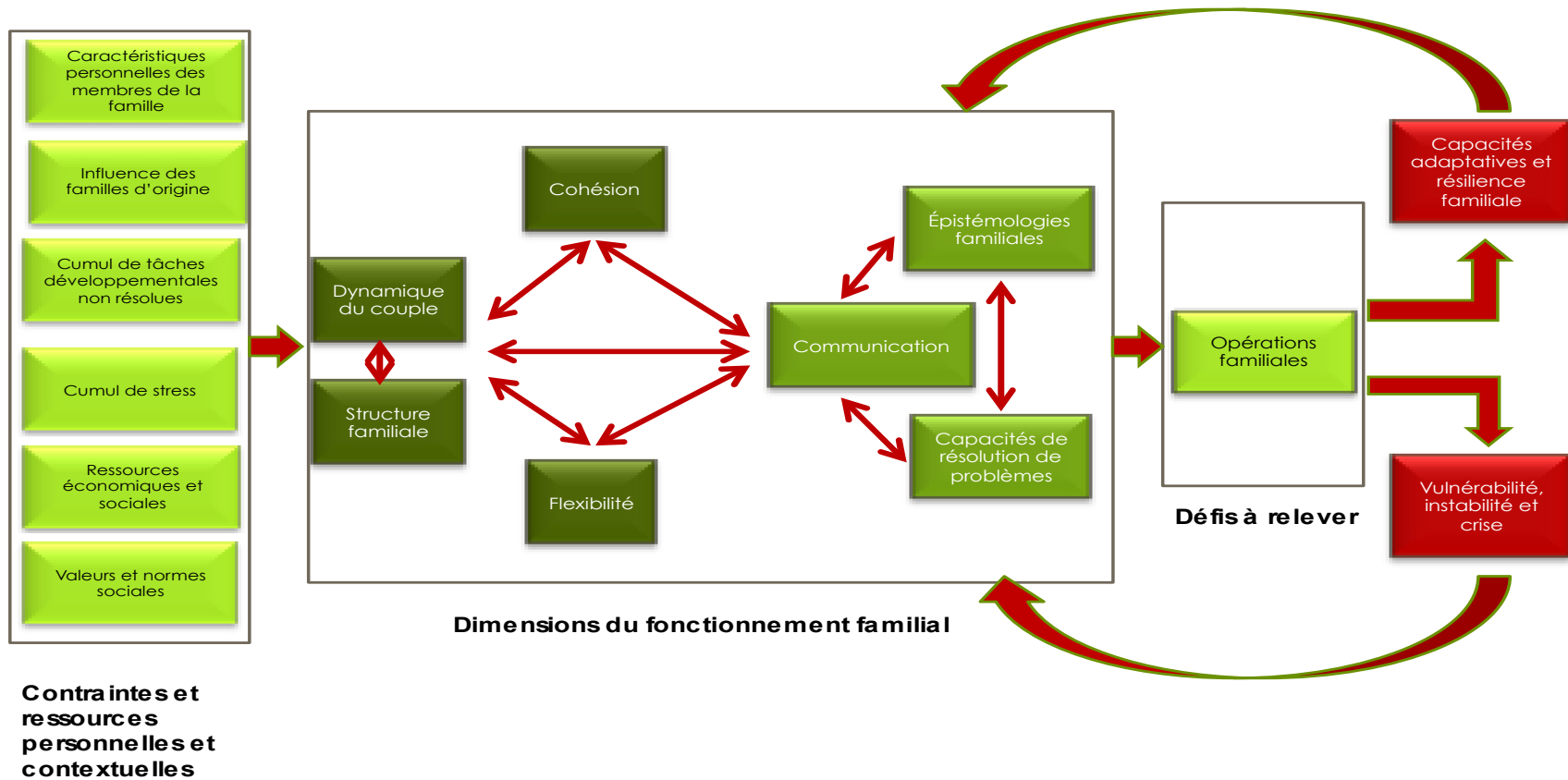
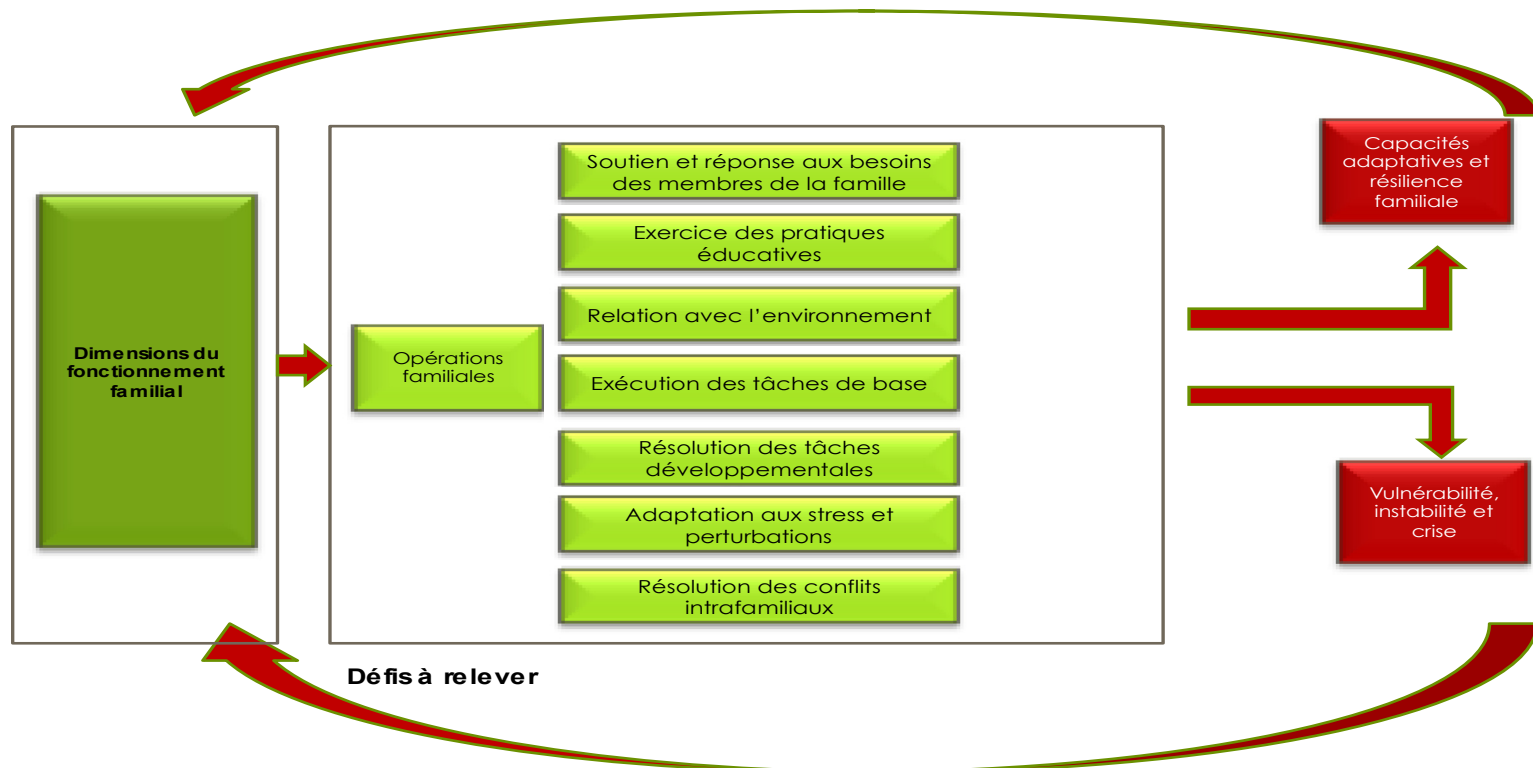


Figure 2 (suite) : Modèle multidimensionnel du fonctionnement familial



La deuxième catégorie concerne les ressources et contraintes personnelles et contextuelles avec lesquelles la famille doit composer. Celles-ci incluent l'influence des familles d'origine, les caractéristiques des membres de la famille sur le plan de la santé physique et mentale, le cumul de tâches développementales non résolues, le cumul de stress, les ressources économiques et sociales de la famille et les valeurs et normes sociales qui peuvent exercer des pressions sur la famille.

Enfin, les opérations familiales constituent la troisième catégorie de dimensions à considérer dans l'évaluation du fonctionnement familial. Les opérations familiales représentent les différents défis et tâches que les familles doivent accomplir afin de maintenir leur intégrité et un fonctionnement équilibré, ainsi qu'assurer la santé, la sécurité et le développement de chacun des membres. Parmi les sept dimensions caractérisant les opérations familiales se trouvent le soutien et la réponse aux besoins des membres de la famille, l'exercice des pratiques éducatives, les relations avec l'environnement, l'exécution des tâches de base, la résolution des tâches développementales de la famille et l'adaptation aux stress et aux perturbations et la résolution des conflits intrafamiliaux.

2.2.2 Fonctionnement du modèle

Selon la figure présentée précédemment, il en ressort que les ressources et contraintes personnelles et contextuelles peuvent influencer directement différentes dimensions du fonctionnement familial. Cette interaction entre les dimensions du fonctionnement familial peut, à son tour, avoir une influence sur la manière de la famille de répondre ou de s'ajuster aux différentes opérations auxquelles elle doit faire face. Lorsque la réponse de la famille à une ou des opérations familiales est ajustée, cela contribue au renforcement de ses capacités adaptatives et sa résilience. Dans le cas contraire, lorsque la réponse est mal ajustée, cela peut contribuer à augmenter la vulnérabilité de la famille et même provoquer une crise familiale lorsque le stress vécu par la famille contribue à une impasse relationnelle ou une désorganisation familiale.

2.2.3 Intervention familiale selon le modèle de Pinsof

Selon Pinsof et Catherall (1983), l'intervention doit se faire par étape, soit en allant du plus simple au plus complexe. En d'autres termes, l'intervenant doit prioriser l'intervention la plus simple et la plus directe possible pour obtenir des résultats dans un délai le plus bref possible. Si l'intervention n'offre pas les résultats escomptés, l'intervenant doit alors tenter d'intervenir à un niveau plus complexe et moins direct. Cette séquence d'intervention se poursuit jusqu'à l'atteinte des résultats visés (Duriez, 2008). Ainsi, selon l'approche intégrative centrée sur le problème, il est inutile d'explorer le problème au-delà du niveau nécessaire pour obtenir un changement, ce qui ne ferait qu'alourdir et prolonger le processus d'intervention (Duriez, 2008). Dans le contexte de l'intervention de crise, les familles consultent généralement pour des problèmes d'opérations familiales. L'objectif premier de l'intervenant est d'identifier la ou les opérations familiales problématiques à l'origine de la demande d'intervention. Il examine dans un deuxième temps la ou les réponses données par la famille afin de faire face au problème. Parfois, un travail sur la réponse donnée par la famille peut permettre la résolution du problème. Parfois, ce type d'intervention ne sera pas suffisant. L'intervenant portera alors son attention sur les habiletés de communication de la famille et sur son épistémologie (approche constructiviste). Si cela ne produit pas les effets attendus, il s'intéressera dans un troisième temps aux dimensions de cohésion familiale et de flexibilité familiale. Ultimement, son intervention peut l'amener à étudier le fonctionnement du couple fondateur et, dans certaines situations, déboucher sur une psychothérapie pour un des membres de la famille.

Dans le prochain chapitre, nous présentons les résultats d'une recension des écrits que nous avons réalisée sur l'effet des programmes d'intervention brève et intensive de crise sur l'évolution des familles.

Chapitre 3

Recension des écrits sur l'effet des programmes d'intervention brève et intensive de crise sur le fonctionnement des familles

Ce chapitre comprend trois sections : 1- la présentation de la stratégie que nous avons utilisée pour identifier les articles pertinents concernant l'effet des programmes d'intervention intensive sur le fonctionnement des familles, 2- la présentation des résultats des études recensées et 3- une discussion sur les limites des études recensées. En conclusion de ce chapitre, nous présentons les objectifs de notre étude.

3.1 Stratégie de recension des écrits

La recherche documentaire a été réalisée au cours des mois de janvier et février 2012. Afin d'identifier les articles pertinents à la thématique de la recherche, différentes bases de données ont été consultées, soit *Social services abstracts*, *Social work abstracts*, *Families and society studies worldwide*, *PsycInfo*, *SocIndex with full text*, *Web of science* et *Google Scholar*. Dans chacune de ces bases de données, les mêmes mots-clés ont été utilisés. Ces mots clés sont : adolescent (and) family preservation (or) multisystemic (or) family therapy (and) efficacy. Ces mots-clés ont été utilisés de manière combinée; ils réfèrent à l'échantillon ciblé (les adolescents et leur famille), au type de thérapie ou d'intervention recherché (l'intervention intensive ou l'intervention multisystémique qui est considérée comme une intervention intensive auprès des familles) et à la nature des résultats attendus (les données quantitatives portant sur l'effet des interventions sur le fonctionnement des familles).

Les recherches effectuées dans chacune des bases de données ont permis de déceler un grand nombre d'articles. Une sélection des articles a dû être faite pour ne conserver que ceux ayant une pertinence avec l'objet de la recherche en cours.

Le choix des articles s'est fait en se référant aux critères suivants : 1- l'article devait être écrit en anglais ou en français, 2- avoir été évalué par un comité de pairs, 3- porter sur un programme d'intervention multisystémique ou d'intervention intensive auprès d'adolescents vivant dans leur famille et présentant des problèmes de comportement ou des problèmes de consommation de psychotropes et 4- inclure des données sur le fonctionnement familial. Les articles portant sur les problématiques de santé mentale tant

chez les jeunes que chez les parents et les articles concernant uniquement l'évolution des jeunes dans ces programmes ont été exclus. L'application de ces critères nous a permis d'identifier 17 articles. Les résumés de ces articles sont présentés dans les tableaux 13 à 28, en Annexe A. Différentes rubriques sont documentées dans ces tableaux, soit le nom des chercheurs, l'année de publication de l'article, les caractéristiques des échantillons, la méthodologie utilisée, les variables familiales investiguées, les instruments de mesure utilisés et les principaux résultats obtenus concernant spécifiquement le fonctionnement des familles.

3.2 Résultats de la recension des écrits

Les chercheurs qui ont mené les études que nous avons recensées ont utilisé différentes approches méthodologiques lors de la réalisation de leur recherche. La mise en commun de ces différentes recherches a permis de constater que les chercheurs, dans six de ces études, ont utilisé un devis expérimental (comparaison de deux sous-groupes orientés de façon aléatoire à deux interventions différentes) (Löfholm, Olsson, Sundell et Hansson, 2009; Slesnick et Prestopnik, 2005; Ogden et Halliday-Boykins, 2004; Henggeler, Melton, Brondino, Scherer et Hanley, 1997; Borduin et al., 1995; Feldman, 1990), dans six de ces études, ils ont employé un devis pré expérimental (comparaison pré et post intervention sans groupe de comparaison) (Curtis, Ronan, Heiblum et Crellin, 2009; Lietz, 2009; Puyenbroeck et al., 2009; Pauzé, Touchette et Joly, 2007; Hogue, Dauber, Samuolis et Liddle, 2006; Huey, Henggeler, Brondino et Pickrel, 2000) et dans trois de ces études, ils ont utilisé un devis quasi expérimental (comparaison entre deux sous-groupes équivalents bénéficiant d'une intervention différente) (Biehal, 2005; Scherer, Brondino, Henggeler, Melton et Hanley, 1994; Wells et Whittington, 1993). Compte tenu du niveau de preuve différent associé à chacun de ces devis de recherche, nous avons jugé opportun de présenter ces diverses catégories d'études de façon séparée. De plus, puisque les instruments de mesure utilisés par les chercheurs pour évaluer le fonctionnement familial varient d'une étude à l'autre, la mise en commun des résultats s'avère difficile à faire. Nous avons donc décidé de présenter les résultats de chaque étude de façon séparée. À la suite de la

présentation des résultats des études recensées sont exposés les résultats de la méta-analyse portant sur l'efficacité de l'intervention multisystémique (Curtis, Ronan et Borduin, 2004).

3.2.1 Résultats des études expérimentales

Dans une étude visant à évaluer l'efficacité de l'intervention multisystémique, Löfholm et al. (2009) comparent 79 familles assignées à l'intervention multisystémique à 77 familles desservies par des services traditionnels dont l'adolescent présente des problèmes de comportement. Les résultats indiquent que les parents rapportent que leurs compétences parentales (connaissances parentales, surveillance parentale, distance dans la relation du parent avec le jeune et réponse parentale positive) se sont améliorées au fil du temps, peu importe le traitement. Cependant, les jeunes affirment le contraire : les compétences parentales se sont détériorées entre le pré test et le post test. Enfin, les auteurs n'observent pas de différence significative par rapport à l'évolution des familles entre les deux programmes.

Dans le même ordre d'idées, l'étude de Slesnick et Prestopnik (2005), portant sur l'impact de l'intervention écologique de type familial, proche parente de l'intervention multisystémique, en comparaison de l'approche traditionnelle auprès d'un échantillon de 124 jeunes fugueurs, indique une amélioration du fonctionnement des familles sur le plan de la cohésion familiale et une réduction des conflits familiaux (violence verbale et violence familiale), une amélioration de la qualité des soins donnés et du soutien à l'autonomie du jeune par les parents. Il n'y a cependant pas de différence concernant l'évolution observée chez les familles entre les deux types d'intervention.

Dans une autre étude portant sur un échantillon de 100 jeunes présentant des comportements antisociaux et visant à évaluer l'impact de l'intervention multisystémique en comparaison de l'intervention en protection de l'enfance, Ogden et Halliday-Boykins (2004) notent une amélioration de la cohésion familiale dans le temps pour les deux sous-groupes de familles. Par ailleurs, il n'y aurait pas de changement dans le temps sur le plan

de l'adaptabilité familiale. Cette étude ne permet pas non plus d'observer de différence concernant l'évolution des familles entre les deux types d'intervention.

De leur côté, Henggeler et al. (1997) ont réalisé une étude visant à comparer l'évolution de 155 familles dans lesquelles l'adolescent présente des comportements antisociaux et dont les familles bénéficiaient soit d'une intervention multisystémique ou d'une intervention traditionnelle du système de justice pénale. Selon les résultats de cette étude, on note une amélioration du fonctionnement familial dans le temps selon le point de vue des parents, mais non selon le point de vue des jeunes, une réduction sensible de la cohésion familiale dans le temps selon les parents et non selon les jeunes, une augmentation de l'adaptabilité familiale dans le temps selon les jeunes et non selon les parents et une diminution sensible de la surveillance des parents dans le temps selon les jeunes et non selon les parents. Ici encore, les chercheurs n'observent pas de différence concernant l'évolution des familles entre les deux types d'intervention.

Par ailleurs, dans le cadre de leur étude, Borduin et al. (1995) ont utilisé un échantillon de 176 jeunes délinquants âgés de 12-17 ans à risque élevé de récidiver pour des crimes sérieux. L'échantillon a été divisé en deux groupes en fonction de deux types d'intervention, soit l'intervention individuelle et l'intervention multisystémique. Les résultats de cette étude révèlent que les familles ayant bénéficié de la thérapie multisystémique obtiennent un score supérieur aux sous-échelles de la cohésion et de l'adaptabilité familiales à la fin du traitement. Par ailleurs, les familles des jeunes suivis en thérapie individuelle obtiennent des scores inférieurs sur ces deux mêmes sous-échelles à la fin du traitement. Quant aux données observationnelles, elles indiquent que les interactions entre les membres de la famille (mère-adolescent, père-adolescent et père-mère) sont plus positives; elles se caractérisent par davantage de soutien et moins de conflits et d'hostilité à la suite de l'intervention multisystémique qu'à la suite de l'intervention individuelle. Par contre, selon ces mêmes données observationnelles, les interactions mère-adolescent font moins appel au soutien et les interactions père-adolescent comptent plus de conflits et d'hostilité à la suite de l'intervention individuelle. Les relations mère-adolescent, père-adolescent et père-mère dans le groupe de thérapie individuelle reflètent donc une

détérioration ou une stabilité. Il est important de noter que l'intervention individuelle ne vise pas la modification du fonctionnement familial, ce qui peut expliquer l'écart observé entre les deux sous-groupes.

Finalement, l'étude de Feldman (1990) portant sur 183 familles, dont 96 bénéficient d'une intervention intensive et 87 de services traditionnels, révèle une amélioration sensible dans cinq des 10 échelles permettant d'évaluer le fonctionnement familial (cohésion, expressivité, indépendance, conflit et organisation) chez les familles ayant bénéficié d'une intervention intensive comparativement à l'intervention traditionnelle. Cependant, ces différences ne sont pas significatives.

3.2.1.1 Faits saillants

Globalement, les résultats des études expérimentales indiquent une amélioration des compétences parentales du point de vue des parents (Löfholm et al., 2009), une augmentation de la qualité des soins donnés et du soutien à l'autonomie par les parents et une réduction des conflits familiaux (Slesnick et Prestopnik, 2005), une augmentation de la cohésion familiale (Slesnick et Prestopnik, 2005; Ogden et Halliday-Boykins, 2004; Borduin et al., 1995), une augmentation de l'adaptabilité familiale (Henggeler et al., 1997; Borduin et al., 1995), une interaction plus positive entre les membres de la famille (Borduin et al., 1995) et une amélioration du fonctionnement familial selon les parents (Henggeler et al., 1997) chez les familles bénéficiant d'une intervention qu'elle soit intensive ou non. Par ailleurs, on observe peu de changement sur le plan de l'adaptabilité familiale selon l'étude de Ogden et Halliday-Boykins (2004), une réduction des compétences parentales selon les jeunes (Löfholm et al., 2009) et une réduction sensible de la cohésion familiale selon les parents (Henggeler et al., 1997). Dans la quasi-totalité des études recensées, on n'observe pas de différence concernant l'évolution du fonctionnement familial entre une intervention intensive et une intervention régulière (Löfholm et al., 2009; Slesnick et Prestopnik, 2005; Ogden et Halliday-Boykins, 2004; Henggeler et al., 1997; Feldman, 1990).

3.2.2 Résultats des études pré expérimentales

L'étude de Curtis et al. (2009) s'appuie sur des données de 65 familles dont les adolescents sont majoritairement (70 %) des garçons. L'efficacité du programme d'intervention multisystémique est fondée sur les résultats relevés par ces familles et d'autres familles qui ont participé à ce même type d'intervention lors d'autres études. Les auteurs notent que les résultats au questionnaire *Multisystemic Behavioral Rating Scale* indiquent des améliorations significatives dans le fonctionnement familial entre le pré et post traitement. En plus, cette échelle démontre que les améliorations se poursuivent 6 à 12 mois après la fin du programme. Les résultats de l'étude révèlent que le contrôle parental s'est également amélioré entre le pré et post traitement. Enfin, l'étude montre qu'à la suite de l'intervention, les relations familiales se sont améliorées.

L'étude de Lietz (2009), quant à elle, portant sur un échantillon de 17 familles dont le suivi était déjà terminé et l'autre comptant 36 familles utilisant les services intensifs au moment de l'étude, indique que 12 des 17 familles du premier échantillon étaient perçues comme étant plus fortes à la suite de l'intervention et dix familles d'entre elles ont attribué ce changement aux services reçus. Les résultats révèlent également que 75 % des familles se sentent plus fortes après avoir participé aux services intensifs à domicile. De plus, la moitié des familles du deuxième échantillon obtiennent des résultats significativement plus élevés au niveau du fonctionnement familial à la fin des services.

Une étude de Puyenbroeck et al., réalisée en 2009, visait à évaluer les effets des services intensifs de préservation de la famille (IFPS). Les évaluations pré et post intervention ainsi que l'évaluation de suivi, effectuées auprès de 142 familles bénéficiant de l'intervention IFPS, ont permis de reconnaître les bienfaits de ces services. Ainsi, les résultats font ressortir que les parents notent un changement positif significatif dans les interactions parents-enfants pendant et à la fin de l'intervention. Quant aux enfants, ils n'indiquent aucun changement significatif dans la relation qu'ils ont avec leurs parents. De plus, les parents s'entendent mieux avec leurs enfants et se sentent plus résistants qu'avant la crise. Cependant, les problèmes persistent malgré les améliorations au niveau du fonctionnement familial.

Pauzé et al. (2007) ont réalisé une étude visant à évaluer l'évolution de 146 familles impliquées dans le programme Crise-Ado-Famille, bénéficiant d'un programme de crise d'intervention brève et intensive. Les résultats de cette étude indiquent une certaine évolution du fonctionnement familial. Cette évolution se poursuit même lorsque l'intervention est terminée. Les données révèlent également une amélioration moyenne significative de la relation parents-jeune tant du point de vue des parents que du point de vue des jeunes à l'égard de leur mère et de leur père.

Par ailleurs, une autre étude pré expérimentale réalisée par Hogue et al. (2006) porte sur les techniques de traitement ainsi que les résultats des thérapies familiales multidimensionnelles pour les adolescents aux prises avec des problèmes de comportement. Cette recherche comporte un échantillon de 63 familles dont les adolescents (83 % garçons) consomment des substances illicites. Les résultats révèlent que l'utilisation des techniques axées sur la famille prédit l'amélioration de la cohésion familiale et la réduction des conflits familiaux.

Enfin, l'étude de Huey et al. (2000) visait à évaluer l'impact de l'intervention multisystémique dans deux projets de recherche indépendants, le premier portant sur un échantillon de 155 familles et l'autre sur un échantillon de 118 familles. Selon les résultats obtenus dans le premier projet, on note une amélioration du fonctionnement familial au fil du temps pour le groupe de participants à l'intervention multisystémique. On observe également une amélioration de la surveillance parentale selon les jeunes et les parents. Les mêmes observations sont rapportées dans le second projet.

3.2.2.1 Faits saillants

Les résultats des études pré expérimentales indiquent un changement positif significatif dans les interactions parents-enfants pendant et à la fin de l'intervention selon les parents et non selon les jeunes et une meilleure entente entre les parents et les jeunes (Puyenbroeck et al., 2009), une amélioration des relations familiales (Curtis et al., 2009; Lietz, 2009) et de la communication (Lietz, 2009), une évolution du fonctionnement familial (Curtis et al., 2009;

Lietz, 2009; Pauzé et al., 2007; Huey et al., 2000) et de la relation parents-jeune (Pauzé et al., 2007), une amélioration de la cohésion familiale et la réduction des conflits familiaux (Hogue et al., 2006), une amélioration de la surveillance parentale (Huey et al., 2000), du contrôle parental (Curtis et al., 2009) et de la compétence parentale (Lietz, 2009). Cependant, il appert que certains problèmes persistent à la suite de l'intervention (Puyenbroeck et al., 2009; Pauzé et al., 2007).

3.2.3 Résultats des études quasi expérimentales

Les résultats de l'étude de Biehal (2005) portent sur un échantillon composé de 209 jeunes âgés de 11 à 16 ans dont 144 jeunes ont bénéficié d'une intervention intensive et 65 jeunes ont bénéficié d'une intervention régulière. Les résultats de cette étude indiquent une évolution positive des familles sur le plan de la résolution des problèmes, de la communication, du contrôle du comportement, de l'engagement affectif, de l'expression affective et du fonctionnement familial général. Cependant, on n'observe pas de différence concernant l'évolution des familles selon le type d'intervention.

L'étude de Scherer et al. (1994), quant à elle, porte sur un échantillon composé de 55 contrevenants criminels sérieux et chroniques âgés de 11 à 17 ans ainsi que leur figure maternelle suivis dans un programme intensif multisystémique (MFP). Cet échantillon est comparé à un échantillon de jeunes suivis par le département de justice juvénile (DJJ). Les auteurs notent que la thérapie familiale multisystémique est associée à des améliorations au niveau du fonctionnement familial. Les données colligées auprès des parents indiquent qu'il y a une plus grande satisfaction concernant l'accomplissement des tâches pour le groupe MFP que pour le groupe DJJ. Il n'y a toutefois pas d'effet significatif pour la performance de rôle, la communication, l'expression affective, l'engagement, le contrôle, les valeurs et les normes, peu importe l'intervention.

Enfin, l'étude de Wells et Whittington (1993) porte sur un échantillon de 42 adolescents âgés de 10 à 18 ans et leur famille ayant bénéficié d'une intervention intensive. Cet échantillon est comparé à un échantillon d'enfants du même âge n'ayant pas reçu de

service. Les résultats de cette étude révèlent que les parents et les enfants rapportent une santé familiale et une relation entre eux moins adéquates que les familles de l'échantillon n'ayant pas reçu de service. Ils fonctionnent généralement moins bien. Les familles admises au programme sont encore vulnérables lors de l'évaluation de suivi. Ce résultat est difficile à interpréter, car les chercheurs donnent peu de précision sur la composition de leur groupe de comparaison.

3.2.3.1 Faits saillants

Globalement, les résultats de recherche quasi expérimentale permettent d'observer une évolution positive des familles sur le plan de la résolution des problèmes, de la communication, du contrôle du comportement, de l'engagement affectif, de l'expression affective (Biehal, 2005), du fonctionnement familial général (Biehal, 2005; Scherer et al., 1994) et une plus grande satisfaction concernant l'accomplissement des tâches (Scherer et al., 1994). Cependant, l'étude de Wells et Whittington (1993) semble indiquer que les familles bénéficiant d'une intervention intensive connaissent une moins bonne évolution que les familles ne recevant pas de service. Le manque de précision concernant les caractéristiques du groupe de comparaison ne nous permet pas de nous prononcer sur les résultats de cette étude. Enfin, on n'observe pas de différence concernant l'évolution des familles selon le type d'intervention (Biehal, 2005).

3.2.4 Résultats de la méta-analyse

Le résumé de la méta-analyse est présenté dans le Tableau 28 en Annexe A. La méta-analyse réalisée par Curtis et al. (2004) visait à évaluer l'efficacité de l'intervention multisystémique sur l'évolution des familles en comparaison des interventions alternatives. Les résultats de cette méta-analyse révèlent que l'intervention multisystémique est efficace pour améliorer les relations parents-enfant et les relations familiales. Le suivi indique que les effets de l'intervention sont maintenus jusqu'à quatre ans après la fin de l'intervention. De plus, les résultats de cette méta-analyse indiquent que l'intervention multisystémique a plus d'effet sur les relations familiales que sur les changements personnels de chacun des membres de la famille.

3.2.5 Conclusion

Cette recension des écrits permet de constater que les interventions intensives ou régulières contribuent à l'amélioration du fonctionnement familial qui se traduit par une amélioration des compétences parentales, une réduction des conflits familiaux, une augmentation de la cohésion familiale, une augmentation de l'adaptabilité familiale, une interaction plus positive entre les membres de la famille et une amélioration sur les plans de la résolution des problèmes et de la communication. Par ailleurs, cette recension n'a pas permis de démontrer l'efficacité plus importante des interventions intensives familiales comparativement aux interventions régulières. En outre, il en ressort que les problèmes peuvent persister chez certaines familles à la suite de l'intervention. Enfin, on peut déduire que toutes les familles ne bénéficient pas également de ce type d'intervention.

3.3 Principales limites des études recensées

Une des premières critiques concerne les devis méthodologiques utilisés dans la plupart des études recensées. On note dans la plupart des études expérimentales et quasi expérimentales recensées la non-équivalence des conditions dans lesquelles les traitements sont comparés. Par exemple, lorsque l'on compare une intervention multisystémique (une intervention brève, intensive, dans la communauté du jeune, impliquant les parents et les autres systèmes fréquentés par le jeune et dirigée par un thérapeute qui a une charge de cas limitée et qui est supervisé 2,5 heures par semaine par le concepteur de l'approche) à une intervention individuelle auprès d'un jeune (dirigée par un thérapeute qui ne bénéficie pas de supervision particulière et qui a une charge de cas complète), il ne faut pas s'étonner que les résultats traduisent que l'approche multisystémique est supérieure. Cela va de soi (Sparks et Duncan, 2010). Les comparaisons entre les différents types d'intervention devraient toujours se faire à partir de conditions équivalentes.

Deuxièmement, il ressort que l'évaluation des interventions dans les études recensées se fait en comparant les résultats à des questionnaires permettant d'évaluer différentes facettes du fonctionnement familial entre la période de l'« avant » et celle de l'« après » intervention. Or, les auteurs n'indiquent pas si l'évolution observée à la suite de

l'intervention est cliniquement significative. Il est alors difficile d'apprécier la portée réelle de ces interventions. De plus, dans la plupart des études recensées, les chercheurs portent leur attention sur un nombre limité de variables familiales (voir le Tableau 1 qui suit). Aussi, plusieurs dimensions proposées dans le modèle d'évaluation de la famille présenté précédemment ne sont pas examinées par les chercheurs, notamment les caractéristiques personnelles des parents, les ressources dont ils disposent sur le plan financier et social et la structure familiale (monoparentalité, recomposition, intacte, etc.). Une utilisation limitée des dimensions du fonctionnement familial ne permet pas d'avoir une vision complète de l'effet de ces programmes sur l'ensemble du fonctionnement familial.

Tableau 1
Classification des variables familiales investiguées par les chercheurs dans les études recensées

Catégories de variables investiguées par les chercheurs	Variables documentées	Chercheurs
Contextes personnels et contextuels	Niveau socioéconomique	Puyenbroeck et al. (2009) Feldman (1990)
Fonctionnement familial	Communication (qualité de la communication et expression des émotions)	Curtis et al. (2009) Lietz (2009) Pauzé et al. (2007) Hogue et al. (2006) Biehal (2005) Slesnick et Prestopnik (2005) Huey et al. (2000) Henggeler et al. (1997) Scherer et al. (1994) Wells et Whittington (1993) Feldman (1990)
	Fonctionnement général de la famille	Lietz (2009) Pauzé et al. (2007) Hogue et al. (2006) Biehal (2005) Slesnick et Prestopnik (2005) Huey et al. (2000) Henggeler et al. (1997) Scherer et al. (1994) Wells et Whittington (1993) Feldman (1990)
	Les relations familiales	Curtis et al. (2009) Lietz (2009) Hogue et al. (2006) Slesnick et Prestopnik (2005) Huey et al. (2000) Scherer et al. (1994)
	Interactions parents-enfants	Puyenbroeck et al. (2009) Slesnick et Prestopnik (2005)
	Le contrôle des comportements	Pauzé et al. (2007) Biehal (2005)

	Flexibilité	Pauzé et al. (2007) Hogue et al. (2006) Biehal (2005) Slesnick et Prestopnik (2005) Ogden et Halliday-Boykins (2004) Huey et al. (2000) Henggeler et al. (1997) Borduin et al. (1995) Scherer et al. (1994) Feldman (1990)
	Cohésion	Pauzé et al. (2007) Hogue et al. (2006) Biehal (2005) Slesnick et Prestopnik (2005) Ogden et Halliday-Boykins (2004) Huey et al. (2000) Henggeler et al. (1997) Borduin et al. (1995) Feldman (1990)
Opérations familiales	Résolution des problèmes	Pauzé et al. (2007) Biehal (2005)
	Pratiques éducatives	Curtis et al. (2009) Pauzé et al. (2007) Slesnick et Prestopnik (2005) Henggeler et al. (1997)

Une autre limite aux études recensées est le fait que les chercheurs ne tiennent pas compte de la diversité des familles qui composent les échantillons. Or, il apparaît évident que les retombées de ces interventions ne sont pas les mêmes pour toutes les familles, certaines bénéficiant probablement davantage de ces interventions que d'autres. À cet égard, Kazdin (1997) observe que certaines variables contextuelles, notamment la monoparentalité (structure familiale) et la pauvreté (condition socioéconomique) peuvent avoir un impact déterminant sur l'évolution des familles dans les services. Selon cet auteur, ces variables peuvent avoir un impact négatif sur le taux d'abandon de l'intervention, sur l'évolution des familles à la suite de l'intervention et sur le maintien dans le temps des acquis réalisés au cours de l'intervention. Dans le même ordre d'idées, Gardner et al. (2009) observent que les familles monoparentales confrontées à la pauvreté répondent moins bien à l'intervention.

Selon ces constats, il apparaît donc important de réaliser d'autres études afin, d'une part, d'identifier le profil des familles qui bénéficient davantage de ce type de programme. Cela permettrait de mieux cibler les clientèles susceptibles de répondre positivement aux interventions intensives. D'autre part, ces études devraient porter sur un nombre plus important de variables familiales.

3.4 Objectif de l'étude

Le présent mémoire s'intéresse donc globalement à l'étude de l'effet des programmes d'intervention brève et intensive de crise, visant à prévenir le placement des adolescents en milieu substitut, sur le fonctionnement des familles. De façon plus spécifique, la présente étude vise 1- à décrire l'évolution des familles bénéficiant du programme Crise-Ado-Famille-Enfance, 2- à identifier différents profils chez les familles bénéficiant de ce type de programme et 3- à identifier, sur la base de ces profils, celles qui connaissent une meilleure évolution dans le temps. La principale retombée de cette étude est de permettre aux décideurs et aux intervenants qui ont la responsabilité d'implanter ce type de programme dans leur milieu de mieux cibler les familles à qui devrait s'adresser ce programme CAFE.

Chapitre 4

Méthodologie

Ce quatrième chapitre est consacré à la présentation des informations concernant la méthodologie de recherche privilégiée. Dans l'ordre, nous présenterons 1- le devis de recherche, 2- le contexte de l'étude, 3- la description de l'échantillon, 4- les étapes de la collecte des données, 5- les instruments de mesure utilisés, 6- le traitement des données et 7- les considérations éthiques. Il est à noter que notre étude s'inscrit dans le cadre d'une étude en cours réalisée par Pauzé, Touchette et Joly (en cours).

4.1 Devis de recherche

L'étude de Pauzé et al. (en cours) vise à évaluer l'effet de l'application fidèle d'un programme d'intervention brève et intensive de crise sur l'évolution des jeunes et des familles. Il s'agit d'une recherche évaluative et corrélationnelle puisque les analyses visent à évaluer l'association entre le degré de fidélité de l'application du programme par les intervenants et l'évolution des familles à la suite de l'intervention. Dans le cadre de ce mémoire, nous utiliserons, de façon secondaire, les données sur les 108 premières familles ayant participé à cette étude.

4.2 Contexte de l'étude

De façon plus spécifique, l'étude de Pauzé et al. (en cours) porte sur le programme d'intervention brève et intensive de crise connu sous le nom de Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) implanté dans les différents Centres de santé et de services sociaux de la Montérégie. Ce programme vise à offrir aux jeunes âgés de 6 à 18 ans et aux familles en crise « une intervention de première ligne (dans la communauté), rapide (dans les deux heures suivant la demande), brève (durée de 12 semaines) et intensive (2-3 interventions par semaine) » (Pauzé, Joly, Yergeau, Toupin et Touchette, 2005, p. 7). Son principal objectif est de maintenir le jeune dans son milieu familial en réduisant les conflits parents-jeune, les dysfonctionnements familiaux et les problèmes de comportement du jeune qui sont à l'origine de la crise.

Le programme CAFE prévoit, tel que recommandé par Roberts (2000), une séquence d'intervention en trois étapes. *Étape 1 : calmer l'urgence.* Il s'agit ici de tenter de réduire le sentiment de détresse des membres de la famille, d'éviter l'exclusion du jeune en proposant un recadrage de la situation de crise et en identifiant avec les personnes concernées une réponse immédiate qui soit la plus ajustée possible à la situation. *Étape 2 : évaluer.* À la fin de cette première étape, généralement après deux semaines, l'intervenant procède à l'évaluation des caractéristiques du jeune et de la famille à l'aide des questionnaires standardisés qui composent le protocole d'évaluation multidimensionnel élaboré par Toupin et Pauzé (2003). Il élabore par la suite un plan d'intervention. *Étape 3 : résolution des problèmes.* Cette étape s'appuie sur les résultats obtenus à l'aide des questionnaires d'évaluation. L'objectif est d'identifier les cibles d'intervention clé, de trouver des réponses appropriées à la situation de crise et de réduire l'impact des facteurs de risque auxquels le jeune et la famille sont confrontés pour prévenir l'émergence d'autres crises ultérieurement.

La dispensation de service s'appuie sur dix paramètres. Ceux-ci sont très proches de ceux suggérés par Henggeler, Melton et Smith (1992), concepteurs de l'intervention multisystémique qui est un programme d'intervention intensif reconnu comme programme probant pour les jeunes présentant des problèmes de comportement. Ces paramètres d'intervention sont :

1. Offrir une réponse rapide à la demande d'aide, soit dans les deux heures qui suivent le contact téléphonique avec le requérant.
2. Intervenir dans le milieu de vie du jeune et de la famille afin d'augmenter la validité écologique de l'intervention.
3. Établir des liens avec les différents intervenants et services concernés par la situation, ce qui signifie d'assurer la cohérence des interventions tout au long de l'intervention de crise en plus de permettre la poursuite des interventions une fois l'intervention de crise terminée. Cet objectif vise également à mobiliser différentes ressources répondant aux besoins des jeunes et de leur famille, pendant et à la suite des interventions de crise.
4. Offrir une intervention brève (8 à 12 semaines).
5. Offrir une intervention intensive de plusieurs heures par semaine au cours des premières semaines et une intervention plus intensive que l'intervention hebdomadaire

traditionnelle par la suite. L'objectif est de soutenir la mobilisation de la famille et de permettre à l'intervenant de s'impliquer suffisamment auprès de la famille pour en assurer l'évolution malgré la courte durée de l'intervention.

6. Privilégier une diversité des modalités d'intervention, notamment l'intervention familiale, l'intervention auprès du couple parental, l'intervention individuelle auprès du jeune ou d'un des parents, l'intervention auprès des réseaux formels et informels, l'intervention dans le milieu scolaire, etc.
7. Utiliser un protocole d'évaluation systématique dans toutes les situations cliniques. « Ce protocole vise à cibler les principaux facteurs de risque associés à l'émergence de la crise familiale et des problèmes sous-jacents à cette crise, à identifier les principales ressources des jeunes et des familles, à documenter l'histoire développementale des jeunes et des familles et l'histoire de la relation parents-enfant afin de bien cerner le contexte dans lequel survient la crise et identifier le type de crise vécue par la famille (Pauzé et Touchette, en préparation).
8. Élaborer une hypothèse explicative et une hypothèse d'intervention dans toutes les situations cliniques. L'hypothèse explicative vise à identifier les difficultés sous-jacentes chez le jeune et dans le fonctionnement de la famille associées à la crise alors que l'hypothèse d'intervention vise à cerner les cibles d'intervention pour favoriser une évolution optimale du jeune et de la famille dans le temps prescrit par le programme.
9. Offrir une continuité dans l'intervention en assurant à la famille et au jeune qu'un seul intervenant du programme assumera leur suivi tout au long de l'intervention de crise et qu'il y aura des références personnalisées vers d'autres services, au besoin, pendant et à la suite de l'intervention de crise.
10. Assurer en permanence un soutien téléphonique aux intervenants afin de les aider dans leur prise de décision concernant les interventions à privilégier dans différentes situations (par exemple, un placement d'urgence est inévitable, la sécurité ou le développement semble compromis).

Les critères d'entrée dans ce programme sont les suivants :

- La famille est confrontée à une impasse relationnelle provoquant chez l'un des membres un sentiment d'urgence;

- Dans la situation, il y a un risque de rupture relationnelle ou de passage à l'acte si aucune intervention n'est faite dans les heures qui suivent;
- La famille désire recevoir une aide immédiate;
- Et la famille ne bénéficie pas de suivi familial actif en CLSC ou en Centre jeunesse.

4.3 Description de l'échantillon

L'échantillon de la présente étude est composé des 108 premiers jeunes et familles ayant participé à l'étude de Pauzé et al. (en cours). L'échantillon total comprend 256 jeunes et familles. Le recrutement de ces jeunes s'est fait entre octobre 2010 et décembre 2011. L'âge moyen des jeunes est de 14,5 ans ($s= 1,38$); 46,8 % sont âgés de 11 à 14 ans. Cet échantillon comprend 45,0 % de garçons et 55,0 % de filles. Ces jeunes proviennent d'une famille intacte dans 37,0 % des cas, d'une famille recomposée dans 22,2 % des cas et d'une famille monoparentale dans 38,9 % des cas. Ces familles sont composées en moyenne de 4,16 personnes ($s= 1,77$; 67,6 % de ces familles comprennent 4 personnes et moins. La majorité des parents occupent un emploi (93,0 %). Le revenu familial annuel se situe au-dessus de 60,000.00 \$ pour 58,5 % des familles. Près d'une famille sur quatre (23,2 %) bénéficie d'un revenu annuel inférieur à 40,000.00 \$. Puis, deux parents sur trois ont complété des études secondaires (67,9 %) (secondaire IV à collégial) et un parent sur quatre a complété des études universitaires (27,5 %).

4.4 Collecte des données

La collecte des données s'inscrit dans le processus même de l'intervention. Elle se déroule au domicile des jeunes et des familles et est encadrée par l'intervenant principal de l'intervention. La collecte des données se déroule d'abord dix jours après l'entrée du jeune et de la famille dans le programme CAFE; l'intervenant demande à ces derniers de remplir les questionnaires d'évaluation présentés dans la section suivante (temps 1). Une deuxième collecte des données à partir des mêmes questionnaires est réalisée à la fin de l'intervention, soit entre 8 et 12 semaines suivant leur entrée dans le programme (temps 2). Enfin, une dernière évaluation est faite 12 mois suivant l'entrée du jeune et de la famille dans le programme, toujours à partir des mêmes instruments d'évaluation (temps 3). Les

questionnaires sont remplis individuellement par les jeunes âgés de 12 ans et plus et par les deux parents. Normalement, la durée de passation des questionnaires est d'environ 60 à 75 minutes.

Les données utilisées dans la cadre de la recherche de Pauzé et al. (en cours) sont celles colligées auprès des jeunes et des familles qui ont donné leur consentement à participer à la recherche. Dans la présente étude, seules les données concernant les caractéristiques personnelles des parents, le fonctionnement familial, les pratiques éducatives des parents, la relation parents-jeune et les données socioéconomiques de la famille seront utilisées. Les données sont celles correspondant au temps 1 et 3 de l'étude de Pauzé et al. (en cours).

Trois répondants ont rempli les questionnaires, soit le jeune, le répondant principal (le parent qui est le plus souvent en contact avec le jeune) et le répondant secondaire (l'autre parent ou le conjoint du répondant principal).

4.5 Description des instruments de mesure utilisés

Dans la présente section, nous décrivons les instruments de mesure utilisés dans notre étude. Les descriptions présentées ici sont en bonne partie tirée de l'étude de Pauzé et al. (2005).

Dans l'ordre, nous présentons les questionnaires sur la composition familiale, les conditions socioéconomiques de la famille, les ressources des parents (*Perceived Adequacy of Resources Scale (PAR)* de Rowland et al., 1985) et la détresse psychologique des parents (Préville et al., 1992). Suivent les questionnaires sur le fonctionnement familial (Family Assessment Device de Epstein et al., 1983) et FACES IV de Olson, Gorall et Tiesel (2006). Par la suite, nous présentons les questionnaires sur les pratiques éducatives des parents (Alabama Parenting Questionnaire de Frick, 1991) et sur la qualité de la relation parents-jeune selon le point de vue du jeune (l'adaptation française, réalisée par Comeau et Boisvert (1985), du *Child Attitude towards Mother (CAM)* et du *Child Attitude towards*

Father (CAF) dans Hudson, 1982) et selon le point de vue des parents (version française de Comeau et Boisvert, 1985, de l'*Index of Parental Attitude* dans Hudson, 1982).

4.5.1 Composition de la famille

Ce questionnaire s'inspire de celui utilisé dans l'enquête de Santé-Québec de 1992. Les variables identifiées sont le nombre de personnes (adultes et enfants) vivant sous le même toit et le type de famille dans laquelle vit l'adolescent (intacte, recomposée, monoparentale, etc.).

4.5.2 Situation socio-économique

Emprunté à l'enquête de Santé-Québec de 1992, ce questionnaire permet de recueillir diverses données sociodémographiques et sert notamment à cibler le revenu et le niveau de scolarité du parent principal, le revenu annuel de la famille ainsi que les sources de revenu de la famille (travail, chômage, aide sociale, etc.).

4.5.3 Ressources des parents

Ce questionnaire de 28 items, qui est la traduction de la *Perceived Adequacy of Resources Scale (PAR)* créée par Rowland, Richard, Dodder et Nickols (1985), vise à mesurer la perception qu'a l'individu des ressources dont il dispose. L'échelle de type Likert utilisée dans le cadre de notre étude comporte quatre points allant de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord ». Les catégories de ressources observées sont au nombre de sept : l'environnement physique, la santé, le temps, les ressources financières, les ressources interpersonnelles, les connaissances et les ressources de la communauté. L'analyse factorielle confirme la présence des sept catégories de ressources tandis qu'un alpha de Cronbach de 0,89 indique une bonne cohérence interne (Rowland et al., 1985). Ce résultat est confirmé par Burrell et coll. (1995) qui évaluent la cohérence interne du *PAR* à 0,87 pour l'échelle globale tandis que celle de chacune des sous-échelles varie entre 0,52 et 0,84. Par ailleurs, Burrell et coll. (1995) observent une corrélation de $-0,41$ avec le *Parenting Stress Index* (Abidin, 1986), ce qui constitue une mesure de validité du *PAR* puisque cette

corrélation nous indique que le stress du parent décroît avec les ressources disponibles. Seules les sous-échelles ressources de temps, ressources financières et ressources interpersonnelles seront utilisées dans la présente étude avec des seuils cliniques de 2,25 pour le temps disponible, 2,01 pour les ressources financières et 2,87 pour les ressources interpersonnelles. Les seuils cliniques correspondent aux scores moyens obtenus auprès d'un échantillon populationnel auxquels nous avons soustrait un écart-type.

4.5.4 Niveau de détresse psychologique des parents

Le questionnaire permettant d'évaluer la détresse psychologique des parents a été conçu par Prévaille, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré (1992). Ce questionnaire comporte 29 items liés à la détresse psychologique (anxiété, dépression, irritabilité et problèmes d'ordre cognitif) sur lesquels le répondant est invité à se prononcer en indiquant la fréquence (« jamais ou rarement », « occasionnellement ou quelquefois », « souvent ou très souvent ») à laquelle il a éprouvé les sentiments décrits dans les énoncés au cours de la dernière semaine. L'instrument a été construit à partir du *Psychiatric Symptom Index (PSI)* élaboré par Ilfeld (1976). Un score moyen par item de 2,15 et plus correspond au seuil clinique (centile 95). Une analyse factorielle a permis de reproduire les résultats obtenus par Ilfeld (1976) dans sa propre étude, à savoir : un facteur dépressif, un facteur d'irritabilité, un facteur d'anxiété et un facteur de problèmes cognitifs. La structure factorielle se trouve reproduite de façon satisfaisante tant chez les deux sexes, les différents âges et les différentes origines linguistiques (anglais et français). L'alpha de Cronbach indique une cohérence interne globale de 0,92 tandis que les coefficients de fidélité sont de 0,87 (dépression : 10 items), 0,81 (anxiété : 11 items), 0,79 (irritabilité : 4 items) et 0,73 (problèmes cognitifs : 4 items). Enfin, la validité concomitante de l'Indice de détresse psychologique a été établie par comparaison avec quatre autres mesures de l'état de santé des répondants couvrant les douze derniers mois, à savoir : 1) la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale, 2) l'hospitalisation pour un problème de santé mentale, 3) la présence d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide et 4) la consommation de drogues psychoactives. Les auteurs ont pu établir des liens entre un score élevé à cette échelle et ces variables. En effet, les répondants ayant un indice égal ou supérieur au 85^e percentile sur

l'échelle de détresse psychologique présentait une probabilité cinq fois supérieure aux autres répondants d'avoir consulté pour un problème de santé mentale, une probabilité six fois supérieure d'avoir été hospitalisé pour ce type de problème et une probabilité neuf fois supérieure d'avoir eu des idées suicidaires. De même, on peut percevoir des liens entre certaines caractéristiques démographiques et les scores élevés à l'instrument (sexe, âge, état matrimonial et niveau socioéconomique). Les seuils cliniques utilisés dans la présente étude correspondent au 95^e centile à ce questionnaire. Plus le score est élevé, plus il y a d'indices de détresse. Ainsi les seuils cliniques pour chacune des sous-échelles du questionnaire sont les suivants : 2,11 pour l'anxiété, 2,12 pour le sentiment dépressif, 2,48 pour l'irritabilité, 2,90 pour les problèmes cognitifs et 2,15 pour les sentiments de démoralisation.

4.5.5 Fonctionnement de la famille

Deux questionnaires servent à évaluer le fonctionnement familial, soit le *Family Assessment Device* de Epstein, Baldwin et Bishop (1983) et les *FACES IV* de Olson et al. (2006).

Le *Family Assessment Device (FAD)* élaboré par Epstein et al. (1983) est auto-complété par le jeune et ses parents. Ce questionnaire permet d'évaluer sept aspects du fonctionnement, soit la résolution de problème, la communication, les rôles, l'investissement affectif, l'expression affective, le contrôle des comportements et le fonctionnement familial général. Ces échelles comportent de 6 à 12 énoncés décrivant le fonctionnement de la famille. Pour chaque énoncé, le répondant identifie s'il est « fortement d'accord », « d'accord », « en désaccord » ou « fortement en désaccord ». Les énoncés représentent un bon ou un mauvais fonctionnement familial. La compilation des réponses nécessite donc la conversion des réponses à certains items et représente un niveau du dysfonctionnement familial. Ainsi, un score élevé indique un moins bon fonctionnement de la famille sur cette dimension. La version française du *FAD* a été obtenue par la méthode de traduction à rebours qui consiste à traduire le document de l'anglais au français puis à faire retraduire la version française ainsi obtenue vers l'anglais de façon à pouvoir

comparer les deux versions anglaises. Les propriétés psychométriques des sous-échelles du *FAD* ont été évaluées à partir des questionnaires complétés par les répondants principaux dans le cadre de l'évaluation d'implantation du programme CAFE. L'évaluation de la cohérence interne des échelles à l'aide de l'alpha de Chronbach indique que celle-ci varie de 0,68 à 0,87. Enfin, l'homogénéité des items à l'intérieur d'une même échelle se manifeste par des corrélations allant de $-0,07$, à $0,52$. Byles, Byrne, Boyle et Offord (1988) ont évalué les propriétés psychométriques spécifiques à l'échelle de fonctionnement général de la famille dans le cadre de l'*Ontario Child Health Study* réalisée auprès de 1869 familles. La cohérence interne est évaluée à $0,86$ par l'alpha de Chronbach ainsi qu'à $0,86$ et à $0,83$ par la méthode de bissection. Le fait que le score obtenu à la sous-échelle du fonctionnement général du *FAD* soit corrélé à d'autres mesures telles l'alcoolisme, les maladies « nerveuses », les problèmes judiciaires chez les parents, la violence conjugale et la séparation plutôt qu'à des mesures telles que la maladie physique ou l'emplacement géographique est révélateur de la validité de construit de l'instrument (Byles et al., 1988). Trois des sous-échelles de ce questionnaire sont utilisées dans la présente étude : la résolution des problèmes, l'expression des émotions et le fonctionnement général de la famille. Le choix de ces trois sous-échelles vise à éviter la répétition de questionnaires mesurant les mêmes dimensions, notamment le *FACES IV*. Le seuil clinique pour chacune de ces sous-échelles est de 2,36.

Le *FACES IV* est la dernière version d'un outil de mesure familiale auto-complété construit afin de mesurer la cohésion (la qualité des liens entre les membres de la famille) et la flexibilité familiale (la qualité du « leadership » et de l'organisation familiale) (Olson et al., 2006). L'échelle contient 42 énoncés de type Likert regroupés en cinq points comprenant des choix allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Six échelles ont été développées, dont deux échelles balancées (cohésion balancée et flexibilité balancée) et quatre non balancées (désengagement, enchevêtrement, rigidité et chaos), dans le but d'apprécier les extrêmes dans la cohésion (enchevêtrement et désengagement) et la flexibilité (rigidité et chaos). « Les membres de notre famille se donnent du soutien durant les moments difficiles » est un exemple de cohésion balancée et « lorsque des problèmes surviennent, nous faisons des compromis » est un exemple de flexibilité balancée. En

utilisant les scores balancés et non balancés, on peut créer un ratio de cohésion et de flexibilité (proportion du fonctionnement balancé versus proportion du fonctionnement problématique). Deux autres échelles supplémentaires évaluent respectivement la communication familiale (10 items) et la satisfaction du répondant face à diverses sphères de sa famille (10 items). Par exemple, « nous ne semblons jamais organisés dans notre famille » est un énoncé décrivant la communication alors que « l'habileté de votre famille à partager des expériences positives » est un énoncé en lien avec la satisfaction.

Au niveau des propriétés psychométriques, la consistance interne des six échelles du fonctionnement familial varie entre 0,77 et 0,89. La corrélation entre les échelles du *FACES IV* et d'autres échelles de validation (*SFI*, *FAD* et satisfaction familiale) est relativement élevée à l'exception des échelles d'enchevêtrement et de rigidité qui présentaient des corrélations relativement faibles avec les autres mesures. Au niveau de sa capacité à discriminer les familles problématiques de celles sans problème, le *FACES IV* a permis d'identifier correctement entre 55 % et 94 % des sujets dans les deux groupes. La validité apparente a été obtenue par les cotations de thérapeutes familiaux et la validité de construit a été établie par l'analyse factorielle. Les seuils cliniques utilisés dans ce questionnaire sont ceux proposés par le concepteur de l'outil.

4.5.6 Pratiques éducatives du répondant

Ce questionnaire est une traduction du *Alabama Parenting Questionnaire (APQ)* élaboré par Shelton, Frick et Wootton (1996) pour identifier les pratiques éducatives susceptibles d'entraîner des troubles du comportement chez les enfants. L'*APQ* est une échelle de 42 items de type Likert allant de « jamais » à « toujours » et vise à mesurer six dimensions distinctes, à savoir : l'engagement parental (ex. : vous avez des conversations amicales avec votre adolescent(e)), les attitudes parentales positives (ex. : vous récompensez ses réalisations), la supervision parentale (ex. : il(elle) vous informe de ses déplacements et de ses activités), le manque de consistance dans les pratiques éducatives (ex. : vous avez menacé de punir votre adolescent(e), mais n'avez pas mis votre menace à exécution), les pratiques disciplinaires et la punition corporelle. Seules les quatre premières sous-échelles

ont été utilisées dans notre étude. Le retrait des deux dernières sous-échelles s'explique par leur faible cohérence interne. Les propriétés psychométriques de l'instrument sont évaluées auprès de 160 parents par Shelton et al. (1996). La cohérence interne est satisfaisante, les alphas variant de 0,64 à 0,80 pour la totalité des sous-échelles, exception faite de la sous-échelle de trois items portant sur les punitions corporelles pour laquelle l'alpha est 0,46. Les résultats ne sont pas influencés par l'âge, l'ethnie, le sexe, le niveau socio-économique et la désirabilité sociale. La validité convergente de l'*APQ* avec le *DISC-II* et le *MMPI-2* a été observée respectivement par Shaffer, Fisher, Piacentini, Schwab-Stone et Wicks (1991) et Hathaway et McKinley (1989). Les seuils cliniques utilisés sont ceux proposés par Pauzé et al. (2004). Ces seuils cliniques sont les suivants : 3,25 et moins pour l'engagement parental, 3,25 et moins pour les pratiques parentales positives, 2,50 et plus pour le manque de supervision et 2,50 et plus pour la discipline inconsistante.

4.5.7 Relation parents-jeune

L'*Index of Parental Attitude*, le *Child Attitude towards Mother* et le *Child Attitude towards Father* sont les trois questionnaires permettant d'évaluer la relation parents-jeunes.

L'attitude du répondant à l'égard du jeune est évaluée à l'aide de l'Échelle d'attitude parentale (EAP), version française réalisée par Comeau et Boisvert (1985, dans Hudson, 1982) de l'*Index of Parental Attitude*. Ce questionnaire fait partie d'un ensemble d'instruments de mesure élaborés par Hudson (1982). L'EAP est une échelle auto-administrée de type Likert en cinq points allant de « rarement ou jamais » à « la plupart du temps ou toujours ». Ce questionnaire sert à évaluer la qualité de la relation parents-enfant. Certains items sont des énoncés négatifs (ex. : mon enfant me tape sur les nerfs) et les d'autres sont des énoncés positifs (ex. : je m'entends très bien avec mon enfant) de façon à minimiser le risque de biais systématique de la part du répondant. Courte, facile à compléter, à coter et à interpréter, l'EAP peut être utilisée lors de l'observation, de la consultation et de l'évaluation d'un traitement. Une cote de 30 ou plus indique que le parent éprouve des problèmes dans sa relation avec son enfant. L'instrument anglais a été partiellement validé par Hudson et al. (1980, dans Hudson, 1982); sa cohérence interne

globale est évaluée à 0,90 tandis que son homogénéité varie entre 0,41 et 0,86. La validité discriminante de la version anglaise de l'EAP, établie par comparaison des différents instruments élaborés par Hudson est de 0,88. La validité de convergence, établie de la même façon, varie entre 0,43 et 0,76. Quant à sa validité factorielle, elle est jugée excellente puisque la saturation des différents items varie entre 0,41 et 0,86 et se situe autour de 0,70 pour plusieurs d'entre eux (Hudson, 1982).

Les deux questionnaires utilisés pour évaluer la qualité de la relation parents-jeune sont le *Child Attitude towards Mother (CAM)* et le *Child Attitude towards Father (CAF)* de Giuli et Hudson (1977), de l'adaptation française réalisée par Comeau et Boisvert (1985, dans Hudson, 1982). Ils permettent d'évaluer dans quelle mesure l'enfant entretient une relation problématique avec l'un ou l'autre de ses parents ou les deux. « Ça me plaît beaucoup d'être avec mon père » est un énoncé de type positif alors que « mon père me dérange dans mes activités » est un énoncé de type négatif. Il s'agit d'échelles auto-administrées de type Likert en cinq points allant de « rarement » à « tout le temps » et comportant 25 questions chacune. Giuli et Hudson (1977) mentionnent une cohérence interne de 0,94 et 0,95 ainsi qu'une fidélité test-retest, à une semaine d'intervalle, de 0,89 et 0,96 et une validité discriminante de 0,88 et 0,86 pour le *CAM* et le *CAF* respectivement. Ces auteurs jugent, en outre, que les instruments sont dotés d'une bonne validité factorielle puisque chacun de leurs items est davantage corrélé avec l'échelle à laquelle il appartient qu'avec les échelles utilisées comme critères de comparaison. Saunders et Schuchts (1987) confirment en bonne partie ces résultats. Le seuil clinique utilisé dans cette étude est celui recommandé par le concepteur de ces questionnaires, soit de 30 et plus.

4.6 Considérations éthiques

Le projet de recherche de Robert Pauzé et ses collaborateurs a reçu l'approbation du Comité d'éthique à la recherche de la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Sherbrooke.

Chapitre 5

Présentation des résultats

Cette section vise à présenter les résultats de notre étude. Rappelons que les objectifs de notre étude visent 1- à décrire l'évolution des familles bénéficiant du programme Crise-Ado-Famille-Enfance, 2- à identifier différents profils chez les familles bénéficiant de ce type de programme et 3- à identifier, sur la base de ces profils, celles qui connaissent une meilleure évolution dans le temps. La principale retombée de cette étude est de permettre aux décideurs et aux intervenants qui ont la responsabilité d'implanter ce type de programme dans leur milieu de mieux cibler les familles à qui devrait s'adresser ce programme. La présentation des résultats se fera donc en trois temps en fonction des trois objectifs spécifiques retenus.

5.1 Évolution des familles

Des comparaisons ont été réalisées afin de décrire l'évolution des familles entre le moment de leur entrée dans le programme CAFE et douze mois plus tard. Ces comparaisons portent uniquement sur les scores obtenus par le répondant principal aux questionnaires utilisés dans la présente étude pour l'ensemble des 108 familles au temps 1 et au temps 2.

5.1.1 Fonctionnement familial

La lecture du Tableau 2 permet de constater que les familles évoluent de façon positive sur l'ensemble des dimensions concernant le fonctionnement familial, à l'exception de la dimension rigidité du fonctionnement familial ($F= 0,557$, $p= 0,457$).

Tableau 2
Évolution des familles sur le plan du fonctionnement familial selon le répondant principal

Variables	T1	T2	F	Seuil
Résolution de problème	2,31	2,04	39,131	0,000
Expression affective	2,15	1,96	20,077	0,000
Fonctionnement familial global	2,28	1,97	51,494	0,000
Cohésion balancée	40,50	52,41	26,086	0,000
Flexibilité balancée	52,36	60,81	20,954	0,000
Désengagement	35,95	31,34	9,370	0,003
Enchevêtrement	23,07	19,98	9,795	0,002
Rigidité	40,44	41,39	0,557	0,457
Fonctionnement chaotique	32,93	26,39	21,072	0,000
Satisfaction	17,73	31,10	55,753	0,000
Communication	38,34	56,94	64,529	0,000

5.1.2 Pratiques éducatives des répondants principaux

En ce qui a trait aux pratiques éducatives exercées par les répondants principaux et à la relation des répondants avec leur jeune, les données présentées dans le Tableau 3 indiquent une évolution positive significative sur les plans de l'engagement parental ($F= 4,635$, $p= 0,034$), de la discipline inconsistante ($F= 44,417$, $p= 0,000$) et de la relation du parent à l'égard du jeune ($F= 53,456$, $p= 0,000$). Il est à noter que les répondants principaux reconnaissent que malgré une évolution significative de la qualité de leur supervision, les scores obtenus au deuxième temps de mesure indiquent que des difficultés persistent sur cette dimension. De même, les scores obtenus au temps 2 concernant la qualité de la

relation du parent à l'égard du jeune sont près du seuil clinique sur cette échelle (seuil clinique de 30 et plus), ce qui signifie que cette relation reste quelque peu problématique.

Tableau 3
Évolution des familles sur les plans des pratiques éducatives et de la relation parents-jeune selon le point de vue du répondant principal

Variables	T 1	T2	F	Seuil
Engagement parental	3,69	3,79	4,635	0,034
Pratique parentale positive	3,93	4,01	1,596	0,209
Manque de supervision	1,97	1,91	1,273	0,262
Discipline inconsistante	3,09	2,70	44,417	0,000
Qualité de la relation du parent à l'égard du jeune	36,61	27,54	53,456	0,000

5.1.3 Ressources des répondants principaux

Quant aux ressources dont disposent les répondants principaux, les données présentées dans le Tableau 4 permettent de constater que les ressources de ces parents ont augmenté de façon significative entre le moment de l'entrée dans le programme et 12 mois plus tard.

Tableau 4
Évolution des ressources dont bénéficient les répondants principaux

Variables	T1	T2	F	Seuil
Temps	2,63	2,93	15,969	0,000
Financières	2,67	2,95	14,252	0,000
Interpersonnelles	2,82	3,14	30,491	0,000

5.1.4 Détresse psychologique des parents

Selon les données présentées dans le Tableau 5 concernant la détresse psychologique des répondants principaux, on note une amélioration significative sur l'ensemble des sous-échelles de ce questionnaire.

Tableau 5
Évolution de la détresse psychologique chez les répondants principaux

Variables	T1	T2	F	Seuil
Anxiété	1,86	1,50	50,198	0,000
Dépression	2,17	1,64	65,305	0,000
Irritabilité	1,95	1,57	28,478	0,000
Problèmes cognitifs	1,96	1,66	27,677	0,000
Détresse psychologique totale	1,99	1,58	64,915	0,000

5.1.5 Conclusion

Globalement, les résultats des comparaisons concernant l'évolution des familles entre le temps 1 (à l'entrée dans le programme) et le temps 2 (12 mois plus tard) indiquent que les familles ayant bénéficié du programme CAFE connaissent une évolution significative positive sur la presque totalité des dimensions évaluées. Les seules dimensions pour lesquelles nous n'observons pas de différence significative entre les deux temps de mesure concernent la rigidité du fonctionnement familial, les pratiques parentales positives et le manque de supervision.

5.2 Identification des profils des familles

Rappelons que le deuxième objectif de la présente étude vise à identifier différents profils chez les familles bénéficiant de ce type de programme. La technique utilisée pour atteindre

cet objectif est l'analyse par regroupement (*cluster analysis*) du Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Cette méthode exploratoire permet de former des groupes de sujets en fonction de leurs similitudes à l'intérieur d'une matrice de données. Dans le cas présent, les données utilisées pour procéder au regroupement des enfants sont les valeurs associées à la présence ou à l'absence des facteurs de risque décrits plus loin. À l'intérieur de la technique d'agrégation, il existe plusieurs stratégies différentes pour procéder aux regroupements des enfants. À cet égard, nous avons opté pour la méthode hiérarchisée de Ward. Celle-ci est la stratégie la plus recommandée dans la mesure où elle est, d'une part, applicable sur plusieurs profils de matrice de données et où, d'autre part, elle produit des sous-groupes relativement équilibrés en terme de nombre de sujets par catégorie (Hair, Anderson, Tatham et Black, 1998). Enfin, bien que la stratégie d'agrégation soit le paramètre ayant le plus d'impact sur le regroupement des sujets, il est aussi nécessaire de choisir une technique appropriée de mesure de la distance entre les observations. En raison de la nature dichotomique des valeurs possibles associées aux facteurs de risque (présence ou absence), nous avons utilisé la technique qui mesure la distance euclidienne binaire. Il s'agit de la méthode recommandée dans pareille situation dans le SPSS.

Différents facteurs de risque ont été retenus pour identifier les sous-groupes de familles bénéficiant des services dans le programme CAFE. Ces différents facteurs de risque correspondent aux principales variables retenues dans cette étude. Ces facteurs de risque sont les suivants :

- Le fait de vivre dans une famille monoparentale;
- Un score supérieur au seuil clinique concernant la détresse psychologique chez le répondant principal;
- Un score supérieur au seuil clinique concernant la sous-échelle « difficulté de résolution de problèmes dans la famille selon le répondant principal »;
- Un score supérieur au seuil clinique concernant la sous-échelle « fonctionnement général de la famille selon le répondant principal »;

- Un score supérieur au seuil clinique concernant la sous-échelle « équilibre dans la cohésion familiale selon le répondant principal »;
- Un score supérieur au seuil clinique concernant la sous-échelle « équilibre dans la flexibilité familiale selon le répondant principal »;
- Un score supérieur au seuil clinique concernant la sous-échelle « communication familiale selon le répondant principal »;
- Un score supérieur au seuil clinique concernant la sous-échelle « manque de supervision du parent à l'égard du jeune selon le répondant principal »;
- Et un score supérieur au seuil clinique concernant l'échelle visant à évaluer la qualité de la relation parent-jeune selon le répondant principal.

Le choix de ces facteurs de risque s'appuie sur le modèle théorique du fonctionnement familial de Puzé et Petitpas (2013) présenté dans le chapitre 2. Préalablement à l'application de la méthode de regroupement, nous avons, tel que recommandé, évalué le degré de colinéarité entre ces variables dans le but de nous assurer que les facteurs retenus soient relativement indépendants les uns les autres. La matrice de corrélation révèle qu'il n'y a pas de corrélations supérieures à 0,459 entre ces facteurs. Nous avons donc décidé de tous les retenir dans les analyses suivantes.

5.2.1 Identification des sous-groupes de familles

L'application de l'analyse de *cluster* nous a permis d'identifier trois sous-groupes de familles comprenant respectivement 47, 24 et 37 familles. La lecture du Tableau 6 permet de constater que les trois sous-groupes de familles se situent sur un continuum de niveau de sévérité sur le plan du cumul de facteurs de risque. Ainsi, le sous-groupe 1 (43,5 % des familles), qui semble le plus sévère des trois, se caractérise par la détresse psychologique du parent (55,3 %), des difficultés dans la résolution des problèmes dans la famille (76,6 %), un dysfonctionnement familial global (91,5 %), une faible cohésion familiale (70,2 %), une faible communication dans la famille (93,6 %) et des relations parent-jeune difficiles (70,2 %). Le sous-groupe 2 (22,2 % des familles), qui est un peu moins sévère que le précédent, mais qui présente certaines caractéristiques communes, se caractérise par

la monoparentalité (70,8 %), des difficultés dans la résolution des problèmes dans la famille (91,7 %), une faible cohésion familiale (50,0 %) et des relations parent-jeune difficiles (83,3 %). Enfin, le sous-groupe 3 (34,2 % des familles) présente une sévérité moindre que les deux autres sous-groupes. La seule dimension qui semble plus problématique chez ces familles est celle des difficultés dans la relation parent-jeune (45,9 %). Il est à noter que la faible flexibilité familiale et le manque de supervision du parent à l'égard du jeune ne permettent pas de distinguer les trois sous-groupes.

Tableau 6
Caractéristiques des sous-groupes de familles

Facteurs	Sous-groupe 1 (n= 47) 43,5 %	Sous-groupe 2 (n= 24) 22,2 %	Sous-groupe 3 (n= 37) 34,2 %
Monoparentalité	29,8 %	70,8 %	29,7 %
Détresse psychologique du parent	55,3 %	25,0 %	18,9 %
Difficulté dans la résolution des problèmes	76,6 %	91,7 %	0,0 %
Dysfonctionnement familial global	91,5 %	25,0 %	13,5 %
Faible cohésion familiale	70,2 %	50,0 %	16,2 %
Faible flexibilité familiale	17,0 %	16,7 %	0,0 %
Faible communication dans la famille	93,6 %	29,2 %	8,1 %
Manque de supervision du parent	27,7 %	25,0 %	10,8 %
Relation parent-jeune difficile	70,2 %	83,3 %	45,9 %

5.3 Évolution des sous-groupes de familles une année plus tard

Cette étape franchie, nous avons par la suite comparé ces trois sous-groupes entre eux au temps 2 (une année après l'entrée dans le programme) afin de répondre au troisième objectif qui vise à identifier, sur la base des profils obtenus, les familles qui connaissent une meilleure évolution douze mois plus tard. Les comparaisons entre ces trois sous-groupes ont été faites à l'aide de la statistique *Ancova*. Ce test statistique permet de comparer les scores obtenus au temps 2 entre les trois sous-groupes en mettant en covariables les scores obtenus au temps 1.

Les comparaisons que nous présentons dans cette section portent sur le point de vue des jeunes concernant le fonctionnement de la famille et les pratiques éducatives des parents et sur le point de vue des parents répondants concernant les ressources dont ils disposent, leur niveau de détresse psychologique, le fonctionnement de la famille et leurs pratiques éducatives.

5.3.1 Fonctionnement familial selon les jeunes

La lecture du Tableau 7 permet de constater que le sous-groupe 3 (profil familial moins sévère) connaît une meilleure évolution que les deux autres sous-groupes sur les plans de la cohésion balancée ($F= 3,211$, $p= 0,45$) et du désengagement entre les membres de la famille ($F= 4,488$, $p= 0,014$). De plus, il en ressort que les sous-groupes 1 et 3 connaissent une meilleure évolution sur le plan du fonctionnement chaotique de la famille ($F= 4,081$, $p= 0,020$). Les trois sous-groupes ne se distinguent pas sur les autres dimensions du fonctionnement familial.

5.3.2 Pratiques éducatives des parents selon le point de vue des jeunes

Selon les données présentées dans le Tableau 8, il n'y a pas de différence entre les trois sous-groupes concernant la perception que les jeunes ont des pratiques éducatives de leur parent répondant une année suivant leur entrée dans le programme CAFE.

5.3.3 Ressources dont disposent les parents

Les données présentées dans le Tableau 9 indiquent qu'il n'y a pas de différence entre les trois sous-groupes concernant les ressources dont disposent les parents une année suivant l'entrée de la famille dans le programme CAFE.

5.3.4 Détresse psychologique des parents

La lecture du Tableau 10 permet également de constater qu'il n'y a pas de différence entre les trois sous-groupes concernant le niveau de détresse psychologique des parents une année suivant leur entrée dans le programme CAFE.

5.3.5 Fonctionnement de la famille selon les parents répondants

Selon les données colligées auprès des parents répondants, le sous-groupe 3 (profil familial le moins sévère) connaît une meilleure évolution que les deux autres sous-groupes en ce qui concerne la résolution des problèmes ($F= 32,278$, $p= 0,000$), le fonctionnement général de la famille ($F= 35,654$, $p= 0,000$), le désengagement ($F= 3,145$, $p= 0,047$) et la satisfaction concernant le fonctionnement familial ($F= 3,275$, $p= 0,042$). De plus, le sous-groupe 3 et le sous-groupe 2 connaissent une meilleure évolution que le sous-groupe 1 concernant l'expression affective dans la famille ($F= 23,523$, $p= 0,000$). Il n'y a pas de différence entre les trois sous-groupes concernant les autres dimensions du fonctionnement familial (voir Tableau 11).

5.3.6 Pratiques éducatives des parents répondants selon leur propre point de vue

Selon les données présentées dans le Tableau 12, il n'y a pas de différence entre les trois sous-groupes concernant les pratiques éducatives des parents, selon le point de vue des parents eux-mêmes, une année après leur entrée dans le programme CAFE.

5.3.7 Conclusion

Globalement, il en ressort que le sous-groupe 3, caractérisé par un profil clinique moins sévère que les deux autres sous-groupes, connaît une évolution positive plus importante sur les plans de la cohésion familiale (selon les jeunes), du désengagement relationnel (selon les jeunes et les répondants principaux), du fonctionnement chaotique de la famille (selon les jeunes), de la résolution des problèmes (selon les répondants principaux), du fonctionnement général de la famille (selon les répondants principaux) et de la satisfaction concernant le fonctionnement de la famille (selon les répondants principaux). Les trois sous-groupes ne se distinguent pas concernant l'évolution des pratiques éducatives des parents (selon le point de vue des jeunes et des répondants principaux), des ressources des parents et de la détresse psychologique des parents. Ces résultats indiquent que ce sont les familles présentant le profil clinique le moins sévère qui présentent une évolution plus importante dans ce type de programme.

Tableau 7
Fonctionnement familial (point de vue du jeune)

Moyennes estimées des trois sous-groupes au temps 2						
Variables	Sous-groupe 1 (N= 47)	Sous-groupe 2 (N= 24)	Sous-groupe 3 (N= 37)	F	Seuil	Comparaison
Résolution de problème	2,34	2,43	2,25	1,036	0,359	
Expression affective	2,31	2,31	2,28	0,43	0,958	
Fonctionnement familial global	2,15	2,27	2,10	1,099	0,337	
Cohésion balancée	33,45	26,74	41,06	3,211	0,045	1-2 < 3
Flexibilité balancée	50,37	43,61	52,30	1,431	0,244	
Désengagement	46,55	47,04	36,58	4,488	0,014	1-2 > 3
Enchevêtrement	26,35	24,94	24,82	0,244	0,784	
Rigidité	45,39	39,87	44,17	1,294	0,279	
Fonctionnement chaotique	28,12	34,91	27,50	4,081	0,020	1-3 < 2
Satisfaction	27,96	21,34	29,02	1,341	0,266	
Communication	42,80	36,72	44,39	0,893	0,413	

Tableau 8
Pratiques éducatives (point de vue du jeune)

Moyennes estimées des trois sous-groupes au temps 2						
Variabes	Sous-groupe 1 (N= 47)	Sous-groupe 2 (N= 24)	Sous-groupe 3 (N= 37)	F	Seuil	Comparaison
Engagement parental	3,36	3,42	3,45	0,238	0,789	
Pratique parentale positive	3,53	3,53	3,50	0,017	0,983	
Manque de supervision	2,26	2,40	2,34	0,400	0,671	
Discipline inconsistante	2,73	2,89	2,87	0,600	0,551	
Qualité de la relation avec la mère	31,01	30,19	32,48	0,188	0,829	
Qualité de la relation avec le père	34,71	34,07	36,77	0,224	0,800	

Tableau 9
Ressources des parents

Moyennes estimées des trois sous-groupes au temps 2						
Variab	Sous-groupe 1	Sous-groupe 2	Sous-groupe 3	F	Seuil	Comparaison
	(N= 47)	(N= 24)	(N= 37)			
Temps	2,80	3,14	2,93	2,375	0,098	
Financières	2,86	3,16	2,91	1,617	0,203	
Interpersonnelles	3,11	3,21	3,12	0,343	0,711	

Tableau 10
Détresse psychologique du parent

Moyennes estimées des trois sous-groupes au temps 2						
Variables	Sous-groupe 1 (N= 47)	Sous-groupe 2 (N= 24)	Sous-groupe 3 (N= 37)	F	Seuil	Comparaison
Anxiété	1,55	1,51	1,44	0,741	0,479	
Dépression	1,70	1,63	1,56	0,617	0,542	
Irritabilité	1,61	1,62	1,49	0,725	0,497	
Problèmes cognitifs	1,67	1,66	1,64	0,026	0,974	
Détresse psychologique totale	1,63	1,58	1,52	0,741	0,479	

Tableau 11
Fonctionnement familial (point de vue du parent)

Moyennes estimées des trois sous-groupes au temps 2						
Variables	Sous-groupe 1 (N= 47)	Sous-groupe 2 (N= 24)	Sous-groupe 3 (N= 37)	F	Seuil	Comparaison
Résolution des problèmes	2,53	2,46	1,94	32,278	0,000	3 < 1-2
Expression affective	2,43	1,98	1,90	23,523	0,000	1 > 2-3
Fonctionnement familial global	2,58	2,16	1,97	35,654	0,000	3 < 1-2
Cohésion balancée	55,08	49,82	50,68	0,528	0,591	
Flexibilité balancée	58,09	57,47	66,41	2,703	0,072	
Désengagement	34,08	32,91	26,83	3,145	0,047	3 < 1-2
Enchevêtrement	20,99	19,65	18,90	0,716	0,491	
Rigidité	41,47	41,17	41,41	0,005	0,995	
Fonctionnement chaotique	25,43	29,74	25,42	1,208	0,303	
Satisfaction	27,38	27,46	38,18	3,275	0,042	3 > 1-2
Communication	59,94	50,58	57,23	1,692	0,189	
Engagement parental	3,76	3,82	3,79	0,153	0,859	
Pratiques parentales positives	3,93	4,01	4,11	1,107	0,334	
Manque de supervision	1,92	1,97	1,87	0,252	0,778	
Discipline inconsistante	2,75	2,81	2,56	1,832	0,165	
Relation parent-enfant	28,97	27,68	25,62	0,861	0,426	

Tableau 12
Pratiques éducatives (point de vue du parent)

Moyennes estimées des trois sous-groupes au temps 2						
Variables	Sous-groupe 1 (N= 47)	Sous-groupe 2 (N= 22)	Sous-groupe 3 (N= 37)	F	Seuil	Comparaison
Engagement parental	3,76	3,82	3,79	0,153	0,859	
Pratique parentale positive	3,93	4,01	4,11	1,107	0,334	
Manque de supervision	1,92	1,97	1,87	0,252	0,778	
Discipline inconsistante	2,75	2,81	2,56	1,832	0,165	
Qualité de la relation parent-enfant	28,97	27,68	25,62	0,861	0,426	

Chapitre 6
Discussion

Le présent mémoire s'intéresse globalement à l'étude de l'effet des programmes d'intervention brève et intensive de crise, visant à prévenir le placement des adolescents en milieu substitut, sur le fonctionnement des familles. De façon plus spécifique, la présente étude visait à décrire l'évolution des familles bénéficiant du programme Crise-Ado-Famille-Enfance, à identifier différents profils chez les familles bénéficiant de ce type de programme et à identifier, sur la base de ces profils, celles qui connaissent une meilleure évolution dans le temps.

Les comparaisons des scores obtenus par les répondants principaux au temps 1 (lors de l'entrée dans le programme) et au temps 2 (douze mois suivant l'entrée dans le programme) indiquent que les familles ayant bénéficié du programme CAFE connaissent une évolution significative positive sur la presque totalité des dimensions évaluées sur les plans du fonctionnement familial, des pratiques éducatives, des ressources dont disposent les parents et de la détresse psychologique vécue par les parents. Sur le plan familial, les résultats vont dans le sens de différentes études visant à évaluer la résolution des problèmes dans la famille (Biehal, 2005), l'expression affective entre les membres de la famille (Biehal, 2005), le fonctionnement général de la famille (Curtis et al., 2009; Lietz, 2009; Pauzé et al., 2007; Biehal, 2005; Huey et al., 2000; Henggeler et al., 1997; Scherer et al., 1994), la cohésion familiale (Hogue et al., 2006; Slesnick et Prestopnik, 2005; Ogden et Halliday-Boykins, 2004; Borduin et al., 1995) et la communication entre les membres de la famille (Lietz, 2009; Biehal, 2005). Sur le plan des pratiques éducatives, les résultats obtenus vont dans le sens des études portant sur la surveillance parentale à l'égard des jeunes (Huey et al., 2000) et la qualité de la relation parents-jeune (Pauzé et al., 2005). Globalement, il apparaît que le programme CAFE permet une amélioration significative du fonctionnement des familles. Cependant, des difficultés persistent à la suite de l'intervention concernant la qualité de la supervision des parents et la qualité de la relation parents-jeune. Ces derniers résultats indiquent que des améliorations devraient être apportées au programme pour contribuer à l'amélioration de ces dimensions.

Poussant plus loin notre réflexion, nous avons tenté d'une part d'identifier différents sous-groupes de familles sur la base des facteurs de risque qu'elles présentent et, d'autre part, de

comparer l'évolution de ces sous-groupes de familles dans le temps. Notre objectif visait à établir dans quelle mesure certaines familles bénéficient davantage de ce type de programme. La technique utilisée pour identifier les différents sous-groupes de familles est la méthode d'agrégation de groupe (*cluster analysis*). Cette méthode nous a permis de déterminer trois sous-groupes de familles comprenant respectivement 47, 24 et 37 familles. Le sous-groupe 1 (43,5 % des familles) est le plus sévère des trois. Il se caractérise par la détresse psychologique du parent (55,3 %), des difficultés dans la résolution des problèmes dans la famille (76,6 %), un dysfonctionnement familial global (91,5 %), une faible cohésion familiale (70,2 %), une faible communication dans la famille (93,6 %) et des relations parent-jeune difficiles (70,2 %). Le sous-groupe 2 (22,2 % des familles) est un peu moins sévère que le précédent. Il se caractérise par la monoparentalité (70,8 %), des difficultés dans la résolution des problèmes dans la famille (91,7 %), une faible cohésion familiale (50,0 %) et des relations parent-jeune difficile (83,3 %). Enfin, le sous-groupe 3 (34,2 % des familles) se caractérise par les difficultés dans la relation parent-jeune (45,9 %).

Cette étape franchie, nous avons comparé l'évolution de ces trois sous-groupes de familles une année suivant leur entrée dans le programme. Globalement, il en ressort que le sous-groupe 3, caractérisé par un profil clinique moins sévère que les deux autres sous-groupes, connaît une évolution positive plus importante sur les plans de la cohésion familiale (selon les jeunes), du désengagement relationnel (selon les jeunes et les répondants principaux), du fonctionnement chaotique de la famille (selon les jeunes), de la résolution des problèmes (selon les répondants principaux), du fonctionnement général de la famille (selon les répondants principaux) et de la satisfaction concernant le fonctionnement de la famille (selon les répondants principaux). Les trois sous-groupes ne se distinguent pas concernant l'évolution des pratiques éducatives des parents (selon le point de vue des jeunes et des répondants principaux), des ressources des parents et de la détresse psychologique des parents. Ces résultats indiquent que ce sont les familles présentant le profil clinique le moins sévère qui semblent connaître l'évolution la plus importante dans ce type de programme. Ce résultat va dans le sens de Biehal (2005) qui observe que les familles qui sont confrontées à davantage de facteurs de risque au moment de leur entrée dans les

programmes d'intervention intensive connaissent une évolution moins favorable que les familles confrontées à moins de facteurs de risque. Cette observation de Biehal (2005) est corroborée par d'autres études (Biehal, Clayden et Byford, 2000; Cleaver et Freeman, 1995; Thoburn, Wilding et Watson, 2000).

Ces observations posent ici la question de l'ajustement de la durée des interventions aux caractéristiques des familles et à leur niveau de vulnérabilité. En effet, dans le cadre du programme CAFE, les paramètres du programme stipulent que l'intervention doit se dérouler à l'intérieur d'une durée ne devant pas dépasser 12 semaines. Or, selon Roberts (2000), les familles les plus vulnérables devraient bénéficier d'une durée d'intervention plus longue puisque pour aider ces familles, l'intervenant doit travailler sur un nombre plus important de dimensions problématiques. Selon lui, la durée de l'intervention devrait dépendre de la vulnérabilité des familles. Il importe selon lui de sortir du cadre rigide de l'intervention et d'ajuster ces programmes en fonction des caractéristiques des familles. Ces programmes d'intervention devraient donc tenir compte de la diversité des profils familiaux. L'ajustement de la durée de l'intervention en fonction de la vulnérabilité des familles permettrait également d'éviter une discontinuité dans l'intervention puisque les familles plus vulnérables sont généralement plus à risque d'être référées à d'autres services à la suite de l'intervention brève et intensive de crise, cette discontinuité étant souvent associée à l'abandon des traitements.

Par ailleurs, l'évolution moindre de la supervision des parents et de la qualité de la relation des parents à l'égard des jeunes suggère que les intervenants du programme CAFE devraient davantage mettre l'accent sur ces dimensions lors de leurs interventions. Pour ce faire, les décideurs pourraient apporter certaines modifications au programme CAFE en s'inspirant du programme *Parent Management Training* (Kazdin, 2003). L'application de certains volets de ce programme, considéré comme un programme probant dans le domaine des pratiques éducatives des parents, pourrait être inclus dans le programme CAFE. Par exemple, des groupes d'intervention basés sur cette approche pourraient être proposés à bon nombre de parents pendant ou à la suite de l'intervention CAFE. Ces groupes pourraient être animés par des intervenants du programme CAFE dans le cadre de leur

charge de travail moyennant certains ajustements concernant leur charge de cas. Cela permettrait d'assurer une continuité dans l'intervention tout en augmentant l'intensité des services reçus par les familles.

6.1 Limites de la présente étude

Différentes dimensions méthodologiques limitent la portée des résultats de notre étude. D'abord, on ne peut passer sous silence le fait que notre étude a été réalisée auprès d'un échantillon relativement petit, ce qui nuit à la puissance statistique lors des comparaisons. Ensuite, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une étude pré expérimentale, ce qui a pour conséquence que nous ne pouvons attribuer de façon certaine l'évolution des familles au programme comme tel. De plus, bien que les analyses que nous avons réalisées permettent d'établir qu'il y a une évolution statistiquement significative des familles dans le temps, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que cette évolution soit cliniquement significative. D'autres analyses plus approfondies auraient été nécessaires. Cependant, pour réaliser de telles analyses il aurait fallu disposer d'un échantillon beaucoup plus important. Enfin, il faut noter que les caractéristiques des interventions offertes aux familles, notamment la qualité de l'alliance thérapeutique entre l'intervenant et la famille, n'ont pas été prises en compte lors des analyses. Or, il est reconnu que la qualité de l'alliance thérapeutique est déterminante sur l'évolution positive des familles (Biehal, 2005).

6.2 Retombées pour la pratique du service social

Cette étude permet d'abord de conclure que l'application de ce type de programme contribue à l'évolution positive des jeunes et des familles confrontés à des crises familiales. Ce résultat confirme l'importance d'implanter ce type de programmes dans les Centres de santé et services sociaux du Québec tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette étude met en évidence l'importance d'évaluer systématiquement les besoins des jeunes et des familles au début de l'intervention afin de mieux planifier notre intervention. L'utilisation d'instruments de mesure standardisés devrait être davantage préconisée chez

les travailleurs sociaux et devrait être enseignée dans les programmes de formation universitaire.

Enfin, les résultats de notre étude indiquent qu'il est nécessaire d'ajuster les paramètres des programmes d'intervention aux caractéristiques des jeunes et des familles afin d'optimiser l'impact des interventions.

Bibliographie

- Abidin, R. R. (1986). *Parenting Stress Index* (2^e éd.). Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press.
- Biehal, N., Clayden, J. & Byford, S. (2000). *Home or away? Supporting young people and families*. London : National Children's Bureau.
- Biehal, N. (2005). Working with adolescents at risk of out of home care : The effectiveness of specialist teams. *Children and Youth Services Review*, 27, 1045-1059.
- Borduin, C. M., Cone, L. T., Mann, B. J., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M. & Williams, R. A. (1995). Multisystemic Treatment of Serious Juvenile Offenders : Long-term Prevention of Criminality and Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2007). The Bioecological Model of Human Development. *Handbook of Child Psychology* : John Wiley & Sons, Inc.
- Burrell, B., Thompson, B. & Sexton, D. (1995). Measurement characteristics of the perceived adequacy of resources scale. *Educational and Psychological Measurement*, 55(2), 249-257.
- Byles, J., Byrne, C., Boyle, M. H. & Offord, D. R. (1988). Ontario Child Health Study : Reliability and Validity of the General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27, 97-104.
- Carey-Bélangier, E. & Côté, C. (1982). Les interventions brèves : huit ans après. *Service social*, 31(2-3).
- Cleaver, H. & Freeman, P. (1995). *Parental perspectives in cases of suspected child abuse*. London : The Stationery Office.
- Cuendet, C. L. (1988). Modèle d'évaluation des systèmes familiaux en crise. *Thérapie Familiale*, 9(3), 219-230.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R. & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic Treatment : A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., Heiblum, N. & Crellin, K. (2009). Dissemination and Effectiveness of Multisystemic Treatment in New Zealand : A Benchmarking Study. *Journal of Family Psychology*, 23, 119-129.
- Duriez, N. (2008). L'approche intégrative centrée sur le problème de William Pinsof. *Thérapie familiale*, 29(2), 261-277.

- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.
- Feldman, L. H. (1990). Evaluating the impact of intensive family preservation services in New Jersey. Dans Wells, K. Biegel, D. E. (Eds.), *Family preservation services : Research and evaluation* (pp. 47-71). Thousand Oaks : Sage Publications, Inc..
- Frick, P. J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. Unpublished instrument, University of Alabama.
- Gardner, F., Trentacosta, C. J., Dishion, D. J., Connell, A., Shaw, D. S. & Wilson, M. N. (2009). Moderators of outcome in a brief family-centered intervention for preventing early problem behaviour. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(3), 543-553.
- Giuli, C. A. & Hudson, W. W. (1977). Assessing parent-child relationship disorders in clinical practice : The child point of view. *Journal of Social Service Research*, 1(1), 77-92.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5^e éd.). New Jersey : Prentice-Hall.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1989). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*. Minneapolis, MN : University of Minnesota Press.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G. & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic Therapy with Violent and Chronic Juvenile Offenders and Their Families : The Role of Treatment Fidelity in Successful Dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- 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.
- Hogue, A., Dauber, S., Samuolis, J. & Liddle, H. A. (2006). Treatment Techniques and Outcomes in Multidimensional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Family Psychology*, 20, 535-543.
- Hudson, W. W. (1982). *The clinical measurement package: a field manual*. Illinois : Dorsey Press.
- Huey, S. J. Jr, Henggeler, S. W., Brondino, M. J. & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 451-467.

- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- 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.
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 253-276.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training : Evidence, outcomes and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1349-1356.
- Labrecque, E. (1993). *Programme d'intervention en situation de crise auprès des adolescents 14-18 ans : un modèle d'intervention*. Centre de santé publique de Québec.
- Lietz, C. A. (2009). Examining families' perceptions of intensive in home services : A mixed methods study. *Children and Youth Services Review*, 31, 1337-1345.
- Löfholm, C. A., Olsson, T., Sundell, K. & Hansson, K. (2009). Multisystemic therapy with conduct-disordered young people : stability of treatment outcomes two years after intake. *Evidence & Policy*, 5, 373-397.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience- Programme-services Jeunes en difficulté 2007-2012. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway : Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 77-83.
- Olson, D. H., Gorall, D.M. & Tiesel, J. W. (2006). *FACES IV package : Administration*. Minneapolis, MN: Life Innovations, Inc.
- Pauzé, R. & Petitpas, J. (2013). Évaluation du fonctionnement familial : État des connaissances. *Thérapie Familiale*, 34, 11-37.
- Pauzé, R., Joly, J., Yergeau, E., Toupin, J., Touchette, L. (2005). *Évolution des jeunes et des familles desservis par le programme Crise-Ado-Famille-Enfance*. Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE). Université de Sherbrooke.
- Pauzé, R. & Touchette, L. (en préparation).

- Pauzé, R., Touchette, L. & Joly, J. (2007). Évolution des familles impliquées dans le programme crise-ado-famille. *Thérapie Familiale*, 28, 45-62.
- Pauzé, R., Touchette, L. & Joly, J. (en cours).
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y., Chamberland, C. & Robert, M. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Rapport de recherche. Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Université de Sherbrooke.
- Pinsolf, W. M., Catherall, D. R. (1983). The Integrative Psychotherapy Alliance : Family, Couple and Individual Therapy Scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151.
- Pittman, F. (1988). Thérapeute familial et institution : le pot de terre contre le pot de fer. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 8, 67-69.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C. & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de Santé Québec. *Enquête Santé Québec 1987*, cahier de recherche n°7, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Puyenbroeck, H. V., Loots, G., Grietens, H., Jacquet, W., Vanderfaeillie, J. & Escudero, V. (2009). Intensive Family Preservation Services in Flanders : an Outcome Study. *Child and Family Social Work*, 14(2), 222-232.
- Roberts, A. R. (2000). *Crisis intervention handbook : assessment, treatment and research*. Oxford, University Press.
- Rowland, V. T., Richard, A., Dodder, S. & Nickols, Y. (1985). Perceived Adequacy of Resources : Development of a Scale. *Home Economics Research Journal*, 14(2).
- Santé-Québec (1992). *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Saunders, B. E. & Schuchts, R. A. (1987). Assessing parent-child relationships : A report of normative scores and revalidation of two clinical scales. *Family Process*, 26, 373-381.
- 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 Behavioral Disorders*, 2, 198-206.

- Shaffer, D., Fisher, P., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. & Wicks, J. (1991). *NIMH diagnostic interviews schedule for children-version 2.3*. New-York : New-York State Psychiatric Institute.
- Shelton, K. K., Frick, P. J. & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 317-329.
- Slesnick, N. & Prestopnik, J. L. (2005). Ecologically based family therapy outcome with substance abusing runaway adolescents. *Journal of Adolescence*, 28, 277-298.
- Sparks, J.A. & Duncan, D.L. (2010). Common Factors in Couple and Family Therapy : Must all Have Prizes? Dans Duncan, Miller, Wampold,, Hubble (Eds). *The Heart and Soul of Change, Second Edition : Delivering What Works in Therapy* (pp.357-391). Washington : American Psychological Association.
- Thoburn, J. Wilding, J. & Watson, J. (2000). *Family support in cases of emotional maltreatment*. London : The Stationery Office.
- Thom, R. (1976). Crise et catastrophe. *Communications*, 25, 34-38.
- Touchette, L. (2005). Étude de l'évolution à court et à moyen terme de jeunes âgés de 12 à 17 ans et de leur famille desservis par un programme d'intervention brève et intensive de crise. Thèse de doctorat en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Toupin J. & Pauzé, R. (2003). *Guide du portrait synthèse du jeune et de sa famille*. Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance. Université de Sherbrooke.
- Wells, K. & Whittington, D. (1993). Child and Family Functioning after Intensive Family Preservation Services. *Social Service Review*, 67, 55-83.

Annexe A
Tableaux de la recension des écrits

Devis expérimental

Tableau 13 : Multisystemic therapy with conduct-disordered youn people : stability of treatment outcomes two years after intake

Cecilia Andrée Löfholm

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Löfholm, Olsson, Sundell, Hansson (2009)</p>	<p>Échantillon composé de 156 jeunes suédois de 12 à 17 ans présentant des problèmes de comportement (diagnostiqués selon le DSM-IV) suivis dans l'un des centres jeunesse de Stockholm, Göteborg, Malmö et Halmstad et dont le parent est motivé à participer à l'étude.</p> <p>79 jeunes et leur famille ont été assignés à l'intervention MST et 77 à l'intervention TAU.</p> <p>L'échantillon contient 95 garçons et 61 filles. La moyenne d'âge est de 15 ans. 67 % de ces jeunes ont été arrêtés au moins une fois.</p> <p>47 % des familles ne sont pas d'origine suédoise (immigrants). 67 % des familles sont monoparentales. 51 % des mères sont monoparentales. 61 % des familles vivent entièrement ou en partie du bien-être social.</p>	<p>Méthode mixte.</p> <p>2 (MST vs treatment as usual) x 2 (évaluation pré-test et évaluation de suivi 24 mois plus tard) x 6 (équipes de MST).</p> <p>Assignation aléatoire 50/50 entre MST et TAU.</p> <p>Devis expérimental.</p>	<p>Parenting skills, questions provenant d'une étude de Håkan Stattin. Elles incluent les connaissances parentales, le contrôle parental, les révélations des jeunes, la froideur des parents et les réponses positives des parents.</p>	<p>Les parents rapportent que leurs compétences parentales se sont améliorées fil du temps peu importe le traitement. Cependant, les jeunes affirment le contraire : les compétences parentales se sont détériorées entre le pré test et le post-test. On n'a observé aucun effet de traitement.</p>

Tableau 14 : Ecologically based family therapy outcome with substance abusing runaway adolescents
Natasha Slesnick

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Slesnick, Prestopnik (2005)</p>	<p>Étude portant sur un échantillon de 124 fugueurs sélectionnés grâce à deux logements locaux pour fugueurs au Nouveau-Mexique.</p> <p>Critères de sélection : être âgé de 12 à 17 ans, résider à 60 miles du lieu de recherche, avoir l'option légale de retourner à la maison (foyer d'accueil ou maison familiale), avoir consommé des substances 10 jours sur 90 ou être diagnostiqué avec des troubles de consommation et avoir une figure parentale prête à s'engager dans le programme.</p> <p>Caractéristiques de l'échantillon : l'âge moyen est de 14,8 ans. Il y a 73 filles et 51 garçons. L'échantillon comprend 51 jeunes hispaniques, 46 Anglais et d'autres ethnies.</p> <p>Au point de départ, les filles se démarquent significativement des garçons par la présence d'abus sexuels vécus. Elles notent également plus de conflits familiaux et un résultat moins élevé que les garçons sur l'échelle de la cohésion familiale. Elles subissent plus d'agressions, démontrent plus de comportements internalisés, moins de soins parentaux et plus de conséquences dues à la consommation de substances.</p>	<p>Assignment aléatoire aux différentes conditions, soit l'<i>ecologically based family therapy</i> (EBFT) ou le <i>service as usual</i> (SAU). La procédure d'assignment fait en sorte qu'il y a une équivalence entre les deux échantillons des différentes conditions (EBFT vs SAU).</p> <p>Pré et post test. Évaluation de suivi six à 12 mois à la suite des services.</p> <p>Devis expérimental.</p> <p>Évaluation démographique (sexe, source de revenu, âge, ethnie, éducation, information sur la famille et les parents, nombre de fugue et expériences de sans-abris et de victimisation) pour comparer et définir les échantillons.</p>	<p>Family Environment Scale (FES; Moos & Moos, 1986) permet d'évaluer les perceptions de l'environnement familial.</p> <p>Conflict Tactic Scale (CTS; Straus, 1979) permet d'évaluer l'occurrence des multiples méthodes de résolution des conflits par les membres de la famille.</p> <p>Parental Bonding Instrument (PBI; Parker, Tupling & Brown, 1979) permet de mesurer deux composantes de la relation parents-enfant : prendre soin vs le rejet et autonomie vs contrôle.</p>	<p>On observe une amélioration des familles sur le plan de la cohésion familiale, une réduction des conflits familiaux (violence verbale et violence familiale), une amélioration de la qualité des soins donnés et du soutien à l'autonomie par les parents. Il n'y a cependant pas de différence entre les familles ayant bénéficié des deux programmes.</p>

Tableau 15 : Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway : Replication of Clinical Outcomes Outside of the US

Terje Ogden

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Ogden, Halliday-Boykins (2004)</p>	<p>L'échantillon est composé de 100 jeunes présentant des comportements antisociaux graves et leurs parents. Ils proviennent de quatre municipalités différentes offrant le MST. Ils ont été référés par les services municipaux de protection de l'enfance.</p> <p>Critères de sélection : avoir de 12 à 17 ans, avoir des problèmes de comportement et avoir des parents impliqués et motivés à débiter la MST.</p> <p>L'échantillon est formé de 63 garçons et de 37 filles. L'âge moyen est de 14,95 ans. 29 % des jeunes vivent à la maison uniquement avec leur mère et 25 % vivent avec leurs deux parents.</p> <p>62 familles ont bénéficié du MST (Multisystemic Therapy) et 38 ont bénéficié du CS (usual Child Welfare Services).</p> <p>Différence entre les deux groupes avant de commencer les interventions : davantage de familles CS ont des parents séparés que le groupe de famille MST. Le groupe MST est composé de familles plus souvent mariées à un parent autre que le parent biologique de l'enfant.</p>	<p>Assignment aléatoire aux différentes conditions, soit à l'intervention MST ou à l'intervention des services de protection de l'enfance (CS). Les familles avaient 6/10 chances de recevoir MST et 4/10 chances de recevoir l'intervention CS.</p> <p>2 x 2 x 4</p> <p>Évaluation pré (avant l'assignation aux différentes conditions) et post intervention (environ six mois après la fin de l'intervention).</p> <p>Méthodes mixtes.</p> <p>Devis expérimental.</p>	<p>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-III (Faces-III; Olson, Portner & Lavee, 1985) complété par les adolescents et les parents.</p>	<p>On observe une amélioration de la cohésion familiale dans le temps pour les deux sous-groupes de famille. Par ailleurs, il n'y aurait pas de changement dans le temps sur le plan de l'adaptabilité familiale. Enfin, on n'observe pas de différence concernant l'évolution des familles dans les deux sous-groupes.</p>

Tableau 16 : Multisystemic Therapy with Violent and Chronic Juvenile Offenders and Their Families : The Role of Treatment Fidelity in Successful Dissemination
Scott W. Henggeler

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Henggeler, Melton, Brondino, Scherer, Hanley (1997)</p>	<p>Étude portant sur un échantillon de 155 jeunes et leur famille. Ils ont été assignés au MST ou aux services traditionnels de justice juvénile du département de la justice juvénile de la Caroline du Sud (DJJ) de façon aléatoire. Pendant l'étude, les jeunes sont sous probation.</p> <p>Les jeunes ont de 11 à 17 ans. La moyenne d'âge est de 15,2 ans. Ils ont soit commis une infraction pénale sérieuse ou commis au moins trois infractions pénales antérieures autres que des infractions d'État. Ils sont tous à risque de placement imminent étant donné leur implication dans des comportements criminels.</p> <p>81,8 % des jeunes sont des garçons. 80,6 % des jeunes sont des Africains d'Amérique. 79 % des jeunes vont à l'école et 40 % des jeunes qui sont éligibles au marché du travail ont un emploi. 38,1 % des jeunes vivent avec un seul des parents. La figure parentale est une femme dans 92,2 % des cas. En moyenne, les familles comptent cinq enfants. 55,6 % des mères et 38,1 % des pères n'ont pas terminé leur secondaire. La médiane du revenu familial se situe entre 5 000 \$ et 10 000 \$ par année.</p>	<p>Assignment aléatoire entre le MST et les services traditionnels de justice juvénile (US) : 82 MST, 73 US.</p> <p>2 x 2 x 2 auxquels s'ajoute une évaluation de suivi de 1,7 an.</p> <p>Méthodes mixtes.</p> <p>Devis expérimental.</p>	<p>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACE-III; Olson, Portner & Lavee, 1985) complété par la figure parentale et l'adolescent.</p> <p>Family Assessment Measure (FAM-III; Skinner, Steinhauer & Santa-Barbara, 1983) complété par la figure parentale et l'adolescent.</p> <p>Monitoring Index (Patterson & Dishion, 1985) comprend une version parent et une version enfant.</p>	<p>On note une amélioration du fonctionnement familial dans le temps selon le point de vue des parents, mais non du point de vue des jeunes, une réduction sensible de la cohésion familiale dans le temps selon les parents et non selon les jeunes et une augmentation de l'adaptabilité familiale dans le temps selon les jeunes et non selon les parents.</p> <p>Enfin, on note une diminution sensible de la surveillance des parents dans le temps selon les jeunes et non selon les parents.</p> <p>Les deux groupes démontrent les mêmes résultats.</p>

**Tableau 17 : Multisystemic Treatment of Serious Juvenile Offenders : Long-Term Prevention of Criminality and Violence
Charles M. Borduin**

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Borduin, Cone, Mann, Henggeler, Fucci, Blaske, Willams (1995)</p>	<p>Échantillon composé de 176 jeunes délinquants âgés de 12-17 ans à risque élevé de récidiver pour des crimes sérieux. Ils ont été référés par les tribunaux pour mineurs. Pour être sélectionnés, les jeunes devaient avoir été arrêtés aux moins à deux reprises, ils devaient habiter avec au moins une figure parentale et ils ne devaient pas démontrer de signe de psychose ou de démence.</p> <p>65,5 % sont des garçons. Les familles ont en moyenne 3.1 enfants et 68,8 % d'entre elles ont un faible statut socioéconomique.</p>	<p>Devis expérimental.</p> <p>Présence d'un groupe contrôle aux pré-test et post-test. L'assignation aux différentes conditions (thérapie multisystémique ou thérapie individuelle) a été faite de façon aléatoire. Il y a eu un suivi des arrestations quatre ans après les interventions pour comparer l'efficacité des deux différents types d'intervention.</p>	<p>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II (FACE-II; Olson, Portner et Bell, 1982).</p> <p>Une échelle d'observation des interactions familiales (Unrevealed Differences Questionnaire; Blaske et al., 1989; Mann, Borduin, Henggeler, & Blaske, 1990) qui évalue le support, les activités verbales et les conflits/hostilité.</p> <p>Unrevealed Differences Questionnaire (Mann, Borduin, Henggeler, & Blaske, 1990).</p>	<p>Les résultats soulèvent que les familles ayant bénéficié de la thérapie multisystémique obtiennent un score supérieur aux sous-échelles de cohésion et d'adaptabilité familiales à la fin du traitement. Par contre, les familles des jeunes suivis en thérapie individuelle obtiennent des scores inférieurs sur ces deux mêmes sous-échelles à la fin du traitement.</p> <p>Les données observationnelles indiquent que les interactions entre les membres de la famille (mère-adolescent, père-adolescent et père-mère) sont plus positives, elles démontrent davantage de soutien et moins de conflits et d'hostilité à la suite de l'intervention multisystémique que de l'intervention individuelle.</p> <p>Par contre, selon ces données observationnelles, les interactions mère-adolescent font moins appel au soutien et les interactions père-adolescent comptent plus de conflits et d'hostilité à la suite de l'intervention individuelle. Les relations mère-adolescent, père-adolescent et père-mère dans le groupe de thérapie individuelle reflètent donc une détérioration ou une stabilité.</p>

**Tableau 18 : Evaluating the Impact of Intensive Family Preservation Services in New Jersey
Leonard H. Feldman**

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
Feldman (1990)	<p>Étude portant sur un échantillon de 183 familles dont 96 d'entre elles reçoivent l'intervention intensive (FPS) et 87 composent le groupe contrôle.</p> <p>Les familles devaient avoir des enfants à risque de placement afin de faire partie de la présente étude.</p> <p>Groupe contrôle : 90,8 % des familles avaient un seul enfant cible. Elles ont en moyenne 2,4 enfants.</p> <p>Groupe expérimental : 88,5 % des familles avaient un seul enfant cible. Elles ont en moyenne 2,7 enfants.</p> <p>Les deux groupes confondus : l'âge moyen de l'enfant cible est de 12,97 ans (entre 2 et 18 ans), 57,9 % des familles sont monoparentales et 59,3 % des références aux services sont dues aux comportements hors de contrôle du jeune (fugue, relation parents-enfant pauvre, violence entre les membres de la famille et comportements délinquants). Le statut socioéconomique des familles se situe majoritairement dans le groupe DFG (District Factor Group) 1 et 2 (gens de main-d'œuvre et ouvriers).</p>	<p>Devis expérimental. Assignation aléatoire.</p> <p>Une évaluation avant-après du fonctionnement des deux différents groupes a été effectuée.</p> <p>Groupe contrôle : Les familles qui bénéficient des services traditionnels.</p> <p>Groupe expérimental : Les familles qui bénéficient des services intensifs.</p> <p>Collecte de données lors d'entrevues face-à-face avec l'un des parents et lors d'activités prévues au cours des interventions.</p>	<p>Family Environment Scale (FES) (Moos and Moos, 1981) permet d'évaluer trois principales dimensions : les relations, la croissance personnelle et le maintien du système. Il comprend 10 sous-échelles.</p> <p>Socioeconomic Status of a Community (Cooperman, 1984) permet de distinguer les communautés plus à risque de celles ayant un meilleur soutien; contient sept dimensions : l'éducation, l'occupation, la dimension du logement, l'urbanisation, le revenu familial, le pourcentage de sans-emploi et le pourcentage de familles en dessous du seuil de pauvreté.</p> <p>Family Information (questionnaire maison) (caractéristiques familiales telles que la structure, le nombre de personnes et les caractéristiques démographiques)</p>	<p>L'étude révèle que sur 5 des 10 échelles permettant d'évaluer le fonctionnement familial (cohésion, expressivité, indépendance, conflit et organisation) l'intervention FPS a produit de meilleurs résultats à la suite de l'intervention.</p> <p>On note qu'il n'y a pas de différence entre les deux types d'intervention.</p>

Devis pré expérimental

**Tableau 19 : Dissemination and Effectiveness of Multisystemic Treatment in New Zeland : A Benchmarking Study
Nicola M. Curtis**

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
Curtis, Ronan, Heiblum, Crellin (2009)	<p>Échantillon composé de 65 jeunes et leur famille référés au MST entre janvier 2002 et décembre 2003.</p> <p>Critères de sélection : avoir de 8 à 18 ans, manifester des problèmes de comportements antisociaux et des comportements externalisés, être à risque de placement et avoir une figure parentale prête à s'engager dans le programme.</p> <p>Caractéristiques des jeunes : 71 % des jeunes sont des garçons, 69 % des familles vivent dans les zones les plus démunies de la Nouvelle-Zélande où le revenu du ménage est de 17 700 \$, 83 % des familles sont d'origine européenne/blanche.</p>	<p>Pré, post-test et évaluation de suivi.</p> <p>Statistiques descriptives.</p> <p>Comparaison du groupe à d'autres résultats préalablement obtenus dans les recherches (benchmarking).</p> <p>Devis pré expérimental.</p>	<p>Une gamme d'instruments de mesure a été administrée à la figure parentale de chacune des familles pour mesurer l'évolution des comportements des jeunes, du fonctionnement des parents et de la famille. Les instruments ont été administrés à différents moments (lors du pré et post-test, à différents intervalles pendant la participation au programme et lors du suivi).</p> <p>Multisystemic Behavioral Rating Scale (MST-BRS conçue spécifiquement pour cette étude), complétée par la figure parentale, vise à évaluer la conformité du jeune, la communication familiale et les relations familiales.</p> <p>Parental Supervision Index (PSI; Jang & Smith, 1997) est rempli par les parents.</p>	<p>Les résultats au MST-BRS indiquent des améliorations significatives dans le fonctionnement familial entre le pré et post test. En plus, cette échelle démontre que les améliorations se poursuivent 6 à 12 mois après la fin du programme.</p> <p>Les résultats indiquent que le contrôle parental s'est également amélioré entre le pré et post test. Alors que les améliorations se sont poursuivies au moment du suivi (à six mois), elles se sont maintenues par la suite.</p> <p>L'étude démontre qu'à la suite du programme, les relations familiales s'étaient améliorées. De plus, le niveau de contrôle des parents s'était également amélioré.</p>

Tableau 20 : Examining families' perceptions of intensive in-home services : A mixed methods study
Cynthia A. Lietz

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
Lietz (2009)	<p>Les familles sélectionnées participaient aux services de la Division of Children, Youth and Families.</p> <p>Échantillon 1 : 17 familles ayant terminé l'intervention trois à six mois avant que ne débute l'étude. 41 % de ces familles sont monoparentales et 41 % sont des familles recomposées. 52 % des familles sont d'origine caucasienne alors que les autres sont d'origine latine, indienne ou d'ethnies mixtes.</p> <p>Échantillon 2 : 36 familles utilisant les <i>intensive in-home</i> services de janvier 2008 à mai 2008. 50 % de ces familles sont caucasiennes, alors que les autres sont d'origine latine, indienne ou d'ethnies mixtes. 44 % des familles sont monoparentales, 33 % sont biparentales et 22 % sont des familles recomposées ou remariées. 64 % des familles proviennent de milieux urbains.</p>	<p>Méthodes mixtes (triangulation).</p> <p>Devis pré expérimental.</p> <p>Méthode d'échantillonnage non probabiliste. Une technique d'échantillonnage raisonné a été utilisée pour rechercher, parmi la population de l'État, des familles des milieux urbains et ruraux, des familles de différentes compositions et de races et d'ethnies différentes.</p> <p>Les familles de l'échantillon 1 ont chacune réalisé une entrevue post intervention. Les familles de l'échantillon 2 ont chacune réalisé trois entrevues (au début de l'intervention, au milieu et à la toute fin).</p>	<p>Pour chacune des familles, l'un des parents a rempli une échelle auto-complétée pour quantifier sa perception du fonctionnement familial et a évalué sa satisfaction concernant les services reçus.</p> <p>Les instruments de mesure utilisés sont les suivants : Family Assessment Device (FAD; Epstein, Bishop & Levin, 1978), Client Satisfaction Inventory (CSI-SF; McMurtry & Hudson, 2000).</p> <p>Une entrevue semi-structurée avec l'un des parents ou les deux parents de chacune des familles complétait la collecte de données concernant la satisfaction vis-à-vis de l'intervention et le fonctionnement familial.</p>	<p>Phase I (avec échantillon 1) : Les résultats révèlent que 12 familles sur 17 perçoivent leur famille comme étant plus forte et dix d'entre elles expliquent ce changement par les services reçus.</p> <p>Phase II (avec échantillon 2) : L'étude portant sur 36 familles révèle que 75 % des familles se sentent plus fortes après avoir participé aux services intensifs à domicile. De plus, la moitié des familles de la Phase II obtiennent des résultats significativement plus élevés au niveau du fonctionnement familial à la fin des services qu'au début.</p> <p>On note que les résultats positifs des services sont dus à l'amélioration des compétences parentales, des relations plus fortes entre les membres de la famille et d'une amélioration de la communication.</p>

**Tableau 21 : Intensive family preservation services in Flanders : an outcome study
Hubert Van Puyenbroeck**

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Puyenbroeck, Loots, Grietens, Jacquet, Vanderfaeillie, Escudero (2009)</p>	<p>142 familles recevant l'intervention IFPS entre le 1^{er} octobre 2004 et le 30 septembre 2005.</p> <p>53,1 % des familles vivent une situation problématique aigüe.</p> <p>28,7 % des familles vivent dans la pauvreté.</p> <p>31,5 % des familles sont celles d'origine constituées des deux parents biologiques de l'enfant.</p> <p>35,7 % des familles sont monoparentales.</p> <p>32,4 % des familles comptent deux enfants (il s'agit de la majorité des familles).</p> <p>52,1 % des enfants sont des garçons alors qu'il y a 47,9 % de filles. La moyenne d'âge est de 14 ans.</p>	<p>Évaluation pré et post test ainsi qu'une évaluation de suivi un mois après la fin de l'intervention.</p> <p>Groupe simple.</p> <p>Devis non expérimental.</p>	<p>Les intervenants doivent remplir un formulaire d'admission pour chacune des familles. Le formulaire informe de la façon dont la famille a été référée à l'IFPS, de la constitution familiale et des caractéristiques des interventions.</p> <p>Une échelle de pauvreté permet d'évaluer la situation des familles (de Cock & Buisse 2000).</p> <p>Parent-child interaction questionnaire (version révisée de l'Allemand) pour lequel il y a une version parent et une version enfant.</p>	<p>Les parents notent un changement significatif dans les interactions parents-enfants pendant et à la fin de l'intervention. Quant aux enfants, ils n'indiquent aucun changement significatif dans la relation qu'ils ont avec leurs parents.</p> <p>Les familles indiquent que leur situation est plus gérable même si elles ont encore besoin d'aide.</p> <p>Les parents s'entendent mieux avec leurs enfants et se sentent plus résistants qu'avant la crise.</p> <p>Les problèmes persistent malgré les améliorations au niveau du fonctionnement des membres de la famille et du fonctionnement familial.</p>

**Tableau 22 : Évolution des familles impliquées dans le programme Crise-Ado-Famille
Robert Pauzé**

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Pauzé, Touchette, Joly (2007)</p>	<p>Échantillon composé de 146 familles ayant bénéficié d'un programme d'intervention brève et intensive de crise entre février 2002 et août 2003. L'âge moyen des jeunes est de 14,3 ans. L'échantillon est composé à 48,6 % de garçons et à 51,4 % de filles.</p>	<p>Devis pré expérimental avant-après (Before and after Design et Constructed controls) sans groupe témoin.</p> <p>Échantillon représentatif de la population desservie dans ce programme.</p>	<p>Protocole évaluatif PEMA-DC pour évaluer les caractéristiques des familles au début de l'intervention, à la fin de celle-ci et 12 mois plus tard.</p> <p>Family Assessment Device (FAD; Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) auto-complété par le jeune et ses parents.</p> <p>Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Frick, 1991), complété par les parents, vise à mesurer cinq dimensions : engagement des parents, attitude positive des parents, supervision parentale, discipline inconsistante et punitions corporelles.</p> <p>Index of Parental Attitude (Hudson, 1982) évalue l'attitude des figures parentales envers le jeune, Child Attitude towards Mother (CATM) et Child Attitude towards Father (CATF; Giuli & Hudson, 1977) évaluent l'attitude du jeune à l'égard de ses parents.</p>	<p>Les résultats démontrent une certaine évolution du fonctionnement familial. L'évolution du fonctionnement familial se poursuit même lorsque l'intervention est terminée. Par contre, l'investissement affectif entre les membres de la famille n'évolue pas de façon significative.</p> <p>Les données révèlent une amélioration moyenne significative de la relation parents-jeune tant du point de vue des parents que du point de vue des jeunes à l'égard de leur mère et de leur père. Corollairement, il y a une réduction de la proportion des situations dans lesquelles la relation est jugée difficile.</p> <p>Bref, on observe une évolution modeste au niveau du fonctionnement des familles.</p>

**Tableau 23 : Treatment Techniques and Outcomes in Multidimensional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems
Aaron Hogue**

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Hogue, Dauber, Samuolis et Liddle (2006)</p>	<p>La présente étude porte sur un échantillon de 63 familles dont les adolescents sont des consommateurs de substances illicites. Afin d'être sélectionnés, ces adolescents devaient être âgés de 13 à 17 ans et être accompagnés d'au moins un parent responsable. Les adolescents sélectionnés ont participé aux interventions de thérapie familiale multidimensionnelle et ont complété une évaluation pré et post-traitement.</p> <p>83 % de ces jeunes sont des garçons et 25 % des adolescents vivent avec leurs deux parents biologiques. Quant aux parents, 71 % des mères et 86 % des pères ont au moins terminé leurs études secondaires. Le revenu annuel de 27 % de ces parents est de moins de 10 000 \$.</p>	<p>Il y a eu évaluation lors de l'admission, six mois après la fin de l'intervention et douze mois plus tard.</p> <p>Devis pré expérimental.</p> <p>Afin de maximiser la taille de l'échantillon à la suite des données manquantes, une procédure d'imputation de données a été utilisée pour estimer ces données manquantes. La procédure s'est faite à partir de « Multiple Imputation (MI; Rubin, 1987) sous l'utilisation de l'ordinateur software NORM (Schafer, 1999).</p>	<p>Le Family Environment Scale (Moos & Moos, 1986) est une mesure d'auto-évaluation remplie séparément par les adolescents et le ou les parents. Il contient 90 items à propos de la vie familiale à la maison. Cette échelle a été utilisée pour distinguer les familles dites normales de celles ayant des adolescents consommateurs.</p> <p>Family Focus scale (11 items) et Adolescent Focus scale (7 items) (Hogue <i>et al.</i>, 1998)</p>	<p>L'utilisation des techniques axées sur la famille prédit l'amélioration de la cohésion familiale et la réduction des conflits familiaux.</p>

Tableau 24 : Mechanisms of Change in Multisystemic Therapy : Reducing Delinquent Behavior Through Therapist Adherence and Improved Family and Peer Functioning
Stanley J. Huey

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Huey, Henggeler, Brondino, Pickrel (2000)</p>	<p>Les jeunes ont été référés par les agents d'admission au département de la justice pour mineurs en Caroline du Sud suivant une arrestation pour infraction pénale.</p> <p>L'échantillon Diffusion est composé de 155 adolescents délinquants et violents ainsi que leurs parents (ou tuteurs). 83 % de ces jeunes sont des garçons. Ils ont en moyenne 14,6 ans. Ce sont des jeunes violents et délinquants provenant d'un milieu rural.</p> <p>Échantillon CDA : 118 mineurs et consommateurs de substances et leurs parents (ou tuteurs). Ce sont des mineurs jugés délinquants qui satisfont les critères diagnostiques d'abus de substances ou de dépendance. 80 % de ces jeunes sont des garçons et ils ont en moyenne 15 ans.</p>	<p>Devis pré expérimental.</p> <p>Assignation aléatoire à l'intervention MST (multisystemic therapy) ou aux services habituels.</p> <p>Évaluation pré et post-traitement.</p> <p>L'étude CDA est un modèle de réplication à l'étude Diffusion Project.</p>	<p>Family Assessment Measure (FAM-III; Skinner, Steinhauer & Santa-Barbara, 1983) est un questionnaire comportant 50 items. Il permet d'évaluer sept dimensions du fonctionnement familial : normes, valeurs, accomplissement des tâches, performance de rôle, communication, expression affective, engagement affectif et contrôle.</p> <p>Monitoring Index pour évaluer la supervision parentale (Patterson & Dishion, 1985). Il y a une version pour les parents de 17 items et une version pour les jeunes de 14 items.</p> <p>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-III, Olson, Portner & Lavee, 1985) permet d'évaluer la perception de la cohésion et de l'adaptabilité familiales de chaque membre de la famille.</p>	<p>Les auteurs observent que les parents et les intervenants dénotent une amélioration du fonctionnement familial au fil du temps pour le groupe de participants à l'intervention multisystémique. La qualité du fonctionnement familial a augmenté autant du point de vue des jeunes que des parents entre le pré et le post traitement.</p> <p>On observe également que les jeunes et les parents bénéficiant de l'intervention multisystémique notent une amélioration de la surveillance parentale.</p> <p>Les mêmes observations sont rapportées dans le projet CDA (une réplication).</p>

Devis quasi expérimental

Tableau 25 : Working with adolescents at risk of out of home care : The effectiveness of specialist teams
Nina Biehal

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
Biehal (2005)	<p>Échantillon composé de 209 jeunes âgés de 11 à 16 ans dont 144 jeunes ont bénéficié d'une intervention intensive et 65 jeunes ont bénéficié d'une intervention régulière.</p> <p>55 % des jeunes sont des garçons et 45 % des jeunes sont des filles.</p> <p>L'échantillon comprend des nouvelles demandes dans les services ou des dossiers déjà ouverts pour lesquels le placement est à risque.</p>	Un devis quasi expérimental pré-test post-test.	Family Assessment Device (FAD) (Epstein <i>et al.</i> , 1983) complété par les jeunes et les parents.	<p>On note une évolution positive des familles sur le plan de la résolution des problèmes, la communication, le contrôle du comportement, l'engagement affectif, l'expression affective et le fonctionnement général.</p> <p>Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre les deux sous-groupes à la suite des interventions.</p>

Tableau 26 : Multisystemic Family Preservation Therapy : Preliminary Findings From a Study of Rural and Minority Serious Adolescent Offenders
David G. Scherer

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Scherer, Brondino, Henggeler, Melton, Hanley (1994)</p>	<p>L'échantillon comprend 55 contrevenants criminels sérieux et chroniques âgés de 11 à 17 ans ainsi que leur figure maternelle. Pour être sélectionnés, les jeunes devaient également avoir déjà commis un délit criminel violent ou fait l'objet d'au moins trois arrestations en plus d'être à risque de placement. Les jeunes ayant fait l'objet d'un jugement ne pouvaient faire partie de l'étude.</p> <p>L'échantillon comprend 45 garçons et 10 filles. La figure maternelle compte entre trois et 18 années d'éducation. 46,3 % des figures maternelles travaillent et 31,6 % des jeunes majeurs travaillent également.</p>	<p>L'échantillon est comparé aux jeunes participant au programme du département de justice juvénile (DJJ). Ces jeunes ont sensiblement les mêmes caractéristiques que l'échantillon faisant partie du MFP.</p> <p>Assignment aléatoire.</p> <p>Chaque jeune du MFP est regroupé à un jeune du programme DDJ</p> <p>Devis quasi expérimental.</p> <p>Mesures répétées (avant-après et six mois plus tard).</p>	<p>Family Assessment Measure III (FAM; Skinner, Steinhauer & SantaBarbara, 1983)</p>	<p>Les auteurs notent que la thérapie familiale multisystémique (MFP) est associée à des améliorations au niveau du fonctionnement familial.</p> <p>Les données colligées auprès des parents indiquent qu'il y a une plus grande satisfaction concernant l'accomplissement des tâches pour le groupe MFP que le groupe DJJ. Les données colligées auprès des jeunes révèlent un score inverse. Les figures maternelles sont davantage satisfaites de l'accomplissement des tâches que le sont leur enfant ou les jeunes du groupe DJJ.</p> <p>Il n'y a pas d'effet significatif pour la performance de rôle, la communication, l'expression affective, l'engagement, le contrôle, les valeurs et les normes, peu importe l'intervention.</p>

**Tableau 27 : Child and Family Functioning after Intensive Family Preservation Services
Kathleen Wells**

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
<p>Wells, Whittington (1993)</p>	<p>Échantillon composé de 42 familles faisant partie du programme FPS entre octobre 1987 et avril 1989.</p> <p>Critères de sélection : Les jeunes doivent avoir de 10 à 18 ans et avoir un QI d'au moins 65 et les parents doivent accepter de participer à la recherche.</p> <p>59 % des jeunes sont des garçons. La moyenne d'âge est de 13,7 ans.</p> <p>66 % des jeunes proviennent de familles dont les parents sont divorcés, séparés ou qui n'ont jamais été mariés (mais vivent ensemble).</p> <p>61 % des jeunes proviennent de familles ayant un revenu inférieur à 25 000 \$ et 36 % ayant un revenu inférieur à 15 000 \$.</p> <p>90 % des jeunes ont des mères qui n'ont pas de diplôme d'études collégiales.</p>	<p>1 enfant et 1 parent sont interviewés dans chacune des familles.</p> <p>Les entrevues ont été réalisées une semaine avant le début du programme et une semaine suivant la fin de l'intervention. Les entrevues de suivi étaient faites entre neuf et douze mois suivant la fin du programme. Les entrevues s'adressaient à l'un des enfants et à l'un des parents. Ils étaient réalisés séparément.</p> <p>Comparaison à un groupe de familles ne recevant pas de service.</p> <p>Devis quasi expérimental.</p>	<p>Family Assessment Device (Epstein <i>et al.</i>, 1983) pour évaluer la santé familiale. Seule l'échelle du fonctionnement général a été utilisée.</p> <p>Interaction Behavior Questionnaire (IBQ; Robin et Foster, 1988) évalue les conflits et la communication négative entre les parents et les enfants.</p> <p>Entrevues auprès de l'enfant et du parent concernant la résolution des problèmes présents lors de l'admission au programme. Les problèmes survenus dans les six derniers mois sont énoncés au départ et repris à la fin du programme et chacun de ces problèmes est noté selon une échelle de type Likert pour constater l'évolution des problèmes.</p> <p>Entrevue auprès de l'enfant concernant les liens familiaux au début de l'intervention. Les réponses aux trois questions sont évaluées selon une échelle de type Likert.</p>	<p>On observe que le fonctionnement des familles s'est amélioré entre le début et la fin du programme. Les progrès se sont maintenus à la suite de la fin du programme.</p>

Méta-analyse

Tableau 28 : Multisystemic Treatment : A Meta-Analysis of Outcome Studies
Nicola M. Curtis

Auteurs	Échantillon	Méthodologie	Instruments de mesure	Résultats
Curtis, Ronan, Borduin (2004)	<p>Parmi toutes les études (7 études démontrant des résultats principaux et 4 études secondaires), il y a 708 participants et 35 intervenants MST.</p> <p>Les jeunes ont de 8,3 à 17,6 ans et 70 % sont des garçons. 81 % vivent avec au moins un de leurs parents biologiques.</p>	<p>Conditions des études considérées pour la présente recherche : assignation aléatoire, thérapie multisystémique, échantillon dans lequel les enfants ou les parents présentent des comportements antisociaux ou des symptômes psychiatriques, évaluations pré et post intervention en plus du suivi et utilisation de tests statistiques appropriés.</p> <p>Méta-analyse. Méthodes quantitatives. Résumé (récapitulation) de l'ampleur des effets du MST.</p> <p>L'intervention MST est comparée à des interventions qui ont lieu dans une agence de justice juvénile, un centre communautaire de santé mentale, un programme de traitement pour les patients consommateurs en clinique externe et un hôpital psychiatrique.</p>		<p>Le MST est efficace pour améliorer les relations parents-enfant et les relations familiales. Le suivi indique que les effets de l'intervention sont maintenus jusqu'à quatre ans après la fin de l'intervention.</p> <p>L'étude démontre que le MST a plus d'effets sur les relations familiales que sur les changements personnels de chacun des membres de la famille.</p>