

Intervenantes non professionnelles et prévention de l'enfance maltraitée. Évaluation du projet De la visite

Non-professional workers and prevention of ill-treatment in childhood : evaluation of De la Visite project

Danièle Durand, Raymond Massé et Francine Ouellet

Volume 14, numéro 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031512ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031512ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Durand, D., Massé, R. & Ouellet, F. (1989). Intervenantes non professionnelles et prévention de l'enfance maltraitée. Évaluation du projet De la visite. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 26–38. <https://doi.org/10.7202/031512ar>

Résumé de l'article

Le projet De la Visite apporte une contribution à un défi majeur auquel la société est confrontée, celui de mettre en oeuvre des approches préventives susceptibles de diminuer à long terme le phénomène des abus et de la négligence à l'endroit des enfants. Ce projet consistait : 1) à expérimenter auprès de tous les nouveaux parents habitant trois quartiers défavorisés de l'Île-de-Montréal, un service de visites à domicile par des intervenants non professionnelles; 2) à évaluer ce nouveau service selon une méthode de recherche innovatrice utilisant de pair un devis expérimental et une approche qualitative, en vue d'en proposer ou non l'implantation dans la région de Montréal. La première partie de cet article présente les prémisses et les enjeux du projet. La seconde donne un aperçu de l'expérimentation et dégage, pour ceux et celles qui offrent ou désirent offrir un service semblable, les enseignements auxquels aboutit une analyse minutieuse de la mise en oeuvre d'un tel service. Nous étudions en troisième lieu les effets de l'expérimentation.

Intervenantes non professionnelles et prévention de l'enfance maltraitée. Évaluation du projet De la visite

*Danièle Durand**
*Raymond Massé**
*Francine Ouellet**

Le projet De la Visite apporte une contribution à un défi majeur auquel la société est confrontée, celui de mettre en oeuvre des approches préventives susceptibles de diminuer à long terme le phénomène des abus et de la négligence à l'endroit des enfants. Ce projet consistait : 1) à expérimenter auprès de tous les nouveaux parents habitant trois quartiers défavorisés de l'Île-de-Montréal, un service de visites à domicile par des intervenantes non professionnelles ; 2) à évaluer ce nouveau service selon une méthode de recherche innovatrice utilisant de pair un devis expérimental et une approche qualitative, en vue d'en proposer ou non l'implantation dans la région de Montréal.

La première partie de cet article présente les prémisses et les enjeux du projet. La seconde donne un aperçu de l'expérimentation et dégage, pour ceux et celles qui offrent ou désirent offrir un service semblable, les enseignements auxquels aboutit une analyse minutieuse de la mise en oeuvre d'un tel service. Nous étudions en troisième lieu les effets de l'expérimentation.

On reconnaît que la prévention des mauvais traitements doit se faire le plus tôt possible après la naissance de l'enfant (Cohn, 1982 ; Gray, 1983 ; Helfer, 1987). La venue d'un nouvel enfant place en effet les parents dans une phase de transition qui génère de grands besoins de soutien mais qui, du même coup, les prédispose à accepter l'aide et des conseils ou à modifier divers comportements et attitudes. En effet, les habiletés requises pour s'occuper d'un enfant prennent souvent les parents au dépourvu. Le plaisir d'avoir un enfant cède le pas à un sentiment d'insécurité ou d'incapacité face aux soins à donner à l'enfant ; à un état d'extrême fatigue quand il s'agit — entre autres — d'un deuxième enfant ; et au désarroi devant la nécessité de s'ajuster au partage des tâches entre conjoints. Les contraintes prennent alors une importance considérable et peuvent avoir de graves conséquences pour le devenir de l'enfant lorsque, en plus, les parents manquent

de conseils, de soutien et d'aide, voire d'argent pour subvenir aux besoins de la famille.

L'approche écologique pose la question des lieux et modes d'articulation des divers facteurs associés aux abus et à la négligence à l'égard des enfants. Elle propose le quartier comme lieu d'intervention, puisqu'il représente une entité socio-culturelle importante où la famille développe et entretient son réseau social. Les quartiers habités par une population présentant des facteurs socio-économiques défavorables, alliés à l'isolement ou à la pauvreté du réseau social, deviennent des cibles prioritaires, car on y observe une plus forte prévalence de mauvais traitements (Garbarino et Sherman, 1980 ; Bouchard, 1984).

L'intervention non professionnelle servant de soutien aux nouveaux parents est perçue comme une solution prometteuse. Harrison (1981), dans un article sur les «volonteurs» anglaises du programme Home Start (mis en marche en 1963), souligne le caractère moins menaçant qu'elles représentent pour les familles, le climat de respect et de dignité qui accompagne leur action, ainsi que leur disponibilité et leur flexibilité. Un des plus grands défenseurs américains des droits de l'enfant, C. Henry Kempe (1976), recommandait l'engagement de non-professionnelles rémunérées pour la prévention des mau-

* Danièle Durand est agente de recherche, au DSC de l'Hôpital général du Lakeshore ; Raymond Massé est agent de recherche au DSC de Verdun ; Francine Ouellet est agente de recherche, au DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Le projet a été subventionné par le Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain dans le cadre du programme de subvention en santé communautaire.

vais traitements ; il considérait qu'un service de visites à domicile par ces dernières devrait être universel et gratuit, au même titre que le suivi prénatal, l'école et les pompiers.

Des auteurs font cependant de sérieuses mises en garde contre les dangers de l'utilisation inadéquate des non-professionnels. Guay (1984) mentionne le risque que l'État récupère une main-d'œuvre à bon marché en cette période de restrictions budgétaires, ou encore le risque qu'on utilise ces personnes aux seules fins de pénétrer dans des milieux difficiles d'accès — ce que Stacey et Davis (1983) appellent «to befriend the poor». Il y a aussi le danger de les laisser à eux-mêmes alors qu'ils ont besoin d'être soutenus, ou encore de les encadrer et de les former à tel point qu'ils perdent leur façon de faire et deviennent des quasi-professionnels, au lieu de prendre pour modèle les aidants naturels.

Les évaluations d'interventions préventives réalisées par des non-professionnelles auprès de nouveaux parents sont peu nombreuses et non concluantes. Au Québec, malgré un engouement pour les groupes d'entraide post-natale, nous n'avons recensé qu'une évaluation se rapprochant de l'intervention non professionnelle en post-natal, soit celle de Larson (1980). Elle tend à démontrer qu'une intervention combinant des visites pré et post-natales auprès de parents socio-économiquement défavorisés obtient une amélioration de l'interaction mère-enfant alors qu'une autre, ne comprenant que des visites commençant six semaines après la naissance, n'en obtient pas. Les intervenantes, appelées «home visitors», étaient cependant, dans les deux cas, loin d'avoir un statut d'aidantes naturelles, puisqu'elles possédaient une formation universitaire et suivaient un protocole d'intervention relativement précis. L'auteur rapporte que ces dernières lui ont dit ne pas avoir pu établir un véritable contact avec les mères qu'elles n'avaient visitées qu'en post-natal. Aux États-Unis, Siegel et ses collaborateurs (1980) ont constaté qu'une intervention facilitant le contact précoce mère-enfant à l'hôpital avait un certain effet sur la relation mère-enfant alors que les visites à domicile, faites par des paraprofessionnelles dûment formées sur les soins à l'enfant, n'en avaient pas. Ces dernières ont rapporté que les nouvelles mères étaient si préoccupées par leur bébé ou leurs problèmes personnels qu'elles n'avaient pas de temps à consacrer à une inconnue dont l'intérêt concernait

les soins à l'enfant. Plus récemment, trois évaluations d'interventions post-natales par des paraprofessionnelles (Boger et al., 1986; Franks et al., 1987; Barth et al., 1988) auprès de familles à risque de mauvais traitements, n'arrivent pas à des conclusions évidentes, notamment à cause de la petite taille des groupes échantillonnés qui se rendent jusqu'à la fin de l'intervention.

Soulignons aussi que la multiplicité des facteurs induisant les mauvais traitements et la précarité des indicateurs d'incidence rendent difficilement mesurable l'impact d'une intervention préventive à partir de l'incidence du problème; il faut plutôt viser des facteurs intermédiaires dans la chaîne causale menant aux mauvais traitements (Helfer, 1982; Gray, 1983). Deux de ces facteurs qui reviennent le plus souvent sont les connaissances, attitudes et comportements aptes à susciter des interactions positives entre parents et enfants — et l'isolement social.

Enfin, malgré la popularité grandissante de l'approche de triangulation (Denzin, 1978; Patton, 1980; Rocheleau, 1982; Jick, 1983), les études recensées ici, comme d'ailleurs la majorité des recherches évaluatives, ne font appel, pour la mesure des effets, qu'à un seul schème de recherche, soit celui de type expérimental et quantitatif. L'approche qualitative, quand elle est utilisée, ne sert qu'à l'étude de l'implantation du programme; elle est alors un accessoire, un prérequis à l'évaluation des effets. Nulle part on applique aux mêmes objets d'étude la méthodologie quantitative en même temps que la méthodologie qualitative. Cette double utilisation pourrait accroître la validité des résultats, dans l'éventualité d'une convergence; et au cas où les résultats ne concorderaient pas, on pourrait dégager une meilleure interprétation, soulever de nouvelles hypothèses ou identifier des résultats non prévus.

L'approche préventive expérimentée

De septembre 1985 à mars 1987 (18 mois), des non-professionnelles appelées «mères visiteuses» sont intervenues auprès d'un échantillon aléatoire de nouveaux parents résidant dans trois quartiers majoritairement francophones de l'Île-de-Montréal et classés défavorisés¹. Ces femmes, recrutées le plus souvent au moyen d'annonces dans les journaux de

quartier, devaient être mères, intéressées à aider des nouveaux parents, capables d'écouter les gens sans les juger, ni se laisser envahir par leurs problèmes personnels. Elles recevaient un salaire — ou lutôt une compensation — de l'ordre de 117\$ par semaine pour 20 heures d'intervention, dont une partie pouvait se faire, au besoin, le soir ou les fins de semaine. Travaillant deux par deux dans chacun des trois quartiers ciblés, elles devaient habiter elles-mêmes le quartier, en connaître la mentalité et la comprendre. Mises à part cinq journées d'orientation ayant pour but de familiariser les mères visiteuses aux objectifs du projet, de créer des liens entre elles, de les sécuriser en valorisant leur expérience de femmes et de mères, de les informer sur les fonctions du réseau social d'une personne, les besoins des jeunes enfants et les ressources du quartier, aucune autre formation ne fut offerte au départ.

Une coordonnatrice à l'intervention, extérieure à l'équipe d'évaluation, assurait le suivi des non-professionnelles. À toutes les deux semaines, elle rencontrait chacune d'elles dans sa maison, passait en revue les familles suivies et apportait encouragement et conseils. Entre-temps, on se téléphonait. Enfin, une rencontre du groupe était prévue une fois par mois. Les mères visiteuses avaient du plaisir à se revoir, discutaient des situations rencontrées dans les familles et recevaient des éléments d'information demandés (sur les soins aux bébés, les drogues, les relations parents-enfants, et autres). Au total, à cause des démissions de huit d'entre elles, 13 mères visiteuses ont tour à tour occupé les six postes disponibles. Les raisons des démissions sont surtout d'ordre personnel (déménagement, problèmes familiaux ou de santé, obtention d'un emploi plus avantageux); à chaque fois, la coordonnatrice a travaillé pour que la démission soit faite sans heurts pour les familles visitées et ne soit pas vécue comme un échec personnel par l'intervenante non professionnelle.

Sur 243 familles contactées, 68 (ou 28%) ont refusé le service. Sept l'ont fait de façon catégorique alors que les autres ont affirmé leur manque d'intérêt, après les premières heures de contact. Elles estimaient ne pas avoir besoin du service ou se disaient non disponibles, trop occupées; certaines ont dit que la mère visiteuse arrivait trop tard.

Finalement, 175 familles ont été suivies. Elles étaient, pour la plupart, biparentales (83%) et fran-

cophones (94%); les nouvelles mères avaient une scolarité qui ne dépassait pas le secondaire (75%), étaient âgées de plus de 20 ans (95%) et en étaient à leur premier enfant (61%). Les familles ayant refusé le service présentaient un portrait similaire.

Le premier contact avec la famille se faisait après la visite post-natale de l'infirmière du CLSC. Celle-ci présentait le service de la mère visiteuse. Que la famille manifeste un intérêt ou de la réticence², la non-professionnelle entrait en contact avec elle dans les jours suivants. Le bébé avait alors en moyenne quatre semaines.

Se voulant flexible et adaptée aux besoins des familles, l'intervention fut, selon chaque cas, de durée et d'intensité différentes. Les familles ont bénéficié en moyenne de 20 heures d'intervention échelonnées sur une période de 12 semaines, mais les variations entre elles furent très importantes. En moyenne, on a calculé 1,5 contact par semaine pour chacune des familles. On a établi qu'une mère visiteuse avait suivi en moyenne 21 familles par année; sans les contraintes de recherche imposées par le projet, on pourrait obtenir un maximum de 30 familles par mère visiteuse.

Les visites au domicile de la famille (42% des contacts) puis les échanges téléphoniques (38%) ont été les deux principaux types de contacts faits dans l'ensemble des familles. Le service a aussi pris la forme de communications avec les ressources du quartier, de sorties avec la nouvelle mère et d'interventions faites au domicile de la mère visiteuse. Les fins de semaine et les soirs ont recueilli un peu plus du cinquième de l'ensemble des contacts. La proportion des rapports avec l'entourage immédiat de la nouvelle mère (le père, la famille, les amis et voisins) n'est pas négligeable puisqu'elle dépasse 20% de l'ensemble des contacts avec la mère ou son entourage; le père a été vu au moins une fois dans plus de 60% des familles.

Les non-professionnelles ont expérimenté pas moins de quinze types d'interventions, regroupées en quatre formes de soutien. Les interventions les plus fréquentes visent le soutien affectif; elles représentent 52% de l'ensemble. Concrètement, les mères visiteuses ont fait parler les nouvelles mères de leur quotidien, sont devenues la confidente de «leurs amours», les ont soutenues dans des moments de détresse. Elles ont aidé certaines à mettre de l'ordre dans leur vie, les encourageant par exem-

ple, à régler leurs dettes ou suscitant chez la femme une prise de conscience de ses propres besoins, quand ils étaient très différents de ceux du conjoint. On trouve, en second lieu, des activités d'information (28%), principalement des conseils sur les soins au nourrisson ou sur l'éducation des enfants. Ensuite, mais dans une proportion moindre (13%), les mères visiteuses ont agi sur le réseau d'aide des familles. Non seulement ont-elles informé les familles sur les services dans leur milieu mais, encore, elles en ont favorisé le recours en insistant auprès des familles sur leurs besoins d'aide ou en les accompagnant lors de la consultation. Enfin, une petite portion (7%) des interventions a consisté en tâches concrètes et diverses, telles que garder les enfants, laver la vaisselle, apporter des vêtements ou des jouets usagés.

Tout au long de l'expérience, les intervenantes ont qualifié leur approche d'intimiste, globale et respectueuse des familles.

Une approche intime avec la femme: Le contact s'établissait d'abord avec la femme, et c'est à travers elle que le noyau de l'intervention a pris de l'expansion pour atteindre, dans certains cas, le conjoint. Les mères visiteuses ont fait état du lien qui s'est créé au fur et à mesure des contacts dans la majorité des familles rencontrées et qui a rendu possibles les confidences et l'intimité dans l'intervention.

Une approche globale: Les intervenantes n'ont pu dissocier les grands objectifs de départ, axés sur la relation parents-enfant, et le réseau de soutien social du contexte de vie de chacune des familles, de ce que vivaient les femmes, des problèmes ressentis par le couple. Elles ont agi davantage de façon intuitive, en improvisant quelque peu leur intervention au gré des situations qui se présentaient, en agissant au jour le jour, en offrant des solutions ponctuelles à des problèmes quotidiens.

Une approche respectueuse des besoins des familles: Les intervenantes n'ont pas insisté auprès des parents pour qu'ils solutionnent des problèmes dont ils ne reconnaissaient pas eux-mêmes l'importance. Elles avaient la conviction qu'on ne peut aider les familles que si elles le veulent vraiment et en expriment le besoin. Ce qui les intéressait avant tout, c'était la façon dont les femmes vivaient leurs problèmes et comment elles se voyaient comme femmes et mères.

Il y a eu un travail de complémentarité avec les infirmières de CLSC. Les mères visiteuses contactaient au besoin ces dernières pour donner des nouvelles de la famille, obtenir des renseignements sur les services du CLSC, sur les soins au bébé, etc. Dans le cas de certaines familles en difficulté où l'enfant risquait de recevoir des mauvais traitements, les deux intervenantes ont assuré ensemble une surveillance (parfois en liaison avec un(e) praticien(ne) social(e) ou ont suivi un plan conjoint en vue d'amener la famille à utiliser un service. On a enregistré toutefois certaines divergences concernant la perception des problèmes et de leur gravité (par exemple, huit familles à risque sur 20, vues en étude de cas, n'avaient pas été dépistées par l'infirmière lors de sa visite post-natale) et la façon d'intervenir (par exemple, une mère visiteuse trouvait que certaines de ses jeunes mères, qui avaient eu une enfance difficile, avaient besoin d'être «maternées» alors que l'infirmière attendait d'elles des gestes démontrant leur sens des responsabilités).

Les parents font bien la différence entre le service de la mère visiteuse et celui des infirmières. Ceux interrogés sur le sujet ont soutenu que la préoccupation majeure de la mère visiteuse était le bien-être de la mère, alors que celle de l'infirmière était la santé du nourrisson. De plus, les parents, tout comme les intervenantes, conçoivent que la mère visiteuse peut prendre le temps qu'il faut pour être auprès des familles, alors que les infirmières, considérées comme étant débordées par leurs tâches, doivent donner priorité aux familles à risque.

À un questionnaire concernant leur satisfaction, 75% des familles ont dit avoir trouvé le service très utile. Ce taux s'élève à 90% chez les familles considérées à risque.

L'intervention des mères visiteuses ne s'est pas faite en toute aisance. Parmi les difficultés rencontrées bien que généralement surmontées, soulignons une moins grande disponibilité des nouvelles mères quand elles retournent au travail, la présence de familles immigrantes ayant des habitudes de vie différentes, la nécessité de ne pas brusquer la famille lors de la fin de l'intervention et celle de se prémunir contre une implication excessive dans les familles à risque, la rencontre avec des familles vivant en marge de la société ou dans la délinquance.

On a identifié aussi des limites au genre de service expérimenté. Ainsi, l'action auprès du nouveau

père est difficile à réaliser. En effet, le conjoint est souvent absent de la maison; il ne veut ou ne peut pas s'immiscer dans la relation de sa conjointe avec la mère visiteuse, soit parce qu'il perçoit cette relation comme une affaire de femmes ou qu'il sent que sa compagne y tient exclusivement. L'action auprès des proches des jeunes parents s'est vue elle aussi limitée. Certains parents se sentent en effet rejetés par un membre influent de leur entourage; d'autres ont un réseau très perturbé; dans plusieurs cas, enfin, la nouvelle mère manifeste un tel attachement à la mère visiteuse qu'elle a du mal à chercher de l'aide ailleurs. En outre, si les mères visiteuses reconnaissent la pertinence d'offrir d'abord un soutien individuel à des familles méfiantes et non prêtes à se regrouper, elles ont senti très tôt la nécessité de mettre sur pied des réseaux d'entraide pour déboucher sur l'action communautaire. La majorité d'entre elles ont d'ailleurs travaillé en ce sens quand, de façon ponctuelle, elles ont jumelé des familles, organisé des rencontres informelles de groupe (au bingo, au restaurant, au parc, etc.). Dernière limite de l'intervention mais qui en fait aussi sa force: la mère visiteuse ne peut fonctionner indépendamment des autres ressources du milieu. Par exemple, la complexité et la gravité de plusieurs situations rencontrées nous font admettre que malgré leurs qualités, les non-professionnelles ne peuvent à elles seules diminuer les risques pour le bien-être de l'enfant; ces situations exigent, en effet, l'intervention de professionnels dûment mandatés et formés. Malheureusement, les mères visiteuses ont été souvent confrontées à un manque de ressources (tels que des services d'aide aux couples en difficulté, des services de garde, etc.).

Enfin, parmi les autres enseignements que l'expérimentation a permis de dégager, nous retenons le roulement élevé du personnel comme une composante inhérente à ce genre de service et considérons que nous pouvons en tirer un avantage, tel un apport nouveau en permanence. De même, le caractère personnalisé, flexible et soutenu de l'encadrement et de la formation auprès des non-professionnelles contribue à éviter l'épuisement moral et physique et à assurer la qualité du service. L'ensemble des personnes impliquées dans le projet ont conclu que, si le service devait être conçu en complémentarité avec les professionnels, il devait par contre être implanté dans des structures autres

que les CLSC: il serait ainsi plus facile de garder la souplesse qui le caractérise et d'éviter que l'on ne récupère les non-professionnelles. Cette structure autonome permet sans doute aussi de respecter davantage l'intimité et l'identité de la population desservie, et de ne pas se servir des non-professionnelles aux seules fins de pénétrer dans des milieux non accessibles aux professionnels. Même s'il semble qu'une certaine proportion des familles des quartiers choisis n'ait pas eu besoin du service, l'expérience a montré qu'il est bon de contacter au moins une fois tous les parents. Car en plus de contribuer à éviter la stigmatisation des familles dites à risque et le burn-out des intervenantes (grâce à la présence de familles moins en difficulté), la visite systématique permet de rejoindre tous les parents ayant de graves difficultés, ainsi que les autres ne présentant aucun problème particulier, afin qu'ils reçoivent, eux aussi, encouragement et soutien dans leur nouveau rôle. De plus, il est difficile d'identifier au départ quels sont les parents les plus en besoin, car c'est souvent après plus d'une visite que les gens, à plus forte raison ceux déjà méfiants vis-à-vis les services publics, confient leurs véritables soucis. Enfin, il nous apparaît que sans rémunération il aurait été impossible que des bénévoles, elles-mêmes peu fortunées, donnent un service aussi soutenu et intense auprès des familles souvent en grandes difficultés; le salaire versé semble suffisant aux yeux des non-professionnelles dans une perspective d'un emploi-tremplin.

L'évaluation des effets

Les effets de l'intervention ont été évalués par une approche dite de triangulation, en ce sens qu'il y a eu utilisation conjointe d'un devis expérimental et d'une approche qualitative. Les objectifs d'évaluation étaient: 1) de mesurer les effets sur deux types de facteurs intermédiaires pouvant mener aux abus et à la négligence des enfants par leurs parents, soit ceux reliés aux connaissances, attitudes et comportements aptes à susciter des interactions positives entre parents et enfants, et ceux reliés à l'isolement social; 2) d'identifier des effets non prévus, désirables ou non, et en mesurer l'atteinte. Alors que l'approche qualitative a servi aux deux objectifs, l'approche expérimentale, par nature déductive, se prêtait uniquement à la réalisation du premier objectif.

L'évaluation par le devis expérimental

Un devis expérimental à quatre groupes (devis de Solomon) utilisant un pré-test pour la moitié des familles sélectionnées du groupe témoin comme du groupe expérimental pour toutes les familles fut utilisé. L'effet de l'intervention sur l'interaction parents-enfant a été évalué par deux échelles de mesure des attitudes et comportements de la mère, soit le HOME de Caldwell et Bradley (1979) et l'échelle de comportement maternel de Clarke-Stewart (1973). Pour la mesure des effets sur l'isolement social, on a eu recours à une version modifiée du ASSIS de Barrera (1980).

Des analyses préliminaires n'ayant permis de détecter aucun écart significatif entre les deux groupes en prétest, ni aucune interaction prétest / intervention, une analyse de variance à plusieurs critères de classification (Anova) a été effectuée sur les résultats obtenus en post-test, pour chacune des trois échelles de mesure.

Les résultats de l'analyse n'indiquent pas de différence statistiquement significative entre les groupes. Ainsi, les groupes expérimentaux obtiennent des scores respectifs de 31,4, 52,4 et 6,2 au HOME, à l'ECM et pour la taille du réseau réel (au ASSIS) comparativement à 30,8, 52,2 et 6,6 pour les groupes témoins, et les seuils de signification étant toujours supérieurs à 0,05. Poussant plus avant l'analyse, on observe que les résultats obtenus aux différentes dimensions des deux premières échelles (elles en ont chacune six) sont à l'avantage du groupe expérimental, alors que ceux du ASSIS demeurent toujours en défaveur du groupe expérimental.

L'évaluation par l'approche qualitative

Les deux outils d'évaluation utilisés par l'approche qualitative sont les suivants :

1- **Les grilles de suivi.** Elles furent complétées par la coordonnatrice pour chacune des 175 familles ayant bénéficié du service, après révision avec la mère visiteuse de l'ensemble du dossier de la famille. Y furent codées, à partir de catégories prédéterminées (ou ajoutées en cours de route), les situations familiales rencontrées et les résultats perçus pour les trois situations les plus visées par l'intervention. On utilisait une liste de situations semblables à celles étudiées par les outils de mesure

du devis quantitatif, mais on en comptait aussi de nouvelles, notamment l'état émotif et physique de la mère, la relation de couple, etc.

2- **Les études de cas individuels.** Elles ont été faites auprès d'un échantillon intentionnel³ de 55 familles suivies, dont 21 avaient été identifiées à risque par les mères visiteuses. Elles ont été menées en même temps par deux ou trois personnes de l'équipe d'évaluation et à différents moments de la recherche. Toutes les sources d'information disponibles sur la famille ont été utilisées. On disposait d'abord, à titre de noyau d'information, du compte rendu de l'entrevue réunissant, après intervention, les évaluateurs avec la mère visiteuse, la coordonnatrice et l'infirmière, afin de recueillir l'histoire de la famille et de son suivi. Il y avait ensuite la feuille de route où la mère visiteuse présentait (dans ses mots et au fur et à mesure du déroulement de l'intervention) ce qui se faisait dans la famille, la grille de suivi décrite plus haut, et, quand ils étaient disponibles, les pré et les post-tests et les questionnaires destinés à connaître la satisfaction des familles. Le plan d'analyse a été mis au point dans les premiers mois de l'étude à partir d'une vingtaine de familles. Il utilisait une série de techniques d'objectivation (inspirées de Miles et Huberman, 1986) servant à acquérir une connaissance approfondie de l'histoire de la famille et de son suivi, puis à catégoriser et condenser les données pour ensuite les comparer selon les différentes sources et juger des effets obtenus. Les résultats furent pondérés en fonction du niveau de risque des familles puis projetés à l'ensemble des 175 familles suivies⁴.

En premier lieu, les résultats, obtenus des grilles de suivi remplies par l'équipe d'intervention et présentés aux tableaux 1 à 3, montrent que 98 familles sur 175 (56%)(tableau 1) ont bénéficié d'interventions visant l'amélioration d'attitudes ou d'habiletés parentales et que l'ensemble des situations de ce genre obtient un changement positif dans une proportion de 78% (96/123). Les parents acquièrent alors une meilleure information⁵, un plus grand sentiment de sécurité face aux soins à donner à l'enfant ou un meilleur contact avec celui-ci. Par rapport à l'isolement social, (tableau 2), c'est seulement 56 familles (32%) qui ont fait l'objet d'une intervention sur le réseau social; le taux de succès est de 86% (48/56). Les améliorations touchent souvent des points de connaissances. En ce qui

TABLEAU 1
*Situations familiales qui ont obtenu un résultat positif
 et familles suivies pour ces situations*

SITUATIONS PORTANT SUR LES HABILÉTÉS ET ATTITUDES PARENTALES	RÉSULTATS POSITIFS*	TOTAL DES FAMILLES SUIVIES** (N=98)
1. Soins de base		
• Insécurité des parents	31	32
• Manque de connaissances	19	23
• Autres (soins inappropriés, etc.)	1	6
2. Relation affective mère-enfant		
• Manque de connaissances	6	7
• Rejet et incapacité de contacts	6	6
• Couvade et surprotection	3	8
• Autres (désintérêt, etc.)	3	3
3. Relation affective père-enfant		
• Difficulté à assumer son rôle	1	5
• Autres	3	4
4. Développement de l'enfant		
• Manque de connaissances	5	10
5. Restrictions et discipline	5	9
6. Intérêt des parents à parfaire leurs connaissances	10	10
TOTAL DES SITUATIONS	96	(123)

* Les résultats sont dits positifs lorsqu'une situation a connu une amélioration légère ou importante.

** Ce total peut être inférieur au total des situations, une famille pouvant avoir vécu l'une et l'autre situation familiale.

concerne les effets autres que ceux prévus (tableau 3), 117 familles (67%) ont bénéficié d'une intervention portant sur des aspects différents de ceux du devis quantitatif; le taux de succès pour l'ensemble de ces situations est de 82% (142 / 174). Ces effets «autres» les plus fréquents touchent surtout l'état émotif et physique de la nouvelle mère, les problèmes de couple et avec les autres enfants de la famille.

En second lieu, la figure 1 illustrant les résultats des études de cas faites par l'équipe d'évaluation montre que 61 familles sur 175 (35%) ont amélioré l'interaction parents-enfant. Cette amélioration s'est

traduite le plus souvent, par un plus grand sentiment de sécurité ressenti par les parents, par une augmentation de la qualité des soins prodigués à l'enfant, y compris la stimulation du développement physique et ou psychologique de celui-ci, et par une amélioration de la relation affective mère-enfant ou une diminution de l'agressivité de la mère vis-à-vis du nouveau venu. Le nombre de familles ayant connu une augmentation de la taille de leur réseau d'aide a diminué à 31 (18%), les familles à risque étant davantage concernées (58% d'entre elles). Le plus souvent, les parents perçus à risque ont été mis en contact avec des ressources professionnelles qu'ils

TABLEAU 2
*Situations familiales qui ont obtenu un résultat positif
et familles suivies pour ces situations*

SITUATIONS FAMILIALES PORTANT SUR LE RÉSEAU	RÉSULTATS POSITIFS*	TOTAL DES FAMILLES SUIVIES** (N=56)
1. Réseau communautaire et institutionnel		
• Manque d'information	24	24
• Autres (refus, insatisfaction...)	5	7
2. Réseau primaire des familles		
• Conflit avec un membre	4	8
• Refus d'utiliser la(les) ressource(s)	10	10
• Absence de ressources	4	5
• Dépendance	1	2
TOTAL DES SITUATIONS	48	(56)

* Les résultats sont dits positifs lorsqu'une situation a connu une amélioration légère ou importante.

** Ce total peut être inférieur au total des situations, une famille pouvant avoir vécu l'une et l'autre situation familiale.

ne connaissaient pas ou avaient préalablement refusé de consulter. Quelques nouvelles mères ou leurs conjoints se sont rapprochés de leurs parents, amis ou voisins. Soulignons qu'à l'inverse, dans certaines familles rencontrées, l'intervenante a encouragé la mère à s'éloigner des personnes jugées nuisibles dans son entourage immédiat. Soulignons que dans 12 familles non à risque, l'augmentation de la taille du réseau d'aide résulte soit d'un jumelage entre deux familles, soit d'une référence vers les services du CLSC ou d'une incitation à recourir davantage à l'entourage immédiat.

Les études de cas montrent, enfin, que les effets «autres» sont survenus dans 71 familles (41%), surtout dans des familles dites non à risque. Des parents ont ainsi amélioré leur relation de couple troublée par un conflit conjugal, par une discorde avec la belle-famille ou par des désagréments sexuels suite à l'accouchement. Des nouvelles mères ont amélioré leur bien-être en répondant aux invitations des mères visiteuses à rester à l'écoute de leurs besoins, à ne pas se laisser aller à un état plus dépressif ou à un état de fatigue extrême. Il y a enfin eu un certain

nombre de familles où la relation entre les parents et un enfant plus âgé est devenue meilleure, en particulier dans le cas où l'aîné avait des problèmes ou réagissait mal à la venue du nouveau-né. Dans le cas des familles à risque, il a pu s'agir de femmes qui, suite à une prise de conscience faite avec l'aide de la mère visiteuse, se sont affirmées face à un mari dominateur ou alcoolique, ou bien ont fait le choix de retourner sur le marché du travail ou, encore, ont entrepris de régler un problème de santé dont elles souffraient depuis longtemps.

En cours d'évaluation, il est apparu que les études de cas, à cause de la richesse des données qu'elles contenaient, pouvaient aussi permettre d'évaluer si l'intervention réussissait à prévenir directement les mauvais traitements dans les 33 familles estimées à risque. S'y retrouvaient des enfants négligés physiquement et/ou affectivement; certains étaient victimes de violence ou très près de l'être; d'autres pouvaient devenir victimes de violence, d'abus sexuel ou de négligence à cause d'un milieu familial extrêmement perturbé. On trouvera trois exemples au tableau 4. On y résume la situa-

TABLEAU 3

*Situations familiales qui ont obtenu un résultat positif
et familles suivies pour ces situations*

AUTRES SITUATIONS	RÉSULTATS POSITIFS*	TOTAL DES FAMILLES SUIVIES** (N=117)
1. État émotif et physique de la mère		
• état déficient	57	66
• désorganisation de l'horaire quotidien	5	5
2. Couple		
• conflits et difficultés de communication	24	34
3. Frères et soeurs		
• problèmes d'adaptation à la venue du nouveau-né	11	13
• problème de comportement et autres	6	8
4. Père de l'enfant		
• absence	2	2
• présence irrégulière	2	2
5. Problèmes financiers	9	12
6. Problèmes de comportement	7	13
7. Autres situations		
• problèmes d'allaitement	7	7
• manque de connaissance sur la contraception	6	6
• problème de santé du nouveau-né et décès néo-natal	6	6
TOTAL DES SITUATIONS	142	(174)

* Les résultats sont dits positifs lorsqu'une situation a connu une amélioration légère ou importante.

** Ce total peut être inférieur au total des situations, une famille pouvant avoir vécu l'une et l'autre situation familiale.

tion et présente le jugement final sur les effets obtenus, lequel fut favorable pour deux familles. Au total, on a estimé qu'il y avait eu une amélioration sensible dans 25 familles à risque. Le suivi s'est terminé selon le cas par une baisse de l'agressivité d'un ou des parents, une amélioration des soins ou de la relation affective avec l'enfant, une stabilisation de la situation de négligence, le renoncement à placer l'enfant à court terme, une affirmation de la femme face à un mari violent ou dominateur, un style de vie plus adapté au nouveau-né, ou encore, un meilleur

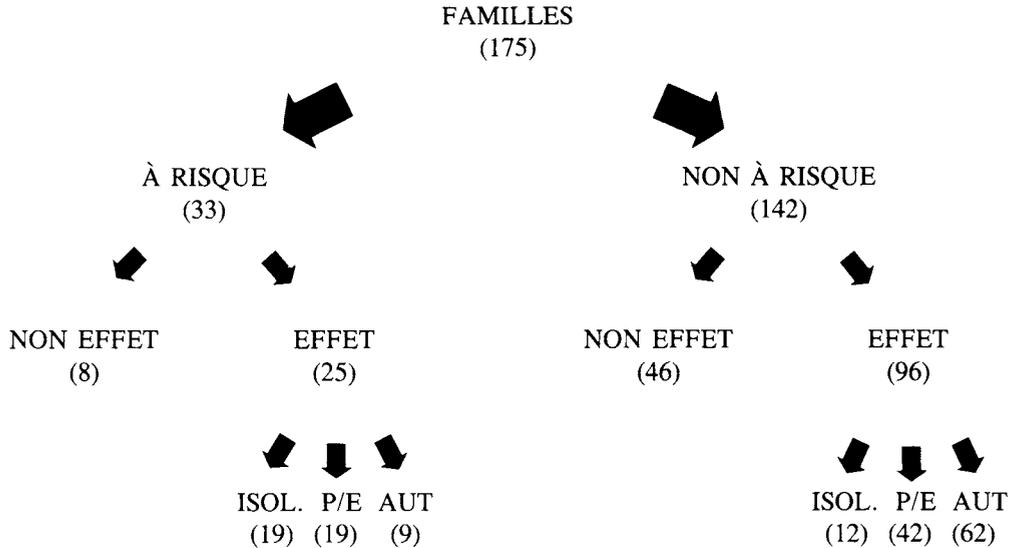
état émotif ou physique de la mère. Dans la figure 1, on ramène les 25 familles, pour lesquelles on a conclu à un effet direct sur les mauvais traitements, aux 175 familles suivies, on obtient un taux de prévention de l'ordre de 14% ($25/175 \times 100$).

Discussion sur les effets de l'intervention

Les résultats provenant du devis expérimental ne permettent pas de conclure à des effets sur l'interaction parents-enfant et l'isolement social. L'appro-

FIGURE 1

Extrapolation des effets de l'intervention aux 175 familles suivies
à partir des 55 études de cas



Légende: ISOL. : variable isolement social
P/E : variable interaction parent-enfant
AUT : autre type d'effet

che qualitative montre la présence d'effets sur l'interaction parents-enfant ou sur l'état émotif ou physique de la mère. Les effets sont aussi perceptibles sur des éléments reliés au réseau social bien que non mesurés par le devis expérimental, soit la relation de couple et la relation avec le plus vieux des enfants.

Il nous semble en rétrospective, que les mesures précises et répétées qui caractérisent le modèle expérimental laissent peu ou pas de place aux imprévus qui surgissent dans une intervention globale comme celle expérimentée, par nature flexible et spontanée. On a fait appel aux échelles de mesure existantes qui se rapprochaient le plus des variables étudiées au départ; ces échelles ne mesuraient pas nécessairement les aspects sur lesquels les intervenantes ont voulu ou ont pu agir. Bien que largement utilisées par les chercheurs, ces échelles de mesure ont, dans les faits, très mal réagi à notre validation statistique⁶.

L'approche qualitative, en raison de la flexibilité de sa méthodologie, est sensible à toutes sortes d'effets, elle nous semble alors plus adaptée au genre d'intervention que nous avons expérimentée. Elle possède cependant des limites dont il est impor-

tant de tenir compte dans l'interprétation des données. Ainsi, dans le cas d'un des outils utilisés (les grilles de suivi), ce n'est pas tant les effets proprement dits qui ont été étudiés que l'état de la situation après intervention. Il se peut qu'une situation se soit plutôt améliorée, suite à son évolution naturelle qu'à cause de l'intervention comme telle. Car bien que nous ayons constaté, comme l'a fait d'ailleurs Harrison (1981), que les non-professionnelles ne sont pas enclines à surestimer la portée de leurs interventions, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'opinions de personnes directement impliquées dans l'intervention. Faisant appel à des personnes occupant une position plus neutre (les évaluateurs), de même qu'à plusieurs sources d'information et à des techniques permettant de confronter et d'objectiver les données, le second outil (les études de cas) a fait en sorte que les jugements sur les effets soient plus sévères. Toutefois, il eut été intéressant que ce processus rigoureux d'analyse s'accompagnât de la mise sur pied d'un jury d'experts en intervention chargés de revoir le jugement des évaluateurs.

À bien y regarder de près, les résultats issus des deux approches ne sont pas totalement en contradic-

TABLEAU 4

*Jugements sur les effets
(Exemples tirés des études de cas)*

1. La jeune mère a 17 ans. Elle fut une enfant battue et vient d'une famille très perturbée. Placée en centre d'accueil, elle s'est enfuie pour se réfugier chez le conjoint actuel qui se considère désormais comme son «sauveur». La jeune femme le perçoit, quant à elle, comme la première personne qui veut d'elle, qui s'occupe d'elle. En fait, il la domine complètement.

Après plusieurs heures de suivi, la jeune femme se confie à la mère-visiteuse et raconte alors que son conjoint a «tapé pas mal fort» sur le bébé et qu'elle craint de plus en plus ses comportements violents. Malgré les incitations de la mère-visiteuse à se protéger, elle et son bébé, lors des excès du conjoint, la jeune femme n'arrive pas à quitter ce dernier.

La mère-visiteuse réussit tout au plus à donner des renseignements sur les soins à l'enfant, des conseils au conjoint pour contenir ses élans de brutalité. Un jour suite à une scène de violence, la jeune femme porte plainte à une travailleuse sociale. Par malheur, le sentiment de confiance établi non sans peine avec les parents fut subitement rompu quand ils apprennent que la mère-visiteuse a reçu deux subpoena pour témoigner contre eux. Même si elle refuse de se rendre à la Cour, la mère-visiteuse n'a plus jamais réussi à avoir des contacts avec la famille.

On a alors considéré que l'intervention de la mère-visiteuse n'avait pas contribué à enrayer le risque d'épisodes de violence envers l'enfant.

2. Un jeune couple itinérant et démontrant des retards intellectuels importants vient d'avoir un deuxième enfant, le premier est alors âgé d'un an et demi. Même si les parents expriment beaucoup de tendresse envers leurs enfants, la mère-visiteuse note plusieurs lacunes dans les soins. Ainsi, l'aîné des enfants est nettement très petit, il dort toute la journée, ne marche pas ni ne parle. Un jour, elle est même témoin qu'on lui donne de la nourriture infecte.

Constatant les carences importantes chez les enfants, la mère-visiteuse demande à l'infirmière du CLSC de retourner dans la famille. On réfère alors la famille à la Direction de la protection de la jeunesse. Et la famille, grâce à l'intervention de la mère-visiteuse qui contribua à diminuer leur méfiance face aux professionnels, est suivie étroitement par une équipe d'un hôpital, même après un déménagement subit. On a considéré que l'intervention de la mère-visiteuse a prévenu que ne s'aggrave l'état de négligence du nouveau-né.

3. Une jeune mère, n'ayant pas planifié sa grossesse, refuse de voir son bébé les premiers jours suivant la naissance. De retour à la maison, elle avoue à l'infirmière qu'elle a souvent envie de brutaliser l'enfant. De plus, elle confie à la mère-visiteuse, qu'étant jeune, elle a subi les sévices de ses parents et que son conjoint l'avait menacée, en ce qui concerne, de la battre si elle choisissait l'avortement.

Avant de porter le cas à l'attention des services sociaux, l'infirmière décide de tenter un suivi conjoint avec la mère-visiteuse. Cette dernière réussit à devenir une personne de première importance pour la jeune femme.

La mère-visiteuse travaille avec la jeune femme à enrayer son sentiment de rejet de l'enfant, si bien qu'à la fin du suivi, cette dernière démontre plus d'attention et d'affection envers le bébé.

On a considéré que l'intervention de la mère-visiteuse a permis de diminuer la violence possible envers l'enfant. On a aussi tenu compte qu'en l'absence de la mère-visiteuse et de l'infirmière auprès de cette famille, l'enfant aurait été pris en charge par les services sociaux au retour de l'hôpital.

tion et se complètent. Dans les deux cas, on enregistre des tendances ou certains effets sur la relation parents-enfant mais non sur la taille du réseau de soutien. D'ailleurs, on se rappelle qu'à peine 32 % des familles avaient été touchées par une intervention visant à hausser la taille du réseau. L'approche qualitative montre en quoi la relation parents-enfant a été améliorée (par exemple l'amélioration des soins à l'enfant, ou de la relation affective mère-enfant, un plus grand sentiment de sécurité ressenti par les parents). Elle permet de faire l'hypothèse que la taille du réseau de soutien n'a pu être augmentée parce que les mères visiteuses ont davantage amélioré le bien-être de la nouvelle mère et la relation de couple, qu' accru l'utilisation des ressources du réseau, réseau qu'elles ont parfois jugé néfaste ou déficient.

Par rapport aux évaluations antérieures (Larson, 1980; Siegel et al., 1980) qui n'ont pas pu démontrer d'effets de la part d'interventions post-natales, les constats plutôt encourageants obtenus ici pourraient être attribués au fait que les intervenantes ont réussi, grâce à une approche souple et globale, à établir un contact véritable avec les familles.

Que la taille du réseau ait eu tendance à diminuer peut s'expliquer comme étant la conséquence d'un service fondé sur une relation d'amitié créant un sentiment d'autosuffisance ou un repliement. De fait, si nous considérons l'isolement social comme un indicateur d'un état dépressif (Seagull, 1987), si nous le définissons sur le plan émotionnel et non en fonction du nombre de personnes dans le réseau d'aide, nous pouvons dire que l'intervention, qui a contribué à diminuer les risques de dépression chez les nouvelles mères, a agi sur l'isolement social. La difficulté d'apporter plus d'explications demeure sans doute liée à la nécessité d'approfondir le concept même d'isolement, ainsi que son lien avec les mauvais traitements envers les enfants.

La présente étude nous convie à porter notre attention sur la santé mentale des mères et sur la relation de couple.

Conclusion

De la visite expérimentait une intervention novatrice dans le domaine de l'enfance maltraitée. Il mettait en œuvre des intervenantes non professionnelles qui, par une grande disponibilité, une intervention

globale et des actions concrètes, offraient une aide à toutes les familles venant d'avoir un enfant et habitant un quartier défavorisé. Elles agissaient en complémentarité avec les professionnels des services publics, tout en gardant leur autonomie.

Malgré les différences observées dans l'amplitude des bénéfices de l'intervention, selon qu'on se réfère aux effets mesurés par un dispositif expérimental ou par une approche qualitative, notre jugement global sur cette forme d'intervention demeure favorable. En documentant des effets bénéfiques sur certains aspects de la relation parents-enfant mais aussi sur l'état émotif et physique de la nouvelle mère de même que sur la relation de couple, l'approche qualitative a démontré que l'intervention influence positivement un ensemble plus vaste de déterminants des mauvais traitements que ce qui avait été anticipé. Ces considérations ont conduit à la mise sur pied d'un organisme sans but lucratif, De la visite, dont le mandat est de recueillir des fonds permettant de consolider le projet dans les secteurs étudiés et de l'étendre à d'autres quartiers semblables, en conservant les principes généraux de l'expérimentation tels, l'universalité du service à l'intérieur d'un quartier, le respect du caractère naturel de l'intervention non professionnelle et la rémunération des intervenantes.

Notes

1. La population de ces quartiers se retrouvait en 1981 au niveau 4 d'une échelle de défavorisation dont le niveau 5 est attribué aux secteurs montréalais les plus défavorisés socio-économiquement (Mayer-Renaud, 1986).
2. Près d'une famille sur trois parmi les 55 vues en étude de cas étaient réticentes au départ : elles disent avoir peur des agents d'aide sociale, peur de se faire enlever leur enfant ; elles ne veulent pas être dérangées ou encore ne croient pas avoir besoin du service.
3. Les familles n'ont pas été choisies au hasard, mais de façon à assurer une représentation de toutes les mères visiteuses et du plus large éventail de situations rencontrées, tout en faisant en sorte de surreprésenter les familles à risque.
4. Comme on retrouvait 21 familles à risque dans l'échantillon intentionnel des 55 études de cas, alors qu'on en comptait 33 seulement sur 175 dans la population suivie, on a projeté en accordant aux résultats des 21 familles un poids équivalent à celui qu'elles occupent dans la population (33 / 175). On a fait la même chose pour les familles qui n'étaient pas à risque.
5. Les aspects de connaissance ne sont pas nécessairement mesurés par les outils de mesure du devis quantitatif et ne sont pas retenus dans les études de cas.
6. Pour plus d'informations sur les analyses détaillées, consulter l'un ou l'autre des six rapports techniques du projet De la Visite (Durand, Massé et Ouellet, 1988).

Références

- Barrera, M., 1980, A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connexion*, 3, no. 3, 8-13.
- Barth, R.P., Hacking, S., Ash, J.R., 1988, Preventing child abuse: an experimental evaluation of the child parent enrichment project, *Journal of Primary Prevention*, 8, no. 4, 201-217.
- Boger, R.P., Ritchter, R., Kurnetz, R., Haas, B., 1986, Perinatal positive parenting: a follow-up evaluation, *Infant Mental Health Journal*, 7, no. 1, 132-145.
- Bouchard, C., 1984, *Prétendre prévenir*, L.A.R.F.H.S. Université du Québec à Montréal.
- Caldwell, B.M., Bradley, B.M., 1979, *Home Observation for Measurement of the Environment (Home)*, Little Rock, University of Arkansas Press.
- Campbell, D., Stanley, J., 1966, An extension of control group design, *Psychol. Bulletin*, 46, 137-150.
- Clarke-Stewart, K.A., 1973, Interactions between mothers and their young children: characteristics and consequences, *Monogr. Soc. Res. Child. Dev.*, 153, 1.
- Cohn, A.H., 1982, Stopping abuse before it occurs: different solutions for different population groups, *Child Abuse and Neglect*, 6, no. 4, 473-482.
- Denzin, N.K., 1978, *Strategies of multiple triangulation*, in *The Research Act*. 2nd ed., New-York, McGraw-Hill, 297-313.
- Franks, S.M., Daro, D., Almand, S., 1987, *Evaluation of Perinatal Child Abuse Prevention Projects*, Second year report, Berkeley Planning Associates, California.
- Garbarino, J., Sherman, D., 1980, High-risk neighbourhoods and high-risk families: the human ecology of child maltreatment, *Child Development*, 51, no. 1, 188-198.
- Gray, E., 1983, *What have we learned about preventive abuse? An overview of the community and minority group action to prevent child abuse and neglect*, National Committee for Prevention of Child Abuse.
- Guay, J., 1984, *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Gaëtan Morin éditeur.
- Harrison, M., 1981, Home-start: a voluntary home visiting scheme for young families, *Child Abuse and Neglect*, 5, no. 4, 441-447.
- Helfer, R.E., 1982, A review of the literature on the prevention of child abuse and neglect, *Child Abuse and Neglect*, 6, 251-261.
- Helfer, R.E. et al., 1987, The perinatal period, a window of opportunity for enhancing parent-infant communication: an approach to prevention, *Child Abuse and Neglect*, 11, no. 4, 565-580.
- Jick, T.S., 1983, Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action in Van Maanen, ed., *Qualitative Methodology*, Beverly Hills, Sage Publication, 135-147.
- Kempe, C.H., 1976, Approaches to preventing child abuse. The health visitors concept, *American Journal of Diseases of Children*, 130, 941-947.
- Larson, C.P., 1980, Efficacy of prenatal and postnatal home visits on child health and development, *Pediatrics*, 66, no. 2, 191-197.
- Mayer-Renaud, M., 1986, *La distribution de la richesse dans les régions urbaines du Québec*, Portrait de la région de Montréal, Centre des services sociaux du Montréal métropolitain.
- Miles, B., Huberman, A.M., 1984, *Qualitative Data Analysis: A sourcebook of New Methods*, Beverly Hills C.A., Sage Publication.
- Patton, M.Q., 1980, *Qualitative Evaluation Methods*, Sage Publication.
- Rocheleau, B., 1982, Qualitative methods evaluation research: major applications for mental health program evaluation in *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, Academic Press, 305-328.
- Seagull, E.A., 1987, Social support and child maltreatment: a review of the evidence, *Child Abuse and Neglect*, 11, no. 1, 41-52.
- Siegel, E., Bauman, K.E., Scheafer, E.S., Saunders, M.M., Ingram, D.D., 1980, Hospital and home support during infancy: impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and Health Care Utilization, *Pediatrics*, 66, no. 2, 183-190.
- Solomon, R.L., 1949, An extension of control group design, *Psychol. Bull.*, 46, 137-150.
- Stacey, M., Davies, C., 1983, *Division of Labour in Child Health Care: Final Report to the SSRC*, University of Warwick.

SUMMARY

The De La Visite project makes a contribution to a major social challenge: putting in place preventive measures with the long-term goal of diminishing abuse and negligence of children in the home.

This project consisted of: 1) having nonprofessional workers visit at home new parents living in three economically disadvantaged neighbourhoods on the Island of Montreal; 2) evaluating this new service via an innovative research method utilizing both an experimental instrument and a qualitative approach, in order to determine whether to propose implementation in the Montreal region.

The first part of this article presents the project's premises and goals. The second part gives an overview of the experiment and discusses, for those who offer or wish to offer a similar service, what was learned from a detailed analysis of how the service worked. The third part of the article discusses the effects of the experiment.