

# Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoce

## Struggling against poverty or its effects ? Early intervention programs

Camil Bouchard

Volume 14, numéro 2, novembre 1989

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

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031523ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031523ar>

[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

Bouchard, C. (1989). Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoce. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 138-149.  
<https://doi.org/10.7202/031523ar>

Résumé de l'article

La pauvreté ne correspond pas nécessairement à l'image de misère chronique et de désespoir apprise et transmise de génération en génération ; cette image provient de ce que les services sociaux et de santé mentale accueillent et soutiennent principalement les familles à problèmes multiples, depuis longtemps aux prises avec cette condition de pauvreté. Pour une bonne partie des familles pauvres toutefois, cette condition est temporaire, et ce qui les distingue des non-pauvres est l'absence d'un revenu adéquat. Alors que les programmes d'intervention précoce ont fait la preuve que l'on pouvait intervenir préventivement auprès des enfants et des parents, et améliorer considérablement leur développement psycho-social, ils ne semblent pas avoir eu l'effet de diminuer, encore moins d'endiguer, la pauvreté elle-même. Ces programmes ont, pour la plupart, émergé d'une approche clinique orientée vers l'acquisition d'habiletés et de compétences par les individus touchés par la pauvreté. Les intervenants-es sont désormais invités-es à s'associer à celles et ceux qui tentent de modifier les conditions qui sont à la source même de la pauvreté.

## Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoce<sup>1</sup>

*Camil Bouchard\**

La pauvreté ne correspond pas nécessairement à l'image de misère chronique et de résignation apprise et transmise de génération en génération ; cette image provient de ce que les services sociaux et de santé mentale accueillent et soutiennent principalement les familles à problèmes multiples, depuis longtemps aux prises avec cette condition de pauvreté. Pour une bonne partie des familles pauvres toutefois, cette condition est temporaire, et ce qui les distingue des non-pauvres est l'absence d'un revenu adéquat. Alors que les programmes d'intervention précoce ont fait la preuve que l'on pouvait intervenir préventivement auprès des enfants et des parents, et améliorer considérablement leur développement psycho-social, ils ne semblent pas avoir eu l'effet de diminuer, encore moins d'endiguer, la pauvreté elle-même. Ces programmes ont, pour la plupart, émergé d'une approche clinique orientée vers l'acquisition d'habiletés et de compétences par les individus touchés par la pauvreté. Les intervenants-es sont désormais invités-es à s'associer à celles et ceux qui tentent de modifier les conditions qui sont à la source même de la pauvreté.

### La pauvreté et ses effets

Selon les données du dernier recensement (Statistique Canada, 1986), 19.2 % des enfants du Québec grandissent dans la pauvreté. Soixante pour cent (60%) des enfants de familles monoparentales, [qui comptent maintenant pour 27.4% de la population pauvre à comparer aux 19.5% de 1973 (Ross et Shellington, 1989, a)], doivent y vivre avec le minimum. La moitié de ces enfants vivent dans des familles extrêmement pauvres qui doivent se contenter d'un revenu de moins des 2/3 du seuil de pauvreté. Depuis la récession, le Canada compte 17.3% de plus d'enfants pauvres (Fiche #1, *Pour l'avenir du Canada: priorités aux enfants*, 1988). Par ailleurs, le nombre de familles dépendant de l'aide sociale a augmenté de 56.8% en 11 ans au Québec; on en compte 144,400 en 1987 (Association des Amis d'ADT Quart-Monde).

Les études sur les effets de la pauvreté ou de la diminution drastique du revenu établissent assez clairement que la pauvreté accroît la probabilité que se manifestent des difficultés d'adaptation (Bouchard et Perreault, 1983; Catalano et Dooley, 1983; Fortin, 1987; Santé Québec, 1988; Voydanoff et

Donnelly, 1988), tant chez les enfants que chez les adultes. Outre le fait, souvent banalisé que le taux de fécondité est plus élevé parmi les femmes de milieux défavorisés, les effets de la pauvreté sont partout évidents et clairement documentés. On observe chez les enfants pauvres une forte incidence de bébés de petits poids, d'accidents, d'infections, de troubles de l'ouïe et de la vue, d'handicaps permanents (Starfield et Egbuonu, 1982). Leur taux de mortalité est plus élevé que celui des autres enfants. Ces enfants sont également surreprésentés dans les statistiques d'échecs et d'abandon scolaire, de délinquance et forment la majorité des enfants placés dans des familles, des foyers ou des centres d'accueil (Fiche #1, *Pour l'avenir du Canada: Priorités aux enfants*, 1988).

Chez les parents, l'étude de Belle (1982) établissant le lien entre les symptômes dépressifs et l'inquiétude due à un manque de revenu chez un groupe de familles monoparentales de la région de Boston a été suivie par une série d'études qui viennent renforcer cette observation. Ainsi, Hall et al. (1985) ont mis en lumière le lien existant entre l'humeur dépressive de mères monoparentales et leur statut de sans-emploi, la présence de problèmes de logements et de revenus insuffisants. Bien que la direction des effets ne soit pas clairement évidente (effet de la dépression sur l'évaluation de la situation financière ou effet de la situation financière sur

\* L'auteur est membre du Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

l'état dépressif), d'autres études prospectives (Catalano et Dooley, 1983) viennent appuyer l'hypothèse du stress économique comme révélateur ou déclencheur de difficultés psychologiques chez les parents.

Le manque de revenu et l'insécurité qu'il engendre peuvent également avoir un impact sur la vie sociale des mères. Bouchard (1987) rapporte que le réseau d'appuis ou de soutien des mères monoparentales occupant un emploi et déclarant des revenus plus élevés comptait près de six (6) personnes de plus que celui des mères de familles monoparentales sans emploi. Enfin, durant les dix dernières années, une série d'études a clairement démontré l'existence d'un lien très significatif entre le statut économique des familles et le taux de plaintes fondées pour abus ou négligence envers les enfants (Chamberland et al., 1986; Garbarino et Crouter, 1978).

## La pauvreté: une condition changeante

Cependant, l'effet de la pauvreté ne s'arrête pas aux impacts à court ou à moyen termes observés chez les adultes et chez les enfants. Il est également présent chez les intervenants et dans les services d'aide sous la forme d'une affirmation selon laquelle la pauvreté serait l'apanage des mêmes familles et clientèles «lourdes» année après année. Cette affirmation repose sur deux éléments. Le premier a trait aux familles qui exigent le plus de ces services, c'est-à-dire les familles à problèmes multiples. Il se pourrait que ces familles les plus lourdement hypothéquées dans leurs efforts d'adaptation aient connu la pauvreté durant de très nombreuses années. Comme ces familles marquent considérablement les services, elles forment un noyau qui transporte facilement une image de la pauvreté comme condition qui se perpétue presque de génération en génération. Le deuxième élément nous vient des études éconodémographiques transversales qui, portrait après portrait, montrent que le taux de pauvreté ne change pas beaucoup d'une année à l'autre et que les groupes concernés ont presque toujours les mêmes caractéristiques: familles monoparentales, habitant le centre-ville, ayant de nombreux enfants, ... Cependant, la stabilité des caractéristiques d'un *groupe* de personnes ne signifie pas pour autant que ce groupe est constitué des mêmes *individus*. Ainsi, les mères de familles monoparentales peuvent très bien se suc-

céder dans un quartier où l'on retrouve de l'embauche et des loyers à coûts modérés; le groupe décrit serait toujours le même, mais les personnes constituant le groupe auront, elles, changé. Il aura fallu attendre l'étude longitudinale de Duncan et Morgan (1985) qui a décrit l'évolution économique de 6500 familles de 1968 à 1980 pour saisir cette partie de la réalité.

Ainsi, on constate que 2/3 des personnes considérées comme pauvres une année ne le sont plus l'année suivante et sont remplacées par de nouvelles personnes sous le seuil de pauvreté. Parmi les personnes se déclarant pauvres, une personne sur trois l'est pour une période de sept ans dans les neuf ans précédant l'enquête; on en déduit que les 2/3 échappent à la chronicité. Cela signifie aussi que la pauvreté touche un nombre beaucoup plus considérable que le pourcentage de 20% à 25% rapporté annuellement dans la région de Montréal. À peine 1/5 des personnes pauvres dépendent de l'aide de l'État pour une période prolongée. Et mieux, la plupart des enfants vivant dans des familles recevant des prestations d'aide sociale n'ont pas recours à cette assistance une fois partis de la maison; de fait, selon Levy (1980), quatre familles pauvres sur cinq aujourd'hui n'originent pas de familles pauvres. Il y a peu de caractéristiques qui différencient les personnes devenues pauvres par la conjoncture de celles qui ne le sont pas; dans le cas des personnes dont la pauvreté dure depuis de nombreuses années, deux éléments les distinguent des autres: la couleur de la peau, et une séparation ou un divorce sans remariage.

Furstenberg et al. (1987) en viennent aussi à constater que le passage de la pauvreté à un statut et à un contexte de vie plus aisés est possible pour la majorité des 289 mères adolescentes retracées 17 ans après leur accouchement. Cela ne signifie pas qu'elles s'en soient sorties sans peine ni même qu'elles aient réussi à parvenir à un niveau de vie égal à celui d'un groupe de mères qui n'auraient pas vécu antérieurement de l'aide sociale d'abord. Mais, dans la mesure où ces jeunes mères ont accès à des modèles de réussite, obtiennent du soutien de la part de leurs parents, peuvent faire appel à des réseaux d'aide informels, dans la mesure où elles ont aussi pu s'inscrire à des programmes scolaires sur mesure, et où elles ont conservé leurs aspirations scolaires et professionnelles, elles réussissent à s'en

sortir. Non, cependant, sans que certains enfants n'en aient subi quelques impacts négatifs. Toutefois, si l'on se réfère à un ensemble de recherches portant sur les facteurs de protection contre l'adversité, on se rend compte que bon nombre d'enfants font preuve d'une grande résistance et réussissent à déjouer les plus puissants modèles de prédiction de leur malheur (Farber et Egeland, 1987).

Les résultats de ces recherches sont importants à plusieurs égards, mais surtout en ce qu'ils nous permettent de réviser des attitudes trop arbitrairement déterministes ou affligeantes lorsque nous examinons les possibilités d'intervenir auprès des familles pauvres. Par exemple, en continuant de percevoir la pauvreté comme un état chronique qui serait transmis de génération en génération, on alimente la notion de «culture de pauvreté» selon laquelle les pauvres auraient une approche de la vie qui leur ferait rater les chances offertes par le système. Ils feraient partie d'une culture fondée sur le fatalisme, la chance, l'orientation vers le présent, le sentiment d'infériorité, l'acceptation de la violence et de la déviance et l'autoritarisme (Washington et Oyemade, 1987). Ces caractéristiques, une fois transmises par des modèles aux enfants, constitueraient une psychologie du pauvre devenu désormais responsable de son état de pauvreté. La victime est blâmée. Une telle conception de la pauvreté et des gens qui la vivent conduit à la mise en œuvre de programmes qui ont pour objet de modifier ces attitudes et ces comportements qui non seulement expliqueraient leurs échecs ou leurs problèmes, mais seraient responsables de leur pauvreté.

Une telle conception de la pauvreté qui ignore le fait maintenant connu que rien ne distingue la grande majorité des personnes pauvres des autres, sinon l'insuffisance de revenu (et ce qui l'accompagne souvent : insécurité du revenu, sentiment d'impuissance ou d'exclusion), aboutit à un défaitisme qui empêche de voir que l'on peut arriver à changer le cours des vies et à contrer les effets de la pauvreté, pourvu qu'on investisse temps et moyens, et ce le plus tôt possible, afin d'exercer une action positive sur le parcours de vie des enfants. C'est pourtant ce que l'on apprend des recherches évaluatives portant sur les interventions précoces destinées aux enfants et aux parents de milieux défavorisés.

## Les programmes d'intervention précoce et leurs effets

En Amérique, les programmes d'intervention précoce ont attiré l'attention du public, des politiciens et des chercheurs à partir du moment où les projets de Grande Société et de Guerre à la Pauvreté ont été mis de l'avant aux États-Unis. Cette lutte contre la pauvreté allait passer par les enfants : il fallait contrer la pauvreté par la réussite des enfants à l'école. Pour y arriver, on imagina un ambitieux programme national que l'on baptisa «Head Start». Ambitieux parce que national et géré par les localités, mais aussi ambitieux par ses objectifs : amélioration de la santé physique et mentale, accroissement de la confiance en soi, de la curiosité, de l'autodiscipline, amélioration des habiletés cognitives des enfants, établissement d'un pattern et d'attentes du succès, accroissement des relations positives entre les parents et les enfants, développement d'une attitude responsable de l'enfant et de sa famille envers la société et encouragement de la société à aider les pauvres à solutionner leurs problèmes et, enfin, accroissement du sentiment de dignité et de valeur personnelle chez l'enfant et sa famille (Washington et Oyemade, 1987).

Établie entre les modèles du *laissez-faire* et le modèle *clinique* par la puissante machine politique américaine, cette intervention se fondait sur une croyance profonde en la capacité propre à chacun d'atteindre ses objectifs personnels et en la capacité de la science à régler des problèmes d'origine sociale. On peut constater dès à présent que cette intervention s'inspirait largement d'une conception de la pauvreté comme un sous-produit d'une culture et de carences des familles et de leurs enfants. Ce programme comporte plusieurs dimensions, éducation, santé, nutrition, services sociaux, et prévoit la participation des parents. En 1965, le budget était de 9,5 millions ; en 1987, il atteint 1 milliard. Plus de 700 000 personnes y travaillent, dont 80 000 comme salariées. On y compte au-delà de 24 000 groupes d'enfants d'âge pré-scolaire. Le coût du programme par enfant est de l'ordre de 2 339,00 \$. Généralement, on concède que même si ce programme n'a pas réussi à combler tous les espoirs, dont celui de l'irradication de la pauvreté chez les minorités noires et hispano-américaines, il a tout de même permis à des milliers de jeunes enfants de

familles défavorisées et de minorités visibles d'améliorer leur sort.

Une telle entreprise a essaimé dans toutes sortes de directions et a inspiré des centaines de projets semblables mais orientés vers d'autres objectifs. On peut actuellement diviser les programmes d'intervention précoce en deux grands groupes : ceux qui s'adressent d'abord aux parents, et ceux qui s'adressent d'abord aux enfants. Dans le premier cas, on tente d'améliorer le statut de la mère ou le mode d'accomplissement de son rôle (plus rarement celui du père) et on espère que cette amélioration atteindra l'enfant par ricochet. On y retrouve la plupart des programmes offerts durant la période périnatale aux mères à risques ou aux mères d'enfants à risques. De tels programmes existent au Québec, et particulièrement en phase prénatale (Montreuil et Collin, 1988). D'autres programmes du même type offrent des services aux mères immédiatement après la naissance de leur enfant (ex : De la visite, La parentèle).

Dans le cas des programmes destinés d'abord mais non exclusivement aux enfants, on vise habituellement à bien les équiper en vue de l'établissement d'un pattern de succès à l'école. On y cherche à enrichir leur environnement, à les stimuler, à éveiller leur curiosité et à leur faire acquérir les habiletés génériques nécessaires. On y retrouve les programmes tels Head Start destinés à des enfants de deux à cinq ans et les programmes de pré-maternelle enrichie tels qu'ils sont dispensés au Québec ou ailleurs en Amérique du Nord.

L'un des programmes les plus connus est le Perry Preschool Project. Le modèle sur lequel le programme s'appuie suppose que la pauvreté a un effet direct sur la performance intellectuelle qui, à son tour, dans une cascade de conséquences, influence la qualité de l'école fréquentée par l'enfant, son rendement et son succès scolaire, son intérêt pour l'apprentissage et peut le conduire à la délinquance. Une intervention pré-scolaire de haute qualité annulerait ou amoindrirait l'impact de la pauvreté. Dans ce programme, les enfants de 3 et 4 ans fréquentent une classe cinq demi-journées par semaine ; de plus le professeur visite la famille chaque semaine. La durée du programme est de un ou deux ans, selon les groupes. Inscrits au hasard dans le groupe expérimental, 123 enfants participant de la première génération du programme ont été maintes fois évalués durant et après

le programme, y compris une dernière fois à l'âge de 19 ans. Les résultats de cette étude sont impressionnants : comparés aux enfants du groupe témoin, les enfants du projet sont plus nombreux à occuper un emploi (59% vs 32%), à obtenir un diplôme du secondaire (67% vs 49%), à s'inscrire à un programme de formation collégiale ou spécialisée (38% vs 21%). On les compte en moins grand nombre parmi les personnes ayant un mandat d'arrêt ou parmi celles ayant effectué un séjour en prison (31% vs 51%); leur taux de fécondité (filles seulement) est inférieur de 50% à celui de l'autre groupe, et ils ont passé beaucoup moins de temps en programmes de rééducation ou d'éducation spéciale (16% vs 28%). Plusieurs données témoignent aussi de la capacité de ces «diplômés» à mener une vie familiale. Mais, les retombées de cette expérience ne sont pas qu'individuelles ; on en retrouve aussi au niveau social, et plus spécifiquement au chapitre des revenus et pertes ! Selon l'analyse des coûts et bénéfices complétée par l'équipe de High / Scope, c'est au-delà de 23 800 00 \$ US [18 544,00 \$ pour les enfants qui ont fréquenté le programme durant deux ans] que les contribuables épargnent par enfant.

D'autres études rassemblées par Bronfenbrenner (1974), par Lazar et Darlington (1982) et par Slaughter (1983) aboutissent à des résultats similaires en ce qui a trait aux impacts sur l'enfant lui-même. Comme beaucoup de ces interventions impliquent aussi les parents, on y recense également les effets enregistrés sur la qualité des relations entre les parents et leurs enfants : langage plus encourageant ou réconfortant, attitude plus détendue et chaleureuse, plus flexible, climat familial plus calme, rehaussement du rôle d'éducatrice chez les mères, attentes plus élevées des mères quant à l'orientation professionnelle de leurs enfants. Bien que l'on ait peu étudié les effets directs de ces programmes sur la vie des mères elles-mêmes, il ne serait pas surprenant, comme en font foi certains résultats reliés à Head Start, qu'ils permettent aux mères une réorientation de leur rôle maternel, de leur carrière de travail, et de leur vie sociale. Bref, les programmes d'intervention précoce destinés à renforcer les habiletés cognitives des enfants ne peuvent plus être ignorés dans la planification des efforts déployés pour annuler les effets de la pauvreté.

Il en va de même en ce qui a trait aux programmes destinés aux parents [en réalité, aux mères] et

visant à les soutenir dans l'apprentissage ou dans l'accomplissement de leur rôle auprès de leurs enfants. Ces programmes sont offerts à la maison ou dans des centres de développement; on y dispense des enseignements sur le développement et la santé de l'enfant, sur le contrôle de la fertilité, et selon le cas, on encourage ou on aide la mère à parfaire ses études ou à se trouver un emploi. Deux méta-analyses récentes [c'est-à-dire des analyses qui portent sur les rapports évaluatifs déjà publiés et qui tentent d'en tirer les grandes leçons], l'une portant spécifiquement sur les programmes destinés aux mères adolescentes (Clewel et al., 1989) et l'autre examinant des programmes plus largement destinés à la famille toute entière (Heinicke et al., (1988) concluent qu'au moins 50% de ces programmes sont efficaces si l'on impose des critères de changement multiples (dans trois sphères au moins de la vie familiale); selon un critère moins strict (changements notés dans au moins une sphère de la vie familiale), 75% de ces programmes atteindraient leurs objectifs. Dans le cas des programmes destinés aux mères adolescentes, les effets sont doubles. Les enfants se développent davantage aux plans cognitif, physique, relationnel; les mères sont plus nombreuses à retourner au travail, à se réinscrire ou à demeurer plus longtemps à l'école, à utiliser les services de santé et les ressources communautaires et informelles, à contrôler leur fertilité et à s'assurer une indépendance économique. Leur vie de couple s'en porte mieux, de même que l'estime qu'elles se portent à elles-mêmes. Elles sont également plus chaleureuses, attentives et interactives envers leurs nourrissons et ont des attentes plus réalistes en ce qui a trait à leur rythme de développement; elles organisent mieux la maisonnée et offrent un milieu plus stimulant à l'enfant.

Un de ces programmes a été mis au point à l'Université de Rochester par David Olds et son équipe et a été implanté dans la région supramétropolitaine la plus démunie des États-Unis (il s'agit d'une région isolée des Appalaches et située dans la partie nord de l'État de New York). La majorité des femmes recrutées ont moins de 19 ans, vivent seules et sont pauvres ou très pauvres. Les mères sont assignées au hasard dans l'un des quatre groupes suivants: absence de services, transport gratuit aux cours pré-nataux et aux cliniques de pédiatrie, visites de l'infirmière en période prénatale en sus du

transport, et enfin visites postnatales jusqu'à 2 ans en sus des services prénataux et de transport. Les infirmières poursuivent essentiellement trois types d'activités dans leurs visites: éducation parentale, mise à contribution du réseau informel de soutien de la mère, et liaisons avec les services communautaires. Elles se chargent également de l'intégration des services médicaux et sociaux en faisant connaître leurs observations aux services appropriés, et en assurant le suivi de leurs recommandations.

La présence de l'infirmière visiteuse est significative dans l'impact de l'intervention; de plus, on observe des effets positifs plus évidents pour le groupe de mères à qui l'on offre aussi des services post-partum que pour les autres groupes. Enfin, l'analyse des résultats durant la grossesse et après l'accouchement (6 et 24 mois) démontre très clairement que ce sont les mères considérées les plus à risques (fumeuses, sans travail et seules) qui tirent le plus grand profit du programme. Les mères utilisent davantage les ressources communautaires, font meilleur usage de leur réseau informel, suivent une meilleure diète, font moins d'infection aux reins, réduisent considérablement leur usage du tabac; les bébés de ces fumeuses sont plus gros et le nombre de bébés prématurés y est moins élevé que chez les autres fumeuses ne recevant pas de services. Les enfants sont en meilleure forme, pleurent et mangent moins et sont impliqués moins souvent dans des interactions négatives avec leur mère. Ils sont moins punis, plus stimulés, sont plus éveillés, plus rarement victimes d'abus ou de négligence (4% vs 19%) et se retrouvent moins souvent au service des urgences à cause d'infections ou d'accidents. De plus, alors que les mères du groupe contrôle abusent davantage de leurs enfants et ont davantage recours aux urgences lorsque leur estime de soi diminue, cette forme de dépendance liée à l'humeur n'apparaît pas chez le groupe qui dispose des services d'une infirmière. Cette observation est importante; elle pourrait signifier que les mères en viennent à distinguer plus adéquatement ce qui dans leur environnement est à la source de la baisse d'estime de soi, et à éviter ainsi d'en faire subir les conséquences à l'enfant. Whaler et Dumas (1989) ont documenté ce phénomène des mères «insulaires» et défavorisées aux prises avec des agressions sociales, et qui ne parviennent pas à identifier la source de leur irritation ou de leur stress. Ces auteurs pré-

tendent qu'une des principales tâches qui attend les intervenants est d'encourager les mères à être attentives aux stimuli de leur environnement afin d'attribuer aux causes pertinentes l'état de leur humeur.

Bref, les programmes d'intervention préventive mis sur pied pour soutenir les mères dans leur rôle auprès de leurs enfants ont fait leurs preuves. Globalement, on peut affirmer qu'ils aident les enfants à démarrer leur vie sociale selon un scénario de réussite, et aident les mères à renverser les prédictions voulant qu'une femme pauvre, seule et jeune est inévitablement condamnée à la misère et à des relations pathologiques avec ses nombreux enfants. Bien qu'elles n'aboutissent jamais à des succès entiers, ces interventions ont au moins le mérite de permettre aux plus démunies d'améliorer leurs conditions psychologiques, psycho-sociales, et parfois matérielles. Comme dans le cas des interventions précoces de type plus scolaire, l'impact économique de ces programmes est fulgurant : par exemple, le Sénat américain a conclu que pour chaque dollar investi en soins prénataux, c'est trois dollars que l'on épargne en services postnataux ; l'Institut de médecine de l'Académie nationale des sciences en vient à la conclusion que c'est 3,50\$ par dollar investi que l'on sauve en réduisant de 2.5% le taux de bébés dont le poids est inférieur à la moyenne. Une étude de l'État du Dakota affirme que l'on pourrait offrir un programme de soins postnataux à toutes les mères qui en auraient besoin avec la moitié du budget consacré aux mères qui n'ont pas reçu de soins prénataux. Tous les programmes ne sont pas également efficaces ; mais, nous disposons désormais de données suffisantes pour cerner les raisons du succès de plusieurs.

### Les éléments de réussite en intervention précoce

Il en va des programmes d'intervention précoce auprès de familles très défavorisées comme il en va des programmes de prévention secondaire ou tertiaire auprès de ces mêmes groupes : les facteurs de succès y sont identiques. Notre fréquentation d'un groupe de travailleuses sociales du centre-ville de Montréal et l'examen de la littérature sur le sujet permettent d'identifier sept (7) de ces éléments, sans toutefois prétendre à une liste exhaustive. Le premier de ceux-ci a trait à l'*intimité* de l'intervention.

Il est sans doute le plus important et commande les autres éléments. Encore plus avec les familles défavorisées qu'avec toute autre famille, vu la réputation souvent faite aux intervenantes et la méfiance qu'elles suscitent, l'intervenante doit prendre le temps et savoir comment instaurer une relation de confiance entre elle et un membre de la famille. L'objectif premier visé est d'établir une relation durable et souhaitée par les deux parties, ou, selon l'expression de Bronfenbrenner (1979), d'établir une dyade primaire, aboutissement qui se bâtit à partir de l'observation mutuelle et le partage d'activités communes.

Ce niveau relationnel ne peut être atteint que si le programme assure une certaine *stabilité* dans la disponibilité et l'attribution des tâches au personnel. Dans le programme de Olds et al., par exemple, on tentait dans la mesure du possible d'assurer le suivi post-partum avec la ou les mêmes personnes engagées durant la période prénatale. Non seulement cette stabilité favorise-t-elle l'établissement de liens intimes entre les familles et les intervenantes, mais elle facilite grandement le suivi administratif et l'intégration des multiples facettes d'un même programme.

La troisième caractéristique a trait à l'*intensité* du programme. Selon Schoor et al. (1989), on ne peut espérer obtenir des résultats vraiment probants qu'en consentant à investir énormément de temps dès les premiers mois de l'intervention. Clewell et al., en particulier, ont démontré que l'on pouvait départager les programmes ayant réussi de ceux ayant échoué à partir d'un seul critère : le nombre de sessions ou de rencontres (11 fois au minimum dans le cas des programmes étudiés par ces auteurs). L'intensité de l'intervention véhicule sans doute, pour les familles, un message très clair d'engagement et d'intérêt de la part des intervenantes aux yeux des familles. Elle permet aussi d'atteindre ou de produire rapidement des changements notables, ce qui aurait pour effet de raffermir la confiance des familles et de soutenir leur motivation. En plus, on peut présumer que la lassitude n'a pas encore gagné ni la famille ni l'intervenante.

Quatrièmement, le programme doit être *vaste*, souple, le plus large possible. Encore ici, le programme de Olds et al. avec ses multiples facettes couvrant la santé de la mère et de l'enfant, les liens avec les services communautaires et la mise à pro-

fit des sources informelles de soutien à la mère en est un bon exemple. Les besoins des mères varient de l'une à l'autre; il suffit de prendre connaissance, par exemple, des nombreuses facettes touchées par les intervenantes non professionnelles engagées dans le programme «De la visite» (Massé et al., 1987): dépression des mères, conflit conjugal, insécurité dans leur rôle de mères, manque de connaissances, informations requises à propos des ressources communautaires, isolement, manque d'argent, présence irrégulière du père. La loi de l'instrument qui veut qu'on doive trouver un clou puisque l'on possède un marteau doit être contrée, et l'on doit déborder de ses spécialités propres si l'on recherche une certaine pertinence dans les activités d'intervention.

En cinquième lieu, une *collaboration et une intégration* des efforts des services professionnels et des services administratifs apparaissent extrêmement importantes. Certaines décisions administratives, prises sans tenir compte de l'avis des intervenantes, des familles et des relations qui sont à s'y tisser viennent souvent démolir ce qui avait demandé beaucoup d'efforts à établir. En particulier, il semble, d'après les observations que j'ai pu faire, que les incohérences administratives peuvent miner les aspects de durabilité, d'intensité et de flexibilité de l'intervention. De plus, les frictions entre l'administration gestionnaire et les intervenantes démobilisent ces dernières, et les rendent moins aptes à poursuivre des efforts intenses et soutenus auprès d'une clientèle elle-même souvent démobilisée. En particulier, l'administration devrait faciliter le regroupement et la mise en commun des expériences à travers ses équipes, et encourager la formation de collectif ou de groupes de soutien afin de briser l'isolement des intervenantes, comme le suggèrent Montreuil et Collin. L'administration peut aussi modifier son approche de l'évaluation: au lieu d'évaluer strictement la performance au travail et les résultats des actions des intervenantes, elle peut aussi décider d'évaluer le contexte de travail des équipes en fonction des objectifs et des processus propres aux programmes de mesures préventives. Elle peut, elle doit, également s'attacher à maintenir des budgets adéquats dans le but de réduire les dissonances qui voudraient que les intervenantes accomplissent le travail préventif une fois le plus «important» assuré.

En sixième lieu, l'*intégration* des ressources et des services formels et semi formels de la commu-

nauté semble indispensable à la réussite des programmes d'intervention précoce. Dans ce genre de programme où l'on doit, à partir d'objectifs précis et d'un canevas bien défini, permettre la flexibilité et tenter de rencontrer les divers besoins d'un groupe de mères, il apparaît peu réaliste de penser qu'une intervenante ou deux arrivent à couvrir tout le champ. Les intervenantes doivent plutôt sans doute opter pour un rôle de courtier en services (broker); pour cela elles doivent connaître le quartier et être connues des groupes communautaires et des services. Elles doivent aussi renoncer à défendre les couleurs de leur organisme (établissement, corporation, etc.) et laisser à d'autres le soin de poursuivre la guerre des pâturages... Une approche *par territoire* où il se crée des complicités et des échanges dans et en dehors du programme entre les intervenantes et les services de la communauté semble indiquée et sans doute nécessaire, si l'on veut atteindre une harmonisation des efforts et une utilisation cohérente et rationnelle des ressources.

Enfin, comme le soulignent si justement Montreuil et Collin, de même que Schoor, les intervenantes qui semblent réussir le mieux sont celles qui sont *respectueuses* des valeurs et des attitudes des femmes qu'elles servent, et qui savent profiter de ces acquis pour établir leurs relations avec ces dernières et partager les points de vue et informations. La présence de personnel non professionnel (Whitaker et Garbarino, 1983) peut à cet égard aider l'intervenante à se situer vis-à-vis ses propres réactions ou biais, pour peu que ces non-professionnelles connaissent et partagent la vie des familles engagées dans le programme. Un exemple d'une telle approche où les intervenantes ont mis à profit les forces des familles dans leur programme est décrit par Eustache et Ouellet (1986); elles ont tenu avec un groupe de mères, de pères et de grand-parents haïtiens une série de rencontres basées sur les valeurs, les mœurs et les proverbes haïtiens concernant la vie familiale. La lecture du rapport permet de saisir comment on peut réussir à engager des parents à première vue démunis et impuissants dans une démarche de prise de conscience et d'affirmation collective à partir de leurs forces et de ce qu'ils connaissent le mieux.

Cette mise en situation des parents en position de force par la reconnaissance de leurs habiletés et de leurs compétences est également à l'origine d'un



vaste mouvement contemporain dit de l'«*empowerment*» (Cochran et Woolever, 1983), où l'on tente de partager avec l'usager des services le pouvoir d'influencer l'environnement et de participer à des activités d'échange et de réciprocité. C'est sans doute là une autre façon d'assurer un respect à l'autre personne que de demeurer ouvert à l'enseignement et à la contribution d'un partenaire. De fait, les familles défavorisées misent sur un certain nombre de valeurs comme la discipline, le travail, la fierté, la persévérance, le sens religieux, la foi souvent, la confiance en soi et l'indépendance (Washington et Oyemade, 1987) qui, si nous les ignorons, continuent de jouer mais à notre insu, et sans doute contre nous. Cependant, il est difficile, sinon impossible, d'arriver à un tel degré d'engagement, de réciprocité et de respect, si au point de départ la philosophie ou l'idéologie de l'intervention s'appuie sur un modèle du déficit ou de l'incompétence. Dans la dernière partie de cet exposé, les modèles ou idéologies courantes et fondamentales en matière de programmes d'intervention précoce seront passés en revue.

## Dépolluer une économie malpropre ?

On peut imaginer quatre modèles, pas nécessairement mutuellement exclusifs, à partir desquels

sont planifiés les programmes d'intervention précoce. Ils apparaissent au Tableau 1.

La plupart des programmes qui ont été mis sur pied ont été planifiés à partir de la théorie du déficit personnel. Ce modèle ne suppose pas nécessairement que la pauvreté peut être imputée aux gens qui en sont accablés. Cependant, se fondant sur l'idée que la pauvreté est chronique et transmise d'une génération à l'autre, et dans certains cas ethnique, cette théorie prétend que les personnes aux prises avec la pauvreté n'ont pas les ressources personnelles nécessaires pour s'en sortir, elles doivent en conséquence faire l'apprentissage d'un certain nombre d'habiletés et partager un certain nombre de valeurs qui leur permettront de participer à l'économie du libre marché, si elles veulent se sortir de la pauvreté. Nonobstant les résultats impressionnants que l'on peut constater à la lecture des rapports de recherche, quelques réserves sont de mise afin de mieux apprécier le succès relatif de cette approche.

Premièrement, toutes intéressantes et utiles que peuvent être les méta-analyses, il n'en demeure pas moins qu'elles ne portent que sur ce qui a été reçu, apprécié, jugé et accepté pour publication. Or, les chercheurs le savent bien, les éditeurs ont horreur des résultats négatifs et sont peu enclins à publier des expériences infructueuses ! Nous sommes très

TABLEAU 1

*Quatre modèles des programmes d'intervention prévue*

<i>Théories<sup>2</sup></i>	<i>Cause</i>	<i>Solution</i>	<i>Rôle du parent</i>
<i>Déficit personnel</i>	<i>Condition de défavorisé</i>	<i>Services de récupération</i>	<i>Apprenti</i>
<i>Structures sociales</i>	<i>Aliénation</i>	<i>Changement institutionnel</i>	<i>Acteurs des décisions</i>
<i>Pouvoir d'achat</i>	<i>Manque d'argent</i>	<i>Amélioration du pouvoir d'achat</i>	<i>Travail, emplois</i>
<i>Inégalités des chances</i>	<i>Classe sociale, race, sexe</i>	<i>Redistribution des ressources</i>	<i>Revenu garanti, plein emploi, transferts</i>

mal informés des démarrages ratés, des rendez-vous annulés, des programmes avortés, ou de tous les efforts qui n'ont abouti qu'à de faibles tendances, prix de consolation des chercheurs et des intervenantes pour leurs échecs. Nous n'avons pas de littérature des échecs en science évaluative, ce qui laisse supposer que les taux de succès pourraient être considérablement plus faibles que les taux actuellement connus. Cependant, une connaissance strictement empirique et anecdotique de ces échecs inspire l'hypothèse suivante: la résistance au recrutement, et de l'abandon en cours de programme pourrait être dû à l'accablement qu'inflige le programme aux personnes qu'il prétend aider.

Toutefois, en affirmant que la plupart des programmes d'intervention précoce s'en remettent à la théorie des carences individuelles pour orienter leur action, on ne fait pas tout à fait justice à la complexité et à la souplesse des programmes développés au cours des derniers dix ans. Par exemple, plusieurs offrent une composante de réinsertion scolaire ou de réinsertion au travail pour les jeunes mères adolescentes défavorisées; d'autres mettent les participantes en relation avec des groupes ou des ressources communautaires. En cela, ces programmes empruntent aux modèles du «pouvoir d'achat» et des «structures sociales» en favorisant l'indépendance économique des mères et leur participation active à la vie communautaire. L'inquiétude demeure cependant, si toute la vigilance requise n'est pas assurée, que ces efforts se traduisent rapidement en leçons sur la manière d'effectuer une recherche d'emploi dans un marché de l'emploi en panne [sans considération de la nature et de la qualité de l'emploi, de sa cohérence avec le reste du programme, etc.] et sur la manière de profiter d'une aubaine ou d'un service offert à celles qui sont dans la misère. Autrement dit, le bon vieux problème de la stigmatisation et de la victime blâmée risque de refaire surface (Ryan, 1971). On remet, dans ce cas, la responsabilité de régler un problème structurel ou conjoncturel aux individus sous le prétexte souvent trompeur de la «responsabilisation» et de la «communautarisation». De fait, selon Plotnick et Skidmore (1975), la régionalisation et la décentralisation associées à la remise aux communautés de leurs responsabilités administratives aboutissent souvent à une générosité moins grande envers les pauvres.

On invite les mères pauvres à s'inscrire à des

programmes et à y développer des compétences, des habiletés ou des habitudes personnelles: gérer son budget, utiliser des services, collaborer avec les intervenantes professionnelles, retourner à l'école, modifier leurs besoins, leurs normes, leurs valeurs, leurs comportements, etc. On oublie ce faisant que l'on n'exige pas ces efforts de tout le monde, ni de toutes les communautés, mais particulièrement d'un groupe que la société juge à risques et, somme toute, qu'elle place elle-même dans une situation périlleuse. Dans le feu de notre action, on oublie que choisir uniquement la voie du psycho-social et du psycho-médical, c'est négliger d'éliminer précisément ces éléments de risques qui définissent en grande partie la vulnérabilité de certaines familles. On oublie que l'absence d'équité économique engendre une discrimination subtile mais tenace là même où l'on développe des programmes d'aide.

Il faut bien soutenir les plus démunis d'entre nous et à ce titre, les enfants de la génération actuelle sont tout aussi importants que les enfants de la prochaine génération; cependant, en délaissant le modèle de l'insuffisance personnelle et de la pauvreté chronique pour une appréciation plus actuelle de la pauvreté telle qu'elle se forge vraiment, on est forcé d'admettre que sauver les enfants d'aujourd'hui ne sauve pas les enfants de demain. Le chômage est plus souvent dû au manque d'emplois qu'au manque de motivation ou de compétences...! L'abandon du modèle strictement clinique nous projette dans des dimensions politiques, économiques et structurelles.

Aussi impressionnants que puissent être nos efforts psycho-sociaux à *contrer les effets* de la pauvreté, le taux de pauvreté lui-même ne baisse pas et augmente même de 1.1% chez les moins de 18 ans entre les années 1979 à 1986 au Canada (Ross et Shillington, 1989b); l'industrie de la prévention, lorsque seulement elle peut démarrer, fait à nouveau de la surchauffe. Pour espérer modifier l'échiquier de la situation sociale à partir des programmes de prévention ou d'intervention précoce, il faudrait d'abord espérer rejoindre une masse importante d'enfants, d'adolescents et de jeunes parents. Même le très ambitieux projet Head Start n'a à peine rejoint que 15% de sa clientèle (Washington et Oyemade, 1987). Il faudrait ensuite espérer que les institutions d'enseignement de niveaux secondaire et collégial s'associent à la démarche en vue de fournir à ces

jeunes parents et à leurs enfants la possibilité réelle d'un recyclage rapide devant la disparition des emplois manufacturiers, et la volatilité des emplois précaires et des petites et moyennes entreprises (Bellemare et Poulin-Simon, 1986). Mais, il faudrait surtout postuler des changements structurels qui rendraient désormais impossible un taux de pauvreté oscillant aux alentours de 15% pour l'ensemble des familles et de 60% pour les familles monoparentales. «L'approche la plus directe et la plus efficace pour prévenir la détresse économique [qui affecte la qualité de la vie familiale] consiste à éliminer le chômage et ses conséquences néfastes» (Voydanoff, 1984). D'autres, comme le Conseil canadien de développement social (1987), préconisent d'associer une politique de plein-emploi à une politique du revenu minimum garanti selon des scénarios réalistes essentiellement fondés sur une idéologie structurale de *soutien aux familles*.

Block (1988) toutefois s'oppose à une stratégie du plein-emploi (qu'il qualifie de *bumper sticker approach*: approche «slogan») la jugeant utopiste dans le contexte (nord) américain, et propose plutôt un système plus généreux de transfert des revenus envers les victimes du système économique. D'autres, enfin, avancent l'idée de créer des programmes nationaux de soutien à l'emploi pour les groupes les plus à risques. Les économistes n'ont pas tout dit et il nous reste à expérimenter là aussi...

L'intervention précoce, comme l'intervention curative, est une action humaniste, certes, mais qui a aussi ses implications politiques, économiques et sociales. L'humanité a fait des prodiges de prévention lorsqu'elle s'est mise à la besogne: se laver les mains, oui, certes, mais dans quelle eau? Des sommes mirobolantes sont littéralement englouties dans la construction et l'entretien des égouts et des systèmes d'aqueduc. On serait mal venu de s'en offusquer aujourd'hui! Ne sommes-nous pas les vainqueurs du choléra et de la diarrhée? Plus près de nous, nous avons passé la plus grande partie des vingt dernières années à polluer et à prêcher la dépollution en même temps... pour s'apercevoir qu'il y avait toujours le problème principal à régler: la pollution elle-même. On commence à peine à s'y attaquer directement. Au plan des psychopathologies, nous sommes encore à dépolluer; c'est un geste de prévention secondaire de grande importance, certes, mais qui nous amène, sans pour autant

les toucher, au seuil même des déterminants principaux qui affectent négativement le cours du développement des enfants et de leurs parents. Protéger les enfants contre les méfaits de la pauvreté, nous en sommes capables et nous disposons d'une technologie de plus en plus sûre pour le faire. À ce titre, et connaissant les limites et le biais de ces actions, il ne faut pas hésiter à revendiquer avec encore plus de force les moyens pour la mise en oeuvre de programmes d'intervention précoce.

Mais, il nous faut également travailler à éliminer la pauvreté, à la réduire le plus possible, afin que les populations à risques deviennent des populations en développement. C'est la prochaine grande tâche de notre société qui dans les mots de George Albee (1986) se dit comme suit:

«C'est à la mesure de l'humanité d'en finir avec la pauvreté et ainsi de prévenir plusieurs des maladies qui dévastent des millions de familles à travers le monde. Tant que la pauvreté endémique, et l'impuissance n'auront pas été réduites, il y aura un niveau aberrant de psychopathologies dans les pays développés et d'autres formes de misère humaine et de maladie dans le reste du monde...» (1986, 894). «Pour assurer une égalité réelle des chances, la société doit faire tous les efforts possibles pour contrer toutes ces inégalités sociales et économiques qui conduisent à la condition de défavorisé» (1986, 897).

#### Notes

1. Nous avons traduit l'expression «early intervention», utilisée par les Américains pour désigner les programmes de prévention qui sont exclusivement dirigés vers les enfants en bas âge et leurs parents (Ex: Head Start, Follow Through, etc.), par «intervention précoce». Le mot «précoce» doit être entendu dans le sens d'une intervention qui se «produit avant le temps habituel» et doit être distingué du mot «prématuré» qui désigne un événement qui se «produit trop tôt».
2. Une adaptation de Midco (1972) dans Washington et Oye-made (1987).

#### Références

- Albee, G., 1986, Toward a just society: Lessons from observations on the primary prevention of psychopathology, *American Psychologist*, 41, 891-898.
- Association des Amis d'ADT Quart-Monde, 1988, *Mémoire présenté devant la Commission parlementaire sur le document d'orientation pour une Politique de sécurité du revenu dans la province de Québec*, Montréal, Document inédit.

- Belle, D., 1982, *Lives In Stress: Women and Depression*, Sage Publications, Beverly Hills.
- Bellemare, D., Poulin-Simon, L., 1986, *Le défi du plein-emploi*, Les Éditions St-Martin, Montréal.
- Berrueta-Clement, J.R., Schweinhart, L.J., Barnett, W.S., Epstein, A.E., Weikart, D.P., 1984, *Changed Lives: The Effects of The Perry Preschool Program on Youths Trough Age 19*, Monographs of the High / Scope Educational Research Foundation, no 8, Ypsilanti, Michigan.
- Block, F., 1988, Rethinking responses to economic distress: A critique of full employment in L.C., Majka, Voydanoff, P. eds, *Families and Economic Distress: Coping Strategies and Social Policy*, Sage, Beverly Hills.
- Bouchard, C., 1987, *Revenus, emplois, réseaux sociaux et voisinages: leurs influences sur les relations intra-familiales*, Conférence présentée au congrès des Services à la Famille-Canada, Octobre, Vancouver.
- Bouchard, C., 1988, Intervenir dans les cas de mauvais traitements envers les enfants: au centre l'intervenante, *Service social, octobre*, à être publié.
- Bouchard, C., Perreault, R., 1983, Fermeture d'usine et santé: Analyses de séries chronologiques chez les femmes de 30 à 39 ans de la région de Sept-Îles / Port-Cartier, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 1, 101-107.
- Bronfenbrenner, U., 1974, Is early intervention effective? in Gutetag, M. ed., *Handbook of Evaluation Research*, 2, Sage, Beverly Hills.
- Bronfenbrenner, U., 1979, *The Ecology of Human Development: Experiment by Nature and Design*, Harvard University Press, Boston.
- Catalano, R., Dooley, D., 1983, The health effects of economic instability: A test of the economic stress hypothesis, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 46-60.
- Chamberland, C., Bouchard, C., Beaudry, J., 1986, Conduites abusives et négligentes envers les enfants: réalités canadiennes et américaines, *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18, 391-412.
- Clewell, B.C., Brooks-Gunn, J., Benasich, A.A., 1989, Evaluating child-related outcomes of teenage parenting programs, *Family Relations*, 38, 201-209.
- Cochran, M., Woolever, F., 1983, Beyond the deficit model: The empowerment of parents with information and informal supports in Laosa, L.M., Sigel I.E., eds, *Changing Families*, Plenum Press, New York.
- Conseil canadien de développement social 1987, *T'avail et revenu: Les années 1990*, Document de travail # 8, Ottawa.
- Duncan, G.J., Morgan, J.N., 1985, The panel study of income dynamics in Elder, G. Jr, ed., *Life Course Dynamics: Trajectories and Transitions, 1969-1980*, Cornell University Press, Ithaca.
- Emond, L., 1988, *Santé Québec*, Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec, l'Éditeur officiel.
- Eustache, R., Ouellet, F., 1986, *Recherche participative sur les relations parents-enfants dans les familles haïtiennes du Québec: Perceptions de parents et grand-parents*, Rapport de recherche inédit, DSC Sacré-Coeur, 65 p.
- Farber, E.A., Egeland, B., 1987, Invulnerability among abused and neglected children in Bertram, J., Cohler, James Anthony, E., eds, *The Invulnerable Child*, The Guilford Press, New York.
- Fiche # 1, *Pour l'avenir du Canada: Priorité aux enfants*, Publication produite par un Consortium d'associations et de services impliqués dans la vie des familles, 1988.
- Fortin, D., 1987, Variables économiques et santé mentale in Guay, J., ed., *Manuel québécois de psychologie communautaire*, Gaëtan Morin, Montréal.
- Furstenberg, F.F., Jr., Brooks-Gunn, J., Morgan, S.P., 1987, *Adolescent Mothers in Later Life*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Garbarino, J., Crouter, A., 1978, Defining the community context for parent-child relations: The correlates of child maltreatment, *Child Development*, 49, 604-616.
- Hall, L., Williams, C.A., Greenberg, R.S., 1985, Supports, stressors and depressive symptoms in low-income mothers of young children, *American Journal of Public Health*, 85, 518-522.
- Heinicke, C.M., Beckwith, L., Thompson, A., 1988, Early intervention in the family system: A framework and review, *Infant Mental Health Journal*, 9, 111-141.
- Kelly, R.F., 1988, Poverty, the family and public policy: Historical interpretations and a reflection on the future in Majka, L.C., Voydanoff, P., eds, *Families and Economic Distress: Coping Strategies and Social Policy*, Sage, Beverly Hills.
- Lazar, I., Darlington, R., 1982, Lasting effects of early education: A report of the Consortium for longitudinal studies, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47, 150 p.
- Levy, F., 1980, The intergenerational transfer of poverty, Working paper, 1241-102 The Urban Institute, Washington D.C., Cité dans Washington, V., Oyemade, U.J., *Project Head Start: Past, Present and Future Trends in The Context of Family Needs, (1987)*, New York, Garland Publishing.
- Massé, R., Ouellet, F., Durand, D., 1987, *Non professional Intervention and Early Prevention of Violence: Some Results of a Qualitative Evaluation*, Communication présentée à la Third National Family Violence Research Conference, Université du New Hampshire, Durham.
- Montreuil, S., Collin, C., 1988, *Le défi de l'intervention prénatale en milieu défavorisé*, Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Tatelbaum, R., Chamberlin, R., 1986 a), Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation, *Pediatrics*, 77, 16-28.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R., Tatelbaum, R., 1986 b), Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation, *Pediatrics*, 78, 65-78.

- Romaniuc, A., 1984, *La fécondité au Canada: Croissance et déclin*, Statistique Canada, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada.
- Ross, D.P., Shillington, R., 1989 a), The changing face of poverty 1973-1986, *Perception*, 13, 8-14.
- Ross, D.P., Shillington, R., 1989 b), *Données de base de la pauvreté au Canada*, Conseil canadien de développement social, Ottawa.
- Ryan, W., 1971, *Blaming the Victim*, New York, Random House.
- Schoor, L., 1988, *Within our Reach: Breaking the Cycle of Disadvantage*, Doubleday Anchor Publishing, New York.
- Slaughter, D., 1983, Early intervention and its effects on maternal and child development, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48, 91 p.
- Starfield, B., Egbuonu, L., 1982, Child health and social status, *Pediatrics*, 69, 550-556.
- Statistique Canada, 1986, *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu*.
- Voydanoff, P., 1986, Economic distress and families, *Journal of Family Issues*, 5, 283-288.
- Voydanoff, P., Donnelly, B.W., 1988, Economic distress, family coping and quality of life in Majka, L.C., Vodanoff, P., eds, *Families and Economic Distress: Coping Strategies and Social Policy*, Sage, Beverly Hills.
- Whaler, R., Dumas, J., 1989, Attentional problems in dysfunctional mother-child interactions: An interbehavioral model, *Psychological Bulletin*, 105, 116-130.
- Washington, V., Oyemade, U.J., 1987, *Project Head Start: Past, Present and Future Trends in The Context of Family Needs*, Garland Publishing, New York.
- Whittaker, D., Garbarino, J., 1983, Social Support Networks: *Informal Helping in the Human Services*, Aldine Publishing, New York.

## SUMMARY

This article looks at poverty from the point of view that it does not necessarily correspond to the widespread image of chronic despair and resignation, acquired and transmitted from one generation to the next. The author argues such an image is produced by the fact that social and mental health services deal mainly with families at grips with multiple, long-standing problems. However, for most of these poor families, their condition is temporary. In fact, insufficient revenue is what distinguishes them from families that are not poor. While preventive programs show that early intervention is a proven approach towards considerably improving the psycho-social development of underprivileged children and parents, little can be said about the effect of these programs on lowering, even less on eliminating, poverty itself. For the most part, these programs emerged from a clinical approach that encouraged poverty-stricken individuals to acquire new abilities and skills. The author concludes by promoting the need for more collaboration between those people offering the programs and those people who work towards changing the conditions at the root of poverty.