

social, c'est bien le faire "socialement", tout en respectant la singularité du sujet et en comptant sur les mécanismes collectifs pour prévenir les risques et les situations de souffrance (Maesschalck, 2005; Sanchez-Mazas, à par.). C'est aussi lui reconnaître la dimension relationnelle, c'est-à-dire admettre cette part de don de soi propre à insuffler du vital, mais qu'il est impensable d'assurer dans un contexte insécurisant et mécanisé. Les réflexions présentes devraient aussi aider à interroger l'articulation entre tâches pratiques et dispositions émotionnelles ou morales et, en définitive, à mieux cerner le sens et à définir « un métier fait de confusion des rapports humains et de tâches sans limites précises » (Fraisie, 2009).

Bibliographie

- BAUDRILLARD J., 1981, *Simulacres et simulation*, Paris, Éditions Galilée.
- FRAISIE G., 2009, *Service ou servitude. Essai sur les femmes toutes mains*, Paris, Éditions Le Bord de l'Eau.
- LAOUKILI A., 2009, "Management et contrôle social", *Connexions*, 91, 1, pp.7-9.
- LE BRUN A., 2000, *Du trop de réalité*, Paris, Stock.
- LIAUDET J.-C., 2009, "Quand le management ruine le politique", *Connexions*, 91, 1, pp.11-19.
- MAESSCHALCK M., 2005, "Harcèlement moral et action collective. Une approche normative de la prévention à partir des représentations sociales", in SANCHEZ-MAZAS M., KOUBI G., *Le Harcèlement. De la société solidaire à la société solitaire*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, pp.139-156.
- SANCHEZ-MAZAS M., à par., "Enjeux éthiques et socialité au défi dans le phénomène du harcèlement psychologique", *Éthique Publique*.

Margarita Sanchez-Mazas
Université de Genève (Suisse)

Françoise Tschopp
Haute école spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) et
Haute école de travail social (HETS) de Genève (Suisse)

Prévention précoce, nouvelle gestion publique et figures d'autorité

Michel Parazelli *
Suzanne Dessureault **

- * École de travail social, Université du Québec à Montréal (Canada)
** École de travail social et organisatrice communautaire en CSSS (Canada)

Un certain engouement pour la prévention précoce tend à s'instituer, depuis 2000, dans différents établissements de services sociaux et de santé de l'État québécois ainsi que dans plusieurs organismes communautaires. Cette vision particulière de la prévention est aussi promue activement par la plus importante fondation privée du Canada, la Fondation Chagnon, engagée avec l'État dans un partenariat public-privé depuis 2009, afin de développer cette approche dans la perspective du développement de l'enfant (400 millions de dollars sur une période de dix ans).

À travers l'analyse d'un programme de prévention précoce, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, notre propos vise à mieux saisir ce qui semble se jouer sur les plans socio-symbolique et politique, lorsqu'on adopte ce type d'orientation de l'intervention auprès de certaines familles, lesquelles, selon la terminologie de la santé publique, doivent être dépistées comme groupes à risque à partir principalement de leur situation financière précaire. Avant de présenter ce programme, il est important de saisir quelques éléments du contexte de la réforme managériale de l'administration

publique fondée sur la "nouvelle gestion publique". Après quoi, nous formulerons une hypothèse en ce qui regarde les dimensions sociale et symbolique d'un certain type de pouvoir que forge ce rapport d'autorité institutionnelle résultant du croisement entre des orientations gestionnaires et des chercheurs ayant une même approche scientifique ou positiviste (1) du management et de la prévention (2).

1. Une réforme managériale des services sociaux et des services de santé québécois

Depuis les années 1980, le Québec a amorcé un virage néolibéral en ce qui regarde la rationalisation de son administration publique, à l'instar de tous les pays de l'OCDE (Piron, 2003, p.50). La Loi de l'administration publique adoptée en 2000 a d'ailleurs été inspirée en grande partie par une certaine conception du management qui se présenta comme la panacée des « dysfonctionnements » des services publics, accompagnant ainsi une critique idéologique du modèle bureaucratique de l'État-Providence et du syndicalisme (Gow Lain, 2008). Cette conception de la gestion publique porte le nom de Nouvelle gestion publique (NGP). Outre l'importation de principes gestionnaires du secteur privé, la NGP favoriserait le recours, pour la sous-traitance, au secteur privé (Peters, 2009, p.15). Ainsi, la NGP promet une plus grande performance organisationnelle par le développement d'une culture entrepreneuriale visant à renforcer la responsabilisation des employés à l'aide du travail en équipe et de la participation, la loyauté hiérarchique et l'orientation vers les résultats (Boltanski/Chiapello, 1999).

1. 1. Une re-hiérarchisation des responsabilités

Sous couvert de nécessités administratives, des décisions politiques ont été prises à partir de recommandations d'experts en management du secteur privé et autres défenseurs de la NGP. Ceux-ci énoncèrent leurs solutions techniques (flexibilité, clientélisme, innovation, imputabilité, etc.) à adopter pour réformer l'administration publique appelée "réingénierie de l'État" par les libéraux du gouvernement Charest (Rouillard *et al.*, 2004), suivant en cela les traces du gouvernement péquiste (1998-2003) au début des années 2000. C'est à partir de ce modèle de gestion inspiré de l'entreprise privée que la dernière réforme de la santé et des services sociaux (loi 25 adoptée

en 2003) a fondé sa reconfiguration de l'organisation territoriale du réseau québécois en fusionnant des établissements pour les regrouper en 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et ce, affirmant-on, afin de « rapprocher les services de la population et [de] faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux » (Québec, 2003, p.5). Le ministère de la Santé et des services sociaux a confié à ce nouveau type d'établissement (CSSS) le mandat d'instituer un « projet clinique et organisationnel » pour augmenter la cohérence du système (MSSS, 2004a). Son but est de mettre en œuvre des réseaux locaux de santé et de services sociaux pour renforcer l'intégration des services fondés sur l'approche épidémiologique de la santé publique.

Les projets cliniques reposent sur deux principes: la responsabilité "populationnelle" (responsabilisation de l'organisation dans tout son personnel, spécialement chez ses intervenants et gestionnaires face aux populations visées) et la hiérarchisation des services. Dorénavant, tout citoyen repris dans l'ensemble de la population dont les CSSS ont la charge serait à même de recevoir les services sociosanitaires dont il a besoin sur son territoire de résidence. Dans cette nouvelle configuration, le stress des subalternes, que la bureaucratie traditionnelle allégeait en donnant au personnel plus haut placé le poids des responsabilités, est désormais redonné en main propre et distribué "équitablement", à chaque palier. De nouveaux postes de coordination professionnelle, qui pourraient être qualifiés de postes-sandwichés, sont créés et des postes de directions spécialisées et surspécialisées y sont ajoutés, allant de pair avec le principe de hiérarchisation des services. À chaque poste créé, ce sont de nouvelles responsabilités gardiennes de l'ordre et de la modélisation qui s'ajoutent: renforcer les règles, contenir les interventions des travailleurs, cadencer la mise en place des plans d'intervention individualisés, et mesurer le non-mesurable; le but ne semble pas tant de soutenir les intervenants dans leur mandat relationnel complexe et de les aider à enrichir éthiquement et politiquement leur jugement professionnel, que de veiller à une application serrée de la commande. On ajoute ainsi des bornes programmatiques à partir des cadres, des modèles adoptés et prescrits par le ministère et la santé publique, toujours dans une perspective d'optimisation de la production des services.

Bref, le rôle du CSSS est de relier les producteurs de services à l'externe et d'intégrer les services à l'interne.

1. 2. Un contrôle à distance des "meilleures pratiques"

Si ce changement majeur nous fait voir la gestion publique à partir du modèle du marché où les trois maîtres mots sont économie, efficacité, efficacité, le service public, quant à lui, se réduit à un jeu de balance entre l'offre et la demande auprès de consommateurs devenus la clientèle de ces entreprises publiques, le citoyen ayant disparu (Piron, 2003). Ajoutons que les règles bureaucratiques relatives aux obligations de rendre des comptes tendent à favoriser une centralisation des pouvoirs en ce qui regarde la définition des problèmes et l'établissement d'objectifs pour la programmation des interventions. En effet, si tous les paliers hiérarchiques ont désormais plus de responsabilités dans la réalisation des programmes, c'est en haut de la pyramide que le contrôle à distance s'exerce en exigeant que soient atteintes les normes des indicateurs de performance selon le nombre de clients rejoints et la quantité d'interventions réalisées, le financement s'y modulant par enveloppe. Cette apparente contradiction dans le discours de la NGP est justifiée par le fait que :

[...] si les clients sont insatisfaits, il faut les satisfaire et, pour cela, il faut connaître leurs attentes. Donc... consultons-les. Mais pas n'importe comment : avec l'appui de la science, cette source de discours légitime moins attaquée actuellement que la politique. La science offre en effet des méthodes de consultation, désormais détaillées dans plusieurs guides gouvernementaux, qualifiées de sûres et de crédibles (Piron, 2003, p.64).

En effet, une tendance forte se dessine où seule "la science" serait autorisée à dire le besoin des personnes visées par les programmes étant donné que son degré de légitimité serait plus élevé ou moins contesté que celui associé aux simples perceptions des "clients", des intervenants ou des gestionnaires intermédiaires. On trouve une réponse à cette question en examinant les documents gouvernementaux (par exemple MSSS, 2004a, p.25) où l'on peut lire que les pratiques fondées sur des données probantes seront retenues et valorisées pour atteindre le succès quantitatif et qualitatif des divers programmes intégrés destinés aux populations cibles ; ainsi en est-il des SIPPE (3).

2. Les SIPPE et l'autorité positiviste

Parmi les priorités identifiées par la Santé publique dans son programme national (2003-2012), la prévention des problèmes psychosociaux est présentée comme faisant partie de l'état de santé de la population. C'est dans ce cadre "psychosanaitaire" ou "épidémiologique-social" que s'inscrit le programme de prévention précoce SIPPE que nous décrivons dans la section suivante.

2. 1. Un programme clé en main

Les SIPPE (MSSS, 2004b) établissent un programme qui a pour finalité la prévention, auprès des jeunes mères dites à risque élevé (jeunes familles, mères sans diplôme et de faibles revenus, familles d'immigration récente), de la reproduction intergénérationnelle de difficultés importantes d'adaptation sociale, et ce, dès la grossesse. Schématiquement, l'identification des candidates ciblées se fait par l'avis de grossesse ou l'avis de naissance. Dans un second temps, les professionnelles de la santé, membres de l'équipe SIPPE du centre local de services communautaires CLSC, proposent le programme et visitent la candidate à domicile, puis il y a acceptation ou non de la participation au programme. Le but ne semble pas être le même pour tous les promoteurs. Alors que le discours officiel est d'améliorer la qualité de vie de ces familles et de briser le cycle de reproduction intergénérationnelle de la pauvreté, certains chercheurs parleront plutôt de prévention des comportements d'inadaptation sociale des enfants qui, lorsque ceux-ci seront adolescents, auront bénéficié des interventions positivement (Tremblay, 2008 ; Fontaine *et al.*, 2008). Il s'agit d'opérer sur l'ensemble du territoire québécois une intervention intensive (cinq ans représentant un idéal visé) selon plusieurs axes : le développement des enfants, les habiletés parentales, l'abandon d'habitudes de vie non appropriées, l'alimentation, l'allaitement, les sociabilités sociales, etc. Des guides pratiques sont spécialement conçus pour orienter les intervenants dans l'application de ce programme (MSSS, 2004b, p.17).

Au Québec les différents modèles de programmes de prévention précoce s'inscrivent dans ce que nous avons identifié comme les trois grandes approches positivistes de l'étude du développement humain : la biopsychologie (étude des déterminants neurophysiologiques), l'écologie du développement (étude des déterminants envi-

ronnementaux du stress associé à la violence) et l'éthologie humaine (théorie de l'attachement). Au-delà des différences d'orientation théorique, les chercheurs adoptant ces angles d'approche ont tous l'ambition de prédire et de modifier le cours de l'évolution du développement humain à partir de la connaissance dite universelle des lois comportementales. L'objectif commun visé par ces approches est l'adaptation sociale des individus à leur environnement. Ici, il ne faut pas négliger la fonction politique que peut jouer le développement de l'épidémiologie sociale qui constitue la base scientifique de ces approches préventives dans le portrait des groupes à risque qu'elle offre aux chercheurs et aux gestionnaires. Selon l'anthropologue Massé, le développement de l'épidémiologie produirait une nouvelle moralité écologique de l'adaptation sociale en identifiant auprès des groupes indisciplinés les « meilleures stratégies adaptatives à l'environnement potentiellement pathogène » (Massé, 1999, p.164).

Soulignons que l'approche écologique de la prévention précoce qui domine en santé publique permet de mobiliser une multitude d'intervenants, du plus généraliste au plus spécialisé, voire à l'expert, de tous les milieux d'intervention : étatique, communautaire, privé, pour « épingle », comme le dit Karsz (2004,) les vulnérables, les populations à risque et les faire s'intégrer, après un programme serré et personnalisé, dans leur environnement (école, marché du travail, etc.). Ces intervenants sont convoqués pour refaçonner, re-comportementaliser, les parents pauvres de moins de 20 ans, les familles d'immigration récente, les extrêmement pauvres.

Dans les faits, les SIPPE, tout en mettant en avant la stratégie d'empowerment et d'accompagnement, arrivent dans les milieux prêts à l'emploi, ce qui viennent renforcer les formations intensives sur les sujets centraux du programme. Pourtant, la réception de cette "commande" est loin d'avoir fait l'unanimité en 2004. À ses débuts, ce prêt-à-penser et à intervenir que sont les SIPPE a fait bondir plusieurs intervenants et gestionnaires intermédiaires y voyant une remise en question de leur savoir et de leur expérience. À ce titre, une première investigation de la santé publique auprès de quelques gestionnaires et intervenants des 12 CSSS de l'île de Montréal en 2006 a montré l'inadaptation des paramètres du programme aux spécificités des milieux (Direction de la santé publique, 2007, p.9) :

Il ressort que ces critères [d'éligibilité des jeunes mères au programme] engendrent des tiraillements tant chez les gestionnaires que chez les intervenantes. Une trop grande rigidité d'application standardise trop l'évaluation clinique et crée une perte de sens, où l'intervention est perçue comme un moule à imposer à une clientèle ayant pourtant des besoins très diversifiés, et où les objectifs des ententes de gestion sont considérés irréalistes.

De plus, les résultats préliminaires d'une recherche en cours auprès de chefs d'administration de programme enfance-famille responsable de l'application des SIPPE (4), nous permettent de dire que l'intérêt principal pour ces derniers était de disposer de sommes supplémentaires pour soutenir les familles qui éprouvaient des difficultés reliées à leurs conditions économiques et à leur nouveau rôle de parent avec jeunes enfants. Plusieurs acceptèrent donc de jouer le jeu avec l'objectif de l'adapter aux réalités des familles et de l'expertise des équipes. D'autres y virent des outils pour les aider à atteindre les résultats gestionnaires en répondant à la commande étatique dans sa forme la plus pure. Selon eux, les experts, les chercheurs et les autres participants à la conception avaient raison, il fallait suivre le chemin tracé ; les SIPPE dans leur forme originelle étaient légitimés et fondés, l'autorité de ces divers acteurs en cette matière apparaissait incontestée. Dans tous les cas, pourtant, une constante persiste et semble s'être incrustée : la crainte de débattre de la valeur de ces programmes et de cette approche unique au sein des équipes.

Dans l'univers du social, nous savons que la Science avec un grand S n'existe pas. Des approches scientifiques coexistent et entrent en concurrence pour faire valoir des points de vue sur la réalité. Ces points de vue correspondent à des visions différentes du rapport à la connaissance et des enjeux sociaux, eux-mêmes situés dans le champ politique. Les chercheurs et les gestionnaires qui affirment avoir trouvé les causes des problèmes sociaux ou les meilleures pratiques d'intervention et de gestion se situent dans un registre idéologique et politique. Le doute et le débat tendant à disparaître, les préoccupations glissent vers la moralisation et la normalisation (Bourgeault, 2003) disqualifiant ainsi la pensée critique. Même s'il existe des résistances et des efforts revendicateurs chez des intervenants/tes et des gestionnaires intermédiaires, comment expliquer alors l'adhésion, ou encore la difficulté de sortir du silence, des

acteurs impliqués à ce type d'approche dogmatique de l'intervention sociale ?

2. 2. Le positivisme comme vecteur d'autorité

Dans la perspective positiviste classique, seuls les objets observables, les faits concrets, sont dignes d'être considérés rationnellement par la science à l'aide de méthodes soumettant ces objets à une expérience, expérience pouvant être reproduite dans d'autres milieux. Il s'agit de découvrir des lois régissant les phénomènes, et, dans le cas qui nous occupe, les phénomènes associés aux problèmes de développement découlant de comportements sociaux jugés inadaptés. Les dimensions humaines non observables physiquement, telles que l'imaginaire, les valeurs, la symbolique, les émotions, l'affect, les rapports à l'autorité, l'inconscient, y trouvent difficilement leur place, n'étant pas dignes d'être prises en compte par le regard scientifique positiviste sinon comme des fantaisies, des égarements perceptifs à la limite (Robert, 2009).

Le fondement positiviste de la prévention précoce mise à l'avant-plan au Québec conduit logiquement ses promoteurs à vouloir imposer leurs "vérités" aux individus sans considérer comme une nécessité le débat démocratique sur les choix normatifs d'une société. Leur regard positiviste cultive une croyance selon laquelle la vérité scientifique sur la connaissance du réel résulterait du choix de la "Bonne Méthode" de recherche empirique ou expérimentale.

Ainsi, il ne suffit pas de diffuser la bonne nouvelle quant aux solutions mises à l'épreuve par de bonnes pratiques, encore faut-il que celles-ci fassent autorité pour qu'elles remportent l'adhésion ou qu'il soit risqué de s'y opposer. Il importe de préciser le sens que nous donnons à ce mot ambigu d'autorité. Disons avec Cléro (2007), Zaoui (2005) et Mendel (2002) que l'autorité est une force symbolique (et non un fait de nature) qui structure une situation d'asymétrie des rôles en mettant en scène une fiction relationnelle. Cette force symbolique implique certes une personne qui l'incarne, mais aussi un certain discours mettant en scène un ordre des choses et des êtres (Mendel, 2002, p.64). En ce sens, pour différencier l'autorité de ce qui relèverait du pouvoir, et comprendre le principe de sa légitimation, la question des croyances et des dogmes devrait être mise en discussion à chaque fois que nous étudions les phénomènes d'autorité.

Nous pourrions avancer l'hypothèse qu'une personne n'abandonne pas son pouvoir de décision si (elle) n'anticipe pas certains bienfaits attendus de cette procuration. En effet, obéir à une personne ou à une institution sans y être contraint, ressort bien d'une logique de croyance. Reconnaître la légitimité d'une autorité implique une croyance dans la supériorité ou les bienfaits de certaines des propriétés de ladite autorité (un discours, un projet, une fonction, un modèle, une protection, de la sécurité, etc.).

L'un des fondements du "faire autorité" consisterait à faire croire. Plusieurs positions sont possibles du côté des adhérents potentiels. Ainsi, une personne qui ne reconnaît pas une autorité donnée ressentira l'injonction d'obéissance comme la force brute d'un pouvoir n'ayant pas de légitimité. D'autres feront semblant d'y croire en jouant le jeu de l'obéissance préférant cette voie à celle de la marginalisation ou de l'isolement et, enfin, plusieurs y croiront véritablement. Pour que certaines formes de pouvoir de l'autorité soient perçues comme crédibles, il importe que l'individu soit convaincu, qu'il y croie ou fasse comme si « son existence politique [était] indissociable de l'obéissance aux lois » (Foessel, 2005, p.248). Rappelons que croire en une instance médiatrice qui transcenderait les individus quant à la détermination de l'orientation de leur conduite a pour effet de rassurer, de calmer les incertitudes, de faire disparaître les ambivalences, allant même jusqu'à instaurer un ordre par une idéologie anesthésiante tout en procurant des bénéfices à ceux qui détendraient une parcelle d'autorité (Mendel, 2002, p.98). En ce qui concerne le contexte des SIPPE, de quelle configuration sociosymbolique ce rapport d'autorité se nourrit-il ?

3. Figures d'autorité et prévention précoce

C'est en considérant le pouvoir que tente d'ériger en autorité le regard positiviste des experts que la question des figures d'autorité peut être posée en nous inspirant de la typologie de Kojève (2004 [1949]). Sur le plan de l'autorité sociale, nous assisterions à la mise en place d'une chaîne d'instances hiérarchisées (si nous prenons la structure de pouvoir des SIPPE) ayant pour fonction de rassurer l'ensemble des acteurs participant, à quelque niveau que ce soit, aux projets de prévention de masse. Telle une cascade, les experts que l'on pourrait associer à la figure du Maître de Kojève, produisent les dis-

cours scientifiques permettant aux responsables politiques de renforcer symboliquement la figure du Père en offrant protection et sécurité à la société, et ce, par la légitimation de leur choix d'orientation considéré comme supérieur parmi les possibilités existantes, ainsi que par la noblesse idéologique de la visée. Persuadés de la "rectitude" scientifique de ces schémas d'interprétation et d'actions, les cadres supérieurs de la santé publique se sentent alors plus qu'autorisés à imposer ces choix aux fonctionnaires de leurs services afin qu'ils coordonnent la mise en œuvre des programmes devant être appliqués par les intervenants.

Les intervenants sont à leur tour rassurés par ces fonctionnaires qui peuvent aussi valoriser le poids scientifique de ces programmes testés objectivement par d'imposantes recherches longitudinales (souvent d'origine étatsunienne). Confortés par la certitude scientifique de leurs interventions, certains intervenants n'hésiteront pas à appliquer, en toute confiance, ces programmes tout en rassurant eux-mêmes les populations désignées "à risque" visées par ces programmes quant au bien-être qu'elles pourront en retirer. Si l'hypothèse de Mendel qui avance « l'angoisse d'abandon » pour comprendre l'adhésion à l'autorité se vérifie, elle peut aussi s'appliquer aux échelons intermédiaires et supérieurs de la chaîne, elle semble bien convenir à la situation des intervenants qui apprécient le « soutien solide » apporté à leur travail, et qui ne sont pas laissés seuls à se débrouiller avec des problèmes dits de plus en plus complexes. Cette infantilisation croissante de l'acte professionnel et des parents justifiée par la science fondée sur les "meilleures pratiques" assurerait ainsi, par l'étendue du conformisme, la crédibilité de l'autorité politique.

Conclusion

Les théories biopsychologiques, écologiques et éthologiques associées aux programmes de prévention précoce, tels que les SIPPE, offrent (tout en s'imposant) une interprétation scientifique des inégalités sociales à travers une lecture biologique de la pauvreté (Parazelli, 2006). Ainsi, la marginalisation sociale et la pauvreté deviennent des déterminants de la santé et parfois comme des états de santé, des souffrances psychiques (Pelchat/Gagnon/Thomassin, 2006) et non des conditions sociales d'existence résultant d'un systè-

me politique et économique générant des inégalités sociales. En effet, l'occultation du politique fait en sorte qu'il transforme les droits en besoins et les inégalités sociales en déterminants de la santé (le droit résiderait seulement dans l'accès aux services standardisés de protection).

Imposés par des figures d'autorité, légitimées elles-mêmes par un regard positiviste de la science, les programmes de prévention précoce de la reproduction intergénérationnelle de la pauvreté auraient comme visée politique de renforcer le contrôle social en diffusant une représentation apolitique des problèmes sociaux, fondée sur un idéal d'harmonie exigeant l'autonomie sociale (adaptation sans conflit) et une morale de l'opérationnalité (sans dysfonctionnement) qui nourrisse bien l'imaginaire politique néolibéral actuel. Ce point de vue scientifique est celui du dogme qui ne reconnaît pas la valeur démocratique de la pluralité des interprétations sur le devenir humain, et de leur confrontation dans les lieux de conception des programmes et de pratiques. C'est pourquoi, nous sommes d'accord avec Mazouz et Rochet (2005, 83) lorsqu'ils nous mettent en garde contre les politiques globalisées de gestion des services sociaux fondées sur une vision positiviste de la gouvernance et des pratiques d'intervention.

Notes

- (1) Voir une définition plus élaborée de ce terme dans la section 2.2 de ce texte.
- (2) La source des informations contenues dans cet article provient de la littérature scientifique, de l'expérience d'intervention dans le domaine, de la documentation institutionnelle et associative et de l'expérience acquise au sein du Groupe d'étude critique de la prévention précoce mis sur pied en 2000 et dissous en 2009. En ce sens, il ne s'agit pas des résultats d'une recherche empirique en tant que telle, mais de réflexions découlant de ces pratiques. Voir l'analyse collective déjà développée par le Groupe d'étude critique de la prévention précoce (Parazelli *et al.*, 2003).
- (3) Ce discours sur le recours aux pratiques fondées sur des données probantes est des plus problématiques, dans le cas des SIPPE, compte tenu que ce programme s'est inspiré d'un autre programme dont l'évaluation des résultats n'a pas été probante justement. Il s'agit du programme NE-GS, Naître égaux et grandir en santé (MSSS, 2004b, p.10).

- (4) Recherche menée par la seconde auteure de cet article dans le cadre d'une maîtrise en travail social. L'objectif est d'analyser les repères normatifs guidant les pratiques de six gestionnaires des SIPPE en ce qui regarde le processus d'application du programme.

Bibliographie

- BOLTANSKI L., CHIAPPELLO E., 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- BOURGEAULT G., 2003, "L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation", *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, 2, pp.92-105.
- CLÉRO J.-P., 2007, *Qu'est-ce que l'autorité?*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2007, *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Réponse aux préoccupations des intervenantes et des gestionnaires œuvrant à l'implantation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à Montréal (SIPPE)*, Rapport de synthèse, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- FOESSEL M., 2005, "Légitimations de l'État. De l'affaiblissement de l'autorité à la restauration de la puissance", *Esprit*, mars-avril, pp.242-256.
- FONTAINE N., CARBONNEAU R., BARKER E.D., VITARO F., HÉBERT M., CÔTÉ S.M., NAGIN D.S., ZOCOLILLO M., TREMBLAY R.E., 2008, "Girls' Hyperactivity and Physical Aggression During Childhood Predict Adjustment Problems in Early Adulthood: A 15-Year Longitudinal Study", *Archives of General Psychiatry*, 65, 3, pp.320-328.
- GERVAIS J., TREMBLAY R.E., *Aux origines de l'agression. La violence de l'agneau*, Montréal, ONF (film documentaire).
- GOW LAIN J., 2008, "La notion de service public au Québec à l'ère de la gouvernance", *Télescope*, vol. 14, 1, pp.39-51.
- KARSZ S., 2004, *Pourquoi le travail social?*, Définition, figures, clinique, Paris, Dunod.
- KOJÈVE A., 2004, *La notion d'autorité*, Paris, Gallimard (1949).
- MASSÉ, R., 1999, "La santé publique comme nouvelle moralité", in FORTIN P., dir., "La réforme de la santé au Québec", *Cahiers de Recherche éthique* (Fides, Montréal), 22, pp.154-174.

- MAZOUZ B., ROCHET C., 2005, "De la gestion par résultats et de son institutionnalisation: quelques enseignements préliminaires tirés des expériences françaises et québécoises", *Télescope*, 12, 3, 2005, p.69-85.
- MENDEL G., 2002, *Une histoire de l'autorité. Permanences et variations*, Paris, La Découverte.
- MSSS, 2004a, *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS, 2004b, *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des services sociaux.
- PARAZELLI M., 2006, "La prévention précoce au Québec: prélude à une biologie de la pauvreté?", in Collectif Pas-de-0-de-conduite, *Prévention, dépistage des troubles du comportement chez l'enfant?*, Actes du colloque "Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans" (17 juin 2006), Paris, Société française de santé publique, pp.71-80.
- PARAZELLI M., HÉBERT J., HUOT F., BOURGON M., LAURIN C., GÉLINAS C., GAGNON S., LÉVESQUE S., RHÉAUME M., 2003, "Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques", *Service Social*, 50, pp.81-121.
- PELCHAT Y., GAGNON E., THOMASSIN A., 2006, "Sanitarisation du social et construction de l'exclusion sociale", *Lien social et Politiques-RIAC*, 55, pp.55-66.
- PETERS B.G., 2009, "Le service public et la gouvernance: Retrouver le centre", *Télescope*, 15, 1, pp.13-25.
- PIRON, F., 2003, "La production politique de l'indifférence dans le nouveau management public", *Anthropologie et Sociétés*, 27, 3, pp.47-71.
- QUÉBEC, 2003, *Gouvernement, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, projet de loi 25, Québec, éditeur officiel du Québec.
- ROBERT S., 1999, "Le néopositivisme et les enjeux actuels de la philosophie", in Actes du colloque "Auguste Comte et le positivisme deux siècles après", Tunis, (Tunisie), Académie des Sciences, des Lettres et des Arts, ministère de la Culture, pp.265-284.

ROUILLARD C., MONTPETIT E., FORTIER I., GAGNON A.-G., 2004, "Le managérialisme, la réingénierie et l'administration publique québécoise", in ROUILLARD C., MONTPETIT E., FORTIER I., GAGNON A.-G., dir., *La réingénierie de l'État. Vers un appauvrissement de la gouvernance québécoise*, Québec, PUL, pp.45-81.

TREMBLAY R.E., 2008, *Prévenir la violence dès la petite enfance*, Paris, Odile Jacob.

ZAOUÏ P., 2005, "L'ordre symbolique, au fondement de quelle autorité? ", *Esprit*, mars-avril, pp.223-241.

Les référentiels du social : raison instrumentale et horizons de sens ⁽¹⁾

Carine Dierckx

Institut Supérieur de Formation sociale et de communication (Isfsc),
Bruxelles, Belgique.

Institut Supérieur de Sciences humaines appliquées (Issh), Haute école
Louvain en Hainaut (Helha), Mons, Belgique

La domination d'une raison purement instrumentale, gestionnaire, dans les référentiels du social est interrogée à la lumière de la pensée de Charles Taylor, qui pointe, au cœur de notre situation, un malaise profond et un combat multiforme. En renouant avec différents horizons de signification au cœur de l'identité moderne, nous pouvons donner du sens aux référentiels et à la raison instrumentale, en les intégrant dans une perspective dialogique et réflexive.

Les changements rapides de ces dernières années, qui remodelent en profondeur les pratiques du travail social et l'articulation entre le secteur de la formation et celui des terrains professionnels, suscitent de nombreuses questions. Au cœur de ces changements, le recours à différents types de référentiels (référentiels de métiers, de formation, de compétences, etc.) cristallise des tensions et malaises significatifs tant chez les acteurs que chez les observateurs du champ social et de la formation. Les points de vue sont partagés sur le bien-fondé de ce recours, et sur les conditions d'une élaboration et d'une mise en œuvre pertinente des référentiels dans les contextes très divers des pratiques. Beaucoup d'acteurs sont mal à l'aise et s'interrogent sur le