

Nouvelles pratiques sociales



Les gestionnaires des SIPPE Entre sens du devoir et réciprocité

Suzanne Dessureault

Volume 25, numéro 1, automne 2012

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1017390ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1017390ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dessureault, S. (2012). Les gestionnaires des SIPPE : entre sens du devoir et réciprocité. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), 187–207.
<https://doi.org/10.7202/1017390ar>

Résumé de l'article

La présente recherche s'inscrit dans le champ d'études de l'intervention sociale en milieu institutionnel, dans un contexte marqué par les principes de la nouvelle gestion publique (NGP). Elle a été réalisée auprès de six gestionnaires mandatés pour appliquer le programme de prévention précoce connu sous le nom de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Son but est d'analyser les repères normatifs guidant les pratiques de membres du personnel de la santé et des services sociaux québécois qui occupent une position de cadre intermédiaire dans l'implantation, la consolidation et l'évaluation des SIPPE à l'échelle locale. Ces gestionnaires sont confrontés à certains aspects contradictoires ou paradoxaux du programme relatifs à la reconnaissance des jeunes parents pauvres dans la définition des problèmes et des visées de l'intervention.

Les gestionnaires des SIPPE

Entre sens du devoir et réciprocité

Suzanne DESSUREAULT
Organisatrice communautaire en CSSS

La présente recherche s'inscrit dans le champ d'études de l'intervention sociale en milieu institutionnel, dans un contexte marqué par les principes de la nouvelle gestion publique (NGP). Elle a été réalisée auprès de six gestionnaires mandatés pour appliquer le programme de prévention précoce connu sous le nom de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Son but est d'analyser les repères normatifs guidant les pratiques de membres du personnel de la santé et des services sociaux québécois qui occupent une position de cadre intermédiaire dans l'implantation, la consolidation et l'évaluation des SIPPE à l'échelle locale. Ces gestionnaires sont confrontés à certains aspects contradictoires ou paradoxaux du programme relatifs à la reconnaissance des jeunes parents pauvres dans la définition des problèmes et des visées de l'intervention.

Mots clés : gestionnaires de proximité; jeunes parents pauvres; programme de prévention précoce; repère normatif politique; nouvelle gestion publique en CSSS.

Our research fits in the field of social intervention in institutional environments and takes place in a context affected by the principles of new public management (NPM). It was realized with six managers carrying out the early prevention program known as the Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) for families living in a vulnerability context. The goal of the research is to analyze the normative reference points that guide the practices of health and social services middle managers who establish, consolidate and evaluate the SIPPE in Quebec on a local level. These managers are confronted to certain contradictory aspects of the program regarding the recognition of young, poor parents in the definition of the problems and goals of the intervention.

Keywords : proximity managers; young and poor parents; early prevention programs; normative political reference point; new public management (NPM) in CSSS.

INTRODUCTION

Que connaissons-nous des gestionnaires des SIPPE, de leurs regards sur les destinataires de ce programme, notamment les jeunes parents pauvres (JPP), des théories, des valeurs et des sentiments qui les guident dans l'accomplissement de leur mandat? Ces questions seront partiellement éclaircies grâce aux discours de six d'entre eux recueillis lors d'une recherche réalisée de 2008 à 2010. L'amorce de cet article se fera par une spécification de la problématique en apportant quelques précisions sur le programme SIPPE et en soulignant quelques-uns de ses éléments contradictoires. Suivra, en deuxième partie, l'identification des repères conceptuels, soit la dimension théorique, éthique, subjective-intersubjective et politique, par lesquels une part du réel des gestionnaires rencontrés sera rendue. Puis, précédée des motifs de sélection des outils méthodologiques, suivra la présentation de certains des résultats et l'ouverture sur quelques pistes de discussion.

ÉLÉMENTS DE PROBLÉMATIQUE

Parmi tous ceux qui évoluent dans l'univers des interventions étatiques, les cadres intermédiaires, catégorisés dans l'organigramme des CSSS « chefs d'administration de programmes enfance-famille », portent de lourdes responsabilités. Ils sont chargés, entre autres, de mener à bien l'opération SIPPE dans un contexte néolibéral clientéliste ou l'utilisateur-client devrait occuper une position centrale (Boisvert *et al.*, 2003:13). Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (MSSS, 2004) constituent un programme québécois né de la fusion de trois programmes de prévention précoce précédents: Naître égaux – grandir en santé (NÉGS – 1991), Soutien à l'éducation précoce (1997) et Soutien aux jeunes parents (PSJP – 2000). Ses bases théoriques s'inscrivent dans le modèle de l'écologie sociale. Les mères de moins de 20 ans et celles de 20 ans et plus dites à risque élevé (mères sans diplôme dont les revenus sont sous le seuil du faible revenu) constituent selon le cadre de référence (MSSS, 2004) l'une des cibles privilégiées à travers un parcours d'intervention sur cinq ans visant les objectifs suivants: la diminution de la morbidité et de la mortalité chez les bébés à naître, l'optimisation de la santé des enfants et l'amélioration des conditions de vie des familles. Le renforcement du pouvoir d'agir *empowerment* individuel est la stratégie d'action principale de ce programme. La précocité (dès la 12^e semaine de grossesse), l'intensité (accompagnement individualisé et suivi de grossesse jusqu'à l'entrée à l'école) et l'accompagnement de la participante par l'intervenante privilégiée, soutenue par une équipe multidisciplinaire, en sont ces principales caractéristiques.

L'axe central de ce programme est l'intervention individualisée (compétences parentales, attachement, projet de vie, visites à domicile, etc.), laissant en chantier le problème sociopolitique et économique des inégalités sociales, reconnu pourtant par le ministère comme étant l'une des sources principales des situations de vulnérabilité (MSSS, 2004). Alors que le problème (la cible) est la pauvreté, ce sont les JPP comme acteurs collectifs qui sont choisis pour cible par les concepteurs-énonciateurs du programme, et toutes les mesures convergent vers la responsabilisation individuelle des parents qui n'ont aucune conscience ni de leur appartenance à un tel collectif ni d'être étiquetés comme membre d'un groupe social à haut risque, car (Lesemann, 1999:589) :

Les groupes décrétés à risque [...] ne correspondent en effet à aucun groupe concret directement identifiable sur un territoire donné, ni ne partageant aucune identité commune. Ils ne sont qu'une construction abstraite [...] qui relève du niveau institutionnel global: celui de la régulation exercée par l'État, par le travail des épidémiologistes, des experts, des grands décideurs et des gestionnaires.

Autre paradoxe, le renforcement du pouvoir d'agir implique l'idée d'un changement social et suppose que les personnes soient les auteurs de l'action (Le Bossé, 1996), qu'elles participent pleinement aux décisions qui les concernent. Pourtant, leur participation réelle dans le programme semble problématique; ainsi, « [e]n dépit du vocabulaire très orienté sur le processus d'intervention communautaire, on ne trouve nulle part une préoccupation pour amener les familles que le programme demande de rejoindre à participer » (Bourque et Lachapelle, 2008:5).

L'application des SIPPE incombe aux cadres intermédiaires enfance-famille dans ses deux composantes: auprès des équipes de travail (volet accompagnement des familles) et des partenaires (environnements favorables). Entre la priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec d'appliquer ce programme, tout particulièrement auprès des JPP considérés comme acteurs collectifs, et leur volonté de privilégier des objectifs et des moyens individualisés pour venir à bout d'un problème structurel, les gestionnaires sont donc aux prises avec une contradiction; comment y font-ils face sur le terrain?

REPÈRES CONCEPTUELS

Deux paradigmes ont été sollicités: le déterminisme et l'actionnisme. Le sujet étant en partie déterminé, en partie libre de ses choix d'action, exposant alors sa force de transformation, sa capacité à faire bouger les choses, « [s]e trouve ainsi mise en évidence la pluralité des systèmes de normes que les acteurs mobilisent pour fonder le sens de leurs actions, de leurs engagements et de leur expérience » (De Coster, Bawin-Legros et Poncelet, 2001:105).

C'est en m'inspirant de la grille d'analyse des repères normatifs de Karsz (2004) que j'ai tenté de mettre à plat quelques-uns des éléments centraux qui guident les pratiques des chefs d'administration de programmes enfance-famille des CSSS dans le cadre du programme SIPPE, en contexte institutionnalisé de prévention précoce. Cette proposition méthodologique présentait l'avantage de placer en ballant le réel du travail et le discours sur le réel énoncé par les gestionnaires rencontrés en permettant de mieux comprendre de leur point de vue ces contradictions inhérentes au programme. Certes, Karsz s'adresse spécifiquement aux travailleurs sociaux, mais j'ai emprunté ses guides pour les transposer dans le champ disciplinaire de l'administration publique, lequel constitue une facette essentielle de la gestion du social (Maheu et Toulouse, 2003). Trois repères sont nommément proposés par l'auteur pour essayer de discerner ce qui oriente les pratiques: le théorique, l'idéologique et le subjectif. Par théorique, Karsz entend: la nécessité de savoir et de comprendre ce que l'on fait, d'objectiver avec rigueur ses

pratiques, de prendre acte de son positionnement théorique, en somme de faire enquête sur son travail; par idéologique : l'engagement et la partialité dans les enjeux sociopolitiques; par subjectif : l'investissement psychique, conscient et inconscient (Karsz, 2004 : 146). J'en ai fait une traduction qui, je crois, en respecte l'essence et le sens. Pour comprendre les pratiques des gestionnaires dans les SIPPE, j'ai conservé les repères théorique et subjectif, mais ajouté une dimension éthique et ai joint la dimension politique à l'idéologique.

La dimension théorique cherche à connaître (Fourez, 2002 : 62) « [...] toutes ces représentations que l'on se donne du monde. Loin de provenir uniquement des expériences qu'on vient de faire, elles dépendent toujours des idées que l'on acceptait au départ ». Les théories sont donc reliées au savoir expérimentiel des gestionnaires, acquis avant l'occupation de leur poste et depuis lors, mais aussi à celui de leur statut de citoyen.

La dimension subjective-intersubjective a été appréhendée à travers la relation à l'Autre (Ricœur, 1990), ici les jeunes parents pauvres. Dans un premier temps, en cherchant le sens accordé au travail, puis en faisant l'interprétation du rôle attribué, pour se concentrer sur le discours de réciprocité et d'intersubjectivité, ce qui pour Karsz constitue la prise en compte, lieu d'expression du politique (2004). La définition de culture politique proposée par Dion (1982 : 21), laquelle place la culture en pleine subjectivité, tout en éclairant l'angle politique du rôle des gestionnaires perçu et vécu par eux-mêmes, a été retenue :

Un système de structures symboliques axées sur des valeurs exemplaires apprises et assimilées par les individus et les collectivités, se manifestant sous la forme de schèmes valorisants reportés par ces derniers (sous la forme de valorisation) sur les objets valorisés et sur les sentiments du soi en situation, de même qu'agencées de façon à constituer des configurations sous la forme de types généraux.

La dimension éthique est abordée à travers les trois grandes familles classiques (Williams, 1996 : 1672) : déontologique, où la notion de devoir, incluant l'idée de justice et d'impartialité, constitue l'action juste; des vertus, qui consiste en l'idée d'une personne bonne allant de la sollicitude à la conviction, où l'obligation du devoir hétéronome cède la place au respect de soi et à l'engagement; conséquentialiste, qui englobe l'éthique utilitariste et de responsabilité sociale, et qui mesure les effets de l'action – impliquant donc une analyse prospective, téléologique – en cherchant les situations souhaitables.

La dimension politique retient trois angles pour mettre en lumière quelques-uns des aspects du politique en acte dans les SIPPE, comme il est décrit par les gestionnaires. Ce sont : le rapport à l'expertise et aux experts

des SIPPE – je me réfère ici au concept de champ familial politico-administratif de Dandurand et Ouellet (1995) –, la reconnaissance des JPP comme sujets politiques et l'engagement-exposition des « gestionnaires de proximité » (GP) par rapport aux points de controverse des SIPPE. C'est principalement avec McFalls *et al.* (2006), lesquels abordent le politique dans une perspective constructiviste, que j'ai tenté d'identifier ce qu'ils nomment le moment politique, qui est (2006:49)

[...] celui de l'indétermination relative qui arrive quand la domination rencontre la résistance et quand le consentement rencontre la contradiction. Le moment évoque l'aspect qualitatif d'une relation ainsi que la temporalité: c'est lors du moment politique que les relations sociales sont déterminées.

Enfin, Massé est un auteur fort important en raison de ses riches analyses, définitions conceptuelles et classifications relatives à la santé publique et à l'épidémiologie. Le concept de moralisation inscrit dans l'idéologie sanitariste servira également à mieux saisir la finalité des interventions en santé publique (2004:17, 18) :

[...] une analyse critique de cette vaste entreprise sanitaire montre que ses succès reposent sur un ensemble de proscriptions (interdits divers parfois sanctionnés par des réglementations) et des prescriptions (comportements sains, habitudes de vie, voire philosophie de vie saine) dont le succès repose sur une nouvelle moralité séculière.

REMARQUES MÉTHODOLOGIQUES

Il ne s'agit pas ici d'un cadre théorique appliqué systématiquement aux données, mais bien de repères théoriques complétés par de nombreux référents théoriques, introduits en cours d'analyse du corpus pour étayer les propos des gestionnaires ou apporter des éléments de compréhension.

L'échantillonnage par homogénéisation (Pires, 1997:159) a été effectué par choix raisonné avec intéressement de personnes compétentes dans une structure de CSSS. Ces dernières devaient nécessairement travailler en qualité de responsable du programme SIPPE ou avoir déjà exercé cette fonction. Les variables suivantes ont été retenues dans un objectif de diversification interne: la région, le sexe, l'âge, le nombre d'années dans l'administration publique et comme gestionnaire d'un programme de prévention précoce. Cet échantillonnage correspond à environ 5 % de l'ensemble des gestionnaires affectés aux SIPPE dans les CSSS québécois (soit cinq CSSS sur 95, où six CLSC différents sont représentés), ce qui est certes un pourcentage minime, mais non moins appréciable. La période de cueillette s'est échelonnée sur quelques mois, au printemps et à l'été 2008, soit environ quatre ans après la mise en œuvre du programme national. Les gestionnaires qui ont participé à

l'étude comptent dans leurs rangs une presque majorité de femmes; en effet, un seul représentant masculin faisait partie du nombre. Toutes sauf une sont issues du réseau de la santé et des services sociaux et confirment le portrait traditionnel de la dotation en personnel pour cette catégorie d'emploi. Les six personnes proviennent de CLSC implantés en milieu urbain et en région et sont autant de jeunes gestionnaires que de plus expérimentés. Les entretiens semi-dirigés selon la technique compréhensive (Savoie-Zajc, 2003:296) ont duré deux heures dans tous les cas sauf un. L'appellation « gestionnaire de proximité » (GP) a été retenue en raison de l'aspect fondamental de cette notion dans le choix et le travail des chefs d'administration de programmes.

L'analyse des données a été effectuée selon une méthode à la fois inductive et déductive, dans un rapport dialectique (Quivy et Van Campenhoudt, 1995:134), en cherchant à réaliser une description la plus riche possible, m'appuyant d'abord sur le narratif (objectif et subjectif des gestionnaires), mais aussi sur des données secondaires telle la littérature sur les SIPPE. Plusieurs cycles de lecture ont mené au repérage des mots et expressions significatifs pour chacun des GP, à leurs occurrences et à leur mise en relation; ensuite, une codification thématique a été effectuée (les mandats attribués et vécus, la gestion publique et privée, la pauvreté: représentations et expérience, les jeunes parents pauvres: liens et représentations, etc.), suivie par la mise en forme de catégories conceptualisantes (Paillé et Mucchielli, 2003:168) axées sur les quatre dimensions: théorique, éthique, politique et subjective. Des tableaux comparatifs et synthétiques ont été produits pour dégager les dominantes et faire ressortir ce que les GP soutenaient avec le plus de conviction ou d'esprit de doute.

L'examen de la question met en lumière cette réalité que les cadres intermédiaires exerçant dans des programmes de prévention sociosanitaire et, plus encore, les gestionnaires mandatés pour appliquer les SIPPE n'ont attiré, à ce jour, aucune attention particulière. Ces derniers jouissent pourtant, comme tous les autres cadres de cette catégorie, d'un pouvoir réel (Crozier, Friedberg et Bernoux, 2002) et leur contribution est reconnue dans le réseau de la santé et des services sociaux (Boisvert, 2007:17-18). Ils se trouveraient en position difficile dans une configuration de nouvelle gestion publique qui entre en compétition avec l'administration publique traditionnelle, où demeure vivant l'idéal de service public de dévouement (Mercier, 2006:382).

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET POINTS DE REPÈRE POUR UNE DISCUSSION

Les données sont présentées suivant les quatre dimensions retenues : théorique, éthique, subjective-intersubjective et politique.

La dimension théorique

D'abord, ce sont sur les théories relatives à la pauvreté, reflet du désir du vivre-ensemble, que sont appelés à s'exprimer les GP. C'est sur ce problème social, central dans ma recherche, qu'insistent le plus les GP. Voyons deux extraits :

[...] disons qu'elles partent d'un peu plus loin... disons que la pauvreté, c'est un obstacle important pour qui que ce soit, là, pour n'importe quel parent, peu importe l'âge. Parce qu'on considère que si les gens sont dans un contexte de pauvreté, inquiets du fait que leur logement est insalubre, qu'ils vont se faire mettre à la porte parce qu'ils n'ont pas payé, inquiets parce qu'ils ont des dettes, inquiets parce que les dépenses sont plus grandes que les revenus, bien là, on est en survie, et n'importe qui va être plus préoccupé de sa survie que de jouer avec l'enfant. Pour faire ça, il faut être bien, il faut avoir moins de facteurs de stress, il faut être dans des conditions plus favorables pour y arriver. (GP2)

Pour moi, c'est ça, ce sont des gens qui vivent de façon marginale à cause des structures aussi; tu sais, quand on parle de l'approche structurelle... comment les inégalités sociales renforcent ce cercle vicieux de la pauvreté, moi, je trouve qu'ils sont en plein là-dedans. Évidemment, il y a tout l'aspect très opérationnel d'être un parent, comment on se comporte avec un parent quand on n'a pas beaucoup d'expérience, quand on n'a pas beaucoup d'expérience de la vie. Moi, j'ai eu ma fille, mon Dieu, j'avais l'impression que j'avais 16 ans. (GP5)

Pour quatre GP, la pauvreté s'explique par des facteurs externes (Moreau, 1987), alors que la thèse culturaliste (Paugam, 2002:20) est soutenue par deux GP :

Comme un incident de parcours, oui, il y a des clientèles dont la famille était pauvre, qui sont eux-mêmes pauvres et leurs grands-parents l'étaient aussi... c'est de génération en génération, mais c'est difficile à expliquer. (GP1)

Les théories porteuses d'actions vont puiser dans le terreau du travail social (individuel et communautaire) et des sciences infirmières. Sur les six agents publics rencontrés, quatre proviennent du travail social, une avait une formation en sciences humaines et une pratique gestionnaire dans le communautaire, une autre, enfin, était infirmière. Trois grandes familles

théoriques se dessinent : celle reliée au socle du métier de base¹, celle rattachée à l'univers gestionnaire et enfin, la troisième, celle forgée par la pratique, en va-et-vient avec les savoirs théoriques.

Dans la famille du métier de base, la reconnaissance partagée par tous les GP de l'apport essentiel des acteurs communautaires dans la réussite du programme apporte une vision décentrée du monde institutionnel et permet une ouverture constructiviste. Ayant presque tous travaillé comme praticiens dans ce programme, ils ont acquis une connaissance directe des partenariats avec les organismes et ont pour ces derniers le plus grand respect, revendiquant pour eux un meilleur financement étatique. L'empreinte du métier de base est marquante pour cinq GP. Ces derniers le soulignent et s'y référeront souvent au cours de l'entretien :

Comme gestionnaire, je me positionne souvent encore comme clinicienne. (GP1)

[...] je suis intervenant à la base [...]. (GP5)

Plusieurs théories se situent dans la pensée épidémiologiste (intervention précoce, dépistage-monitorage, prédictibilité, intensité, dévoilement à domicile), inscrite dans l'enjeu éthique de moralisation des « groupes à risque » (Massé, 2004). Deux passages sont retenus :

Même si c'est beaucoup de ressources, il n'y en a jamais assez, mais souvent, c'est plus intéressant de faire ça et d'investir au bon moment plutôt que de te retrouver plus tard dans les hôpitaux, dans les services spécialisés en psychiatrie ou à Pinel, etc. (GP4)

Tout le continuum de service, l'accessibilité, la continuité des services; de plus en plus, on réfléchit, on le sait que de donner des services en intensité en début de demande, en début de problématique, ça a un plus grand impact que de donner à long terme, une rencontre par semaine ou une rencontre aux deux semaines [...]. (GP1)

Dans la catégorie des théories relatives à l'univers gestionnaire se détache celle que j'appelle « la chaîne de bienveillance de l'intervention SIPPE » où le poids lourd des JPP, rendu par la plainte des intervenantes, est contrebalancé par le sentiment d'attachement. La « lourdeur des cas » est allégée par les collègues venues en renfort. Cette analogie se dégage des propos de cinq GP, faisant de celle-ci une théorie importante. L'exemple suivant rend bien cet appui à l'aide des intervenantes :

1. Le métier de base est ainsi nommé pour marquer l'importance valorielle et expérientielle du métier exercé avant celui de gestionnaire; l'influence de ce métier se révèle marquante dans les pratiques des gestionnaires dans le domaine public.

[...] moi, je trouve qu'il y a plus de risque d'épuisement. Pour être capable de prendre soin des autres, il faut prendre soin de soi, et l'équipe interdisciplinaire, c'est ce qu'elle nous permet, de prendre soin des intervenantes pour qu'elles soient capables de prendre soin des clients, parce que dans certains dossiers, c'est très difficile, il faut apprendre à ne pas être dans la piscine avec le client [...] des fois je trouve que les intervenantes sont en survie aussi, c'est comme pour la clientèle. (GP6)

Les GP sont également influencés par les sous-théories de marketing social, le programme SIPPE étant vu comme un produit à vendre aux parents, et par la sous-théorie de la nouvelle intervention publique (Massé, 2004) axée sur l'autonomisation des populations ciblées par la santé publique et le recours à son instrument privilégié : l'approche d'*empowerment* individuel.

La dimension théorique s'enrichit de la réflexion des pratiques des GP et révèle la vitalité de la confiance en l'expérience, au jugement professionnel de leurs équipes, au relationnel intersubjectif qui prend naissance dans la clinique de l'intervention, entraînant une relativisation des prescriptions de la santé publique.

Oui, parce que, dès le début, on a dit : ça ne fonctionne pas. Tout le monde se disait : on ne les rejoint pas, les jeunes, ils ne viennent pas, ça ne marche pas la prescription, etc. On se disait : il y a d'autres moyens. Pour nous autres, le groupe, ça a marché pratiquement tout de suite. Il y a aussi l'approche des intervenantes, [...] qui ont travaillé dans ce programme-là, elles sont à l'aise avec cette clientèle-là, aussi elles ont du plaisir, ça fait que ça allait bien et elles ont établi des liens de confiance [...] (GP3)

Le « *beau petit programme qui fait entrer dans de petites cases* » (GP3) ne passe pas le test de la pertinence et de la faisabilité aux yeux de cette GP. Malgré sa déception due au manque d'écho de la santé publique après les demandes réitérées de modifications importantes au programme, c'est le pragmatisme critique qui la guidera :

Il faut se faire confiance et se dire : regarde, je vais me servir de ça parce que je pense que ça peut être un plus, oui... j'ai de l'argent, j'ai du monde, ça m'ouvre un poste, peut-être, je vais faire ce que je peux, puis je vais faire mieux, mais je ne vais pas faire tout ce qui est marqué là-dedans. Je pense que c'est plus ça que je dirais comme gestionnaire, je dirais : hey, nous faire entrer dans des petites cases comme ça, pis nous dire t'appliques ça là... non. (GP3)

La dimension éthique

L'éthique du devoir, pour les GP, consiste à se percevoir comme un agent public qui prend soin, qui protège, qui agit avec un sens de justice, qui veille à la qualité des services; voilà qui résume le sens et l'esprit des propos défendus par la grande majorité d'entre eux. L'interprétation de la responsabilité populationnelle, mandat qui échoit aux CSSS, est traduite en ce sens, prenant corps dans le même terreau que les valeurs fortes d'agent public vocationnel défendues :

Il faut dépasser l'attente. Donc pour moi, l'approche client, on voit avec les projets cliniques du ministère... on avait comme oublié les clientèles vulnérables, les clientèles particulières, les jeunes en difficulté, santé mentale, on les avait comme oubliés, au travers des services généraux, au travers d'une philosophie de non-volontariat, et on les ramène, on a des clientèles particulières, on a une responsabilité populationnelle [...] (GP1)

Pour la majorité des GP, la tâche de veiller au sort de toute une population, particulièrement de son segment le plus vulnérable, se bute à leur volonté de respecter l'autonomie de l'Autre. Le paternalisme dur (Feinberg, cité dans Massé, 2004: 121) ouvre sur l'intersubjectivité :

[...] c'est d'être présent et de donner les ressources, et de donner ce qu'il faut, mais en même temps, de donner ce qu'il faut dans le respect de ce que ces gens, de ce que ces personnes-là veulent. Pour moi, il y a comme une forme d'intrusion dans la vie des gens qui se veut bienveillante [...] (GP5)

[...] on a une obligation d'offrir, et ça, ça devrait être clair partout; on a une obligation d'offrir cette intensité-là, mais la famille n'a pas l'obligation d'accepter l'intensité [...] la famille décide, elle, si elle la veut ou pas, et dans quelle intensité elle la veut (GP6).

La reddition de comptes constitue un autre type de devoir qui marque la pratique gestionnaire :

(Puis combien de JPP dans votre territoire visiez-vous?) Je pense qu'à [nom du CLSC], à l'époque, je pense qu'il fallait en viser 26, je pense qu'il y en avait 34, 80 % de 30, je pense que c'était 26. Il fallait viser 80 % là, je pense, on était subventionné pour 80 %, il fallait en rejoindre 80 %. Ça fait qu'il fallait en rejoindre 26; évidemment qu'on n'en rejoignait pas 26, parce que c'est une moyenne qu'ils avaient faite, là, mais on a commencé tranquillement comme ça. (GP3)

Il est impérieux de recruter ces jeunes femmes enceintes si difficiles à rejoindre. Le devoir de prescription se pose en contradiction au respect de l'autodétermination des parents ciblés par le programme nourri par une adhésion des GP rencontrés à l'une des valeurs phares des CLSC, le volontariat.

L'éthique de vertus des GP du programme SIPPE revêt deux formes : la transparence du discours dans leur rôle de transmetteur des directives et des politiques, et la patience-persévérance devant la réponse jugée déficitaire des jeunes.

Rendre claires les attentes des instances supérieures est une obligation morale que soulignent quatre GP, cela pour ne surtout pas duper leur personnel, ce qui serait jugé très grave. La patience et la persévérance sont les vertus requises pour rejoindre les injoignables. Ces vertus se construisent en rempart contre la crainte de l'échec du programme ou de la moindre atteinte des résultats quantitatifs, vertus qu'il faut cultiver devant les réponses décevantes des jeunes. Tout vise à créer et à garder le lien comme on le ferait pour son propre enfant, exemple du paternalisme faible (Feinberg, cité dans Massé, 2004 : 121), à ne surtout pas couper le fil avec les parents, à le maintenir et à persévérer, surtout dans les moments de distance et d'absence :

Tu as souvent un sentiment d'échec parce qu'ils ne viennent pas ou ils déménagent ou ils viennent quand tu ne prévois pas [...] C'est comme ça, donc tu ne peux pas le fermer [son dossier] parce qu'elle ne vient pas à ses rendez-vous [...] je leur disais, laisse-le ouvert, envoie-lui des lettres quand on fait une fête [...] nous autres, c'était juste d'établir un lien et de le garder, le lien. (GP3)

L'éthique conséquentialiste jauge les conséquences des actes dans les SIPPE et celles des SIPPE dans la vie des JPP en se raccordant au principe d'incertitude en santé publique (Massé, 2004). Poser la question des effets des SIPPE, c'est se trouver inévitablement face à des dilemmes moraux.

L'éthique utilitariste s'illustre dans la phase de recrutement des jeunes, notamment lors de la présentation des SIPPE et du programme OLO (aide alimentaire pour femmes enceintes). La présentation du programme comme tel aux personnes ciblées est parcellaire pour éviter l'apeurement des JPP et laissée à l'arbitraire des intervenantes :

[...] et lors de l'entretien téléphonique, ça leur est dit que pour avoir les coupons OLO, il faut poursuivre un suivi avec un intervenant de prise en charge qui va entrer en contact avec elles et on ne précise pas que c'est un programme pour cinq ans [Non?] Non... ça fait peur, ça. (GP2)

Quant à OLO, il ouvre la porte des SIPPE, qui ouvrent la porte du domicile. La remise de denrées aux participantes est, selon les GP, à la fois la carotte et le bâton, puisqu'elle est souvent assortie de l'obligation de visites à domicile. Pour la moitié des GP, il serait acceptable d'user de ces stratagèmes pour garder les jeunes, donc d'agir en conformité au mandat dévolu, alors que l'autre moitié se questionne, y voyant davantage des méthodes qui risquent de devenir coercitives et intrusives, et à ce titre, contestables à leurs yeux.

Mais en même temps, avec ce que je vous ai dit tantôt, on ne poussera pas trop sur le « reaching out », on a de la misère à suffire à ce qu'on a là. En même temps, pour moi, il y a aussi toute la notion d'intrusion, jusqu'où on se permet d'être intrusif, ça c'est une question éthique, même, je dirais. (GP5)

[...] et c'est sûr que, effectivement, le programme, il peut avoir cette... tu sais, les jeunes qui sont suivis dans le programme, ou si l'intervenant est un peu moche, ou alors s'il respecte le programme « by the book », mais pas dans les aspects d'empowerment, de relation de confiance, d'accompagnement, ça peut devenir intrusif (GP4).

Étant l'un des groupes d'agents publics de la chaîne de production des SIPPE, les GP ont été appelés à parler des conséquences, des impacts anticipés ou attestés du programme après quatre années d'application. L'incertitude caractérise les réponses abondamment nourries et une crainte immense est exprimée, allant à l'encontre des valeurs portées, de tout de ce qui est nommé comme les effets pervers du programme.

Ça, ça vient en conflit avec mes valeurs d'intervenante [...] Et est-ce qu'on n'est pas en train de mettre un effet pervers? Un effet pervers: ma madame qui a les habiletés, qui les a développées, qui a tout ce qu'il faut, qui est stimulante, qui a créé son lien d'attachement avec son petit bébé, on lui dit qu'on va être là jusqu'à ce que son enfant ait cinq ans. Est-ce qu'on est en train de lui dire qu'elle ne les a pas, les habiletés? C'est nous autres qui les avons, les experts, on le sait; c'est mon inquiétude dans les SIPPE. (GP1)

Ce qui fait le poids des SIPPE pour les GP et en détermine la consistance est la foi, la croyance-confiance, l'espoir que cet ambitieux et coûteux programme aboutisse à des effets heureux pour les familles participantes.

La dimension subjective-intersubjective

Trois éléments sont retenus pour parler de cette dimension: le sens du travail, le degré d'identification à ce qui est appelé la culture gestionnaire et les formes de prises en compte des destinataires des SIPPE.

Quel est le sens du travail recherché par les GP? Pour trois d'entre eux (GP2, GP3, GP5), l'utilité sociale ressort avec le plus de force en s'impliquant directement là où ça peut faire une différence: dans des comités, auprès de leur personnel qui a besoin d'eux, dans des formes de lutte aux injustices sociales; la transmissibilité des savoirs est partagée par deux gestionnaires (GP3, GP6), puis viennent les motifs au cœur du travail d'une majorité d'entre eux, soit la diminution des vulnérabilités et des souffrances, l'espoir d'améliorer le sort des enfants, ce qui correspond au but proclamé des SIPPE, nourri par la croyance affirmée au programme SIPPE.

Partant du concept de culture politique de Dion (1982:21), une classification des valorisations principales défendues ou rejetées par les GP a été effectuée, depuis les trois cercles culturels que sont l'administration publique, la santé publique et la NGP. Du côté de l'administration publique, les valorisations principales défendues par les GP sont le dévouement, la reconnaissance de l'importance des syndicats, l'équité, le droit des populations aux services; celles reliées à la santé publique (Massé, 2004): la justice, la bienfaisance et le paternalisme, la liberté-vie privée-autonomie, la solidarité, la responsabilité; enfin, celles reliées à la NGP: la responsabilisation qui échoit aux GP constitue la principale valorisation, atténuée par la crainte du risque de surresponsabilisation. Les valeurs non valorisées se retrouvent principalement du côté de la NGP et se déclinent ainsi: les trois « E », soit efficacité, efficacité et économie (Merrien, 1999), qui mènent à l'isolement des GP et à leur éloignement des équipes, qui constituent un aiguillon dans ce qui représente le cœur de leur travail au quotidien, la lourdeur de la tâche et les « mille mandats » (GP4). Le risque de surresponsabilisation des cadres intermédiaires devient réalité. Tous les gestionnaires rencontrés se voient comme des leaders, des porteurs de changement, mais aussi des facilitateurs auprès de leur personnel, des serviteurs du bien public.

Peurs et menaces sont exprimées dans un contexte de NGP. La vie en CSSS exige une mobilité de tous les jours, ce qui a pour effet de créer un éloignement avec les personnels, entraînant frustration et culpabilisation. Trois GP verront donc négativement la perte de proximité avec leurs équipes dans le contexte de travail multisites propre à la structure CSSS (GP1, GP2, GP5). Cette proximité qui leur avait fait choisir ce poste de cadre intermédiaire s'inverse dans la réalité pour devenir éloignement et stress. C'est la promesse du retour et d'une rencontre annoncée qui tient lieu de présence pour les employées, alors que la culpabilité de l'éloignement et l'anxiété générée par les rendez-vous à la sauvette ne cessent de tourmenter les GP. Une autre facette à la proximité-éloignement est l'omniprésence des technologies informationnelles, lesquelles rendent présent l'absent.

L'application des méthodes de gestion privée au domaine public place la majorité des GP en tension et en contradiction avec leurs valeurs :

Oui, on le voit par les fameuses statistiques qu'on reçoit, puis lorsqu'on nous dit: « Là, il va falloir être plus efficace. » Quand j'aperçois un document du ministère qui s'appelle « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité de qualité, d'efficacité et d'efficience », quand je présente ça à mon équipe, ils accrochent sur le titre, ils disent: « Qu'est-ce que ça veut dire? » Quand on entend le directeur général dire: « On va viser la performance parce que le sous-ministre veut que le système de la santé soit efficace, performant, efficace »,

que tu le veuilles ou non, comme cadre intermédiaire... Moi, je ressens cette pression-là, je me sens coincé entre cette forme de pression là et le respect de ce que les gens font, depuis toujours, en CLSC [...] (GP5)

[...] quand je reçois des papiers de la santé publique qui me disent : là, vous êtes juste à 40 %, et que nos patrons ici prennent ça et ils disent : « Bien là, ça ne marche pas tes affaires parce que tu es juste à 40 %, il faut que tu augmentes tes statistiques. » Que je m'en vais dire à une infirmière qui roule comme une folle tous les jours : « Il faut augmenter nos statistiques. » Ça, ça joue sur le climat de travail, ça joue sur la tension, ça rajoute, puis ça fait à un moment donné comme : « Lâchez-nous avec les statistiques, puis venez voir ce qu'on fait sur le terrain. » (GP5)

Ce passage poursuit la critique de cette multiplication des charges et pointe les cadres supérieurs pour leur aveuglement ou leur déni devant l'ampleur et la complexité du travail de GP en CSSS :

[...] je commence à sentir qu'on réalise que la tâche des gestionnaires intermédiaires est plus grande que ce que le gestionnaire avait en étant en CLSC. [...] Comment se fait-il que la tâche soit toujours aussi grande? [...] On a changé le système informatique; on est en train de changer le système téléphonique, changer le système de paie; si on essaie de faire toutes ces affaires-là : formation, mesures d'urgence, formation en cas de pandémie, formation... si on essaie de tout faire en même temps, c'est sûr qu'il manque de vision de planification, c'est sûr que ça crée un essoufflement. (GP2)

Maelström étourdissant qui est fort préjudiciable, comme on a pu le constater. Ce gestionnaire vient apporter ici son précieux témoignage en regard des méfaits de cette situation :

J'étais beaucoup dans l'urgence, des piles et des piles et des mandats qui débarquent de partout, et de la direction générale, et de la santé publique, et d'ici et de là, qui ne sont pas nécessairement réalistes [...] (GP4)

Le dernier élément de la subjectivité abordé dans cette recherche est la similitude et la réciprocité avec les JPP. Loin de se sentir à des milles de distance, cinq GP affirment que les préoccupations concernant les JPP prennent corps invariablement dans une relation du pareil, du similaire, de la connaissance expérientielle, laquelle fait naître un sentiment de proximité, de compréhension. Voici un passage qui rend bien ce souci de l'Autre :

Je me dis toujours : si moi j'étais un JPP, si moi ça m'arrivait, est-ce que je voudrais avoir toute une équipe qui débarque chez nous et qui va tout me dire, qu'est-ce qui est bon pour moi, ce qu'il faudrait que je fasse dans la vie pour être heureuse, puis pour réussir avec mon enfant, est-ce que j'aimerais ça, moi, avoir tout ça? [...] je me pose... je me suis toujours posé ces questions-là. Je dis aux intervenants : « hey wow, aimerais-tu ça, toi...? Transpose ça un peu, si c'était ton enfant et si on avait fait ça dans ta situation... » (GP3)

Dans cet autre extrait, la réflexivité critique se mêle à la réciprocité, mais également à un difficile sentiment d'impuissance face aux situations de pauvreté vécues :

[...] c'est vraiment mon opinion personnelle... mais des fois, j'avais l'impression que j'étais là un peu pour dire aux gens: « Oui, ce n'est pas facile ta réalité de pauvreté, je comprends, ce n'est pas facile, mais on va essayer de travailler à améliorer finalement tes conditions pour que ce soit plus vivable, mais c'est ça ta condition, ça fait qu'il faut que tu l'acceptes, il faut que tu acceptes cette condition-là, on va essayer de voir comment tu pourrais t'en plaindre moins finalement. » Quand, dans le fond, demain matin, je n'aurais pas envie de prendre leur place; moi non plus, je ne vivrais pas bien dans ces conditions-là. En même temps, je ne voyais pas nécessairement de solution comme telle à la pauvreté. (GP2)

Dimension politique

C'est par trois angles d'approche que la dimension politique est appréhendée : le rapport à l'expertise et aux experts, la reconnaissance des parents et l'engagement des GP.

Que nous disent les GP quant au rapport à l'expertise et aux experts? Quatre des six GP considèrent importantes l'approbation et la validation de leur travail dans les SIPPE par les responsables de la santé publique : (GP1, GP2, GP4, GP6). Les concepteurs-énonciateurs du programme sont reconnus comme ayant de « bonnes intentions » (GP3), les recherches sur lesquelles s'est construit le programme sont fiables (GP4), en somme, la confiance envers le programme et les concepteurs-énonciateurs semble acquise pour la majorité des GP. Ce sentiment de confiance se trouve néanmoins ébranlé par l'affirmation du souci des effets du programme et de la non-concordance des prescriptions avec les attentes des parents, plaçant en position de doute, d'incertitude tous les GP.

Le second angle d'approche de la dimension politique se concentre sur la reconnaissance des parents en qualité de sujets politiques, reconnaissance qui se forge dans les moments de négociation lors de l'intervention. Il faut rappeler toutefois que ce n'est pas dans un face-à-face que les GP rencontrent les JPP, mais à travers l'intervention racontée des agentes SIPPE (infirmières, travailleuses sociales). Ces moments apparaissent le fait de parents jugés connaisseurs, de parents que nous pourrions qualifier d'experts de l'intervention sociale par l'expérience acquise. Ces derniers, en refusant telle ou telle prescription du programme, rendent nécessaire un certain rééquilibrage, fragile et éphémère, des forces en présence. Cette négociation redessine certains paramètres de l'intervention :

Dans certaines histoires de familles négligentes, il y a quand même de la résistance à tout service. De toute façon, pour eux autres, c'est la même affaire, santé et services sociaux; pour eux, c'est la même chose, mais pour ne pas perdre ces familles-là, on accepte de négocier l'intensité. [...] Il y a une forme de négociation avec les familles. (GP1)

La reconnaissance des parents par la santé publique est, selon le témoignage de l'une des GP (GP5), inexistante. En effet, dans l'évaluation des SIPPE, par exemple, les parents jouent au mieux un rôle de figurants ou de faire-valoir, ce qui force à un rappel des prétentions de la santé publique concernant cette épineuse question qu'est la participation des « cibles ».

Oui, ils ont une certaine place; en même temps, je vous renvoie à une recherche qui est faite par l'Université de Montréal: eux s'intéressent vraiment au PSJP, aux jeunes parents, ils se promènent partout... [C'est sur 5 ans, je pense?] Je suis allée à une de ces rencontres-là, où il y avait deux parents, il y avait un jeune père et une jeune mère. Je trouvais intéressant qu'ils soient là, en même temps, je me disais « ce n'est pas représentatif, tu as deux personnes dans une rencontre avec 50 intervenants... ». Idéalement, si on voulait être très démocratique, il faudrait les assoir à beaucoup plus de niveaux que ça, on pourrait en avoir avec nous autres dans nos rencontres, puis il pourrait y en avoir à la santé publique aussi qui viennent s'assoir. Je pense qu'ils pourraient prendre plus de place, oui!

Parmi les écrits sur le sujet, une recherche en cours de réalisation (Gendron, Goulet et Dupuis, 2008) permet de constater que les JPP, reconnus dans le discours comme acteurs, doivent subir leur mise à nu par la consultation systématique et en profondeur des notes des infirmières, des travailleurs sociaux et autres experts des SIPPE apparaissant dans leur dossier au CLSC. En somme, l'inscription aux SIPPE et la participation à ces recherches impliquent l'intrusion effective dans la vie privée des parents et de leurs familles.

Le troisième aspect de la dimension politique porte sur l'expression de défiance par l'engagement et l'exposition des GP au sein d'instances de pouvoir par rapport au programme et aux JPP. L'engagement, qui est une vertu, diffère selon que l'on est dans le monde managérialiste ou dans celui de l'administration publique. Pour le premier, l'engagement rejoint les objectifs valoriels de la NGP (Ménard, 1997:60,61) et se résume à une maîtrise de situations basée sur une responsabilisation individuelle et sur les compétences, alors que la valeur d'engagement de l'administration publique interpelle des sujets dévoués à la chose publique (Mercier, 2006:382).

Au moment de l'entrevue, cinq des GP participaient (ou avaient déjà participé) dans leur région à l'instance regroupant les GP autour des programmes de prévention, lieu possible d'écoute de leurs doléances. Deux

parmi ces cinq sont particulièrement revendicateurs. Ils souhaitent démontrer l'aberration statistique qui consiste en l'impossibilité de comptabiliser les interventions de groupe.

Autre revendication qui témoigne de leur engagement : la diminution de l'intensité du programme. Ils parleront souvent de l'intensité prescrite, au cours des entretiens, comme étant une contrainte et un casse-tête sur le plan clinique (GP2), un objectif insensé (GP3), et ils défendront leur position lors de telles rencontres régionales. L'intensité est décriée avec force quand il est question des JPP, et comme il a été mentionné précédemment, cette injonction d'intensité vient pour certains GP en contradiction avec leur valeur de respect des personnes, les amenant à s'y opposer avec véhémence :

Là où je trouvais que moi je dérogeais parce que quand j'allais à la santé publique... [Délinquante, vous disiez tout à l'heure!] Oui, c'est ça que je disais : « Écoutez, ce n'est pas possible, vos prescriptions, tant de fois par semaine à domicile, ils ne veulent même pas qu'on y aille, ils ne sont pas là. » [L'intensité?] L'intensité de suivi, c'est un moyen, et ce n'est pas une fin en soi [...] (GP3)

CONCLUSION

Le fait de choisir ces repères théoriques inspirés de Karsz donne une certaine connaissance des GP à partir de leur vision, de leur réflexion sur leur travail au quotidien en immersion dans les SIPPE. Travailler avec les quatre dimensions-guides que sont le théorique, l'éthique, l'intersubjectif et le politique, enchevêtrés dans un perpétuel corps à corps qui s'interrompt parfois pour laisser place à une entente précaire, a fait surgir des récits qui nous rapprochent des dilemmes moraux auxquels font face les GP. Cette porte ouverte a également permis de mettre en lumière un discours porteur de changement ou du moins critique en ce qui a trait aux pratiques gestionnaires. Ainsi, partant de la foi dans un programme, de la confiance au corps d'experts (Dandurand et Ouellet, 1995) qui a façonné les SIPPE, les GP, riches de leur expérience et de leurs savoirs concernant les JPP, vont remettre en question certains des éléments fondamentaux, comme l'intensité et la durée du programme, allant jusqu'à présenter des requêtes à la santé publique.

En outre, contrairement à ce à quoi je m'attendais, ce n'est pas l'éthique qui orienterait les prises de position et les actions à visée politique; cette dimension ne m'est apparue en somme qu'un produit, une résultante. Ainsi, la dimension subjective serait un levier beaucoup plus puissant quant au potentiel d'analyse réflexive critique et d'agir politique des GP. C'est le sujet

dans le monde, en relation avec l'Autre qui semble déterminant : les GP dans leur relation avec les JPP passés ou actuels, avec leur expérience de la pauvreté (comme témoins ou comme acteurs).

Par ailleurs, cette méthodologie, qui s'appuie exclusivement sur le discours des sujets, est difficile à valider. C'est précisément cet obstacle que je voulais surmonter en m'engageant en deuxième partie de ma recherche dans une certaine forme d'analyse du discours et de sa confrontation avec le réel. J'ai pu alors mesurer la justesse des propos à teneur politique défendus par les GP en rendant visibles les traces des revendications, des prises de position pour transformer les SIPPE et ainsi accroître la validité de cette démarche avec les GP. La diversité de l'échantillonnage laisse penser que les GP qui se portent à la défense des destinataires en situation de pauvreté sont plus nombreux qu'on pourrait le croire; peut-être ne se rendent-ils pas assez visibles collectivement?

BIBLIOGRAPHIE

- BOISVERT, Y., JUTRAS, M., LEGAULT, G. A. et A. MARCHILDON (2003). *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*, Montréal, Liber.
- BOISVERT, J.-C. (2007). « L'animation des changements dans les établissements : que se passe-t-il à la base? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 3, n° 2, 17-18.
- BOURQUE, D. et R. LACHAPPELLE (2008). « Les pratiques d'organisation communautaire en CSSS à l'épreuve des programmes de santé publique », *Service social*, vol. 54, n° 1, 23-39.
- CROZIER, M., FRIEDBERG, E. et P. BERNOUX (2002). « L'analyse stratégique ou l'approche organisationnelle de l'action collective », dans G. MENDEL et J.-L. PRADES, *Les méthodes de l'intervention psychologique*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 19-28.
- DANDURAND, R. et F.-R. OUELLET (1995). « Famille, État et structuration d'un champ familial », *Sociologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, 103-119.
- DE COSTER, M., BAWIN-LEGROS, B. et M. PONCELET (2001). *Introduction à la sociologie*, 5e édition, Bruxelles, De Boeck.
- DION, L. (1982). « Éléments d'un schéma pour l'analyse des cultures politiques », *Recherches sociographiques*, vol. 23, n° 3, 317-333.
- FOUREZ, G. (2002). *La construction des sciences, les logiques des inventions scientifiques*, Bruxelles, De Boeck.
- GENDRON, S., GOULET, C. et G. DUPUIS (2008). « Les SIPPE et l'accompagnement prénatal des jeunes parents », Communications affichées des JASP. En ligne : <<http://jasp.inspq.qc.ca/Default.aspx?pageid=34&Annee=2008&NoAffiche=65>>. Consulté le 9 mars 2013.

- KARSZ, S. (2004). *Pourquoi le travail social? Définitions, figures, clinique*, Paris, Dunod.
- LE BOSSÉ, Y. (1996). « Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 9, n° 1, 127-145. En ligne : <<http://www.erudit.org/revue/nps/1996/v9/n1/301353ar.pdf>>. Consulté le 9 mars 2013.
- LESEMANN, F. (1999). « La pauvreté : aspects sociaux », dans F. DUMONT, S. LANGLOIS et Y. MARTIN (dir.), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Presses de l'Université Laval, 581-603.
- MAHEU, L. et J.-M. TOULOUSE (1993). « Gestion du social et social en gestation », *Sociologie et sociétés*, vol. 25, n° 1, 7-24.
- MASSÉ, R. (2004). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, 2^e édition, Québec, Presses de l'Université Laval.
- McFALLS, L., LIORZOU, N., PERREAULT, J. et A. MOT (2006). *Construire le politique. Contingence, causalité et connaissance dans la science politique contemporaine*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- MÉNARD, C. (2007). « Les valeurs : éléments clés de la performance du secteur public », dans M.-M. GUAY (dir.), avec la collaboration de G. ÉTHIER, J. TURGEON et R. PARENTEAU, *Performance et secteur public. Réalités, enjeux et paradoxes*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 55-75.
- MERCIER, J. (2006). *L'administration publique. De l'école classique au nouveau management public*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- MERRIEN, F.-X. (1999). « La nouvelle gestion publique : un concept mythique », *Lien social et politiques*, vol. 41, 95-103.
- MOREAU, M. (1987). « L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle », *Service Social*, vol. 36, n°2, 227-243.
- MSSS – MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- PAILLÉ, P. et A. MUCCHIELLI (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin.
- PAUGAM, S. (2002). « La pauvreté : une prénotion », dans *La disqualification sociale*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige », 2^e édition, 18-25.
- PIRES, A. (1997). « De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales », dans J. POUPART, L.-H. GROULX, J.-P. DESLAURIERS, A. LAPERRIÈRE et R. MAYER, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 4-55.
- QUIVY, R. et L. VAN CAMPENHOUDT (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*, 2^e édition, Paris, Dunod.
- RICÉUR, P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Paris, Éditions du Seuil, coll. « Points. Essais ».

- SAVOIE-ZAJC, L. (2003). « L'entrevue semi-dirigée », dans B. GAUTHIER (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, Québec, Presses de l'Université Laval, 293-316.
- WILLIAMS, B. (1996). « Vertus et vices », dans M. CANTO-SPERBER (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, Presses universitaires de France, 1672-1676.