CONTREPOINT 83.

MANIÈRES DE VOIR
MATIÈRES À DIRE

Des vies, des moments et leurs hommes.



ACTION SOCIALE / TRAVAIL SOCIAL & MÉDICO-SOCIAL



© Karine Nicolleau

LA PRÉVENTION PRÉCOCE AU QUÉBEC

Perspectives normatives d'une approche controversée

Michel PARAZELLI

Introduction

Les fondements théoriques et idéologiques des programmes de prévention précoce que l'État et certaines fondations privées mettent en œuvre depuis une dizaine d'années au Québec, transmettent une normativité particulière guidant les pratiques de prévention sociale, et qui ne sont pas sans conséquences sur l'autonomie professionnelle des intervenants et le mode d'existence sociale des familles vivant des difficultés.

Cette approche inspirée des États-Unis est promue par des organisations internationales telles que l'OCDE (2009), l'OMS ainsi que la Banque mondiale (Lesemann, 2008), et fait l'objet d'un développement controversé dans les pays européens tels que la France, le Royaume-Uni, la Suisse et la Belgique. Rappelons seulement le tollé en France, en 2006, causé par le rapport d'expertise de l'INSERM (2005) sur le trouble de conduite chez l'enfant et l'adolescent, rapport ayant été grandement influencé par l'approche biopsychologique du chercheur québécois Richard Tremblay dans le cadre d'un partenariat de recherche international. L'approche préconisée dans ce rapport entra en contradiction avec les approches psychodynamiques des professionnels et provoqua un vaste mouvement de protestations appelé *Collectif Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans*[1]. À la suite d'une analyse comparative des arguments contenus dans le rapport d'expertise de l'INSERM (2005) et des objections du Collectif Pas de 0 de conduite, (Lafortune, 2007) émet l'hypothèse, [...] *selon laquelle le modèle biopsychologique véhiculé dans ce rapport représente bien les nouveaux paramètres nord-américains de recherche, explication et traitement des troubles mentaux. Il accorde un rôle central aux éléments suivants : troubles définis et diagnostiqués à partir de constellations de symptômes, susceptibilité génétique, déficits neurocognitifs, tempérament, environnement familial et social conçu comme des « stresseurs », dépistage à grande échelle à partir d'instruments simples et traitements multimodaux incluant thérapies cognitivo-comportementales et médicaments psychotropes.*

Précisons qu'à ce courant théorique s'ajoute celui de l'écologie du développement alimentant tous deux un fantasme scientiste visant à contrôler l'évolution du développement comportemental et cognitif par une connaissance technique des facteurs de risque neurobiologiques pour le premier, ou des schémas interactifs comportementaux à risque pour le second. La formulation des objectifs associés à ces deux courants varie sensiblement autour de la prévention dès la naissance des problèmes de comportement à l'adolescence (on y inclut de façon indifférenciée la toxicomanie, la délinquance, la

[1] Voir leur site web: http://www.pasde0deconduite.org

marginalité, le décrochage scolaire, les comportements antisociaux, la violence en général) et de la prévention de la reproduction intergénérationnelle des difficultés d'adaptation sociale chez les jeunes. L'étude des enjeux normatifs de cette approche est d'autant plus importante que les chercheurs qui en font la promotion, les responsables politiques et les gestionnaires qui y adhèrent présentent ces programmes comme ayant déjà fait leurs preuves par des recherches longitudinales fondées sur des données probantes[2]. Ainsi présenté, le débat pouvant parfois être suscité par les intervenants sociaux se voit limité aux modalités d'exécution, étant donné que les experts se seraient déjà occupés des fondements scientifiques et de la pertinence sociale. Pour d'autres chercheurs et intervenants québécois, ce type de rapport de pouvoir fondé sur une vérité scientifique considérée comme absolue relèverait d'une épistémologie spécifique valorisant un certain type de connaissances : le positivisme. Une épistémologie qu'il convient de déconstruire sur le plan normatif, dont les finalités politiques de ce désir excessif de contrôler à la source les aléas de la vie sociale.
Essayons d'abord de comprendre comment au niveau idéologique ce courant scientifique s'impose actuellement auprès des décideurs, pour ensuite examiner les repères théoriques au fondement de ces programmes afin de mieux en comprendre l'horizon politique.

L'ambigüité idéologique de la Charte d'Ottawa (1986)

Au Québec, la critique des approches de prévention précoce[3] s'est amorcée au moment où l'État québécois entreprit une vaste réforme du système de la santé et des services sociaux en produisant une nouvelle politique en matière de santé et de services sociaux dès le début des années 1990 (Québec : 1992). La nouvelle politique de l'époque consacra l'épidémiologie sociale et la prévention, dont la prévention précoce (1992 : 36; 43; 74; 111; 146), comme des orientations à privilégier. Il s'agissait d'une approche biomédicale et écologique de la prévention qui pouvait s'inscrire dans la perspective socio-sanitaire de la santé publique (1992 : 25) mise de l'avant par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, déclaration internationale adoptée en 1986 par l'OMS dans le cadre d'un congrès international[4]. Publiquement, ce choix politique a été considéré par plusieurs intervenants comme un virage positif compte tenu de la perspective plus « globale » suggérée par ce type d'orientations et de la distance prise avec le modèle biomédical qui individualisait la responsabilité sanitaire via la prévention des risques. On parlait davantage « d'éducation pour la santé ». Comment expliquer alors « *[…] que la majorité des actions ciblent encore préférentiellement les déterminants individuels par rapport aux déterminants structurels […]* » (Ridde, Guichard et Houéto, 2007 : 46) ? Dans son article sur l'évolution en France des pratiques préventives en milieu carcéral, Farges (2006 : 102) confirme d'une part l'influence qu'a eu la Charte d'Ottawa sur le plan international en ce qui regarde le modèle de promotion de la santé, mais il souligne que « *[…] les conceptions de l'éducation pour la santé divergent fortement selon la position des intervenants, ce qui n'est pas sans incidence sur le déroulement des actions de prévention proposées […]* ».

[2] Même si le terme de « probant » réfère aux probabilités (Weinstock, 2010), il est souvent utilisé comme un synonyme de preuve.
[3] Dans le cadre de cet article je ne traiterai que de la prévention précoce de type prédictif et non celle dite prevenante telle que distinguée par les membres du Collectif Pasde0deconduite et qui existe aussi au Québec quoique plus marginalisée.
[4] Pour en savoir plus sur le contenu de la déclaration, voir la page web du site de l'OMS/Europe : http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986

C'est d'ailleurs à ce niveau qu'une confusion s'est convertie en malentendu sur l'interprétation de l'orientation promue de la Charte d'Ottawa. La confusion se situerait entre ce que l'on peut considérer comme des énoncés de principes et de valeurs, pouvant en effet faciliter un consensus dans le contexte de cette conférence internationale, et l'exposition des conceptions théoriques associées à ces principes. Prenons cet extrait issu de la déclaration de la Charte d'Ottawa qui illustre bien les possibilités d'interprétation auxquelles ce type d'énoncés de principes peut donner prise : « *La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.* ». Dans cet énoncé, rien n'est spécifié ou défini sur le plan théorique. Tout est sous-entendu. Pourtant les notions de développement individuel et social et d'environnement font l'objet de débats entre des acteurs défendant des paradigmes différents selon les disciplines ou les choix théoriques. De quelle pratique éducative parle-t-on ? De quel type de contrôle de la santé est-il question? Quelles sont les aptitudes jugées indispensables à la vie ? Et pour faire quels choix pouvant être qualifiés de judicieux ?

En fait la Charte d'Ottawa entretient une ambigüité idéologique entre la santé physique et la situation sociale des individus en amalgamant le qualificatif « *sain* » et les termes « *d'environnement* » avec ceux de « *bien-être* » et de politique. Cette déclaration invite les membres de la communauté internationale à « *élaborer des politiques publiques saines* » en faisant appel à une « *approche socio-écologique* » de la santé. On crée ainsi une confusion (par la fusion des genres) entre le biologique et le sociopolitique donnant un second souffle à la lecture épidémiologique des problèmes sociaux. Les notions référant aux dimensions sociopolitiques de la santé et à celles ayant des connotations sanitaires ou écologiques (dans le sens d'une naturalisation du social) se côtoient sans que cela semble poser problème. C'est d'ailleurs le propre de l'épidémiologie sociale que d'articuler entre eux les imaginaires psychosanitaires pour les facteurs de risque individuels, et écosanitaires pour les déterminants environnementaux.

Comment une telle indéfinition théorique (Karsz, 2004 : 12) est-elle possible? Dans son analyse critique de la notion de résilience, Tisseron (2007) s'inspire de linguistes en avançant que « *(…) le succès public d'un mot ou d'une expression est toujours un succès d'image* ». Il ajoute que les « *(…) mots ou les formules appelés au succès ne sont pas forcément les plus réalistes et les plus logiques, mais ceux qui ont un fort impact émotionnel. Et pour y parvenir, ils doivent produire l'illusion qu'il suffit de les utiliser pour changer la façon de se percevoir soi-même et de percevoir le monde* » *(2007 : 65). La « promotion de la santé », le « développement sain » et « l'environnement écologique », « l'approche globale »* n'ont-ils pas ce type de pouvoir évocateur ? C'est comme s'il s'agissait de « concepts placébos » (Parazelli, 2009b), car ces concepts, même s'ils n'ont pas d'ingrédients actifs (théorisation

assumée), ils peuvent donner l'illusion aux intervenants qu'ils sont dotés d'un pouvoir réel de comprendre les choses. C'est le confort de l'illusion qui crée l'effet placébo.

Ajoutons que dans la déclaration de la Charte d'Ottawa on évoque bien la considération des dimensions économiques, culturelles et politiques comme devant baliser la promotion de la santé. Mais les effets de la récession des années 1980, et la résurgence des difficultés économiques au début des années 1990, ont pavé la voie aux tenants de la « psychosanitarisation » des problèmes sociaux au détriment de considérations sociopolitiques et sociosymboliques pouvant affecter la santé des individus. Par exemple, au Québec, la lutte au déficit budgétaire de l'État a constitué une priorité nationale : couper partout où c'était possible tout en ciblant les groupes les plus à risque avec l'apport du réseau associatif. Dans un bilan qu'il fait de l'impact de la Charte d'Ottawa, 20 ans plus tard, les propos de Raeburn (2007 : 42) illustrent bien cette ambivalence idéologique de l'orientation de la Charte d'Ottawa: *« Personnellement, même si je soutiens fortement la CO [Charte d'Ottawa], je continue à penser qu'elle a eu pour effet de trop insister sur les aspects dirigistes politiques de la PS [promotion de la santé] au détriment de ceux davantage liés à l'humain et à l'«empowerment». Son éloignement relatif de la vie quotidienne, et sa nature diffuse, font qu'elle n'a pas eu dans le cœur et l'esprit des personnes ordinaires le retentissement qu'elle aurait dû avoir. Elle n'a pas amené non plus les personnes à avoir un meilleur contrôle sur leur santé. »*

Cet extrait nous montre aussi que, plutôt que de s'attaquer au problème d'indéfinition des choix théoriques, plusieurs des acteurs qui avaient une conception plus sociopolitique de la promotion de la santé, considèrent aujourd'hui que la Charte d'Ottawa n'aurait pas vraiment été appliquée comme elle aurait dû l'être. Tandis que pour ceux qui défendaient une conception plus comportementaliste et positiviste de la promotion de la santé, ils ont probablement eu l'impression d'en appliquer les principes à la lettre 20 ans plus tard… Bref, selon eux, les responsables politiques n'auraient pas bien compris le message de la déclaration. En fait, selon mon point de vue, ils auraient très bien compris ce qu'ils voulaient bien y comprendre dans ce contenu plurivoque de la déclaration. Par exemple, revenons à cet extrait : opposer l'orientation « dirigiste politique » de la promotion de la santé, à « *l'humain* » et à « *l'empowerment* » ne tient pas la route sur le plan argumentaire, étant donné que cette pratique positiviste ou autoritaire de la promotion de la santé exige bel et bien de l'humain un « *empowerment* » sans faille dès la naissance. Le comportementalisme est aussi un humanisme d'un certain type qu'il importe justement de mieux identifier le projet de société qu'il contribue à promouvoir.

Le développement public de la prévention précoce au Québec

Dès le début des années 1990, plusieurs programmes de prévention précoce tentent de dépasser le stade de projet pilote dans une perspective de développement tels que : la Fondation OLO (programme diététiste Oeufs, Lait, Orange pour femmes enceintes); le programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) de Santé Canada ; 1-2-3 GO ! de Centraide, Naître égaux et grandir en santé (NEGS) de la Direction de la santé publique ; Y'a personne de parfait (YAPP) de Santé et Bien-être social Canada; le programme de promotion des habiletés sociales Fluppy, etc.

Dans ce foisonnement de nouveaux modèles d'intervention, les intervenants sociaux furent mobilisés par des chercheurs en alliance avec des gestionnaires de services sociaux lors de colloques et congrès en leur faisant miroiter les bienfaits assurés de ces programmes. L'approche écologique qui était alors mise en avant donnait l'impression que nous pouvions comprendre et traiter les conditions de pauvreté ainsi que les problèmes de comportement qui y sont associés, à l'image d'un milieu contaminé biologiquement par des éléments pathogènes donnés. C'était comme si on concevait le traitement de la pauvreté comme on traite une maladie (Parazelli, 1995; 2006; 2009a; Pelchat, Gagnon, Thomassin, 2006). Ce glissement métaphorique rassure car on peut douter d'une idéologie mais pas d'une épidémie. On retrouve un exemple de cette interprétation comportementaliste de la promotion de la santé dans le rapport d'experts sur les jeunes publié en 1991 et intitulé *Un Québec fou de ses enfants*. Ce rapport a contribué à influencer l'orientation de la réforme des services sociaux de 1992[5]. Le cadre de référence théorique de ce rapport s'inscrivait clairement dans une perspective écologique du développement de l'enfant visant à modifier à la source les comportements dits à risque, en mettant l'accent sur l'intervention dès la grossesse, dont le développement de compétences et d'habilités, ainsi que des mesures d'atténuation du stress parental à l'origine de mauvais traitements envers les enfants. Par ailleurs, les auteurs du rapport ont qualifié de « prévention tardive » les actions entreprises auprès des jeunes de la rue notamment (Québec 1991 : 167).

Face aux nombreuses coupures dans les services sociaux et au sentiment d'impuissance vécu par de plus en plus d'intervenants, l'objectif visant à soutenir le développement des enfants donna lieu à une forme de consensus moral. Il faut souligner ici que les intervenants avaient été séduits, d'une part par l'idéologie écologique et la vision globale rassurante des promoteurs, et d'autre part par l'espoir ravivé de pouvoir enfin agir en amont sur les situations difficiles des familles. La combinaison de cette impression de solidité scientiste et d'enrôlement moral autour du même objectif réussissait à fortifier le sens que les intervenants pouvaient donner à leur travail. C'est ainsi que la prévention précoce s'ajouta à la longue liste des concepts placébos. Dans cet engouement pour la prévention précoce frisant le consensus dogmatique, inutile de dire que les points de vue différents et divergents étaient pour le moins difficiles à exprimer. En effet, à première vue, comment ne pas être « pour » intervenir dès la grossesse? Ou comment, à première vue, être « contre » l'amélioration des compétences parentales ? Dès lors, dans ce climat où les experts sont vus comme les dépositaires de l'autorité de la Science, il était très difficile de développer un regard critique sur les fondements théoriques et politiques communs à ces programmes.

[5] En effet, cette proposition d'une intervention précoce, intensive, accessible, continue et intégrée trouverent un écho au ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa visée historique de structurer suivant une optique cybernétique un « continuum de services » dès la naissance des individus (Mayer, 1994 : 1018; Bergeron, 1990). C'est dans ce contexte que les organismes communautaires ont été mis à contribution afin de mettre en place des projets d'intervention jouant le rôle des facteurs de protection en constituant ainsi un maillon intégré au continuum de services.

C'est en 1995 qu'un premier article critique (Parazelli, 1995) fut publié dans Le Monde Diplomatique pour rendre visibles, au-delà des bonnes intentions, les conceptions théoriques nourries scientifiquement par une idéologie psychosanitaire, ainsi que les risques sociopolitiques (stigmatisation, normalisation, etc.) des programmes de prévention précoce adoptés par la plupart des provinces canadiennes. Une goutte d'eau dans l'océan car, pendant ce temps, d'autres tendances scientifiques développèrent leur propre expertise de la prévention précoce en s'inspirant des neurosciences et de l'éthologie, diversifiant ainsi les représentations qui tendaient à naturaliser des problèmes sociaux associés au développement de l'enfant et de l'adolescent. En 2000 était annoncé par trois ministres du Parti Québécois l'octroi de 22 millions de dollars sur 6 ans pour l'application d'un programme de prévention précoce intitulé Programme de soutien aux jeunes parents dont la conception s'inspirait des travaux de Richard Tremblay, directeur du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE). Tel que présenté, ce programme avait pour finalité la prévention dès la grossesse de la reproduction intergénérationnelle de difficultés importantes d'adaptation sociale auprès des jeunes mères dites à risque élevé (jeunes mères monoparentales). Il s'agissait de prévenir les comportements d'inadaptation sociale des futurs adolescents que sont les bébés à naître de ces jeunes mères sur l'ensemble du territoire québécois par une intervention intensive (cinq ans) selon plusieurs axes d'intervention visant l'acquisition de comportements adaptés et de saines habitudes de vie[6].

Ce premier programme pan-québécois fut consolidé par la suite en lui donnant un autre nom : Services Intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ce programme dispose annuellement d'un budget d'environ 44 millions de dollars (MSSS, 2011 : 6). La clientèle des SIPPE fut alors élargie sensiblement à l'ensemble des jeunes mères dites à risque élevé (jeunes familles, mères sans diplôme et de faible revenu, famille d'immigration récente) (MSSS, 2004b). Généralement, 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 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 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 coll., 2008). Il s'agit d'intervenir sur l'ensemble du territoire québécois par une intervention intensive (cinq ans représentant un idéal visé) selon plusieurs axes d'intervention pour favoriser le développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité : le développement cognitif des enfants, les habiletés parentales, développer des comportements d'attachement parent-enfant, la cessation d'habitudes de vie non appropriées, l'alimentation, l'allaitement, le réseautage,

[6] Soulignons que d'autres programmes de prévention précoce plus spécifiques se sont ajoutés durant cette période surtout en milieu scolaire : École en forme et en santé, le Programme de développement des habiletés sociales et des habiletés d'autocontrôle chez les enfants de 2 1/2 à 4 ans (programme de Brindami), le programme Répit Transit, COSMOS (communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé), projet Odyssée, et plusieurs autres.

etc. Des guides pratiques sont spécialement conçus pour orienter de façon technique les intervenants dans l'application de ce programme (MSSS, 2004, 17)[7]. Examinons maintenant les fondements théoriques de cette approche.

La modification des comportements au fondement des programmes préventifs

L'origine de ces programmes et les idées qui fondent leur orientation sont souvent méconnues et peu interrogées en regard des visions du développement humain qu'elles véhiculent. La normativité traverse aussi les savoirs théoriques en ce sens qu'un choix est toujours fait quant à l'épistémologie jugée la plus pertinente pour produire des connaissances scientifiques considérées comme valides (Paillé, 2012)[8]. Selon la typologie de Paillé (2012), les types de connaissances au fondement de plusieurs de ces programmes seraient en dominante alimentés par une épistémologie du contrôle. C'est-à-dire, des approches scientifiques relayées par les neurosciences, l'écologie du développement, l'épigénétique ou l'éthologie du comportement, ayant toutes pour fonction de prédire et de modifier le cours de l'évolution du développement humain à partir d'une connaissance dite universelle des lois comportementales de ce même développement, et ce, dans une perspective de prévention des risques allant de la grossesse jusqu'à la vie adulte (Mustard, 2008). L'objectif commun visé par les tenants de ces approches est l'adaptation sociale des individus à leur environnement dans une perspective économique d'activation sociale (Jenson, 2008) et de réduction des coûts de système (Ducharme, 2010). Au Québec, les différents modèles de programmes de prévention précoce s'inscrivent dans ce que l'on peut appeler deux grandes approches positivistes[9] : la biopsychologie (étude des déterminants neurophysiologiques et génétiques sur le développement humain) et l'écologie du développement (étude des déterminants comportementaux et environnementaux sur le développement humain) pour ne nommer que les deux principales tendances. Par exemple, pour la tendance biopsychologique, les relations de l'enfant dans son milieu familial jouent un rôle déterminant dans la formation des synapses des cellules nerveuses, de sorte que ces interactions familiales participeraient directement à la construction du cerveau, plus particulièrement à la formation du lobe frontal (siège de l'autocontrôle) encore malléable à la petite enfance jusqu'à l'âge de cinq ans. De la qualité de ces interactions dépendrait une bonne ou une mauvaise « programmation » du lobe frontal structurant les habiletés cognitives de l'enfant, d'où la nécessité d'un dépistage précoce et d'un suivi intensif durant cette période[10].

[7] Voir la version pdf du guide de la santé publique en ce qui regarde les services intégrés en périnatalité : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f0c2afbdd3dafe528525706f0052c53b?OpenDocument

[8] Précisons à ce sujet que Paillé distingue quatre grands types d'épistémologies suivants : l'épistémologie du sens, l'épistémologie de l'action, l'épistémologie critique et l'épistémologie du contrôle.

[9] Rappelons que l'approche positiviste classique de la science du XIXe siècle constitue une croyance quasi religieuse en une forme de rationalité prévisionnelle promettant la découverte de certitudes en ne considérant digne d'observations que les faits observables. Dans *Sociological Dilemnas,* Sztompka (1979: 134) nous rappelle la devise doctrinale du père du positivisme, Auguste Comte : «Savoir pour prévoir, afin de pouvoir». Bien qu'une posture scientifique peut permettre de mieux connaître le monde social pour mieux en maîtriser les aléas, le doute, ferment de la connaissance scientifique, permet de mesurer les limites de toutes connaissances et de continuellement relancer le débat sur les représentations conceptuelles et axiologiques du monde social, ainsi que les intérêts politiques guidant les points de vue des chercheurs, même ceux d'allégeance positiviste.

[10] Pour en savoir plus, visionner le documentaire réalisé par l'ONF : *Aux origines de l'agression. La violence de l'agneau*, Tremblay et Gervais, 2006. Site web : http://www.onf.ca/trouverunfilm/fichefilm.php?id=52739&lg=fr&exp=&v=h

Un examen spécifique des nombreuses manifestations qualifiées « d'agressivité » chez les nourrissons vient corroborer leur thèse voulant qu'il faille intervenir précocement (Tremblay, 2008; Gimenez, 2006). Des résultats de recherches en éthologie viennent compléter l'argumentaire théorique de cette tendance. On comprend alors que des interactions inadéquates entre la mère et l'enfant constitueraient un risque élevé que l'enfant développe des comportements violents faute de dispositions cognitives d'autorégulation. On préconise alors le développement de compétences parentales, notamment la façon dont la mère signalera au bon moment les bons messages à son enfant. Mais ici, on ne parle pas de transmission normative, ni même de rapports d'autorité, mais de programmation des connexions neuronales. Il s'agit de le faire par des signaux verbaux que captera le cortex préfrontal. On parle ici d'un *« message physicochimique »* transmis au système limbique commandant l'inhibition via la sérotonine, un neurotransmetteur qui régule les émotions en créant d'autres émotions pour réguler des émotions variées. Cette régulation serait non consciente car il y a mémorisation des règles sociales par cette socialisation. Parmi les chercheurs qui empruntent cette voie épistémologique, certains introduisent en plus les facteurs génétiques et épigénétiques prédisposant les enfants à développer à l'adolescence des comportements antisociaux (ex. : Carbonneau, 2008).

Du côté de l'écologie du développement, les chercheurs québécois influençant les directions de la santé publique s'inspirent en dominante des recherches aux États-Unis menées par Bronfenbrenner (1996 : 9-59) qui a développé un modèle écologique du développement humain selon une conception systémique de l'environnement social. L'unité d'observation de l'écologie du développement est de nature comportementale à travers l'observation des schémas d'interactions à partir desquels on identifie des facteurs de risques, des facteurs de protection ainsi que des déterminants individuels et environnementaux. Ainsi, ont été identifiés les risques importants dans l'environnement des jeunes occidentaux : pauvreté, monoparentalité, divorce, sous-scolarisation. Deux pistes s'ouvrent alors pour une intervention de type écologique : soit travailler à la création et la mobilisation de ressources médiatrices appropriées dans l'environnement de la personne, soit travailler à l'augmentation des capacités d'une personne afin qu'elle puisse utiliser les différentes ressources présentes (améliorer ses compétences parentales). Soulignons que les tenants de cette représentation théorique travaillent surtout sur les stresseurs environnementaux, lequel stress serait corrélé avec un taux de probabilité plus élevé de maltraitance des enfants. C'est pourquoi, dans le cadre d'une recherche de ce type visant à dépister les groupes à risque, on recourt au prélèvement d'échantillons de salive chez des jeunes mères afin de mesurer le taux de cortisol, une hormone représentant un bon indicateur du taux de stress. Ainsi peuvent-ils affirmer que certaines familles vivant dans tel environnement sont plus ou moins à risque (en termes de probabilité) de maltraiter leur enfant. D'où la mobilisation des associations communautaires pour faire baisser le stress de ces mères par des mesures de répit, de développement de saines habitudes de vie, d'amélioration des compétences parentales et de stimulation précoce des enfants. Précisons ici que l'action collective préconisée ne vise pas l'appropriation par les acteurs du milieu de leur propre définition du problème, et des pistes d'actions, mais plutôt que les membres de la communauté contribuent à

la mise en œuvre du programme de modifications de comportements individuels des jeunes mères préconisé par les chercheurs-experts.
Ajoutons que deux autres sources d'influence viennent compléter la mise en œuvre des deux premières approches. Il s'agit de l'éthologie (ex. : théorie de l'attachement) et de la santé publique (gestion intégrée des modèles). La santé publique ne constitue certes pas une approche en soi, mais ses gestionnaires se sont donnés le rôle de créer un amalgame de tous ces modèles de façon à gérer cette diversité d'approches en les impliquant dans les plans d'intervention d'un programme ; ce qui crée en fait une autre approche de la prévention précoce (voir le tableau sur la synthèse des approches).

Approches positivistes de la prévention précoce au Québec

Logiques / Approches	Dimensions théoriques	Causalités	Unités d'observation (dépistage auprès des parents et des enfants)
Biopsychologie sociale (médecine sociale)	Appréhension spécifique des dysfonctionnements neurologiques et des dispositions génétiques	Déterminismes physiologiques	Comportements agressifs ou violents
Écologie sociale (du développement)	Appréhension dite globale de l'individu inscrit dans des sous-systèmes produisant des schémas d'interaction	Déterminismes environnementaux	Comportements inadaptés face aux situations de stress (pouvant favoriser la maltraitance)
Éthologie humaine	Appréhension spécifique des interactions affectives inspirées de l'espèce animale	Déterminismes naturalistes	Comportements affectifs désorganisés, insécures, anxieux, etc.
Santé publique	Appréhension intégrée des modèles théoriques favorisant une lecture épidémiologique du social	Déterminismes environnementaux, physiologiques et naturalistes	Comportements inadaptés, agressifs et désorganisés

Quand l'État s'associe à la nouvelle philanthropie

Outre l'institutionnalisation étatique de multiples programmes visant la prévention précoce à l'échelle du territoire québécois depuis l'année 2000, une fondation privée tente de jouer un rôle important depuis 2007 sur la scène de l'intervention préventive. Il s'agit de la Fondation de la Famille Lucie et André Chagnon qui, en 2000, à la suite de la vente de leur entreprise de télécoms, Vidéotron, a pu transférer 1,4 milliard de dollars canadiens dans une fondation privée : *« Il s'agit ici de la plus importante œuvre de bienfaisance canadienne à être administrée par une fondation privée »* (Girard, 2010 : 5). Sur le site de la Fondation Chagnon la mission est énoncée de la façon suivante : *« Notre mission est de contribuer au développement et à l'amélioration de la santé par la prévention de la pauvreté et de la maladie en agissant principalement auprès des enfants et de leurs parents »*[11].

[11] Voir le site de la FLAC : http://www.fondationchagnon.org/fr/nouvelles-evenements/2009.aspx (consulté le 6 février 2013)

On peut aussi y lire que « *Notre but est de faire le bien autour de nous grâce à la prévention, car il vaut mieux prévenir que guérir* ».

Durant les six dernières années, cette fondation a conclu une série d'ententes législatives avec le gouvernement québécois pour créer trois fonds gérés par des sociétés de gestion dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP). À l'instar de certaines fondations américaines qui ne se contentent pas d'attribuer des fonds à des organisations, la Fondation Chagnon tient à contrôler la définition des problèmes en s'inspirant des récentes connaissances scientifiques surtout celles qui prétendent être fondées sur des données probantes, et à dicter la façon de procéder pour mettre en œuvre des programmes, jugés par eux, les plus efficaces. En conclusion de son étude sur l'impact de la Fondation Chagnon sur les organismes communautaires famille, Ducharme (2010 : 91) note « *que les philanthropes issus du mouvement de la nouvelle philanthropie amèneront avec eux les façons de faire du milieu des affaires* ».

Est donc né en 2007, le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie doté d'un budget de 400 millions de dollars, dont la moitié provient de la fondation elle-même. Sa mission, principalement mise en œuvre par un organisme appelé Québec en forme, est de « *Contribuer à favoriser l'acquisition et le maintien d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif chez les jeunes Québécois, de la naissance à 17 ans et de promouvoir les environnements favorables* »[12].

En 2009 a été adoptée la loi créant le Fonds pour le développement des jeunes enfants, en vigueur pour les dix prochaines années, et à partir duquel la société Avenir d'enfants a été mise sur pied pour gérer les 400 millions résultant de l'entente avec l'État qui y contribue pour 150 millions. Sur le site de la société, on peut lire le libellé de leur mission : « *Soutenir la mobilisation des communautés locales autour du développement global des enfants âgés de cinq ans et moins vivant en situation de pauvreté afin que chacun d'eux ait toutes les chances d'avoir un bon départ dans la vie* »[13]. Ajoutons la campagne intensive que la Fondation a lancée pour sensibiliser le public sur « *l'extrême importance de stimuler les enfants de moins de 5 ans pour favoriser une entrée réussie à l'école. L'opération sociétale Biengrandir.com mise sur la revalorisation des parents comme acteurs de tout premier plan dans le développement de la maturité scolaire des enfants* »[14]. C'est aussi la Fondation Chagnon qui a financé l'enquête de 2005-2006 sur la maturité scolaire dirigée par la Direction de la santé publique de Montréal (Agence, 2008 : 4). Empruntant les méthodes épidémiologiques de dépistage des maladies, il s'agissait d'évaluer à Montréal le nombre d'enfants inscrits à la maternelle qui présentaient des difficultés d'entrée à l'école, à l'aide d'un questionnaire à remplir par les enseignants appelé *Instrument de Mesure du Développement de la Petite Enfance* (IMDPE)[15].

[12] Voir le site du fonds: http://www.quebecenforme.org (consulté le 6 février 2013)
[13] Voir le site Avenir d'enfants: http://www.avenirdenfants.org (consulté le 6 février 2013)
[14] Voir le site de la FLAC : http://www.fondationchagnon.org/fr/nouvelles-evenements/2009.aspx (consulté le 6 février 2013)
[15] Voir le questionnaire de l'IMPDE et le rapport synthèse de l'enquête sur la maturité scolaire sur le site de la direction de la santé publique de Montréal : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/tout_petits/thematique/maturite_scolaire/documentation.html (consulté le 6 février 2013)

Le type de questions renvoie à des dimensions béhavioristes et cognitives de la conduite des enfants en cohérence avec les approches positivistes de la prévention précoce. Ainsi, a-t-il pu être recensé 35 % des enfants qualifiés de « *vulnérables dans au moins un des cinq domaines de maturité* » dans un quartier donné. Dans la foulée de la Stratégie d'action jeunesse du Secrétariat de la jeunesse du gouvernement du Québec, la Fondation Chagnon a là aussi établi un partenariat avec l'État en 2009, pour favoriser la persévérance scolaire dont l'investissement respectif est de 25 millions de dollars (total de 50 millions). L'organisme sans but lucratif qui a été mis sur pied pour la mise en œuvre du programme s'appelle Réunir Réussir (R2) Agir ensemble pour la réussite éducative[16].

D'autres projets financés par la Fondation Chagnon tels qu'un site appelé Naître et Grandir ainsi qu'un magazine *Bien Grandir*, distribué gratuitement 10 fois par année dans le réseau de la petite enfance au Québec, vont dans le même sens des programmes de prévention précoce existants : développer les compétences parentales en diffusant de l'information dite objective sur le développement et la santé des enfants : « *Il met à la disposition des parents des renseignements objectifs, pratiques, clairs et fiables et entièrement validés par des experts sur la santé et le développement de leurs tout-petits* »[17]. Soulignons que c'est à partir de ces fonds et ces sociétés de gestion, et sous forme d'appel d'offres, que de multiples projets de prévention sont et seront financés pour les dix prochaines années au moins et ce, dans tout le Québec.

Lorsque l'on examine les rapports que la Fondation Chagnon entretient avec les experts de la prévention positiviste qui influencent aussi l'État québécois et canadien dans ce domaine, et que l'on prend connaissance de la rationalité sous-tendant leurs activités dites de bienfaisance, on observe une convergence des idées sur le plan des théories du développement humain. Par exemple, prenons connaissance de l'argumentaire scientifique que la Fondation a avancé dans un communiqué du 7 octobre 2009 et qui annonçait le lancement de sa vaste campagne de sensibilisation *Bien grandir : La Fondation est préoccupée par les résultats d'une étude menée tout récemment qui démontre que seulement un parent sur deux au Québec sait que c'est entre 0 et 3 ans que le cerveau de l'enfant apprend le plus. […] Les recherches scientifiques révèlent que les connexions neuronales entre l'âge de 0 et 5 ans influencent de façon déterminante la manière dont l'enfant va réfléchir, apprendre et se développer. « Le cerveau d'un bébé à la naissance n'a que le quart de la grosseur de celui d'un adulte et il va tripler entre 0 et 3 ans pour atteindre 80 % de sa masse corporelle », explique Julie Brousseau, spécialiste de la petite enfance à la Fondation. « C'est à cette période que le potentiel d'apprentissage de l'enfant est le plus grand. Son cerveau est deux fois plus actif que celui d'un adulte. Dans les faits, il apprend à apprendre. Il faut nourrir directement le cerveau de l'enfant notamment par le toucher, le jeu et le langage.»*[18]

[16] Voir le site du programme : http://www.reunirreussir.org/ (consulté le 6 février 2013)
[17] Voir le site de la FLAC : http://www.fondationchagnon.org/fr/nouvelles-evenements/2009.aspx (consulté le 6 février 2013)
[18] Voir le site du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants : http://www.excellence-earlychildhood.ca/communiques.asp?lang=FR&docId=116 (consulté le 6 février 2013)

Dans un article d'un ouvrage traitant des enjeux économiques de la prévention, et dont la Fondation Chagnon a subventionné la publication, le chercheur J. Fraser Mustard (2008 : 64, 65), membre de l'Institut Canadien de Recherche Avancées (ICRA) basé à Toronto[19], réaffirme la thèse positiviste de la prévention précoce et ses avantages économiques : « *L'un des premiers programmes mis en place par l'Institut, qui examinait les déterminants sociaux de la santé, a conclu qu'il existe un processus appelé empreinte neurobiologique - «biological embedding», selon la thèse de Clyde Hertzman (membre du programme), - qui débute dès le commencement de la vie dans le cerveau et dans les voies biologiques correspondantes. [...] L'élément clé du concept de Clyde Hertzman concernant le cerveau et l'empreinte neurobiologique est que plus tôt celle-ci se produit, plus puissant sera son effet. [...] Cette empreinte peut mettre en place des gradients qui conditionneront la santé physique et mentale durant toute la vie de l'individu. Cela a amené ICRA [Institut Canadien de Recherches Avancées] à mettre en place un programme examinant la possibilité de l'existence d'une relation entre les gradients socio-économiques, l'apprentissage et le comportement.* »

Ducharme (2010 : 47) décrit de la façon suivante le raisonnement économique donnant un sens à l'investissement des fondations privées en partenariat avec l'État dans la prévention précoce : « *Sur le plan des collectivités, et selon les calculs effectués par les économistes proches de ce mouvement, la réussite des individus permettra non seulement à l'État de retirer plus d'impôts de la part de travailleurs plus qualifiés et plus productifs, mais aussi d'économiser en coûts de système. Selon eux, moins d'enfants requerront un enseignement spécialisé; il y aura moins de prestataires des programmes sociaux d'assistance publique à l'emploi; les gens ayant des problèmes de comportement seront moins nombreux, ce qui engendrera des coûts moindres en système de contrôle et de détention pour les criminels (Coffey, 2007) et le système de santé subira une charge moins importante due à des gens en meilleure santé puisque les programmes de DJE [Développement des Jeunes Enfants] favorisent une meilleure santé globale à divers niveaux. On établit un gain sur investissement allant jusqu'à 17 $ de rendement pour chaque dollar investi, dont 13 $ vont au bénéfice du trésor public* (Mustard, 2007 : 21).

Cette économie de la prévention précoce, loin de constituer un avatar canadien, pourrait bien être l'indice d'une transformation en profondeur des sociétés occidentales dans leurs rapports à l'État et à l'avenir des conditions sociales d'existence. La dimension politique devient alors un élément essentiel à ajouter dans la balance de nos réflexions critiques sur la prévention précoce et de ses enjeux. Ce type d'alliances entre la recherche, le politique et le monde des affaires correspond à une convergence d'intérêts et de croyances partagées en une idéologie scientiste visant l'amélioration du développement des individus, de leurs capacités adaptatives et productives et du bien-être général de la société. Essentiellement, cette croyance scientiste consiste à « *[...] parvenir, dès le plus jeune âge, même avant la naissance, à agir sur le développement du cerveau de manière à prévenir certaines tares affectant la réussite des individus et assurant ainsi un retour sur l'investissement permettant de réduire les coûts afin de maintenir l'ordre actuel* » (Ducharme, 2010 : 56).

[19] Voir le site de l'institut : http://www.icra.ca/accueil (consulté le 6 février 2013)

Le problème n'est pas que des idéaux ou des utopies soient investis par des scientifiques et des mécènes, ou que des théories soient affirmées, mais que ces idéaux et ces théories soient présentés comme des vérités indiscutables, des « *découvertes du réel* », ou comme le seul projet de société viable, alors que ces dites découvertes sont aussi contestées non seulement par les membres du mouvement Pasdeodeconduite, mais aussi certains experts en neurobiologie notamment (ex. : Gonon, 2011; Giampino et Vidal, 2009). J'attire ici l'attention sur l'excellent article du neurobiologiste François Gonon (2011) qui a analysé la littérature scientifique traitant des déterminants biologiques de la santé mentale. Ce chercheur montre comment les conclusions des travaux de recherche sont déformées par les médias, qu'il existe de nombreux biais dans les publications (exclusion des résultats de d'autres recherches qui infirment les résultats obtenus), que l'utilisation d'un certain vocabulaire prête à confusion (ex. : différence entre corrélation et causalité), et que la publication de résultats spectaculaires par des revues prestigieuses occulte souvent d'autres résultats de recherche publiés dans des revues moins connues et qui tendent à invalider la découverte présumée : « *Les chercheurs constatent qu'il existe souvent une distance considérable entre les observations neurobiologiques et les conclusions abusives tirées par les médias. Ils s'indignent alors du manque de professionnalisme des journalistes. Pourtant un examen attentif montre que les neurobiologistes contribuent à cette déformation du message puisqu'elle apparaît tout d'abord au sein même de nombreux articles scientifiques. [...] Le premier type [de déformations], heureusement rare, consiste en incohérences flagrantes entre résultats et conclusions. Dans le deuxième type, une conclusion forte est affirmée dans le résumé en omettant de mentionner aussi les données qui relativisent la portée de la conclusion. [...] Le troisième type de déformation consiste à affirmer de manière abusive que les résultats d'études précliniques ouvrent de nouvelles pistes thérapeutiques.* » (Gonon, 2011 : 63-64).

Conclusion

Synthétisons d'abord en six points les problèmes sociopolitiques engendrés par ce courant préventif qui tend à dominer dans les champs de pratiques de l'intervention sociale auprès des enfants et des jeunes au Québec :

1. Les théories biopsychologiques, écologiques et éthologiques imposent leurs « vérités » aux individus sans considérer le débat démocratique sur les choix normatifs d'une société comme une nécessité;
2. Les responsables politiques et les gestionnaires institutionnels transmettent un message d'incompétence non seulement aux jeunes mères ciblées à risque, mais aux professionnels dont le jugement et l'expérience ne sont pas sollicités voire dévalorisés si ceux-ci s'éloignent de l'orientation et de la mise en œuvre des programmes étatiques et philanthropiques conçus par des experts (d'où les nombreuses formations);
3. Les conditions de vie et les enjeux sociopolitiques ne figurent jamais dans les stratégies d'actions des programmes ;
4. Les recherches à l'origine des programmes de prévention précoce et les méthodes épidémiologiques de dépistage demeurent axées sur l'étude des comportements individuels et sociaux d'où l'idée selon laquelle la pauvreté serait traitée comme une

maladie. On crée aussi une nouvelle catégorie sociale juvénile quasi nosologique : l'adolescence virtuelle à risque de délinquance ! On réduit le parcours biographique d'un individu à une trajectoire probabiliste qui qualifie son destin ; ce qui a pour effet de stigmatiser l'enfant en le désignant à risque avant même qu'il manifeste les comportements appréhendés;
5. Ce dépistage stigmatisant les individus crée ainsi d'autres problèmes sociaux ainsi qu'un sentiment d'insécurité face à l'exercice de la parentalité;
6. L'intégration des acteurs associatifs dans la distribution de services associés aux programmes de prévention précoce crée un détournement de leur mission première, celle de soutenir les personnes dans leurs initiatives de façon collective. La dimension « communautaire » des programmes de prévention précoce se réduit à la mobilisation locale des organismes sociaux afin que la « communauté » puisse contribuer aux activités du programme de prévention précoce.

De quel horizon politique la prévention précoce est-elle le révélateur?

Si les programmes québécois de prévention précoce de type prédictif tendent à vouloir s'imposer en France et dans d'autres pays d'Europe, c'est qu'il existe un réseau d'entrepreneurs-experts qui travaillent à leur promotion à l'échelle internationale. Il n'est pas question d'un complot, mais d'intérêts convergents vers un projet de société qui tend à imposer une transformation de la gouvernance publique et du gouvernement de soi. Ces pratiques politiques s'inscrivent dans le paradigme de l'investissement social (Jenson, 2008) qui sous-tend une certaine vision politique de l'avenir des sociétés occidentales qui n'est pas étrangère à la rationalité néolibérale telle que définie par Dardot et Laval (2009) dans leur ouvrage. C'est dans ce sens que les logiques entrepreneuriales associées à la Nouvelle gestion publique et aux partenariats publics-privés sont en train de transformer les fondements démocratiques de l'action publique. Selon ces deux auteurs (2009 : 381), « *L'entreprise doit remplacer la bureaucratie partout où cela est possible et, lorsque cela ne l'est pas, le bureaucrate doit le plus possible se conduire comme un entrepreneur* ». *La pauvreté représente alors, moins la manifestation d'une injustice, qu'une externalité né*gative à internaliser dans le marché par les programmes sociaux et de santé ciblés. Autrement dit, la pauvreté ne serait plus seulement considérée comme un dommage collatéral nécessaire du capitalisme, mais un capital dormant qui pourrait améliorer le taux de productivité du pays à l'aide de programmes sociaux ciblés auprès des groupes à risque.

Si nous prenons l'exemple de la Fondation Chagnon, celle-ci servirait de catalyseur de l'état entrepreneurial pour accélérer la modification de la mentalité des acteurs du domaine public des services sociaux, déjà amorcée par les Directions de santé publique. Il s'agit de convertir les pratiques des intervenants locaux à une pratique où le risque social, considéré comme naturel par les approches positivistes, doit désormais être porté par l'individu ainsi que les moyens pour les prévenir. Comme la Fondation n'a de compte à rendre qu'à elle-même, elle aurait donc les coudées franches non seulement pour manœuvrer, mais aussi pour briser les résistances des acteurs qui oseraient exprimer un point de vue différent sur le développement de l'enfant et les conditions démocratiques de l'intervention sociale auprès des familles.

De façon progressive, les tenants de ce paradigme de l'investissement social implantent cette approche au sein des services à la petite enfance, aux familles à risque, ensuite aux adolescents à risque de décrochage, et plus récemment auprès des proches aidants des personnes âgées. Bref, à toutes les étapes de la vie. Selon l'hypothèse que j'ai déjà formulée (Parazelli, 2011), la prévention précoce de type prédictif servirait d'auxiliaire politique à la consolidation d'une vision entrepreneuriale du développement personnel et social. Elle constituerait une stratégie de « programmation » des individus dès l'enfance, et réactivée plus tard tout au long de la vie, pour s'adapter à cette société concurrentielle à laquelle des experts et des acteurs politiques nous exhorte de nous préparer. Soulignons que les notions de bien-être, d'empowerment et de qualité de vie, mises en avant par les promoteurs d'une programmation préventive précoce ne font qu'exploiter l'imaginaire ambiant de l'hyperindividualisme de nos modes de vie : « *Mais tout se passe comme si cette éthique « individualiste » était l'occasion de porter à la charge du sujet tous les coûts par des mécanismes de transfert du risque qui n'ont rien de « naturel ». Au fond, la stratégie consiste à partir des aspirations à la décision personnelle en matière de choix d'existence pour réinterpréter l'ensemble des risques comme des choix d'existence.* » (Dardot et Laval, 2009 : 430-431).

Sans cette idéologie ambiante de l'individualisme privatisé sur laquelle les promoteurs positivistes de la recherche sociale et des acteurs politiques s'appuient, cette vision néolibérale du monde ne pourrait rencontrer l'adhésion, le consentement ou la soumission d'autant de personnes. C'est d'ailleurs ce qui fait dire à Dardot et Laval (2009 : 475) que la rationalité du capitalisme néolibéral ne relève pas seulement d'une rationalité économique, mais aussi de pratiques de subjectivation du sujet néolibéral selon le principe naturalisé de la concurrence : « *Cependant la gouvernementalité ne saurait se réduire au gouvernement des autres. Par l'autre de ses faces, elle comprend le gouvernement de soi. Le tour de force du néolibéralisme a été de lier les deux faces d'une manière singulière en faisant du gouvernement de soi le point d'application et l'objectif du gouvernement des autres* ».

De plus, si au Québec peu de résistance publique se manifeste face à ce courant, contrairement à la France, c'est en partie à cause de l'avancée bien ancrée des formes néolibérales d'intervention sociale via les approches cognitivo-comportementales et biopsychologiques qui renforcent l'individualisation des causes des problèmes sociaux en dictant les normes saines à adopter. Le développement de la prévention précoce prédictive n'entre donc pas en dissonance avec ce qui se pratique de manière prépondérante au Canada et au Québec depuis plusieurs décennies. On comprendra que ce travail de normalisation comportementale ne change rien aux conditions socioéconomiques à l'origine des problèmes sociaux et des inégalités sociales, là n'est justement pas le but. C'est pourquoi des résistances se manifestent tout de même par une critique de cet horizon politique s'apparentant à une forme de darwinisme social (Kaufmann, 1988). Mais si d'autres approches d'intervention existent bel et bien, elles

sont de plus en plus marginalisées de manière autoritaire, et souvent considérées comme non scientifiquement probantes. Il faut ajouter que la multiplication des réformes du système québécois de la santé et des services sociaux, et la fragilisation des organisations syndicales qui s'ensuivit, ont produit une certaine démobilisation des acteurs sociaux critiques qui pourraient interroger ces rationalités néolibérales de la prévention précoce et s'impliquer dans un débat à ce sujet.

Michel Parazelli

Bibliographie

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2008. *Enquête sur la maturité scolaire*. Rapport synthèse. Québec : MSSS.

Bergeron, P. *La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu,* Recherches sociographiques, vol. 31, n° 3, 1990, p. 359-380.

Bronfenbrenner, U. 1996. *Le modèle « Processus-Personne-Contexte-Temps » dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications.* Dans Tessier, R. et G. M. Tarabulsy (éds.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant,* p. 9-59. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Carbonneau, 2008. R. *Les enjeux à venir pour la criminologie clinique : approche développementale et intégration avec les sciences biomédicales,* Criminologie, vol. 41, no 1, p. 47-82.

Dardot, P. et C. Laval. 2009. *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*. Paris : La Découverte.

Ducharme, É. 2010. *Étude de l'impact de l'arrivée des fondations privées sur les organismes communautaires qui se consacrent à la famille, Essai de maîtrise,* Pratiques de recherche et action publique. Montréal : INRS-Urbanisation, culture et société.

Farges, É. 2006. *La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire,* Lien social et Politiques, N° 55, p. 99-112.

Giampino S. et C. Vidal. 2009. *Nos enfants sous haute surveillance. Évaluations, dépistages, médicaments.* Paris : Albin Michel.

Gimenez, C. 2006. *Pour une prévention précoce des difficultés d'adaptation sociale chez l'enfant et l'adolescent,* Dans Blatier, C (dir.), *Prévenir la délinquance dès la petite enfance,* p. 125-139. Paris : L'Harmattan.

Girard, M. 2010. *L'entrepreneur de la bienfaisance.* La Presse (Affaires), 3 juillet, p. 5.

Gonon, F. 2011. *La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?* Esprit, p. 54-73.

INSERM. 2005. *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : INSERM.

Jenson, J. 2008. *Children, new social risks and policy change : a LEGO future?* Comparative Social Research, Vol. 25, p. 357-381.

Karsz, S. 2004. *Pourquoi le travail social? Définition, figures, clinique*. Paris : Dunod.

Kaufmann, J.-C. 1988. *Première clé : L'individu et la modernité;* dans *La chaleur du foyer*, p. 19-38. Paris : Méridiens Klincksieck.

Lafortune, D. 2007. *Expliquer, dépister et traiter médicalement les troubles du comportement des enfants et des adolescents,* Nouvelles pratiques sociales, vol. 19, no 2, p. 62-75.

Lesemann, F. 2008. *L'irruption des fondations privées dans le «communautaire : une nouvelle gouvernance des services publics ?,* Bulletin de liaison de la FAFMRQ, vol. 33, no 2.

Mayer, R. 1994. *L'évolution des services sociaux,* dans F. Dumont, Y. Martin et S. Langlois (dir.), *Traité des problèmes sociaux,* Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture.

MSSS. 2011. *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité.* Rapport du comité conseil post-chantiers sur les SIPPE déposé au ministère de la Santé et des services sociaux. Québec : MSSS.

MSSS. 2004. *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.

Mustard, J. Fraser. 2008. *L'impact de l'empreinte neurobiologique sur la santé, l'apprentissage et le comportement de l'adulte,* dans Fondation Lucie et André Chagnon (dir.), *Reconcilier Économie et santé. Les enjeux de la prévention*, p. 63-75. Montréal : Décision Média.

OCDE. 2009. *Assurer le bien-être de l'enfant,* Paris : Éditions OCDE.

Paillé, P. 2012. *Repères pour un débat sur l'intervention précoce : un survol de la diversité épistémologique en sciences humaines et sociales,* Nouvelles pratiques sociales, Hors série N°1, p. 84-89.

Parazelli, M. 2011. *Les programmes positivistes de prévention précoce. Vers quel horizon politique?,* Dans Collectif Pas de 0 de conduite (dir.), *Les enfants au carré ? Une prévention qui tourne pas rond !,* p. 65-91. Paris : Érès.

Parazelli, M. et S. Dessureault. 2010. *Prévention précoce, nouvelles gestion publique et figures d'autorité,* Les politiques sociales, N° 1 et 2, p. 13-26.

Parazelli, M. 2009a. *La pauvreté n'est pas une maladie,* Relations. Mars, N° 731, p. 22-24.

Parazelli, M. 2009b. *A quelle globalité se réfère l'approche de l'action communautaire?,* dans ROC-03 (dir.), *L'approche globale. Contexte et enjeux,* p. 37-58. Québec : ROC-03.

Parazelli, M. 2006. *La prévention précoce au Québec : prélude à une biologie de la pauvreté?,* dans Collectif (dir.), *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), p. 71-80. Paris : Société française de santé publique.

Parazelli, M. 1995. *De la pauvreté traitée comme une maladie,* Le Monde Diplomatique, N° 501 (décembre), p. 25.

Pelchat, Y., Gagnon, E. et A. Thomassin, *Sanitarisation du social et construction de l'exclusion sociale,* Lien social et Politiques-RIAC, 55, 2006, pp. 55-66.

Québec, gouvernement. 1991. *Un Québec fou de ses enfants. Rapport du Groupe de travail pour les jeunes*, Québec : Gouvernement du Québec.

Québec, gouvernement. 1992. *Politique de la santé et du bien-être*, Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.

Raeburn, J. 2007. *Charte d'Ottawa : réflexions des antipodes,* UHPE, Promotion et éducation supplément, 2, p. 41-42.

Ridde, V., A. Guichard et D. Houéto. 2007. *Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances,* UHPE, Promotion et éducation supplément, 2, p. 44-47.

Sztompka, P. 1979. *Sociological Dilemnas. Toward a Dialectic Paradigm*. New York - London - Toronto: Academic Press.

Tisseron, S. 2007. *La résilience*. Paris : PUF.

Tremblay, R.E. 2008. *Développement de l'agressivité physique depuis la jeune enfance jusqu'à l'âge adulte,* dans R.E. Tremblay, R.G. Barr, et R.V. Peters (Éds.), *Encyclopédie des jeunes enfants*, p. 1-7. Site web consulté le 9 février 2013 : http://www.enfant-encyclopedie.com/fr-ca/accueil.html