

**Point de vue sur la prévention en santé mentale dans les départements de santé communautaire (D.S.C.)**  
**The issue of prevention in mental health within community mental health departments**

Michel Mongeon

Volume 8, Number 1, June 1983

Structures intermédiaires ou alternatives?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030166ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030166ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Mongeon, M. (1983). Point de vue sur la prévention en santé mentale dans les départements de santé communautaire (D.S.C.). *Santé mentale au Québec*, 8(1), 80–89. <https://doi.org/10.7202/030166ar>

Article abstract

The three questions raised in this article express a point of view about prevention in mental health. They are : 1. how can the concepts used in the field of prevention in mental health become sufficiently operational to give rise to applicable strategies? 2. why must one refer himself to intercausal conceptual models when devising strategies for prevention in mental health? 3. is it useful to distinguish between a preventive intervention in mental health and a program of mental health? The principle obstacles to prevention are not uniquely society and the individuals who make it up; the professionals involved in mental health are also a source of obstacles who often have an ambiguous idea of what prevention in mental health is and of how it should be realized.

---

## POINT DE VUE SUR LA PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE DANS LES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (D.S.C.)

Michel Mongeon\*

---

Dans cet article nous exprimons un point de vue sur la prévention en santé mentale et cela par le biais de trois questions : 1. comment les concepts utilisés dans le domaine de la prévention en santé mentale peuvent-ils devenir suffisamment opérationnels pour donner lieu à des stratégies qui soient applicables? 2. pourquoi est-il nécessaire de faire référence à des modèles conceptuels de nature inter-causale dans la mise sur pied de stratégies de prévention en santé mentale? 3. où se situe l'utilité d'opérer une distinction entre une intervention de prévention en santé mentale et un programme de prévention en santé mentale? Nous verrons que les principaux obstacles liés à la prévention ne sont pas uniquement la société ou les individus qui la composent ; ces obstacles viennent également des professionnels de la santé qui ont souvent une vision ambiguë de ce qu'est la prévention en santé mentale et comment celle-ci pourrait s'effectuer.

Depuis quelques années au Québec, un accent particulier a été mis sur la prévention en santé mentale<sup>1</sup>. En effet, plusieurs études ont reconnu l'insuffisance d'une approche strictement curative pour diminuer l'incidence des désordres mentaux dans notre société. Telle est l'une des conclusions à laquelle aboutit la Commission Présidentielle américaine sur la Santé Mentale en 1978 :

«The Commission recognizes that mental health problems cannot be solved by providing treatment alone. Efforts to prevent problems before they occur are a necessary ingredient of a systematic approach to promoting mental health».<sup>2</sup>

Cette reconnaissance a donc laissé le champ libre à d'autres efforts plus aptes à cerner les problèmes de santé mentale. Or quiconque ayant examiné avec attention le contenu d'une stratégie de prévention — américaine ou canadienne — se rend rapidement compte des difficultés associées à l'implantation d'une telle stratégie. D'ailleurs, la notion même de prévention est complexe à saisir

lorsqu'on tente de l'appliquer, comme le souligne Laurent Houde (1978) :

«La notion de prévention en santé mentale est attrayante quand on l'observe de loin mais elle devient facilement confuse lorsqu'on tente de la cerner dans sa concrétude».<sup>3</sup>

D'où viennent ces difficultés? Certes plusieurs facteurs sont en jeu. Cependant nous aimerions exposer dans cet article notre point de vue sur l'état de ces difficultés, et cela, par le biais des trois questions suivantes :

1. Comment les *concepts* utilisés dans le domaine de la prévention en santé mentale peuvent-ils devenir suffisamment *opérationnels* pour donner lieu à des *stratégies* qui soient *applicables*?
2. Pourquoi est-il nécessaire de faire référence à des *modèles conceptuels de nature inter-causale* dans la mise sur pied de stratégies de prévention en santé mentale?
3. Où se situe l'utilité d'opérer une distinction entre une *intervention* de prévention en santé mentale et un *programme* de prévention en santé mentale?

En somme ces trois questions se rencontrent au moment de la *conception* et de la *réflexion* préalable à la planification d'un programme de prévention en santé mentale. Cette fonction de prévention, nouvelle ou quasi inexistante dans la plupart des départements de santé communautaire (D.S.C.),

---

\* L'auteur est détenteur d'une maîtrise en philosophie de l'Université d'Ottawa et d'une licence en philosophie de l'Université St-Paul d'Ottawa. Également diplômé en psychologie de l'Université d'Ottawa, il poursuit actuellement ses études de maîtrise au département de Médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

est ralentie par le manque de concertation concernant ces questions. Cette constatation fait partie des conclusions du rapport du Comité de la Santé Mentale au Québec (1973) sur la *Prévention dans le domaine de la santé mentale* :

«Le comité de la santé mentale a noté en effet que si plusieurs parlent de prévention en santé mentale, il y a de fait un manque évident de plans d'action bien identifiés et concertés dans ce domaine».<sup>4</sup>

Or, en 1981, cette situation n'a pas beaucoup évolué comme en témoigne le rapport annuel d'un D.S.C. de Montréal :

«Le ministère des Affaires sociales du Québec n'a pas de programme cadre en matière de prévention en santé mentale dont nous pourrions nous inspirer pour élaborer un programme spécifique à notre population».<sup>5</sup>

Certes la santé mentale est un vaste domaine. Néanmoins la démarche que nous proposons dans cet article permettra aux professionnels de la santé communautaire, intéressés à la santé mentale, de se faire une idée plus claire concernant les diverses façons de surmonter les difficultés conceptuelles associées à la prévention en santé mentale. En effet, il ne suffit pas seulement de proposer des règlements décrivant la nécessité de services et de stratégies dans le domaine de la santé mentale au sein des D.S.C.; encore faut-il avoir une idée préalable des objectifs que l'on cherche à atteindre de même qu'être conscient des moyens escomptés pour les rencontrer. Comme le souligne Laurent Houde dans sa préface au document déjà cité :

«Les planificateurs et les responsables de l'orientation des services de santé et des services sociaux auront beau affirmer qu'il faut donner à la prévention en santé mentale une place prépondérante, cette affirmation ne demeurera qu'un message vide de sens tant que les praticiens qui desservent la population ne seront pas devenus plus conscients des moyens qu'ils possèdent en propre pour actualiser la prévention».<sup>6</sup>

Dans cette perspective, les réponses que nous proposons n'ont pas de contenu fixe ou statique; au contraire, le sens même de la prévention est d'évoluer à l'intérieur de normes dynamiques, changeantes et représentatives de la réalité. C'est pourquoi nous intégrons dans ce qui suit des propositions conceptuelles illustrées sous forme de tableaux qui tiennent compte de cet aspect fondamental auquel doit être associée la prévention. Ces

propositions font la synthèse des différents rapports américains cités en référence et sont adaptés au contexte de planification sous-régionale tel que rencontré aujourd'hui dans les D.S.C.

## 1. COMMENT LES CONCEPTS UTILISÉS DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE PEUVENT-ILS DEVENIR SUFFISAMMENT OPÉRATIONNELS POUR DONNER LIEU À DES STRATÉGIES QUI SOIENT APPLICABLES?

La littérature, essentiellement américaine, parue jusqu'à ce jour offre des définitions abondantes de ce qu'est la prévention (Albee G.W. et Joffe J.M., 1977; Dohrenwend, 1973; Kessler M. et Albee G. 1975; Langner T.S. et al., 1976; Wagenfeld M.O. 1972). En général ces définitions sont empruntées au domaine de la santé publique et abordent la notion de prévention en termes de primaire, secondaire et tertiaire. Le *tableau 1* présente une synthèse de ces définitions.

L'objectif général poursuivi par ces différents niveaux de prévention est commun : c'est-à-dire réduire le taux de morbidité lié à un problème de santé mentale qui se manifeste au sein d'une population-cible exposée à divers facteurs biopsychosociaux et/ou environnementaux stressants. Par contre, l'objectif intermédiaire poursuivi par chacun de ces niveaux est distinct. L'organisation des objectifs de la prévention primaire, secondaire et tertiaire est illustrée au *tableau 2*.

Dans ce contexte, la prévention primaire se rapporte donc à toutes les activités qui sont poursuivies dans le but d'aider des personnes à ne pas devenir des clients du système de santé. Cette définition de la prévention primaire n'a rien de théorique ou de conceptuel mais ouvre la voie à une série de stratégies très opérationnelles. En ce sens nous répondons à la définition proposée par Goldston (1977) :

«... primary prevention is neither smoke nor a cloud, nor a rosy vision of a happier tomorrow, but specific actions directed to specific populations».<sup>7</sup>

En quoi cette démarche peut-elle donner lieu à des stratégies qui soient applicables? Nous répondons à cette question en montrant dans le *tableau 3* ce qu'est la prévention primaire par rapport à ce qu'elle n'est pas à un niveau stratégique.

TABLEAU 1

---

**DÉFINITIONS DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE**


---

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>PRÉVENTION PRIMAIRE :</b>   | Activités antérieures à l'apparition d'un problème de santé mentale qui se manifeste de façon significative au sein d'une population-cible.                        |
| <b>PRÉVENTION SECONDAIRE :</b> | Activités impliquant le dépistage et le traitement immédiat d'un problème de santé mentale qui se manifeste de façon significative au sein d'une population-cible. |
| <b>PRÉVENTION TERTIAIRE :</b>  | Activités associées à la réhabilitation de personnes provenant d'une population-cible chez qui se sont manifestés des problèmes graves de santé mentale.           |

---

TABLEAU 2

*Organisation des objectifs de la prévention primaire, secondaire et tertiaire*

| Niveaux                         | Prévention primaire  | Prévention secondaire   | Prévention tertiaire   |
|---------------------------------|--|---|--|
| <b>Objectifs intermédiaires</b> | Diminuer l'incidence des problèmes de santé mentale (c'est-à-dire, le nombre de nouveaux cas)  | Diminuer la prévalence des problèmes de santé mentale (c'est-à-dire le nombre total de cas) | Diminuer le taux de déficience résiduelle due à un problème de santé mentale grave |
| <b>Objectif général</b>         | Réduire le taux de morbidité lié à un problème de santé mentale qui se manifeste de façon significative au sein d'une population-cible spécifique exposée à différents facteurs bio-psychosociaux et/ou environnementaux stressants. |   |  |

---

*Cette approche nous incite à adopter l'une des recommandations de l'Institut National de la Santé Mentale (National Institute of Mental Health, 1977) qui propose la restriction du mot «prévention» aux activités de prévention primaire :*

«I would suggest that a need exists for a standard meaning of the term «prevention» to avoid con-

fusion and semantic difficulties. The term «prevention» should be used solely to refer to actions which either (1) *anticipate* a disorder and/or (2) foster optimal health. Under these conditions the term «prevention» would be synonymous with primary prevention». (8)

En fait, faire référence à la prévention en terme de *traitement*, qu'il soit immédiat (préven-

TABLEAU 3

*Caractéristiques positives et négatives d'une approche stratégique de la prévention primaire en santé mentale*

| CARACTÉRISTIQUES       | POSITIVES  | NÉGATIVES   |
|------------------------|--|---|
| DÉFINITION             | <p>La prévention primaire est <i>pro-active</i> ; c'est-à-dire qu'elle vise :</p> <p>(1) <i>la protection spécifique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– renforcer les capacités d'adaptation d'une population-cible spécifique</li> </ul> <p>(2) <i>la promotion de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– améliorer les conditions de vie d'une population-cible spécifique</li> </ul> | <p>La prévention primaire ne vise pas à assurer un service pour des problèmes de santé mentale <i>déjà existants</i> au sein d'une population-cible spécifique.</p> |
| POPULATION-CIBLE       | <p>La prévention primaire s'applique à la population dans son ensemble mais plus spécifiquement à des groupes de la population qui représentent plus de risques de développer un problème de santé mentale particulier</p>   | <p>La prévention primaire n'implique pas de services directs à chacune des personnes qui composent une population-cible</p>   |
| MODÈLE D'INTERVENTIONS | <p>La prévention primaire fait référence à des outils qui relèvent :</p> <p>(1) de l'éducation</p> <p>(2) des méthodes d'intervention sociale</p>  | <p>La prévention primaire ne fait pas référence à des outils qui relèvent :</p> <p>(1) du counselling</p> <p>(2) de la thérapie individuelle</p>                    |

tion secondaire) ou de réhabilitation (prévention tertiaire), ne fait que contribuer davantage à la confusion entourant ce terme. Cela en diminue toute la signification et l'usage que l'on peut en tirer. C'est pourquoi nous allons uti-

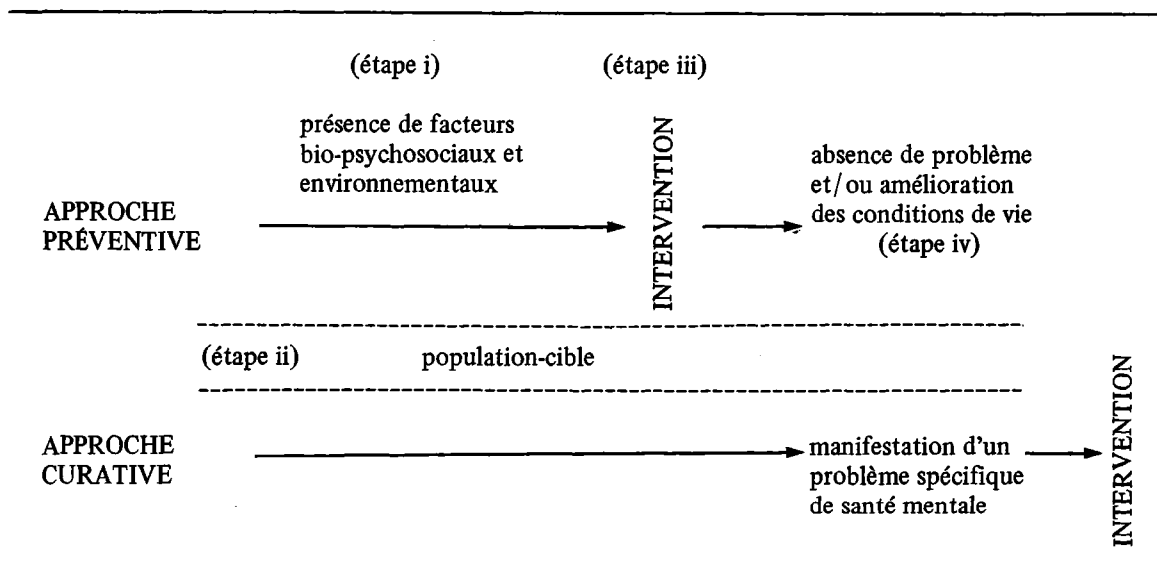
liser le terme «prévention» pour désigner *toutes les activités qui n'impliquent pas de traitement auprès des personnes* (approche préventive); alors que les activités restreintes au traitement se rapportent à une approche curative (préven-

tion secondaire et tertiaire). Il s'ensuit que les activités qui caractérisent le champ de la préven-

tion devraient comprendre les quatre étapes suivantes (voir *tableau 4*) :

**TABLEAU 4**

*Le «moment d'intervention» d'une approche préventive par rapport à une approche curative*



**Étape i :**

un problème spécifique de santé mentale devrait pouvoir être identifié de même que les facteurs bio-psychosociaux et environnementaux qui y sont associés.

**Étape ii :**

une population-cible spécifique devrait pouvoir être identifiée en relation avec les facteurs bio-psychosociaux et environnementaux associés à un problème spécifique de santé mentale.

**Étape iii :**

un réseau d'interventions spécifiques devraient pouvoir s'appliquer à cette population-cible spécifique.

**Étape iv :**

l'effet de ce programme de prévention devrait pouvoir être mesuré en termes (a) d'absence de problème de santé mentale et/ou (b) d'amélioration des conditions de vie.

La connaissance que nous avons à propos des facteurs étiologiques associés aux problèmes de santé mentale est, jusqu'à ce jour, très incomplète ; par conséquent les programmes de prévention qui s'appuient sur ces recherches à caractère étiologique sont souvent ambigus et très peu opérationnels. Il en va tout autrement en ce qui concerne les maladies infectieuses où les relations causales sont souvent apparentes et les programmes qui en découlent, la plupart du temps, faciles à évaluer. Cependant on ne peut pas espérer de ce modèle, inspiré de la santé publique, qu'il nous fournisse un vaccin nous immunisant contre les problèmes de santé mentale. D'ailleurs la médecine est, dans plusieurs cas, soumise aux mêmes difficultés lorsqu'elle s'attaque aux facteurs étiologiques responsables du cancer ou des maladies cardiovasculaires. Il s'en suit qu'un programme de prévention en santé mentale ne doit pas se concevoir en terme d'inter-

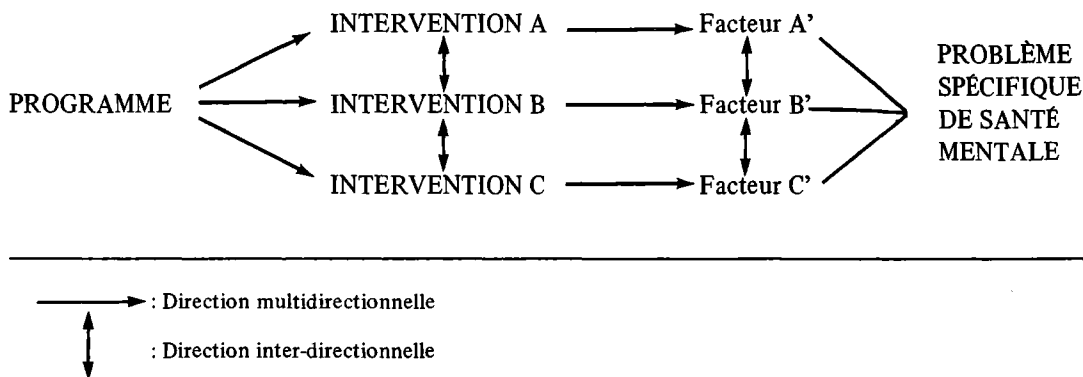
ventions uniformes. Au contraire, comme le propose Goldston (1977), un programme de prévention en santé mentale devrait prendre en considération différents aspects du problème et cela par le biais d'interventions multiples et interdépendantes (voir tableau 5) :

«... a program, by definition, should be a planned effort to approach various aspects of an identified major problem by means of a series of interrelated projects : a single, isolated, one-shot project is not a program».<sup>9</sup>

D'où la nécessité d'intégrer dans la conception de programmes de prévention en santé mentale

TABLEAU 5

Nature interdépendante des interventions composant un programme de prévention en santé mentale



dans les D.S.C. une approche inter-causale aux problèmes de santé mentale. Ce qui nous amène à la seconde question.

**2. POURQUOI EST-IL NÉCESSAIRE DE FAIRE RÉFÉRENCE À DES MODÈLES CONCEPTUELS DE NATURE INTER-CAUSALE DANS LA MISE SUR PIED DE STRATÉGIES DE PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE ?**

La recherche traditionnelle en épidémiologie valorise une approche multi-causale aux problèmes de santé, autrement dit, de nombreux facteurs sont de plus en plus associés au développement d'un problème spécifique de santé. Par exemple, on associe aux maladies cardiovasculaires des facteurs tels le tabagisme, le manque d'exercice, la mauvaise alimentation, le stress... (voir figure 1) :

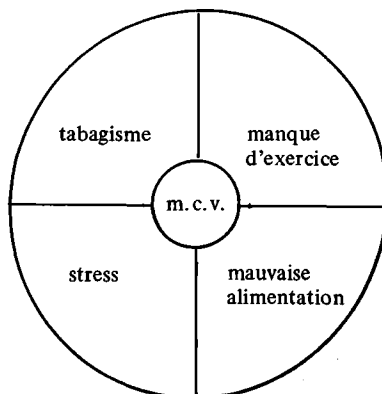


Figure 1 : Approche multi-causale des problèmes de santé

Différentes interventions sont dès lors mises sur pied dont l'objectif est de diminuer l'effet de l'un ou de l'autre de ces facteurs sur le problème de santé considéré. Cependant, pour reprendre la définition de programme selon Goldston (1977)

— voir note 9 —, une intervention uniforme n'est pas un programme. Un programme doit envisager le problème de santé par le biais d'une approche inter-causale; c'est-à-dire la prise en considération d'une *relation réciproque* entre les facteurs associés au développement d'un problème de santé spécifique (voir *figure 2*) :

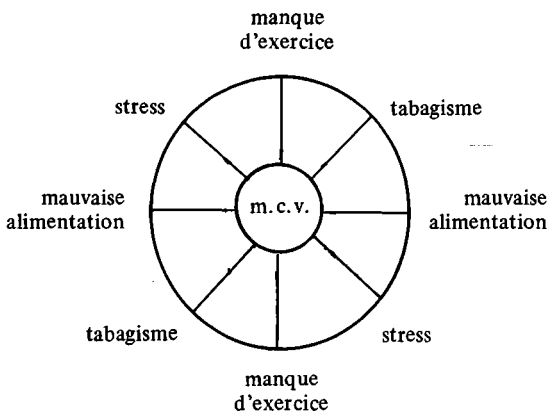


Figure 2 : approche inter-causale des problèmes de santé

Selon cette approche, les causes ne sont pas envisagées indépendamment les unes des autres mais suivant un réseau d'influence réciproque. Le tabagisme engendre un manque d'exercice; le manque d'exercice favorise une mauvaise alimentation... Ces facteurs produisent du stress sur l'organisme qui réagit par la manifestation de désordres cardiovasculaires. Dès lors une intervention qui agit uniquement sur la diminution de consommation de cigarettes, sans tenir compte des autres facteurs en jeu agissant au niveau des maladies cardiovasculaires, ne constitue pas un programme. Un programme pourrait se définir comme étant l'ensemble de différentes interventions dont l'objectif général est de diminuer l'effet de l'ensemble des facteurs en grande partie responsables du problème de santé considéré. Sur le plan pratique, il s'agit en somme d'orchestrer des interventions efficaces qui peuvent produire un certain changement au niveau du problème abordé, par un programme de prévention spécifique. Ce qui nous amène à la troisième question.

### 3. OÙ SE SITUE L'UTILITÉ D'OPÉRER UNE DISTINCTION ENTRE UNE INTERVENTION DE PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE ET UN PROGRAMME DE PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE ?

Les objectifs d'une intervention et d'un programme sont à la fois distincts et complémentaires. Les objectifs d'une intervention se situent à un niveau intermédiaire et spécifique alors que ceux d'un programme le sont à un niveau plus général (voir *tableau 6*).

Prenons par exemple le problème de la délinquance juvénile. L'objectif général d'un programme de prévention serait celui de réduire l'incidence (le nombre de nouveaux cas) de la délinquance juvénile sur un territoire spécifique. Selon le modèle que nous avons présenté antérieurement (cf. *tableau 4*. Le moment d'intervention d'une approche préventive par rapport à une approche curative), il s'agirait d'abord d'identifier les différents facteurs bio-psychosociaux et environnementaux qui contribuent au développement de la délinquance juvénile (*étape i*). Plusieurs facteurs pourraient être spécifiés à partir de la littérature et de l'expérience des intervenants : la performance scolaire, les relations familiales instables, l'alcoolisme des parents, des comportements anti-sociaux parmi les pairs, l'absentéisme scolaire, etc. *L'étape ii* — identification d'une population-cible — pourrait se faire par le biais de données provenant du secteur scolaire, policier ou d'autres associations locales intervenant en ce domaine. Il importe de bien identifier à quel facteur se rattachent telles ou telles données répertoriées, cela en vue de préparer *l'étape iii* qui consiste à bâtir un réseau d'interventions. En choisissant par exemple la performance scolaire, un groupe d'intervenants pourrait mettre au point un programme de consultation articulé avec un C.L.S.C. pour répondre aux étudiants qui ont des problèmes familiaux ou sociaux particuliers. Cependant cette intervention uniforme réduira-t-elle le taux d'incidence de la délinquance juvénile? Il serait illusoire d'y croire à moins de tenir compte dans l'intervention des autres facteurs qui peuvent jouer au niveau de la performance scolaire, ce qui nous renvoie à la *figure 2* (Approche inter-causale des problèmes de santé). En effet si nous voulons évaluer un



TABLEAU 6

Les objectifs des interventions et d'un programme de prévention en santé mentale

|                        |   |                          |
|------------------------|---|--------------------------|
| Objectif général       | Réduire l'incidence du problème de santé mentale rencontré au sein d'une population-cible | PROGRAMME                |
| Objectif intermédiaire | Améliorer le comportement de santé mentale  | INTERVENTION             |
| Objectif spécifique    | Améliorer le comportement de santé mentale  | MODALITÉS D'INTERVENTION |

objectif général (*étape iv*) il est préférable de préparer un réseau d'interventions spécifiques conçues, comme nous l'avons déjà mentionné, pour atténuer l'effet des différentes causes spécifiques sur un problème particulier de santé mentale :

«Efforts at prevention will not succeed, however, unless we establish specific interventions that work on the causes of specific kinds of psychopathology».<sup>10</sup>

### CONCLUSION : LA PORTÉE SOCIALE DE NOS INTERVENTIONS DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE

Comme nous l'avons indiqué au *tableau 2*, la prévention est *proactive* ; en cela elle vise la protection de la population et l'amélioration des comportements susceptibles de favoriser une meilleure santé mentale. Son objectif ultime n'est pas de traiter des patients, mais de diminuer le nombre de clients du système de santé. La protection spécifique en santé mentale est possible lorsque les causes des problèmes sont connues ; à ce moment l'approche préventive empruntée au domaine de la santé publique est la plus appropriée. En ce sens, il s'agit d'éviter le déclenchement plus ou moins à long terme de désordres pathologiques en agissant au niveau des facteurs associés à ces problèmes. De nombreux exemples peuvent ici être apportés : les empoisonnements par le biais de substances

toxiques, les infections, les maladies génétiques, les déficiences nutritionnelles, les accidents, etc.

La prévention vise également l'amélioration de la santé mentale et cela par le biais d'actions spécifiques orientées vers des problèmes spécifiques de santé mentale. C'est essentiellement l'approche que nous avons décrite dans cet article et qui relève d'un modèle d'intervention psychosocio-culturel et éducationnel.

Nous avons tenté non pas de justifier l'approche préventive par rapport à l'approche curative, car cela ne relève que du bon sens, mais d'en montrer les implications. Cependant il faut s'inquiéter de la médicalisation actuelle de l'approche aux problèmes de santé mentale. Pourquoi ? Il n'y a pas de meilleure réponse que celle de Irving Zola dans *Médecine et Société : les années 80* (1981) :

«Dès que tel problème est identifié comme une maladie, il n'est plus, par définition, social et on ne s'attend plus à ce que les mesures correctives soient sociales. Ce sont donc les individus — habituellement les porteurs du problème — et non la communauté ou la société en général qui écopent de la responsabilité de son apparition ainsi que du remède éventuel».<sup>11</sup>

C'est pourquoi, si nous voulons obtenir de la prévention des résultats qui en valent la peine, il faudra :

1. Élargir le champ d'expertise de la prévention en santé mentale au domaine des sciences sociales et non pas restreindre le développement de cet-

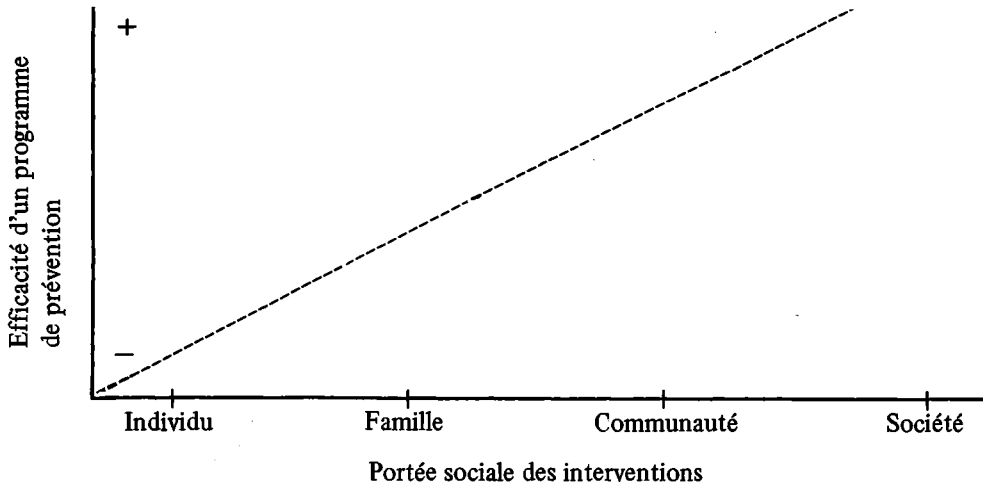


Figure 3. Rapport proportionnel entre l'efficacité d'un programme de prévention en santé mentale et la portée sociale des interventions.

te expertise au niveau des sciences médicales exclusivement.

2. Reconnaître sur le plan législatif le pouvoir de cette expertise élargie au domaine des sciences sociales à préparer et exécuter des programmes de prévention en santé mentale.
3. Reconnaître sur le plan financier le droit d'existence de cette expertise et non favoriser le déséquilibre professionnel en investissant dans une expertise plus biologique que sociale au niveau de l'approche des problèmes de santé mentale.

Est-ce à dire qu'il faut inviter la médecine à se retirer des problèmes dont l'étendue est surtout sociale et limiter son approche au niveau biologique? Non; cependant il faut bien être conscient de la portée sociale à l'intérieur de laquelle s'inscrit son approche des problèmes de santé mentale: c'est-à-dire *individuelle*. Ce qui nous amène à établir un rapport directement proportionnel entre l'efficacité d'un programme de prévention en santé mentale et la portée sociale des interventions visées par celui-ci (voir figure 3).

Il faut donc être conscient actuellement, dans le domaine de la prévention en santé mentale, de la portée sociale de nos approches ainsi que du degré d'efficacité auquel celles-ci peuvent répondre. Il va sans dire que tant que nous nous limiterons à

une approche exclusivement individuelle des questions relatives à la prévention en santé mentale, il sera utopique de penser que nous réaliserons vraiment de la prévention. C'est pourquoi il faut étendre nos approches aux niveaux communautaire et social sans quoi la prévention ne restera qu'un écran de fumée où se perpétuera l'illusion d'y voir clair.

Pour cela un travail d'interdisciplinarité entre les sciences médicales et sociales devra voir le jour tant sur le plan théorique que politique et économique. Sinon il y aura toujours de l'opposition entre ceux qui reçoivent «*Du pain et des services*»<sup>12</sup>, ceux qui recherchent «*Du beurre et des services*» et, finalement, ceux qui ramassent les miettes.

#### NOTES

1. Parmi les principaux rapports mentionnons ceux du Comité de la Santé Mentale du Québec (ministère des Affaires sociales): *La Prévention dans le domaine de la santé mentale* (1973); *Avis pour un programme d'information de masse en santé mentale* (1981). Également Laurent Houde et al: *Prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents* (1978); et, plus récemment, une étude de l'Unité de recherche psychosociale du Centre hospitalier Douglas (1982): *Les indicateurs de santé mentale*, par V. Kovess et al.

2. President's Commission on Mental Health (1978). *Report of the task Panel*. Vol. 1. Washington U.S. Government Printing Office, p. 51.
3. Laurent Houde et al., (1978). *Prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents*. Québec, Éditeur officiel du Québec, p. 11.
4. Ministère des Affaires sociales (1973). *La prévention dans le domaine de la santé mentale*. Comité de la santé mentale du Québec. Québec. Éditeur officiel du Québec, p. 51.
5. Département de santé communautaire, Centre Hospitalier de Verdun (1981). *Rapport annuel 1980-1981*. Bibliothèque nationale du Québec, p. 20.
6. Laurent Houde et al., *opus cité*, p. 12.
7. S. Goldston (1977). Defining primary prevention dans Albee G.W. et Joffe J.M. (eds.), *Primary prevention of psychopathology. Vol. 1. The issues*. New Hampshire. University Press of New England, Hanover, p. 19.
8. S. Goldston. An overview of primary prevention programming. *Primary prevention : an idea whose time has come*. D.C. Kleen, S.E. Goldston (eds.), 1977. National Institute of Mental Health. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare. Wash. D.C., p. 27.
9. *Ibid*, p. 35.
10. L. Erlenmeyer-Kimling (1981). Issues pertaining to prevention and intervention of genetic disorders affecting human behavior. *Public Health reports*. Vol. 96, n° 1, p. 68.
11. I. Zola. L'hégémonie médicale et ses conséquences politiques. L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, J. Llambiao-Wolff (1981). *Médecine et Société*. Québec, Montréal, Éd. Coop. Albert St-Martin, p. 46-47.
12. Frédéric Lesemann (1981). *Du pain et des services : la réforme de la santé et des services sociaux au Québec*. Montréal, Éd. Coop. Albert St-Martin.
- HOUDE, Laurent et al., 1978, *Prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- KESSLER M., ALBEE G., 1975, Primary prevention. *Annual Review of psychology*, n° 26, p. 557-591.
- KOVESS, Vivian et al., 1982, *Les indicateurs de santé mentale*, Unité de recherche psychosociale du centre hospitalier Douglas. Contrat réalisé pour le compte de la Direction Générale des Programmes de Santé. Ministère des Affaires sociales, Québec.
- LANGNER, T.S., GERSTEN, J.C. et EISENBERG, J.C., 1976, The epidemiology of mental disorder in children; implications for community psychiatry, *New Trends of Psychiatry in the Community*, G. Servan (eds.), Cambridge, Mass., Ballinger Publishing Co.
- LESEMANN, F., 1981, *Du pain et des services : la réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Montréal, Éd. Coop. Albert St-Martin.
- Ministère des Affaires sociales, 1973, *La prévention dans le domaine de la santé mentale*, Comité de la santé mentale du Québec, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Ministère des Affaires sociales, 1981, *Avis pour un programme d'information de masse en santé mentale*, Comité de la santé mentale du Québec, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- National Institute of Mental Health, 1977, *Primary prevention : an idea whose time has come*, Kleen D.C. et Goldston S.E. (eds.), U.S. dept. of Health, Education and Welfare, Washington D.C.
- Public Health Reports, 1981, *Prevention in mental health*, vol. 96, n° 1.
- WAGENFELD, M.O., 1972, The primary prevention of mental illness, *Journal of health and social behavior*, 13, p. 195-203.

## RÉFÉRENCES

- ALBEE, George W. et JOFFE, Justin M. (eds), 1977, *Primary prevention of psychopathology. Vol. 1. The Issues*, New Hampshire, University Press of New England, Hanover.
- BOZZINI L., RENAUD, M., GAUCHER, D., LLAMBIAO-WOLFF J., 1981, *Médecine et société : les années 80*, Québec, Montréal, Éd. Coop. Albert St-Martin.
- Département de santé communautaire, Centre hospitalier de Verdun, 1981, *Rapport annuel 1980-1981*, Bibliothèque nationale du Québec.
- DOHRENWEND, Bruce P., 1973, Some issues in the definition and measurement of psychiatric disorders in general populations, in National Center for Health Statistics, *Proceedings of the 14th National Meeting of the Public Health Conference on Records and Statistics*, DHEW Publication n° (HRA) 74-1214, Washington, D.C. U.S. Government Printing Office, p. 480-489.

## SUMMARY

The three questions raised in this article express a point of view about prevention in mental health. They are : 1. how can the concepts used in the field of prevention in mental health become sufficiently operational to give rise to applicable strategies? 2. why must one refer himself to intercausal conceptual models when devising strategies for prevention in mental health? 3. is it useful to distinguish between a preventive intervention in mental health and a program of mental health?

The principle obstacles to prevention are not uniquely society and the individuals who make it up; the professionals involved in mental health are also a source of obstacles who often have an ambiguous idea of what prevention in mental health is and of how it should be realized.