

## Nouvelles pratiques sociales



L. Blanchet, M.-C. Laurendeau, D. Paul et J.-F. Saucier, *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, 138 p.

Jean Gagné

Volume 7, numéro 1, printemps 1994

L'arrimage entre le communautaire et le secteur public

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301268ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301268ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

---

### Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

### ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

---

### Citer ce compte rendu

Gagné, J. (1994). Compte rendu de [L. Blanchet, M.-C. Laurendeau, D. Paul et J.-F. Saucier, *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, 138 p.] *Nouvelles pratiques sociales*, 7(1), 257–261. <https://doi.org/10.7202/301268ar>

---

# La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir

L. BLANCHET, M.-C. LAURENDEAU, D. PAUL  
et J.-F. SAUCIER

*Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, 138 p.*

Bien que chacun reconnaisse la valeur de l'adage selon lequel « il vaut mieux prévenir que guérir », les auteurs de la plus récente publication du Comité de la santé mentale du Québec soulignent que cette sagesse populaire ne semble pas avoir encore atteint le champ de l'intervention en santé mentale. Au Québec, en effet, on constate une nette disproportion des ressources allouées au champ curatif. Le fait est troublant dans la mesure où, d'une part, «[...] les activités de traitement et de réadaptation n'ont, par définition, aucun impact sur l'apparition de ces problèmes» et que, d'autre part, des données récentes confirment que la prévention s'avérerait un investissement rentable tant du point de vue strictement économique que de celui des souffrances humaines épargnées. Dans un contexte où l'ensemble du discours politique de nos dirigeants semble dominé par la seule logique comptable, cet ouvrage constituera certainement une mine d'informations et une pièce essentielle à porter au dossier de la refonte de nos mesures de solidarité collective.

D'entrée de jeu, les auteurs s'attaquent aux définitions des termes de «santé mentale», de «prévention» et de «promotion». Ils proposent d'abord d'appuyer une définition de la santé mentale qui inclut non seulement les dimensions biologique, psychologique et sociale de l'individu, mais aussi leurs interactions avec les phénomènes culturel, environnemental et même politique. De cette manière, nous obtenons une perspective de l'intervention qui ne se limite plus aux seuls individus en difficulté, mais qui met aussi en cause les valeurs promues et le mode de répartition des ressources dans la société où ils évoluent. Cette définition implique, en outre, que des interventions auprès des collectivités aient leur place dans une politique de santé mentale.

Depuis le début des années 60, le concept de prévention en usage en santé mentale comporte trois volets : la prévention primaire, la secondaire et la tertiaire (Caplan, 1964). La prévention primaire consiste à travailler à la réduction des éléments stressants dans un environnement donné ou à fournir aux individus et collectivités des outils pour mieux faire face aux agressions de leur milieu. La

prévention secondaire équivaut au dépistage précoce. Elle consiste à mettre en place des mesures d'identification et de traitement des problèmes dès leur apparition. Enfin, la prévention tertiaire a pour objectif de réduire les séquelles d'un traitement. Ce sont les activités que l'on désigne généralement par les termes de réinsertion et de réadaptation. Le défaut de cette définition tripartite serait d'englober, sous le terme de prévention, des interventions curatives et de réhabilitation. Cet amalgame permet à presque tous les intervenants de situer leur travail dans le champ élargi de la prévention. Le maintien de la définition tripartite de la prévention contribuerait ainsi à retarder « [...] l'essor de la véritable prévention, la primaire » dont la faiblesse réelle demeurerait masquée par cette ruse sémantique.

Comme on juxtapose de plus en plus les termes « prévention » et « promotion », on finit par ne plus les distinguer. Ils ont en commun de se concrétiser par des actions orientées vers les collectivités ; de se mener de façon proactive ; d'utiliser des stratégies multiples et complémentaires et d'impliquer un partage du pouvoir d'action entre les décideurs, les intervenants et la communauté. La promotion se distingue, cependant, de la prévention en ce qu'elle vise le développement des ressources personnelles et collectives favorables à une meilleure santé mentale plutôt que la seule éradication de comportements ou de phénomènes identifiés comme sources de troubles psychologiques. En général, un programme de prévention développera des moyens de protection contre la maladie ou le problème appréhendé, tandis qu'un programme de promotion insistera plus sur le renforcement (*empowerment*) des populations. On associe aussi au champ de la prévention la perspective épidémiologique qui consiste à identifier comme cible les populations « à risque ». La promotion, quant à elle, s'adressera à la population en général. Par définition, une intervention préventive devrait se mettre en place avant que ne soient apparus les troubles que l'on veut éviter. Par contre, la promotion de meilleures habitudes de vie, de l'harmonisation des interactions sociales et de l'amélioration des conditions de vie, en général, demeure pertinente en tout temps.

Ces définitions ne sont cependant pas étanches. Il s'agit plutôt de deux continuums, l'un négatif et l'autre positif, utilisés pour représenter la santé mentale. Du point de vue de la promotion, on cherche surtout à développer les forces vives qui assurent une meilleure santé mentale, alors qu'en prévention on cherche à compenser des déficits psychosociaux identifiés : par exemple, la détresse attribuable au deuil ; l'absence de support parental lié à la composition ou aux occupations de la famille, etc. En pratique, les activités promotionnelles peuvent avoir des effets préventifs, tout autant que la prévention exercée auprès d'une collectivité peut avoir des effets de promotion dans le reste de la population.

En termes de stratégies, les auteurs reprennent en gros celles qui sont déjà proposées dans la politique québécoise de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) : harmonisation des politiques publiques et amélioration des conditions de vie ;

soutien des milieux de vie ; renforcement du potentiel des personnes ; réorientation du système de santé et des services sociaux ; renforcement de l'action communautaire et action auprès des groupes vulnérables. Au plan des méthodes, on propose l'éducation à la santé, la communication, le marketing social, l'action communautaire, le changement organisationnel et l'action politique. Nous les mentionnons rapidement parce que ces stratégies et méthodes sont à la fois vertueuses et couvrent tout le terrain souhaitable. Le véritable débat consistera à établir des priorités dans tout cela. Il ne faut pas s'illusionner, si le gouvernement peut se montrer enclin à entériner des orientations larges et généreuses, la situation économique, en revanche, lui permet en toute légitimité de ne soutenir que des actions partielles. On ne devrait pas négliger l'intérêt d'un débat large sur le prévisible exercice de priorisation qui découlera de cette situation sous prétexte qu'il favoriserait le grenouillage des divers groupes d'intérêts corporatifs et professionnels qui s'agitent dans le champ de la santé mentale. D'une part, toutes ces stratégies ne s'attaquent pas à des objectifs également impérieux et, d'autre part, on ne peut imaginer que des programmes préventifs et promotionnels aspirent à quelque succès sans être assurés d'un soutien et d'une participation populaire. L'ouvrage, bien que partisan de ce point de vue, laisse de côté la discussion sur les mesures concrètes à élaborer pour assurer ce nouveau contrat social.

Une fois leurs concepts mis en place, les auteurs s'attaquent à leur aspect pratique. On trouvera dans ce petit livre plusieurs exemples de programmes de prévention ou de promotion choisis dans la littérature américaine et québécoise. On sera cependant étonné d'apprendre que parmi les 440 exemples repérés, 412 seulement correspondaient aux critères de définition développés par le groupe de rédaction. Qui plus est, lorsqu'il s'est agi d'appliquer à ces mêmes programmes un test de validité scientifique, le nombre d'exemples est descendu à 40 programmes. Malgré tout, et cela n'est pas anodin, les auteurs ont tenu à présenter aussi d'autres programmes qui, sans avoir passé ce test, se révélaient intéressants. C'est dire que les auteurs ne retiennent pas seulement la mesure de l'atteinte des impacts recherchés et la cohérence des objectifs avec les processus de mise en place des programmes comme critères de leur qualité. Ils ajoutent que des projets novateurs, soutenus et appréciés par les acteurs du milieu d'implantation, qui savent intéresser des participants autrement mal servis, devraient aussi être valorisés.

Le dernier chapitre de l'ouvrage est consacré à la question de l'intégration de la prévention et de la promotion au système des services. On y propose de créer une structure centrale à l'échelle gouvernementale chargée de la coordination des activités de promotion et de prévention. Cette structure centrale serait « [...] responsable de l'élaboration d'un plan d'action, de la validité scientifique des programmes, de leur évaluation et de leur diffusion ». Sur le plan local, d'autres structures seraient chargées de veiller à l'application et à l'adaptation de ces programmes au regard des particularités du contexte social, culturel, institutionnel et communautaire de leur secteur. On insiste aussi sur l'importance d'assurer la

formation des intervenants et de diffuser largement les connaissances scientifiques concernant ce champ d'activités. Enfin, les auteurs proposent l'adoption d'une stratégie de développement par étapes. On commencerait par l'implantation de petits projets pilotes disséminés à travers la province qui, après avoir fait l'objet d'évaluations rigoureuses, pourraient être ensuite reproduits ailleurs ou à plus grande échelle et, bien entendu, financés et soutenus de façon stable.

Cette récente publication du Comité de la santé mentale du Québec présente l'avantage de proposer une vision de la prévention et de la promotion en santé mentale qui ne se limite pas au paradigme biomédical. Malgré sa popularité médiatique, en effet, l'attribution d'une origine biochimique ou génétique aux troubles de la santé mentale demeure encore aujourd'hui et dans la plupart des cas une hypothèse non vérifiée. S'il y a consensus entre les tenants des diverses écoles en santé mentale, c'est celui qui porte sur la complexité des processus qui conduisent au bien-être ou au déséquilibre psychologique. Les différentes dimensions de la personne et de son environnement entrent en interaction pour donner lieu à une organisation dynamique : sa personnalité. Bien qu'il soit possible d'identifier des conditions favorables à l'émergence de certains profils, il demeure malaisé de cerner parmi ceux-ci des facteurs causals. À cet égard, on voit mal pourquoi les auteurs proposent d'exclure la schizophrénie et les troubles bipolaires du champ de la prévention et de la promotion. C'est précisément parce que leur étiologie est mal connue et parce qu'on leur attribue un spectre symptomatologique tellement large que l'on peut penser que des interventions pour améliorer la qualité des liens sociaux et les conditions de vie en général pourraient avoir à leur égard un effet bénéfique. En fait, toute l'étiologie en santé mentale est traversée par ces concepts de complexité, d'interactions et de dynamique qui interdisent l'homologation de facteurs précis qui autoriseraient «scientifiquement» l'adoption d'un schéma technique de prévention. Comme on ne connaît (précisément) ni les causes des troubles mentaux, ni les techniques précises pour en empêcher l'apparition, il faut se tourner vers une approche plus politique que scientifique, c'est-à-dire assumer notre conviction commune que la pauvreté, l'isolement social ou l'instabilité résidentielle sont des facteurs actifs dans la construction des troubles psychosociaux.

Dans le même sens, les multiples références du texte à une nécessaire scientificité des interventions appellent à la réflexion. La définition même de la santé mentale qu'adoptent les auteurs invite à l'ouverture d'un champ de recherche qui remet en cause les aspects mécaniques de la science moderne (cause → effet). En particulier, il faut se méfier du concept de population à risque ou d'évidence épidémiologique qui, comme l'indiquent à juste titre les auteurs, est un concept essentiellement statistique<sup>2</sup>. Qui plus est, l'accent mis sur le ciblage des populations à risque nous fait craindre la légitimisation d'une double exclusion.

---

2. À ce sujet, voir Michèle CLÉMENT et Hector OUELLET, «Problématiques psychosociales et notion de risque : une perspective critique», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, 1992, 113-127.

Celle, d'une part, des populations ainsi ciblées en les enfermant dans un rôle d'incompétent (parental ou autre) et, d'autre part, en poussant les ressources à (sur)spécialiser leur clientèle. À l'instar des indices de la pauvreté, il serait malheureux que l'usage des indices de vulnérabilité contribue à masquer la carence réelle de certaines ressources disponibles ou des services offerts à la population.

Enfin, un dernier élément de discussion se rapporte à l'idée de créer un organisme central pour la coordination des activités de promotion et de prévention. Les auteurs en soulignent d'ailleurs les dangers. On peut craindre, en effet, d'y voir se dessiner un modèle de gestion à distance où le plus haut niveau se réserverait la tâche de définir à la fois les programmes et l'évaluation de leurs applications, risquant ainsi d'étouffer les initiatives locales. Il importerait, à notre avis, d'élaborer plus sur les modalités de concertation avec les communautés locales et en particulier avec les collectivités dites à «risque». Les mots «consultation», «concertation» et surtout «partenariat» sont devenus les passe-partout nécessaires à la présentation d'à peu près toutes nouvelles interventions dans le champ social. Malgré leur saveur consensuelle, ces termes à la mode ne signifient finalement rien de plus que les administrateurs, les intervenants et les groupes touchés par un projet d'intervention doivent élaborer ensemble un compromis pour permettre son application. On peut soit laisser cette élaboration aux forces du marché et voir se reconduire à peu près le statu quo ou prendre véritablement au sérieux le projet de réorientation du secteur sociosanitaire et développer des moyens concrets pour favoriser ce fameux «*empowerment*» des collectivités.

Jean GAGNÉ  
*Maison Saint-Jacques, Montréal*