

## La prévention en santé mentale communautaire Prevention in community mental health

Jean-Louis Campagna

Volume 6, numéro 1, juin 1981

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030086ar>  
DOI : <https://doi.org/10.7202/030086ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)  
1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Campagna, J.-L. (1981). La prévention en santé mentale communautaire. *Santé mentale au Québec*, 6(1), 19–29. <https://doi.org/10.7202/030086ar>

Résumé de l'article

Fin des années cinquante, début des années soixante. Les nord-américains sont mûrs pour bien des changements. Sur la vieille scène usée des divans des psychologues et des hôpitaux psychiatriques disloqués, les programmes de santé communautaire font leur apparition. Une révolution pour certains, un désastre pour les autres... Mais si les critiques y trouvent du meilleur et du pire, la population en général croit en ce mouvement comme elle avait cru, jadis, en ses chefs politiques et spirituels. De façon quasi mystique. Pourtant, le concept de santé mentale communautaire était loin d'être clair. Même les professionnels n'arrivaient pas à s'entendre pour définir la « santé mentale ». Leur approche était plutôt négative : ils insistaient sur l'absence de maladie, de mésadaptation, de déviation. À cela, une autre difficulté s'ajoutait : comment définir le « communautaire » ? Aujourd'hui encore, tout le monde parle au nom de la communauté sans que l'on sache exactement de quoi il s'agit. Marqués au départ par cette double ambiguïté, les programmes de santé mentale communautaire instaurés au Québec, au Canada et aux États-Unis, allaient bientôt baigner dans la confusion. Et décevoir la population. Résultat : les subventions gouvernementales qui, un peu partout, inondaient les chercheurs universitaires au cours des années soixante, se mirent à diminuer de façon inquiétante. Bien entendu, le domaine obscur de la prévention fut durement touché.

## LA PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE

*Jean-Louis Campagna\**

---

Fin des années cinquante, début des années soixante. Les nord-américains sont mûrs pour bien des changements. Sur la vieille scène usée des divans des psychanalystes et des hôpitaux psychiatriques disloqués, les programmes de santé communautaire font leur apparition. Une révolution pour certains, un désastre pour les autres... Mais si les critiques y trouvent du meilleur et du pire, la population en général croit en ce mouvement comme elle avait cru, jadis, en ses chefs politiques et spirituels. De façon quasi mystique.

Pourtant, le concept de santé mentale communautaire était loin d'être clair. Même les professionnels n'arrivaient pas à s'entendre pour définir la "santé mentale". Leur approche était plutôt négative : ils insistaient sur l'absence de maladie, de mésadaptation, de déviation. A cela, une autre difficulté s'ajoutait : comment définir le "communautaire"? Aujourd'hui encore, tout le monde parle au nom de la communauté sans que l'on sache exactement de quoi il s'agit.

Marqués au départ par cette double ambiguïté, les programmes de santé mentale communautaire instaurés au Québec, au Canada et aux États-Unis, allaient bientôt baigner dans la confusion. Et décevoir la population. Résultat : les subventions gouvernementales qui, un peu partout, inondaient les chercheurs universitaires au cours des années soixante, se mirent à diminuer de façon inquiétante. Bien entendu, le domaine obscur de la prévention fût durement touché.

### RÉFORMISTES PUIS CONSERVATEURS

Des chercheurs américains ont tenté d'expliquer ce brusque passage de l'enthousiasme à la frustration. Pour le psychologue Charles Hersch (1968), il n'est pas surprenant "que les développements en santé mentale communautaire aient pris place au moment de la guerre contre la pauvreté, de la promulgation des droits civils, du phénomène des enfants-fleurs, des révolutions étudiantes et des divers mouvements de libération (...)". Mais l'effervescence des années 60 si fertiles en réformes sociales a disparu... Les réformistes sont devenus conservateurs. Cela n'est pas sans conséquences.

---

\* L'auteur, Ph. D., est professeur à l'École de psychologie, Université Laval, et est directeur général du Centre de Prévention du Suicide de Québec.

D'autres psychologues, Levine et Brocking (1974), ont prétendu que le climat socio-politique influence notre façon d'agir auprès de ceux qui ont besoin d'aide. Dans un contexte réformiste, nous blâmerons volontiers la société pour les maux qu'elle engendre : drogue, suicide, violence, etc. Dans un contexte conservateur, nous considérerons plutôt que ces maux originent de l'individu.

La société québécoise s'est-elle aussi refroidie? Il ne faut pas beaucoup de perspicacité pour se rendre compte que le contexte socio-politique qui a permis au mouvement de santé mentale communautaire préventive de naître n'existe plus. Les programmes préventifs, surtout ceux qui remettent le système en cause, manquent de support. Le gouvernement, tantôt réformiste, tantôt conservateur, hésite douloureusement entre le changement et le statu quo. Il veut mais ne veut pas...

Il faut bien l'admettre : les privilégiés et les détenteurs de pouvoir sont rarement prêts au partage. Qu'est-il advenu des procureurs du California Rural Legal Aid, dans la vallée centrale de San Joaquin, qui avaient voulu aider les travailleurs unionistes? Ils ont été sévèrement rabroués par les autorités puis, finalement, acculés au chômage... Plus près de nous, rappelons la réticence de certains professionnels devant les C.L.S.C. et les Départements de santé communautaire. Ne craignaient-ils pas, surtout, de perdre leur pouvoir en rendant à la communauté le contrôle de sa santé?

## **QUI SOIGNER : LE MALADE OU LA SOCIÉTÉ?**

C'était peut-être l'aspect le plus progressif et le plus prometteur du mouvement de santé mentale communautaire québécois que de mettre l'accent sur des services préventifs, répondant aux besoins exprimés par la communauté. Mais quelle orientation le mouvement allait-il prendre? Quand notre système hospitalier, qui en était arrivé à ressembler à un réseau complexe d'états féodaux, fut enfin démantelé, les nouveaux programmes de santé mentale communautaire furent placés devant plusieurs avenues.

La première se ramène à un simple transfert des activités cliniques traditionnelles à de mini-hôpitaux ou cliniques implantées dans la communauté. Le modèle thérapeutique reste le même : le patient est toujours identifié comme "malade", la source de sa maladie se trouve en lui, son traitement relève évidemment du médecin et de ses alliés. La prévention reste une affaire de détection précoce et de prompt traitement. Cette approche dite de "premiers soins" est à l'heure actuelle privilégiée par plusieurs, sinon la majorité, des cliniques de santé mentale communautaire. Elle est rassurante parce qu'elle repose sur l'idée que le trouble émotionnel peut être éliminé; elle est commode parce qu'elle convient bien à la formation reçue par la plupart des professionnels. Mais elle renforce aussi le "patientisme", créant un véritable système de portes tournantes : sitôt rétabli, le patient est re-

tourné au système qui l'a rendu, et le rendra encore malade... Cette approche n'apporte rien de neuf : le vieux vin est transvasé dans de nouvelles outres.

Deuxième avenue : l'individu reste important mais l'accent se porte sur la population totale. Les épidémiologistes entrent en scène. Ils cherchent à comprendre comment la maladie se répand. Ainsi la prévention pourra s'exercer beaucoup plus tôt (niveau primaire). Il ne s'agit plus simplement de soigner le mal à son tout début ni même de l'empêcher de s'étendre, il faut prévenir son apparition. On reconnaît là l'approche dont s'inspirent les programmes de santé publique. En ce qui a trait à la santé mentale, les programmes ne doivent plus relever exclusivement de la médecine mais s'ouvrir aux chercheurs et spécialistes des autres disciplines. Il faut offrir des solutions de rechange à l'hospitalisation : centres de jour, interventions de crise, unités de sélection et d'évaluation, communautés thérapeutiques. Cette approche débouche sur le changement social. Aux prises avec des problèmes sociaux qui le dépassent largement (pauvreté, ségrégation, doubles contraintes institutionnelles, etc.), l'artisan en santé mentale a tôt fait de constater que la science médicale et paramédicale ne suffit pas. Il faut plus encore.

Une troisième avenue s'offre à lui : l'action sociale. Il s'agit cette fois de prévenir les inégalités sociales et d'améliorer la qualité de la vie pour toute la communauté. Le projet est généreux mais il exige des changements profonds de nos systèmes économiques et sociaux et des valeurs qui les soutiennent. Celui qui opte pour l'action sociale doit savoir qu'il plonge en eau trouble. D'abord, il connaît peu de choses de l'organisation communautaire : ses maîtres sont Freud, Sullivan et Rogers, pas Saul Alinsky. Ensuite et surtout, un destin funeste l'attend : on ne mord pas impunément la main de son maître nourricier. Ce gouvernement, bailleur de fonds, est de plus en plus conservateur. Il attend de ses thérapeutes qu'ils apaisent les esprits troublés, rien de plus. Guéris et tais-toi!...

Ces dernières années, les professionnels en santé mentale ont été encouragés par l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement social-réformiste qui a, depuis, encouragé la formation d'animateurs et d'organiseurs communautaires. De nouveaux rôles ont émergé : artistes en psychothérapie par exemple... Mais ne nous réjouissons pas trop vite : le vent pourrait tourner. D'autres, plus conservateurs, pourraient sabrer dans les fonds affectés à la lutte à la pauvreté, à l'assistance juridique, à la santé communautaire... Fait inquiétant, des études sur la qualité des soins de santé au Québec (Gagné, 1978; Conseil du statut de la femme, 1978) tendent à démontrer que le public québécois a moins confiance en certains programmes préventifs. Ce désenchantement que nous avons aussi observé chez notre population de patients suicidaires ou tout simplement en crise ne vient-il pas d'un système de santé centralisateur? Son rôle est de guérir, non d'impliquer la communauté. Mais en dernière analyse, les objectifs de la prévention ne sont-ils pas justement de diminuer la vulnérabilité des individus à certains stress spécifiques, et ensuite de travailler à réduire ces stress à leur source?

## LA SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE : UNE CARACTÉRISATION

Le concept de "santé mentale communautaire" est d'origine américaine et il apparaît au début des années 60. Au Québec, il est encore très peu connu et seuls quelques individus cherchent à s'en inspirer dans leur pratique. Aussi allons-nous en proposer une caractérisation empruntée à plusieurs auteurs américains (Bloom, 1975; Caplan, 1964; Goldstone, 1965; Hirschowitz, 1979). Bloom (1975) et Caplan (1964), en particulier, ont dégagé une dizaine de caractéristiques qui situent bien l'approche centrée sur la santé mentale communautaire.

1) Elle est associée à une intervention dans la communauté elle-même plutôt qu'à une thérapie institutionnelle.

2) Elle cherche à assurer le bien-être de toute la communauté et non celui d'un individu – le patient – à la fois.

3) Elle privilégie les services communautaires préventifs par rapport aux services de thérapie individuelle.

4) Elle remet l'accent sur la continuité et sur l'étendue des services offerts à la population-cible. Ainsi les programmes en santé mentale communautaire doivent former un système offrant les services requis pour les différents problèmes rencontrés.

5) Son approche est plutôt indirecte que directe. Le praticien intervient par la consultation, par exemple, auprès des individus et des groupes les plus susceptibles de comprendre et d'agir sur le problème présenté. Dans le cas du Centre de Prévention du Suicide de Québec (Campagna, 1979), l'étendue du problème était telle qu'une solution pouvait résider dans l'implantation d'un service d'intervention téléphonique, d'un nouveau service de consultation auprès de la population et dans la formation de plusieurs dizaines d'intervenants bénévoles pour y travailler.

6) Elle utilise de nouvelles stratégies cliniques afin de pouvoir répondre au grand nombre de demandes d'aide qui sont formulées. Au Centre de Prévention du Suicide de Québec, une étude (Campagna, 1980) a démontré que l'utilisation d'approches comme la psychothérapie à court terme (Small, 1971) par des stagiaires et l'intervention de crise (Lindemann, 1944; Aquilera, 1974; McGee, 1974; Campagna, 1976) par des bénévoles s'est avérée efficace et populaire. Elles sont efficaces et populaires parce qu'en plus d'offrir un support social aux bénéficiaires, elles empêchent les processus de chronicisation et de "patientisation". Ces approches ne sont, en fait, que la duplication d'expériences américaines (Polak, 1976; Bloom, 1975; Engs, 1974; Halpern, 1969).

7) Son action doit être planifiée avec méthode et réalisme. Elle présuppose donc que, dans le cas d'un problème comme celui du suicide, on en étudie la dimension épidémiologique et qu'on identifie les populations qui risquent fortement d'y être sujettes. Ces recherches sont nécessaires pour orienter correctement l'action communautaire et pour implanter des programmes préventifs efficaces. Au Centre de Prévention du Suicide de Québec, plusieurs recherches (Campagna, 1976, 1979, 1980, 1981 ; Morissette, 1981) ont porté sur l'analyse des variables de la population-cible telles l'âge, le sexe, le statut socio-économique, la résidence, la méthode de suicide ou de tentative de suicide employée, l'identification des foyers à risque suicidaire et autres. Toutes ces recherches ont pour but une meilleure coordination des services offerts et l'évaluation de leur efficacité.

8) Une autre caractéristique de l'orientation de la santé mentale communautaire consiste dans l'utilisation d'une main-d'œuvre diversifiée pour distribuer les services. Plutôt que d'avoir uniquement recours au psychiatre, au travailleur social, à l'infirmier psychiatrique et au psychologue clinicien comme pourvoyeurs de soins, le professionnel de la santé mentale communautaire cherche à former de nouveaux types d'intervenants. Depuis l'ouverture du Centre de Prévention du Suicide de Québec en septembre 1978, 400 bénévoles ont été formés à l'intervention de crise au téléphone (associé clinique) ou dans la communauté (intervenant communautaire).

9) Bloom (1965) identifie une autre caractéristique comme étant "le contrôle et l'implication de la communauté". Selon l'auteur, ces termes signifient que le professionnel de la santé mentale n'est pas considéré comme la seule source d'information pertinente pour répondre aux besoins de la communauté. Ces deux concepts impliquent en fait que le centre de santé mentale communautaire cherche à représenter la communauté. Il devient alors évident que les professionnels d'un tel centre sont appelés à joindre la communauté afin d'identifier ses besoins précis, de préparer des programmes adéquats et d'en évaluer les résultats.

10) Une dernière caractéristique de la santé mentale communautaire est son travail d'identification des sources de stress dans une communauté. Une recherche récente au Centre de Prévention du Suicide de Québec (Morissette, 1981) a démontré que dans une communauté de la région métropolitaine de Québec, le taux de suicide chez les jeunes hommes de 15 à 25 ans était significativement plus élevé que chez les autres groupes d'âge. Une étude multivariée plus approfondie sera entreprise sous peu, avec la coopération de la communauté, afin d'identifier les variables se rapportant au phénomène et d'y apporter une solution.

Ainsi, l'implantation scientifique des programmes en santé mentale communautaire permettra une intervention prompte et efficace; cette activité aidera à préciser où et comment intervenir et avec qui intervenir.

## L'ÉVALUATION : UN DÉFI

Les raisons politiques ne suffisent pas à expliquer tous les problèmes de croissance des programmes préventifs. D'autres facteurs doivent être mis en cause.

### 1. La fragmentation des programmes préventifs

La prévention doit reposer sur un travail d'équipe : le personnel des hôpitaux psychiatriques, les éducateurs, les organisateurs communautaires, les hommes d'affaires et tant d'autres encore doivent travailler en étroite collaboration. La tâche n'est pas facile puisque l'orientation du ministère des Affaires sociales (octobre 1973) favorise une fragmentation des services en santé communautaire. Cette orientation est nuisible à la cohésion des équipes multidisciplinaires dans la communauté. La santé mentale ne doit plus constituer un monde à part, mais être intégrée à la santé en général, à l'éducation et aux services sociaux. Pourquoi tous ses artisans ne sont-ils pas déjà occupés à travailler ensemble, dans des communautés à dimension humaine? Nous aurions pu profiter de l'actuelle tentative d'unification des services de santé pour le faire. Les anciens cartels ont fini par éclater, n'attendons pas que d'autres surgissent à leur place.

### 2. L'indétermination des limites de la prévention primaire

Qu'est-ce qu'un thérapeute peut bien répondre à l'homme qui lui explique qu'il est en mauvaise santé parce que sa maison est infestée de rats? Aussi, il devient impératif que nous définissions les limites de la prévention primaire : nous savons que la mauvaise qualité du logement, la pauvreté, le chômage constituent des problèmes des plus critiques mais nous reconnaissons aussi que nous ne pouvons tout régler. Jusqu'où devrait s'étendre notre action? Nous croyons que les professionnels devraient se hâter d'identifier les facteurs de stress les plus courants qui conduisent à la maladie (dans le domaine du suicide, par exemple, nous connaissons plusieurs événements qui risquent de susciter une crise; nous avons même des données sur le degré de "fatalité" de certaines situations). Malheureusement, la prévention primaire se limite encore trop souvent à la cueillette d'informations au moment de la crise. Nous pourrions faire beaucoup plus.

3) On n'a pas encore répondu à cette question fondamentale : **Qu'essayons-nous de prévenir?** L'évaluation des programmes est faite trop souvent par des juristes ou des bureaucrates qui exécutent des mandats qui vont à l'encontre de l'esprit communautaire. Notre défi le plus grand est de prouver l'efficacité de notre travail. Mais comment démontrer qu'on a prévenu un problème? Comment prouver expérimentalement la non-existence d'une chose? La tâche est d'autant plus difficile que ceux à qui nous devons rendre des comptes n'ont pas toujours une grande sympathie pour notre philosophie. Ce sont des administrateurs, pas des missionnaires, qui veulent s'assurer que leurs dollars ont été bien utilisés. Mais au fait, pourquoi les

programmes préventifs sont-ils l'objet d'une inspection aussi sévère? Après tout, il existe bien peu de données prouvant l'efficacité des programmes curatifs. Cette situation accentue la nécessité de miser sur l'évaluation efficace de nos programmes préventifs. Plus que jamais, législateurs et administrateurs exigent des comptes avant de distribuer leurs subventions. La tâche ne sera pas facile car les instruments de mesure sont loin d'être précis. Les critères d'évaluation sont ambigus et les indicateurs sociaux de succès (Warren, 1976) les plus couramment utilisés sont trompeurs pour ne pas dire... frauduleux. Ainsi, l'une des façons de démontrer que la santé mentale de la population s'est améliorée pourrait être d'aligner des statistiques indiquant la baisse de la clientèle des hôpitaux psychiatriques au cours des dix dernières années. Mais la sortie d'un patient de l'hôpital psychiatrique ne prouve même pas que son état se soit amélioré! Devrons-nous nous satisfaire d'indicateurs fictifs ou nous retrancher derrière notre savoir? Bien sûr que non. Il y a quelque part, une solution.

## NOTRE MÉTHODE

La nécessité constante de justifier notre travail auprès des experts nous a conduits, au Centre de Prévention du Suicide de Québec, à expérimenter une méthode de recherche et d'évaluation qui nous apparaît satisfaisante.

Cette méthode, nous l'avons cherchée quelque part entre le pur modèle expérimental, bien au-delà de nos possibilités, et ces "questionnaires de bonheur" qui restaient, dans notre optique, beaucoup trop limités (Gurin, 1960). Nous avons donc tenté d'identifier les circonstances éprouvantes de la vie (l'entrée à l'école, la graduation, le mariage, le divorce, la maladie, etc.), puis nous avons cherché des facteurs communs de déséquilibre (Campagna, 1976).

Lorsqu'une personne vient nous consulter, nous établissons, dès la première entrevue, un certain nombre de données importantes : identification du problème, évaluation du nombre de consultations jugées nécessaires, esquisse des résultats anticipés. L'étude des informations recueillies auprès de notre clientèle nous permet de déceler les groupes à risque élevé, de prévoir les événements critiques qui pourraient conduire ces personnes à la crise, et bien sûr d'intervenir avant qu'il ne soit trop tard (tableau 1).

Cette méthode d'évaluation (Campagna, 1976; Campagna, Morissette, 1979) permet à l'intervenant de déterminer le risque suicidaire ainsi que l'urgence de la situation. Si le bénéficiaire vit une crise, les facteurs de développement – style de vie – ou les facteurs précipitants – deuil, divorce, chômage et autres pertes importantes – sont évalués. Une intervention immédiate et suivie est amorcée par les intervenants de crise et les bénévoles de notre équipe. Cette méthode nous permet ainsi d'identifier et d'utiliser les ressources communautaires appropriées, ce qui a pour effet d'offrir au bénéficiaire un support social en dehors du système hospitalier.





## TABLEAU I (suite)

**Autres questions à investiguer** (il est important d'avoir tous les renseignements suivants) : Au cours de la dernière année, la personne a-t-elle subi une perte? oui \_\_\_ non \_\_\_

Durant l'appel, la personne a-t-elle fait des menaces homicides? oui \_\_\_  
non \_\_\_

Alcoolisme antécédent : aucun \_\_\_ moyen (non constant) \_\_\_ élevé \_\_\_

Alcoolisme actuel (et au cours des derniers mois) : aucun \_\_\_ moyen \_\_\_  
élevé \_\_\_

Traitement en alcoologie : aucun \_\_\_ progrès senti \_\_\_ aucun progrès senti \_\_\_

Antécédents d'abus de drogues fortes (ou médicaments) : aucun \_\_\_  
moyen \_\_\_ élevé \_\_\_

Types et quantités de drogues (ou médicaments) utilisés dans le passé :

Problème actuel de drogues (ou médicaments) : aucun \_\_\_ moyen \_\_\_  
élevé \_\_\_

Types et quantités de drogues (ou médicaments) utilisés actuellement :

Traitement en toxicologie : aucun \_\_\_ progrès senti \_\_\_ aucun progrès senti \_\_\_

Moyen de subsistance : salaire \_\_\_ aide sociale \_\_\_ rente, pension, placement \_\_\_

Antécédents judiciaires : non \_\_\_ oui \_\_\_ civil \_\_\_ criminel avec violence \_\_\_  
criminel sans violence \_\_\_

**Commentaires** (sur les questions investiguées; matériel supplémentaire investigué; autres symptômes; note évolutive) :

**Recommandations au moment du contact** (démarches incluant les contacts avec la parenté, ami, police, psychologue, médecin, accompagnateur, hôpital; prise en charge suggérée) :

Risque _____	Urgence _____	associé clinique _____	no _____
(1 à 9)	(1 à 9)	superviseur _____	no _____
		directeur _____	no _____

Finalement, l'analyse périodique de cette formule d'évaluation nous permet d'identifier et de suivre – par secteurs – d'autres problèmes épidémiologiques, tels l'alcoolisme, la toxicomanie, etc. Cela nous permet d'aviser, de consulter et d'offrir des recommandations aux autorités et aux représentants des communautés. Elle nous permet aussi de mesurer l'efficacité de nos bénévoles ainsi que celle de notre travail.

## CONCLUSION

Évidemment, cette méthode de recherche et d'évaluation requiert la collaboration de tout le personnel mais nous croyons que cela en vaut la peine. Nous sommes persuadés que c'est cela qui nous a permis de poursuivre le travail de pionnier que nous avons entrepris en 1978.

Les programmes de santé mentale communautaire vivent une période difficile. Ils se retrouvent à la croisée des chemins. Mais l'évaluation qui leur pose un si grand défi pourrait aussi constituer leur planche de salut. Nous avons toutes les raisons d'espérer qu'ils survivront à cette épreuve et que leur efficacité sera enfin reconnue!

## RÉFÉRENCES

- AQUILERA, D.C., 1971, *Crisis intervention*, C.V. Mosby Company, St. Louis.
- BLOOM, B.L., 1975, *Community Mental Health : A general introduction*, Brooks Cole Publishing Company, Monterey, California.
- CAMPAGNA, J.L., 1976, Implementation and evaluation of a suicide prevention center in Quebec, *Library Congress*, Washington, D.C.
- CAMPAGNA, J.L., Avril 1979, *1<sup>er</sup> rapport d'étape du Centre de Prévention du Suicide de Québec*, M.A.S.
- CAMPAGNA, J.L., Avril 1980, *2<sup>e</sup> rapport d'étape du Centre de Prévention du Suicide de Québec*, M.A.S.
- CAMPAGNA, J.L. et P. MORISSETTE, Mai 1981, *3<sup>e</sup> rapport d'étape du Centre de Prévention du Suicide de Québec*, M.A.S.
- CAPLAN, G.D., 1964, *Principles of prevention psychiatry*, New York, Basic Books.
- Conseil du statut de la femme, 1978, *Pour les québécoises : égalité et indépendance*, Éditeur officiel du Québec.
- ENGS, R.C. & R.H. KIRK, 1974, The Characteristics of volunteers in crisis intervention centers, *Public Health Reports*, 89, 459-464.
- GAGNÉ, M.H., 1978, *Étude sur la qualité des soins de santé au Québec*, ministère des Affaires sociales.
- GOLDSTON, D.E., 1965, Concepts of community psychiatry : A framework for training, DHEW, PHS, Publications, n° 1319, Washington.
- HALPERN, W.I., 1969, The community mental health aid, *Mental Hygiene*, 53, 78-83.
- HERSH, C., 1968, The discontent explosion in mental health, *American Psychologist*, 23, 497-506.
- HIRSCHOWITZ, R.G., 1973, Mental health consultation : the state of the art, *Psychiatry Quarterly*, 47, 1-14.
- LEVINE, M. et M. BROCKING, 1974, Mental health consultation with senior nursing students, *American Journal of Community Psychology*, 2, 229-242.
- LINDEMANN, E., Septembre 1944, Symptomatology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry*, 101 : 101-48.

- McGEE, R.K., 1974, *Crisis intervention in the community*, Baltimore, University Park Press.
- Ministère des Affaires sociales, Octobre 1973, *Orientations générales en santé communautaire*, Éditeur officiel du Québec.
- MORISSETTE, P., 1981, *L'identification des foyers à haut risque suicidaire*, Essai de maîtrise, Université Laval.
- POLAK, P.R., 1976, A model to replace psychiatric hospitalisation, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162 : 13-22, n° 1.
- SMALL, L., 1971, *The briefer psychotherapies*, Brunner/Mozel, Inc., New York.
- WARREN, D.J., 1976, *Neighborhood and community contexts in help-seeking, problem coping and mental health : data analysis monograph*, University of Michigan.

## SUMMARY

Prevention in community mental health elaborates upon the necessary and sufficient causes of specific mental health centers in the community. The political-administration of research funds is an undesirable reality which becomes necessary if it is to obtain the resources in the community. The article clearly establishes the Catch, 22 logic of dollar-wise administrators who needs to foresee the cost-benefits that will accrue to the community from the work on prevention of mental illness. The fallacy of course, is that the prevention of mental illness or suicide has financial consequences and that there are of a nature to be assessed. Rather, the extent such benefits appear is dependent upon the choice of data one interprets and the instruments one uses to such ends. The experimental rigors seem inappropriate vis-à-vis the number of variables to be studied and manipulated. The ethical and moral considerations of experimentation, when someone's mental health is at stake, seems to outweigh the experimental paradigms.