

Article

« "Prévention primaire des psychopathologies" : appellation contrôlée »

Denis Lafortune et Margaret C. Kiely

Santé mentale au Québec, vol. 14, n° 1, 1989, p. 54-68.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/031488ar>

DOI: 10.7202/031488ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

«Prévention primaire des psychopathologies» : appellation contrôlée

Denis Lafortune*
Margaret C. Kiely*

La prévention psychosociale est souvent une notion galvaudée et abordée avec une familiarité trompeuse. Plusieurs facteurs peuvent expliquer en partie ce mauvais usage : réactions confuses au modèle médical, association inopportune des termes «préventif» et «communautaire», distinction plus ou moins claire entre trois niveaux de prévention, malentendu autour du concept de facteur de risque et définition trop générale du concept de promotion. Une des spécificités du fait psychopathologique est qu'il se prête mal à une dichotomie «avant / après» l'apparition des symptômes. C'est pourquoi le champ préventif devrait identifier ses cibles en fonction de facteurs étiologiques plutôt que symptomatologiques. Ainsi, pour nous, la véritable prévention ne devrait comprendre que des interventions proactives destinées, soit à la neutralisation d'influences pathogènes, soit à la promotion de compétences susceptibles de rendre la population plus robuste.

«When I use a word...it means just what I choose it to mean, neither more or less» (L. Carol, *Humpty-Dumpty*).

Contrairement à d'autres modes de connaissance, qui peuvent s'accommoder d'impressions ou de libre interprétation, la démarche scientifique repose en grande partie sur ces deux piliers que sont la définition des concepts et la clarté des idées. Pour le scientifique, le langage est un outil indispensable. Aussi, devrait-il toujours porter une attention particulière à la signification des mots qu'il utilise et s'assurer que celle-ci est entendue et comprise par ses interlocuteurs.

Or la définition des concepts a toujours causé de sérieux maux de tête dans le champ des sciences humaines (Fiske, 1981). À titre d'anecdote, rappelons qu'au début des années 50, le concept de «culture» avait déjà fait l'objet de plus de cent définitions différentes (Kroeber et Kluckhohn, 1952 : cf Fiske, 1981). Autre exemple, plus apparenté à la question préventive : le concept de «communauté», dont Hillary a pu recenser quelque quatre-vingt-quatorze définitions distinctes en 1954 (Preston, 1974). «Personnalité», «paradigme», «intelligence»; s'il fallait continuer cette liste, elle serait longue!

Face à cette absence de consensus théorique entre les auteurs, l'on pourrait être tenté de prétendre mettre un point final aux débats en formulant de nouvelles définitions-synthèse, qui rallieraient tous les partis. Cette première option présente toutefois un risque, celui de mener à des bilans schématiques négligeant l'incompatibilité des positions en présence, dans plusieurs cas. En effet, la coexistence de plusieurs définitions reflète la controverse théorique qui prévaut dans un champ. Par exemple, une définition-synthèse du concept de «personnalité», se devrait d'identifier ce qui est commun à l'ensemble des théories qui font école dans ce domaine, tout en respectant le plus rigoureusement possible l'esprit de chacune d'elles. On le voit : le piège des analyses réductrices serait alors constamment à éviter.

Par contre, il est plus facile de départager ce qui, dans un fouillis de définitions, relève du différent théorique explicite et ce qui relève du malentendu. Tous ne sont pas tenus d'être en parfait accord entre eux lorsqu'ils traitent de notions aussi générales que celles de culture, de communauté ou de prévention. Mais encore faut-il qu'ils le sachent! La polysémie et les divergences ne sont pas condamnables en soi, c'est la méprise et la confusion qui le sont. Voilà pourquoi, au risque de reprendre ainsi l'abc de la psychologie communautaire, nous voudrions, dans ce texte, souligner la confusion qui entoure encore l'utilisation de quelques-uns des principaux termes de la psychologie préventive.

* D. Lafortune, m.ps., travaille à l'hôpital Ste-Justine et M. Kiely, Ph.d., est professeur à l'Université de Montréal.

Peu à peu, le lecteur remarquera que certains passages de la réflexion proposée pourraient se transposer à d'autres disciplines. En effet, notre intérêt se porte ici sur des concepts «transdisciplinaires», qui sont aussi en usage en médecine, en service social ou en criminologie, par exemple. Les questions liées plus spécifiquement à la psychopathologie seront soulevées aussi souvent que possible, surtout dans la deuxième moitié du texte. Il n'en demeure pas moins que certains de ces aspects spécifiques, concernant par exemple la validité des diagnostics «psy», la définition du concept de «compétence» ou le problème de la causalité en santé mentale, auraient mérité un traitement plus élaboré. Mais il s'agit là de questions très complexes, impliquant la coexistence de plusieurs écoles de pensée dans l'étude des psychopathologies. Pour éviter d'en dire peu sur beaucoup, nous avons donc préféré restreindre notre propos au problème terminologique, et reporter à un texte ultérieur la question de la prévention spécifiquement psychologique.

L'ampleur du problème

Un constat s'impose d'abord, le domaine de la prévention psychosociale s'avère l'un de ceux où la méprise et le malentendu font de grands ravages. En effet, la pluralité des disciplines impliquées y est telle, que l'on ne sait plus très bien comment désigner «ce» secteur d'activités : psychologie préventive (Felner et al., 1983) ou psychologie communautaire (Rappaport, 1977)? Psychiatrie préventive (Caplan, 1964), santé mentale communautaire (Schulberg et Killilea, 1982) ou promotion de la santé mentale (Perlmutter, 1982)? Autant de termes dont on ne sait trop s'ils sont synonymes ou s'ils introduisent des nuances importantes.

Beaucoup plus ennuyeux encore est le fait que le concept même de prévention reste «l'une des facettes les plus mal comprises du travail dans le domaine de la santé mentale» (Goldston, 1977, 18). À force de controverses et de débats, la prévention des psychopathologies est devenue une notion galvaudée et abordée avec une fausse familiarité. Dès les premières lignes de l'un de ses articles, Forgays (1983a) s'est d'ailleurs étonné devant la récurrence de ce qui devient un véritable *leitmotiv* dans la littérature sur la santé mentale. «Pourtant», écrivait-il, «des efforts répétés ont tenté d'asseoir ces ques-

tions (de définition) sur une base plus ferme, mais sans grands résultats si l'on se fie à leur réapparition chronique» (1983a, 701).

Qu'il nous soit permis de croire que la confusion, qui prévaut encore dans le vocabulaire des hygiénistes, cache en fait un enchevêtrement de difficultés et d'interrogations diverses. Réactions plus ou moins confuses à l'*establishment* médical, complications résultant d'une distinction peu opportune entre trois niveaux de prévention, manque d'exemples tangibles, difficulté à identifier la spécificité du fait psychopathologique, voilà autant d'obstacles, qui viennent ici brouiller les pistes.

Prévention 1

Étonnamment, la première difficulté consistera à choisir l'ensemble de concepts auquel appartient la prévention. En termes plus précis, il faudra d'abord déterminer si elle est à ranger parmi les interventions, les grilles théoriques, les idéologies, ou parmi les paradigmes. En effet, le discours sur la prévention des psychopathologies s'inscrit souvent en réaction du modèle dit «médical» (Marx et al., 1974; Weinberger, 1980). Or, il s'avère que cette expression, de «modèle médical», est polysémique elle aussi et qu'elle peut désigner au moins quatre réalités différentes, soit : 1) une stratégie curative, qui consiste à attendre l'émergence des difficultés et à y remédier *a posteriori* sur le mode «un thérapeute pour un client» (Albee, 1982; Lindsay, 1978); 2) un «lobby» politique et administratif qui fait que, dans le secteur public, les médecins exercent une très grande influence, tant sur leurs patients que sur les autres professionnels (Whybrow, 1972); 3) un système diagnostique, le DSM III, qui comprend des items tels que la phobie scolaire, l'homosexualité ou le tabagisme, dont le caractère pathologique est contesté (Albee, 1981; Garmez, 1978); 4) et, finalement, une approche théorique, le bio-déterminisme, qui pose que la maladie est «une maladie comme les autres», dont il est nécessaire de rendre compte par des facteurs biochimiques, neurologiques ou génétiques.

Le problème tient au fait que, dans leurs définitions, tous ne réagissent pas au même «modèle médical». Ainsi, certains se contenteront de définir la prévention en la situant sur le plan des pratiques. Bower (1969), pour un, est amené à parler

sobrement d'«intervention psychologique ou sociale qui promouvoit ou rehausse le fonctionnement émotif» (1969, 498). D'autres opteront toutefois pour des définitions plus larges, qui risquent selon nous de dénaturer le sens du concept de prophylaxie en le rendant synonyme de tout ce qui est vaguement innovateur ou anti-psychiatrique. Ainsi, la Division de la Santé mentale canadienne affirme, dans sa brochure *Prévenir maintenant*, que «la prévention est une attitude qui dénote un esprit questionneur et imaginatif, libre des contraintes et des horizons étroits». Quant à Zolik (1983), Randall (1981) et au *Task Panel on Prevention* (1978), ils avancent qu'elle «implique un changement de paradigme kuhnien (...) entraînant, potentiellement, des conséquences scientifiques, sociales, économiques et politiques» (Zolik, 1983, cf Felner et al., 274). D'autres enfin stipuleront que, d'office, l'approche préventive doit délaisser le bio-déterminisme ou qu'elle est synonyme de libéralisme et de non-sexisme sur le plan idéologique (Albee, 1983).

Pour respecter l'étymologie du mot, il nous paraît judicieux d'opter pour une définition plus dépouillée, qui ne fasse de la prévention ni un paradigme, ni une nouvelle théorie de la personnalité, mais un simple type d'intervention psychosociale, c'est-à-dire, selon les mots de Gottfredson (1984), un ensemble «de processus, d'actions, de structures, de règlements ou de substances, appliqués ou mis en place afin d'atteindre un objectif ou un ensemble d'objectifs» (1984, 1105).

La prévention se reconnaît donc à ses objectifs. Toutefois, la dichotomie curatif-préventif n'implique pas deux blocs monolithiques et homogènes. Bien au contraire. Il est déjà admis que le terme générique de «psychothérapie» recouvre un ensemble fort hétéroclite d'approches et de techniques. De la même façon, il existe plusieurs écoles prophylactiques. Pour éviter le risque réducteur dont nous parlions plus haut, une définition-synthèse devra départager quelles sont les caractéristiques essentielles de tout programme préventif, et quelles sont ses caractéristiques optionnelles. S'entendre pour faire preuve d'une grande rigueur sur un minimum de critères définissant le genre, tout en acceptant que les caractéristiques de chaque espèce deviennent par la suite des questions de choix d'ordre théorique, stratégique ou méthodologique.

Ces caractéristiques essentielles, qui identifieraient les objectifs du programme préventif face aux autres types d'intervention, nous ont été inspirées par Cowen (1980) selon qui les deux éléments-clé de la prévention primaire sont 1) une orientation vers les masses et 2) des qualités d'antériorité («before-the-fact qualities»). «La prévention primaire» écrit-il, «cherche à planifier des structures, processus, situations, événements et programmes qui favorisent maximale, en étendue et en stabilité temporelle, l'ajustement psychologique, l'efficacité, le bonheur et les habiletés d'adaptation (coping) de grands nombres d'individus» (264).

En ce qui concerne d'abord l'orientation vers les masses, il faudrait rappeler que lorsque Caplan (1964) a introduit le concept de prévention aux psychiatres, il l'a présenté comme un concept communautaire, contrastant avec la psychiatrie individuelle. C'est en respectant cet esprit que Mongeon (1983) écrivait plus tard que «l'objectif général, poursuivi par les différents niveaux de prévention, est la réduction du taux de morbidité (...) *au sein d'une population*» (notre souligné) (1983, 81). Certes, l'on pourrait en principe imaginer une prophylaxie qui considère chaque individu sur un mode unitaire. Mais puisque l'on cherche aussi une réponse à l'inaccessibilité et à l'insuffisance des services sociaux (Albee, 1982; 1985), il appert qu'il ne saurait y avoir de programme préventif qui ne s'adresse d'abord à des populations.

Mais, la mesure préventive se distingue surtout par ses qualités d'antériorité. À travers toutes les définitions qui ont été formulées à ce jour dans la littérature, il ressort au moins une constante : les visées de la prophylaxie sont prospectives et proactives (Adam, 1981; Albee, 1983; Conyne, 1983; Cowen, 1985; Nelson et al., 1982; *Task Panel on Prevention*, 1978). «L'hygiéniste» disait Chaumon (1982) «est une bonne mère, il pense sans cesse à ce qui pourrait arriver de pire» (1982, 674). La remarque souligne avec humour un point fondamental. Impossible de faire de la prévention en adoptant une politique attentiste.

Au contraire, la prophylaxie suppose que l'on s'efforce de faire des prospectives, d'être à l'affût, non pas de ce qui est, mais de ce qui pourrait être. À cette analyse prospective, il se doit de correspondre une action précoce. De par les racines mêmes du mot, prévenir c'est «venir avant». C'est agir dans

la latence, lorsqu'une entité pathologique n'est pas encore structurée et qu'une entité plus adéquate pourrait l'être à sa place. Il s'ensuit que le vocabulaire de l'hygiéniste sera riche en verbes tels que : prévoir, précéder, prémunir, ou préserver. Derrière l'adoption d'une telle approche, se trouvent des prémisses plus ou moins vérifiables selon lesquelles il est plus facile et/ou plus économique et/ou plus humanitaire, de solutionner un problème en puissance, que de remédier à une situation qui a déjà eu l'occasion de se détériorer.

Les trois niveaux de prévention

Afin de mieux cerner la nature des diverses interventions permettant la poursuite de cet objectif, qu'est la réduction de la morbidité au sein d'une population, Leavell et Clark (1965) ont proposé au début des années 50 un modèle archi-connu, qui distingue différents types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. Dans sa version originale, cette typologie définissait chacune des trois interventions en fonction de leur «moment» (Lindsay, 1978; Mongeon, 1983), c'est-à-dire en fonction du

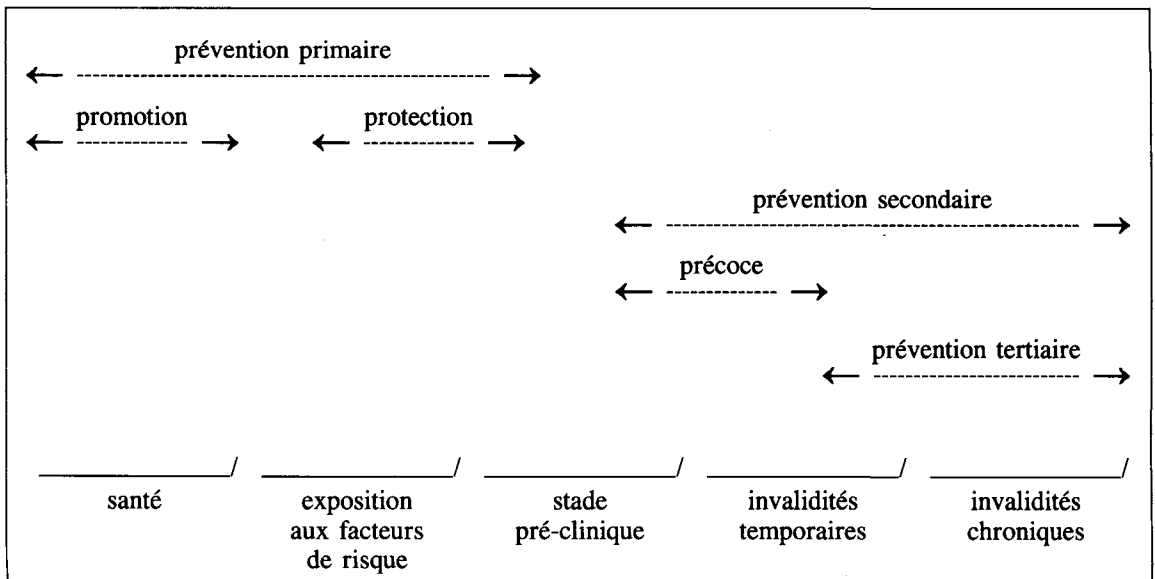
rapport entre leur implantation et l'évolution du processus pathologique.

Ainsi, pour se voir qualifiée de «primaire», une mesure préventive devait être implantée au cours de «la période qui précède la mise en branle du processus pathogénétique» (Leavell et Clark, 1965, 20). La prévention secondaire, pour sa part, entrait en scène le plus tôt possible, «dès que la pathologie peut être détectée» (1965, 20), et ce, jusqu'à ce que celle-ci ait atteint un état avancé. Toutefois, plus une maladie avait eu le loisir d'évoluer au-delà de ses stades initiaux, plus la prévention secondaire tendait à ressembler aux cures traditionnelles et perdait ainsi son caractère précoce. Quant au niveau tertiaire, il regroupait les mesures mises en œuvre «lorsque la déficience et l'invalidité se sont installées» (1965, 20).

L'articulation chronologique de ces trois temps préventifs, tels qu'ils couvrent toutes les phases d'évolution d'une maladie, est illustrée à la figure 1. Il est à noter par ailleurs que cette figure anticipe une nuance qui distinguera, un peu plus tard, deux types de prévention primaire : la promotion et la protection.

FIGURE 1

Les trois moments de l'approche préventive et l'évolution du processus pathogénétique



Cette définition tripartite, issue du domaine de la santé publique, devait être reprise subséquemment par une multitude d'auteurs et d'organismes, Gérard Caplan (1964) et l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) ne figurant pas parmi les moindres. En cours de route, l'accent, d'abord mis sur différents moments d'intervention, fut reporté sur trois différents objectifs, formulés en termes épidémiologiques. Ainsi, est-il devenu d'usage de parler de prévention en ayant recours aux indices d'incidence et de prévalence. Le premier est un taux qui désigne le nombre de nouveaux cas de pathologie qui apparaissent dans une population dans un laps de temps donné. Le second est un nombre absolu ou un taux, se référant au total de cas, anciens et nouveaux, qui existent chez cette population à un moment précis (Jenicek, 1976; Sartwell, 1980). Comme le fait remarquer Bernard Bloom (1979; 1982), loin d'être indépendants, ces deux indices sont étroitement liés l'un à l'autre par l'équation suivante :

$$\text{PRÉVALENCE} = \text{INCIDENCE} \times \text{DURÉE MOYENNE DE CHAQUE CAS}$$

(*) (**)

Cette formule vient jeter les bases des nouvelles définitions données aux concepts de prévention primaire et secondaire. En effet, la prévention primaire est devenue celle qui comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une pathologie chez une population, *via* la réduction de son incidence (voir «*» dans la formule), c'est-à-dire du taux d'apparition de ses nouveaux cas (Albee, 1982; Heller et Monahan, 1977; Rappaport, 1977; Shamansky et Clausen, 1980).

Quant à la prévention secondaire, elle comprend tous les actes destinés «à réduire la durée des cas de désordres mentaux, qui apparaissent en dépit des programmes de prévention primaire» (Caplan, 1974, 189). Cette fois, c'est en écourtant la durée moyenne des déjà apparus (voir «**») que l'on entend diminuer la prévalence d'une pathologie (Shamansky et Clausen, 1980; Heller et Monahan, 1977). La prévention secondaire prend donc en compte le dépistage précoce et le traitement immédiat des premières atteintes, pour donner lieu à des mesures telles que l'implantation de centres d'écoute téléphonique pour suicidaires (Comité de la santé mentale du Québec, 1983), ou de stratégies de rat-

trapage éducatif face aux retards intellectuels de certains enfants (Cowen et al., 1975).

De toute évidence, ce deuxième type de programme ne peut être considéré préventif que dans la mesure où une correction immédiate et efficace, surtout, succède à l'identification précoce. En effet, le recours aux seules techniques de dépistage, sans le développement concomitant de mesures correctrices, ne saurait qu'augmenter la prévalence des cas déclarés et engorger davantage les salles d'attente. La médecine physique nous offre un exemple de ce genre de paradoxe. Il s'agit de la hausse récente du nombre de cas de diabète *déclarés* en Amérique du Nord, suite à l'amélioration des techniques menant à leur identification précoce, mais à la stagnation générale de l'arsenal thérapeutique (Gruenberg, 1980).

Enfin, la prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à réduire au maximum la sévérité des invalidités et limitations fonctionnelles consécutives à une pathologie grave (Shamansky et Clausen, 1980). Elle ne s'attaque ni aux risques d'apparition de nouveaux cas, ni à la durée d'évolution de ceux-ci. Elle cherche plutôt à s'assurer «que les gens, ayant récupéré d'un désordre mental, soient le moins incommodés possible par leurs difficultés passées» (Caplan, 1974, 180). On le voit, cette conception de la prévention s'étend aux domaines de la réhabilitation et de la réinsertion professionnelle, communautaire et sociale (Nadeau, 1983; Heller et Monahan, 1977; Soulé, 1983). L'objectif sera non seulement de retourner l'ex-psychiatrisé à ses rôles familiaux et sociaux usuels, mais aussi de faire en sorte qu'il soit véritablement accepté et perçu comme un citoyen responsable (Rappaport et Seidman, 1984). Cette conception de la réinsertion débouche donc sur un vaste programme de démystification des psychopathologies, de modification des structures institutionnelles, de défense des droits des ex-psychiatrisés et de promotion des groupes d'entraide et de solidarité (Guertin et Lecomte, 1983).

Prévention : appellation contrôlée

Aux yeux de plusieurs des chefs de file du champ communautaire (Bloom, 1982; Broskowski et Baker, 1974; Cowen, 1983; Forgays, 1983a; Goldston, 1977; Kessler et Albee, 1975; Wagen-

feld, 1972), Caplan a mal servi la cause préventive en choisissant, pour la défendre, un modèle «enraciné» (Adler et al., 1978) dans le vocabulaire épidémiologique. À la défense de cet auteur, il faudrait toutefois considérer qu'un élément essentiel de son modèle a été progressivement relégué aux oubliettes. En effet, dans ses ouvrages de 1964, puis en 1967, Caplan cherchait à attirer l'attention des psychiatres sur cette nouvelle cible d'intervention qu'est la communauté. Malheureusement, il semble avoir mal utilisé ses mots : à cette époque, pour Caplan, «psychiatrie communautaire» et «psychiatrie préventive» paraissent avoir été des termes quasi synonymes. C'est du moins ce que suggère ce passage où il définit la première, en des termes propres à la seconde :

«La psychiatrie *communautaire* (notre souligné) est le corps de connaissance théorique et pratique, qui peut être mise à profit lors de la planification et de la mise en œuvre de programmes visant à réduire : 1) l'incidence de tous les types de désordres mentaux au sein d'une communauté, 2) la durée d'un nombre significatif de désordres déjà apparus et 3) les invalidités qui pourraient résulter de ces désordres» (16-17).

À la vue de cet extrait, une hypothèse s'impose : il n'apparaissait pas utile à Caplan de parler de programme communautaire *curatif* ou *réhabilitatif*. Dès qu'un médecin posait un problème de santé à l'échelle de la communauté, il pouvait considérer œuvrer sur l'un des trois paliers de la prévention, et vice versa.

La plupart de ceux qui ont repris la nomenclature de Caplan, ont omis de souligner cette association d'un terme à l'autre. Faute de quoi, la typologie perdit sa consonnance communautaire et devint alors : «la prévention, le traitement et la réhabilitation» (Swift, 1982, 175). Dépouillé de leur fil conducteur, que reste-t-il des trois préventions, sinon un système hétéroclite, qui omet de reconnaître certaines différences fondamentales entre trois types d'intervention (Cowen, 1983, 1984; Mongeon, 1983). En effet, se référer à la prévention en terme de réhabilitation ou de traitement, aussi précoce soit-il, ne fait qu'embrouiller les esprits.

De plus, les termes de «prévention» secondaire et tertiaire retardent, par leur «commodité» (Goldston, 1977), l'essor de la véritable prévention, la primaire. En admettant presque toute intervention, le

modèle de Caplan permet au plus conservateur des intervenants d'appeler autrement des activités curatives et réhabilitatives qui, sur le fond, n'ont pas changé. La contribution du modèle se résume alors à bien peu de chose, soit de constater que : quel que soit l'état de santé d'un individu, il y a toujours un moyen d'éviter que quelque chose de pire ne lui arrive. Qu'il s'agisse d'«éviter que rien ne devienne quelque chose, qu'un trouble mineur ne se transforme en trouble grave ou qu'un trouble grave ne laisse des séquelles permanentes» (Anthony, 1977).

Dès que l'intervenant agit pour le bien de son client, ce qui est toujours le cas en principe, il pourrait prétendre opérer sur le terrain de la prévention. Et selon cette logique, les seuls qui ne feraient aucune prévention, sont ceux qui ne font rien... ou ceux qui ne devraient rien faire, à cause de leur maladresse ! Une majorité d'autres milite donc aujourd'hui en faveur d'un retour à la terminologie d'avant 1964, ce qui restreindrait l'usage du mot «prévention» à la seule prévention primaire (Heller et Monahan, 1977; Kessler et Albee, 1975; Mongeon, 1983; Wagenfeld, 1972). Le *National Institute of Mental Health* américain a d'ailleurs montré la voie, en affirmant «l'existence d'un besoin de signification uniforme, pour le terme de prévention» et que, désormais, celui-ci «ne devrait désigner que les actions qui 1) anticipent un désordre et/ou 2) favorisent une santé optimale» (Klein et Goldston, 1977, 27). Une autre manifestation de cette nouvelle volonté de rigueur est la décision prise par l'éditeur en chef du *Journal of Prevention*, lorsqu'en 1981, il modifia le titre de sa revue en faveur de *Journal of Primary Prevention*.

En quête de critères plus restrictifs

Cette recommandation tout à fait louable, voulant que l'on soit plus rigoureux dans l'appellation des programmes préventifs, ne sera pourtant pas facile à suivre. La prévention tertiaire pourra toujours être retranchée sans trop de controverse. En effet, si prévenir, c'est venir avant (Chaumon, 1982), alors avant quoi vient une intervention qui s'adresse à une clientèle déjà lourdement atteinte ? Ici, l'étymologie des mots peut servir de repères : ré-insérer, ré-habiller ou ré-éduquer sont autant de verbes qui expriment l'idée d'un retour à un état de santé antérieur, donc perdu puis retrouvé. Ici,

la volonté d'anticipation, qui est celle de la prévention, ne s'exprime que face à la chronicisation des handicaps et incapacités fonctionnelles.

Pour parler en termes épidémiologiques, force est d'admettre que la prévention tertiaire n'a pratiquement aucun impact sur la prévalence d'une pathologie, puisqu'elle ne cherche qu'à adoucir la vie de celui qui représente un cas déjà apparu, d'une durée déjà longue. À vrai dire, une prévention tertiaire efficace contribuera même à accroître la prévalence, c'est-à-dire à allonger l'espérance de vie des individus atteints, mais tout en diminuant les handicaps associés à cette pathologie (Bloom, 1979). L'amélioration des conditions de vie et des capacités de gens déjà atteints demeure un travail d'une importance capitale au plan socio-sanitaire. Cependant, tant du point de vue des moments d'intervention, que de celui de l'épidémiologie, il nous paraît que Caplan eut mieux fait de parler de «réhabilitation dans un contexte communautaire», plutôt que de prévention tertiaire.

La situation se corse considérablement lorsqu'il s'agit d'exclure toute forme de prévention secondaire. Car, c'est une erreur des plus répandues que d'implanter ou de publier, sous le titre de «prévention primaire», des mesures qui seraient désignées beaucoup plus justement par les termes de «prévention secondaire précoce». Bien qu'une majorité d'intervenants soit relativement familier avec la grille de Caplan, il se trouve que plusieurs éprouvent de sérieuses difficultés à l'appliquer concrètement sur des critères tels que les lieux d'intervention ou les populations visées par exemple.

Emory Cowen est sans aucun doute l'auteur qui a consacré le plus d'énergie, et d'encre (1978; 1980; 1982a; 1983; 1985), à dénoncer cette situation. Dans un moment d'humour noir, il (1982a) écrivait d'ailleurs que la seule variable qui semble compter vraiment, au moment de déterminer si un programme se mérite le titre de «prévention primaire», est «le fait que son concepteur décide, ou non, de l'appeler ainsi» (1982a, 131).

Le lieu d'intervention doit-il être pris en considération?

Les nuances qui séparent la prévention primaire de la prévention secondaire précoce sont parfois beaucoup plus ténues qu'il n'y paraît de prime

abord. À cet égard, une enquête menée par Perlmutter et al. (1982) est particulièrement instructive. Ces chercheurs ont préparé une liste de trente programmes préventifs. Puis, ils l'ont soumise à un comité d'experts en la matière, avec l'intention de connaître leur verdict, au moment d'assigner chacun des programmes à l'un ou l'autre des trois niveaux. Le plus intéressant pour eux, était d'identifier quelques-uns des critères, ou «dimensions critiques» (p. 87) qui allaient sous-tendre de tels verdicts. Voilà comment ils ont pu montrer que même des juges avertis se laissent parfois confondre par des facteurs non pertinents, tels que la connotation non clinique du lieu de l'intervention, par exemple.

En effet, intervenants et experts se montrent souvent plus enclins à qualifier de primaire un programme préventif qui s'adresse à une population n'ayant aucune sorte d'affiliation, directe ou indirecte, avec les services et les institutions cliniques traditionnelles. Ainsi, un programme de prévention secondaire destiné à une industrie, avec l'objectif de sensibiliser le personnel au dépistage de l'alcoolisme, sera considéré par plusieurs comme relevant du niveau primaire (Perlmutter et al., 1982). Plus d'un intervenant sera ici induit en erreur par le fait que le contexte industriel regroupant employés et personnel cadre, n'a aucune connotation clinique explicite.

Cette première difficulté est facile à dénouer. Car, qui dit «lieux hors du système institutionnel», ne dit évidemment pas toujours «prévention primaire». La prévention primaire n'a pas le monopole de l'approche *in situ* puisque le dépistage, qui est la première étape de toute prévention secondaire précoce, s'adresse lui aussi aux populations évoluant en milieu naturel.

Un problème mal posé : celui de la population cible

L'ambiguïté la plus importante se situe à un autre niveau : celui du choix d'une population-cible. Si tous s'entendent ici sur un énoncé par la négative, voulant qu'un programme préventif ne vise pas la même population qu'un programme curatif, les opinions n'en sont pas moins diverses en ce qui concerne la nature de cette «autre» population (Forgays, 1983; Munoz et al., 1979; Swift, 1982). Qui dit

prévention primaire, dit-il population saine, population générale, population à risque ou population pré-symptomatique ?

D'emblée, le «purisme» anti-clinique ne semble guère une attitude valable, puisqu'il mène à un cul-de-sac. Chacun d'entre nous véhiculant son bagage idiosyncratique de faiblesses physiques, psychologiques et sociales, il serait tout à fait vain et idéaliste de partir en quête d'une population «pure», ayant une santé mentale impeccable. D'aucune façon, la cible des programmes de prévention primaire ne peut être assimilée à une population libre de tout point de sensibilisation ou de toute vulnérabilité. D'ailleurs, qui oserait définir ce qu'est une population «saine d'esprit» ?

Face à cette impossibilité théorique et pratique, certains auteurs, tels que Bower (1965) ou Bloom (1968), adoptent une position «démocratique», où la prévention primaire désigne ce qui peut être fait pour l'ensemble de la population. C'est à ce type d'action que se réfère Bernard Bloom (1968), lorsqu'il parle de programmes offerts à l'échelle de la communauté («community wide»). Quelques programmes s'adresseront alors véritablement à toute la communauté, via l'adoption d'une loi ou la diffusion de messages éducatifs dans les médias. D'autres, pour des raisons stratégiques, ne seront destinés qu'à certaines structures de la communauté : les familles, les groupes d'entraide ou les écoles par exemple (Plaut, 1982). Dans un cas comme dans l'autre, ce qui importe, c'est qu'aucune mention ne sera faite de la vulnérabilité particulière du groupe visé. Tous les individus seront éligibles au programme, en autant qu'ils résident sur le territoire ou qu'ils fassent partie de la structure cible.

Offord (1982) appuie vigoureusement cette approche, qui offre à ses yeux l'avantage de l'équité. De plus, écrit-il, elle esquive l'épineux problème éthique suscité par l'apposition d'une étiquette stigmatisante de «population à risque élevé». Enfin, un dernier avantage, fort appréciable sur le plan politique, tient au fait qu'une mesure pouvant profiter à tous, est plus susceptible de recevoir l'appui et la coopération des résidents, organismes et gouvernements concernés.

Toutefois, la stratégie démocratique préconisée par Bloom, Bower, Offord et bien d'autres, est loin de faire l'unanimité. Plus d'un observateur la considérera comme un luxe ou une générosité mal pla-

cée, compte tenu du manque de ressources. Il faudrait se demander, diront les critiques, combien de ceux qui participent à un programme ouvert à tous, auraient effectivement éprouvé des difficultés plus tard (Bickman, 1983; Heller et al., 1980; Wilson et Yeager, 1981)? Ne peut-on pas croire que ce sont toujours les mêmes privilégiés qui s'intéressent à ces programmes orientés vers la qualité de vie ?

Une courte histoire, rapportée par Heller et al. (1980), illustre bien cette critique. Elle raconte qu'un homme était assis aux portes de son village. Il tenait dans ses mains un cor de chasse, dont il se servait pour sonner la charge à toutes les heures. Arrive un étranger, qui lui demande pourquoi il soufflait ainsi dans son instrument. «Pour tenir éloignés les troupeaux de tigres», qu'il répondit. L'étranger, perplexe, lui fit aussitôt remarquer qu'il n'y avait jamais eu de tigres dans cette région. Ce à quoi l'homme rétorqua : «Excellent! vous voyez comme ça marche!». Le taux d'apparition d'attaques de tigres était fort réduit en effet, mais le village était-il vraiment à risque? Voilà la question.

Par souci d'efficacité, une certaine forme de prévention primaire tâche donc de se limiter aux groupes les plus vulnérables. Goldston (1977) avance ainsi que la prévention primaire devrait comprendre des «activités spécifiques dirigées vers des groupes à haut risque, spécifiquement identifiés, et qui n'ont pas encore été étiquetés comme malades sur le plan psychiatrique» (27).

Carolyn Swift (1982) se fera plus tolérante envers la pathologie, en admettant l'éligibilité de certains sous-groupes cliniques. Pour elle, s'il est évidemment absurde de chercher à prévenir la délinquance dans un centre de rééducation, il demeure vrai que ce centre pourrait être le site de mesures de prévention primaire, qui s'adresseraient à d'autres entités, telles que la psychose, la dépression ou le suicide. L'auteure n'émet donc aucune objection à ce qu'une population clinique fasse l'objet d'une prévention primaire dirigée vers d'autres difficultés potentielles. Comme argument, Swift invoque l'accessibilité des services, jugeant qu'il est injustifiable que des populations soient inéligibles à toute prévention primaire, sous le prétexte qu'elles manifestent déjà certains handicaps.

Pourtant, nous croyons que le noeud de cette affaire ne relève pas de l'accessibilité des services.

La véritable question est plutôt théorique, à savoir : selon quel critère pourra-t-on identifier un groupe clinique ou à hauts risques sans faire, par la même occasion, du dépistage et de la prévention secondaire ?

Poursuivons cette réflexion en revenant d'abord au texte de Leavell et Clark (1965), qui énonce que la prévention primaire vise l'empêchement de l'apparition, tandis que la prévention secondaire cherche à éviter la détérioration. En reprenant dans cette optique l'exemple amené par Swift (1982), il appert qu'un programme, destiné à prévenir la dépression auprès des délinquants, pourra, ou non, être qualifié de primaire, selon le modèle que l'on retiendra pour expliquer l'apparition d'un épisode dépressif chez cette population. Par rapport à la délinquance, la dépression est-elle une pathologie concomitante, une complication de la même pathologie ou encore une amélioration ? Faut-il parler de dépression apparue chez un délinquant, d'un délinquant dont l'état se détériore, d'un délinquant dont l'état s'améliore ?

Si la dépression est considérée comme une détérioration de la personnalité délinquante, son évitement est affaire de prévention secondaire ; si elle fait figure d'entité clinique distincte, apparue par coïncidence et indépendamment de la première, alors elle peut faire l'objet d'une prévention primaire ; enfin si elle est un signe que le délinquant assouplit ses traits caractériels, il faut plutôt se réjouir de sa présence ! C'est le texte même de Swift (1982) qui nous condamne à ces interrogations sinieuses : l'auteure nous invite à «viser d'autres déficits» (notre souligné, 172). Or, parler d'autres déficits, c'est poser le problème de l'identité. Où s'arrête le «même déficit» et où commencent «les autres» ? Cette question fera souvent apparaître les limites actuelles de nos systèmes diagnostiques et de nos modèles de la psychopathogénèse.

Le concept de risques : prédisposition ou premières manifestations ?

Pour compliquer encore les choses, la définition du concept de «risque» cause de nouvelles confusions entre prévention primaire et secondaire. Il est coutumier de considérer que des individus sont «à risque élevé» lorsqu'ils appartiennent à un groupe

où un trouble spécifique se manifeste avec une incidence supérieure à celle de l'ensemble de la population. Ainsi, l'on dira des enfants de parents schizophrènes, qu'ils sont à risque élevé de schizophrénie, puisque les chiffres montrent qu'au cours de leur développement, ils seront de 7 à 19% plus nombreux que les autres enfants à recevoir un tel diagnostic (Erlenmeyer Kipling, 1977). Or, le malentendu vient du fait qu'il s'agit là d'une définition strictement empirique, basée sur des corrélations, qui ne précise absolument pas le rôle que vient jouer ledit «facteur de risque» dans le modèle explicatif, de la schizophrénie dans cet exemple.

Il s'ensuit un pénible, mais inévitable, recouvrement de sens entre les notions de «cause» et de «signe précurseur», qui aura ses répercussions au plan du vocabulaire préventif. En effet, il a déjà été dit que la prévention secondaire implique un dépistage. L'intervenant est ici à la recherche des premières manifestations, souvent peu apparentes, d'un désordre. Il est en quête de ce qui est déjà enclenché, mais qui se soustrait à l'œil. Traduit en termes médicaux, ce premier type de «risque» correspond au prodrome : l'ensemble de signes avant-coureurs qui annoncent la présence d'un trouble déjà actif.

Quant à la prévention primaire, elle cherche à éviter ce qui n'est pas encore. Elle est à la recherche de phénomènes éventuels dont elle veut intercepter immédiatement la cause. Son intérêt se porte donc sur l'évolution future d'une population exposée à un certain nombre de «risques» prédisposants. Cette fois, il n'est plus question de signes et symptômes, mais plutôt de causes et d'influences.

Il est aisé d'imaginer la confusion qui surgit lorsqu'une définition du concept de risque n'exclut pas, et va même jusqu'à inclure explicitement, la possibilité que certains symptômes permettant de diagnostiquer un trouble, qui est dit «éventuel», se retrouvent déjà chez celui que l'on considère à risque. C'est pourtant ce que font plusieurs auteurs qui, tels Bell et Pearl (1982 : cf Swift, 1982) acceptent une définition où le concept de risque «présuppose la capacité à identifier les groupes d'individus qui, *en moyenne*, ne manifestent pas le désordre, ou *n'en manifestent que quelques composantes*, mais qui sont *statistiquement* enclins à le manifester plus tard sous sa forme avancée» (notre souligné ; 173).

L'avant et l'après

Bref, par souci d'efficacité et d'économie, certains voudraient que la prévention primaire ne s'adresse qu'à certains groupes plus vulnérables de la population. Ce qui pose problème. La position de Swift, selon qui un groupe pourrait présenter des troubles «autres» que ceux visés par le programme, entraîne de complexes questions de diagnostic différentiel. Celle de Bell et Pearl, où le risque est une notion empirique et où une population est éligible si elle présente déjà quelques signes précurseurs d'un mal «éventuel», aura du mal à éviter de mener à un dépistage précoce.

À ce point-ci, nous sommes convaincus que ces difficultés découlent de notions empruntées hâtivement par les psychiatres à la médecine préventive. Pour les épidémiologistes, la prévention primaire doit être implantée «avant» la mise en branle du processus pathogénétique. Or, cette règle de «l'avant / après l'apparition d'un cas» suppose l'existence d'une séquence pathologique relativement simple à repérer. En ce sens, elle convient certainement aux maladies infectieuses où le syndrome «apparaît» de façon soudaine et manifeste. À partir du moment où l'on peut identifier avec fidélité cette apparition des symptômes et, en corollaire, tout ce qui se situe chronologiquement avant ou après, alors une cause peut être distinguée d'un signe avant-coureur, et la prévention primaire peut être reconnue de la prévention secondaire.

Transposer intégralement cette approche en psychologie équivaldrait à établir une analogie structurale entre la psychopathologie et la maladie somatique. Or, si l'on excepte quelques cas de crises réactionnelles ou traumatismes violents, tels que le deuil ou le viol par exemple, la psychopathologie n'est certes pas «une perturbation soudaine chez un organisme qui fonctionnait bien jusque-là» (Zax et Cowen, 1972, 414). Il est rare qu'une psychopathologie puisse être décrite selon la dichotomie «absente / présente» ou «avant / après». En général, elle implique un processus et une séquence autrement plus complexes. La psychopathologie est une condition à évolution lente, présentant des périodes de rémission et d'exacerbation. Elle déjoue donc la plupart des outils diagnostiques objectifs et pose ce que Perlmutter et al. (1982) ont nommé «le problème de la symptomatologie frontière» (90).

Quel sera, par exemple, le statut de l'enfant qui manifeste, dès son jeune âge, des retards sur les plans visuel et moteur? Ses difficultés sont-elles des signes avant-coureurs de futurs troubles d'apprentissage (prévention secondaire) ou un facteur de risque le prédisposant à des troubles éventuels (prévention primaire)? La jeune mère, qui éprouve de la difficulté à mater son enfant, dès les premiers mois, pourrait-elle devenir un parent abusif et négligent (prévention primaire) ou l'est-elle déjà (prévention secondaire)? Ici, tout dépend du jugement du diagnosticien. Où est l'avant, où est l'après? Quand y a-t-il apparition d'un «nouveau» cas?

Comment s'en sortir, si ce n'est en cessant de penser en termes «d'absence de symptômes», de «seulement quelques symptômes» ou de période «avant les symptômes». La prévention primaire opère avant que l'on ne doive avoir recours aux nosographies. Concrètement, cela signifie qu'il faut trancher sur l'équivoque entourant le concept empirique de risque. Pour nous, le «risque» doit être une notion causale. Et la prévention primaire doit se reconnaître au fait qu'elle identifie sa cible en fonction de facteurs, non pas symptomatologiques, mais bien étiologiques.

Un consensus de plus en plus large est d'ailleurs en train de s'établir à ce sujet. Ainsi, Forgays (1983) par exemple parlera de populations soumises à divers niveaux de risque. D'une part, les groupes à risque moyen, c'est-à-dire ceux qui traversent une transition développementale («milestone program») telle que le début de l'adolescence, par exemple. De l'autre, les groupes à haut risque, soumis à des influences nettement pathogènes, telles que l'abus sexuel ou la personnalité inadéquate de l'un des deux parents.

Soustractions et additions

L'hétérogénéité du champ communautaire est telle, qu'il nous faut établir une dernière nuance, distinguant cette fois l'orientation des objectifs poursuivis par la prévention primaire. En effet, il y a lieu de reconnaître qu'une mesure primaire peut s'engager dans l'une de ces deux directions : l'élimination anticipée de pathologies potentielles ou la promotion de la santé (Adler, 1982a; Albee, 1982;

Cowen, 1980; Friesen, 1982; McPheeters, 1976; Perlmutter, 1982; Signell, 1983).

La première mène, en quelque sorte, à une soustraction. Elle cherche à éviter l'apparition de phénomènes à valence négative — crises, malformations congénitales, difficultés personnelles ou pressions de l'environnement —. Elle constitue la prévention au sens traditionnel. La seconde est additive et elle cherche à faciliter l'apparition de phénomènes à valence positive — créativité, sentiment de compétence, réseaux d'entraide ou habiletés sociales —. Martin Bloom (1980) pose ainsi la nécessité des deux approches : « nous ne pouvons pas nous contenter d'éviter quelques segments indésirables du comportement humain en espérant que cela suffira à promouvoir leurs contreparties; il nous faut aussi planifier des programmes positifs » (1980, 20).

Pour l'instant, ce passage de la protection à la promotion ne semble s'opérer qu'en termes d'objectifs. En effet, constate Friesen (1982), le fait de parler dans l'un ou l'autre des termes n'aura pas toujours de grandes répercussions aux plans de la conceptualisation et de l'élaboration d'une stratégie d'action. Dire d'un programme de préparation à la retraite, qu'il protège de la solitude et de la dépression, ou plutôt qu'il favorise l'autonomie et le maintien du réseau social, fera ici peu de différence sur la nature de l'intervention. Dans les deux cas, l'on pourra faire appel au counseling anticipatoire, à l'enseignement de techniques budgétaires et à l'analyse des réseaux sociaux (Friesen, 1982). Concrètement, la démarcation n'est pas encore très nette entre une approche protectrice et une approche développementale. Dès les débuts de la médecine préventive, l'une des premières stratégies consistait à accroître la robustesse de l'hôte (Eisenberg, 1981). Il y a donc un certain recoupement entre préserver et promouvoir.

Si tel est le cas, où se situe la pertinence d'une telle nuance, dans un vocabulaire qui commence à en avoir trop? Au plan théorique, cette pertinence se manifesterait sans doute à long terme, lorsque la psychopathologie et la santé mentale auront été mieux définies. Mais d'ores et déjà, elle se manifeste pratiquement lors de l'évaluation des programmes. En effet, la formulation d'objectifs positifs retire, ce qui pourrait être appelé « le fardeau de la preuve épidémiologique », c'est-à-dire la nécessité,

pour un programme, de démontrer la réduction de l'incidence d'une pathologie. Elle amène le débat sur un terrain moins franchement symptomatologique et permet d'énoncer certains des *desiderata* de l'homme dans un vocabulaire autre que celui de l'absence de pathologie.

Nous trouvons toutefois malheureux que dans la littérature, ces deux perspectives fassent l'objet d'une présentation qui les assimile habituellement, l'une à la protection « spécifique » et l'autre à la promotion « générale » (Bloom, 1982; Goldston, 1977; Sanford, 1972; Swift, 1982). Plus précisément, l'on dira que la prévention spécifique comprend un ensemble de procédures visant à éviter l'apparition d'entités cliniques bien définies. Qu'il s'agisse d'éducation sexuelle pour protéger de l'inceste, ou de counseling génétique pour prévenir la déficience mentale, l'allusion à d'éventuels « vaccins psychosociaux » est ici assez claire. En santé mentale, l'on devinera combien est rarement applicable cette approche, qui repose sur l'identification et l'interception de causes suffisantes et spécifiques.

Bon nombre d'auteurs optent plutôt pour une promotion de la santé mentale qu'ils disent générale. Elle comprend un ensemble de mesures implantées afin d'améliorer la qualité de vie dans son ensemble. Ces pratiques auraient selon Bloom, (1982) « un effet salutaire général mais non spécifiable sur la santé » (1982, 129). Voilà comment l'*American Public Health Association* fut amenée à proposer, en 1962 (voir Bloom, 1979), une série d'activités hygiéniques comprenant, par exemple, l'amélioration des soins péri-nataux, la modification des pratiques éducatives ou l'implantation de systèmes de support en temps de stress.

Pour une promotion qui n'est pas forcément générale

Il s'agit là d'une démarche dont l'à-propos est discutable, à notre avis, car elle confond deux dimensions distinctes : la spécificité et la direction (pathologique ou saine) des objectifs. En effet, dire d'une mesure positive qu'elle est générale, consiste habituellement à dire qu'elle est non explicite quant aux pathologies qu'elle permet d'éviter. Toutefois, ceci ne l'empêche absolument pas d'être fort explicite quant aux compétences qu'elle entend promouvoir. Qu'il s'agisse de concepts behavioristes, tels

que la relaxation et les habiletés de résolution de problèmes, de concepts psychodynamiques tels que la sublimation et la capacité à tolérer la frustration, ou de concepts communautaires, tels que le support social et le gain de pouvoir («empowerment»), la promotion peut tendre vers des entités fort précises.

La notion de promotion cherchait sans doute à souligner le fait que l'intérêt d'une mesure ne tient pas toujours à la neutralisation d'un agent pathogène spécifique (Sanford, 1972). Malheureusement, plusieurs se sont rués sur sa connotation «forcément générale» pour en faire une solution provisoire, une ébauche destinée à être remplacée à plus ou moins brève échéance. Les détracteurs des programmes préventifs ne s'y sont d'ailleurs pas trompés, affirmant qu'«aucune évidence n'existe à l'effet qu'il soit possible (...) d'accroître la résistance aux maladies mentales, par des activités préventives générales» (Lamb et Zusman, 1979, 13).

De par son but additif, le concept de promotion s'inspire d'une conception de la santé qui dépasse la simple absence de maladie. Aussi, peut-il devenir le pivot d'une approche qui irait au delà de la simple protection face aux psychopathologies (Sanford, 1972). En ce sens, la promotion de la santé ne serait pas tant implantée «avant» l'apparition d'une pathologie, «qu'indépendamment» de l'apparition d'une pathologie (Signell, 1983). C'est-à-dire

que son apport se situerait hors de la réduction de la morbidité.

Voilà pourquoi, la contrepartie de la protection ne devrait pas être forcément la promotion d'un nébuleux «bien-être général», mais plutôt la promotion de compétences bien identifiées. Évidemment, ceci ne règlera pas tous les problèmes. Encore faudra-t-il établir la validité de construit de ces compétences et, surtout, démontrer leur pertinence face à la consolidation de la santé mentale. Mais au moins, opérerons-nous franchement sur le terrain de *think positive*.

Conclusion

Au terme de ces longs détours, nous croyons être en mesure d'identifier quelles sont les caractéristiques essentielles du genre préventif. Pour nous, la prévention psychosociale désigne 1) un ensemble d'interventions proactives, 2) destinées soit à l'ensemble d'une population évoluant dans son milieu naturel, soit à des sous-groupes exposés à des influences pathogènes. Elle peut impliquer, soit 3) l'anticipation de pathologies menaçant la population-cible et la neutralisation des facteurs de risque qui en sont responsables, soit 4) la promotion de forces, facteurs de robustesse et ressources, afin de rendre la population plus compétente. Les tableaux 1 et 2 présentent un bilan sur ces questions.

TABLEAU 1

Quelques éléments permettant de définir deux types d'intervention communautaire non préventive

«PRÉVENTION» TERTIAIRE	«PRÉVENTION» SECONDAIRE
<p>MOMENT D'INTERVENTION : mesure implantée avant la consolidation des invalidités ou l'apparition de récurrences.</p>	<p>mesure implantée le plus tôt possible après que le processus psychopathologique se soit enclenché.</p>
<p>OBJECTIF ÉPIDÉMIOLOGIQUE : réduire le nombre d'invalidités permanentes; aucun effet sur la prévalence, si ce n'est qu'en réduisant le taux de récurrences.</p>	<p>abaisser la prévalence d'une psychopathologie <i>via</i> la réduction de la durée d'évolution moyenne des cas déjà apparus.</p>
<p>STRATÉGIE GÉNÉRALE : rééducation et réinsertion dans un contexte communautaire.</p>	<p>dépistage et traitement précoce dans un contexte communautaire.</p>
<p>BÉNÉFICIAIRES : population clinique atteinte à un état avancé et identifiée en fonction de ses symptômes.</p>	<p>population pré-clinique identifiée selon des signes précurseurs (symptômes, auto-évaluation, performance à un test, etc.)</p>

TABLEAU 2
*Quelques éléments permettant de définir deux types
 d'intervention communautaire préventive*

«PRÉVENTION» PRIMAIRE	PROMOTION
MOMENT D'INTERVENTION : mesure implantée avant l'activation du processus psychopathologique.	mesure implantée indépendamment du processus psychopathologique.
OBJECTIF ÉPIDÉMIOLOGIQUE : abaisser la prévalence d'une psychopathologie via la réduction du taux d'apparition de ses nouveaux cas.	rehausser la prévalence d'une compétence via la hausse de son taux d'acquisition ou la prolongation de sa période de maintien.
STRATÉGIE GÉNÉRALE : neutralisation des substances, événements, structures ou processus pathogènes.	mise en place de substance, événements, structures ou processus salubres.
BÉNÉFICIAIRES : l'ensemble de la population ou un sous-groupe identifié en fonction de son exposition à un ou plusieurs facteurs pathogènes.	l'ensemble de la population ou un sous-groupe identifié en fonction de la valeur et de la pertinence que pourrait avoir pour lui la compétence favorisée.

Quant à la nature des entités cliniques qu'il faudra prévenir ou des compétences qu'il faudra promouvoir, aux lieux d'implantation du programme, à ses référents théoriques, à ses prises de positions idéologiques ou aux agents d'intervention qu'il impliquera (professionnels, bénévoles, aidants naturels, groupes d'entraide, etc.), ils représentent tous ce que nous appelons des caractéristiques «optionnelles», laissées au bon jugement de l'intervenant.

Note

1. N.F. : (1374) ; du latin *praeventio* «action de devancer, d'arriver le premier» (le Petit Robert, 1388).

Références

- Adam, C.T., 1981, A descriptive definition of primary prevention, *Journal of Primary Prevention*, 2, 67-78.
- Adler, D.A., Levinson, D.J., Astrachan, B.M., 1978, The concept of prevention in psychiatry — a reexamination, *Archives of General Psychiatry*, 35, 786-789.
- Adler, P.T., 1982a, An analysis of the concept of competence in individuals and social systems, *Community Mental Health Journal*, 18, no. 2, 34-45.
- Albee, G.W., 1981, Politics, power, prevention and social change in Joffe, J.M., Albee, G.W., eds, *Prevention Through Political Action and Social Change*, Hanover, University Press of New England, 5-25.
- Albee, G.W., 1982, Preventing psychopathology and promoting human potential, *American Psychologist*, 37, no. 9, 1043-1050.
- Albee, G.W., 1983, Psychopathology, prevention and the just society, *Journal of Primary Prevention*, 4, no. 1, 5-40.
- Albee, G.W., 1985, The answer is prevention, *Psychology Today*, Feb., 60-64.
- Anthony, E.J., 1977, Preventive measures for children and adolescents at high risk for psychosis, in Albee, G.W., Joffe, J.M., eds., *Primary Prevention of Psychopathology*, 1, Hanover, University Press of New England, 164-174
- Bickman, L., 1983, The evaluation of prevention programs, *Journal of Social Issues*, 39, no. 1, 181-194.
- Bloom, B.L., 1979, Prevention of mental disorders : recent advances in theory and practice, *Community Mental Health Journal*, 15, no. 3, 179-192.
- Bloom, M., 1980, A working definition of primary prevention related to social concerns, *Journal of Prevention*, 1, no. 1, 15-23.
- Bloom, B.L., 1982, Advances and obstacles in prevention of mental disorders, in Schulberg, H.C., Killilea, M., eds., *The Modern Practice of Community Mental Health*, San Francisco : Jossey Bass, 126-147.
- Bower, E.M., 1969, Slicing the mystic of prevention with Occam's razor, *American Journal of Public Health*, 59, 478-484.
- Brokowski, A., Baker, F., 1974, Professional, organizational and social barriers to primary prevention, *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, no. 5, 707-719.

- Caplan, G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, New York, Basic Books.
- Caplan, G., 1974, *Social Systems and Community Mental Health*, New York, Human Sciences Press.
- Chaumon, F., 1982, Idéologies et fantasmes de prévention, *Psychologie médicale*, 14, 673-675.
- Comité de la santé mentale au Québec, 1983, *Prévenir le suicide au Québec*, Québec, Editeur officiel du gouvernement du Québec.
- Conyne, R.K., 1983, Two critical issues in primary prevention : what it is and how to do it, *The Personal and Guidance Journal*, 61, no. 6, 331-334.
- Cowen, E.L., 1978, Demystifying primary prevention, in Forgays, D.G., ed., *Primary Prevention of Psychopathology*, 2, Hanover, University Press of New England.
- Cowen, E.L., 1980, The wooing of primary prevention, *American Journal of Community Psychology*, 8, 258-284.
- Cowen, E.L., 1982a, Primary prevention research : barriers, needs and opportunities, *Journal of Primary Prevention*, 2, 131-137.
- Cowen, E.L., 1983, Primary prevention in mental health : past, present and future, in Felner, R.D., Jason, L.A., Moritsugu, J.N., Farber, S.S., eds., *Preventive Psychology, Theory, Research and Practice*, New York, Pergamon Press, 11-25.
- Cowen, E.L., 1984, A general structural model for primary prevention program development in mental health, *The Personal and Guidance Journal*, 62, no. 8, 485-490.
- Cowen, E.L., 1985, Person-centered approaches to primary prevention in mental health : situation-focused and competence enhancement, *American Journal of Community Psychology*, 13, no. 1, 31-48.
- Cowen, E.L., Trost, M.A., Lorian, R.P., Dorr, D., Izzo, L.D., Isaacson, R.V., 1975, *New Ways in School Mental Health : Early Detection and Prevention of School Maladaptation*, New York, Human Sciences.
- Eisenberg, L., 1981, A research framework for evaluating the promotion of mental health and prevention of mental illness, *Public Health Reports*, 96, no. 1, 3-17.
- Erlenmeyer-Kimling, L., 1977, Issues pertaining to prevention and intervention of genetic disorders affecting human behavior in Albee, G.W., Joffe, J.M., eds., *Primary Prevention of Psychopathology : The Issues*, Hanover, University Press of New England, 68-91.
- Felner, R.D., Jason, L.A., Moritsugu, J., Farber, S.S., eds., 1983, *Preventive Psychology : Theory, Research and Practice*, New York, Pergamon Press.
- Fiske, D.W., ed., 1981, *Problems with Language Imprecision*, San Francisco, Jossey Bass.
- Forgays, D.G., 1983a, Primary prevention of psychopathology in Hersen, M., Kazdin, A.E., Bellack, A.S., eds., *The Clinical Psychology Handbook*, New York, Pergamon Press.
- Friesen, B.J., 1982, Mental health promotion and primary prevention in Austin, M.J., Hershey, W.E., eds., *Handbook of Mental Health Administration*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Goldston, S.E., 1977, Defining primary prevention in Albee, G.W., Joffe, J.M., eds., *Primary Prevention of Psychopathology*, 1, Hanover, University Press of New England.
- Gottfredson, G.D., 1984, A theory-ridden approach to program evaluation, *American Psychologist*, 39, no. 10, 1101-1012.
- Gruenberg, E.M., 1980, Mental disorders in Last, J.M., ed., *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1303-1358.
- Guertin, M., Lecomte, Y., 1983, Editorial : Structures intermédiaires ou alternatives?, *Santé mentale au Québec*, VIII, no. 1, 3-6.
- Heller, K., Monahan, J., 1977, *Psychology and Community Change*, Homewood, Ill, Dorsey Press.
- Heller, K., Price, R.H., Sher, K.J., 1980, Research and evaluation in primary prevention in Price, R.H., Ketter, R.F., Bader, B.C., Monahan, J., eds., *Prevention in Mental Health, Research, Policy and Practice*, Beverly Hills, Sage publications, 285-313.
- Jenicek, M., 1976, *Épidémiologie*, Edisem inc., St-Hyacinthe.
- Kessler, M., Albee, G.W., 1975, Primary prevention, *Annual Review of Psychology*, 26, 557-591.
- Klein, D.C., Goldston, S.E., eds., 1977, *Primary Prevention : an Idea Whose Time Has Come*, Washington, Government Printing Office.
- Lamb, H.R., Zusman, J., 1979, Primary prevention in perspective, *American Journal of Psychiatry*, 136, no. 1, 12-17.
- Leavell, H.R., Clark, E.G., 1965, *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, New York, McGraw-Hill.
- Lindsay, J., 1978, La formation en prévention, en santé mentale infantile et juvénile : implications pour le praticien in Houde, L., Lindsay, J., Richer, S., Gélinas, P.M., Gilbert, L., eds., *Prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents*, Québec, Éditeur Officiel du Québec, 25-57.
- Marx, J.H., Rieker, P., Ellison, D.L., 1974, The sociology of community mental health : historical and methodological perspectives in Roman, P.M., Trice, H.M., eds., *Sociological Perspectives on Community Mental Health*, Philadelphia, F.A. Davis Compagny, 9-39.
- McPheeters, H.L., 1976, Primary prevention and health promotion in mental health, *Preventive Medicine*, 5, 187-198.
- 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, no 1, 80-90.

- Munoz, R.F., Snowden, L.R., Kelly, J.G., 1979, *Social and Psychological Research in Community Settings*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Nadeau, B., 1983, La prévention en santé mentale communautaire ... quelques réflexions, *Revue québécoise de psychologie*, 1, 13 20.
- Nelson, G., Potasznik, H., Bennett, E.M., 1983, Primary prevention : another perspective, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2, no. 1, 3-12.
- Offord, D.R., 1982, Aspects of program design and evaluation, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 225-230.
- Perlmutter, F.D., 1982, New direction for mental health promotion, in Perlmutter, F.D., ed., *Mental Health Promotion and Primary Prevention*, San Francisco, Jossey-Bass, 7-18.
- Perlmutter, F.D., Vayda, A.M., Woodburn, P.K., 1982, An instrument for differentiating programs in prevention : primary, secondary and tertiary in Perlmutter, F.D., ed., *Mental Health Promotion and Primary Prevention*, San Francisco, Jossey-Bass, 85 90.
- Plaut, T., 1982, Primary prevention in the '80s : the interface with community support systems in Biegel, D.E., Naparstek, J.A., eds., *Community Support Systems and Mental Health*, New York, Springer, 86-97.
- Preston, J.D., 1974, The meaning of «community» in community psychiatry in Roman, P.M., Trice, H.M., eds., *Sociological Perspectives on Community Mental Health*, Philadelphia, F.A. Davis Company, 51-67.
- Rappaport, J., 1977, *Community Psychology : Values, Research and Action*, New York, Holt, Rinehart and Winston.
- Rappaport, J., Seidman, E., 1983, Social and community interventions in Walker, C.E., ed., *The Handbook of Clinical Psychology : Theory, Research and Practice*, 2, Homewood, Ill., : Dow Jones-Irwin, 1089-1122.
- Sanford, N., 1972, Is the concept of prevention necessary or useful? in Golann, S.E., Eisdorfer, C., eds., *Handbook of Community Mental Health*, New York : Appleton-Century-Crofts, 461 71.
- Sartwell, P.E., Last, J.M., 1980, Epidemiology in Last, J.M., ed., *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*, New York, Appleton-Century-Crofts, 9-82.
- Schulberg, H.C., Killilea, M., eds., 1982, *The Modern Practice of Community Mental Health*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Shamansky, S.L., Clausen, C.L., 1980, Levels of prevention : examination of the concept, *Nursing Outlook*, Fev., 104-108.
- Signell, K.A., 1983, Starting prevention work, *Community Mental Health Journal*, 19, no. 2, 144-163.
- Soulé, M., 1983, *L'intervention médico-psycho-sociale précoce*, Paris, Éditions E.S.F.
- Swift, C.F., 1982, Prevention in community mental health in Ritter, D.R., ed., *Consultation, Education and Prevention in Community Mental Health*, Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 170-199.
- Task Panel on Prevention, 1978, Report of the Task Panel on Prevention in Forgays, D.G., ed., *Primary Prevention of Psychopathology*, Hanover, University of New England 2, 207-47.
- Weinberger, A.S., 1980, Profil de la prévention primaire, *Santé mentale au Canada*, 28, no. 4, 9-10.
- Whybrow, P.C., 1972, The use and abuse of the medical model as a conceptual frame in psychiatry, *Psychiatry in Medicine*, 3, no. 4, 333-342.
- Wilson, F.R., Yager, G.G., 1981, A process model for prevention program research, *Personal and Guidance Journal*, 59, no. 9, 590 595.
- Zax, M., Cowen, E.L., 1972, *Abnormal Psychology : Changing Conceptions*, New York, Holt, Reinhart, Winston.

SUMMARY

Psychosocial prevention is often, and mistakenly, disparaged or approached with unwarranted familiarity. A number of factors could provide a partial explanation for this mistake: confused reactions to the medical model, an unfortunate association of the terms "preventive" and "community," lack of distinction between three levels of prevention, misunderstandings around the concept of risk factor, and an overly general definition of the concept of promotion. One specific fact about psychopathology is that it does not fit well into the dichotomous "before / after" appearance of symptoms. This is why the preventive field must identify its targets in terms of etiological rather than symptomological factors. Thus, for us, true prevention must include only proactive interventions meant either for neutralization of pathological influences, or for promotion of areas that are aimed at making the population healthier.