

Person-Centered Diagnosis and Treatment in Mental Health. A Model for Empowering Clients

Piste de lecture

by Peter D. Ladd and AnnMarie Churchill, Jessika Kingsley Publishers, Philadelphia, 2012, 353 pages.

Résumé et commenté par
Yves Couturier, Ph. D., et
Émilie Rousseau-Tremblay, T.S.

Penser l'intervention en santé mentale au travers des indices cliniques non psychiatriques

Les études sur la problématique de la santé mentale ont, depuis de nombreuses années, contribué à la transformation des pratiques professionnelles et de l'organisation des services, notamment en raison d'une forte volonté d'humaniser les soins aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. L'ouvrage de Ladd et Churchill s'inscrit dans cette perspective. Ces auteurs proposent un modèle de coopération du diagnostic et du plan de traitement d'un problème de santé mentale par un intervenant et la personne souffrant de ce problème.

L'ouvrage se divise en trois parties. La première, en fait le premier chapitre, explicite la position des auteurs et énonce clairement la structure des chapitres suivants. Les auteurs y montrent les constituantes de leur modèle général, centré sur les manifestations du problème de santé mentale dans la vie quotidienne de l'utilisateur, plutôt que sur l'étiologie de la maladie. Le livre propose donc de privilégier une perspective clinique et pragmatique issue de l'observation, dans la vie de l'utilisateur, des effets du problème de santé mentale, plutôt qu'une perspective étiologique (les symptômes) et scientifique, pour établir un diagnostic

et un plan de traitement. Alors que le DSM-IV propose une liste de symptômes que l'intervenant cherchera à repérer chez une personne, les auteurs proposent plutôt d'étudier la situation clinique à partir de leur modèle qui décrit de façon générale les comportements observables chez la plupart des personnes souffrant d'un trouble particulier.

La seconde partie du livre regroupe huit chapitres présentant chacun un désordre mental (déficit de l'attention avec hyperactivité, personnalité limite, boulimie, dépression, trouble anxieux généralisé, personnalité obsessionnelle/compulsive, trouble d'opposition, stress post-traumatique), alors que la dernière partie comprend huit chapitres qui décrivent des configurations de traits de personnalité potentiellement pathologiques (personnalité abusive, intimidation, fatigue de compassion, violence latérale, solitude, deuil, autodestruction).

Les 15 chapitres thématiques ont une structure commune. Ils débutent tous sur un modèle clinico-pragmatique particulier pour chacun des désordres et des configurations de traits de personnalité étudiés, soit six comportements ou affects reliés entre eux de façon circulaire. Chaque dimension est illustrée à partir d'un cas clinique qui sera fort utile à l'intervenant. Des stratégies très générales sont par la suite présentées pour soutenir le travail d'adaptation de l'intervention à la situation clinique singulière. Par exemple, dans le cas du déficit d'attention, l'agitation provoque une perte de contrôle, qui conduit éventuellement à de la frustration, puis à des difficultés d'adaptation, etc.

Une perspective pragmatique au détriment des apports de la science

Basé sur la tradition d'antipsychiatrie, l'ouvrage rejette l'entrée par l'étiologie qu'incarne de façon archétypique le DSM-IV. Cette critique classique fait ici davantage l'objet d'un postulat axiologique que d'une analyse rigoureuse des travaux cliniques non psychiatriques portant

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 138 (2013.1) : 119-120.

sur les thématiques en question. Les modèles clinico-pragmatiques proposés auraient pu être fondés sur des travaux scientifiques empiriques, pourtant nombreux dans le domaine, et qui ne sont pas campés du côté de la seule logique étiologique. Or, l'ouvrage ne cite que très peu d'articles scientifiques qui auraient pu étayer le point de vue des auteurs dans leurs choix de dimensions pour concevoir leurs 15 modèles clinico-pragmatiques. De même, l'ouvrage s'appuie sur les principes très connus de *person-centered care* et *empowerment*, sans faire un effort de définition soutenu.

Un ouvrage utile, mais qu'il faut adapter au contexte québécois

Malgré la prétention pragmatique des auteurs, plusieurs dimensions du réel sont esquivées dans cet ouvrage. À titre d'exemple, les auteurs ne tiennent pas compte des cadres législatifs nationaux qui sont nombreux à interdire à des non-médecins d'établir ou de contribuer au diagnostic. Les proches des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, leurs environnements, l'organisation des services à laquelle ils ont accès, les comorbidités qui les affectent, entre autres, ne sont pas abordés. De plus, les auteurs laissent entendre que les 50 ans d'antipsychiatrie n'ont pas eu d'effets. Or, même si la désinstitutionnalisation est sans aucun doute ardue, l'établissement de diagnostics et de plans de traitement s'effectue souvent dans une perspective collaborative, notamment en réponse à la volonté de tous d'une humanisation de ces pratiques. Le livre semble être écrit à partir d'un monde composé uniquement de médecins de la frange dite *evidence-based medicine*. Or, les services aux personnes souffrant de troubles de santé mentale sont dans les faits surtout offerts par des travailleurs sociaux, des infirmiers, des professionnels d'organismes non gouvernementaux.

Conclusion : un ouvrage utile pour les travailleuses sociales non spécialisées en santé mentale

Il faut souligner que tout rappel du projet d'autonomisation des usagers en santé mentale est utile en travail social. L'ouvrage propose à cet égard une façon simple dans cette optique, en évitant de s'enfermer dans la seule logique d'identification des signes et des symptômes

du problème de santé mentale. Il permet d'établir une alliance thérapeutique plus fondamentale et durable en donnant la capacité à l'utilisateur de contribuer à la définition de son problème à partir de son vécu dans la communauté. Par-delà le diagnostic officiel, la travailleuse sociale généraliste (sur ces questions) peut faire un usage très pertinent des modèles clinico-pragmatiques proposés pour donner un sens à la situation clinique dans laquelle elle est engagée. Malgré leur faible scientificité, ces modèles lui permettront de comprendre, de moduler et d'adapter (dans une certaine mesure) un diagnostic établi par un spécialiste dans le cadre d'un plan de services individualisé. En ce sens, les modèles proposés par Ladd et Churchill permettent à des non-spécialistes du domaine de la psychiatrie de développer un langage interdisciplinaire centré sur l'aspect fonctionnel d'un problème de santé mentale, qui sera toujours vécu par l'utilisateur plus largement qu'à travers sa seule dimension psychiatrique.

Descripteurs :

Maladie mentale - Traitement // Mental illness - Treatment