

MODULE

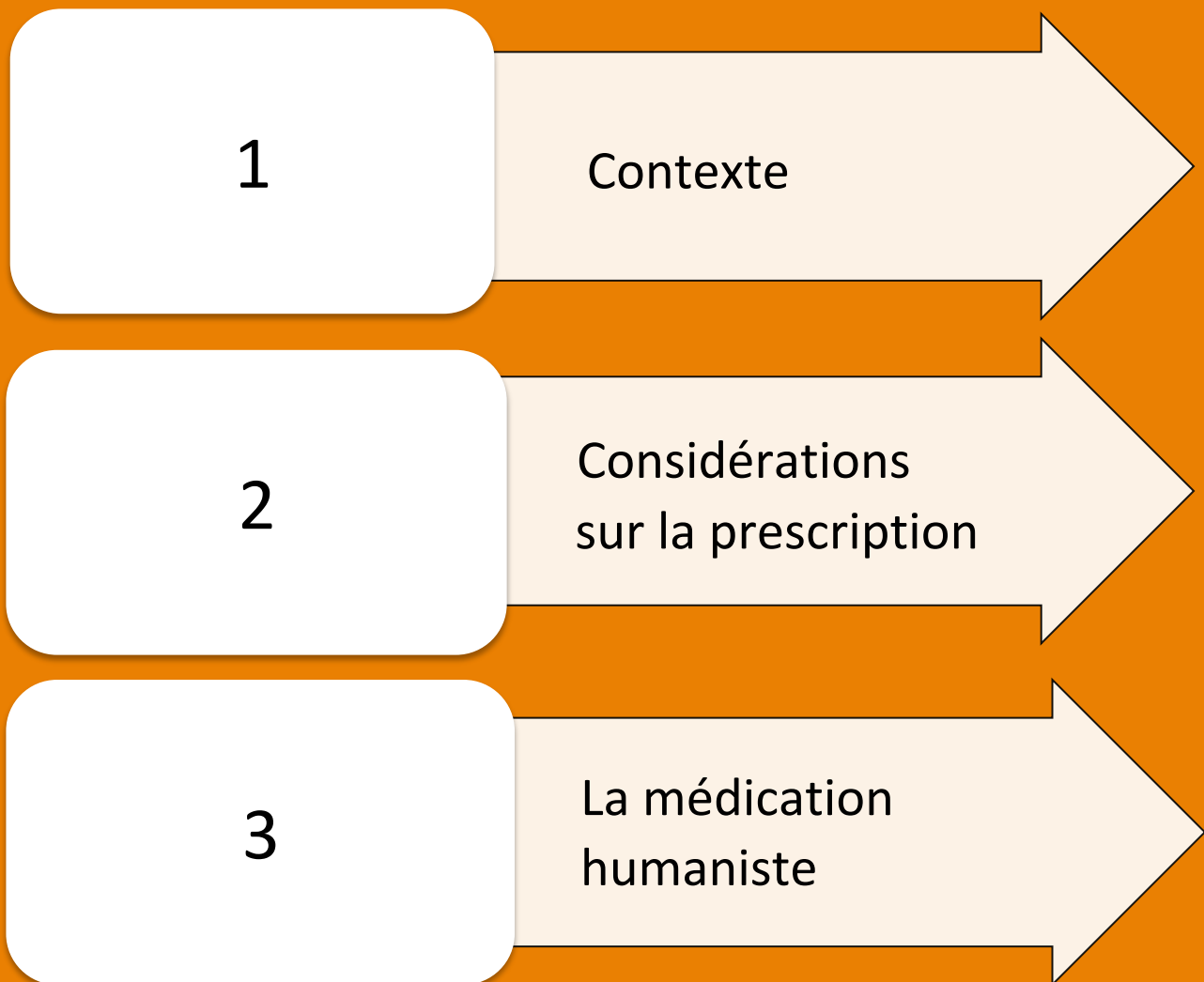
3

Une approche
humaniste
de la médication



Module 3: Une approche humaniste de la médication

Qu'apprendrons-nous?



Module 3: Une approche humaniste de la médication

1. Contexte

Les personnes noires continuent à avoir une espérance de vie inférieure d'environ quatre ans à celle des personnes blanches. Malgré les avancements médicaux, les taux de mortalité chez les hommes noirs varient de 40 % à 230 % de la naissance jusqu'à l'âge de 40 ans, et ce indépendamment du niveau socioéconomique et du niveau de scolarité (Bond & Herman, 2016; Briggs et al., 2011). Elles sont aussi sous-diagnostiquées et sous-traitées pour des problèmes psychiatriques dans les sociétés occidentales (Al-Matten, Mullen, & Malloy, 2016; Arias & Xu, 2019; U.S. Department of Health and Human Services, 2001; Williams, George, & Printz, 2020). De plus, les personnes noires sont moins référées à des soins en santé mentale et elles reçoivent moins de prescriptions d'antidépresseurs quand leur situation l'exige (Stockdale et al., 2008). Une des raisons de sous-diagnostics est que les problèmes de santé mentale des populations noires sont souvent manifestés par des problèmes de somatisation (p. ex. maux de tête, mal de ventre, troubles de sommeil; Jackson, 2006). Ainsi, elles reçoivent des diagnostics erronés.

Quand les personnes noires tentent d'utiliser des services de soins publics pour des problèmes de santé mentale, elles sont plus susceptibles d'être internées dans des centres psychiatriques contre leur volonté (Snowden, 2001; Youman et al., 2010). De plus, plusieurs professionnels de la santé mentale ne savent pas comment interagir avec des populations racialisées en raison de leur manque de formation sur des questions raciales et culturelles (Briggs et al., 2011). Plusieurs études ont repéré plusieurs formes de microagressions racistes et de discriminations raciales envers les personnes noires dans les services de soins en santé mentale.

Module 3: Une approche humaniste de la médication

1. Contexte

Ces expériences négatives dans les services de soins, les croyances et la stigmatisation, ainsi que d'autres facteurs liés à la santé mentale dans les communautés, les poussent vers un manque de confiance envers les services de soins, les professionnels de la santé mentale, ainsi que les traitements prescrits (Briggs, 2004; Kranke et al., 2012).

En raison de cette ambivalence envers les systèmes de soins, les populations noires cherchent des soins moins souvent, ce qui ne fait qu'empirer leurs problèmes de santé (Al-Matten, Mullen, & Malloy, 2016; Kessler et al., 1996; Lesser et al., 2010). Elles se tournent plutôt vers des soins informels tels que des figures religieuses et la famille étant donné que la santé mentale est stigmatisée; un diagnostic ne ferait qu'empirer cette stigmatisation (Kranke et al., 2012).

Module 3: Une approche humaniste de la médication

2. Considérations sur la prescription

Bien que déjà noté dans les modules 1 et 2, nous tenons à préciser que les populations noires peuvent vivre avec des déterminants individuels, sociaux et culturels qui peuvent développer, précipiter ou maintenir leurs problèmes de santé mentale, entre autres, des situations socioéconomiques faibles, la discrimination, les adversités précoces, les expériences traumatisantes, le faible niveau d'éducation, le chômage, le sous-emploi et l'insécurité d'emploi, la pauvreté, les caractéristiques défavorables de l'environnement habité, la mauvaise qualité et l'instabilité du logement, l'insécurité alimentaire, le faible accès aux soins de santé, les expériences d'immigration difficiles, les traumas transgénérationnels, les expériences quotidiennes de discrimination et de racisme, les microagressions racistes ainsi que les expériences majeures de discrimination et de racisme (Allen et al., 2014; Assari, Lapeyrouse, & Neighbors, 2018; Assari et al., 2017; Marmot et al., 2008; Shim et al., 2014; Taylor et al., 2000).

Plusieurs de ces facteurs doivent être pris en considération lors du plan de traitement (Pumariega, Rogers, and Rothe, 2005). Les discriminations quotidiennes et le racisme sont aussi des facteurs cumulatifs pour lesquels les personnes noires cherchent souvent des soins sans toutefois le révéler (Briggs et al., 2011). Ainsi, alors que la médication peut sembler comme une solution rapide, il y a souvent plusieurs facteurs à prendre en considération avant de prendre une décision sur le traitement.

Module 3: Une approche humaniste de la médication

2. Considérations sur la prescription

Bien que la médication puisse aider avec des symptômes de troubles de santé mentale, elle est seulement efficace pour environ 30 % des personnes qui la prennent (Wong et al., 2004). De plus, les personnes de couleur métabolisent les médicaments différemment en raison de leurs gènes, ce qui signifie que certains médicaments couramment prescrits ne sont pas efficaces pour elles (Munoz, 2009).

Par exemple, une étude a montré que les personnes noires ont besoin de doses plus basses de lithium comparativement aux personnes blanches (Al-Matten, Mullen, & Malloy, 2016; Malik, Lake, Lawson, & Josh, 2010; Munoz & Hilgenburg, 2005). Les personnes noires sont également plus à risque de subir des effets secondaires que les personnes blanches (Malik et al., 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Ces effets secondaires comprennent notamment des raideurs, des spasmes musculaires et de l'agitation, entre autres. Ainsi, les professionnels de la santé mentale devraient s'informer sur les effets des médicaments sur des groupes raciaux et ethniques différents en restant à jour avec des études scientifiques. Les populations noires sont aussi sceptiques à l'égard de la médication, car elles croient que la médication peut empirer leur état; certaines personnes parmi ces populations refusent même des traitements qui impliquent la médication (Briggs et al., 2011).

Module 3: Une approche humaniste de la médication

2. Considérations sur la prescription

Considérations sur la religion et la spiritualité

Les institutions religieuses et le clergé adoptent souvent des fonctions de fournisseurs de services ainsi que de conseillers dans les communautés noires (Boyd-Franklin 2003 ; Taylor et al. 2000). Les recherches suggèrent que l'engagement au sein de la religion peut aider avec le traitement des personnes issues des communautés noires (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).

Ainsi, les professionnels de la santé mentale doivent se préparer à inclure les églises, les mosquées, les synagogues ou d'autres établissements religieux dans le processus de traitement. Les professionnels de la santé mentale peuvent également inclure le clergé ou les membres de groupes religieux dans les programmes de traitement afin d'améliorer la compréhension des problèmes de santé mentale par ces membres (SAMHSA, 2014).

Module 3: Une approche humaniste de la médication

3. La médication humaniste

Les professionnels de la santé mentale ne devraient pas oublier qu'au sein même de la relation professionnel-client, il y a souvent un déséquilibre de pouvoir. Le professionnel de la santé mentale tient plus de pouvoir étant donné que son expertise est reconnue et est souvent appliquée dans les décisions de traitement (Briggs et al., 2011). Le client noir peut ressentir cette dynamique davantage si le professionnel est blanc; historiquement, les personnes blanches ont fait partie de la population dominante (Puras, 2017; Wade, 1993). Ainsi, il est primordial pour le professionnel de respecter les croyances du client et de lui informer que la relation est égalitaire (les informations sont collectées et les décisions sont prises ensemble).

Munoz et Hilgenburg (2005) suggèrent aux professionnels de la santé mentale de prendre ces aspects en compte dans le plan de traitement :

- Utilisez des outils d'évaluation et d'intervention culturellement adaptés.
- Utilisez les connaissances du client sur ses expériences médicales (Quels types de médicament a-t-il déjà pris ? A-t-il déjà fait face à des effets secondaires sévères ? Comment supporte-t-il tel groupe de médicaments ?).
- Expliquez les effets secondaires des médicaments et parlez-en lors des rendez-vous en vous renseignant sur ceux que le client subit et en cherchant des solutions appropriées (intéressez-vous à lui et à son histoire en tant que patient, car souvent les personnes noires ont l'impression d'être traitées comme un numéro).
- Utilisez vos connaissances sur la culture et sur les croyances de votre client pour bien expliquer le traitement à travers une méthode éducative adaptée. Le client ne doit pas se sentir blâmé mais assisté.

Module 3: Une approche humaniste de la médication

3. La médication humaniste

Il est aussi important d'approcher la médication d'une manière humaniste avec le client. Le professionnel de la santé mentale devrait utiliser les termes employés par le client pour conceptualiser son problème. Si le client utilise d'autres traitements à l'extérieur de ce qui a été établi lors des séances (p. ex. traitements spirituels), le professionnel doit s'en informer et soutenir ces pratiques (Breland-Noble, Bell, & Nicolas, 2006).

Si les pratiques pourraient causer des dommages, le professionnel doit informer le client le plus possible, mais sans jugement. En outre, lorsqu'elles envisagent le traitement, les personnes noires expriment une préférence pour la psychothérapie plutôt que pour les médicaments (Hankerson, Suite, & Bailey, 2015). Il est important que les professionnels discutent des nombreuses options de traitement et reconnaissent que trouver un traitement efficace peut prendre du temps. La psychothérapie interpersonnelle (PTI) et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ont été démontrées comme efficaces chez les personnes noires (Joe et al., 2006), surtout quand elles tiennent compte des facteurs culturels et des enjeux raciaux (voir module 4).

Bref, chaque professionnel doit s'assurer de pratiquer son métier de manière culturellement compétente en écoutant le client, en respectant ses choix, en utilisant ses forces, en donnant autant de poids à son évaluation de soi et à l'évaluation professionnelle, en s'informant sur sa culture et en sachant que la justice sociale implique que chaque personne est différente et requiert des soins différents (Briggs, 2009).

Module 3: Une approche humaniste de la médication

3. La médication humaniste

La prise de décision collective

Prendre une décision ne se fait généralement pas de façon instantanée. La durée du processus décisionnel dépend souvent de l'impact de la médication sur la vie du client. Plus la décision aura un impact sur sa vie, par exemple en changeant ses idées à l'égard de la médication ou en lui causant de possibles effets secondaires, plus elle générera du stress et de l'hésitation (Briggs et al., 2011; Malik et al., 2010). C'est pourquoi il est essentiel que les professionnels de santé accompagnent la prise de décision pour entamer la médication. Voici quelques aspects à prendre en considération lors de la prise de décision sur le traitement :

- Le traitement consiste en une période d'exploration et d'analyse de la situation du client pour identifier tous les éléments qui sont en jeu (p. ex. les expériences d'immigration difficiles, les traumatismes transgénérationnels, les expériences quotidiennes de discrimination et de racisme et les microagressions racistes; Allen et al., 2014; Assari, Lapeyrouse, & Neighbors, 2018; Assari et al., 2017; Marmot et al., 2008; Shim et al., 2014; Taylor et al., 2000).
- La période d'exploration permet d'évaluer les avantages et les inconvénients des options possibles. À cette étape, une certaine ambivalence est presque inévitable et tout à fait normale. Être ambivalent, c'est osciller entre différentes options, étant à la fois en faveur et en défaveur de celles-ci (Kessler et al., 1996; Lesser et al., 2010). De l'ambivalence naît généralement un malaise qui pousse vers la prise de risque qu'implique un choix.
- Pour résoudre l'ambivalence, il faut savoir choisir une option parmi d'autres. De plus, choisir inclut l'acceptation des avantages et des inconvénients que peut avoir la médication (Briggs et al., 2011; Malik et al., 2010). Finalement, le processus est complété par une décision qui a du sens pour la personne.

MODULE

3

Une approche humaniste de la médication



MERCI À NOS PARTENAIRES

CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION



SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE



uOttawa



Financé par:



Agence de la sante Public Health
publique du Canada Agency of Canada

Références

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry*, 26(4), 392-407.
- Al-Matten, C. S., Mullen, J. M., & Malloy, J. K. (2016). In A.M. Breland-Noble et al. (eds.), *Handbook of Mental Health in African American Youth* (pp. 39-61). Springer Series on Child and Family Studies.
- Assari, S., Lapeyrouse, L., & Neighbors, H. (2018). Income and self-rated mental health: Diminished returns for high income black Americans. *Behavioral Sciences*, 8(5), 50.
- Assari, S., Moazen-Zadeh, E., Caldwell, C. H., & Zimmerman, M. A. (2017). Racial discrimination during adolescence predicts mental health deterioration in adulthood: gender differences among Blacks. *Frontiers in public health*, 5, 104.
- Bond, M. J., & Herman, A. A. (2016). Lagging Life Expectancy for Black Men: A Public Health Imperative. *American journal of public health*, 106(7), 1167–1169.
- Boyd-Franklin, N. (2003). *Black Families in Therapy: Understanding the African American Experience*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Breland-Noble, A. M., Bell, C., & Nicolas, G. (2006). Family first: The development of an evidence-based family intervention for increasing participation in psychiatric clinical care and research in depressed African American adolescents. *Family Process*, 45(2), 153-169.
- Briggs, H. E., Briggs, A. C., Miller, K. M., & Paulson, R. I. (2011). Combating persistent cultural incompetence in mental health care systems serving African Americans. *Best Practices in Mental Health*, 7(2), 1-25.
- Briggs, H. E. (2009). The fusion of culture and science: Challenges and controversies of cultural competency and evidence-based practice with an African American

- family advocacy network. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1172-1179.
- Briggs, H. E. (2004). African American mental health commission report: Assessment for cultural specific mental health service systems of care. *African American commission on mental health*, 1-60.
- Hankerson, S. H., Suite, D., & Bailey, R. K. (2015). Treatment disparities among African American men with depression: Implications for clinical practice. *Journal of health care for the poor and underserved*, 26(1), 21.
- Jackson, A. P. (2006). The use of psychiatric medications to treat depressive disorders in African American women. *Journal of Clinical Psychology*, 62(7), 793-800.
- Joe, S., Baser, R. E., Breeden, G., et al. (2006). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. *JAMA*, 296(17), 2112–2123.
- Kessler et al. (1996). The 12-month prevalence and correlates of serious mental illness (SMI) (pp.57-70). Dans *Mental Health United States*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services.
- Kranke, D., Guada, J., Kranke, B., & Floersch, J. (2012). What do African American youth with a mental illness think about help-seeking and psychiatric medication?: Origins of stigmatizing attitudes. *Social Work in Mental Health*, 10(1), 53-71.
- Lesser, I. M., Myers, H. F., Lin, K. -M., Bingham Mira, C., Joseph, N. T., Olmos, N. T. Poland, R. E. (2010). Ethnic differences in antidepressant response: A prospective multi-site clinical trial. *Depression and Anxiety*, 27(1), 56–62.
- Malik, M., Lake, J., Lawson, W. B., & Joshi, S. V. (2010). Culturally adapted pharmacotherapy and the integrative formulation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19 (4), 791–814.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669.

- Munoz, C. (2009). Ethnopharmacology: What nurses need to know. Accédé via <http://www.minoritynurse.com/print/137>
- Munoz, C., & Hilgenberg, C. (2005). Ethnopharmacology: Understanding how ethnicity can affect drug response is essential to providing culturally competent care. *AJN The American Journal of Nursing*, *105*(8), 40-48.
- Pumariega, A. J., Rogers, K., & Rothe, E. (2005). Culturally competent systems of care for children's mental health: Advances and challenges. *Community Mental Health Journal*, *41*(5), 539-555.
- Puras, D. (2017). World Health Day: Power Imbalances and Inequalities Big Part of Poor Mental Health. Accédé via <https://www.hhrjournal.org/2017/04/world-health-day-power-imbbalances-and-inequalities-big-part-of-poor-mental-health-2/>
- Shim, R., Koplan, C., Langheim, F. J., Manseau, M. W., Powers, R. A., & Compton, M. T. (2014). The social determinants of mental health: An overview and call to action. *Psychiatric annals*, *44*(1), 22-26.
- Snowden, L. R. (2001). Barriers to effective mental health services for African Americans. *Mental health services research*, *3*(4), 181-187.
- Stockdale, S. E., Lagomasino, I. T., Siddique, J., McGuire, T., & Miranda, J. (2008). Racial and ethnic disparities in detection and treatment of depression and anxiety among psychiatric and primary health care visits, 1995–2005. *Medicine*, *83*(12), 1467-1474.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *A Treatment Improvement Protocol: Improving Cultural Competence*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Journal of Community Psychology*, *46*(7), 668.
- Taylor, R. J., Ellison, C. G., Chatters, L. M., Levin, J. S., & Lincoln, K. D. (2000). Mental health services in faith communities: The role of clergy in black churches. *Social work*, *45*(1), 73-87.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity—A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General.

Wade, J. C. (1993). Institutional racism: An analysis of the mental health system. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), 536-544.

Williams, M. T., George, J. R., & Printz, D. M. (2020). Behavioral Health Service Delivery with African Americans. In *Handbook of Cultural Factors in Behavioral Health* (pp. 111-129). Springer, Cham.

Wong, S., Wilder, D., Schock, K., & Clay, C. (2004). Behavioral interventions with severe and persistent mental disorders. *Using evidence in social work practice: Behavioral perspectives*, 210-230.

Youman K, Drapalski A, Stuewig J, Bagley K, Tangney J. Race differences in psychopathology and disparities in treatment seeking: Community and jail-based treatment seeking patterns. *Psychol Serv*. 2010;7(1):11-26. doi:10.1037/a0017864