

Dr Thierry Danel*, Dr Olivier Cottencin*, Dr Laurent Karila**

* Service d'addictologie, CHRU de Lille, 57, boulevard de Metz, F-59037 Lille. Courriel : t-danel@chru-lille.fr

** Université Paris XI. Service d'addictologie, Hôpital universitaire Paul Brousse, 12, avenue Paul Vaillant Couturier, Villejuif, France

Reçu juin 2008, accepté juillet 2008

Refus de soins en addictologie

Choix ou contrainte ?

Résumé

Les conduites addictives sont en elles-mêmes paradoxales (de la perte de liberté au nom de la liberté à la dépendance au nom de l'indépendance). Alors que la clinique quotidienne nous montre que la liberté d'un sujet présentant des conduites addictives est fondamentalement entravée, force est de constater que son accès aux soins est rendu difficile non seulement en raison de son addiction, mais encore par le système de soins lui-même (aussi bien en théorie qu'en pratique). Nous discutons d'un point de vue éthique le principe du respect de l'autonomie du patient dans le contexte de l'addictologie. Une contradiction fondamentale pour des patients justement en difficulté d'autonomie sur le plan psychopathologique, social, voire neurologique.

Mots-clés

Addiction – Refus de soins – Éthique – Respect d'autonomie – Patient.

Les invariants des conduites addictives sont des contradictions : la perte de liberté au nom de la liberté, l'aliénation au nom du droit à la folie, la dépendance au nom de l'indépendance. La clinique quotidienne auprès de patients présentant un trouble addictif conduit à penser que la liberté, fondement de l'autonomie du sujet, est largement entravée lors des conduites addictives et, plutôt que de choix de conduites, il s'agit de contraintes, y compris dans leur accès aux soins (1). La définition de Pierre Fouquet de la dépendance – "perte de la liberté de s'abstenir de consommer" – cristallise en quelques mots le nœud gordien de l'addictologie (2).

En quoi la liberté du sujet est-elle entravée ?

Ce qui vient en premier à l'esprit sont les effets psychosociaux des produits qui conduisent à une distorsion de

Summary

Refusal of care in addictology

In our daily practice, we are regularly confronted with the paradox of addictive behavior (loss of freedom in the name of freedom, substance dependence in the name of independence). Nevertheless, this paradox is not only linked to the addictive behavior but is also linked to institutional care which offers help to the most motivated patients. We discuss the ethical view point of this paradox (respect of the autonomy) in patients whose behavior is in most cases linked to a psychopathological, social or neurologic disorder which puts them off treatment.

Key words

Addiction – Refusal of care – Ethics – Respect of autonomy – Patient.

jugement (3). La question du degré d'intoxication à partir duquel le sujet n'est plus en mesure de juger est empirique, mais demeure pertinente cliniquement. Une autre contrainte, et non des moindres, est liée à la puissance même de la compulsion. Elle peut apparaître chez le sujet comme un obstacle insurmontable à l'arrêt de la consommation même si cette dernière est soi-disant choisie. En matière d'offre de soins, le paradoxe (et ils sont nombreux en addictologie) est qu'à l'inverse de beaucoup de troubles, la sévérité de l'addiction est inversement proportionnelle à la proposition de soin. En effet, plus la personne est motivée, consciente de son trouble, en demande de soins, présentant peu de comorbidités psychopathologique ou neuropsychologique, plus les propositions de soin et les stratégies thérapeutiques sont nombreuses. À l'inverse, plus le trouble est grave, et moins il lui est proposé de mesures d'aide ! C'est donc que l'on postule implicitement

l'autonomie de décision du sujet présentant un trouble addictif, alors que l'on pourrait penser que l'incapacité à suivre un programme de soins doit conduire à élargir l'éventail des ressources proposées.

Mais il est d'autres contraintes à la liberté du sujet et notamment d'ordre psychopathologiques, comme le déni. Le déni, défini par Laplanche et Pontalis (4) comme *“un mode de défense inconscient consistant en un refus de la réalité d'une perception traumatisante”*, pose la question plus large de savoir si l'inconscient met en question l'autonomie du sujet. En effet, si des mécanismes et des représentations inconscients sont à l'œuvre dans l'apparition d'un comportement, et si cet inconscient – par définition – n'est pas gouverné par la raison, l'autonomie et la liberté sont de fait remises en question quand le sujet ne peut peser sur cette instance.

Dans le même ordre d'idée, un autre type de contrainte peut relever non plus de troubles psychopathologiques mais de troubles neuropsychologiques, présupposant alors une origine lésionnelle aux troubles. Les études récentes indiquent que les troubles cognitifs présentés durant une intoxication aux substances psychoactives, et notamment à l'alcool, sont des obstacles déterminants à l'acquisition de nouvelles stratégies, dont le changement de comportement dans les conduites de consommation (impossibilité à suivre des consignes ou un processus thérapeutique) (5, 6). Une altération des fonctions cognitives, et plus particulièrement des fonctions exécutives (c'est-à-dire la planification, la réalisation et le contrôle des activités dirigées vers un but précis), est un obstacle aux stratégies thérapeutiques habituellement employées dans le soin en addictologie. Elles sont encore largement sous-évaluées alors qu'elles sont déterminantes tant dans la demande de soin que dans la capacité du sujet à adhérer aux programmes thérapeutiques (7).

De plus, dans le cadre de l'accès aux soins, la contrainte est également présente. Si elle est clairement définie lorsqu'un patient s'inscrit dans un programme de soin à son corps défendant (contraint par un tiers : médecin, conjoint, justice), il en est une autre plus cachée lorsqu'il consulte de son *“plein gré”* mu par une contrainte interne (pour ses enfants, pour sa santé) qui demeure un obstacle à la motivation intrinsèque du sujet (1). La véritable demande ne serait-elle pas de consulter avec le désir de se libérer de la dépendance ?

Enfin, il est en addictologie un refus de soin qui n'est pas le fait du patient, mais celui du système de soin. Ce refus,

qui est finalement la conséquence de son organisation, exclut en toute bonne foi une partie de la population présentant un trouble addictif. Il peut être argumenté sur l'absence de motivation du sujet (en associant un pronostic d'emblée défavorable à tout sujet peu motivé et en rejetant l'échec sur le patient), sur l'incompétence du système à le soigner (qui a au fil du temps sélectionné les patients les plus compliants... les moins turbulents) ou enfin sur un manque de moyens nécessaire à sa prise en charge ! Le plus étonnant, c'est que ce mode de fonctionnement n'est pas alimenté par des arguments historiques (ou économiques), mais par des arguments psychopathologiques tranchés (voire péremptoires) qui ne s'appuient sur aucune thèse, ni scientifique, ni épidémiologique, ni expérimentale. Elle ne s'appuie que sur le *“sens clinique”* alors que le dispositif addictologique a pour mission, nous semble-t-il, de proposer son aide aux patients les plus graves et donc présentant des troubles psychopathologiques et neuropsychologiques avérés.

Du point de vue éthique

Pour se placer du point de vue du patient, l'avis 87 du Comité consultatif national d'éthique (CNNE) (8) qui traite du refus de traitement et de l'autonomie de la personne rappelle que *“le respect du refus de soin exprimé par le patient est conforme à l'exigence éthique de reconnaissance de l'autonomie des personnes”*. Pour autant, le CNNE souligne que *“la question reste toutefois de savoir ce que recouvre au juste le terme autonomie”*, et la question de l'autonomie est au cœur de la préoccupation éthique en addictologie. Elle est même cruciale et quotidienne. En effet, comment faire avec ce patient porteur d'une cirrhose décompensée qui poursuit son alcoolisation alors que l'arrêt de l'intoxication pourrait lui permettre une stabilisation du processus lésionnel (voire accéder à la greffe hépatique salvatrice) ? Que faire avec ce patient qui souffre d'artériopathie, assuré de l'arrêt de la progression des lésions grâce à l'arrêt du tabac et qui ne le fait/peut pas ? Que faire avec le cas de cette future mère qui s'alcoolise malgré l'information sur le risque foetal ? Enfin, au quotidien, que faire de ces patients qui présentent des troubles clastiques récurrents après consommation d'alcool (de cannabis, de médicaments...) ? Car dans toutes ces situations, le comportement de consommation est dommageable pour le sujet ou pour son entourage. Et bien qu'il en soit averti, il poursuit sa consommation en dépit des aides proposées.

Peut-on accepter alors et sans discussion le refus de soin en mettant en avant la primauté de la *“demande”*, en

arguant de la liberté du sujet à se déterminer quant à son comportement de consommation et en réservant les soins sous contrainte à la dangerosité pour les autres ? L'avis 87 du CCNE quant à l'autonomie souveraine de l'individu cite John Stuart Mill : *“La seule raison légitime que puisse avoir une communauté pour user de la force contre un de ses membres est de l'empêcher de nuire aux autres. Contraindre quiconque pour son propre bien, physique ou moral, ne constitue pas une justification suffisante. Un homme ne peut pas être légitimement contraint d'agir ou de s'abstenir sous prétexte que ce serait meilleur pour lui, que cela le rendrait plus heureux ou que, dans l'opinion des autres, agir ainsi serait sage ou même juste. Ce sont certes de bonnes raisons pour lui faire des remontrances, le raisonner, le persuader ou le supplier, mais non pour le contraindre ou lui causer du tort s'il agit autrement. La contrainte ne se justifie que lorsque la conduite dont on désire détourner cet homme risque de nuire à quelqu'un d'autre. Le seul aspect de la conduite d'un individu qui soit du ressort de la société est celui qui concerne les autres. Mais pour ce qui ne concerne que lui, son indépendance est de droit, absolue. Sur lui-même, sur son corps et son esprit, l'individu est souverain”*. Cet avis 87 conclut enfin en disant que *“l'autorité de la volonté en tant que souveraineté consiste dans la possibilité d'avoir des préférences singulières et de se déterminer en fonction d'une conception du bien dont il appartient à chacun de déterminer librement le contenu. Dès lors, le médecin doit respecter la liberté du patient, ses croyances, ses choix, ses demandes, même s'il les juge contraires à la raison”*. Et le CCNE de citer le refus d'une transfusion sanguine ou le refus d'un traitement réputé salvateur. Mais il cite également la liberté souveraine *“de prendre des risques disproportionnés, ou de se droguer”*. Ainsi, la raison n'est pas obligatoirement convoquée au chevet de la décision.

Pour autant, cette posture est sous-tendue par le fait que l'on tient pour acquis ou comme existant a priori une autonomie du sujet dans deux caractéristiques fondamentales : l'autonomie de pensée et l'autonomie de volonté en tant qu'autolimitation. L'autonomie de pensée qualifie le pouvoir de conduire une argumentation cohérente et réfléchie. Pour le CCNE, *“dans le domaine médical, cette forme d'autonomie définit l'état du patient capable de participer à une délibération étayée par l'acquisition d'un savoir de sa maladie. Le sujet autonome est ici celui qui est capable de comprendre une information médicale et d'exercer son esprit critique”*. L'autonomie de volonté quant à elle, définit la capacité d'une personne à suspendre la spontanéité impulsive qui détermine mécaniquement son action pour se décider en fonction d'une résolution consciente et personnalisée. S'il est un noeud gorgien en addictologie, il est là ! Un problème

inextricable, souvent résolu par des décisions plus ou moins brutales, émanant plus du côté du champ sociétal et judiciaire que du champ médical.

Discussion

Ce problème mérite mieux que la solution d'Alexandre qui fut celle de trancher le nœud gorgien. Comment concilier la liberté du sujet et les limites infligées à son autonomie par des troubles cognitifs, son déni ou l'intensité de la compulsion addictive ? Comment prendre en compte un refus de soin émis par une personne dont l'autonomie de volonté peut être raisonnablement mise en doute (car suspendue par son incapacité d'autolimitation qui est la définition de l'addiction), ainsi que celle de pensée (par absence d'argumentation cohérente et réfléchie) ? C'est pour cela que nous pensons qu'il faut soigneusement analyser le refus de soins comme la contrainte aux soins. Cette évaluation doit passer par celle du trouble addictif en soi, en se penchant en particulier sur l'intensité de la compulsion, sur les fantasmes associés au sevrage ou à la substitution (delirium tremens, hématomèse, etc.), sur les croyances infondées attachées aux traitements (coercition, sevrage, manque...) et sur la connaissance des contraintes internes ou externes (la situation de crise qui amène le patient, en d'autres termes se poser la question : *“pourquoi maintenant ?”*) (1).

Enfin, nous voulons nous attarder sur l'évaluation des troubles cognitifs qui peuvent entraîner des troubles importants de la compréhension de ce qui est en jeu et de grandes difficultés à envisager de suivre le traitement. La connaissance des troubles cognitifs n'est pas faite pour disqualifier la personne dans ses choix, mais permet aux soignants de donner un sens à des comportements et attitudes qui peuvent apparaître comme des refus de soins (erreur dans les rendez-vous, participation dilettante aux groupes, mauvais contrôle de l'impulsivité, transgression des règles). Autant d'attitudes qui sont le témoin d'un syndrome dysexécutif et non d'une opposition à la prise en charge.

Si la réflexion médicale au débat du refus de soins en addictologie doit s'alimenter de l'apport de champs réflexifs issus d'autres disciplines que la médecine, celle-ci ne peut se dérober à l'utilisation des outils issus de son champ de connaissance. Les notions *“fourre-tout”* – telles que *“demande”*, *“motivation”* et *“déni”* – sont des cache-misère de l'ignorance que nous avons du statut cognitif et psychopathologique de nos patients. Documenter ce statut est un préalable à la proposition de soin en addictologie qui ne doit

plus passer par un programme imposé et non discuté de soin, comme ceci est très largement fait aujourd'hui, mais par à une proposition négociée dans le respect de la dignité et des capacités de la personne. ■

T. Danel, O. Cottencin, L. Karila
Refus de soins en addictologie. Choix ou contrainte ?
Alcoologie et Addictologie 2009 ; 31 (1) : 77-80

Références bibliographiques

- 1 - Cottencin O, Doutreligne Y, Goudemand M et al. Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte. *Encéphale* 2008 ; sous presse. DOI : 10.1016/j.encep.2008.06.002
- 2 - Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Sur quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (Suppl. 4) : 15-76S.
- 3 - Locke J. An essay concerning human understanding, 1689 [Essai sur l'entendement humain]. Londres : Penguin Books, 1997.
- 4 - Laplanche J, Pontalis J. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF, 1997.
- 5 - Danel T, Karila L, Mézerette C. Syndrome dysexécutif et addictions. *Alcoologie et Addictologie* 2007 ; 29 (1) : 27-32.
- 6 - Mézerette C, Karila L, Fouilhoux N et al. Phénotype psychocomportemental d'alcoolodépendants exposés à l'alcool in utero. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (3) : 237-242.
- 7 - Godefroy O, Brigitte A, Philippe A et al. Frontal dysexecutive syndromes. *Rev Neurol* 2004 ; 160 (10) : 899-909.
- 8 - Comité Consultatif National d'Éthique. Refus de traitement et autonomie de la personne, 2005.