

Directives anticipées et addictions, de nouvelles perspectives cliniques?

Rita Manghi, Thomas Rathelot, Yasser Khazaal

Division of addictology, Department of mental health and psychiatry, University Hospitals of Geneva, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article were reported.

Summary

Advance directives and addictions, new clinical perspectives?

Mental Health Advance Directives (MHADs) are a legally based right in Switzerland of potential use in psychiatry. This legal right can be integrated into a collaborative process to guide patients in writing their decisions in the matter of care during addiction crises.

People suffering from addictive behaviours must confront loss of control and even loss of discernment concerning their clinical needs. In these periods patients lose track of their existence and of the direction their care is taking. Traumatic experiences resulting from addiction and its treatment may trigger avoidance behaviour and cognitive distortions which could entail poor coping strategies and hence more frequent or more severe relapses.

Introducing the writing of advance directives into the therapeutic relationship will help develop the patient's skills in making decisions suited to his situation when he is faced with an episode involving loss of control or discernment.

On the other hand, the collaborative process of ADs enables caregivers to develop a culture model to combat stress and assign to patients the central role in autonomous management of their care.

Key words: addiction; advance directives; empowerment; ethical cares

Introduction

Les addictions sont des problématiques complexes fréquemment associées à des crises et des périodes de perte de discernement. Le présent article tente d'explorer les ouvertures cliniques potentiellement issues des dispositions législatives genevoises relatives aux directives anticipées.

L'addiction et ses particularités

L'addiction est un comportement dysfonctionnel dont les principales caractéristiques sont la focalisation croissante du sujet sur une consommation (substance et/ou comportement), une perte de contrôle sur le comportement avec une automatisation de certaines conduites de consommation dans une sorte d'ornière [1], ainsi que la poursuite du comportement en dépit des conséquences négatives pour

Correspondence:
Yasser Khazaal, MD
Division of addictology
Department of mental health and psychiatry
University Hospitals of Geneva
Rue verte 2
CH-1205 Geneva
Switzerland
yasser.khazaal[at]hcuge.ch

le sujet et la négligence des comportements alternatifs à l'addiction [2].

L'addiction est une problématique complexe puisqu'elle implique des liens étroits entre la problématique addictive et les comorbidités psychiatriques qui lui sont souvent associées [3–5] et qu'elle conduit fréquemment à des conséquences médicales générales et sociales problématiques.

Une des caractéristiques des addictions est la récurrence des comportements de consommation, notamment au décours de périodes de sevrage. Ces comportements conduisent une partie des patients à l'hôpital psychiatrique de manière itérative.

Des données relevées en 2008 dans l'unité hospitalière d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Genève montrent un taux de réadmission de 17% dans l'année. De plus, 11% des patients ont été admis plus de deux fois dans l'année via les urgences. Sur une année, à Genève, ce phénomène de réhospitalisations dans cette seule unité concerne près de 140 patients.

De manière schématique, ces hospitalisations peuvent s'associer à un vécu subjectif de contrainte. En particulier, cela survient dans deux contextes principaux:

- Des épisodes de mise en danger de soi ou d'autrui associés à une perte de discernement. Il arrive alors que ces personnes soient traitées sous contrainte.
- Des tableaux cliniques sans perte de discernement mais avec une perception de caractère de crise et d'urgence entraînant des hospitalisations à répétition. Ces hospitalisations, même si elles sont faites sur un mode d'admission ordinaire, sont souvent associées pour le patient à un vécu subjectif de subir les soins.

Ces admissions, dans les deux cas de figure, s'inscrivent fréquemment dans un contexte d'acutisation des conduites addictives et/ou de leurs comorbidités psychiatriques.

Traumatismes des traitements sous contrainte

Pour beaucoup d'individus, les épisodes de soins vécus de manière contraignante revêtent un caractère traumatique. En particulier, le vécu traumatique des hospitalisations non volontaires a été bien décrit dans la littérature [6, 7]. Des symptômes d'état de stress posttraumatique (PTSD) ont même été décrits pour près de la moitié des patients admis à l'hôpital suite à un épisode psychotique [6, 8, 9].

Honte, révolte, peur, angoisse, perte de confiance en soi, dans l'entourage et dans les soins peuvent en découler, associés à des conduites d'évitement (évitement cognitif – ne plus y penser – et évitement des soins associés au vécu traumatique) [10]. Ces évitements pourraient contribuer au

risque accru de [11] réhospitalisations ultérieures en mode non volontaire.

Il a également été décrit que pour une partie des patients hospitalisés en mode volontaire, il y a aussi un vécu d'hospitalisation contrainte. La contrainte perçue ne dépend, en effet, pas que du statut légal de l'admission [7] mais aussi de la nécessité perçue des soins ainsi que de l'usage de pressions négatives comme la menace et la force [6].

De la crise addictologique et des impasses de la contrainte

Dans tous les cas, ces hospitalisations en contexte de crise, en volontaire ou non, sont liées à des scénarios et des vécus de crise. La crise, du grec «krinomaï», se rapportait au moment du jugement, des décisions à prendre, d'un croisement qui impose le choix d'un chemin. Elle a été définie «comme une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles» [12].

Tableau 1

Loi sur la santé K 1 03: Loi genevoise sur la santé (LS) (Canton de Genève), du 7 avril 2006.

ART. 47 CHOIX LIBRE ET ÉCLAIRÉ – DIRECTIVES ANTICIPÉES	
Principes	
¹ Toute personne informée, capable de discernement, peut rédiger des directives anticipées sur le type de soins qu'elle désire recevoir ou non dans des situations données où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.	
² De même, toute personne peut par avance désigner un représentant thérapeutique pour prendre en son nom les décisions de soins si elle venait à perdre le discernement. Le représentant thérapeutique choisi doit alors recevoir les informations nécessaires conformément à l'article 45 et pouvoir accéder au dossier du patient aux conditions de l'article 55 de la présente loi.	
³ Les directives anticipées peuvent être modifiées ou annulées à tout moment par leur auteur.	
ART. 48 CHOIX LIBRE ET ÉCLAIRÉ – DIRECTIVES ANTICIPÉES	
Effets	
¹ Le professionnel de la santé doit respecter la volonté que le patient a exprimée dans des directives anticipées, pour autant que ce dernier se trouve dans une situation qu'elles prévoient.	
² Lorsque le professionnel de la santé a des raisons de penser que les directives anticipées ne correspondent plus à la volonté actuelle du patient ou qu'il existe un conflit d'intérêt entre le patient et le représentant qu'il a désigné, il doit saisir l'autorité tutélaire.	
ART. 49 CHOIX LIBRE ET ÉCLAIRÉ – PERSONNE INCAPABLE DE DISCERNEMENT	
¹ Si le patient est incapable de discernement, le professionnel de la santé doit rechercher s'il a rédigé des directives anticipées ou désigné un représentant. A défaut, le professionnel de la santé doit obtenir l'accord du représentant légal après lui avoir fourni les informations nécessaires conformément à l'article 45 et lui avoir permis d'accéder au dossier médical. En l'absence de représentant légal, le professionnel de la santé s'adresse aux proches afin de déterminer la volonté présumée du patient.	
² Lorsque la décision du représentant choisi par le patient ou du représentant légal met en danger la santé du patient, le professionnel de la santé peut saisir l'autorité tutélaire.	
³ A titre exceptionnel, soit en cas d'urgence ou dans l'attente de la désignation d'un représentant légal, le professionnel de la santé doit agir conformément aux intérêts objectifs du patient, en tenant compte de la volonté présumée de celui-ci.	

En addictologie, la crise peut émaner d'«événements dangereux» et s'associer à des processus de consommation ou résulter plus directement d'une activation directe de processus de consommations «autonomes», voire automatisés générant un ou des «événements dangereux» ou augmentant le risque d'apparition de ces événements.

En raison notamment de l'activation automatique de certains scénari et comportements de rechute, il est fréquent d'assister à une répétition des conduites à risques et à une succession d'hospitalisations non volontaires ou des soins en urgence dont le sens est d'autant plus absent pour le patient que les processus en jeu sont partiellement automatisés. Un des risques majeurs lié à ces phénomènes est une perte de confiance en soi, ainsi que dans les proches et les soignants, potentiellement vécus comme impuissants ou injustement contraignants.

La trajectoire médicale et sociale de ces patients en devient «chaotique» puisqu'en dehors de l'intervention en urgence subie ou «apparemment choisie», le plus souvent rien ne se construit dans un projet qui pourrait être le leur.

Il apparaît donc clairement que le sentiment subjectif de contrainte doit être diminué, d'une part en raison du désagrément évident de se sentir contraint et d'autre part car ce sentiment diminue l'adhérence aux soins et conduit à un évitement cognitif en rapport avec les contextes de crise [10]. La personne évite de penser sa «crise» et se fait une idée de ce qui a pu lui arriver sans réellement explorer le détail de la crise.

En raison de la présence de patterns de répétition, d'épisodes de soins contraints ou vécus comme tels et de possibles périodes de perte de discernement, la loi sur les directives anticipées pourrait offrir une réelle opportunité de changement dans le cadre du traitement des addictions.

Les directives anticipées

Les directives anticipées (DA) sont des dispositions inscrites dans la loi. Ces dispositions sont en vigueur dans certains pays comme la Suisse, l'Autriche et les États-Unis. Longtemps associées aux dispositions de fin de vie, le sens des DA s'est progressivement élargi pour atteindre la notion de disposition de soins. La disposition législative genevoise relative aux DA stipule que toute personne capable de discernement peut définir le type de soins qu'elle souhaite recevoir ou non, dans des situations bien précises (tab. 1). Les DA apparaissent clairement dans la loi K1 03: loi sur la santé (LS).

Face à la diversité cantonale par rapport à la question des DA, l'Association Suisse des Sciences Médicales (ASSM) [13] a réuni un comité d'experts qui a rendu un texte de référence en mai 2009 sur cette question. Dans ce document, l'ASSM confirme les directives anticipées comme instrument d'autodétermination des patients et des patientes et met l'accent sur l'importance du processus de collaboration soignant-patient dans la rédaction des DA.

A l'heure actuelle plusieurs organisations proposent des documents facilitant la rédaction des DA. On peut citer la FMH, Pro Mente Sana, Caritas, Pro Senectute entre autres.

L'application des DA dans le domaine des addictions est encore très pauvre et la littérature sur cette question inexis-

tante. Les addictions ont la particularité de se caractériser par des pertes de contrôle plus que par des pertes de discernement. Nous nous sommes intéressés dans cette réflexion, à transposer l'expérience des directives anticipées vers une approche clinique impliquant un travail collaboratif du patient et du soignant. Cette guidance vers un travail d'exposition sur l'expérience des soins vécus de façon traumatique lors des périodes de pertes de contrôle, voire à l'extrême, de perte de discernement, permet au patient de décrire les situations de pré-crise, de crise et parfois, de perte de discernement, et d'indiquer à chaque étape de ce processus, les soins qui lui conviennent le mieux.

En raison du caractère répétitif de la crise dans une problématique qui est chronique, sans qu'il y ait obligatoirement perte de la capacité de discernement, il nous semble pertinent de développer auprès des soignants et des patients une culture de la «disposition de crise avec ou sans DA».

Cette démarche est en accord avec les directives médico-éthiques de L'ASSM (Association Suisse des Sciences Médicales) [13].

La notion de discernement est particulièrement importante puisqu'elle constitue la base légale relative aux directives anticipées.

L'article 16 du code civil suisse définit la capacité de discernement par la négative, à savoir:

Art. 16 CCS

d. Discernement

Toute personne qui n'est pas dépourvue de la faculté d'agir raisonnablement à cause de son jeune âge, ou qui n'en est pas privée par suite de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'ivresse ou d'autres causes semblables, est capable de discernement dans le sens de la présente loi.

Toujours dans le Code civil, la capacité de discernement est définie comme la condition fondamentale de l'exercice des droits civils. Il en résulte que le comportement d'une personne ne doit avoir des conséquences juridiques que si cette personne «sait et veut» ce qu'elle fait.

Le discernement se définit comme étant présent ou absent par rapport à une situation précise «in concreto». Cette capacité à agir raisonnablement comporte deux dimensions:

L'une est cognitive et relative à l'appréciation de la situation. C'est la faculté d'une personne à apprécier le sens, l'opportunité et les conséquences d'une décision. (Explorable par des questions telle que: Que pensez-vous de cette situation? Que pensez-vous de votre traitement? Quelles alternatives proposez-vous? Pouvez-vous expliquer comment vous êtes arrivé à cette conclusion? [6].)

L'autre est volitive et en rapport avec la capacité à agir en fonction de l'appréciation cognitive. La capacité de résister à des avis tiers qui tenteraient d'influencer le comportement de la volonté de la personne est également importante. La dimension volitive est mieux évaluée par l'observation du comportement en lien avec la problématique explorée.

Directives anticipées et soins psychiatriques

Les dispositions législatives relatives aux DA s'appliquent dans le cadre de «situations» que les personnes «prévoient». Cette spécificité en fait une piste particulièrement intéres-

sante dans les domaines de la psychiatrie et de l'addictologie, puisqu'une partie de personnes (celles pour qui ces dispositions seront particulièrement utiles) vont vivre de manière répétée certaines situations qu'elles pourront donc «prévoir».

Malgré cette réelle opportunité, en particulier pour des personnes amenées à subir des traitements sous contrainte et/ou à perdre leur discernement, les DA sont peu utilisées par les patients avec des troubles psychiatriques et/ou addictologiques [14, 15]. Ceci pourrait notamment être favorisé par des craintes chez les soignants [16] (une méfiance vis-à-vis de la disposition que les patients vont prévoir) et, paradoxalement un intérêt limité, auprès d'une partie des patients [17], possiblement lié à une méfiance vis-à-vis des systèmes juridiques, sociaux et de soins.

Plusieurs études ont cependant montré l'intérêt des patients (53–75%) avec des troubles psychiatriques à faire des DA, en particulier si on leur montre comment faire [17, 18]. Les case managers ont montré un intérêt pour les DA, car il y a une association entre la rédaction de DA et l'absence d'ENV sur les deux années qui suivent cette démarche [17]. Ces observations soulignent l'importance d'une participation active des soignants dans ce processus, en particulier auprès des patients les plus récemment «contraints», moins disposés à rédiger des directives anticipées possiblement en raison d'une perte de confiance dans les soins et le système social ou en raison d'évitements en rapport avec les traumatismes liés aux soins et/ou à la crise [10]. A titre d'exemple, dans une étude, 36% des patients avec une schizophrénie ont considéré la peur de traitements contraints comme un obstacle à une demande de soins ambulatoire [19].

Une des premières études ayant comparé l'ajout de DA aux soins usuels n'avait pas retrouvé de différences à une année entre les deux groupes en termes de réadmissions non volontaires ni en termes de nombres de jours d'hospitalisation [20]. Ce résultat s'explique probablement par le fait que l'intervention autour des DA consistait simplement en la remise d'une brochure explicative. Cette manière de procéder semble donc ne pas être suffisante. C'est ce qu'indique une étude ultérieure ayant randomisé 469 patients avec des troubles psychiatriques sévères pour une intervention de «facilitation des DA» (une séance) versus le traitement usuel avec une brochure d'information sur les DA. Cette étude a montré, à un mois, que cette intervention spécifique a fortement augmenté la rédaction des DA par les patients 61% de DA rédigés contre 3% dans le groupe contrôle [14].

D'autres études contrôlées ont montré l'intérêt d'interventions autour de la rédaction de plans de crise ou de DA au sens plus strict, notamment sur une réduction des mesures d'hospitalisations non volontaires ultérieures, auprès de patients avec des troubles psychiatriques, essentiellement des troubles psychotiques et bipolaires [21, 22]. Les conclusions de ces études [21, 22] restent limitées par un taux important de refus de participation aux études [21], taux particulièrement élevé parmi les personnes contraintes dans l'année précédente [22].

Afin de faciliter l'engagement des patients et en particulier, des plus réfractaires au modèle médical, des approches plus intensives (souvent plusieurs rencontres jusqu'à

8 heures d'entrevue) des directives anticipées [10] ont été adaptées des modèles motivationnels [23] et du modèle de «concordance therapy» [24]. Ce dernier part du constat du caractère inacceptable du modèle médical pour une partie des patients et vise à identifier les représentations propres de la personne de manière à redéfinir les manières d'y faire face et les traitements acceptables. Cet abord collaboratif et plus intensif (plus qu'une séance ou une brochure) permet une exploration plus approfondie des représentations qu'a le patient de «ce qui lui est arrivé» et des manières d'y faire face. Ces approches utilisent l'opportunité d'autodétermination offerte au patient par les dispositions législatives relatives aux directives anticipées pour l'aider, par un questionnement socratique, à préciser son vécu de la crise, très souvent évité, afin de mieux définir comment et avec qui et à quel moment, il voudrait y faire face. Cette attitude est susceptible d'augmenter l'adhésion des patients, à travers le soutien perçu pour leur autonomie [25]. Il s'inscrit dans un processus d'appropriation ou «empowerment» [26–28], par la capacité générée d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie et sur ses soins.

Ces approches ont notamment été illustrées par des articles en français [29, 30].

Ces approches semblent le plus facile à initier dans un moment parfois appelé le «cool moment», juste au décours de la crise, une fois que le discernement est revenu, que les symptômes se sont au moins partiellement amendés et que les processus d'évitement n'effacent pas encore «active-ment» le vécu de la crise et de ses traitements parfois traumatiques. Ce moment (par exemple en fin d'hospitalisation) permet notamment au patient de confronter son vécu avec des soignants ayant parfois été acteurs ou décideurs de mesures de contrainte.

Une étude [31] a indiqué l'intérêt potentiel de cette manière de faire dans un groupe de personnes avec un trouble bipolaire, récemment contraints dans les soins et présentant une non-adhérence aux traitements. Il est apparu qu'à deux ans, on observait des diminutions importantes et significatives des réhospitalisations sous contrainte, des réhospitalisations en général et du nombre de jours d'hospitalisation.

Malgré leur intérêt potentiel, en dehors d'une réflexion éthique sur le sujet [32], il n'existe, à notre connaissance, pas ou très peu de littérature sur les directives anticipées dans le domaine des addictions.

Directives anticipées et addictions, une perspective majeure

Les patients souffrant d'addiction présentent des crises d'aspect répétitif dues soit aux rechutes des conduites de consommation, soit à l'expression aiguë des comorbidités psychiatriques associées. La pratique clinique met en évidence l'intérêt des patients à se voir considérer comme partenaires des objectifs de soins et des moyens d'y parvenir. C'est probablement pour cette raison que les thérapies actuelles des addictions mettent en avant la responsabilité du client dans son cheminement et s'écartent de plus en plus des approches basées sur la contrainte. L'approche motivationnelle de Miller & Rollnick [23, 33] se distingue par son esprit, qui part

du principe que le patient a une sagesse et sait ce qui lui convient pour peu que l'on prenne la peine d'explorer ses représentations et ses ressources. Cet intérêt qui ressort du travail clinique rencontre également l'évolution des dispositions législatives comme on peut le voir dans les lois cantonales sur la santé publique qui mettent en avant la responsabilité du patient dans les décisions qui le concernent sur le plan des soins.

Au vu de la fréquence des épisodes de crise vécus avec un sentiment d'échec ou de contrainte et la fréquence des conduites cognitives et comportementales d'évitement relatives à ces crises, la démarche amenée par la rédaction des DA semble particulièrement opportune pour les personnes avec une addiction. Cette démarche ne pouvant se restreindre aux périodes d'absence de discernement, mais devant s'étendre plus largement aux crises addictologiques, il nous semble pertinent de développer auprès des soignants et des patients une culture de la «*disposition de crise avec ou sans directive anticipée*».

Plus que des DA au sens de la loi sur la santé, il nous importe de développer chez les soignants et les patients une culture qui mette en avant le choix du patient, ses compétences, sa capacité à reprendre dans ses mains une part de responsabilité dans sa trajectoire de soins. Ceci demande de laisser une large part à l'évaluation de la problématique addictive, des conditions émotionnelles et cognitives dans lesquelles elle se développe et des stratégies et dispositions que le patient peut prendre pour avoir des soins qui lui conviennent, en particulier lorsqu'il se retrouve confronté à un pattern de crise.

Ce souci de développer cette culture chez les soignants va de pair avec l'instauration de plages de supervision dans la mesure où le soignant va devoir accepter de lâcher prise sur son idée du besoin du patient. Les DA, de part leur inscription nette dans un processus d'appropriation du patient peuvent parfois aller à l'encontre de ce qui pourrait résulter d'une négociation visant à un contrat de soins. Cette distinction est essentielle. Elle implique de la part des soignants un changement de position dans l'accompagnement de ces processus.

Pratique des directives anticipées au sein d'un service d'addictologie

La pratique des DA tend à se développer dans le service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Cette pratique, encore en développement, est favorisée par une familiarisation des soignants avec les concepts présentés dans cet article, et un contexte d'offre de soins offrant différentes possibilités d'intégration et de traitements des crises (ambulatoire, hôpital de jour, équipe mobile, unité hospitalière).

A titre d'exemple, un des parcours possibles dans la rédaction des DA est le suivant: le patient arrive en entrée non volontaire à l'hôpital ou a présenté au moins deux admissions depuis les urgences. Il est alors invité à participer à une information en groupe sur les directives anticipées. Cette information est également proposée en individuel. Les patients qui sont intéressés à construire leurs DA sont alors

vus en individuel par les référents (hospitaliers et ambulatoires). Le renforcement de la capacité des patients à écrire leurs DA est atteint par une exploration socratique des événements qui précèdent la perte de contrôle puis éventuellement, la perte de discernement. Cette exploration permet au patient d'améliorer sa connaissance de son trouble et les manières de s'y adapter et/ou de le contrôler ou de s'en protéger. C'est le patient qui définira, rédigera (ou dictera) et signera ensuite, au terme de cette exploration, ses DA ou ses dispositions de crise avec ou sans DA.

Nous faisons l'hypothèse que cette approche peut favoriser une démarche personnalisée et active de la personne, renforcer son sentiment d'autonomie et de responsabilité et ainsi améliorer son appréciation de ce que peut lui offrir le dispositif de soins, l'environnement et le dispositif légal, aux différentes étapes de «ses patterns de crise».

En outre, les DA permettent aux patients de faire leurs choix de traitements de manière personnalisée, précise et adaptée à des contextes de crises spécifiquement définis. Ils peuvent alors décider et ne plus les subir.

Il est important de ne pas sous-estimer la résurgence d'un vécu traumatique lors de l'exploration socratique de la crise et de ses traitements passés. Les accompagner dans l'exploration de la cascade des événements précédant le vécu de contrainte à la recherche de nouvelles alternatives réactive ces vécus douloureux. C'est l'une des raisons qui fait que ce travail collaboratif prend du temps.

Tableau 2

Extrait d'un exemple de DA.

Les signes annonciateurs de la rechute
«L'envie de consommer est souvent présente chez moi. Celle-ci est accentuée lorsque je me sens angoissée, frustrée, agitée. Dans ces moments je ne me rends plus à mes rendez-vous ... Je suis consciente qu'il suffit que je boive une bière pour me mettre en danger; ... J'ai conscience que la consommation contrôlée ne me convient pas ... »
Dispositions de crise
Dans ces différentes situations, je préfère ne pas demander de l'aide à mon mari qui est épuisé par ses problèmes de santé. Je vais appeler mon fils aîné au n° 022 ... afin de discuter avec lui pour qu'il me rappelle tous les avantages qu'il y a à ne pas boire de l'alcool. Je peux également appeler mon amie (tél. ...) pour discuter avec elle afin d'être aussi consolée et calmée. Nous pouvons soit parler par téléphone soit se voir.
Si aucune de ces personnes n'est joignable, et que mon envie de consommer se fait pressante, je peux également appeler mes soignants au n° 022 ..., ou les unités hospitalières au n° ... si les consultations sont fermées.
<u>Si mon mari est inquiet de mon état et que je ne veux pas l'écouter, je l'autorise à appeler Mme L., thérapeute de l'Equipe Mobile en Addictions au tél. ... Celle-ci reprendra un rendez-vous pour moi à ma consultation et m'y accompagnera.</u> <u>Si celle-ci a de la difficulté à me joindre, j'autorise mon mari à l'aider à entrer en contact avec moi (p. ex. en ouvrant la porte).</u>
Impact de l'attitude du soignant
«Être moralisateur ou utiliser un ton dur ne fonctionne pas avec moi. Au contraire cela a pour effet inverse de me motiver à vouloir aller consommer. Je préfère que l'on me console et me soutienne lorsque je recherche de l'aide.»
Début de la perte de contrôle
Je vais appeler mon frère au tél. ... ou mon amie afin qu'ils viennent me chercher pour me ramener chez moi ou selon la gravité de la situation à l'hôpital. <u>Si je devais être hospitalisée je souhaite mettre en place les mesures suivantes: Je souhaite me charger personnellement d'avertir mes proches de mon hospitalisation.</u> <u>Si j'ai perdu mon discernement toute personne peut informer mes enfants, mon amie, mon frère, mon médecin ainsi que mon psychologue de la situation ...</u>

Illustration clinique

N.B. il s'agit d'une vignette clinique fictive, composée à partir de plusieurs exemples cliniques et de plusieurs exemplaires de DA.

Mme A, patiente de 44 ans, a trois enfants adultes d'un premier mariage et une fille de 14 ans née de son second mariage. Cette dernière est placée en foyer en raison de la problématique de consommation compulsive et répétée d'alcool de Mme A depuis presque deux ans.

Le mari de Mme A et la patiente se sont rencontrés il y a 16 ans lors d'une hospitalisation pour un sevrage car les deux souffrent d'une dépendance à l'alcool. Mr A consommait également de façon irrégulière de la cocaïne en sniff. Ils sont suivis tous les deux dans des consultations différentes.

Après une période d'abstinence de plusieurs années, Mme A à été hospitalisée 10 fois dans les 18 derniers mois, dont plusieurs fois en mode non volontaire.

Un des facteurs de crise semble être une atteinte à la santé du mari, le rendant moins disponible. Mr A a un diabète et une cirrhose des suites cumulées de son ancienne dépendance à l'alcool et d'une hépatite C. Angoissé des conséquences de son problème de santé, Mr A boit de plus en plus. Mme A se sent abandonnée. Ses conduites de consommation pèjorent à leur tour l'équilibre familial et compliquent l'accès à sa fille de 14 ans.

Les hospitalisations se soldent par des sorties prématurées de Mme A et les entretiens de couple ne peuvent que mettre en évidence le conflit majeur où chacun jette la responsabilité sur l'autre.

Au décours de la dernière hospitalisation, il est décidé de ne plus faire d'entretiens de couple et de cibler les interventions sur Madame et son projet de vie. 48 heures après son admission, lors d'un entretien de crise orienté sur la discordance entre ses projets de vie et son comportement suicidaire, Mme A exprime une souffrance liée aux conséquences familiales de ses consommations. Cela la renvoie à sa propre expérience avec ses parents: elle est consciente des troubles que cette situation peut occasionner à sa fille. Elle souhaite se reprendre en main. Son objectif est son désir de retrouver une vie de couple et de famille sereine ce qui correspond à ses valeurs.

Elle reçoit une information de groupe sur les DA et exprime son souhait d'en rédiger. Les DA seront faites avec le thérapeute de son choix, à savoir la psychologue de l'équipe mobile qui l'a suivie dans le cadre des visites à domicile de sa fille. La rédaction de ces DA prendra six heures réparties sur cinq séances pour le 1^{er} exemplaire (tab. 2, extraits).

La vignette et l'extrait présenté (tab. 2) peuvent par certains aspects évoquer un travail classique d'anticipation de la crise. La ressemblance vient notamment d'un focus similaire, celui de la crise. Celle-ci est abordée depuis ses premiers signes jusqu'aux traitements et attitudes à avoir dans les phases de perte de discernement. Ce processus va cependant en différer à plusieurs niveaux sensibles:

1. Les DA sont l'expression de la volonté de la personne.
2. Les DA incluent des dispositions spécifiques de ce qui devrait ou pas être fait lors de périodes de perte de discernement (passages surlignés dans l'extrait).

3. La personne sait que, selon la disposition législative genevoise, «le professionnel de la santé doit respecter la volonté que le patient a exprimée». Pour les personnes, avec un fort vécu de contrainte, cela change considérablement le rapport à un soin éventuel, qui devient auto-déterminé.

Mme A donnera ses DA à la protection des mineurs et à ses soignants de l'ambulatoire et de l'hospitalier. Elles seront affinées à deux reprises pour mieux répondre à ses besoins. Elle n'a plus jamais été hospitalisée depuis le début de ce processus. Elle a souhaité mettre fin à son suivi 18 mois plus tard. Elle était abstinent, le couple avait retrouvé une relation soutenant et sa fille, qui se disait très fière de sa mère, venait de plus en plus régulièrement à domicile. Mme A mettait en avant l'amélioration de l'estime d'elle-même depuis qu'elle se sent pilote de sa trajectoire de soins et de sa vie.

Conclusion

La rédaction des directives anticipées en addictologie offre une piste stimulante et créative. Avant tout sur le plan éthique car elle est une approche respectueuse de l'autonomie et des compétences du patient. Ce processus permet probablement d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité du patient dans la conduite de ses soins à travers une évaluation précise des situations problématiques et du dispositif d'aide et de soins qu'il souhaite à chaque étape de ses difficultés. Les processus d'appropriation, d'auto-efficacité et d'autonomie se développent en partie à partir du postulat initial que le patient a sa vision de sa problématique et qu'il existe un dispositif légal sur lequel il peut s'appuyer, mais également à travers les expériences à partir desquelles il va revisiter et affiner ses stratégies pour être au plus près de ses propres besoins.

L'instauration d'une «culture» de ce type dans un service d'addictologie est un défi car elle modifie la vision que le soignant se fait des soins et les représentations qu'il a de sa patientèle. De part ses caractéristiques, la DA est l'expression des choix de la personne. Elle pourrait donc être en contradiction avec le contenu d'un contrat de soins, plus proche des besoins et des ressources du soignant, inscrit dans un processus de négociation plutôt que dans le processus d'autodétermination amené par la DA. Ce changement de regard doit être accompagné sur le plan clinique à travers des supervisions et un encadrement des soignants de manière à faciliter le travail avec ce changement de paradigme.

Le processus collaboratif autour des DA permet au soignant de modifier ses représentations du soin de l'addiction pour l'orienter définitivement vers des modèles qui s'éloignent de la contrainte et qui permettent de mettre le patient au centre d'une gestion autonome de ses soins.

Références

1. Zullino DF, Khazaal Y. The "rut metaphor": a conceptualization of attractor-shaping properties of addictive drugs. *Substance use & misuse* 2008;43(3-4):469-79.
2. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict*. 1990;85(11):1403-8.
3. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264(19):2511-8.
4. Strakowski SM, DelBello MP. The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(2):191-206.
5. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):566-76.
6. Khazaal Y, Bonsack C, Borgeat F. Coercion in psychiatry: current knowledge and perspectives. *Rev Med Suisse*. 2005;1(7):515-8.
7. Bonsack C, Borgeat F. Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. *Int J Law Psychiatry*. 2005;28(4):342-7.
8. Priebe S, Broker M, Gunkel S. Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Compr Psychiatry*. 1998;39(4):220-4.
9. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijala A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187(6):343-52.
10. Khazaal Y, Richard C, Matthieu-Darekar S, Quement B, Kramer U, Preisig M. Advance directives in bipolar disorder, a cognitive behavioural conceptualization. *Int J Law Psychiatry*. 2008;31(1):1-8.
11. Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 1999, 50(8):1049-52.
12. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books; 1964.
13. (ASSM) ASdSM: Directives et recommandations médico-éthiques, directives anticipées. 2009.
14. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, et al. Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2006;63(11):1943-51.
15. Backlar P, McFarland BH. A survey on use of advance directives for mental health treatment in Oregon. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 1996;47(12):1387-9.
16. Atkinson JM, Garner HC, Gilmour WH. Models of advance directives in mental health care: stakeholder views. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(8):673-80.
17. Srebnik DS, Russo J, Sage J, Peto T, Zick E. Interest in psychiatric advance directives among high users of crisis services and hospitalization. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2003;54(7):981-6.
18. Backlar P. A choice of one's own research advance directives: anticipatory planning for research subjects with fluctuating or prospective decision-making impairments. *Account Res*. 1999;7(2-4):117-28.
19. Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behav Sci Law*. 2003;21(4):459-72.
20. Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J. Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2002;181:513-9.
21. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ. Clinical research ed* 2004;329(7458):136.
22. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dom RA, Wagner HR, Moser LA, et al. Psychiatric advance directives and reduction of coercion crisis interventions. *J Ment Health*. 2008;17(3):255-67.
23. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav*. 1996;21(6):835-42.
24. Scott J, Tacchi MJ. A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non-adherent with lithium prophylaxis. *Bipolar Disord*. 2002;4(6):386-92.
25. Williams GC, Rodin GC, Ryan RM, Grolnick WS, Deci EL. Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychol*. 1998;17(3):269-76.
26. Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatr Q*. 2002;73(3):217-28.
27. Salzer MS. Consumer empowerment in mental health organizations: concept, benefits, and impediments. *Admin Policy Ment Health*. 1997;24(5):425-34.
28. Rappaport J. Empowerment meets narrative: listening to stories and creating settings. *Am J Community Psychol*. 1995;23(5):795-807.
29. Quement B. L'expression de la volonté du patient. *Santé Mentale*. 2008;133:20-3.
30. Grand E. Enfin me faire entendre. *Santé Mentale*. 2008;133:24-6.
31. Khazaal Y, Chatton A, Pasandin N, Zullino D, Preisig M. Advance directives based on cognitive therapy: a way to overcome coercion related problems. *Patient Educ Couns*. 2009;74(1):35-8.
32. Andreou C. Making a clean break: addiction and Ulysses contracts. *Bioethics*. 2008;22(1):25-31.
33. Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(4):754-63.
34. Quement B. L'expression de la volonté du patient. *Santé Mentale*. 2008;133.