

# Perspectives philosophiques pour la compréhension de l'inobservance thérapeutique

**Marie-Céline Chades-Esnault**  
Médecin généraliste, doctorante  
contractuelle en philosophie à l'université  
de Nantes

Imaginez que vous êtes malade, que votre objectif est de guérir ou du moins de stabiliser la maladie dont vous souffrez et que vous avez toute confiance en votre médecin. Ce dernier comprend bien votre objectif et vous prescrit un traitement en accord avec celui-ci. Ce traitement ne vous paraît pas contraignant, n'entraîne pas chez vous d'effet secondaire qui pourrait vous y faire renoncer. Bref, vous désirez le suivre, vous vous en sentez libre et vous n'avez pas de bonne raison de ne pas le faire.

Pourtant, une fois rentré chez vous et pendant les semaines à venir, vous ne prenez pas (ou pas correctement) votre traitement. Que s'est-il alors passé ? Avez-vous changé d'avis ? Avez-vous présenté ce que l'on appelle une « faiblesse de la volonté » ? Avez-vous seulement identifié correctement ce vers quoi tendait votre volonté ? Êtes-vous finalement réellement libre de prendre votre traitement ?

Lorsque nous agissons ainsi, à l'encontre de notre « meilleur jugement » alors même que nous avons l'impression d'être libres d'agir, nous faisons montre de ce que les philosophes grecs (Aristote en tête<sup>1</sup>) appellent « l'acrasie ».

L'acrasie est souvent définie comme une action « libre et intentionnelle allant à l'encontre du meilleur jugement de l'agent<sup>2</sup> ». Chacun de ces termes peut être discuté, et l'a souvent été dans l'histoire de la philosophie : agir de la sorte, à savoir aller à l'encontre de son « meilleur jugement », ne pas se conformer à sa raison pure, est-ce vraiment être libre ? Si oui peut-on considérer

différents degrés de liberté, et l'acrasie relève-t-elle d'un degré élevé ou d'un faible degré de liberté ? et comment définir le « meilleur jugement » d'un agent ? Est-ce simplement la voie que nous indique notre raison pure ou bien peut-on inclure des paramètres du monde sensible dans la définition de notre « meilleur jugement » ?

L'inobservance thérapeutique est définie par le fait de ne pas suivre l'ordonnance ou les recommandations du médecin, que ce soit en termes de durée de traitement, de posologie, d'heures de prises ou tout simplement de suivi des conseils hygiéno-diététiques donnés. On estime que 40 à 60 %<sup>3</sup> (selon les séries et les pathologies) des patients porteurs de maladies chroniques sont inobservants, et que seuls 7 % des patients respectent scrupuleusement toutes les recommandations de l'ordonnance. C'est dire l'ampleur de l'enjeu de santé publique que représente le problème de l'inobservance thérapeutique.

## L'inobservance thérapeutique : une acrasie ?

Mais toutes les situations d'inobservance thérapeutique ne peuvent pas être réduites à un problème d'acrasie. Comme nous l'avons vu, pour qu'une action soit qualifiée d'acratique, cela nécessite certains critères, il faut que l'action puisse être considérée comme libre, intentionnelle et allant à l'encontre du meilleur jugement de l'agent. Étudions chacun de ces critères dans le contexte de la pratique clinique afin de démontrer en quoi certaines des situations d'inobservance thérapeutique relèvent de l'acrasie et en quoi d'autres n'en relèvent pas, afin de chercher à discerner les spécificités de l'inobservance que l'on pourra qualifier d'acratique.

Chercher à tout prix à faire la distinction entre « actions acratiques » et « actions non

acratiques » peut paraître artificiel, toutes les catégorisations de ce type renferment une part de factice, donc de faux ; il semble néanmoins ici important de la faire afin de spécifier le champ d'étude.

1. Tout d'abord, posons que l'action acratique est une action intentionnelle ; les nombreux cas de patients inobservants par « oubli » ne peuvent pas être considérés comme acratiques, puisque l'oubli est par définition non intentionnel<sup>4</sup>.

2. Ensuite, le patient faisant montre d'acrasie agit par définition à l'encontre de son meilleur jugement, c'est-à-dire de son jugement propre et non pas du « meilleur jugement » selon le sens que le monde médical peut avoir tendance à lui donner : à savoir le meilleur jugement selon les critères de la science ou de la rationalité du médecin. Le « meilleur jugement » du patient peut donc être contraire au « meilleur jugement » du médecin, car il implique des préférences ou des objectifs qui sont propres au patient et qui, bien souvent, échappent au médecin.

Certains patients peuvent donc être inobservants mais de manière conforme à leur meilleur jugement, par exemple si l'objectif visé par le traitement n'est pas celui du patient, si certains effets secondaires rendent le traitement trop contraignant ou si le patient n'a pas confiance en son médecin ou dans le traitement proposé. Ici, il est évident que le patient a de bonnes raisons de ne pas prendre son traitement, il agit donc dans le sens de ses objectifs propres. Dans ce cas, il paraît évident que la prise en charge proposée par le médecin est inadaptée car en inadéquation avec l'objectif du patient. Dans

4. Nous n'étudierons pas ici les théories psychanalytiques de l'oubli qui peut être qualifié d'intentionnel, ou du moins de partiellement intentionnel, caractérisant « l'acte manqué ».

5. La personne qui agit de manière acratique peut être appelée « acratés ».

1. Aristote. *Éthique à Nicomaque. Livre VII*. Éditions Vrin, 2017.  
2. En philosophie de l'action, on appelle « agent » l'individu en train d'effectuer une action.

3. OMS. *Adherence for Long Term Therapies. Evidence for Action*. 2003.

Rubrique réalisée et coordonnée  
par le Département d'éthique et sciences  
humaines de la Faculté de médecine de Nice



#### Comité de lecture de cette rubrique

Anne Paule Duarte  
Pascale Gayraud  
Isabelle Grémy  
Dominique Grimaud  
Laetitia Marcucci  
Isabelle Millot  
Olivier Rabary

ces situations, l'inobservance n'est donc pas acratique mais elle découle d'un hiatus entre la proposition thérapeutique et le « meilleur jugement » du patient, en d'autres termes, c'est ici l'inobservance qui est conforme au meilleur jugement du patient.

Ces situations naissent donc d'une défaillance dans la relation de soin car, que cela soit le fait du médecin, qui n'a pas suffisamment cherché à comprendre l'objectif du patient, ou que cela soit le fait du patient, qui n'a pas su ou pu expliquer clairement au médecin quel était son objectif, l'un et l'autre ne sont pas accordés quant à l'objectif à poursuivre.

**3.** L'exemple des addictions est souvent pris pour illustrer la question de l'acrasie : le fumeur sait qu'il ne devrait pas fumer et son meilleur jugement lui dicte de ne pas le faire, et pourtant il fume et ne parvient pas à ne pas le faire. Il agit donc à l'encontre de son meilleur jugement. Peut-on pour autant qualifier son action d'acratique ? Cela semble douteux suivant l'examen du principe de liberté : en effet, un individu soumis à une addiction est de principe privé de sa liberté ou du moins pourvu d'une liberté défaillante à l'égard de l'action concernée par l'addiction (ici, l'action de fumer). La question de la liberté est « parasitée » par une problématique physique, neurologique, chimique, bien connue et étudiée par le champ des neurosciences. La définition même de l'addiction est une perte de liberté par rapport à la possibilité de renoncer à la conduite addictive.

Nous proposons donc de ne pas considérer comme acratique les situations de patients soumis à des addictions évidentes. Même si probablement, comme dans toute situation médicale, il existe un *continuum* entre ce qui relève du « normal » et ce qui relève du « pathologique »<sup>6</sup>, à savoir ici un *continuum*

entre la faiblesse de la volonté « pathologique », qui fait suite à une maladie cérébrale (l'addiction comme pathologie par exemple), et la faiblesse de la volonté « normale », c'est-à-dire sans pathologie neurologique évidente associée, jusqu'à preuve du contraire.

Cette difficulté de catégorisation émerge du fait que la notion de liberté d'action en ce qui concerne les décisions médicales est soumise à des questions neurobiologiques : où commence l'addiction ? quand peut-on considérer que le patient agit sous contrainte interne neurologique, ne peut donc pas exercer pleinement sa liberté et ne peut pas être considéré comme pleinement autonome (c'est-à-dire capable d'autodétermination) ?

Nous avons donc tenté d'établir une liste de ce qui ne constitue pas une attitude acratique en médecine, en la soumettant à un examen au travers des principes d'intentionnalité, de liberté et d'action contraire au meilleur jugement de la personne. Restent donc les situations qui satisfont ces trois critères, dans lesquelles se trouvent les patients qui ne prennent pas leur traitement tout en étant libre de le prendre (non soumis à une altération des capacités de décision et dont l'action n'est pas entravée), qui agissent de manière intentionnelle (qui n'ont pas simplement oublié leur traitement) et pour qui, pourtant, la prise de traitement constitue le moyen de parvenir aux objectifs qu'ils s'étaient fixés. Ce sont à ces situations précises, que nous qualifierons donc « d'inobservance acratique », que nous nous intéressons.

#### En pratique, que peut-on tirer de ces considérations ?

Nous pouvons nous interroger sur les applications concrètes, face au patient, de telles considérations. La question du degré de liberté réellement associé aux actions d'inobservance acratique est la question centrale :

si l'on postule que « l'acratès » pose une action pourvue d'un degré de liberté faible, le médecin peut en théorie, par des actions d'éducation, d'information, d'aide à l'élaboration des objectifs du patient, participer au renforcement de la liberté. La compréhension approfondie de telles actions permet donc au praticien d'adapter sa démarche de soin, et d'aider le patient à vaincre la faiblesse de sa propre volonté.

Le médecin ne doit pas seulement respecter l'autonomie du patient mais il doit la promouvoir. C'est-à-dire que l'information, l'éducation, l'élaboration d'objectifs communs entre le médecin et le patient permettent de renforcer l'autonomie de ce dernier. Ce devoir d'information et d'éducation constitue un élément fondateur de la relation de soin, et est inscrit dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. L. 1111-2) : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. »

En conclusion, les recherches sur ce sujet devront prendre en considération différents degrés de liberté, concevoir la liberté comme une notion quantitativement variable et tenter de définir quel est le degré de liberté associé aux actions qui relèvent de l'acrasie. Cette précision du sujet pourra donc permettre d'identifier des leviers d'action possibles de la part du médecin dans le but de renforcer la liberté des patients dans les démarches de soin. ■

6. Voir à ce sujet : Canguilhem G. *Le Normal et le Pathologique*. Paris, PUF, 2015, 12<sup>e</sup> édition.