

Addictologie et Approche centrée sur la personne: le point de vue d'un médecin de rue

Martine Monnat Diserens

Médecin généraliste de formation, médecin spécialiste en médecine interne, Martine Monnat travaille depuis plus de 20 ans auprès des populations précarisées et stigmatisées. Médecin à la consultation VIH du *Centre Hospitalier Universitaire Vaudois* (1991-1995), puis médecin de rue à Lausanne (1995-1998), elle a travaillé de 1996 à décembre 2013 au *Centre Saint-Martin*, centre ambulatoire de traitement pour personnes toxicodépendantes du *Département de psychiatrie* du CHUV, d'abord comme médecin délégué par la *Policlinique médicale universitaire* de Lausanne, puis, dès 2008, comme médecin responsable. Elle est maintenant médecin cantonal adjoint pour les populations vulnérables au *Service de la santé publique* vaudoise. Elle a reçu, en 2000, le Prix Samuel Cruchaud de l'université de Lausanne pour son activité de médecin de rue.

Résumé

Pratiquer la médecine de rue conduit à être en contact avec les personnes en marge de la société, dont bon nombre de consommateurs de drogues. Pour les soignants, établir une relation de confiance avec ces personnes aux modes relationnels perturbés n'a rien d'une évidence. En plus des compétences médicales, cela

demande des aptitudes personnelles qui se révèlent similaires à celles présentées par Carl Rogers dans ses descriptions de la relation d'aide.

Mots-clés: addiction, alcoolisme, toxicomanie, VIH, bas seuil, accès aux soins, vignette clinique, image de soi, cadre thérapeutique.

Préambule

Cet article est tiré d'un travail de premier cycle de formation à la relation d'aide centrée sur la personne. Il parle d'un groupe particulier de personnes présentant une addiction aux produits psychotropes, celles fortement désinsérées que j'ai d'abord connues dans la rue.

Médecin de rue

Tout a commencé, en 1995, par une activité de médecin de rue financée par l'*Office fédéral de la santé publique* suisse. Les objectifs étaient d'entrer en contact avec les personnes qui venaient se ravitailler à la Soupe populaire, d'évaluer leur situation sanitaire, leurs besoins et, si nécessaire, de prodiguer des soins de premiers secours. J'avais aussi imposé la remise de matériel d'injection stérile puisque cela n'existait pas encore à Lausanne. À l'époque, la Soupe populaire était fréquentée principalement par des consommateurs de drogues. Leurs attitudes et leurs regards me racontaient qu'ils avaient connu des mondes pas ordinaires et qu'ils vivaient des galères tout aussi singulières. Malmenés depuis longtemps, ils étaient particulièrement résistants et sensitifs. Ils avaient en commun la jeunesse et une distance teintée de méfiance face aux délégués de la société dont je faisais partie. Il faut dire qu'ils n'ont pas toujours été bien reçus par cette société qu'ils avaient l'art d'interpeller au mauvais moment ou de façon intempestive.

En tant que soignante, je pensais qu'en allant sur leur terrain, en respectant leurs choix de vie, je pourrais établir des liens et les aider à accéder aux soins, ne serait-ce que somatiques, dont ils avaient manifestement besoin mais auxquels ils renonçaient faute d'accès facilité. En tant que médecin, j'avais tout naturellement choisi l'approche par le corps. Ils étaient abîmés, je les soignais sans les barrières habituelles (rendez-vous, fiches d'admission), ni les remarques désobligeantes, si fréquentes, sur leurs lésions auto-infligées. Je les touchais sans mettre de gants ni de masques. J'allais

même à leur recherche lorsqu'ils disparaissaient trop longtemps. Cette proximité a permis de créer des liens qui ont abouti, pour beaucoup, à une demande de prise en charge.

Mon autre activité, dans un centre ambulatoire, m'a permis d'exaucer cette demande et de me lancer dans le suivi de ces personnes en situation de grande précarité. Après 17 ans d'activité, il est temps de tirer quelques enseignements de cette pratique que j'aimerais illustrer par deux situations.

Deux situations, à titre d'exemple: Elle et Luis

Elle

Elle est une belle femme, de 45 ans actuellement. Son père était ouvrier, sa mère coiffeuse. Elle a un frère et une sœur plus jeunes. Elle dit avoir passé une enfance heureuse jusqu'à ce qu'à l'adolescence, son père, alcoolisé, abuse d'elle un samedi où sa mère travaillait. Elle s'enfuit. À son retour, quelques heures après, le père ne semble se rappeler de rien. Elle ne peut en parler à sa mère. Elle fuit dans la consommation de cannabis d'abord, puis d'héroïne et de cocaïne. Je fais sa connaissance dans la rue et la retrouve dans les centres d'accueil lorsqu'elle fugue des structures résidentielles dans lesquelles la justice la place. Je sers souvent de dépannage financier, acceptant de lui donner de l'argent en pensant que, même si cela lui permet de consommer, donner cet argent est le mieux que je peux faire pour elle, à ce moment-là. Je la retrouve en 2004, alors qu'elle est hospitalisée. Elle souhaite une prise en charge au centre et demande à ses médecins de m'appeler. Elle a déjà une hépatite C chronique. Vu le contexte, je suggère de faire un test HIV, qui s'avère positif. Effondrement, elle a compris, elle est allée trop loin, elle veut un suivi pour pouvoir s'occuper de son fils de 6 ans. Il a été confié au père qui, à une époque, était son dealer de cocaïne et qui a obtenu un permis de travail suite à leur mariage. Pour le *Service de protection de la jeunesse*, il est la personne de confiance, elle est celle qui ne respecte pas ses engagements. Dans un premier temps, après l'hôpital, elle accepte d'aller dans un foyer et demande de traiter son hépatite C. Ce traitement nous occupe pendant une année, je vais souvent la voir dans son foyer. Le traitement réussit. Forte de cette victoire, elle s'attaque aux démarches pour le divorce et le droit de voir régulièrement son fils, ce que conteste le *Service de protection de la jeunesse* puisqu'elle a souvent promis et rarement tenu ses engagements. Après de longs mois de discussions, de soutien, elle accepte de renoncer au droit

de garde mais arrive à considérer que voir régulièrement son fils et obtenir le divorce sont déjà des étapes importantes. Le foyer où elle réside lui trouve un appartement pour recevoir son fils. Tout devait bien aller. Elle revoit alors un ancien ami et n'arrive pas à gérer compagnon et fils. Elle «choisit» son compagnon, reprend avec lui la consommation, ce qui l'empêche de respecter son droit de visite. Petit à petit, elle néglige ses obligations, perd son appartement. La consommation lui cause des problèmes avec son entourage, avec ses voisins, l'empêche de venir aux rendez-vous, mais la consommation la soulage, la reconforte. Elle doit être hospitalisée à plusieurs reprises. Elle fugue de l'hôpital pour consommer. Les dernières fois, même épuisée, fiévreuse, gravement anémique, elle n'arrive pas à rester à l'hôpital, s'enfuit, déçoit les soignants qui essaient d'adapter les soins. Elle survit à toutes ses exagérations et finit toujours par revenir vers moi. Comment continuer à l'accompagner, à être le prescripteur du traitement de substitution et de la trithérapie HIV? Au nom de la réduction des risques, certes, mais comment briser son cercle vicieux: «je consomme parce que je vais mal et je vais mal parce que je consomme»? Lors d'une rencontre où nous avions un peu de temps, car elle n'était pas venue à la dernière minute ni dans un état m'obligeant à l'hospitaliser de suite, je lui ai dit que je pensais qu'en continuant comme cela, elle allait mourir, que je ne savais plus quoi faire pour elle, mais que je lui proposais de transmettre à son fils qu'il pouvait toujours me contacter, s'il avait envie, plus tard, une fois, d'entendre parler de sa mère, car je lui en parlerais avec toute l'affection que j'avais pour elle. Près d'un an après, elle est venue me dire que c'est ce qui lui permettait d'envisager autre chose; en l'occurrence, accepter de retourner pour l'énième fois dans une structure résidentielle, ce qu'elle refusait jusqu'alors. Mais auparavant, puisqu'elle devait d'abord être retapée physiquement, elle proposait une hospitalisation dans un établissement éloigné de sa ville pour l'aider à ne pas s'enfuir pour aller consommer. J'ai pu la faire admettre dans un hôpital de zone, elle a tenu presque deux semaines avant de se faire mettre à la porte pour fugue (une fois) et vol d'une carte de téléphone. Magnifique!

Ce séjour a permis d'organiser son entrée dans un centre de traitement, elle n'est plus à la rue. Elle en fugue, et ne respecte pas complètement ses engagements, je reste son médecin, la vie continue...

Luis

J'ai rencontré Luis dans la rue en 1995. Il venait d'avoir 18 ans et rentrait du Japon où il était parti croyant y trouver l'univers des mangas dans

lequel il s'était manifestement réfugié. Le choc à son arrivée avait été tel qu'il n'y était resté que quelques jours. À l'époque, ce grand jeune homme halluciné m'avait marquée par sa douceur et sa passion. J'avais été impuissante à empêcher une dégringolade dans la consommation de différents produits. Après deux ans de rencontres dans la rue, il a fini par venir au centre, il ne voulait plus être en manque d'opiacés et acceptait le principe d'un traitement de substitution à la méthadone, tout en restant particulièrement méfiant lorsqu'on parlait de rendez-vous, de suivi. Il affirmait, revendiquait sa consommation de cocaïne et d'alcool. Il fut longtemps sans domicile fixe, jusqu'à ce que sa tutrice lui trouve finalement un logement. Avec lui, pas de long parcours mouvementé, sauf lorsqu'il inquiétait tellement sa mère qu'elle m'appelait en catastrophe. Ils avaient une relation faite d'empoignades verbales et de regrets mal exprimés. Il me parlait d'une mère qui dénigrait le père au point de le faire fuir, de maltraitements psychologiques. Il avait quitté la maison à 16 ans. Une fois qu'il a eu ce logement, il s'est progressivement organisé une vie avec son chien comme seul compagnon, une existence consacrée à la lecture et la rédaction d'un roman. Il a finalement accepté une trithérapie HIV mais refuse toujours de traiter son hépatite C chronique. Heureusement, il ne boit plus et ne consomme qu'occasionnellement de la cocaïne. Par son hygiène personnelle, plus que douteuse, il tient à distance les gens. Souffre-t-il de la solitude? Il l'évoque parfois, sans plus. Dans ce ronronnement de plusieurs années, une agitation, le printemps dernier, lorsque sa tutrice et une de ses collègues viennent discuter du nettoyage de son appartement par une entreprise. Il refuse en les menaçant avec une hache! Heureusement, elles m'appellent au lieu de faire intervenir la police. Une visite pour constater qu'effectivement l'appartement n'est pas parfait. La tutrice accepte une rencontre au centre, terrain neutre, et nous confie la suite. Le passage à domicile, quelques mois plus tard, avec le responsable d'une entreprise aboutit au refus du nettoyage de sa chambre, trop intrusif, mais il accepte de nous montrer les toilettes où la cuvette cassée l'oblige depuis plusieurs mois (ou années?) à une gymnastique dont il nous épargne les détails. Malgré cela, les négociations pour la remise en état de l'appartement durent presque une année. La lettre de la gérance fixant une visite de l'appartement aide certainement, la patience dont je fais preuve aussi. Même dans ces conditions, même au risque de perdre son logement, il n'accepte que difficilement d'ouvrir aux nettoyeurs et au plombier que je trouve en urgence.

Ces deux histoires illustrent le long chemin qu'il faut parcourir avec ces personnes avant qu'elles nous ouvrent leur porte. Elles hésitent longtemps

avant d'accepter de nouer une relation avec un soignant, vraisemblablement en raison des relations abusives qu'elles ont vécues. Elles préfèrent vivre dans des conditions difficiles, qu'elles pensent avoir choisies, plutôt que de tenter autre chose. La nouveauté, le changement leur fait peur. Chaque ouverture est ensuite suivie d'une période d'observation voire de recul, comme s'il fallait tester la solidité de la relation. À nous, soignants, d'aller les chercher, d'oser attendre, d'accompagner en s'engageant et de savoir renoncer parfois, mais sans abandonner. Le parcours est long.

L'addictologie

De quoi parle-t-on ?

Mes connaissances dans ce domaine viennent de l'écoute et l'observation des personnes rencontrées dans la rue et des patients du centre, elles sont donc subjectives. Je les ai complétées par des échanges avec mes collègues et la littérature.

L'essentiel peut être résumé, sans trop caricaturer, comme suit: longtemps considérée comme un problème essentiellement social, la toxicomanie a intéressé la médecine suite à l'apparition du virus HIV. Le terme addiction, qui vient de la littérature anglophone, permet de différencier la situation des personnes toxicomanes de celle des personnes devenues dépendantes suite à une prescription médicamenteuse dans le cadre d'une maladie chronique, comme par exemple la dépendance à la morphine d'un cancéreux.

L'addiction est considérée comme une maladie du cerveau (*brain disease*) depuis que les recherches en neurosciences ont permis de montrer les modifications cérébrales présentes chez les personnes qui en souffrent. L'addiction est un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé, d'une part, par l'échec répété de contrôler ce comportement et, d'autre part, par la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (Goodmann, 1990).

Par sa seule volonté, la personne addictive n'arrive plus à empêcher les consommations, même si elle est consciente que ces consommations sont responsables de dégâts importants.

En cas d'addiction aux produits psychotropes et plus particulièrement aux produits illégaux, ces conséquences sont encore amplifiées par le fait

de l'illégalité qui pénalise les personnes, les retient de consulter; encore actuellement, les directives hospitalières menacent de dénoncer à la police les consommations à l'hôpital au lieu de proposer le dialogue.

Le comportement addictif s'inscrit dans notre cerveau via le circuit du renforcement (ou circuit de la récompense)¹. Ce système sert à fournir la motivation nécessaire pour la réalisation de comportements nécessaires à la survie (alimentation, reproduction...). Il renforce et conditionne ces comportements en provoquant des sensations de plaisir. La consommation est ainsi en quelque sorte «valorisée» et associée au contexte (lieu, entourage, émotion...), qui devient un déclencheur.

Les différents produits consommés ont une action spécifique (sédatif, stimulante, hallucinogène...), mais tous agissent aussi sur ce système, via différents neurotransmetteurs dont la sécrétion, au moment de la consommation, va donner une valeur particulière à ce comportement, favorisant ainsi sa répétition. Plus on consomme, plus on a envie de consommer. D'autres mécanismes (expression de gènes, plasticité neuronale) interviennent pour, en quelque sorte, détourner ce système et induire la «nécessité» de consommer que nous observons chez nos patients. Ce n'est donc pas seulement la sensation de manque qui les amène à poursuivre ou à reprendre les consommations, mais des envies impérieuses liées au contexte, qui peuvent même réapparaître après plusieurs années d'abstinence.

Tous concernés ?

Les déterminants qui prédisposent au développement d'une addiction sont multiples. Pour simplifier, il est possible de les regrouper en trois ordres: les déterminants liés aux produits (effets, valeur symbolique du produit dans une société donnée, dans un groupe particulier), à la personne (hérédité, famille, développement...) et au contexte (situation sociale, influence du milieu...) (Reynaud, 2006). Parmi les personnes que j'ai connues, rares sont celles qui ont développé une addiction suite à des consommations pour avoir du plaisir. Elles parlent plutôt de négligence, de maltraitance et d'abus, et de consommations pour soulager un malaise intérieur.

Les comorbidités

Sur le plan psychique, les comorbidités sont fréquentes (entre 35-80 %

¹ Neurosciences de l'addiction, Publication du Collège romand de médecine de l'addiction (COROMA) 2009, www.romandieaddiction.ch.

selon les études), en particulier les troubles de la personnalité, de l'humeur et les troubles anxieux (Raynaud, 2006).

Des études américaines, rapportant l'impact des traumatismes répétés de l'enfance, parlent de PTSD complexe² pour nommer les tableaux cliniques de certaines personnes rencontrées dans la rue. Les comorbidités psychiatriques sont la plupart du temps primaires, bien qu'il existe des atteintes secondaires, la dépression notamment.

S'y ajoutent des atteintes somatiques en relation avec la toxicité de certains produits (cocaïne en particulier), le mode de consommation, la précarité, ainsi que les conséquences sociales particulièrement destructrices (désinsertion, vie dans la rue, prostitution...).

La réduction des risques

Quatrième pilier de la politique fédérale suisse en matière de drogue, inscrite dans la loi sur les stupéfiants depuis 2011, suite à un vote de 2008³, la réduction des risques ne se résume pas à la remise de matériel stérile. Elle comprend toutes les stratégies permettant de limiter les risques et les méfaits somatiques, psychiques et sociaux liés à la consommation de produits psychotropes. Ses objectifs sont de permettre aux consommateurs de traverser la phase de consommation avec un minimum d'atteintes pour éviter qu'ils renoncent au choix de l'abstinence en raison de la dégradation de leur situation globale: «*À quoi bon arrêter...!*». La réduction des risques vise aussi à protéger l'entourage et la population générale.

Ainsi, assurer qu'un consommateur reçoit les prestations socio-sanitaires auxquelles il a droit fait partie de la réduction des risques. Il en va de même pour les locaux d'injection, qui sont à la fois un lieu d'hygiène, mais surtout un lieu d'entrée dans le réseau de soins, dans lequel les professionnels peuvent transmettre aux personnes consommatrices combien ils sont préoccupés par leur situation, combien ils tiennent à elles, puisqu'ils vont jusqu'à les rencontrer, les chercher, sur leur terrain, en respectant leurs pratiques. Pour les mêmes raisons, les programmes de prescription médicalisée d'héroïne font aussi partie des stratégies de réduction des risques.

² *Early life trauma-related complex post-traumatic stress and dissociative disorders*: terme utilisé pour différencier la situation d'une personne ayant vécu un stress unique sans composante interpersonnelle de celle secondaire à des traumatismes répétés, prolongés et abusifs. (Réf.: R. Lanius at col. (2010). *The impact of early life traum on health and disease. The Hidden Epidemic*. Cambridge. Cambridge University Press.)

³ Le 30 novembre 2008, le peuple suisse approuve, par 68,1% de oui contre 31,9% de non, la modification de la loi sur les stupéfiants et les substances psychotropes.

La thérapie : l'importance de l'accueil

La prise en charge de ces patients est longue et difficile puisqu'il s'agit, pour la plupart, de déconstruire un système mis en place pour survivre et supporter les conséquences de traumatismes très anciens qui ont induit des modes relationnels perturbés. Les prescriptions médicamenteuses (antidépresseurs, anxiolytiques...) peuvent être utiles, de même que, en cas de dépendance aux opiacés, les traitements de substitution (méthadone, Subutex®...) ou la prescription médicalisée d'héroïne. Ils permettent la relation. Car s'il existe différentes approches en psychiatrie pour s'occuper de ces personnes, toutes ont besoin que le patient soit là, vienne aux rendez-vous. C'est à ce stade élémentaire de la thérapie que les personnes rencontrées dans la rue, celles gravement précarisées, montrent des difficultés impressionnantes pour accepter le contact, pour s'engager. Comme déjà mentionné, il est vraisemblable qu'elles ont tiré de leurs expériences passées une certaine méfiance de la relation, et qu'elles n'ont pas connu une relation à deux équilibrée, dépourvue de danger. Avec elles, il faut donc trouver le moyen de briser la glace, de laisser venir la relation.

En examinant ma pratique, je constate que cette phase, que d'aucuns appellent l'accueil, est faite d'allers et retours, de périodes pendant lesquelles le soignant est testé, de bonnes résolutions, toujours sincères sur le moment, mais souvent mal tenues.

L'accueil implique, pour le soignant, proximité et engagement sans contrepartie, beaucoup de patience, mais aussi un cadre précis pour éviter la confusion des rôles. Un soignant qui ose la proximité relationnelle, en allant chercher une personne dans la rue, en passant chez elle, en la rencontrant en dehors des lieux de soins, ou qui est prêt à partager certaines activités ou à organiser des dépannages financiers... doit être attentif à ce qu'il provoque chez l'autre, en particulier en situation de détresse.

Or, c'est bien en osant cette proximité, en se mouillant dans la relation, en acceptant des rôles qui ne sont pas ceux du cahier des charges institutionnel, en évitant de déléguer lorsque la demande n'est pas exactement de notre domaine, en sortant des chemins habituels que le contact finit par se créer, lentement, un peu comme un apprivoisement.

C'est un peu comme cheminer avec le patient pour découvrir sa réalité. Au niveau de la vie quotidienne, cela ne s'apparente-t-il pas à la compréhension empathique ?

La consommation, on n'en parle jamais ?

Il a été peu question, jusqu'ici, de la consommation, malgré le sujet. Rien d'étonnant à cela puisque cette consommation, qui impressionne tellement, n'est que le symptôme, la pointe de l'iceberg. On en parle, s'ils en parlent!

Tous ceux qui travaillent dans le domaine savent que les consommations vont s'espacer, voire disparaître lorsque la personne est sécurisée sur les plans psychique, physique et social.

Par contre, il faut en parler pour s'inquiéter de leurs pratiques et discuter réduction des risques. Nous devons aussi leur donner les moyens de rester en vie!

L'Approche centrée sur la personne

Au fil de mon expérience, j'ai eu envie de faire plus que de l'accueil bienveillant et des soins somatiques pour ces personnes avec lesquelles je savais entrer en contact. Je sentais que la relation thérapeutique ne s'improvise pas et voyais l'Approche centrée sur la personne comme un moyen d'aller plus loin.

Après un premier cycle de formation à la relation d'aide, mon niveau de compréhension de l'Approche centrée sur la personne reste limité et, d'une façon générale, l'étude des concepts n'est pas mon activité favorite; je préfère le travail de terrain. Dans cette partie, je vais donc décrire ce qui m'a marquée dans la trajectoire de vie de Carl Rogers, essayer de reformuler ce que j'ai théoriquement compris de cette approche, et ensuite tenter d'intégrer ces notions dans le regard que je porte sur les personnes rencontrées dans la rue.

L'étonnant parcours de Carl Rogers (1902-1987)

De sa biographie, j'ai retenu qu'il est né au début du siècle à Chicago dans une famille nombreuse et aimante ayant des règles de conduite très strictes au nom de la morale et de la religion. Alors qu'il est encore tout jeune adolescent, sa famille s'installe à la campagne dans le but de protéger les enfants des influences et des risques de la ville. Il s'est alors intéressé à la nature, aux animaux et aux cultures qu'il gèrera de manière expérimentale et scientifique. En 1922, il participe au rassemblement mondial des étudiants chrétiens en Chine, qui dure six mois. Pendant ce voyage, il se distancie, aussi, des principes de vie et des convictions religieuses de sa famille. Un peu plus tard, il va même se marier contre l'avis de son père.

Dans un premier temps, il commence des études de théologie. Il obtient avec d'autres étudiants de pouvoir organiser un séminaire sans formateur dont le programme serait fait par les étudiants. Il abandonne ensuite la théologie pour garder sa liberté de penser.

Il s'oriente alors vers la psychologie et commence par des cours de philosophie de l'éducation. Parallèlement aux études, il pratique la psychologie infantile dans un institut où il «s'imprègne du dynamisme freudien de l'équipe dirigeante» (Rogers, 2001, p. 35). Il va ensuite travailler pendant douze ans pour une association d'aide aux enfants maltraités. Cette expérience l'amène à prendre ses distances avec les théories reçues, avec «toutes les approches coercitives ou brutales de la relation clinique, non pas pour des raisons d'ordre philosophique, mais parce qu'elles n'avaient d'efficacité que superficielle» (*ibid.*, p.37), et à réaliser que c'est le client qui connaît son mal, qui connaît la voie à suivre et «qu'à moins de vouloir faire étalage de mon habilité et de ma science, je ferais mieux de compter sur lui pour donner son sens au processus thérapeutique» (*ibid.*, p.38). À l'époque, il n'était pas reconnu par ses pairs psychologues et disait avoir «le sentiment que les travailleurs sociaux du secteur psychiatrique parlaient la même langue que lui» (*ibid.*, p. 38). Il ne revendique son attachement à la psychologie que plus tard, au moment de la création de l'Association américaine de psychologie appliquée.

C'est en 1940 qu'il présente ses premières publications et découvre que ses idées peuvent constituer une menace aux yeux d'autres personnes. Est-ce pour cela que l'Approche centrée sur la personne est si peu considérée en psychiatrie? Quoi qu'il en soit, je ne peux que constater les résistances, puisque l'Approche centrée sur la personne ne fait pas partie des axes de formation reconnus par la FMH⁴, alors que, d'une part, ses résultats sont équivalents à ceux des autres approches selon la littérature (Stiles & al., 2006) et que, d'autre part, Rogers s'est toujours attaché à vérifier les hypothèses nées de ses observations – ce que d'autres approches ne faisaient pas.

Il s'est ensuite intéressé à de nombreux domaines des relations humaines (enseignement, couple, politique) et a milité pour la paix dans le monde, ce qui lui a valu d'être proposé pour le Prix Nobel de la Paix l'année de sa mort.

⁴ Fédération médicale helvétique qui, en Suisse, fixe les exigences pour l'obtention des titres de spécialistes.

Un peu de théorie

L'idée maîtresse de Rogers est que «*l'être humain a la capacité, latente sinon manifeste, de se comprendre lui-même et de résoudre ses problèmes à suffisance pour la satisfaction et l'efficacité nécessaires au fonctionnement adéquat*. Ajoutons qu'il a également *une tendance à exercer cette capacité*» (Rogers & Kinget, 1976, p. 28). Cette capacité, sur le plan psychologique, peut être comparée à la tendance naturelle des espèces à se développer vers des spécimens sains pour assurer leur survie. Rogers pense donc que le développement psychique de l'individu suit les mêmes règles que le développement physique, et que, «si l'expérience peut s'organiser en l'absence de facteurs perturbateurs graves, cette organisation – y compris son expression dans le comportement – s'effectuera dans le sens de la maturité et du fonctionnement adéquat, c'est-à-dire dans le sens d'un comportement rationnel, social, subjectivement satisfaisant et objectivement efficace» (*ibid.*, pp. 32-33). L'exercice de cette capacité, sur le plan psychologique, s'appelle la tendance à l'actualisation ou, parfois, l'actualisation. La tendance à l'actualisation n'est toutefois pas automatique, elle demande «un contexte de relations humaines positives, favorables à la conservation et au rehaussement du 'moi'; autrement dit, elle requiert des relations dépourvues de menace ou de défi à la conception que le sujet se fait de lui-même» (*ibid.*, p. 28). L'important à ce stade, semble-t-il, est de comprendre, d'une part, que ces conditions positives doivent l'être dans le ressenti de la personne et pas selon un point de vue externe et, d'autre part, qu'il n'est pas question du «moi» tel qu'il existe en réalité mais du «soi» tel qu'il est perçu par le sujet, appelé «concept de soi» (*self-concept*) par Rogers⁵.

Le concept de soi est «un ensemble organisé et changeant de perceptions se rapportant au sujet lui-même. Comme exemple de ces perceptions, citons: les caractéristiques, attributs, qualités et défauts, capacités et limites, valeurs et relations que le sujet reconnaît comme descriptives de lui-même et qu'il perçoit comme lui donnant son identité» (*ibid.*, p. 34). Le soi est aussi soumis au phénomène d'actualisation pour s'améliorer, pour

⁵ N.d.l.r.: soi (*self*): «La théorie de Rogers était aussi une 'théorie du self', le self étant une partie très importante du champ phénoménologique de la personne. En cela, il suivait une tradition récente en psychologie, une école de pensée relativement nouvelle qui considérait le *soi* comme le 'fondement organisateur, créatif et adaptatif de la personnalité' influençant et déterminant le plus le comportement d'une personne. Pour Rogers, le soi était la gestalt conceptuelle organisée, cohérente, composée des perceptions des caractéristiques du 'je' ou 'moi', des perceptions des relations entre le 'je' ou moi' avec les autres et les différents aspects de la vie, ainsi que des valeurs attachées [données par la personne] à ces perceptions.» Selon Kirschenbaum, H. (2007). *The Life and Work of Carl Rogers*. Ross-on-Wye. PCCS Books, pp. 230-231.

progresser. Comme cette évolution (actualisation) se fait en fonction de ce qui est ressenti, elle ne pourra être valable que si la conception de soi correspond à ce qui est vraiment. C'est le cas si les attributs que le sujet croit posséder correspondent à ceux qu'il possède. Pour vérifier cette correspondance, l'individu dispose de son expérience personnelle et de ce que lui renvoient les autres. S'il y a concordance, il est vraisemblable que son concept de soi est fondé et qu'il y a congruence entre ce qu'il croit être et ce qu'il est. Dans ce cas, la tendance à l'actualisation sera guidée par une image de soi adéquate et l'individu s'enrichira. Dans le cas contraire, si la conception de soi comporte des lacunes, des ressentis faussés, la tendance actualisante se fera mal, avec des buts difficiles à atteindre sinon irréalisables, et aboutira à l'échec et aux frustrations qui nuiront au bon fonctionnement de la personne. Donc, pour le bon fonctionnement de l'individu, il faut une conception de soi réaliste, issue de ce que le sujet ressent réellement.

Pour avoir un concept de soi réaliste, Rogers dit qu'il faut que le sujet ait la liberté d'éprouver et de sentir ce qui se passe en lui, et ne se sente pas obligé de nier ou de déformer ses opinions et attitudes intimes pour maintenir l'affection ou l'appréciation des personnes importantes pour lui et qui influencent son estime de soi. Il appelle cela la liberté expérientielle. La perte de cette liberté est liée aux processus d'adaptation nécessaires à la survie, en cas de traumatismes répétés ou de vide affectif. L'enfant, qui a besoin d'amour pour son développement, peut être amené à réprimer ce qu'il ressent ou à adopter des valeurs qui ne sont pas les siennes pour ne pas perdre l'affection ou l'estime des gens dont il dépend ou qui jouent un rôle important pour lui. Une fois appliqué, ce fonctionnement persiste et l'individu en arrive «à se méfier foncièrement de son expérience comme guide de conduite. Il adopte, au contact des autres, nombre de valeurs spéculatives qu'il fait siennes, aussi contradictoires qu'elles soient avec son vécu personnel» (Rogers, 2001, p. 206).

Ce procédé, efficace à court terme puisqu'il ne compromet pas ses relations avec son entourage, est source de confusion à long terme car une partie des expériences vécues échappe à la personne, ce qui provoque de la rigidité et entrave le processus d'actualisation.

Marian Kinget parle de divorce entre l'expérience et sa représentation, qui amène la personne, quel que soit son âge, à perdre son aisance, sa confiance en soi et son efficacité, et provoque une angoisse généralisée. Elle précise que «cette aliénation du sujet par rapport à son expérience vécue est précisément ce qui constitue la personnalité névrotique» (Rogers & Kinget, 1976, p. 41).

La thérapie

De façon très caricaturale, je dirais que la thérapie a pour objectif d'aider le client à retrouver sa liberté expérientielle et ainsi de permettre l'expression de la tendance à l'actualisation. Plus facile à dire qu'à faire et à apprendre!

LES ÉTAPES

Le processus thérapeutique compte un certain nombre d'étapes qu'il faut prendre le temps d'identifier et de traverser. Rogers mentionne douze étapes qu'il décrit de façon segmentée et séquentielle pour des motifs didactiques. Il précise que ces étapes ou moments de la thérapie ne sont pas constitués d'événements discrets et «qu'ils s'interpénètrent sans solution de continuité» (Rogers, 2001, p. 92).

La première étape est celle de la demande d'aide, où il s'agit d'aider le client à se responsabiliser, à assumer sa demande, au lieu de le prendre en charge. C'est là une différence importante par rapport au fonctionnement habituel en médecine. La deuxième étape implique d'avertir que le thérapeute ne sait pas, qu'il n'a pas les réponses aux questions du client, mais qu'il peut lui offrir un espace pour y réfléchir. La troisième est celle de la libre expression des sentiments, elle suppose un climat bienveillant. La quatrième demande au thérapeute d'être capable de «s'éloigner» du sens explicite des propos du client pour ressentir les sentiments négatifs sous-jacents, puis de les reformuler au client pour l'aider à les identifier et à les accepter. La cinquième étape voit apparaître des élans positifs. La sixième sert à l'identification et à l'acceptation des sentiments positifs, en évitant les louanges: «en accueillant aussi bien les pulsions adultes que les pulsions infantiles, les attitudes agressives que les attitudes sociales, les sentiments de culpabilité que les manifestations de sérénité, le psychologue donne à la personne la possibilité, pour la première fois de sa vie, de se comprendre tel qu'elle est, sans éprouver le besoin de se défendre contre ses sentiments négatifs, et sans avoir l'occasion de surestimer ses sentiments positifs» (Rogers, 2001, p. 101). La septième correspond au moment où la personne commence à voir clair en elle-même, à s'accepter.

Les étapes suivantes m'apparaissent comme le déploiement de plus en plus complet de cette acceptation de soi, qui va permettre au client de poursuivre seul le processus engagé et donc d'envisager la fin de la thérapie.

Je peux imaginer que, dans la réalité, ces étapes, à partir de la troisième, se chevauchent, qu'il y a des allers-retours et que le thérapeute expérimenté

ne pense plus à les catégoriser, mais je suis convaincue que pour l'apprenti, être attentif à ces étapes est utile; elles servent de repères, de garde-fous.

LES CONDITIONS

Rogers, à partir de son expérience, décrit six conditions qu'il juge nécessaires au processus thérapeutique (*ibid.* p. 259). Pour le thérapeute, il ne s'agit pas de procédures techniques à exercer, mais bien d'aptitudes qui s'acquièrent par développement personnel.

À côté des conditions habituellement citées pour le thérapeute que sont l'empathie, le regard positif inconditionnel et la congruence, Rogers mentionne, pour le client, la nécessaire présence d'une discordance interne, d'une vulnérabilité ou d'une anxiété. Le client doit aussi pouvoir entrer en relation et percevoir l'empathie et le regard positif inconditionnel du thérapeute. Pour cela, me semble-t-il, le thérapeute doit adopter une attitude différente de la neutralité voire de la distance prônée par les autres approches.

Les trois conditions mentionnées ci-dessus qui concernent le thérapeute ne sont pas si simples à pratiquer. En effet, comment pénétrer l'univers intime d'une personne comme s'il s'agissait du sien mais sans jamais perdre de vue le «comme si»⁶? (empathie) ou arriver à accepter le client sans penser à ce qui nous dérange ou à ce qu'il devrait changer, améliorer (regard positif inconditionnel)? Quant à la congruence, qui signifie pour le thérapeute d'être parfaitement relié à ses émotions, au fait de son fonctionnement, la tâche pour y arriver est d'importance!

Les personnes rencontrées dans la rue

En examinant, selon les concepts de l'Approche centrée sur la personne, les histoires des personnes rencontrées dans ma pratique, je peux affirmer qu'elles n'ont certainement pas connu les conditions favorables à l'expression de leur capacité d'actualisation. Les histoires de ces personnes montrent qu'elles ont grandi dans un environnement perturbé. Certains éléments de leur comportement ou de leur histoire font penser qu'elles n'ont pas eu des liens idéaux avec leur mère et qu'elles présentent des

⁶ Rogers donne comme description de l'empathie: «Sentir la colère, la peur, l'embarras du client comme si c'était les siens, tout en restant à distance de cette colère, de cette peur et de cet embarras: voilà la condition que nous essayons de décrire. En voyant clair dans le monde de son client et en s'y mouvant librement, le thérapeute peut aussi bien se faire l'écho de ce qui est connu de ce client que mettre des mots sur ce dont il est à peine conscient.» (Rogers, 2001, p. 260.)

troubles de l'attachement⁷; d'autres, qu'elles ont adopté les valeurs de leur entourage au détriment de leur vécu personnel; d'autres, enfin, que leurs élans d'affection enfantine ou leur innocence ont été gravement trahis par l'attitude abusive d'un adulte. Si j'interprète bien ce que j'ai lu, ces expériences les ont amenées, pour garder l'affection de leur entourage, pour être aimées, à être quelqu'un qui ne coïncide pas avec ce qu'elles sont réellement et à répéter des fonctionnements qui ne leur correspondent pas. Elles sont très peu en relation avec leurs émotions qui sont probablement censurées (trop dangereuses) ou mal interprétées. Ce que leur renvoie l'extérieur n'est pas en concordance avec ce qu'elles pensent d'elles et ce qu'elles ressentent. Elles sont incongruentes avec elles-mêmes, pour reprendre les termes de Rogers. Cette incongruence est source d'angoisses, crée le mal-être. Elles utilisent la consommation pour supporter, voire survivre à ce mal-être.

Leur rétablissement passe par la prise de conscience de cette incongruence. Pour cela, elles doivent pouvoir explorer leur vécu et leurs émotions en toute liberté et en sécurité, ce qui est diablement difficile, même pour les plus motivées, pour des raisons concrètes (comment suivre une thérapie lorsqu'on vit dans la rue, par exemple) ou psychologiques: il faut avoir encore un peu d'estime de soi pour se lancer dans un travail thérapeutique. Quant au thérapeute, empathie et regard positif inconditionnel demandent une certaine expérience en addictologie, sinon comment supporter ces comportements destructeurs.

Bien qu'ayant cette expérience, je n'ai pas pu, pour des raisons professionnelles, exercer ces attitudes dans un contexte de thérapie, sous supervision. Je n'ai donc pas pu en évaluer l'effet dans un cadre psychothérapeutique. En revanche, je pense que la façon de rencontrer les

⁷ La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel à la survie de l'être humain. Selon le psychiatre J. Bowlby (1969), l'attachement à la figure maternelle servirait de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. Dès la petite enfance, l'enfant développerait un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle à son égard. Bowlby prétend que ce lien d'attachement, en devenant intériorisé, servirait par la suite de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu. Quatre types principaux ont été décrits. Chacun est associé avec des schémas de comportement caractéristiques. Le modèle sécure résulte d'une disponibilité de la figure maternelle et surtout d'une sensibilité aux signaux de son enfant; le modèle anxieux-ambivalent semble associé à une incohérence des réponses maternelles alternant entre la disponibilité et le rejet; le modèle anxieux-évitant serait lié à des interactions intrusives ou rejetantes de la part de la mère, surtout lorsque l'enfant présente une vulnérabilité émotionnelle; dans le modèle évitant-désorganisé, les réponses parentales auraient tendance à susciter de l'effroi chez l'enfant, certains parents ayant même été maltraitants. Voir Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte, vol. I*. Paris. PUF.

personnes que j'ai décrite précédemment et appelée «cheminer avec elles» peut s'apparenter à de l'empathie, voire à un regard positif inconditionnel, et j'ai pu constater à quel point cela permettait d'entrer en relation.

Conclusion

Ce premier cycle de formation m'a permis d'appréhender les potentialités de l'approche développée par Carl Rogers dans l'accompagnement des personnes présentant une addiction aux produits psychotropes. Par ses exigences de respect et d'authenticité, elle permet de créer une ambiance relationnelle qui aide ces personnes gravement traumatisées à s'ouvrir et à se confier à un professionnel. À ce stade de ma formation, je ne peux pas juger de l'effet d'une psychothérapie menée selon cette approche. Par contre, après dix-sept ans de travail dans le domaine, je peux recommander une formation à la relation d'aide selon Rogers aux professionnels désireux d'intervenir auprès de ces personnes qui ont tellement de peine à s'engager dans une démarche de soin.

Références

- Goodmann, A. (1990). Addiction: definition and implications. *B. J Addiction*, 85, pp. 1403-1408.
- Reynaud, M. & coll. (2006). *Traité d'addictologie*. Paris. Flammarion-Sciences.
- Collège romand de médecine de l'addiction (COROMA) (2009). *Neurosciences de l'addiction*. www.romandieaddiction.ch.
- Lanius, R. & col. (2010). *The impact of early life trauma on health and disease. The Hidden Epidemic*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Monnat, M. (1995). Un médecin de rue à Lausanne. *Courrier du médecin vaudois*, n° 7, p. 9.
- Rogers, C. R. (2001). *L'approche centrée sur la personne. Anthologie de textes présentés par H. Kirschenbaum et V. Land Henderson* (traduction H.-G. Richon). Lausanne. Randin
- Rogers, C. R. & Kinget, G. M. (1976). *Psychothérapie et relations humaines*, vol. I, 7^e édition. Paris. Beatrice-Nauwelaerts; Presses Universitaires de Louvain.
- Dafflon, Ph. & Wandeler, Ph. (2002). La psychothérapie selon l'approche centrée sur la personne de Rogers. In N. Duruz & M. Gennat (dir.). *Traité de psychothérapie comparée*. Paris. Médecine & Hygiène, pp. 253-282.
- Stiles, W.-B. & al. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, pp. 555-566.