

L'Approche centrée sur la personne en santé mentale: limites personnelles et professionnelles

Rachel Freeth

Traduction: Caroline Graap

Rachel Freeth travaille comme psychiatre pour adultes à Gloucester et Herefordshire. Elle a terminé un diplôme en counselling dans l'Approche centrée sur la personne en 1998. Auteure d'articles dans lesquels elle établit des liens contrastés entre psychiatrie et counselling, elle intervient dans des ateliers de formation. Sa réflexion soutient les psychothérapeutes dans leurs efforts de compréhension et dans l'écoute des problématiques psychiatriques. En 2007, elle a publié un ouvrage intitulé *Humanising Psychiatry and Mental Health Care – The challenge of the person-centred Approach*. CRS Press.

Résumé

Cet article a pour objet de relater le contenu de l'atelier intitulé *Le défi de la psychiatrie centrée sur la personne*, que j'ai dirigé lors de la 3^e Conférence nationale de l'Association britannique centrée sur la personne (BAPCA) à Cirencester en septembre 2007. Dans cet atelier, j'ai essayé de décrire les principaux défis (philosophiques, théoriques et pratiques) que je me suis donnés en introduisant les

valeurs centrées sur la personne et leur philosophie dans les institutions de santé mentale, particulièrement dans le cadre de mes fonctions de psychiatre travaillant au sein du «modèle médical» traditionnel. Il est important pour moi d'identifier aussi clairement que possible ce que j'ai essayé de faire et ce qui rendait difficile, parfois impossible, d'«être centrée sur la personne». Je souhaite avoir une idée aussi nette que possible du terrain sur lequel je me suis engagée. Je veux identifier mes propres frontières, explorer et décrire les difficultés et, lorsque c'est possible, décider de celles qui méritent que je leur consacre une grande partie de mon énergie.

Mots-clés: psychothérapie non-directive, psychiatrie, santé mentale, interdisciplinarité, humanisation des soins, incongruence.

Je pense que cet article sera d'un grand intérêt pour les thérapeutes ou autres professionnels qui se réclament de l'Approche centrée sur la personne et qui travaillent ou envisagent de travailler en santé mentale. J'espère que cela sera utile à celles et ceux qui essaient d'identifier leurs limites personnelles et professionnelles ainsi que leurs points faibles, et qu'il encouragera une plus ample exploration de la manière dont les praticiens centrés sur la personne peuvent arriver à mieux s'intégrer dans les services de santé mentale et à y avoir plus d'influence. Parler d'une «psychiatrie centrée sur la personne» peut sembler désespérément idéaliste, voire contradictoire dans les termes; je crois toutefois possible que l'Approche centrée sur la personne gagne davantage en reconnaissance, en respect et en influence, même si la route sera longue et le voyage difficile, en particulier au Royaume-Uni.

Ce qui suit est une large description qui résume ce que je considère maintenant comme mes dix défis majeurs. Ils n'apparaissent pas dans un ordre particulier d'importance ou de difficulté. Il y a entre eux des zones de chevauchement considérables. Néanmoins, ils me permettent d'avoir une vue d'ensemble de ce sur quoi je me suis engagée.

1. Communiquer l'Approche centrée sur la personne – Utilisation du terme « centré sur la personne »

La prolifération, ces dernières années, de la terminologie « centré sur la personne », rarement utilisée en référence ou en lien avec l'Approche centrée sur la personne en tant que corps théorique, philosophique et pratique fondé par Carl Rogers, est regrettable. Par ailleurs l'expression « centré sur la personne » est souvent accueillie par les soupirs de gens qui se méfient des expressions politiquement correctes et des propos passe-partout, ce que ce terme me semble être devenu (et pas seulement dans le domaine de la santé). Il est souvent utilisé pour désigner quelque chose comme le choix du patient ou le travail en partenariat. Selon moi, il fait maintenant lui aussi partie de l'idéologie de la consommation. Mais même loin de toute politique, au sein de la littérature académique de santé mentale, l'expression « centré sur la personne » est régulièrement utilisée pour représenter des valeurs humanistes ou holistiques générales, mais d'une manière qui empêche de toucher la nature distincte et radicale de l'Approche centrée sur la personne. Tout ceci rend très difficile de parler de l'approche sans risquer d'être complètement incompris. Selon mon expérience, cela demande beaucoup d'efforts au niveau émotionnel, et beaucoup d'efforts d'affronter la peur d'être mal compris. Je me demande régulièrement si j'en suis vraiment capable.

2. Communiquer l'Approche centrée sur la personne – Formuler la théorie, la philosophie et les valeurs

Ce point est étroitement lié au premier. Il concerne la tentative d'exprimer clairement l'essence de l'approche et explique ce à quoi elle correspond à des milieux qui renferment déjà une quantité déconcertante de théories et de valeurs. Ceci implique clairement le défi d'identifier ce qu'on croit vraiment et ce à quoi nous attribuons de la valeur dans des environnements où une telle diversité de pensée et de pratiques peut aisément créer la confusion. Ou encore lorsque les habitudes de pensée et de pratique, influencées par la culture du milieu professionnel, peuvent facilement être incontestées. Puis-je arriver à être cohérente avec moi-même tant au niveau théorique que philosophique ? Mais même si je suis au clair sur ce que je crois et ce qui pour moi a de la valeur, ai-je assez confiance en moi pour exprimer ma manière de penser dans une culture qui peut être hostile aux idées centrées

sur la personne? Il peut y avoir une forte pression pour que soit adopté un ensemble de croyances ou de valeurs qui, de nos jours, reflètent souvent des intentions économiques sous-jacentes auxquelles les institutions adhèrent et souhaitent que leurs employés souscrivent. Le défi ici est double: développer une clarté interne, puis développer des façons de parler de l'Approche centrée sur la personne à une grande diversité de personnes et de professions de tendances théoriques et philosophiques différentes, trouver des moyens de communiquer efficacement et essayer de me faire comprendre. Cette question de la communication soulève bien évidemment l'importante question de savoir si la communication entre paradigmes est possible. À nouveau, le risque est d'être mal compris ou simplement pas compris avec pour conséquences d'être et de se sentir isolé et étranger.

3. Défier le modèle médical – Influence du modernisme

Ce point et les trois suivants sont intrinsèquement liés. Ils concernent tous le défi de pratiquer l'Approche centrée sur la personne dans des contextes où la pratique et la pensée sont dominées par le modèle médical. J'ai trouvé utile d'essayer d'analyser soigneusement ce qu'on entend par modèle médical, puisque ce terme est utilisé à tort et à travers. En l'étudiant, j'en ai identifié plusieurs aspects. Décomposer le terme de cette manière m'aide à mieux comprendre où se situent les conflits et tensions potentiels, comment les gérer au mieux ou développer des arguments susceptibles de défier les hypothèses sous-jacentes et souvent non formulées. Voir Freeth (2007a) pour une analyse plus complète du modèle médical.

Ce point concerne les valeurs sous-jacentes au modèle médical qui sont largement celles de la science moderne (par opposition à une science post-moderne ou holistique), c'est-à-dire le rationalisme, l'objectivité, le réductionnisme et le positivisme logique (ce dernier étant une philosophie affirmant que seuls sont valides les connaissances et faits pouvant être observés et mesurés ou statistiquement déduits). Ce sont ces valeurs qui semblent dominer en santé mentale et conduisent, par exemple, à mettre l'accent sur la pratique fondée sur les preuves, la recherche et autres méthodes quantitatives. La question est de savoir dans quelle mesure l'Approche centrée sur la personne peut s'adapter afin de correspondre à ces valeurs plus générales ou si certaines adaptations peuvent apparaître comme une trahison de ses valeurs fondamentales. Voilà des questions et dilemmes épineux pour une approche déjà marginalisée.

4. Défier le modèle médical – Conceptualiser le trouble mental

Cela fait référence à l'aspect du modèle médical qui concerne l'explication des problèmes et la façon de voir la «pathologie», et même au fait de penser en termes de pathologie en premier lieu. En tant que modèle explicatif, le modèle médical considère souvent le trouble mental comme une maladie ou un processus pathologique et accorde beaucoup d'importance aux théories des déséquilibres biochimiques dans le cerveau. En expliquant la perturbation mentale en termes de mécanismes mentaux défectueux (qui peuvent également être compris en termes psychologiques, par exemple comme des cognitions défectueuses), le trouble mental est fermement situé dans l'individu d'une manière qui ignore souvent les perspectives environnementales et sociales (par exemple la pauvreté ou l'impuissance). À l'opposé, l'Approche centrée sur la personne met davantage l'accent sur la métaphore de la croissance et du développement, et conceptualise le trouble (de la personnalité) par l'incongruence. En santé mentale, l'incongruence et les conditions de valeur telles qu'elles sont décrites dans la théorie de la personnalité de Rogers, n'ont que peu ou pas de place dans la manière dont survient le trouble mental.

Parmi les importantes questions soulevées ici se pose celle de savoir à quel point une explication causale réductionniste aide vraiment notre compréhension. La compréhension de la signification n'est-elle pas une activité tout à fait différente? Deux approches très contrastées sont ici mises en évidence: la recherche d'une explication causale (activité cognitive rationnelle) et une autre sorte de compréhension qui concerne des liens significatifs subjectifs.

5. Défier le modèle médical – Évaluation et diagnostic

Un autre défi pour moi est de travailler dans un environnement qui utilise régulièrement la terminologie de la maladie et qui nécessite une classification (utilisation des systèmes de classification CIM et DSM). En d'autres termes, une des activités les plus importantes en santé mentale est celle du diagnostic: nommer et coder objectivement le trouble. Non seulement je suis consciente des dommages que peut causer l'utilisation des étiquettes diagnostiques (par exemple comment elles affectent le sens du soi d'une personne et impliquent que la pathologie a ses racines dans l'individu). Je suis aussi consciente que le processus d'objectivation de

l'évaluation (collecte, interprétation et catégorisation des données, c'est-à-dire des «symptômes») dans le but de poser un diagnostic peut aussi faire beaucoup de mal. Bien qu'il y ait des arguments en faveur du diagnostic, ils sont à mon avis dépassés par des arguments contraires (comme leur validité et fiabilité douteuses, le fait que le processus d'évaluation place résolument le lieu d'évaluation chez l'expert, ou encore que l'évaluation soit généralement un processus extrêmement directif). En ce qui concerne les arguments pour et contre le diagnostic, voir Freeth (2007b). Finalement, je suis tout à fait d'accord avec Boy (2002) pour qui «le psychodiagnostic égratigne tout juste la surface de l'essence d'une personne, le monde intérieur de ses sentiments, croyances, perceptions, valeurs et attitudes...». L'évaluation et le diagnostic psychiatriques ne font pas honneur au monde subjectif de la personne, ne mettent pas en valeur ce monde qui défie tout nom, toute évaluation, situation et même description dans une théorie.

6. Défier le modèle médical – Traitement ou facilitation de la tendance actualisante ?

Un autre aspect important du modèle médical est la méthode d'aide qu'il implique habituellement. La raison pour laquelle l'évaluation et le diagnostic sont considérés comme si importants en santé mentale est que, une fois identifié (aussi clairement et objectivement que possible), le problème peut être traité. En d'autres termes, les symptômes peuvent être diminués, modifiés ou éradiqués – ce qui est le but du traitement. À l'opposé, les terminologies de traitement et de soin sont généralement étrangères à l'Approche centrée sur la personne, qui se préoccupe plus du processus que du résultat, et de la facilitation de l'actualisation, quelle que soit la forme qu'elle prenne. Il est intéressant de relever que la philosophie récente du «rétablissement», qui met l'accent sur l'autonomisation, le sens et le bien-être, prend racine dans les politiques de santé mentale, et que le mouvement du Rétablissement correspond à l'esprit de l'Approche centrée sur la personne. Néanmoins, l'idée de faciliter la tendance de l'organisme à l'actualisation n'est pas monnaie courante en santé mentale. À l'opposé, l'accent est de plus en plus mis sur les traitements standardisés, les protocoles et les parcours de soins pour atteindre des résultats spécifiques, alimentés en fin de compte par la recherche d'efficacité et de rentabilité.

7. La question du pouvoir et de l'expertise

Ceci est le domaine dans lequel je me sens mise au défi du point de vue éthique. Pourrais-je, ou devrais-je, travailler comme s'y attendent ma profession et mon institution quand je ressens que cela déresponsabiliserait les individus, entraverait le développement de leur lieu d'évaluation interne et représenterait un exemple des effets destructeurs du pouvoir structurel? Malgré tous les discours sur le développement du partenariat dans les soins et sur le partage d'expertise, la psychiatrie demeure très puissante dans le langage, le discours et la pratique, et le pouvoir prend souvent la forme du contrôle. De plus, les intentions du gouvernement actuel relatives au programme de protection publique impliquent que la psychiatrie continuera à être un agent de contrôle social. La gestion des risques continuera à influencer profondément les soins en santé mentale, contaminer les relations thérapeutiques et propager la peur et la méfiance. Bien que la question ne soit en aucun cas réservée aux seuls psychiatres, c'est dans ce domaine qu'en tant que psychiatre je sens que mes valeurs sont le plus gravement compromises. Je pense que la position radicale de l'Approche centrée sur la personne sur les questions de pouvoir et d'expertise est l'une des raisons du nombre restreint de praticiens centrés sur la personne qui travaillent dans les institutions de santé mentale.

8. La valeur de la relation

L'importance que l'Approche centrée sur la personne accorde à la relation est exceptionnelle. L'approche est fondamentalement relationnelle. À l'opposé, une grande partie de la pratique psychiatrique n'accorde à la relation ni valeur profonde ni intérêt en tant que force de guérison ou facilitatrice de la croissance. Même si la relation est mise en valeur dans la littérature de la santé mentale ou considérée comme un idéal dans les organisations de soins généraux et dans les équipes de travail, dans la pratique trop de problèmes viennent lui barrer la route. J'ai déjà mentionné la gestion des risques. D'autres obstacles au développement des relations d'aide sont les exigences du travail administratif, l'environnement physique professionnel, le volume et l'imprévisibilité du travail, ou simplement l'habitude intrinsèque de faire des choses aux ou pour les clients (ou pire encore, d'être vu en train de faire des choses), plutôt que de se concentrer sur le développement de relations empathiques et de confiance. En bref, les institutions de santé mentale sont des environnements orientés sur des tâches, en général la

recherche de la solution technique, dans lesquels toute activité doit être notée. Ainsi c'est un défi considérable que de réfléchir à la relation, à la qualité du lien, ou même de voir la relation comme une fin en soi plutôt que de la voir d'une manière plus habituelle comme le moyen d'améliorer, par exemple, l'acceptation de la médication, ou pire, d'éviter les réclamations.

9. Les conditions pour un changement constructif de la personnalité

Dans quelle mesure puis-je incarner et offrir les conditions de congruence, de regard positif inconditionnel et d'empathie sur mon lieu de travail? C'est un défi considérable. Être en contact avec moi-même signifie souvent être ouverte à mon désespoir, à ma peur ou à ma colère, sentiments qui menacent parfois de me submerger. Cela signifie être dans l'acceptation de soi dans une institution où le personnel n'est ni valorisé ni respecté, et est de plus en plus traité comme moins que rien. À quel point ma survie au sein du NHS¹ dépend-elle du déni ou des distorsions de mes expériences? Et si c'est déjà une lutte pour m'offrir un regard positif inconditionnel, cela sera certainement une lutte pour l'éprouver et l'offrir à d'autres. En tant que psychiatre cela sera particulièrement le cas, puisque je sais que beaucoup de mes patients ne veulent pas vraiment me voir, souvent en raison de ce que mon rôle représente. Les défis sont aussi nombreux en ce qui concerne l'empathie. Comment est-il possible d'essayer de ressentir le cadre de référence de quelqu'un qui est profondément perturbé, quelqu'un, par exemple, dont les processus de pensée et de langage sont désorganisés ou dont la réalité est délirante? Les activités d'évaluation et de diagnostic sont juste un exemple de la manière dont l'empathie (telle que conçue par l'Approche centrée sur la personne) est entravée.

Dans des contextes autres que la thérapie, ces conditions font, je pense, l'objet de considérations spéciales. C'est un domaine qui mérite beaucoup plus de recherches qu'il n'y en a eu jusqu'ici.

10. Prendre soin de moi

Il est devenu de plus en plus nécessaire – même vital – de trouver et de développer un réseau de soutien et de compréhension, et d'être en contact

¹ N.d.t.: National Health Service, système de santé britannique.

avec des collègues qui partagent les mêmes idées (y compris ceux qui ne se disent pas centrés sur la personne). Cela demande un effort particulier, c'est pourquoi je considère que c'est un défi. Ce fut assurément un défi, presque impossible, d'obtenir au sein du NHS une supervision qui comprenne ce que j'essaie de faire et la personne que j'essaie d'être dans mon cadre professionnel.

Dans mon travail, j'ai souvent trouvé qu'il était trop facile de perdre espoir (en grande partie en raison de facteurs organisationnels), et donc prendre soin de moi signifie en partie trouver des moyens de garder mon espoir en vie. Fondamentalement, il s'agit de nourrir le cœur et l'âme. Je suis heureuse de penser que, pour moi, l'Approche centrée sur la personne elle-même fournit une partie considérable d'une telle nourriture.

Références

- Freeth, R. (2007a). Working within the medical model. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, October (reprinted in *Therapy Today*, Nov. 2007), pp. 3-7.
- Freeth, R. (2007b). *Humanising Psychiatry and Mental Health Care. The challenge of person-centred approach*. Oxford: Radcliffe.
- Boy, A. (2002). Psychodiagnosis: A person-centered perspective. In DJ Cain (Ed.) *Classics in Person-Centered Approach* (pp. 385-396). Ross-on-Wye: PCCS Books.