

# Adhésion et compétence en psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle: réflexions autour d'une nouvelle échelle traduite en français

**Laurent Berthoud & Catherine Prélaz**

Laurent Berthoud est docteur en psychologie clinique et chercheur FNS (Fond National Suisse) senior à l'Université de Lausanne. Il est également psychothérapeute centré sur la personne et exerce en cabinet privé auprès d'une population adulte. Il a cofondé et coordonne le Groupe Romand de Recherche et de Développement de la Société Suisse pour l'approche centrée sur la personne (pcaSuisse).

Catherine Prélaz est psychothérapeute centrée sur la personne et exerce à Genève en cabinet privé. Ancienne journaliste de presse écrite, elle a entrepris sa reconversion professionnelle à l'aube de la quarantaine. Après un MAS en neuropsychologie à l'Université de Genève, elle a opté pour la thérapie humaniste. Elle se consacre aussi à l'intégration de la pleine conscience en psychothérapie.

## Résumé

La *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale*, ou Échelle d'adhésion et de compétence en psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle, a été conçue comme un outil permettant

de valider l'efficacité de ces approches d'orientation humaniste. En effet, jusqu'à sa conception, l'absence d'une bonne mesure de l'adhésion et de la compétence des praticiens était une limite pré-occupante. Non seulement bienvenu dans le cadre de la recherche, cet outil permettant à la fois une auto-évaluation et une hétéro-évaluation de sa pratique est également utile et pertinent dans les cadres cliniques comme la formation, la supervision et l'intervision. Cet article décrit le processus de traduction et d'adaptation effectué pour obtenir la version française de l'échelle.

*Mots-clés:* évaluation des pratiques professionnelles, échelle d'évaluation, investissement professionnel, pratique professionnelle, expérience professionnelle, identité professionnelle, attitude du professionnel, psychothérapie non-directive, psychothérapie existentielle, compétence professionnelle.

## Introduction

À chaque étape de notre activité de praticien centré sur la personne, nous sommes amenés à nous remettre en question. Que nous soyons en formation initiale ou au bénéfice d'un titre officiel de reconnaissance, que nous nous considérions comme un professionnel encore novice ou déjà bien expérimenté, il peut nous arriver tantôt de manquer de confiance dans notre adhésion aux valeurs de base de l'Approche centrée sur la personne et aux besoins de nos clients, tantôt de céder à une routine où nous ne nous posons plus suffisamment de questions quant à notre pratique. Des échanges réguliers avec nos collègues, qu'il s'agisse de formations, d'intervisions, de supervisions ou de partages informels, sont essentiels pour nous permettre d'améliorer et d'enrichir notre pratique, et bien sûr de la corriger lorsque cela est souhaitable. Ces rencontres entre professionnels constituent un élément capital de formation, y compris de formation continue. Une évaluation régulière de sa propre pratique est aussi fondamentale et utile.

Dans tous les cas, il apparaît que des outils concrets d'évaluation de notre adhésion à notre approche et de nos compétences de praticien représentent une aide précieuse pour une analyse fine de notre pratique.

Or, il en existe relativement peu qui soient spécifiquement conçus pour notre approche thérapeutique. Ou alors ces outils ne sont pas disponibles en français. Ce manque d'outils spécifiques est d'autant plus paradoxal que Carl R. Rogers fut un pionnier dans l'évaluation de la psychothérapie, de son efficacité et de l'application des praticiens à mettre en place les valeurs fondatrices de l'Approche centrée sur la personne. En effet, bien que souvent occultées par l'importance et la portée de ses innovations cliniques, les contributions de Rogers à la recherche en psychothérapie sont fondamentales (pour une revue, voir Elliott & Farber, 2010). Il fut parmi les premiers à établir des liens entre pratique thérapeutique et recherche scientifique (Rogers, 1957), et est historiquement la première grande figure de la psychothérapie à avoir insisté pour tester la validité scientifique de ses idées cliniques. Rogers préconisait dès 1942 l'inclusion de cours de méthodes de recherche dans les programmes de formation professionnelle. Un praticien, écrivait-il, devrait disposer de «techniques adéquates pour évaluer son propre travail et celui des autres, et donc d'une base solide pour progresser» (Rogers, 1942)<sup>1</sup>.

Un élément central de la recherche systématique en psychothérapie est l'utilisation d'outils de mesures – théoriquement pertinents – des résultats et du processus. Lorsque ceux-ci n'existent pas, comme c'est souvent le cas, il faut les créer. Ainsi, pour évaluer la validité de leur théorie émergente, Rogers et ses collègues constatèrent qu'ils avaient besoin de mesures pour les concepts-clés centrés sur la personne, tels que la congruence/incongruence, les attitudes facilitatrices du thérapeute et le niveau du processus ou d'*experiencing*<sup>2</sup> du client. Le développement de mesures est un thème récurrent dans la carrière scientifique de Rogers, de sa thèse (Rogers, 1931) aux premières mesures du processus thérapeutique (Rogers, 1946), en passant par les études de Chicago (par exemple Gordon, Grummon, Rogers & Seeman, 1951) et du Wisconsin (par exemple Rogers, Gendlin, Kiesler & Truax, 1967). Ainsi, dès ses débuts, l'Approche centrée sur la personne a été soumise à divers outils d'évaluation, plus ou moins bien adaptés à la mesure de ses particularités (Levitt, Stanley, Frankel & Raina, 2005). Aujourd'hui encore, nous sommes preneurs de questionnaires et autres échelles susceptibles de mieux analyser non seulement le processus thérapeutique du client mais aussi le travail du praticien centré sur la personne.

<sup>1</sup> Rogers, 1942, p. 257 (traduction libre).

<sup>2</sup> *Experiencing*: terme anglais qui signifie «ce dont on est en train de faire intimement l'expérience». Il décrit un processus et n'a pas d'équivalent sémantique en français.

Dans ce contexte, nous nous sommes intéressés à la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale* (PCEPS), une échelle d'adhésion et de compétence élaborée en 2011 par Elizabeth Freire, Robert Elliott et Graham Westwell. Cet outil a fait l'objet d'une première ébauche de traduction française (Prélaz, Coppey & Vuissoz, 2015) dans le cadre d'un groupe d'étude de 2<sup>e</sup> cycle de formation à l'Approche centrée sur la personne en Suisse romande. Devant l'intérêt suscité par cet outil d'évaluation prometteur et sans équivalent dans notre domaine d'activité, nous nous sommes attelés à une version française définitive validée au travers d'une procédure de traduction rigoureuse.

## Un nouvel outil pour combler un manque

La mise à disposition d'un tel outil pour les praticiens francophones a pour objectif de combler un manque et de nous aider à mieux évaluer notre pratique thérapeutique, dans le respect tant de nos clients que des valeurs fondatrices de notre activité d'accompagnement.

C'est le même objectif qui a motivé chez Freire et collaborateurs l'élaboration de l'échelle PCEPS. Ils se sont en particulier intéressés à deux aspects essentiels dans l'évaluation de l'intégrité de notre pratique : l'adhésion<sup>3</sup> et la compétence ; à savoir : si le thérapeute respecte les valeurs de base de son approche et s'il le fait de manière compétente. S'inspirant de Waltz, Addis, Coerner & Jacobson (1993), Freire, Elliott & Westwell (2014) utilisent le terme d'«adhésion» de façon plus précise ; à savoir : dans quelle mesure le thérapeute fait usage des interventions prescrites par son approche, tout en évitant de recourir à des moyens jugés incompatibles avec les valeurs de celle-ci. Cette notion d'adhésion est souvent confondue avec la notion de «compétence» qui décrit la pertinence avec laquelle ces interventions sont dispensées dans l'exercice de la thérapie. Ces deux notions sont parfois difficiles à distinguer. Waltz & al. (1993) considèrent l'adhésion aux valeurs de base comme un présupposé à la compétence du praticien, sans pour autant la garantir : «La compétence présuppose l'adhésion, mais l'adhésion n'implique pas nécessairement la compétence»<sup>4</sup>. Ces deux qualités dans la pratique du thérapeute n'étaient pas prises en compte de manière satisfaisante par d'autres outils d'évaluation. Nous considérons cependant utile d'évoquer ici les instruments d'observation des conditions

<sup>3</sup> Le terme anglais *adherence* est traduit en français par «adhésion» dans ce texte.

<sup>4</sup> Waltz & al., 1993, p. 620 (traduction libre).

facilitatrices les plus importants auxquels les thérapeutes centrés sur la personne ont pu se référer jusque-là.

Ainsi, nous devons à Truax & Carkhuff (1967) les premières échelles mesurant les compétences d'empathie, de chaleur et d'authenticité des thérapeutes: les *Truax Scales for Therapist Accurate Empathy, Nonpossessive Warmth, and Genuineness*. Ces échelles ont été conçues pour l'analyse des observations en direct ou des enregistrements de séances. Elles furent longtemps les plus connues et les plus utilisées dans les études portant sur les conditions facilitatrices en Approche centrée sur la personne. Elles ont permis de faciliter l'évaluation chez le thérapeute de la verbalisation des expériences émotionnelles (empathie), une échelle en neuf points, de la considération positive (regard positif inconditionnel) et de l'authenticité du thérapeute (congruence), deux échelles en cinq points.

Ces premiers outils ont fait l'objet de critiques concernant notamment leur validité. Wilcynski, Brodley & Brody (2008) leur ont aussi reproché de ne pas évaluer la non-directivité des attitudes et intentions du thérapeute. Ils ont alors développé un nouvel outil prenant en compte cette dimension: le *Nondirective Client-Centered Rating System*, non traduit en français. Il s'agit d'une échelle d'hétéro-évaluation où les interventions sont classées en cinq grandes catégories qui s'excluent mutuellement, en distinguant cinq différentes intentions apparentes des thérapeutes: l'intervention empathique (intention de vérifier sa compréhension de ce que vit le client); le commentaire du thérapeute (intention d'offrir son observation, sentiment ou opinion); l'interprétation ou explication (intention d'expliquer le client au client); l'accord du thérapeute (intention de se mettre verbalement d'accord avec le client); la question suggestive (intention de diriger les sentiments, réponses, pensées ou considération du client à l'aide d'une question).

Nous pouvons constater que ces différents outils mentionnés ont un champ d'évaluation plutôt spécifique: les trois attitudes de base du praticien centré sur la personne, et la non-directivité. Mais aucun d'eux ne cible à la fois l'adhésion et la compétence du thérapeute. Or, en 1946 déjà, Carl R. Rogers lui-même exposait ses arguments en faveur de la recherche sur la compétence et l'adhésion dans le cadre de la thérapie non-directive:

Le fait principal qui a donné son impulsion à la thérapie non-directive est la réalisation qu'un processus prévisible et mesurable peut être mis en mouvement chez le client – un processus qui libère des forces d'initiative autodirigée et des forces de croissance psychologique. Comme le processus a été étudié par des moyens de

recherche, il devient plus clair que l'adhésion du thérapeute à certains principes de base impliquant à la fois des attitudes et des procédures tend à favoriser ce processus de réorientation et de croissance du client.<sup>5</sup>

## Aux origines de l'outil *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale*

Passionnés par les principes et valeurs sous-jacents à l'Approche centrée sur la personne et aux thérapies expérientielles, les auteurs de l'échelle PCEPS ont résumé en quelques points essentiels leur motivation à développer un tel outil. Il s'agissait pour eux, non seulement de clarifier ce que l'on entend par ces deux perspectives, mais encore d'en assurer la promotion et la qualité dans la pratique des professionnels. Ceci en testant et en confirmant sur le terrain l'application et le bien-fondé de leurs points-clés théoriques. Le tout en explorant de cette manière quel «terrain d'entente» se partagent les praticiens – et théoriciens – des deux approches. Insuffisamment rigoureux, un tel travail n'aurait guère de raison d'être. À l'opposé, une focalisation extrême sur une notation exigeante des praticiens comporte aussi des écueils à éviter. Ils y ont été attentifs dès les prémices de leur projet, et nous les rejoignons dans l'attention à ces risques qui pourraient dénaturer l'authenticité de notre élan thérapeutique et relationnel.

Il convient ici de se garder d'une approche réductionniste d'un processus thérapeutique complexe, en ayant à l'esprit toujours notre vision humaniste et holistique, et non médicale, psychiatrique et symptomatique quant à la compréhension d'une détresse émotionnelle. Pour reprendre leurs propres termes: «ne pas se fermer à l'art de la thérapie et à la beauté de la relation humaine», et en évitant qu'une échelle d'évaluation ne devienne «une liste de cases à cocher pour savoir comment faire une thérapie centrée sur la personne» (Westwell, Elliott & Freire, 2011).

En élaborant la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale*, ses auteurs avaient pour objectif une mise en évidence de toutes les compétences spécifiques attendues d'un praticien centré sur la personne, en psychothérapie comme en relation d'aide. Ils ont également eu à cœur de favoriser le dialogue entre deux «tribus de la nation humaniste» (Sanders, 2012), à savoir la thérapie centrée sur la personne et les thérapies

<sup>5</sup> Rogers, 1946, p. 139 (traduction libre).

expérientielles. C'est du reste aussi cet aspect de leur travail qui a renforcé notre intérêt pour une adaptation française de cet outil.

Plus généralement, nous avons tous, en tant que thérapeutes centrés sur la personne, fait l'expérience de la confrontation à une vision réductrice, voire parfois naïve, des fondamentaux de notre approche. Ceci au point parfois d'avoir nous-mêmes du mal à présenter avec les mots justes, à défendre lorsqu'il le faut, cette vision humaniste dont nous sommes pourtant convaincus de la valeur et de l'efficacité. Dans la foulée des travaux de Carl R. Rogers, il nous faut encore des outils adaptés à son évaluation, pour garantir à notre approche toute la place et toute la reconnaissance qui lui sont dues. Pour affiner encore et toujours notre pratique professionnelle, notre écoute, dans la meilleure attitude thérapeutique possible.

## Création et validation de l'échelle originale

Pour constituer une nouvelle échelle venant combler les manques évoqués plus haut, les auteurs se sont inspirés d'instruments existants, tout en s'appuyant sur leur propre expérience et appréhension de l'Approche centrée sur la personne. L'échelle en devenir a ensuite été complétée en utilisant la liste des compétences en thérapie humaniste de Roth, Hill & Pilling (2009), une étape qui s'est concrétisée par l'adjonction d'items spécifiques aux thérapies expérientielles. Par ailleurs, une tentative de séparer l'évaluation de l'adhésion de celle des compétences s'est révélée inutile: ils se sont alors focalisés sur les compétences, celles-ci induisant que le thérapeute adhère aux valeurs de son approche.

Une soixantaine de séances de thérapies ont été sélectionnées dans les archives de la *Strathclyde Counselling and Psychotherapy Research Clinic*. Elles concernaient dix thérapeutes, avec pour chacun deux clients ayant donné leur accord pour l'utilisation des enregistrements. Trois séances (début, milieu et fin de thérapie) ont été choisies chez chaque client, et deux extraits dans chaque séance (en première et seconde moitié de la séance). Parmi les thérapeutes évalués, trois étaient des thérapeutes centrés sur les émotions, les sept autres étant centrés sur la personne; six d'entre eux étaient des thérapeutes expérimentés, quatre des thérapeutes en formation. Deux équipes de trois évaluateurs, formés à l'utilisation de la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale*, ont analysé les enregistrements sélectionnés de manière indépendante.

Au terme de leur analyse statistique comprenant une analyse factorielle exploratoire, les auteurs sont parvenus à une bonne fiabilité inter-juges et à une bonne cohérence interne, considérant dès lors l'échelle PCEPS comme un outil prometteur, bien que perfectible. Ils ont en particulier été surpris par le fait que les différences théoriques entre Approche centrée sur la personne et thérapies expérientielles ne se manifestaient pas dans leurs résultats. Au contraire, les items «expérientiels» étaient regroupés avec les items «centrés sur la personne», formant ainsi un facteur reflétant les conditions communes de la relation facilitatrice (12 items). L'autre facteur regroupait les items en lien avec la directivité (3 items), ce qui les a conduits à l'élaboration d'une version raccourcie de leur échelle, que nous évoquerons en fin d'article.

Les auteurs ont par ailleurs varié un certain nombre d'éléments au moment de valider l'efficacité de l'échelle PCEPS. Ainsi, ils ont observé une utilisation efficace de cet instrument quel que soit le degré d'expertise des évaluateurs. Par ailleurs, ils ont pu déterminer que la durée des extraits de séances analysés – 10 ou 15 minutes en l'occurrence – n'avait pas d'incidence. L'écoute d'extraits de début ou de fin de séance donne les mêmes résultats en termes d'évaluation de l'adhésion et des compétences du thérapeute. Des extraits pris dans deux séances – par exemple en début et en fin de thérapie – suffisent. Et l'analyse d'extraits d'une seule thérapie – c'est-à-dire d'un seul client – suffit aussi à l'évaluation d'un thérapeute.

## *Description de la Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale*

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la spécificité de l'échelle réside dans le fait qu'elle mesure à la fois l'adhésion du thérapeute aux approches centrée sur la personne et expérientielle, et la compétence du thérapeute, c'est-à-dire son degré de capacité à faire des interventions centrées sur la personne et expérientielles.

L'évaluation est réalisée sur un total de quinze items listés dans le Tableau 1. Les dix premiers items correspondent aux dimensions impliquées dans le processus thérapeutique centré sur la personne, ils sont axés sur les attitudes du thérapeute. L'échelle PCEPS comprend une seconde partie composée de cinq items plus spécifiquement destinés à l'évaluation des psychothérapies expérientielles, ils sont axés sur la facilitation des processus d'exploration et de différenciation émotionnelle.

**Tableau 1**

*Les items de la Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale*

Sous-échelle centrée sur la personne (CP)	Sous-échelle expérientielle (E)
CP1. Cadre de référence et suivi du client	E1. Collaboration
CP2. Sens fondamental	E2. Spécificité expérientielle
CP3. Rythme du client	E3. Focalisation sur les émotions
CP4. Attitude chaleureuse	E4. Focalisation sur le développement personnel du client
CP5. Clarté du langage	E5. Sensibilité à la régulation émotionnelle
CP6. Directivité du contenu	
CP7. Présence acceptante	
CP8. Authenticité	
CP9. Soutien psychologique (« holding »)	
CP10. Présence dominante ou envahissante	

Pour chaque item à évaluer, six niveaux de notation représentent différents degrés dans la capacité du thérapeute à être centré sur la personne. Le niveau 1 représente un thérapeute dont l'attitude n'est pas du tout centrée sur la personne. Un thérapeute qui obtiendrait un score de 1 pour chaque item n'adhérerait pas du tout aux valeurs de l'Approche centrée sur la personne. Le niveau 2 représente des interventions thérapeutiques pauvres ou minimales par rapport à ces valeurs. Le niveau 3 correspond à une attitude légèrement centrée sur la personne, avec un manque de constance concernant la présence et l'expression des critères. Les niveaux 1 à 3 sont donc jugés par les auteurs comme des performances insuffisantes par rapport aux compétences appropriées attendues. Le niveau 4 est considéré comme un niveau suffisant quant à la présence des qualités centrées sur la personne dans les interventions et attitudes du thérapeute. Le niveau 5 correspond à un bon suivi du psychothérapeute centré sur la personne. Enfin, le niveau 6 représente un excellent suivi, dans le respect des valeurs centrées sur la personne.

Voici comment se présente un item dans la version française de l'échelle PCEPS :

**CP6. Directivité du contenu**

**Dans quelle mesure les interventions du thérapeute visent-elles intentionnellement à diriger le contenu du client ?**

*Les interventions du thérapeute introduisent-elles un nouveau contenu explicite ?*

*Par exemple, les interventions du thérapeute apportent-elles une explication, une interprétation, une orientation, un enseignement, un conseil, un réconfort ou une confrontation ?*

1. **Directivité en qualité d'« expert »**: le thérapeute endosse ouvertement et systématiquement le rôle d'expert en dirigeant le contenu de la séance.
2. **Directivité manifeste**: les interventions du thérapeute orientent ouvertement le client vers un nouveau contenu.
3. **Légère directivité**: les interventions du thérapeute orientent nettement, mais avec hésitation, le client vers un nouveau contenu.
4. **Non-directivité suffisante**: le thérapeute est généralement non-directif quant au contenu, avec seulement des écarts mineurs et temporaires, ou une légère directivité du contenu.
5. **Bonne non-directivité**: le thérapeute suit systématiquement la direction du client lorsqu'il réagit au contenu.
6. **Excellente non-directivité**: le thérapeute suit clairement et systématiquement le «lead» du client lorsqu'il répond au contenu de manière naturelle, engageante et spontanée, avec un niveau de compétence élevé.

## La procédure de traduction

La procédure de traduction et d'adaptation culturelle de la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale* a suivi une méthodologie rigoureuse (Beaton, Bombardier, Guillemin & Bosi Ferraz, 2007). La première étape a consisté à la traduire en français. Un groupe de traducteurs (Prélaz & al., 2015) et le premier auteur, dont la langue maternelle est le français, tous psychothérapeutes centrés sur la personne, ont effectué de manière indépendante une traduction comprenant la totalité de l'outil, à savoir les consignes, les items et l'échelle. Les auteurs ont ensuite fait la synthèse de ces deux traductions et en ont relevé les écarts dans un rapport écrit pour parvenir à un consensus. Ce dernier fut ensuite transmis à deux traductrices anglophones, toutes deux psychothérapeutes centrées sur la personne avec près de quinze ans de pratique chacune, et bilingues. Chaque traductrice a rédigé de manière indépendante une traduction inversée. Une révision de tous les rapports dans les deux langues a ensuite été effectuée par

les auteurs et les traductrices. Chaque élément qui présentait un écart a été revu et a fait l'objet d'un consensus. Une attention particulière a été apportée aux équivalences sémantiques, conceptuelles, idiomatiques et expérientielles. Une version quasi définitive de la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale* en français (PCEPS-FR) était ainsi réalisée.

Une phase de pré-test de cette échelle a été mise en place lors de deux séminaires d'analyse de processus, cours obligatoire dans la formation initiale pour devenir psychothérapeute en Suisse, et conduit par un psychothérapeute et formateur centré sur la personne. Seize participants ont ainsi eu l'occasion de découvrir ce nouvel outil et de l'expérimenter sur un extrait de séance avec Carl R. Rogers. Les thérapeutes en formation avaient pour consigne de mentionner s'ils comprenaient bien chaque item, la consigne, et l'échelle de réponse du questionnaire. L'objectif consistant à relever les items présentant une ambiguïté, une incompréhension ou un autre problème éventuel. Les participants exprimèrent une bonne compréhension des consignes et de l'échelle, ainsi qu'aucune difficulté à appliquer l'outil à l'extrait en question. Au terme de ce pré-test, nous avons établi une version définitive de l'échelle PCEPS-FR.

La mise à disposition de ce nouvel outil pour les praticiens humanistes représente une avancée concrète dans l'évaluation de nos qualités facilitatrices. De plus, tout le travail mené autour de cette échelle nous conduit à nous intéresser de façon plus approfondie encore aux enjeux de l'évaluation dans notre domaine d'activité. Et à nous questionner ensemble sur ce thème.

## Adhésion et compétence: des concepts utiles et pertinents ?

Tout clinicien et tout chercheur en psychothérapie est intéressé par la question des prédicteurs et modérateurs de changement. Il est habituel de distinguer l'impact respectif des variables associées au client, au thérapeute, ainsi qu'à la relation thérapeutique elle-même. L'étude des paramètres associés au thérapeute a suscité autant de critiques dans la littérature scientifique que celle liée au client. Néanmoins, deux paramètres doivent être discutés en raison de leur importance: d'une part, la question de l'adhésion et de la compétence du thérapeute par rapport à son approche, thème traité par cet article et, d'autre part, l'effet de la personne du thérapeute, à savoir ses qualités et ses ressources propres, qui ne sera pas traité ici (pour plus d'informations à ce sujet, voir Castonguay & Hill, 2017).

La mesure de l'adhésion est relativement simple et peut se faire de différentes manières, par le comptage d'interventions compatibles avec le modèle thérapeutique employé ou l'évaluation d'items d'une échelle qui le décrivent, comme c'est le cas avec la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale*. En revanche, l'évaluation de la compétence est plus exigeante car un jugement clinique doit être porté sur l'activité du praticien. C'est là, du reste, un point qui demeure particulièrement délicat dans le cadre de nos approches thérapeutiques, cette forme de «jugement» pouvant se révéler assez peu compatible avec nos valeurs d'acceptation inconditionnelle. L'intervention d'une personne formée et expérimentée est donc requise; elle devra en effet être capable de prendre en compte le processus et le contexte de la psychothérapie. Néanmoins, ces paramètres sont absolument indispensables, dans toute étude portant sur les résultats ou le processus psychothérapeutiques, pour bien identifier le type d'intervention pratiqué.

Par ailleurs, postuler un lien direct entre adhésion ou compétence et le résultat d'une psychothérapie n'est-il pas trop réducteur? D'une part, l'adhésion rigide à une technique ou attitude, sans compétence, n'a que peu de sens et, d'autre part, la compétence comme telle doit voir ses effets pondérés par d'autres variables, comme l'alliance thérapeutique (Despland & al., 2009). Dans une méta-analyse comprenant 36 études, Webb, DeRubeis & Barber (2010) ont examiné le lien entre adhésion et compétence du thérapeute, et les résultats de psychothérapies. Or, leur conclusion ne montre aucune relation directe entre l'adhésion et les résultats, de même qu'entre la compétence et les résultats. Il semble donc que d'autres facteurs jouent un rôle de modérateurs. À titre d'exemple, une étude (Barber & al., 2006) évaluant le lien entre adhésion et résultats sur le traitement de la dépendance à la cocaïne a mis en évidence l'existence d'une relation de type curvilinéaire: le lien est favorable lorsque l'adhésion est moyenne et défavorable lorsqu'elle est faible ou trop élevée. Ceci suggère que la souplesse du thérapeute dans la dispensation de son approche est une qualité importante en psychothérapie.

## Les conditions de base sont-elles vraiment mesurables ?

Depuis la publication de l'hypothèse de Rogers sur les «conditions nécessaires et suffisantes» pour un changement thérapeutique de la personnalité, il y a près de soixante ans, de nombreux chercheurs ont tenté de relever le défi de tester sa validité. Le développement d'instruments permettant

de «mesurer» les conditions d'empathie, de regard positif inconditionnel et de congruence délivrés par le thérapeute, ainsi que la perception de ces conditions par le client, est devenu essentiel pour tester de manière fiable l'hypothèse de Rogers. Cependant, ces conditions sont-elles en fait mesurables? Et si oui, jusqu'à quel point sommes-nous parvenus à les mesurer réellement?

Parmi les différents paradoxes que relève Freire (2009)<sup>6</sup> en lien avec la théorie de Rogers, il existe le paradoxe inhérent suivant: la théorie a été fondée «avec l'objectivisme du positivisme logique, tout en englobant également les constructions phénoménologiques et une vision presque 'mystique' de la relation thérapeutique». Aujourd'hui, nous pouvons critiquer cet objectivisme naïf de la formulation des conditions de la relation par Rogers et sa recherche de «définitions opérationnelles» de ces conditions. Le cadre général de causalité («si... donc») de sa théorie est un «compte rendu déterministe, mécaniste et réductionniste de la complexité, richesse et imprévisibilité du processus thérapeutique».

## La difficulté à mesurer la relation thérapeutique résolue par un partenariat entre chercheur, thérapeute et client ?

Ainsi, le temps est peut-être venu pour une formulation différente de la théorie de Rogers selon laquelle les qualités de la relation thérapeutique ne seront pas définies comme des «attributs» délivrés par le thérapeute en dépit ou indépendamment de la participation active du client et de l'engagement dans le processus thérapeutique (Grafanaki, 2001, 2002; Stiles & Shapiro, 1989). Dans cette perspective, les qualités de la relation thérapeutique seraient certainement mieux étudiées par des méthodes qualitatives, selon lesquelles les différences individuelles et les variations contextuelles seraient considérées comme les «effets à examiner» et non pas à exclure en tant que des «variances d'erreur» comme c'est le cas avec les méthodologies quantitatives (Yardley, 2015). Rogers<sup>7</sup> lui-même a reconnu qu'il avait une «double vie» de subjectivité et d'objectivité: il était très conscient de l'écart entre le rôle du thérapeute et celui du chercheur, et il ressentait un malaise croissant face à la distance entre son objectivité rigoureuse en tant que scientifique et sa «subjectivité presque mystique» en tant que thérapeute.

<sup>6</sup> Freire, 2009, p. 228.

<sup>7</sup> Rogers & al., 1967, p. 200.

Il convient d'apprécier le travail monumental entrepris par les chercheurs pour élaborer des mesures des conditions relationnelles qui permettraient de tester l'hypothèse de Rogers. Cependant, la relation thérapeutique n'a pas nécessairement une structure quantitative qui permet une mesure mathématique rigoureuse. Par conséquent, le développement d'un nouveau cadre d'investigation de la relation thérapeutique est recommandé, dans lequel le client ne serait pas considéré comme un bénéficiaire passif des conditions délivrées par le thérapeute, et dans lequel l'unicité et la singularité de chaque rencontre thérapeutique seraient considérées comme le cœur et l'essence de tout processus thérapeutique (Freire & Grafanaki, 2010).

Nous l'expérimentons tous dans notre pratique : la qualité de la relation, la personnalité – tant du thérapeute que du client – constituent des éléments déterminants de la qualité et du résultat d'un travail thérapeutique. Il est essentiel que nous gardions à l'esprit cette notion de partenariat client-thérapeute lorsque nous évaluons notre pratique ou celle de nos collègues. C'est une marque du respect que nous manifestons à chacun de nos clients en tant que personne unique. Un respect réciproque si l'on en juge par l'appréciation que font les clients de leurs thérapeutes. En effet, comme l'ont constaté les auteurs de la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale*, l'évaluation des thérapeutes par leurs clients diverge sensiblement de l'évaluation des pairs. Nous y reviendrons en conclusion de cet article.

## Deux «tribus», un même outil d'évaluation : limites et perspectives

Que devons-nous évaluer, et comment, afin de déterminer la qualité d'une thérapie ? Cette question se doit de rester bien présente à toutes les étapes de l'élaboration, de l'utilisation et des remaniements encore à venir d'un outil tel que l'échelle PCEPS.

Cette échelle a démontré son utilité, mais aussi ses limites. Ainsi, dans sa version d'origine, elle s'est montrée vulnérable aux préjugés des évaluateurs – dans un certain nombre de cas, évaluateurs et thérapeutes se connaissaient. Par ailleurs, malgré l'effort d'objectivité descriptive des items, il demeure inévitablement une part de subjectivité dans la façon dont chacun de nous se représente des valeurs et des attitudes telles que l'empathie, l'acceptation ou encore la directivité. Ce qui influence par conséquent la manière dont ces dernières sont évaluées.

Nous rejoignons également les auteurs de la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale* lorsqu'ils relèvent que l'analyse de brefs segments de thérapie peut ne pas toujours refléter avec exactitude toute l'ampleur des compétences du praticien. D'autre part, nous pouvons nous demander avec eux si les items et leur cotation sur six niveaux ne sont pas trop limités pour permettre de «saisir les qualités de la relation thérapeutique qui sont intangibles, subtiles, voire même incommensurables»<sup>8</sup>. Mais encore: qu'en est-il du niveau de compétence de l'évaluateur lui-même, par exemple en termes d'empathie, et par conséquent de son influence sur l'appréciation qu'il fait de l'empathie d'un pair? Enfin, il se peut qu'un évaluateur de la «tribu» expérientielle porte une appréciation différente de celle d'un évaluateur de la «tribu» centrée sur la personne.

Cela étant, les principales critiques des auteurs se sont focalisées sur la pertinence ou non de distinguer des items centrés sur la personne et des items expérientiels. Leurs observations les ont conduits à remettre en question le bien-fondé d'une sous-échelle pour les psychothérapies expérientielles, considérant que les items n'étaient pas suffisamment spécifiques pour permettre d'exploiter les différences avec l'Approche centrée sur la personne. Le facteur «directivité» semblait plus apte à explorer ces différences. Au nombre de leurs recommandations (Freire, Elliott & Westwell, 2012), ils ont alors envisagé de ramener l'échelle PCEPS à 10 items, réorganisés de la façon suivante: une sous-échelle de 7 items, focalisée sur les approches centrée sur la personne et expérientielle (4 items centrés sur la personne + 3 items expérientiels) et une sous-échelle de 3 items évaluant la directivité.

À ce propos, un test d'auto-évaluation conduit en 2015 par Prélaz et collaboratrices avec la toute première ébauche de traduction française mettait déjà en évidence des questionnements quant à ce qui différencie ou relie Approche centrée sur la personne et thérapie expérientielle. Selon leurs premières observations, les items destinés aux approches expérientielles étaient susceptibles de conduire les thérapeutes centrés sur la personne à réfléchir à leur pratique de façon au moins aussi approfondie que les items destinés spécifiquement à l'Approche centrée sur la personne. Néanmoins, il était apparu que les deux sous-échelles n'étaient pas aussi aisées l'une que l'autre à utiliser; celle concernant les thérapies expérientielles se révélant plus complexe dans ses formulations.

<sup>8</sup> Freire & al., 2014, p. 225 (traduction libre).

Ce constat nous invite à continuer de nous interroger sur les liens entre l'Approche centrée sur la personne et les thérapies expérientielles, dans les traces notamment de Garry Prouty (1999, traduction française, 2007, p. 81):

Dans ma compréhension de l'expérience thérapeutique, une empathie adéquate accompagne le client dans sa prochaine expérience qui s'est organismiquement formée; ainsi se constitue un pattern d'experiencing non-directif dans lequel le flux de l'experiencing suit naturellement l'organisme. La différence entre le point de vue de Rogers et les visées expérientielles réside dans l'experiencing qui est, d'un côté une conséquence naturelle, de l'autre, le résultat de l'intention du thérapeute.

En tant que traducteurs de la version française de l'échelle PCEPS, nous avons fait le choix de garder la version de 15 items en raison de la richesse de ses énoncés, considérant que qualitativement elle représentait un outil plus complet d'évaluation de nos pratiques.

## L'échelle PCEPS-FR: un outil à usage humaniste et bienveillant

Observer, évaluer pour mieux comprendre, analyser, valider. Pour progresser, en tant que praticien, dans sa qualité d'écoute et d'accompagnement. Et revenir, toujours, fondamentalement, à l'étude du processus thérapeutique. C'est à cela que sont parvenus en essence les auteurs de la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale*. C'est aussi notre conclusion globale.

Si nous pouvons continuer d'embellir notre pratique comme nous le ferions d'une œuvre d'art, sans doute pouvons-nous faire confiance aussi au vécu de nos clients, aux signes concrets de leur épanouissement, à ce qu'ils nous renvoient, avec gratitude, pour la qualité de notre présence attentive, congruente et inconditionnelle. À ce sujet, il est intéressant de relever quelques observations faites par les auteurs de la *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale* qui ont corrélé leur échelle avec divers outils d'auto-évaluation par les clients eux-mêmes<sup>9</sup>. Ils ont en particulier relevé que, contrairement à leurs attentes, les clients, les thérapeutes et les

<sup>9</sup> Ceci au moyen des quatre questionnaires suivants: *Working Alliance Inventory* (version courte révisée); *Therapeutic Relationship Scale* (version Client); *Therapeutic Relationship Scale* (version Thérapeute); *Revised Session Reactions Scale*.

évaluateurs n'aboutissaient pas à une évaluation des séances de thérapie en accord les uns avec les autres. Or, ils sont parvenus à des résultats inattendus, montrant des désaccords entre les évaluateurs et l'appréciation de leur expérience thérapeutique par les clients.

Certains résultats ont en particulier démontré que des clients ont estimé leurs thérapeutes compétents, alors que ces derniers étaient perçus par les évaluateurs comme présentant un faible degré d'adhésion. Il est permis dès lors de se poser parfois la question d'une sévérité excessive lors de l'évaluation d'un thérapeute ; ou celle d'une évaluation trop limitée à un extrait de séance ne suffisant pas à refléter toute l'étendue des aptitudes du thérapeute. Or, le client saura mieux apprécier le contexte global de sa thérapie, la présence écoutante et soutenante de son thérapeute, la qualité relationnelle du partenariat thérapeutique. En d'autres termes : peut-on être un praticien utile au client malgré des réserves émises sur ses compétences professionnelles ? Ne faut-il pas faire confiance au client qui est aussi, à sa manière, un observateur tout au long de sa thérapie des attitudes de son thérapeute, de leur constance et de l'approfondissement de la relation collaborative ?

Dans un article intitulé « *Personne ou science ? Une question de philosophie* », initialement publié en 1955 puis composant un chapitre de son plus célèbre ouvrage *Le Développement de la personne* (1968), Carl R. Rogers nous offre une vision saine et bienveillante de l'évaluation en Approche centrée sur la personne, qui nous semble faire écho à nos questionnements :

C'est parce que je trouve une valeur et une satisfaction dans les rapports humains que j'entre dans les rapports connus sous le nom de thérapie, où les sentiments et la connaissance objective se fondent en une expérience unique et unifiante, vécue plutôt qu'examinée, dans laquelle la conscience n'est pas réfléchie, et où je participe plutôt que je n'observe. Mais parce que je suis curieux de l'ordonnance exquise qui semble exister dans l'univers et dans ces rapports, je peux m'abstraire de l'expérience et la regarder comme observateur, faisant de moi-même et des autres des objets d'observation.

En tant qu'observateur, je dois peser tous les soupçons qui se dégagent de cette expérience vivante. Pour éviter de me tromper en tant qu'observateur et pour obtenir une image plus exacte de l'ordre qui existe, j'utilise tous les procédés de la science. La science n'est pas quelque chose d'impersonnel, mais simplement une personne vivant subjectivement une autre phase d'elle-même. Une compréhension

plus profonde de la thérapie (ou de tout autre problème) peut venir de ce qu'on la vit, ou de ce qu'on l'observe en accord avec les règles de la science, ou de ce qu'on fait communiquer à l'intérieur de la personne les deux types d'expérience (p. 162).

Dans le respect des paroles de Carl R. Rogers, nos différents rôles en tant que praticien, formateur, superviseur, évaluateur ne doivent jamais nous faire perdre de vue l'humanité et la compréhension empathique qui constituent les fondements de nos approches thérapeutiques. C'est donc dans cet esprit constructif que nous vous invitons à utiliser l'échelle PCEPS-FR dans tous les aspects de votre formation et de votre pratique professionnelle. Elle constitue en effet un outil de mesure fin et détaillé de notre pratique thérapeutique. Elle permet de nous questionner sur notre façon de pratiquer l'Approche centrée sur la personne et facilite une évaluation élaborée pour les thérapies de type expérientiel. Sa richesse descriptive, tant en ce qui concerne les dimensions évaluées que les niveaux de cotation, est aussi un outil en soi quant aux exemples qu'elle fournit sur les différentes façons d'intervenir auprès d'un client. Cette échelle sera certainement un instrument très utile aux psychothérapeutes en formation notamment. L'auto-évaluation tout comme l'évaluation par les pairs et le superviseur au moyen de tels items constituera un feedback précieux lors des supervisions, mettant en évidence les points forts et les points à améliorer chez le praticien. De manière générale, l'utilisation de cette échelle permet une prise de recul, en se mettant dans un rôle d'observateur pour favoriser une analyse la plus objective et précise possible de la manière d'être du psychothérapeute avec son client. Son utilisation peut aussi se révéler très formatrice en ce sens qu'elle aidera à ancrer les concepts théoriques dans la pratique.

En conclusion, il appartient à chacun de nous d'accueillir avec curiosité et intérêt un nouvel outil tel que l'échelle PCEPS-FR, d'en éprouver la pertinence, l'étendue de son usage, ainsi que ses limites. Nous espérons qu'il permettra aux thérapeutes humanistes œuvrant dans le monde francophone d'accompagner leur formation, d'enrichir leur pratique professionnelle, de rafraîchir leurs connaissances théoriques, de développer entre eux un partage fructueux de leurs expériences et de leur expertise. Avec exigence. Dans la bienveillance.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Joanna Garland et Jane Llwellyn-Blain pour leur précieuse aide et leur travail de qualité dans la traduction et l'adaptation de cet outil en français. Ce dernier est disponible sur le site d'ACP Pratique et recherche: [www.acp-pr.org](http://www.acp-pr.org).

## Références

- Barber, J., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Gibbons, M. B. C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research, 16*(2), pp.229-240.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Bosi Ferraz, M. (2007). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures*. Canada: Institute for Work & Health.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others: Understanding therapist effects*. Washington: American Psychological Association.
- Despland, J.-N., de Roten, Y., Drapeau, M., Currat, T., Beretta, V. & Kramer, U. (2009). The role of alliance in the relationship between therapist competence and outcome in brief psychodynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 197*, pp. 362-367.
- Elliott, R. & Farber, B. A. (2010). Carl Rogers: Idealistic pragmatist and psychotherapy research pioneer. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 17-27). Washington: American Psychological Association.
- Freire, E. (2009). A quiet revolution... or swimming against the tide? *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 8*(3), pp. 224-232.
- Freire, E., Elliott, R. & Westwell, G. (2011). *Person-Centred & Psychotherapy Scale (v. 10.5)*. [Instrument de recherche non-publié]. Counselling Unit, University of Strathclyde, Glasgow.
- Freire, E., Elliott, R. & Westwell, G. (2012, juillet). *Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale: Field trial results and next steps*. Présentation au 10<sup>e</sup> World Conference for Person-Centred and Experiential Counseling, Anvers.
- Freire, E., Elliott, R. & Westwell, G. (2014). Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale: Development and reliability of an adherence/competence measure for person-centred and experiential psychotherapies. *Counselling and Psychotherapy Research, 14*(3), pp. 220-226.

- Freire, E. & Grafanaki, S. (2010). Measuring the relationship conditions in person-centred and experiential psychotherapies: Past, present, and future. In M. Cooper, J. Watson & D. Holledampf (Eds.), *Person-centred and experiential therapies work. A review of research on counselling, psychotherapy, and related practices* (pp. 188-214). Ross-on-Wye: PCCS books.
- Gordon, T., Grummon, D. L., Rogers, C. R. & Seeman, J. (1951). Studies in client-centered psychotherapy I: developing a program of research in psychotherapy. *Psychological Service Center Journal*, 3(1-2), pp. 3-28.
- Grafanaki, S. (2001). What counselling research has taught us about the concept of congruence: Main discoveries and unresolved issues. In G. Wyatt (Ed.) *Rogers' therapeutic conditions, volume 1, Congruence* (pp. 18-35). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Grafanaki, S. (2002). On becoming congruent: How congruence works in person-centred counselling and practical applications for training and practice. In J. Watson, R. Goldman & M. Warner (Eds.) *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century* (pp. 278-290). Ross-on-Wye: PCCS books.
- Levitt, H. M., Stanley, C., Frankel, Z. & Raina, K. (2005). An evaluation of outcome measures used in humanistic psychotherapy research: Using thermometers to weigh oranges. *The Humanistic Psychologist*, 33(2), pp. 113-130.
- Prélaç, C., Coppey, A. & Vuissoz, D. (2015). *L'échelle PCEPS: Traduction et réflexions autour d'un outil d'évaluation des interventions psychothérapeutiques dans l'Approche Centrée sur la Personne*. [Travail postgrade non-publié]. Société Suisse pour l'approche centrée sur la personne (pcaSuisse), Zurich.
- Prouty, G. (1999). Carl Rogers and experiential therapies: A dissonance? *Person-Centred Practice*, 7(1), pp. 4-11. Édition française: Prouty, G. (2007). Carl Rogers et les thérapies expérientielles: une dissonance? *ACP Pratique et Recherche*, 5, pp. 75-86.
- Rogers, C. R. (1931). *Measuring personality adjustment in children nine to thirteen years of age* [Thèse de doctorat]. New York: Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1946). Psychometric Tests and Client-Centered Counseling. *Educational and Psychological Measurement*, 6, pp. 139-144.
- Rogers, C. R. (1955). Persons or science: A philosophical question. *American Psychologist*, 10(7), pp. 267-278.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), pp. 95-103.
- Rogers, C. R. (1968). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J. & Truax, C. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: The University of Wisconsin Press.

- Roth, A. D., Hill, A. & Pilling, S. (2009). *The competences required to deliver effective humanistic psychological therapies*. Centre for Outcomes Research and Effectiveness, University College London. Consulté sur le site: [http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/humanistic\\_framework.htm](http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/humanistic_framework.htm)
- Sanders, P. (2012). *The tribes of the Person-Centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach (2<sup>e</sup> édition)*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Stiles, W. & Shapiro, D. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process – outcome research. *Psychology Review*, 9, pp. 521-543.
- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counselling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago, IL: Aldine.
- Waltz, J., Addis, M. E., Coerner, K. & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 620-630.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, pp. 200-211.
- Westwell, G., Elliott, R. & Freire, E. (2011, janvier). *Developing the Person-Centred & Experiential Psychotherapy Scale (PCEPS): A heuristic, collaborative process*. Présentation au British Association for Counselling and Psychotherapy, London.
- Wilczynski, J., Brodley, B. T. & Brody, A. (2008). A rating system for studying nondirective client-centered interviews – Revised. *The Person-Centered Journal*, 15, pp. 34-57.
- Yardley, L. (2015). Demonstrating validity in qualitative psychology. In J. A. Smith (Ed.) *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods (3<sup>e</sup> éd.)*, pp. 257-272. London: Sage.