



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

4/6 La supervision clinique

■ La supervision clinique à destination des soignants est une démarche issue de la psychanalyse et fait référence aux concepts de transfert et de contre-transfert. ■ La naissance des courants psychanalytiques, leurs transmissions et la mise en mouvement de leurs différents aspects théoriques a conjointement nécessité la mise en place d'un compagnonnage. ■ Freud, en développant les fondements de la psychanalyse, a corrélativement initié des échanges réguliers avec ses pairs pour approfondir ses réflexions et améliorer la compréhension des processus conscients et inconscients à l'œuvre dans la relation de soin. ■ Cette démarche continue d'évoluer avec les approches systémiques.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – processus parallèle ; qualité de vie au travail ; résonance ; supervision clinique ; systémique ; transfert

L'émergence de la supervision clinique dans des groupes de travail depuis près d'un demi-siècle est alimentée par des références théoriques issues de courants différents (psychanalytique, systémique, neurocognitif comportemental, etc.). Il existe une certaine diversité au niveau de la formation et de l'obédience du superviseur, qui peut être psychologue, psychanalyste, coach, infirmier spécialisé, etc. On doit néanmoins l'essor de la supervision clinique à la mise en place des groupes Balint, nom éponyme de l'auteur d'un ouvrage fondateur *Le Médecin, son Malade et la Maladie*, en 1955 [1].

DÉROULEMENT DES SÉANCES

La mise en place de tels espaces autour des interrogations transférentielles se décline sous trois grandes configurations :

- **en individuel**, pratique courante chez les psychanalystes, les psychologues, les coachs, etc. Le superviseur accompagne le supervisé dans sa réflexion au sujet de sa pratique, notamment à travers l'analyse du contre-transfert [2], l'étude de cas ou des réflexions plus théoriques ;
- **en équipe** au sein d'institutions, la mise en œuvre s'apparente de près à l'analyse de pratique, mais n'est pas centrée sur la compréhension de la situation clinique ;
- **en groupe** de professionnels ou d'étudiants, etc. La durée des séances (de deux à quatre heures) et la périodicité (mensuelle, bimestrielle, trimestrielle, etc.) sont spécifiques à chaque paire, équipe ou groupe.

■ **Par rapport à la formation**, le processus est inversé. En effet, le cadre est coconstruit par l'ensemble des parties prenantes et le matériel réflexif est également apporté conjointement. Plus spécifiquement, le superviseur demeurera le gardien du cadre et du processus.

DYNAMIQUE RELATIONNELLE

Ces espaces-temps ont plusieurs objectifs autour de l'impact des relations interpersonnelles :

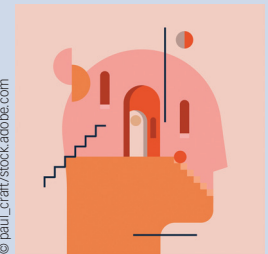
- favoriser l'expression de situations relationnelles spécifiques pour dépasser ou prévenir les conflits et accentuer la coopération, la coresponsabilité et la participation dans le travail en équipe ;

- identifier les enjeux individuels et collectifs ;
- questionner la manière d'appréhender les comportements et les réactions particulières dans les interactions en se décentrant ;
- permettre l'émergence des émotions associées aux situations exposées et, le cas échéant, purger les ressentis envahissants ;
- favoriser la réflexion et le raisonnement inductif autour des enjeux relationnels à l'origine de situations questionnantes ;
- faciliter l'interrelation active où l'esprit déploie une activité véritable en vue d'une fin précise et dans une séquence donnée ;
- prendre du recul pour mieux comprendre soi/l'autre par le biais de tiers extérieur dans les situations relationnelles présentées pour les analyser avec une grille de lecture élargie ;
- renforcer les ressources des personnes, leurs savoir-faire et savoir-être et développer les intelligences (émotionnelle, interpersonnelle, intrapersonnelle, etc.) ;
- améliorer l'estime de soi en valorisant les ressources fluctuantes de chacun et leurs complémentarités ;
- renforcer la confiance en soi par le biais d'une meilleure connaissance de soi ;
- prévenir les risques psychosociaux ;
- améliorer la qualité des soins et développer une communauté de pratiques.

PRÉREQUIS ET LIMITES

Le superviseur est un tiers neutre, extérieur au lieu d'exercice, non impliqué au moment des faits et soumis à la confidentialité, afin de permettre aux individus de partager autour de situations relationnelles suscitant des questionnements.

■ **Cette démarche visant à permettre un travail autour des relations interpersonnelles**, qu'il s'agisse de la relation entre professionnels, avec ou sans positionnement hiérarchique, ou de la relation de soin avec les patients, requiert, qu'elle soit duelle ou groupale, que le superviseur ait des compétences et un savoir-être bien spécifiques et adaptés. L'objectif est de favoriser les liens et les activités en individuel ou en collectif en permettant à chacun de s'exprimer et d'être écouté avec bienveillance.



© paul_craft/stock.adobe.com

1. La visite à domicile
2. L'humeur
3. Le tutorat des étudiants infirmiers
- 4. La supervision clinique**
5. Le secret professionnel
6. L'accueil

CAROLE BELLICAUD^{a,*}

Psychologue écosystémicienne, enseignante, superviseuse

NADINE SATORI^b

Infirmière spécialiste clinique

^a71 bis chemin de Saint-Joseph, 06130 Grasse, France

^bUnité de soins des troubles du comportement alimentaire, groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie et neurosciences, 1 rue Cabanis, 75014 Paris, France

*Autrice correspondante.

Adresse e-mail :

bellicaud.c@upjectif.com
(C. Bellicaud).

RÉFÉRENCES

- [1] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1996.
- [2] Molière F, Friard D. Transfert. In: Formarier M, Jovic L (dir.). Les concepts en sciences infirmières. 2^e éd. Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers; 2012. p. p322–5.
- [3] Fradin J, Lefrançois C. La thérapie neurocognitive et comportementale. Prise en charge neurocomportementale des troubles psychologiques et psychiatriques. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2014.
- [4] Dilts RB, Normandeau C, Wyss K. Consulting Génératif. Outils d'aide à la créativité, à la pleine conscience et à la transformation collective. Dilts Strategy Group; 2022.
- [5] Cyrulnik B, Elkaim M. Entre résilience et résonance. À l'écoute des émotions. Paris: Fabert; 2017.
- [6] Lenhardt V. Au cœur de la relation d'aide, réflexion sur des fondamentaux de la thérapie et du coaching. 2^e éd. Malakoff: Dunod; 2018.
- [7] Rogers. C. La relation d'aide et la psychothérapie. Paris: ESF Éditeur; 1970
- [8] Rouzel J. La posture du superviseur. Supervision, analyse des pratiques, régulation d'équipes.... Toulouse: Érès; 2017.
- [9] Guillaume Y. "Le ça-voir" du superviseur. In: Rouzel J (dir.). La posture du superviseur. Supervision, analyse des pratiques, régulation d'équipes.... Toulouse: Érès; 2017. p. 87–98.
- [10] Bellicaud C. Le conflit, un paradoxe dans le jeu des interactions. Soins Cadres 2014;23(91S):10–3.

■ **Ainsi, le processus individuel demandera au superviseur** un cadre plus souple et plus protecteur, afin de faciliter le travail en zones de vulnérabilité (parfois narcissique, égotique, etc.), sans pour autant glisser en processus de psychothérapie. Cette démarche requiert un certain investissement, tant des participants que du superviseur. Ici, les savoir-faire et savoir-être de ce dernier sont sollicités sur le maintien d'un champ relationnel propice à la confrontation tant individuelle qu'interpersonnelle. Les règlements de comptes intra (culpabilité, remords, projections, etc.) et inter (conflit, blâmes, mépris, etc.) sont autant de signaux faibles devant être recyclés en énergie de développement au service de la pratique clinique.

■ **L'apport de l'approche neurocognitive et comportementale (ANC)** développée par le Jacques Fradin au sein de l'Institut de médecine environnementale (IME) [3], ainsi que les travaux en intelligence collective (IC) de Robert Dilts au sein du Dilts Strategy Group [4], sont de précieuses boîtes à outils pour muscler les compétences et les pratiques de supervision. Ces deux approches facilitent et enrichissent les rapports sur l'autoroute relationnelle en ANC, et au sein du champ relationnel en IC, là où la focale psychanalytique pourrait connaître des limites.

■ **Quels que soient la boîte à outils et le nombre de participants**, le déroulement des séances a lieu dans un cadre propice à la confidentialité et au calme, idéalement *ex situ*. Ces conditions sont le garant d'une certaine liberté de parole, qui se doit de rester circonscrite au groupe de travail. En effet, que l'intention soit bienveillante ou malveillante, l'ensemble des participants est soumis à la confidentialité.

MOYENS MOBILISÉS DANS LA GESTION DES RELATIONS

Le concept de transfert est un postulat psychanalytique dynamique au centre de la relation d'aide [2].

■ **Le transfert est constitué de l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes que le patient** éprouve à l'égard du soignant dans le cadre de la relation de soin. Il correspond à des désirs inconscients, insatisfaits, de modalités relationnelles vécues dans l'enfance qui s'actualisent dans ce contexte. C'est un processus inconscient de ce que le soignant représente pour le patient.

■ **Le contre-transfert désigne la réaction inconsciente du thérapeute** à l'égard du patient, qui est consécutive à la projection de ce dernier. Il peut être positif et mener à l'empathie. À l'inverse, s'il est négatif, il peut conduire au rejet de la part du soignant. En l'absence de contre-transfert, l'indifférence peut nuire à la qualité de la relation de soin.

■ **Ce concept a été enrichi grâce à la vision systémique** du Pr Mony Elkaim par celui des "résonances" [5]. Ici, superviseur et supervisés sont parties prenantes d'un même système, celui de la supervision. Le superviseur peut alors utiliser autant ce qui se passe pour l'autre que ce qui

se passe pour lui durant la séance, car ce qu'il vit peut avoir une utilité, être un matériel pour le/les supervisé(s), comme un reflet. Ce qui se joue dans l'ici et le maintenant a de surcroît, de fortes probabilités d'exister ailleurs.

■ **Cela rejoint le concept du processus parallèle [6]**, ou plus largement du processus de groupe en analyse transactionnelle, lorsque des transactions implicites se créent dans l'interaction. La congruence du superviseur et plus encore ses intentions sont des éléments essentiels pour établir un lien de confiance ainsi qu'un champ relationnel propice à :

- l'introspection ;
- l'engagement ;
- la transparence ;
- la bienveillance ;
- le non-jugement.

■ **La démarche de counseling** ou relation d'aide [7] développée par Carl Rogers propose un accompagnement qui favorise l'expression de la personne et de ses attentes. Le consultant devient l'expert, il est soutenu et guidé par le superviseur. Néanmoins, comme indiqué dans un ouvrage collectif dirigé par le psychanalyste Joseph Rouzel [8], *La Posture du superviseur, « l'investigation psychanalytique et le temps des pratiques, devient plus féconde quand elle transforme le savoir du "superviseur" en celui du "superviseur" muni d'un "ça-voir" »* [9]. L'œil du guide et son expertise sont essentiels dans cet accompagnement.

■ **La gestion des conflits est également un élément central** dans la circulation de la parole pour le superviseur qui anime un groupe. Le conflit « [...] peut être considéré à la fois comme un signal d'altération mais aussi comme un processus consommateur ou producteur d'énergie dans la relation » [10]. Les mouvements qu'il génère impactent la dynamique des participants. Au-delà de la quête de résolution de ceux-ci, c'est un terrain à partir duquel il se construit de nouvelles modalités relationnelles.

CONCLUSION

La supervision clinique n'est ni une thérapie, ni un temps de formation. Elle comporte néanmoins une dimension de développement qui favorise le renforcement (par *sponsoring*) et/ou l'acquisition (par modélisation, résonance) de savoir-faire, tout comme de savoir-être. Elle apporte également une dimension essentielle de soutien dans l'identification du mal-être ou du stress inhérent à l'activité, car elle favorise le décodage de stratégies gênantes dans la pratique au quotidien, et le déploiement de stratégies opérantes pour y faire face aussi bien individuellement que collectivement. Ainsi, elle permet de prévenir l'épuisement au travail, de nourrir la reconnaissance quand elle est décorrélée de la formation, d'activer des ressources dormantes en mode mental adaptatif, et d'accroître la satisfaction. La supervision est un outil qui contribue largement à la qualité de vie au travail et au développement d'une communauté de pratiques. ■

Déclaration de liens d'intérêts

Les autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.