

## La supervision du personnel clinique : quelques éléments de conceptualisation

## Supervision of clinical staff : a few elements of conceptualization

Michel Trudeau et Pier Angelo Achille

Volume 10, numéro 1, juin 1985

Parents et enfants

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030273ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030273ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Trudeau, M. & Achille, P. A. (1985). La supervision du personnel clinique : quelques éléments de conceptualisation. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 99–106. <https://doi.org/10.7202/030273ar>

Résumé de l'article

Dans le contexte institutionnel, la supervision prend une importance considérable étant donné le matériel clinique imposant que doivent absorber les cliniciens. S'il sait faire preuve de certaines qualités fondamentales, le superviseur peut, par l'entremise d'une méthode particulière, fournir au clinicien les outils dont il a besoin pour donner un sens à la réalité parfois pénible avec laquelle il doit vivre. En ce sens, le présent article constitue une tentative de conceptualisation de la démarche de supervision et il propose une procédure qui devrait faire de cet exercice un outil de formation plutôt qu'une simple coopération interdisciplinaire. Le but ultime de cette démarche consiste à redonner au clinicien l'entière responsabilité du processus de compréhension de l'événement. Il s'agit donc, en définitive, d'un effort pour amoindrir la dépendance suscitée par les situations critiques.

# La supervision du personnel clinique: quelques éléments de conceptualisation

*Michel Trudeau\**  
*Pier Angelo Achille\**

Dans le contexte institutionnel, la supervision prend une importance considérable étant donné le matériel clinique important que doivent absorber les cliniciens. S'il sait faire preuve de certaines qualités fondamentales, le superviseur peut, par l'entremise d'une méthode particulière, fournir au clinicien les outils dont il a besoin pour donner un sens à la réalité parfois pénible avec laquelle il doit vivre. En ce sens, le présent article constitue une tentative de conceptualisation de la démarche de supervision et il propose une procédure qui devrait faire de cet exercice un outil de formation plutôt qu'une simple coopération interdisciplinaire. Le but ultime de cette démarche consiste à redonner au clinicien l'entière responsabilité du processus de compréhension de l'événement. Il s'agit donc, en définitive, d'un effort pour amoindrir la dépendance suscitée par les situations critiques.

Les réflexions contenues dans les lignes qui suivent sont le résultat d'un travail journalier avec des adolescents en difficulté. Elles proviennent en outre d'une étroite collaboration avec les professionnels qui s'intéressent à ces adolescents. Sous divers points de vue, il nous a été permis de constater que les rapports de compétence établis dans le milieu institutionnel ne favorisaient pas toujours la progression du travail thérapeutique, en raison de l'esprit ritualiste qui les caractérise. Cette espèce de hiérarchie informelle, basée sur le pouvoir intangible que confère la connaissance, restreint considérablement les possibilités d'apprentissage. La supervision des cliniciens semble favoriser tout particulièrement l'apparition de ces difficultés.

Or, l'une des tâches les plus fréquentes et parmi les plus importantes qui attendent le psychanalyste, consiste à répondre à la demande de supervision, avec toutes les ressources que lui procure sa formation. Dans le contexte institutionnel cette tâche devient l'assise d'une présence aussi nécessaire que recherchée. Tout individu qui a eu l'occasion de participer au travail d'intervention dans une institution quelconque est en mesure d'apprécier les tracas caractéristiques de ce milieu très particulier et il comprend aisément qu'une supervision de qualité constitue à cet égard un allié de première impor-

tance. Pour sa part, le superviseur devient une figure d'assistance pour ceux qui sont aux prises avec des problèmes aussi multiples que complexes, dans la mesure où il sait manier les avatars du contre-transfert. Il se rend indispensable s'il met en perspective la demande qui lui est présentée et s'il demeure conscient des sentiments que cette demande éveille en lui. Il permet ainsi que les rapports professionnels soient les plus harmonieux possible. D'autre part, il n'est pas nécessaire d'insister sur l'ampleur des réactions contre-transférentielles suscitées par le traitement des adolescents et sur la nécessité de les contrôler, puisque ce sujet a déjà fait l'objet de recherches très pertinentes, entre autres par Redl (1966) et Blos (1979).

## LA SUPERVISION, LE DÉSIR ET L'ATTITUDE

La première difficulté que rencontre le superviseur sur le chemin laborieux de sa pratique, concerne les tiraillements de sa propre personnalité. Sa formation tient compte de cette dimension. Cependant, lorsqu'il élabore des concepts au gré d'une activité scientifique, il s'intéresse peu aux déterminismes inconscients. En ce cas, ses choix théoriques lui paraissent exempts d'une quelconque influence affective puisqu'il se trouve alors soumis au primat de la raison. À ce chapitre, Georges Devereux (1980) nous fournit une pénétrante analyse des rapports entre la personnalité et le travail clinique ou

\* Michel Trudeau, M. Sc., est étudiant gradué au département de psychologie de l'Université de Montréal et Pier Angelo Achille est professeur au même département.

scientifique. Il nous serait difficile de la passer sous silence parce qu'elle s'accorde avec le sens de notre propos en démontrant que l'organisation des principes de connaissance n'est pas libre de surdétermination, à plus forte raison lorsque l'enjeu affectif est important. Justement, la supervision nous semble une activité à la charnière du terrain de la recherche et de celui de la clinique.

Parfois contraint d'exercer sa tâche en dépit du contexte institutionnel dont les rouages sont calqués sur ceux des grandes bureaucraties (Peraldi, 1979) et soumis à l'attrait du privilège, le superviseur doit faire preuve de vigilance et reconnaître en lui les désirs qui font obstacle à la poursuite du discours. Ces désirs sont habituellement de l'ordre de la puissance et tendent à s'affirmer dans l'exercice d'une domination narcissique sur les autres membres de la communauté institutionnelle. Cette tendance peut refléter des dispositions nettement pathologiques, pour lesquelles la froideur, l'utilisation d'autrui et la recherche du pouvoir semblent des caractéristiques appropriées. Kernberg (1980) nous donne à ce sujet une description très pertinente, en ne manquant pas de rappeler que certains candidats présentant une structure narcissique de la personnalité parviennent, par leurs qualités intellectuelles, à compléter une formation analytique.

Mais, dans certaines circonstances et pour certains individus, l'attrait du pouvoir, exacerbé par le contre-transfert, peut devenir un obstacle à la coopération entre professionnels. Les problèmes de communication et de compréhension propres aux milieux cliniques ont la plupart du temps des bases affectives liées aux avatars du traitement; c'est justement au déni de cette réalité que s'alimente l'imbroglio thérapeutique. Bien qu'elle puisse prendre des formes extrêmes, comme dans les pathologies du narcissisme (Kernberg, 1980), la recherche du pouvoir est susceptible de s'éveiller en chaque individu et elle tend à se manifester lorsque l'amour-propre subit certains affronts. Le travail pluridisciplinaire, par le biais des rapports de tâches et sous l'impact du «flou» momentané de l'intervention, exacerbe le narcissisme des cliniciens et rend indispensable l'analyse de ses manifestations. À plus forte raison lorsqu'il s'agit d'adolescents, les vicissitudes du narcissisme du sujet provoquent chez le clinicien des réactions qui font naturellement écho à ces changements.

D'autre part, comment imaginer la pratique de la supervision sans le corrélat essentiel que représente l'analyse du superviseur? Une analyse menée à bien constitue une mesure préventive contre les attitudes défensives suscitées par la structure institutionnelle. Celles-ci obstruent manifestement les voies de communication entre les individus tout en générant de nombreuses frustrations et un certain sentiment d'insatisfaction. La plupart des cliniciens connaissent cette réalité et en ont été plus d'une fois navrés. En outre, celui qui supervise gagne peu à se conduire comme un pourvoyeur de sens dont la neutralité est indéfectible tout en étant traduite par la prétendue justesse de ses interprétations. Car, pour ne pas s'isoler dangereusement, le superviseur doit accepter les règles d'un espace qui lui est naturellement hostile, pour pouvoir éventuellement s'en dissocier. Cet espoir légitime hypothèque sa neutralité et lui impose une attitude particulière: sa position est alors paradoxale puisqu'il devient pédagogue. Son enseignement ne vise toutefois que son départ, son travail visant à le rendre inutile. Lorsqu'il est disposé à n'être que l'instrument ponctuel d'une démarche, le superviseur peut faire face à la demande qui lui est soumise.

Sous l'impact de l'événement le clinicien qui vient de vivre une expérience difficile du point de vue professionnel est naturellement enclin à chercher un certain baume dans les paroles de l'autre, alors investi d'un savoir tonifiant, en même temps qu'il souhaite la prise en charge de l'incident par celui qui possède les clés du sens (Lesser, 1983). La question initiale est alors formulée en ces termes: «Est-ce que j'ai bien fait?» ou encore «Qu'est-ce que j'aurais dû faire?» Ce sont là des questions familières pour celui qui a l'habitude de la supervision et qui connaît l'ampleur des difficultés inhérentes à la vie quotidienne d'une institution. Aussi, il nous semble que c'est sur la base de ces questions que doivent s'ériger tous nos efforts de conceptualisation de l'activité de supervision.

## **COMPRENDRE L'ÉVÉNEMENT PAR ÉTAPE**

La supervision a généralement une organisation à la fois précise et imprécise. Précise parce que les rôles et les fonctions de chacun semblent clairs; imprécise en raison de l'absence d'un système de

compréhension cohérent. En effet, le superviseur et les «supervisants»<sup>1</sup> connaissent leur tâche et ils savent, la plupart du temps, comment circonscrire le territoire des rôles respectifs. Il semble, selon des habitudes courantes, que la définition de ce territoire repose avant toute chose sur une certaine idée du statut et, par un rapport curieux, sur l'importance de la hiérarchie. Médecins, psychologues, éducateurs et travailleurs sociaux s'attribuent souvent certains espaces de droit, de façon informelle, sur la base de traditions sociales et en accord avec les préjugés de la société dans laquelle ils vivent. Aussi, même s'ils désirent ardemment se distinguer les uns des autres à partir de définitions de tâches différentes, la réalité indique qu'une dynamique plus profonde pousse chaque acteur dans les retranchements du protocole hiérarchique.

D'autre part, les idées énoncées dans le présent article prêtent à conséquence. Ils supposent en effet une révision de la méthode clinique et l'établissement d'une épistémologie qui lui soit propre. Les réflexions à ce sujet s'inspirent du rayonnement d'une certaine pensée moderne que l'on reconnaît chez Canguilhem (1979), Castoriadis (1978) ou Morin (1977). Même si, sous certains aspects, les avis témoignés ne convergent pas toujours, ils concourent pour la plupart à l'établissement d'un meilleur rapport entre la réalité et la théorie, en même temps qu'ils suggèrent un retour de la connaissance sur la connaissance. Le domaine clinique ne peut échapper à cette véritable révolution et, malgré les résistances que certains opposent, pour toutes sortes de raisons qui ne sont pas du ressort immédiat de la science, il se doit de participer à cette «transvaluation» de toutes les valeurs scientifiques s'il ne veut pas déperir.

Or, c'est justement dans la pratique immédiate que doivent s'opérer ces changements. L'exercice de supervision peut donc devenir une démarche de formation plutôt qu'une simple coopération interdisciplinaire, démarche où l'obtention d'un résultat n'est pas confondue avec l'action mystérieuse d'une espèce de pouvoir intangible, mais où chacun comprend d'où provient la solution du problème et comment elle a été obtenue. Il existe donc, d'après nous, une intelligibilité propre à la manière de saisir un problème clinique et à la façon de le solutionner. Il faut postuler l'existence de liens logiques entre l'affectivité d'un sujet et l'organisation

des événements pour supposer une telle intelligibilité. Il est vrai par ailleurs que ces principes sont tributaires d'une certaine philosophie analytique et justement, si une réelle intégration des schèmes de causalité doit être opérée, comment pourrait-elle se faire sans la participation nette et entière de la logique?

En ce qui concerne la supervision des cliniciens, il est concevable à l'heure actuelle que certaines étapes puissent caractériser un processus de compréhension. Ces étapes constituent un fil conducteur liant d'une façon étroite la personnalité des individus et la démarche de supervision qu'ils entreprennent. En définitive, il s'agit, comme nous le rappelle si justement Lesser (1983), de garder à l'esprit que malgré le report de la scène dans un lien différent et dans un autre temps, l'impact émotif des événements reste vivace et que, avec l'introduction d'une tierce personne (le superviseur), il peut même être exacerbé. Par ailleurs, l'enchaînement des événements, à partir d'un point d'origine quelconque, semble constituer une sorte de spirale, alors qu'au cours d'une séquence temporelle les événements se superposent et se déterminent réciproquement. De plus, l'idée de la spirale suggère un élargissement de la signification; en effet, une caractéristique fondamentale de l'esprit humain consiste justement à produire du sens à l'infini, à élargir continuellement l'univers de la signification, à remplir cette fameuse case vide dont parlait Deleuze (1979). Comme chacun sait, le mérite revient à Lacan (1966) d'avoir parlé de l'inconscient en ces termes et, dans ses applications pratiques, cette vision des choses débouche sur une compréhension accrue de la réalité. Par ailleurs, ce type de représentation exclut manifestement l'idée d'une causalité linéaire<sup>2</sup>.

Enfin, oublier que la situation de supervision constitue une réalité humaine avec ses propres déterminismes est certes une erreur. Aussi, un préjugé vaguement positiviste peut faire croire que la supervision est une situation neutre, une position privilégiée d'où l'on peut juger les faiblesses humaines sans être soi-même impliqué dans le ballottement continu du désir. Avec des acteurs pour lesquels ce préjugé ne présente aucun intérêt, l'effort de compréhension peut être entrepris selon la démarche que nous proposerons maintenant. Comme nous le disions plus haut, cette démarche découle du travail quotidien avec les adolescents

dans un cadre institutionnel et met en cause plusieurs acteurs. Cependant, nous croyons en la possibilité d'appliquer les principes de cette démarche, *mutatis mutandis*, à la supervision d'une intervention au cadre plus limité.

## L'ÉTABLISSEMENT DE LA DÉMARCHE

La demande de supervision émerge la plupart du temps d'une situation critique. Il convient donc tout d'abord de recueillir le plus de matériel possible sur la situation en question dans l'espoir de recréer, dans son intégralité, le contexte des événements. À ce stade il importe, pour ceux qui sont à l'origine de la demande, de formuler sans aucune censure tout ce dont il se rappelle de la scène. Le superviseur doit ainsi pouvoir retrouver, à l'aide de ce libre rappel, les éléments constitutifs de la scène, à savoir la description des acteurs, celle des échanges qui sont survenus dans le groupe et, naturellement, un portrait fidèle de la scène elle-même. Cette première étape apparemment simpliste recèle des pièges à éviter. C'est d'abord à cette étape que les résistances des sujets impliqués se manifestent avec le plus de vigueur pour aiguiller le superviseur sur un chemin sans issue.

Il est parfois tentant de bâcler ce travail préliminaire en délaissant des indices essentiels pour le travail ultérieur. Pour aller plus rapidement, le superviseur risque d'ériger une structure au socle fragile, la lourdeur de ses explications (et de ses implications logiques) écrasant la faiblesse des faits. Un autre danger s'exprime dans une espèce de hâte à interpréter un matériau informe et à gâcher ainsi, par des associations débridées et mal soutenues, le résultat qui est attendu de la supervision. Beaucoup plus qu'une réponse, le superviseur doit fournir une manière de voir et de sentir qui dépasse la simple association pour s'appuyer sur une logique d'organisation.

La seconde étape met en relief cette logique d'organisation. Ce jalon important, véritable pierre angulaire de la supervision, consiste à donner un corps à l'exercice précédent. Le travail se divise en deux parties distinctes mais complémentaires: l'identification des facteurs de causalité et l'établissement des pôles de la situation. En ce qui concerne les facteurs déclenchants, il importe d'identifier les raisons apparentes des comportements critiques, rai-

sons qui peuvent prendre des aspects multiples. Il est facile d'en imaginer quelques-unes: consommation d'alcool ou de drogue par l'un des jeunes, adolescentes en visite dans une institution de garçons, fugue d'un membre d'une unité, organisation d'une fête, etc. (Redl, 1966). Ces facteurs déclenchants sont indissociables de la seconde partie [pôles de la situation] et doivent être envisagés dans leurs rapports avec l'ensemble des éléments constitutifs de l'événement. En somme, il ne s'agit pas simplement d'identifier la cause apparente de la difficulté mais bien plutôt de la situer dans le déroulement de la scène. Car l'institution, dans la mesure où elle s'approprie des visées thérapeutiques, devient une sorte de théâtre qui peut être étudié sous l'angle de ses événements, somme toute de sa fonction scénique (Thoret, 1983).

La seconde partie de cette deuxième étape identifie trois pôles: l'initiateur [sujet de l'intervention], le groupe de pairs et le superviseur [le clinicien supervisé]. Par cette fragmentation du contenu de la situation, il est possible d'effectuer une certaine recherche des significations. Toutefois, il ne fait pas de doute dans notre esprit que cette analyse doit être réalisée en sachant que la vie quotidienne ne peut être ainsi parcellisée et que les éléments d'une situation ne valent que par les rapports qu'ils établissent entre eux (Lewin, 1959). Il ne s'agit donc que de l'examen des détails d'un ensemble afin d'en comprendre l'organisation dynamique.

C'est ainsi qu'en ce qui concerne l'initiateur ou le protagoniste de la scène, il importe de saisir de quelle façon le geste posé s'inscrit dans la problématique du sujet par rapport à lui-même (ses désirs et leurs concomitants), par rapport au clinicien (la relation thérapeutique) et par rapport au groupe (comment la structure interne des sujets parvient à se projeter dans les rapports de groupe (Redl, 1966)). De cette façon les questions relatives au passage à l'acte et à la manipulation, ou encore à la contagion, au *leadership* et à la désorganisation, peuvent être vidées en prenant comme pôle de référence la personne même de l'initiateur.

Dans un deuxième temps, les constituants et la structure du groupe doivent être observés selon la technique qui a rendu possible l'étude de l'initiateur, c'est-à-dire à partir du principe selon lequel le groupe est une entité particulière, qui constitue un plan de réalité analysable, en raison de ses rap-

ports avec la scène elle-même (Anzieu, 1975). Il importe donc d'établir la position du protagoniste, de même que le rôle de chacun, ceci afin de découvrir les structures réelles et apparentes, qui à leur tour devraient nous renseigner sur la réaction du groupe face à l'initiateur et vis-à-vis de l'intervention du clinicien.

Finalement, il est impérieux de replacer le supervisant au milieu de la scène pour dégager ce qui, de sa réaction, appartient au domaine de ses propres désirs et interdits (buts, sentiments et conséquences s'inscrivant dans une problématique contretransférentielle), à celui de ses propres valeurs (idéal du moi, sens moral), à celui du concept de soi (perception de son autorité, de sa valeur, de son efficacité), au domaine parfois controversé du code de vie de l'institution (règles générales) et enfin à celui du sens de sa propre intervention (face au protagoniste, au groupe et à lui-même).

Il va de soi que le rôle du superviseur n'est pas d'entreprendre la psychanalyse du clinicien supervisé mais bien de susciter chez lui des questions qui pourraient faire surgir des éléments de réponse à la demande qui a été soumise<sup>3</sup>. Bien entendu, il importe de ne pas verser dans une sorte de «violence» psychothérapique avec des individus qui forment un tout autre genre de demande et qui, d'ailleurs, représentent des partenaires de travail. Cette demande, que certains pourraient interpréter comme une faiblesse, commande une grande ouverture d'esprit de la part de celui qui la reçoit. Aucun travail de supervision n'est possible sans cette condition élémentaire. Pour cela, l'analogie avec le travail analytique est évidente.

Une fois réalisée l'étude de l'événement, le superviseur opère une sorte de synthèse. L'importance de ce travail pour la réussite de la supervision est incontestable puisqu'à cet instant la situation doit reprendre sa valeur d'ensemble dynamique. C'est un aspect fondamental de l'exercice que de reconstruire la scène tout en lui donnant l'aspect qu'elle avait à l'origine, après que les différentes parties du contexte aient été disséquées, c'est-à-dire en lui rendant à nouveau son aspect unitaire, mais avec la qualité nouvelle d'être beaucoup plus limpide.

Dès lors, il est devenu possible de revoir l'intervention et d'en dégager le sens réel, pour l'ensemble des acteurs, et de refaire la perspective de l'événement en confrontant les différents pôles de la si-

tuation. En outre, le but que visait à l'origine l'intervention, de même que le résultat obtenu, prennent habituellement une couleur fort différente. Cependant, il ne s'agit pas là du terme de la supervision; cette activité n'en est même pas le véritable point de mire. De là, en effet, s'ébranle une démarche de retour sur la demande initiale à la lumière des éléments nouveaux, dans le but de redonner au supervisant l'initiative du processus. Le besoin de généraliser des conduites, qui trouve sa consécration dans la quête de recettes instantanées, et par contre-coup dans la formulation de demandes du type de celles qui sont illustrées au début de cet article, doit peut-être à peu s'éteindre. C'est d'ailleurs l'une des difficultés de la clinique que de devoir incessamment envisager des situations nouvelles, sans être en mesure de généraliser les contenus de l'une à l'autre. C'est l'un des projets les plus ambitieux de la recherche clinique que d'élaborer des méthodes qui composent avec cette réalité.

## UN PROBLÈME INSOLUBLE?

La recherche de solutions aux problèmes de la clinique constitue sans doute l'essentiel du travail institutionnel. En certaines occasions, cet objectif peut devenir le motif d'angoisses et de perturbations multiples. L'exemple qui suit nous en trace un portrait explicite.

Claude s'occupe de la réinsertion des patients psychiatriques, après que des progrès suffisants eussent justifié leur retour à la vie normale. Il a déjà plusieurs années d'expérience à son actif et, parmi ses collègues, on le considère comme un professionnel intègre et réfléchi. Depuis quelques mois, il prépare la sortie d'une patiente qui a l'habitude de l'unité, autant par la fréquence de ses retours que par la dépendance qu'elle a développée. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, fortement démunie, ayant connu plusieurs traumatismes au cours de son développement et qui ne parvient guère à établir quelque lieu de stabilité dans son existence. La veille de sa sortie, Suzanne (la patiente en question) paraît nerveuse, presque agitée. L'atmosphère de l'unité est pesante et l'équipe a du mal à contenir les nombreux accès de colère qui se manifestent ce jour-là parmi les patients. Après le dîner, Claude rencontre Suzanne pour étudier les derniers détails de son départ. La jeune fille est taciturne et répond laconi-

quement aux questions de son accompagnateur. Ils se laissent finalement lorsque les objectifs matériels ont été atteints. Claude sort de cette rencontre avec un profond malaise. Quelques heures après, Suzanne rate de peu son suicide.

Lors du comité clinique qui a lieu le jour même, Claude se présente quelque peu en retard. Il grille cigarette sur cigarette et il évite le regard de ses collègues. Il prend finalement la parole lorsque le cas de Suzanne est enfin abordé. Il s'adresse à l'individu qui supervise le groupe avec des questions pressantes qui font appel à un savoir qu'il croit lui être inaccessible. Mais, autant par leur forme que par leur contenu, ces questions se résument à peu de choses: «Pourquoi a-t-elle fait ça?» ou «Qu'est-ce que j'aurais dû lui dire?» Il semble particulièrement démuni et son passé clinique, riche de succès, paraît envolé.

C'est alors que le superviseur lui propose de revoir, tel un fil continu, l'ensemble des événements qui se sont produits depuis le moment où Suzanne a appris qu'elle sortirait de l'institution. Il lui demande de lui décrire, comme il s'en souvient, tous les faits qui lui reviennent à l'esprit à ce sujet. L'exercice prend rapidement une allure confuse et, si ce n'était de l'habitude de l'équipe à fonctionner comme tel, sans doute une certaine impatience se manifesterait-elle. À la fin de ce travail initial, le matériel recueilli a l'aspect d'une masse informe qui enseigne davantage sur la douleur actuelle de Claude que sur l'histoire fidèle de ses rapports avec Suzanne. Mais cette douleur n'est-elle pas plus significative que n'importe quelle énumération de comportements? D'autre part, cette façon d'agir permet à Claude de livrer ses premières associations sans la contrainte d'une rigueur prématurée. Ainsi, Claude relate ces événements de la façon suivante.

«Lorsque je lui ai fait part de mes intentions, Suzanne n'a pas bronché. Ça m'a surpris. Le lendemain j'ai appris qu'elle avait écrit à sa mère. C'est bizarre, sa mère est morte depuis quinze ans... j'ai eu peur... c'est étrange. Pourtant, c'est pas la première fois qu'elle me fait ça. Elle ne met pas d'adresse sur la lettre, mais elle la poste quand même. Après en avoir parlé avec elle, j'ai pensé que c'était une façon pour elle de revenir en arrière, de retrouver le passé... Quelques jours après, j'ai été malade... trois jours sans venir travailler. À mon retour, Suzanne était souriante et j'ai été très encou-

ragé par son état... Il y a eu des patients nouveaux, la semaine dernière l'unité a été pas mal secouée par ces patients-là... De toute façon, c'est souvent comme ça... (ton interrogatif). J'ai dit à Suzanne que notre rencontre d'aujourd'hui serait la dernière à l'intérieur des murs... je lui ai dit ça hier. Elle m'a fait un petit sourire bizarre. Puis, aujourd'hui, la carpe! Pas un mot; c'est comme si elle ne m'avait jamais connu. J'ai fini par avoir son accord sur les vêtements, le logement, etc. Pas un sentiment! Je me suis dit que j'essaierais de la revoir en fin d'après-midi.»

Une infirmière intervient pour dire que Suzanne s'est plainte, au lever, de maux de ventre, mais qu'elle avait été incapable de préciser ses symptômes. Un préposé fait état du désordre de sa chambre; le médecin se souvient de sa mauvaise humeur. Une longue discussion s'ensuit où chacun y va de ses propres remarques, ajoutant à l'initiative de Claude. Une certaine animosité entre Claude et l'infirmière prend le dessus; était-ce là une situation contextuelle ou un rapport qui était devenu permanent? L'intervention du superviseur permet de relier ces sentiments à des problèmes syndicaux. Cela aurait-il quelque lien avec le drame de la journée? À première vue, rien ne l'indique. Mais le superviseur cherche à repérer les facteurs de causalité qui germent dans l'esprit des cliniciens.

Tout le monde est à peu près unanime pour identifier le retour à la vie courante comme la cause évidente du passage à l'acte de Suzanne. En ce sens, cette histoire a l'air limpide, dans la clarté de «l'après-cour». L'adolescente ne pouvait tolérer sa sortie, telle est la raison de sa réaction. Cependant, une telle conclusion, autant par sa simplicité que par sa bête cohérence, n'apporte rien de très valable. Le superviseur parle du langage des évidences, du risque à laisser Suzanne «seule» avec ses actes, c'est-à-dire à se centrer sur un déterminisme restreint. Un retour plus exhaustif permet de poser de nouvelles hypothèses: depuis une semaine Suzanne passait ses journées avec une nouvelle patiente. Cette jeune fille, un peu plus âgée qu'elle, vient suivre une cure de désintoxication. Elles se sont isolées rapidement. On reconnaît également que l'arrivée d'un nouvel éducateur a eu pour effet de déstabiliser le groupe. «Une menace de grève planait sur l'institution au cours des derniers jours; maintenant c'est réglé...» commente l'infirmière.

Ainsi, prend forme la démarche qui permet de circonscrire la situation. Des pôles se précisent: Suzanne et Claude bien entendu, mais aussi l'infirmière (responsable syndicale), le nouvel éducateur et une patiente perturbée à laquelle Suzanne s'est attachée. Des sentiments prennent le dessus: angoisse de retour à la vie normale pour Suzanne, animosité entre Claude et l'infirmière, attachement soudain et fusionnel entre Suzanne et la nouvelle patiente, incertitude d'un éducateur novice.

Par la suite, l'équipe s'emploie à réviser le dossier de Suzanne et chacun tâche d'établir un parallèle entre la structure de personnalité de la jeune fille et le geste qu'elle a commis. «Elle n'était pourtant pas suicidaire!» remarque avec justesse la travailleuse sociale. Son avidité affective transparait cependant à travers les rapports qu'elle a eus avec l'équipe. Il est également découvert que Claude entretenait à son égard une certaine lassitude. «Elle était vraiment pesante», dit-il. Ce dernier maintient cependant que son intervention visait à la rendre plus autonome sur la base des progrès qu'elle avait déjà réalisés. Il parvient, sans trop de difficulté, à reconnaître que, même si tout cela était bien raisonné, il se dégageait de la sorte d'un poids affectif qu'il traînait depuis plusieurs mois. De la même façon, Suzanne représentait pour le groupe l'espoir d'un progrès. Il s'agissait sans aucun doute de la patiente qui avait cheminé le plus rapidement, avant ce brusque retour. La crise se faisait donc déjà sentir à travers le langage du désordre qu'avaient alors choisi les pairs de la jeune fille. La dépression de la nouvelle patiente semblait par ailleurs répondre au vide que Suzanne appréhendait. La «présence» du vide lui avait-elle servi à reculer l'échéance de son geste? Enfin, Suzanne avait été témoin des discussions houleuses entre Claude et l'infirmière. La cohésion et la solidarité de l'équipe qui soutenaient jusque-là ses progrès avaient été emportées brusquement.

Dans ce contexte, le superviseur revient alors à Claude et à la dernière rencontre qu'il a eue avec Suzanne. Il l'amène peu à peu à élaborer sur le sens que prend son travail avec cette jeune fille, sur ce qu'il veut réaliser, comment il situe les progrès de Suzanne dans son expérience clinique. Cette partie de la supervision peut être poursuivie dans des rencontres plus intimes pour favoriser l'ouverture. Le

superviseur renvoie avec lui la démarche de réinsertion, les possibilités offertes par l'institution, l'appui qu'il a obtenu de ses collègues. Il tente de mettre en relation de telles dimensions avec les motivations de Claude à réaliser la réinsertion de Suzanne. Peu à peu se dégage le sens réel de l'intervention: l'idée d'une réussite à deux, un certain refus de la fragilité du sujet, un espoir légitime de sauver la jeunesse de la jeune fille.

Lors de l'exercice de synthèse, le superviseur fait remarquer aux participants la nature particulière des phénomènes qu'ils ont observés. Il attire leur attention sur le concept de «sens». Dans un contexte affectif différent, c'est-à-dire avec des enjeux moins dramatiques pour Suzanne, pour Claude, pour le groupe et pour l'équipe, une intervention similaire aurait pu avoir des conséquences heureuses. La chose est pour le moins embarrassante puisqu'elle force chacun des membres de l'équipe à déambuler dans un espace qui ne se donne pas d'emblée. Il n'y a donc ni bon, ni mauvais dans une décision clinique? L'intervention dépend avant toute chose du motif inconscient et de la possibilité de faire parler des sentiments qui, sans cela, trouveront bien à se manifester dans une apparente incohérence. Claude comprend ainsi que le «pourquoi?» qu'il posait suppose une statique de la nature humaine, ce que son expérience clinique quotidienne trahit à chaque instant. Il suppose en outre une raideur et une négation des possibilités d'adaptation de l'organisme. D'autre part, Claude se déculpabilise et convient que son intervention n'était mauvaise que par ce qui la sous-tendait et non par son expression même. À ce terme de la rencontre, il avoue sa hâte de revoir Suzanne. Il demande au superviseur de lui suggérer des lectures sur le sujet, il semble beaucoup plus à l'aise. En sortant de la salle, il se retourne subitement vers le superviseur et lui dit, l'air un peu songeur: «Je l'ai aidée à trouver du papier, des crayons, des timbres, des enveloppes... j'étais incapable de l'aider à trouver une adresse!»

Cet exemple donne un aperçu bien bref d'une situation aussi délicate, comme du travail auquel elle a donné lieu. Le lecteur pourra cependant convenir qu'il ne s'agit pas d'une démarche rigide mais bien d'un processus qui se perpétue et qui s'imbrique à la réalité du cadre institutionnel.



## CONCLUSION

En terminant, il faut rappeler quelques principes généraux sur lesquels toute supervision nous semble devoir appuyer. Par un retour exhaustif sur les événements rapportés, la requête doit peu à peu se transformer en une question d'un genre nouveau: «Qu'est-ce que je peux saisir de cette situation et comment puis-je m'y prendre pour lui donner un sens?» Le superviseur doit ainsi se désaisir du statut dont il est investi pour remettre entre les mains du supervisant les moyens nécessaires à une compréhension plus éclairée. Le but ultime de cet exercice ne peut être que l'abandon par ce dernier d'une attitude de dépendance souvent suscitée, d'une façon toute naturelle, par l'acuité de ses difficultés. En outre, il faut garder à l'esprit que la situation de supervision constitue une réalité qui succède à l'événement proprement dit et qu'elle est elle-même, de ce fait, dotée d'une dynamique particulière, non sans rapport avec les événements survenus.

Il est généralement reconnu qu'un clinicien doit démontrer de l'autonomie et un sens aigu de l'initiative. Cependant, il arrive que des situations particulièrement douloureuses entravent l'action de ces attitudes fondamentales et cantonnent la personne soumise à de pareilles difficultés dans des positions de dépendance. C'est alors le rôle du superviseur de redonner leur pleine vigueur aux facultés les plus mûres de l'individu. En ce sens, le travail de supervision est analogue au travail du psychanalyste parce qu'il vise l'élargissement de la liberté individuelle sur la base de significations nouvelles. Il s'en distingue toutefois par la nature de la demande, le contexte dans lequel il s'applique et le type de relation qui est engagé. Autant il demeure soumis aux principes de neutralité bienveillante, de recherche du sens et d'engagement affectif, autant l'individu qui supervise doit rester conscient qu'il devra éventuellement se départir des moyens de compréhension dont il dispose, au profit de celui qui affronte la réalité quotidienne de l'intervention.

## NOTES

1. Comme substantif, à l'instar du terme «analysant».
2. Serait-il imaginable dans un proche avenir qu'il soit possible d'appliquer aux faits de conscience (ou d'inconscience) un système de causalité qui puisse dépasser les simples structures d'implication que nous connaissons aujourd'hui? Voir à ce sujet Piaget (1967).
3. Si, par ailleurs, ces éléments le poussent à entreprendre une analyse, le travail n'en aura été que plus complet!

## RÉFÉRENCES

- ANZIEU, D., 1975, *Le groupe et l'inconscient*, Dunod, Paris.
- BLOS, P., 1979, *The Adolescent Passage*, International Universities Press, New York.
- CANGUILHEM, G., 1979, *Le normal et le pathologique*, Presses universitaires de France, Paris.
- CASTORIADIS, C., 1978, *Les carrefours du labyrinthe*, Seuil Paris.
- DELEUZE, G., 1979, À quoi reconnaît-on le structuralisme, in Châtelet, F., ed., *La philosophie au XX<sup>e</sup> siècle*, 4, Marabout, Paris, 293-329.
- DEVEREUX, G., 1980, *De l'angoisse à la méthode*, Flammarion, Paris.
- KERNBERG, O., 1980, *La personnalité narcissique*, Privat, Paris.
- LACAN, J., 1966, *Écrits*, Seuil, Paris.
- LESSER, R.M., 1983, Supervision: illusions, anxieties and questions, *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 1, 120-129.
- LEWIN, K., 1959, *Psychologie dynamique*, P.U.F., Paris.
- MORIN, E., 1977, *La méthode, I*, Seuil, Paris.
- PERALDI, F., 1979, Les lieux de l'écoute: l'analyse institutionnelle, *Santé mentale au Québec*, 4, 1, 40-61.
- PIAGET, J., 1967, *Logique et connaissance scientifique*, Gallimard, Paris.
- REDL, F., 1966, *When We Deal With Children*, Free Press, New York.
- THORET, Y., 1983, Étude sémiologique de la fonction scénique dans la relation thérapeutique, *L'évolution psychiatrique*, 48, 2, 473-481.

## SUMMARY

Supervision is of considerable importance in the institutional context in view of the extensive clinical material absorbed by the clinicians. It is possible for the supervisor, endowed with certain fundamental qualities, to provide the clinician, through a definite method, with the tools necessary to give meaning to the sometimes difficult reality he has to live with. In this sense, the present article constitutes an attempt to conceptualize the process of supervision and proposes a procedure which would make this exercise a training tool rather than a simple inter-disciplinary cooperation. The ultimate aim of this endeavour is to give back to the clinician the entire responsibility of the comprehensive process of the event. It is therefore an effort to lessen the dependence created by critical situations.