

Enjeux cliniques et éthiques de la supervision externe des équipes en santé mentale

Clinical and ethical stakes of external supervision of mental health teams

Cuestiones clínicas y éticas de la supervisión externa de los equipos de salud mental

Questões clínicas e éticas da supervisão externa das equipes em saúde mental

Mario Poirier, Ph.D.

Volume 31, Number 1, Spring 2006

Éthique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/013688ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/013688ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Poirier, M. (2006). Enjeux cliniques et éthiques de la supervision externe des équipes en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 107–124.
<https://doi.org/10.7202/013688ar>

Article abstract

External supervision of teams is increasingly part of mechanisms put in place both in public networks and community organizations to contribute in supporting professional mental health workers in developing their abilities and improving their clinical practices. It also plays a role in the analysis of ethical questions and in the prevention of deontological errors. The supervision of teams also includes its share of challenges, notably with regards to group dynamics and mechanisms to favour in order for supervision to rightly adjust to the needs and levels of participating professionals. Finally, the supervisor must also consider his own ethical responsibilities towards those supervised and towards their clients.



Enjeux cliniques et éthiques de la supervision externe des équipes en santé mentale

Mario Poirier*

La supervision externe d'équipe s'inscrit de plus en plus dans les dispositifs mis en place tant dans le réseau public que dans les milieux communautaires pour contribuer à soutenir les intervenants, à développer leurs habiletés et à améliorer les pratiques cliniques. Elle a aussi un rôle à jouer dans l'analyse des questions d'éthique et dans la prévention des erreurs déontologiques. La supervision d'équipe comporte cependant son lot de défis, notamment dans la prise en compte des dynamiques de groupe et dans les mécanismes à privilégier pour qu'elle puisse bien s'ajuster aux besoins et aux niveaux des intervenants y participant. Enfin, le superviseur doit également tenir compte de ses propres responsabilités éthiques face à ses supervisés et face à la clientèle des services dispensés.

Si la supervision fut d'abord pratiquée au XIX^e siècle et au début du XX^e en psychiatrie (formation des médecins cliniciens) et en psychanalyse (Holloway, 1992, 177), elle fut rapidement inscrite aux programmes de formation de toutes les écoles théoriques et de tous les horizons de pratique. De nos jours, la supervision est une activité intégrée à la pratique clinique quotidienne de la plupart des équipes en santé mentale des réseaux publics et parapublics (Bernard et Goodyear, 2004 ; Bishop, 1998 ; Falender et Shafranske, 2004 ; Watkins, 1997, 1998). L'objet de cet article est d'éclairer certains volets des enjeux éthiques de la supervision clinique d'équipe, sans prétendre survoler tous les modèles ni toutes les modalités possibles de supervision.

La supervision est une activité formelle et régulière d'apprentissage clinique et de soutien professionnel. Elle permet aux intervenants de parler des situations qui les préoccupent, d'aborder ce qu'ils vivent et ressentent sur le terrain, le tout dans un climat accueillant et respectueux. L'objectif principal est d'aider le clinicien à améliorer ses pratiques d'intervention tout en y trouvant plaisir et satisfaction. La

* Mario Poirier, Ph.D., est psychologue clinicien et professeur agrégé de psychologie à la Téléu (UQAM) où il est responsable du programme de deuxième cycle en santé mentale (DESS). L'auteur remercie tous les intervenants qu'il a eu le plaisir et le privilège de superviser au fil des ans.

supervision sert à développer « l'empowerment » des intervenants, en les aidant à mieux comprendre leur travail quotidien et en développant leur sentiment de compétence par l'acquisition de connaissances cliniques et par des échanges fructueux sur l'interaction avec les clients. Elle peut aussi aider le supervisé à retrouver son équilibre intérieur et sa zone de confort dans son travail en l'aidant à ventiler, à s'exprimer et à comprendre ses réactions affectives (Bishop, 1998 ; Carroll, 1996 ; Driscoll, 2000 ; Proctor, 2001).

Le superviseur n'est pas aux premières loges de l'intervention, il accompagne le clinicien dans sa pratique. Cette différence de perspective ne doit jamais être perdue de vue. La relation de supervision s'inscrit dans une dynamique particulière qui se juxtapose à la relation du clinicien et de son client. Le superviseur constitue le tiers extérieur, le point autour duquel l'intervenant peut « penser » son client. Haynes et al. (2003, 2) définissent ainsi cette triade : « *Supervision is a unique professional relationship between a supervisor, a supervisee, and the clients they serve.* » La supervision a donc comme rôle de contribuer au développement personnel et professionnel du clinicien tout en contribuant en même temps au mieux-être de la clientèle et à la dispensation de meilleurs services (Bernard et Goodyear, 2004 ; Haynes et al., 2003).

Le travail de supervision

Le travail clinique est complexe et les enjeux éthiques peuvent traverser une multitude d'interactions d'aide. Si la supervision offre un « espace intersubjectif de réflexion » (Lecomte et Savard, 2004), le superviseur se retrouve cependant aux prises avec quelques limites et difficultés intrinsèques à la tâche. Le premier défi est de se faire une opinion clinique de « seconde main » sur la clientèle puisque, sauf exception, le superviseur externe n'a pas un contact direct avec les clients de ses supervisés. Il doit se faire une idée à partir de ce qui lui est rapporté¹. Le deuxième défi est d'être soutenant pour les intervenants tout en les encourageant à améliorer leur pratique et en gardant l'œil ouvert pour évaluer et gérer les risques (comme le suicide) et les problèmes d'éthiques qui peuvent survenir. Enfin, dans la supervision d'équipe, le superviseur doit en outre être attentif aux rapports interpersonnels, à la dynamique de groupe et aux phénomènes qui peuvent en résulter (Bernard et Goodyear, 2004 ; Falvey, 2002).

La supervision peut engendrer des résistances prévisibles chez les supervisés (Bernard et Goodyear, 2004). Certaines sont conséquentes de la nature même du modèle de supervision qui sera choisi. Ainsi, la supervision de groupe peut générer des craintes du fait que les difficultés

cliniques et les dévoilements personnels seront exposés devant les pairs. D'autres résistances sont issues des craintes intrapsychiques et reflètent les conflits intérieurs. Parler de certains clients, aborder certains affects, discuter de certaines problématiques, peut « faire mal » au clinicien car cela le conduit par écho aux situations affectives et relationnelles qui l'ont fait souffrir dans sa propre vie. Même dans sa propre thérapie, l'intervenant peut avoir de la difficulté à aborder ces dimensions, a fortiori en supervision quand la responsabilité morale de « bien faire pour le client » induit une réticence naturelle à explorer les affects moins « glorieux ». On oublie quelquefois de souligner à quel point le professionnel ne peut se dégager de son histoire personnelle : le savoir, la technique, la pratique ne règlent pas les zones d'ombre et les souffrances inhérentes à toute histoire humaine. Un diplôme, un emploi, ne sont pas des garanties de bien-être personnel et d'harmonie affective avec les autres.

Le travail portant sur les contretransferts contribue généralement à mieux comprendre et à réduire les résistances (Falender et Shafranske, 2004). Historiquement, on a donné deux sens distincts à la notion de contretransfert : le sens premier de réaction spécifique au transfert du client (« contre le transfert ») ; et en second lieu le sens plus contemporain qui intègre dans ce concept l'ensemble des réactions personnelles de l'intervenant en fonction de ses valeurs, de son histoire de vie, et même de ses convictions théoriques, en ce que tout cela peut influencer considérablement l'interaction clinique. Si le fait d'aborder les contretransferts en supervision ne peut pas se substituer au fait d'entreprendre une psychothérapie individuelle, le travail effectué en supervision peut cependant contribuer à permettre au clinicien de mieux saisir et s'approprier ses réactions affectives, tout en permettant à l'intervention de se recentrer à nouveau sur les besoins du client.

Notre pratique de la supervision indique que le travail des contretransferts peut s'amorcer à des niveaux différents, selon les acquis du supervisé. À ses premières expériences de la supervision, surtout s'il n'a jamais entrepris une psychothérapie personnelle, l'intervenant peut avoir de la difficulté simplement à prendre conscience des réactions affectives qui accompagnent ses interventions (Qu'est-ce que ce client m'a fait vivre ?) et à les nommer. Avec la pratique de la supervision (et de toute autre démarche qui l'aide à progresser en ce sens), le supervisé apprend au deuxième niveau à exprimer davantage ses sentiments et à ventiler dans un contexte d'écoute favorable à l'insight. Il lui devient plus facile d'identifier ses sentiments et d'élaborer sur ce qu'il ressent. Au troisième niveau, il apprend à faire le lien entre ses réactions et sa

propre trajectoire en cherchant à saisir davantage le sens de ce qu'il vit intérieurement face à son client (À quoi me ramène mon client en rapport avec ma vie personnelle? Quels liens puis-je faire entre mes réactions et ma propre histoire de vie?). Bien entendu, de tels liens ne peuvent être abordés et discutés que si l'intervenant le souhaite et que si la relation avec le superviseur est empathique et respectueuse. Au quatrième niveau, qu'on pourrait qualifier de retour sur les responsabilités éthiques, le supervisé explore l'impact de son propre contretransfert dans l'interaction avec son client (Qu'induit mon contretransfert en intervention? Qu'est-ce que je fais vivre à mon client par mes propres sentiments et mes propres réactions?). Enfin, au dernier niveau, l'intervenant examine comment il pourra intégrer l'ensemble de ses insights dans son intervention (Comment puis-je tenir compte de mon contretransfert? Comment puis-je améliorer mon intervention dans ce contexte?). Bien entendu, le processus peut s'enchaîner assez naturellement au cours d'une seule supervision si celle-ci est bien installée, que la confiance règne et que le supervisé a déjà intégré les acquis nécessaires. Toutefois, il est important de bien évaluer ces acquis et de cibler en conséquence au fur et à mesure les objectifs de la supervision si on désire que l'ensemble du processus — de la prise de conscience à la décision éthique, en passant par l'insight sur les sentiments et la trajectoire personnelle — puisse éventuellement se faire tout naturellement, sans forcer la chose ni créer d'attentes irréalistes.

L'exploration des contretransferts constitue une clef de voûte de la supervision clinique, dans la plupart des contextes d'intervention en santé mentale. C'est le pendant naturel du travail qui est demandé au client : prendre conscience, s'exprimer, faire sens avec ce qui arrive, tenir compte des nouveaux apprentissages. Toutefois, tout comme cela se produit en psychothérapie, il peut arriver au début et dans certaines circonstances que les choses ne se déroulent pas dans le registre de l'expression verbale. Tout ne se dit pas en mots, du moins dans un premier temps. Les sentiments, les fantaisies, les défenses, les souvenirs s'expriment parfois par les gestes, par les réactions non verbales, et dans la relation à l'autre. Ainsi, il peut arriver qu'un intervenant « agisse » en supervision ses contretransferts avec les clients. Searles (1955) nommait cela le « processus parallèle ». Celui-ci fait en sorte que ce qui est vécu en psychothérapie avec le client se trouve parallèlement à être rejoué en supervision. Ce mécanisme permet inconsciemment au thérapeute de « tester une situation » en supervision et d'aller chercher une résolution intérieure et de l'aide par « modelage » à partir de la réaction du superviseur au problème du client réapparaissant ainsi en supervision. Le processus parallèle peut parfois aller jusqu'à l'imitation des défenses,

des comportements problématiques ou des passages à l'acte du client : retards ou absences en supervision, faible motivation pour la séance, mutisme ou hostilité latente, etc. Le supervisé revit en supervision ou face au superviseur les réactions mêmes du client face à lui et face à la relation d'aide. De telles situations sont normales et le superviseur doit tenter d'aider le clinicien à les identifier et à en parler (Doehrman, 1976 ; McNeill et Worthen, 1989 ; Stoltenberg et Delworth, 1987).

L'insight sur les réactions affectives et leur sens dans la vie de l'intervenant font normalement partie d'une supervision clinique suffisamment prolongée. Toutefois, bien sûr, l'ouverture à ces dimensions personnelles ne peut se produire que dans un climat d'alliance (Lecomte et Savard, 2004). Le plus souvent, l'instauration de ce climat se fait très graduellement, au fur et à mesure que la supervision est démystifiée, appréciée et intégrée dans la pratique quotidienne. Il faut parfois un peu de temps pour y arriver. En début de supervision, le clinicien ressent souvent des sentiments contradictoires, alliant une certaine désillusion face à ses propres habiletés cliniques au désir d'une supervision intéressante, le tout mitigé par la crainte d'être critiqué et d'en ressortir dévalorisé (perte d'estime de soi). Au fil des rencontres, l'intervenant commence cependant à s'investir et trouve de l'intérêt à parler de ses clients et des situations vécues sur le terrain — c'est alors le signe que l'alliance s'établit et la communication devient de plus en plus aisée, spontanée. Le superviseur, en signalant sa compréhension des incertitudes de toute pratique clinique plutôt que de se poser en expert qui sait tout, permet l'éclosion d'un climat d'exploration et favorise l'émergence de remises en questions personnelles et professionnelles. L'intervenant ressort alors de la supervision avec une meilleure connaissance de ses propres réactions et une meilleure capacité de « prendre soin » du client (Worthen et McNeil, 1996).

La supervision d'équipe

La supervision individuelle est la modalité la plus connue et la plus étudiée dans la littérature. Elle est souvent préférée par les intervenants, surtout en début de carrière (Van Ooijen, 2000). Toutefois, la supervision individuelle, si elle peut être utile à toutes les étapes de la carrière, comporte une limite intrinsèque, celle de s'ancrer dans la relation dyadique. La supervision d'équipe permet le partage de l'expérience et de l'expertise avec les pairs, l'exploration collective de nouvelles pistes d'intervention. Elle peut aussi contribuer à assainir et enrichir le climat d'équipe.

La supervision d'équipe comporte ses propres limites et son lot de défis (Van Ooijen, 2000). La première difficulté a trait à l'impact des

dévoilements portant sur les récits de vie : les intervenants peuvent craindre que ce qu'ils amènent puisse ensuite leur « revenir » dans une situation de conflit d'équipe. Ils peuvent aussi craindre de « trop en dire » s'ils abordent des aspects qui les touchent de très près, par exemple de commencer à pleurer devant leurs collègues en pleine supervision d'équipe, ou d'exprimer devant témoins une très forte colère face à un client. Le rôle du superviseur est d'aider la personne à s'exprimer adéquatement tout en s'assurant que le groupe est dans une disposition d'écoute appropriée. Le superviseur doit aussi favoriser l'insight sur le contexte du dévoilement en équipe et clarifier les limites reliées à ce cadre. Si le climat général est bon, la plupart des supervisés trouveront rapidement le juste milieu entre un dévoilement personnel enrichissant et une discrétion suffisante, en rappelant par exemple qu'ils pourront toujours aller plus loin dans le cadre d'une démarche personnelle (« je vais travailler cela dans ma propre thérapie »). En fait, un dévoilement adéquat a souvent un effet très positif tant au plan de la profondeur des insights cliniques (en favorisant la résolution des contretransferts) que pour la cohésion du groupe (effet de solidarité). Après tout, les intervenants sont, sauf rare exception, des personnes empathiques qui veulent aider les autres. Ces qualités ne disparaissent pas en supervision de groupe.

Qu'est-ce qui caractérise une bonne supervision d'équipe ? En premier lieu, le superviseur externe doit être en mesure d'élaborer un lien constructif avec l'ensemble de l'équipe et capable de susciter un climat d'alliance. Il doit favoriser la participation de chaque intervenant tout en étant attentif à la dynamique de groupe. Son approche doit être respectueuse, empreinte d'écoute et de clarté. Il doit éviter de « prendre parti » pour l'un ou pour l'autre supervisé et il doit évidemment clarifier son rôle et ses obligations en fonction du mandat institutionnel qu'il a reçu.

Dans les discussions de cas, le superviseur doit se centrer sur l'expérience du terrain des intervenants et puiser le matériel des échanges dans les situations cliniques rencontrées par ses supervisés et non pas dans des considérations théoriques désincarnées ou dans sa seule expérience professionnelle. Il ne donne pas un cours magistral ni une simple démonstration de ses habiletés. Il doit veiller à ce chaque intervenant puisse aborder les situations et les questions qui le préoccupent et il doit s'assurer que les pistes d'intervention explorées soient bien saisies et intégrées à la pratique clinique. Enfin, le superviseur doit prendre soin de ses supervisés mais aussi se préoccuper de leurs clients. La supervision est une activité de ressourcement pour les intervenants

mais c'est aussi un outil servant à améliorer la qualité des services : ses retombées doivent donner des résultats probants sur le terrain (Bernard et Goodyear, 2004 ; Driscoll, 2000 ; Falender et Shafranske, 2004 ; Falvey, 2002).

Dans le contexte de la supervision d'équipe, une autre habileté semble essentielle, celle d'être en mesure de tenir compte des différences individuelles dans le groupe des supervisés. Les cliniciens ont en effet des besoins et des attentes qui diffèrent selon leur niveau d'expérience. Ainsi, les débutants veulent surtout développer des habiletés de base et ont besoin d'un soutien didactique axé sur la transmission des informations pertinentes (connaissance de la psychopathologie, de l'évaluation clinique, de la tenue de dossiers, etc.) tout en requérant un espace pour s'exprimer et prendre davantage conscience de leurs réactions (« self-awareness »). Les intervenants un peu plus avancés recherchent plutôt à développer leurs propres habiletés de conceptualisation et veulent aussi approfondir la discussion portant sur leurs attentes et leurs réactions face au travail clinique. Enfin, les cliniciens expérimentés ressentent surtout le besoin de discuter des transferts et contretransferts et donc des aspects intérieurs et affectifs du travail clinique (Worthen et McNeil, 1996).

Chose certaine, le superviseur d'équipe doit tenir compte de la dynamique en place (Bernard et Goodyear, 2004 ; Hawkins et Shohet, 1989). Il doit garder à l'esprit qu'il ne fait pas que superviser le travail individuel — avec les nuances requises pour s'ajuster au niveau de chacun — mais qu'il s'insère en outre dans une dynamique de groupe. Il doit penser ce « système » en ce qu'il a comme impact dans le travail quotidien des intervenants et aussi dans la rencontre même de supervision d'équipe. Les plus fréquents problèmes ont trait à la distribution des rôles et aux modalités de communication qui se sont incrustées. À titre d'exemples, on peut retrouver dans une équipe : a) une ou deux personnes qui ont tendance à monopoliser les échanges, laissant peu de place à leurs collègues ; b) la présence de clivages entre deux groupes d'intervenants, reflétant les personnalités des membres de l'équipe mais assez souvent aussi les réactions affectives face à la clientèle (notamment avec les troubles de la personnalité) ; c) la présence d'un bouc émissaire qui hérite des frustrations de l'équipe et qui maintient par sa présence une homéostasie problématique ; d) des rapports compétitifs, certains intervenants désirant dégager une image optimale de compétence en camouflant leurs doutes et leurs difficultés. Ce sont des situations fréquentes, parmi bien d'autres possibles, et qui peuvent très bien se travailler graduellement en supervision d'équipe : encore

faut-il être en mesure de les percevoir et de les décoder. L'important est de réaliser que la dynamique d'équipe influencera considérablement le déroulement et la vitalité d'une supervision et qu'elle doit toujours faire l'objet d'une attention particulière.

Si la dynamique d'équipe est fortement perturbée — grande méfiance entre les pairs, conflits majeurs entre des membres de l'équipe — la supervision de groupe risque d'être très difficile à implanter ou peut même devenir un nouveau territoire de combats interpersonnels. Le superviseur peut alors se retrouver cantonné dans un rôle d'arbitre ou de médiateur. Il a alors la responsabilité éthique de clarifier les enjeux qui se posent autour de sa présence. Toutefois, si des heurts sont toujours possibles, la supervision finit généralement par contribuer à améliorer les choses dans une équipe, du simple fait qu'un tiers est présent et qu'il peut se dégager de la mêlée, tout en orientant les échanges vers ce qui fait généralement consensus même dans les équipes en difficulté : travailler ensemble pour le bien des clients. Cet objectif finit presque toujours par rallier les cliniciens. Avec le temps, on peut parfois obtenir des résultats tout à fait remarquables en permettant d'aborder graduellement et de résoudre en douceur des difficultés d'équipe qui hantaient les lieux depuis longtemps.

Le superviseur peut aborder les difficultés systémiques avec méthode, par exemple en réservant un temps pour parler du vécu de l'équipe (« Comment cela se passe entre vous cette semaine ? »), ou encore en entremêlant aux échanges cliniques des questions et des réflexions portant sur la qualité du travail d'équipe. Toutefois, si on doit favoriser une certaine métacognition sur la dynamique en place, il faut parfois rappeler que l'objectif n'est pas non plus d'entreprendre une thérapie de groupe mais bien de rester centré sur le travail clinique et la progression des pratiques. Si on peut comprendre qu'une séance complète de supervision ne serve à l'occasion qu'à aborder la dynamique d'une équipe, on doit cependant s'interroger sur le sens de la démarche, les attentes et les objectifs, si chaque séance est ainsi tournée vers la seule équipe sans permettre d'aborder les questions d'intervention avec les clients. Fait-on alors encore de la supervision clinique ou fait-on plutôt de la médiation de relations de travail ? Dans la plupart des cas toutefois, « santé d'équipe » et « efficacité clinique » vont de pair puisqu'une équipe qui va bien, où les relations sont harmonieuses, est généralement davantage ouverte aux remises en question et donc apte à améliorer ses pratiques. Tout est question d'équilibre dans la nature des échanges.

Il peut arriver cependant qu'une équipe soit en réelle souffrance. La supervision régulière peut alors être nettement insuffisante et

l'équipe peut avoir besoin d'une médiation soutenue, voire d'un réel changement de culture organisationnelle. Certains fonctionnements d'équipe génèrent tellement de soucis, de conflits, de craintes, de blâmes qu'il est même risqué d'introduire de nouveaux intervenants en son sein car ils se verront rapidement happés par cette dynamique toxique. Quelques équipes sont installées dans un monde paranoïde fait de méfiance mutuelle et de retrait ; d'autres semblent avoir développé une personnalité borderline, avec de très forts clivages et des passages à l'acte constants ; d'autres encore semblent profondément déprimées, au bout du rouleau, en « burn-out » collectif perpétuel. Ces situations sont très sérieuses et peuvent rendre le travail pratiquement impossible, voire miner sérieusement la santé mentale de tous et chacun (Poirier, 2000). Comme tout outil bien utilisé, la supervision peut faire des merveilles mais elle a aussi ses limites et il ne faut pas hésiter à discuter de celles-ci quand cela devient nécessaire.

Les questions d'éthique

L'intervention en santé mentale fait une large part à la subjectivité des praticiens, et donc à leurs convictions idéologiques et théoriques, ainsi qu'à leurs propres réactions émotionnelles et à leurs préjugés sociaux. Bref, il n'y a guère là de méthode unique, de solution toute tracée, ni d'instrument de mesure ou de classement tout à fait fiable. Tout cela génère de l'incertitude dans l'action thérapeutique et, en contrepartie, une grande marge de manœuvre : on peut s'y prendre de plusieurs façons pour tenter d'aider un client. De même, un client qui vient chercher de l'aide n'a très souvent qu'une idée assez imprécise de la nature exacte de ses souffrances, des sources de ses difficultés ou des moyens de s'en sortir. Les rapports humains sont complexes, subtils, difficiles à cerner, souvent imprévisibles. Une intervention efficace repose donc sur la capacité de juger de l'expérience idiosyncrasique de chaque client avec respect, empathie et humilité.

En outre, l'intervenant n'est pas non plus un être humain « au-dessus de tout soupçon » au plan de la maturité affective et de l'équilibre psychologique. À moins d'être très chanceux, il vit sûrement des moments difficiles à l'occasion dans sa propre vie et il peut très bien avoir vécu des choses pénibles dans sa propre jeunesse. Le comportement éthique a aussi sa source dans la pleine réalisation que ce que nous sommes — y compris nos difficultés, nos défenses, nos représentations, nos attentes — interagit continuellement avec ce que nous faisons dans le travail clinique. Nous ne sommes pas des robots en acier inoxydable mais bien des êtres humains, fragiles et sujets aux erreurs de toutes

sortes. Il faut bien réaliser que ce que nous sommes a un impact sur notre façon de traiter les personnes que nous aidons. En santé mentale, la thérapeutique est rarement une simple question de technique apprise et de traitement objectif. Le premier travail de l'intervenant en santé mentale est donc d'apprendre à mieux se connaître, à mieux saisir ce qu'il impose «de soi» dans l'interaction thérapeutique, et à en tenir compte. Il doit aussi apprendre à douter raisonnablement de ses «certitudes» et vouloir questionner ses «intuitions» afin de découvrir de nouveaux aspects de la compréhension clinique, de s'ouvrir à de nouveaux horizons et de peaufiner ses outils d'intervention.

Les codes de déontologie dans le domaine clinique s'appuient sur un nombre assez restreint de principes éthiques bien connus : agir avec intégrité dans le meilleur intérêt du client ; intervenir avec dignité en considérant les autres avec respect ; traiter les clients avec diligence et compassion dans le cadre de l'exercice professionnel ; agir avec compétence et rechercher l'excellence dans l'intervention ; accepter ses responsabilités et l'imputabilité de ses actions (Falender et Shafranske 2004). La vaste majorité des intervenants ont à cœur le bien-être des clients et veulent interagir avec eux en tenant compte de ces normes. Les codes de déontologie précisent et clarifient ces principes, à la lumière de chaque profession. La supervision ne peut remplacer la formation initiale à la déontologie professionnelle ; elle peut cependant contribuer à en compléter l'esprit et à en animer la pratique.

À un premier niveau, la supervision peut servir à clarifier les points de la déontologie qui seraient mal saisis ou à faire en sorte que ces clarifications soient recherchées par les intervenants auprès des instances réglementaires. Un rappel collectif des normes déontologiques n'est jamais inutile et peut servir à baliser certains échanges cliniques. La supervision permet cependant d'aller bien au-delà du rappel de la lettre des règles pour tenter plutôt d'en saisir l'esprit et surtout pour tenter d'articuler les principes éthiques en fonction de la réalité clinique vécue sur le terrain. Au-delà de réitérer l'obligation d'obtempérer aux impératifs déontologiques, la supervision favorise l'émergence d'une véritable réflexion sur les enjeux cliniques et éthiques, permettant de dépasser la simple obéissance aveugle aux règles («*mindless rule following*», disent Pope et Vasquez, 2001) pour favoriser une adhésion qui soit fondée sur une réelle compréhension clinique et sur l'expression des valeurs fondamentales qui doivent guider les actions thérapeutiques.

La supervision d'équipe permet un travail d'éthique que la supervision individuelle (dyadique) ne permet pas : en groupe, il est possible de recréer l'esprit du «comité d'éthique», c'est-à-dire le

rassemblement d'individus compétents et bien intentionnés, aux prises avec leurs propres subjectivités mais capables, pour le bien du client, de penser collectivement et de prendre les meilleures décisions possibles. Ainsi, un problème aussi simple que de savoir si on devrait ou ne devrait pas accepter le cadeau offert par un client (une plante, des chocolats) peut générer une très intéressante discussion d'équipe où les enjeux d'accepter ou de refuser le cadeau feront l'objet de l'expression de points de vue différents, de retour sur des expériences antérieures pertinentes, d'analyses théoriques ou de mises en commun des insights cliniques pour dégager une ligne directrice qui sera profitable à l'interaction client/intervenant à l'étude mais servira peut-être aussi à l'émergence d'une norme éthique plus globale qui fera consensus (ou du moins d'un processus pour en discuter). La supervision d'équipe peut ainsi produire une véritable « intelligence collective » issue de la discussion clinique et qui outrepassa les seules perceptions ou préférences individuelles.

Dans la pratique, peu de cliniciens œuvrant en équipe font de graves erreurs déontologiques — les réseaux publics et parapublics véhiculent déjà des interdits, des normes et des protocoles de pratique qui ont tendance à réduire les dérives majeures. Les professionnels sont également soumis à leurs propres codes déontologiques et sont en outre le plus souvent encadrés par des coordonnateurs ou des chefs d'équipe. Sous le regard quotidien des collègues, les dérives majeures sont donc assez rares et généralement plus faciles à identifier par exemple que le serait la présence de comportements dérogatoires dans le bureau privé d'un professionnel. Règle générale, en équipe clinique, ce sont donc davantage les nuances dans la position à adopter face au client et à ses comportements, en lien avec la problématique de celui-ci mais aussi des contretransferts du clinicien, qui constituent la matière ordinaire des questions d'éthique.

La simple pratique quotidienne peut conduire à des dilemmes éthiques assez complexes, pour lesquels la déontologie jette quelques bases mais laisse aussi bien des zones grises, dont la nature même porte peu à des normes absolues. Il s'agit de questions d'intervention qui comportent un questionnement éthique, par exemple : Quelle est la bonne distance thérapeutique à maintenir dans le lien d'aide ? Que peut-on dire de soi en intervention ? Comment confronter un client adéquatement ou que faire quand il nous prend à parti, qu'il nous harcèle ? Comment réagir à des passages à l'acte du client ? Comment maintenir le cadre clinique sans céder à un autoritarisme inapproprié ? Comment préparer une absence prolongée (congé de maternité, vacances) quand le

client est vulnérable à toute absence ? En fait, les questions possibles à la croisée de l'éthique et de la clinique sont innombrables. Chaque relation d'aide le moins prolongée comporte son lot de décisions difficiles dans la position à adopter pour être utile... ou ne pas nuire. L'échange avec le superviseur mais aussi avec les collègues de l'équipe permet le plus souvent d'en arriver à une position qui soit « tenable » pour le clinicien, c'est-à-dire cohérente avec ses valeurs et son savoir, réalisable avec ses moyens d'action, et tenant compte en même temps des réflexions collectives qui ont pu émerger lors de la discussion de cas.

La supervision d'équipe permet notamment de jouer un important rôle de garde-fou dans la gestion des risques (suicidaires et autres). Soumis aux contretransferts, chaque intervenant a ses angles morts. La lumière doit alors provenir dans un premier temps du regard un peu plus détaché que peuvent poser les collègues et le superviseur en mesure de se demander : « Est-ce que Martin est bien conscient de ce qui semble être un fort potentiel suicidaire chez son client ? » ou encore « Est-ce que Louise réalise que son client semble glisser présentement vers la crise psychotique ? ». Les intervenants à l'aise dans la supervision s'apportent facilement entre eux ces questions éthico-cliniques et le font le plus souvent avec beaucoup de doigté, d'authenticité et de rigueur, car ils savent fort bien que le « problème du collègue » pourrait aussi fort bien devenir le leur un jour prochain. Le superviseur n'a souvent qu'à reprendre ou à résumer des interventions des membres de l'équipe pour permettre au supervisé de mieux entrevoir la façon dont il pourra ajuster son intervention.

La responsabilité éthique du superviseur d'équipe est d'être proactif en allant chercher les points de vue des uns et des autres pour faire ressortir des questions pertinentes, tout en insérant au cours de la discussion ses propres questions, ses propres pistes. Il peut arriver cependant que le superviseur doive aller un peu plus loin et accepter temporairement un rôle plus directif, si « le risque en vaut la chandelle » en quelque sorte. Ainsi, il est préférable de ne pas laisser le supervisé dans le flou à un moment où celui-ci aurait vraiment besoin de suggestions claires pour éviter de perdre pied dans une situation clinique et éthique complexe ou inhabituelle, par exemple quand l'intervenant manque d'expérience avec certaines clientèles plus difficiles ou que ses contretransferts sont trop omniprésents pour lui permettre de s'ajuster sans un point de vue externe bien campé qui l'aide temporairement à se situer. Mais même dans ce cas, le superviseur doit intervenir avec prudence et ouverture car, n'ayant pas un contact direct avec le client, il peut lui aussi se tromper ! Le superviseur porte les aléas de sa propre

histoire de vie et peut lui aussi être influencé par ses réactions affectives face à ce qu'il comprend du vécu d'un client de son supervisé. Il peut avoir tendance à sous-estimer un risque clinique, par exemple pour alléger l'anxiété du supervisé ; à l'inverse, il peut avoir tendance à surestimer le risque en raison de ses propres zones d'écho affectif (Falvey, 2002).

Si le superviseur doit contribuer à intégrer les questions d'éthique dans l'échange clinique de l'équipe, il a par ailleurs lui-même ses propres responsabilités éthiques tant face à ses supervisés que face à leurs clients. Le superviseur n'est pas qu'un « visiteur » dans le milieu de ses supervisés ; au contraire, ses questions et ses conseils auront sûrement une grande influence dans les choix que feront les intervenants dans leur travail avec les clients. En fait, comme nous l'avons souligné, le superviseur a une double tâche. Il a une responsabilité éthique auprès de ses « premiers » clients que sont les intervenants — la supervision est une intervention professionnelle et doit donc respecter les principes d'usage dans tout exercice professionnel. Il doit à ses supervisés la même qualité de présence bienveillante, fiable et compétente que le clinicien avec ses clients. Mais s'il doit prendre soin de son équipe d'intervenants, le superviseur porte aussi une part de responsabilité dans la dispensation des services des supervisés auprès de leurs clients, dans la mesure du moins où son apport est pris en compte par l'équipe et influence le travail quotidien des intervenants (si ce n'est pas le cas, il a de nouvelles questions à se poser). À ce niveau, le superviseur d'équipe doit notamment s'assurer, autant que faire se peut : a) que la pratique se fait selon les normes admises et dans le respect des droits des clients ; b) que les problèmes organisationnels et les conflits interpersonnels entre intervenants seront clairement abordés s'ils affectent sérieusement la qualité des services cliniques aux clients ; et c) que les difficultés vécues avec les clients (contretransferts, difficultés cliniques, gestion des risques) seront abordées adéquatement en supervision (Pope et Vasquez, 2001).

Ce n'est que depuis deux décennies environ que la supervision constitue une activité professionnelle distincte bien documentée. Au plan de la recherche, on ne trouvait dans PsycInfo (APA) que 32 textes portant directement sur la supervision dans la littérature avant 1980, alors qu'on peut aisément en identifier plus de 1000 vers la fin de la décennie suivante (Falender et Shafranske, 2004). Au plan de la pratique, L'American Association of Marriage and Family Therapy aurait été le premier regroupement en 1983 à déterminer des normes de formation pour les superviseurs et à utiliser le titre de superviseur agréé

(*approved supervisor*). Les associations professionnelles en counseling et en travail social ont emboîté le pas au début des années 1990. L'Association for Counselor Education and Supervision (ACES) a publié son code de conduite en 1993, la National Association of Social Workers (NASW) a adopté en 1994 des lignes directrices pour la supervision clinique, et le National Board for Certified Counselors (NBCC) a publié en 1999 ses normes pour une pratique éthique de la supervision. En comparaison, les psychologues nord-américains ont pris un certain retard, puisqu'il ne semble toujours pas exister présentement de normes précises portant sur les compétences requises pour la supervision (post-universitaire), ni sur les dimensions éthiques spécifiques à cette activité (Falender et Shafranske, 2004; Haynes et collaborateurs, 2003). La notion de supervision n'apparaît pas non plus dans l'actuel *Code de déontologie* de l'Ordre des psychologues du Québec. Toutefois, on doit réitérer que tout superviseur membre d'un ordre professionnel a généralement face à ses supervisés à peu près les mêmes responsabilités générales et devoirs déontologiques que le clinicien face à ses clients. La supervision ne confère pas au superviseur une place « au-dessus » de toutes responsabilités cliniques et professionnelles.

Dans certains cas, le superviseur peut être appelé à intervenir s'il constate qu'un intervenant ne semble pas en mesure d'assurer des services de qualité à la clientèle. Selon Falvey (2002), les cliniciens en réelle difficulté peuvent être regroupés en trois grandes catégories : a) ceux qui souffrent d'une importante méconnaissance clinique, laquelle peut aller de l'incompétence générale à des zones spécifiques de faible compétence — le superviseur a alors une responsabilité éthique de soulever la difficulté et d'offrir des voies pour la résoudre (au sein de la supervision ou par d'autres mécanismes); b) ceux qui manquent de jugement ou de rigueur éthique et qui ont tendance à négliger systématiquement un niveau ou l'autre de leur responsabilité face à leurs clients, ou qui se retrouvent déjà face à une faute éthique ou déontologique — le superviseur a alors la responsabilité d'aborder le problème et de veiller à ce qu'on trouve rapidement une solution (individuelle ou collective) qui permette de résoudre et de prévenir les erreurs déontologiques; c) ceux enfin qui traversent des difficultés personnelles majeures (« *impaired therapists* », dit la littérature américaine), par exemple de sérieux problèmes de santé mentale ou de toxicomanie pouvant nuire significativement au travail clinique et donc représenter un risque pour le client — là aussi, le superviseur doit aborder ces difficultés, évaluer leur impact dans le travail clinique, et orienter le supervisé vers l'aide nécessaire. On voit par ces exemples

que le superviseur ne joue pas un simple rôle d'accompagnement ou de soutien — il doit garder à l'esprit sa responsabilité éthique à la fois face à son supervisé et face à la clientèle de celui-ci. Face à un problème sérieux qui ne semble pas se résorber, le superviseur ne peut pas faire l'autruche en se disant que cela « ne le regarde pas ».

Toutefois, la pratique régulière de la supervision d'équipe constitue le plus souvent un mécanisme très efficace de prévention des situations problématiques et permet justement d'éviter des glissements vers des situations qui seraient davantage préjudiciables pour la clientèle. Le simple fait de discuter adéquatement d'un client en supervision d'équipe est propice à l'éthique. Le fait d'accepter de s'ouvrir à la discussion clinique, d'apporter les problèmes rencontrés sur le terrain et d'écouter le point de vue des collègues démontre déjà une prédisposition à prendre en compte les dimensions éthiques du travail clinique. L'effort de tenter de mieux saisir les réactions affectives et leur impact sur l'intervention et l'effort de rechercher, avec le soutien des pairs et du superviseur, à améliorer sa compréhension clinique et ses interventions, ne peut que contribuer fortement à réduire les risques de dérives éthiques.

Conclusion

Tout intervenant est confronté à une souffrance qui peut en écho toucher ses propres souffrances ; il est inscrit dans une tâche liée à des attentes et donc à une anxiété de performance et aux angoisses qui en découlent (peur de l'échec, du blâme, etc.). En début de carrière, il est confronté à tous les manques du départ. Le débutant ne peut pas avoir déjà vingt ans d'expérience : comme le disait Hippocrate, « la vie est courte et l'art est long ». Même plus avancé dans la carrière, le clinicien reste marqué par sa propre histoire de vie, ses réactions contre-transférentielles, sans compter que la clinique recèle tant de mystères qu'elle garantit de nouveaux apprentissages théoriques et pratiques tout au long d'une vie professionnelle. Bref, le supervisé peut manquer de connaissances cliniques ou d'expérience d'intervention ; il peut avoir de la difficulté à accepter des comportements ou des sentiments du client ; il peut être touché par des aspects spécifiques du récit ou de l'histoire de vie du client ; il peut craindre que ses interventions soient inefficaces ou même néfastes ; il peut avoir peur ou être fâché des passages à l'acte du client ; il peut aussi craindre d'être incompris ou pointé du doigt par son équipe ou son institution. L'intervenant n'est pas une machine distributrice, c'est une personne, avec ses forces et ses faiblesses. Une équipe présente les mêmes caractéristiques, avec à la fois de grandes

nuances individuelles et une culture, un *modus vivendi*, qui la caractérise globalement et qui la rend unique. La supervision d'équipe est un outil de plus dans le coffre des dispositifs cliniques pour soutenir le travail des intervenants, améliorer les pratiques, mieux comprendre les enjeux d'éthique et assurer des services de qualité à la clientèle.

Note

1. Rappelons que nous n'abordons dans cet article que la pratique de la supervision externe, c'est-à-dire effectuée par un clinicien autonome, retenu par une institution dans le cadre d'un mandat spécifique auprès d'une équipe, et sans autre lien d'emploi avec l'institution. Le superviseur externe ne dirige pas l'équipe et n'évalue généralement pas le personnel pour l'employeur.

Références

- BERNARD, J. M. GOODYEAR, B., 2004, *Fundamentals of Clinical Supervision*, Boston, Pearson.
- BISHOP, V., 1998, *Clinical Supervision in Practice*, Londres, Macmillan Press.
- CARROLL, M., 1996, *Counselling Supervision, Theory, Skills and Practice*, Londres, Cassell.
- DOEHRMAN, M. J., 1976, Parallel processes in supervision and psychotherapy, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40, 1-104.
- DRISCOLL, J., 2000, *Practising Clinical Supervision, A Reflective Approach*, New York, Balliere Tindall.
- FALENDER, C. A., SHAFRANSKE, E. P., 2004, *Clinical Supervision. A Competency-based Approach*, Washington, American psychological association.
- FALVEY, J. E., 2002, *Clinical Supervision. Ethical Practice and Legal Risk Management*, Brooks-Cole, USA.
- HAWKINS, R., SHOHET, R., 1989, *Supervision in the Helping Professions*, Bristol, Open University Press.
- HAYNES, R., COREY, G., MOULTON, P., 2003, *Clinical Supervision in the Helping Professions*, Pacific Grove, Brooks/Cole.
- HOLLOWAY, E. L., 1992, Supervision : a way of teaching and learning, in Brown, S., Lent, R., eds., *Handbook of Counseling Psychology*, New York, John Wiley.
- LECOMTE, C., SAVARD, R., 2004, Supervision clinique. Un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle,

- in Lecomte, T., et Leclerc, C., eds., *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- MCNEILL, B. W., WORTHEN, V., 1989, The parallel process in psychotherapy supervision, *Professional Psychology*, 20, 329-333.
- POIRIER, M., 2000, La santé mentale des intervenants, *Équilibre* (revue de l'Association canadienne de la santé mentale), 14, 3, 1-6.
- POPE, K. S., VASQUEZ, M. J. T., 2001, *Ethics in Psychotherapy and Counselling, A Practical Guide*, San Francisco, Jossey Bass.
- PROCTOR, B., 2001, Training for the supervision alliance attitude, skills and intention, in Cutcliffe, J. R., Butterworth, T., Proctor, B., eds., *Fundamental Themes in Clinical Supervision*, Londres, Routledge, 25-46.
- SEARLES, H. F., 1955, The informational value of the supervisor's emotional experience, *Psychiatry*, 18, 135-146.
- STOLTENBERG, C. D., DELWORTH, U., 1987, *Supervising Counselors and Therapists : a Developmental Approach*, San Francisco, Jossey-Bass.
- VAN OOIJEN, E., 2000, *Clinical Supervision. A Practical Guide*, Londres, Churchill Livingstone.
- WATKINS, C. E., 1997, *Handbook of Psychotherapy Supervision*, New York, Wiley.
- WATKINS, C. E., 1998, Psychotherapy supervision in the 21st century : some pressing needs and impressing possibilities, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 93-101.
- WORTHEN, V., MCNEILL, B. W., 1996, A phenomenological investigation of "good" supervision events, *Journal of Counseling Psychology*, 43, 25-34.
- WULF, J., NELSON, M. L., 2001, Experienced psychologists' recollections of internship supervision and its contribution to their development, *The Clinical Supervisor*, 9, 2, 123-145.

ABSTRACT

Clinical and ethical stakes of external supervision of mental health teams

External supervision of teams is increasingly part of mechanisms put in place both in public networks and community organizations to contribute in supporting professional mental health workers in developing their abilities and improving their clinical practices. It also

plays a role in the analysis of ethical questions and in the prevention of deontological errors. The supervision of teams also includes its share of challenges, notably with regards to group dynamics and mechanisms to favour in order for supervision to rightly adjust to the needs and levels of participating professionals. Finally, the supervisor must also consider his own ethical responsibilities towards those supervised and towards their clients.

RESUMO

Cuestiones clínicas y éticas de la supervisión externa de los equipos de salud mental

La supervisión externa de equipo se incluye cada vez más en los dispositivos a disposición de la red pública, así como de los medios comunitarios, para contribuir al apoyo de los interventores, desarrollar sus habilidades y mejorar las prácticas clínicas. También desempeña un papel en el análisis de cuestiones de ética y en la prevención de los errores deontológicos. La supervisión de equipo implica, no obstante, su porción de retos, específicamente en la consideración de las dinámicas de grupo y en los mecanismos a privilegiar para que ésta pueda ajustarse bien a las necesidades y al nivel de los interventores que participan en ellas. Por último, el supervisor debe también considerar sus propias responsabilidades éticas frente a sus supervisados y frente a la clientela que recibe los servicios.

RESUMEN

Questões clínicas e éticas da supervisão externa das equipes em saúde mental

A supervisão externa de equipe inscreve-se cada vez mais nos dispositivos criados, tanto na rede pública quanto nos meios comunitários, para ajudar a apoiar os interventores, a desenvolver suas habilidades e a melhorar as práticas clínicas. Ela também tem um papel a desempenhar na análise das questões de ética na prevenção dos erros deontológicos. A supervisão de equipe comporta, entretanto, sua parte de desafios, principalmente, na consideração das dinâmicas de grupo e nos mecanismos a privilegiar para que ela possa ajustar-se bem às necessidades e aos níveis dos interventores participantes. Finalmente, o supervisor deve, igualmente, levar em consideração suas próprias responsabilidades éticas face a seus supervisionados e face aos usuários dos serviços prestados.