

LA (MÉTA)MORPHOSE DU SOI DU THÉRAPEUTE : DEVENIR PROFESSIONNEL GRÂCE À L'EXPLICITATION DANS L'ESPACE DE SUPERVISION

Caroline WINKOPP

Mathilde MERIAUX

Jennifer DENIS

Université de Mons (Belgique), Association Grex2 - Groupe de Recherche à l'entretien d'explicitation (France)

RÉSUMÉ

Lors d'une formation en psychothérapie d'obédience systémique, le futur psychothérapeute apprend à jongler continuellement entre son Soi privé et son Soi professionnel. Face aux multiples transformations psychiques et aux adaptations de positionnement relationnel, il construit son identité professionnelle dans un mouvement itératif au contact des patients qu'il rencontre mais également des laboratoires expérientiels réalisés dans le cadre de sa formation. Ce façonnage progressif n'est pas évident puisqu'il nécessite d'être continuellement ancré sur la communication verbale et non verbale qui émerge en séance tout en tournant sa fenêtre attentionnelle sur son état émotionnel, l'émergence de sa sensorialité et ses mouvements cognitifs qui résonnent face aux récits des membres de la famille ou des couples en souffrance. Dans cet article, nous montrerons comment l'outil de l'Entretien d'Explicitation vient éclairer la construction de cette identité professionnelle et apporter un complément intéressant à la pratique de formation et de supervision des futurs thérapeutes conjugaux et familiaux.

MOTS-CLÉS

Entretien d'explicitation, formation, psychothérapie, supervision.

INTRODUCTION

Il y a plus d'un quart de siècle, Bent, Schindler et Dobbins (1992) ont déclaré qu'environ la « moitié de la formation formelle d'un psychologue professionnel impliquait un apprentissage par la supervision » (p.124). Bien évidemment, cette déclaration reste d'application aujourd'hui et ce, y compris pour les nombreuses formations dans le champ de la psychothérapie. En effet, une part importante de la formation en psychothérapie continue d'être consacrée à la supervision du futur thérapeute, et ce, quel que soit son courant de prédilection. En individuel, par groupe ou en équipe, en distanciel ou présentiel, la supervision a été désignée comme une pédagogie de référence des professions de la santé mentale (Inman *et al.*, 2014 ; Bernard et Goodyear, 2014). Comme le précisent Castro et collaborateurs (2009), elle se définit comme un « dispositif de formation professionnalisante consistant en l'ensemble des opérations critiques (e.a. observations, analyses, jugement, intervention) par lesquelles une personne en situation de responsabilité vise à améliorer la qualité de son acte professionnel » (p.45). La supervision permet donc de stimuler le développement de l'identité professionnelle des thérapeutes grâce à la mise en place de dispositifs individuels ou collectifs d'observation de la pratique clinique dans le but d'assurer la plus grande cohérence possible entre les référentiels théoriques (le prescrit, « ce qu'on me dit de faire ») et la pratique clinique (« ce que je fais réellement »).

Malgré la pluralité des dispositifs de supervision, ce type d'accompagnement enclenche la transformation progressive d'un thérapeute novice vers un thérapeute davantage expérimenté par le biais d'un positionnement continuellement réflexif. Dans tout type de formation en psychothérapie – y compris celle qui nous occupe, la psychothérapie systémique – cette (méta)morphose du Soi professionnel articulé au Soi privé rencontre une préoccupation internationale. C'est ainsi que selon Rousmaniere et ses collaborateurs (2017), la supervision constituerait l'outil formatif et réflexif le plus puissant pour développer les compétences du thérapeute. Dit autrement, la création de ce type d'espace de travail, en co-construction entre un superviseur et un supervisé, permettrait davantage d'associer de manière pertinente l'identité professionnelle au Soi privé afin de promouvoir une pratique clinique éthique, et donc de qualité.

Il convient de préciser que cet article est issu des réflexions nées de nos pratiques de recherche-action auprès de professionnels exerçant la psychothérapie ainsi que de notre expérience de l'utilisation de l'entretien d'explicitation en formation de psychothérapie. Par ailleurs, au fil du texte, le terme de « formant » apparaîtra à de nombreuses reprises pour désigner les professionnels en formation de psychothérapie systémique. À certains moments, nous préférons le terme « supervisé » car la supervision est une partie tout à fait particulière de la formation en psychothérapie, qui implique notamment un cadre, des objectifs, une relation à un superviseur. Il nous semblait peu adéquat de parler par exemple de relation formant/superviseur, précisément parce que la supervision est un espace de co-construction et non un espace asymétrique tel qu'il peut être entendu dans le cadre d'une formation.

CONTEXTE DE LA FORMATION EN PSYCHOTHÉRAPIE ET IDENTITÉ DU FUTUR THÉRAPEUTE

La formation en psychothérapie familiale, conjugale et interventions systémiques s'effectue sur une période de 4 ans, comme la plupart des formations en psychothérapie reconnues légalement. Elle consiste en une formation intensive basée sur des moments de séminaires théoriques, des laboratoires expérientiels, des cycles de conférences et des supervisions individuelles et collectives. Le formant y consacre plus de 700 heures à côté de sa pratique professionnelle et de sa vie privée. L'engagement, tant personnel que financier, mobilise pleinement le formant à l'intérieur de ces quatre années. En début de formation, lorsque l'on interroge les formants en psychothérapie sur leurs attentes concernant leur formation, bien souvent ceux-ci déclarent vouloir disposer d'outils pour mieux gérer leurs prises en charge cliniques. La réponse que nous leur offrons reste toujours identique. Elle concerne le fait que, malgré la présence d'outils médiateurs ou flottants bien connus en psychothérapie, de techniques ou principes ciblés en fonction du courant théorique, le premier outil qu'ils doivent apprendre à appréhender et manier, c'est eux ! En tant que psychologues cliniciens formés à la psychothérapie¹, nous sommes pleinement engagés dans la relation d'aide avec tout ce que nous sommes, c'est-à-dire notre histoire et trajectoire de vie, nos émotions, nos représentations et notre vécu subjectif. Nous résonnons constamment au contact des récits de vie douloureux et tragiques. Ce contact avec des personnes en souffrance vient tantôt nous toucher, nous bouleverser, tantôt nous valoriser, nous renforcer. Notre travail nous amène à être le réceptacle de la vie d'autrui avec toute l'intensité émotionnelle que cela représente.

Ce métier de psychothérapeute conduit également à rencontrer des personnes qui ont posé des gestes malveillants, violents ou pervers envers autrui. Ces actes peuvent aller à l'encontre de nos valeurs et croyances, de notre éducation et de nos mythes familiaux. Ils peuvent amener de la colère, du dégoût, de la crainte et de l'inconfort. Dès lors, ce patchwork de situations de vie rencontrées bouscule souvent les frontières professionnelles pour cheminer vers notre intériorité et nous toucher en tant que subjectivité à part entière. C'est là que la supervision vient nous aider.

L'EMPHASE SUR LES MOMENTS DE SUPERVISION

De nombreux modèles de supervision clinique ont été développés un peu partout dans le monde. Nous pouvons en distinguer trois types : les modèles centrés sur les besoins du supervisé, les modèles centrés sur les besoins du patient et enfin les modèles traitant du processus de supervision en lui-même (Bernard et Goodyear, 2014). Cependant, il existe peu de données empiriques indiquant qu'un modèle est supérieur à un autre (Morgan et Sprenkle, 2007). Par conséquent, les approches de la supervision fondées sur les facteurs communs en psychothérapie (Lambert et Barley, 2001 ; Norcross et Lambert, 2014, Wampold et Budge, 2012) restent intéressantes puisqu'elles intègrent les composantes essentielles partagées dans l'espace relationnel qu'est la supervision – quel que soit le modèle thérapeutique – à savoir les variables liées au

¹ En Belgique, la loi entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2016 stipule que la psychothérapie n'est plus une profession mais un acte spécialisé dédié aux psychologues cliniciens, aux orthopédagogues cliniciens ou médecins, moyennant une formation complémentaire en psychothérapie délivrée à l'université ou en haute école.

supervisé, celles liées au superviseur et celles qui touchent à l’alliance de travail qui se met progressivement en place. C’est tout du moins ce que Watkins et ses collaborateurs (2015) défendent comme idée. À côté de ces variables, l’installation d’espoir dans l’espace de supervision, tout comme dans l’espace thérapeutique, fait également partie d’un point primordial sur lequel porter son attention pour un meilleur développement professionnel (Lampropoulos, 2002 ; Watkins *et al.*, 2015).

Nous comprenons donc que la mise en place d’un espace de supervision, contenant et sécurisant, rencontre une nécessité éthique, celle de continuellement porter un regard sur ce que l’on fait et comment on le fait en séance thérapeutique, et ce afin de ne pas dégrader l’état psychologique des patients ; leur offrir les soins les plus appropriés et continuellement développer sa pensée critique et réflexive pour devenir un meilleur praticien. L’espace de supervision joue donc un rôle de gardien de la profession.

Selon l’APA (2014), la supervision est une activité professionnelle distincte qui doit se réaliser à travers le temps. En plus de se décliner sur plusieurs séances espacées, la supervision nécessite, selon Milne (2018), de s’élaborer dans un cadre empirique dont les contours doivent être précisément délimités. Toutefois, la réalité est parfois un peu différente. Certains dispositifs de supervision sont tantôt structurés, d’autres le sont un peu moins. Certains se font en ligne, d’autres en direct. Dans tous les cas, ils dépendent principalement du style thérapeutique du superviseur et/ou du cadre pédagogique prôné par l’école de formation en psychothérapie. Un fait certain est que l’utilisation de l’enregistrement audio-vidéo des séances de thérapie visionné en supervision reste un dispositif commun très utilisé un peu partout dans le monde. Les feedbacks vidéo – même s’ils possèdent leurs limites de n’accéder qu’à l’observable – permettent de porter un regard ciblé sur les buts et objectifs thérapeutiques ; d’observer et d’évaluer la qualité des relances, mais aussi d’offrir du soutien émotionnel quant au processus thérapeutique mis en place par le supervisé (Amerikaner et Rose, 2012). En effet, les encouragements reçus du superviseur restent une variable qui augmente le sentiment d’efficacité du supervisé, renforce et parfois restaure son identité professionnelle (Beinart et Clohessy, 2017).

Nous venons de voir que la disponibilité et l’accès à une supervision régulière ont été identifiés comme des facteurs déterminants pour fournir un soutien émotionnel au supervisé, des idées théoriques, des interprétations quant aux entraves cliniques et la possibilité de partager des ressentis quant aux cas cliniques complexes (Hill et Knox, 2013). Aussi, nous voulions stipuler que la supervision n’est malheureusement pas encore un dispositif systématisé dans l’exercice de la profession des psychothérapeutes même si, comme mentionné, cela rejoint une nécessité éthique. Selon nous, il y a donc lieu de penser la mise en place d’espaces similaires à l’intérieur du cursus de formation des psychologues (et professionnels du soin au sens large) afin de les sensibiliser à cet outil clinique riche. Ces dispositifs renforcés d’accompagnement et de développement de la réflexivité dans le cadre de la formation des futurs psychologues (et professionnels du soin) auraient comme incidence de briser les représentations anxiogènes préalables concernant l’analyse de la pratique professionnelle. Dès lors, il nous semble que l’engagement pérenne des psychologues cliniciens (et des professionnels du soin) dans des espaces de formations continues et de supervision se verrait être plus fluide et naturel. C’est tout du moins une prescription que nous leur faisons.

Car, à titre d’exemple, dans leur étude, McMahon et Patton (2001) ont examiné l’importance et le besoin de supervisions cliniques entre deux groupes de conseillers scolaires en Australie : ceux qui recevaient une supervision et ceux qui n’en recevaient pas. Les avantages de la supervision se traduisaient par un soutien, de nouvelles idées et stratégies, un retour sur le travail, une croissance personnelle et des possibilités de débriefing.

D'autres auteurs comme Chiller et Crisp (2012) ont constaté que la supervision jouait un rôle important dans le renforcement du maintien du professionnel en santé mentale sur le terrain en facilitant l'apprentissage, en apportant un soutien et en aidant le professionnel à développer une conscience critique et une croissance professionnelle à partir d'expériences cliniques difficiles. On peut donc faire l'hypothèse, ici, que ce type d'espaces à penser sa pratique et à se penser réduit le risque d'épuisement professionnel et de fatigue de compassion. Dans la même veine, l'exploration par Pettifer et Clouder (2008) concernant la valeur de la supervision des praticiens – également personnels universitaires au Royaume-Uni – a révélé que la supervision était perçue comme une extension de leur travail professionnel, faisant d'eux de meilleurs pédagogues universitaires. La supervision leur permet donc de se sentir liés à la pratique de la psychothérapie et d'aider les futurs collègues praticiens à se tenir au courant des recherches dans ce domaine. Ces résultats sont cohérents avec l'étude de Sherr, Bergenstrom et McCann (1997) sur les conseillers scolaires, où la supervision était considérée comme une voie importante de croissance professionnelle et personnelle. Ces auteurs ont également identifié certains aspects peu utiles de la supervision liés à la rigidité des instructions, à la pathologisation des problèmes cliniques exposés, à la différence des points de vue théoriques, aux attitudes condescendantes et aux difficultés inhérentes aux déplacements vers la supervision. Voyons à présent un outil intéressant à implémenter dans ces espaces à penser et à se penser en lien à l'autre.

PLACE DE L'ENTRETIEN D'EXPLICITATION DANS LA SUPERVISION

Bien que les revues de la littérature sur la supervision fassent allusion aux facteurs communs entre les approches de supervision (Bernard et Goodyear, 2014), il y a une carence de la littérature scientifique autour des stratégies pratiques pour faire le lien entre ces facteurs communs (e.a. alliance thérapeutique, empathie, regard positif du thérapeute, style thérapeutique, style du patient) et ce qui se joue réellement à l'intérieur de l'espace de supervision tant d'un point de vue réfléchi que pré-réfléchi. Comment met-on réellement en place une relation empathique entre un soignant et un soigné (ou un superviseur et un supervisé) ? Comment les spécificités liées au style du thérapeute et ses caractéristiques issues de son vécu personnel influencent-elles le processus thérapeutique ? Nous pourrions, ici, citer une série de questions qui ressortent souvent durant les moments de supervision mais qui restent en partie sans réponse du fait du manque d'outil précis d'accès au « comment ça fonctionne » (processus thérapeutiques en jeu) ou « comment on fonctionne en relation à l'autre et avec soi ». C'est à cet endroit précis que l'Entretien d'Explicitation (EdE) joue un rôle primordial. Selon nous, il s'agit du seul outil existant permettant d'accéder à la dimension pré-réfléchie des actions – ici thérapeutiques – afin de mettre en lumière le « comment » ces facteurs communs agissent et interagissent en séance.

L'EdE a été développé par Vermersch en 1994. Cet outil permet d'affiner et d'approfondir chaque couche de vécu – cognitive, émotionnelle, sensorielle et égoïque – mise en place par un individu dans un contexte singulier et spécifié lors de la conduite d'actions diverses, et ce dans leur dimension explicite (réfléchie) et implicite (pré-réfléchie). Le guidage de l'EdE nécessite une expertise particulière (et donc une formation), mais aussi une attention soutenue, une mise en réflexivité constante et une capacité à partager mentalement son vécu subjectif avec celui qui conduit l'entretien.

La verbalisation d'une problématique clinique dans le temps et l'espace de la supervision constitue une voie privilégiée pour comprendre l'activité clinique du formant par l'accès à son expérience subjective. Toutefois, cet accès au vécu subjectif ne va pas de soi. L'exploration des couches de vécu n'est possible qu'à partir du moment où le formant est relié à son vécu passé. Il y a donc lieu de le guider vers une « position de parole incarnée » (Vermersch, 1994) ou posture de disponibilité intérieure pour accéder à l'évocation progressive de ce vécu, tel qu'il a été vécu au moment où il a été vécu. Progressivement lors de la conduite d'un EdE, les protagonistes en présence se frayent un chemin vers la description de ce vécu passé. Dans le cas qui nous occupe, il s'agit d'un vécu relatif à une problématique clinique rencontrée dans sa pratique professionnelle en tant que formant en psychothérapie.

Vermersch s'est inspiré de plusieurs travaux pour développer cette technique d'entretien : la théorie des modes de conscience et de l'attention chez Husserl (1893), la mémoire passive chez Gusdorf (1951) ou encore la théorie de la prise de conscience chez Piaget (1974). La technique vise à accompagner un sujet, sans induction, dans le passage d'une conscience pré-réfléchie vers une conscience réfléchie à propos d'un vécu d'action passée. C'est un excellent outil dans le cadre de l'accompagnement en valorisation de l'expérience et dans la formation en général des élèves, stagiaires, étudiants, formateurs, professionnels en formation ou en perfectionnement, chercheurs... Les trois grands buts de l'outil tels que pensés par Vermersch (1994) sont : (1) l'aide à la prise d'informations quant à la réalisation d'une tâche précise (analyse d'erreurs, expertise, recherche) ; (2) l'aide à l'auto-information (accès à son expérience, retour réflexif) et (3) l'aide à l'apprentissage de l'auto-information quant à la prise d'informations sur ce qui a été réalisé lors de cette tâche et, surtout, sur le « comment » cela a été réalisé.

Les connaissances sous-jacentes à l'ensemble du vécu d'action et aux buts poursuivis par la personne aident également à comprendre la logique d'action dans laquelle s'inscrit le sujet. En effet, différents satellites gravitent, continuellement, autour d'un vécu d'action :

- le *contexte* qui permet de recontacter son vécu spécifié ;
- les *savoirs expérientiels* (acquis d'expérience) et *théoriques* (prescrits) qui guident les actions singulières dans ce contexte spécifié ;
- les *évaluations subjectives* constantes et opérantes au moment de la tâche (e.a. croyances, valeurs, opinions) ;
- les *intentions* et *finalités* vers lesquelles l'action spécifiée tend.

Ces informations satellites de l'action développées par Vermersch sont intéressantes à prendre en considération dans le contexte de la supervision clinique. En effet, elles fournissent des données intelligibles et approfondies sur l'expérience vécue par le sujet. Pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur aux nombreux écrits de Vermersch sur la question.

Un dernier point sur lequel nous souhaitons nous attarder quant à l'intérêt de cet outil dans les espaces de supervision clinique est le fait qu'il n'est pas inintéressant de se demander dans quelle mesure l'EdE pourrait également jouer un rôle essentiel dans la construction du jugement moral du psychothérapeute (« ce qui est bon ou n'est pas bon de faire pour le bien-être du patient »). Nous avons vu que l'EdE permet d'explorer en profondeur, explicitement et implicitement, les gestes intérieurs et extérieurs dans une situation donnée. Mais dans quelle mesure ne permet-il pas également de développer, dans le cas qui nous occupe, une capacité

de prise de conscience par le fait de se mettre également à la place du patient dans l'exploration de la problématique clinique supervisée ? Nous savons que l'attitude empathique est une posture clef en clinique et en psychothérapie. Le praticien développe cette compétence dans le cadre de ses études supérieures ou universitaires, mais surtout par la confrontation au principe de réalité clinique. Afin de mieux jauger l'ampleur de la détresse d'un individu, le thérapeute tente d'entrer dans les souliers de son patient et d'élaborer autour des représentations cognitives et des ressentis de ce dernier. Il fait ainsi preuve d'*imagination morale* (Chavel, 2011) pour comprendre « l'effet que cela fait ² » d'être à la place du patient, tout comme le superviseur procède lors des moments de supervision avec son supervisé (« Qu'est-ce que cela fait d'être à la place du supervisé pour comprendre son vécu ? »).

Dans l'espace de supervision clinique, ce sont les expériences subjectives du supervisé qui sont explorées – expériences le concernant et expériences qu'il nourrit sur le patient et la problématique clinique. Nagel (1974) nous dit que ces expériences subjectives peuvent être décrites objectivement dans le sens où une intersubjectivité de l'expérience, qui tend vers l'universel, reste possible. En d'autres mots, nous nous intéressons au phénomène suivant : quel effet ça fait d'être supervisé ? Avec cette considération théorique, nous sommes véritablement dans le champ phénoménal – « je vois », « je ressens », « je me dis »... –, propositions que le superviseur doit tenter d'activer, implicitement et explicitement, chez son supervisé. Ainsi, l'expérience de blocages ou d'inconforts, souvent présentée comme problématique clinique dans les espaces de supervision, vécue à un moment spécifié avec un patient n'appartient qu'à ce moment spécifié. Ces expériences précises peuvent être distinguées d'autres expériences cliniques vécues dans d'autres moments avec des patients mais s'en différencient de manière qualitative. Et c'est bien là tout l'intérêt de l'EdE en supervision, l'accès à ce vécu, passé singulier et lié à un moment *t*, de ce qui se passe chez le formant et de ce qu'il imagine de ce qui se passe chez le patient au contact de ses expériences subjectives réfléchies mais surtout pré-réfléchies.

LES TRANSFORMATIONS DU SOI PROFESSIONNEL

(MÉTA)MORPHOSE COGNITIVE

Pour qu'un moment de supervision soit jugé efficace – c'est-à-dire qu'il mette au travail le formant et l'aide concrètement dans son cheminement de pensée – le superviseur se doit d'abord d'activer les processus cognitifs, explicites et implicites, du formant en jeux autour d'une problématique clinique. D'un côté, comme le précise Kahneman (2002), il y a le système cognitif rapide, automatique, sans effort, associatif et parfois difficile à contrôler ou à modifier, non accessible directement à la conscience. D'un autre côté, il existe le système cognitif plus lent, séquentiel, délibérément contrôlé et relativement flexible. La recherche sur les prises de décision dichotomise souvent ces deux types de processus : délibératifs et heuristiques, intuitifs, émotionnels (Kahneman, 2002) alors que ces deux systèmes fonctionnent de manière intégrée mais sont difficilement modélisables ensemble.

Ensuite, une autre facette importante de la formation en psychothérapie sera d'utiliser les expériences de supervision dans son quotidien professionnel (Reichelt et Skjerve, 2000). L'apprentissage, à bon escient, de

² De l'expression anglaise "What is it like to be" de Nagel, T. (1974). What is it like to be a bat, *Philosophical Review*.

la pensée clinique, travaillée dans les espaces formatifs et réflexifs, joue un rôle important a posteriori dans les décisions et les jugements cliniques en séance psychothérapeutique. La recherche suggère d'ailleurs que les supervisés ayant une plus grande complexité cognitive et une plus grande conscience de soi ou un niveau de réflexivité plus facile d'accès développent plus facilement des compétences cliniques spécifiques et utilisent la supervision de manière efficace (Geller, Farber et Schaffer, 2010 ; Haarhoff, 2006 ; Neufeldt, Karno et Nelson, 1996).

Avec l'utilisation de l'EdE, nous suggérons que la mise en lumière, réfléchie et pré-réfléchie, de ces deux systèmes cognitifs va permettre de renforcer leur articulation afin de développer un mode de pensée davantage intégré et continuellement ouvert face à la complexité des problématiques cliniques. Car, même si la plupart des thérapeutes, de plus en plus expérimentés, sont guidés par leurs ressentis cliniques de type intuitifs face à la sensibilité du contexte dans lequel ils travaillent, les raisonnements analytiques ont également encore leur part à jouer. Ces raisonnements servent dans l'élaboration progressive des hypothèses relationnelles et cliniques. Ils se construisent en co-construction avec les patients et les soignants qui gravitent autour.

D'un côté, il y a donc les ressentis cliniques qui sont généralement utilisés pour guider le comportement du thérapeute, et ce d'une manière contrôlée et sensible face au contexte. Ces impressions cognitives émergentes ne sont pas purement conscientes mais davantage de l'ordre d'un ressenti, d'une idée qui ne demande qu'à être exprimée grâce à une aide, un guidage opérationnel donnant accès à cette dimension difficilement verbalisable à l'avant-plan cognitif. Dans nos travaux de recherche (Denis, 2016 ; Denis et Hendrick, 2019 ; Meriaux et Denis, 2020) nous mettons un point d'honneur à faire reconnaître empiriquement cette dimension pré-réfléchie, intuitive, non élaborable directement, dans le travail clinique et psychothérapeutique.

Car, en effet, l'EdE permet un accès à cette conscience dite marginale (Mangan, 1993), c'est-à-dire à cette conscience informative à laquelle on n'a pas directement accès. Ainsi, avec cet outil, nous misons sur l'assimilation et le développement d'attitudes métacognitives, de plus en plus élaborées et toujours basées sur l'expérience clinique, dans le but de créer une meilleure conscience subjective de soi au moment où le formant est en contact avec un patient, mais également une meilleure connaissance de soi. Dit autrement, nous soutenons l'idée forte que l'EdE a cette particularité de mieux saisir l'essence de l'intuition et de l'idée clinique ressentie mais non exprimable directement par des mots (e.a. « vague idée », « une idée émergente »). Il permet également de mettre en exergue les processus cognitifs analytiques dans le but de co-construire un processus thérapeutique efficient et ainsi renforcer l'identité professionnelle du psychothérapeute. L'utilisation de l'EdE dans les espaces de supervision clinique est donc un atout majeur dans le développement du Soi professionnel articulé au Soi Privé, c'est-à-dire à son identité et à son fonctionnement affectif et relationnel.

(MÉTA)MORPHOSE AFFECTIVE ET SENSITIVE : SORTIR DE L'ENGOURDISSEMENT INTÉRIEUR

Être en supervision, c'est notamment aussi se confronter à une palette d'affects qui caractérisent un « ensemble d'éprouvés psychiques spécifiques accompagnés, de façon variable en intensité et en qualité, de manifestations physiologiques et comportementales » nous dirait Cahour (2006, p14). Dans un mouvement empathique puisque relationnel formatif (relation futur psychothérapeute/superviseur) et relationnel

thérapeutique (relation futur psychothérapeute/patient), il s'agit à la fois des affects du futur psychothérapeute, des affects du superviseur ainsi que des affects du/des patient(s) évoqué(s) lors de la supervision. Plusieurs relations intersubjectives sont à l'œuvre, de manière directe ou indirecte, lors d'un moment de supervision.

En ce sens, les affects regroupent les émotions, l'humeur, les sentiments, les sensations concernant, par exemple, une situation cas-clinique exposée pendant le temps d'une séance de supervision individuelle ou collective. Selon nous, c'est tout du moins un enjeu important pour que la supervision soit profitable au formant. Il s'agit d'abord d'une manière de faire vivre son intériorité que d'exposer verbalement ce qui s'y éprouve pour, ensuite, exposer les affects perçus chez autrui. Cet accès ne va pas de soi. En effet, les affects sont aussi, comme la dimension cognitive, à la fois réfléchis (conscients) et pré-réfléchis (non conscients). Certains affects sont naturellement en dessous de la conscience en acte. Lors des espaces d'accompagnement clinique, d'aucuns tentent de les masquer en s'inscrivant dans une forme de censure sociale (Cahour, 2006) lorsqu'ils formalisent leur cas clinique pendant leur formation en psychothérapie. Cela nous renvoie à ce que Goffman (1974) appelle « *the work face* », désignant ainsi ce qui permet de sauver la face. La face, c'est l'identité que chaque personne revendique dans une situation donnée, de manière à se comporter conformément aux attentes normatives sociétales. Mais faut-il garder la face en supervision ? Face à qui ? Face à quoi ? Faut-il garder également la face en psychothérapie ? Le soignant, au sens large, s'inscrit malheureusement toujours un peu dans cette censure sociale, comme si ces normes imposaient de ne pas manifester trop d'émotions ou alors, dans une juste tonalité, pour ne pas déranger le soin, le soigné, ou ici le superviseur. Quoiqu'il en soit, l'impact des dispositions affectives sur l'action thérapeutique est attesté (Cahour et Lancry, 2011). L'affect crée des dispositions d'ouverture à l'autre et une manière d'être enrichissante pour la relation d'aide, mais également le développement de l'identité professionnelle. Cette identité professionnelle, progressivement, se témoigne ouvertement et en toute transparence pour créer une relation authentique et congruente.

La supervision en psychothérapie, outillée de l'EdE, doit permettre selon nous le repérage de l'ensemble de ces élans affectifs et sensitifs. L'accès à ces gestes ou mouvements intérieurs vise à faire *avec* les émotions plutôt qu'uniquement les éprouver. L'utilisation de ces éprouvés en formation doit être un guide pour ensuite permettre la bonne conduite des entretiens psychothérapeutiques. C'est ce que préconise Elkaïm (1989) quand il nous parle du concept de résonance. La reconnaissance des affects et leur bonne utilisation devient alors un outil au service des patients. D'autant plus que, grâce au partage social des émotions – tant en formation qu'en séance de supervision ou en séance psychothérapeutique –, les protagonistes en présence opèrent généralement un rapprochement émotionnel et cognitif utile au bon déroulement des entretiens. Un phénomène d'appartenance se crée. Et comme le suppose Rober (1999), ce vécu affectif et sensitif ne peut être conscientisé que dans une posture réflexive. Cette posture *méta* nous pouvons y accéder plus facilement grâce aux moments d'analyse post EdE. Dans cette dynamique de mise au travail autour de l'affect, il y a véritablement un passage d'un référentiel égocentré à un référentiel allocentré, c'est-à-dire qui permet au formant de progressivement changer de perspective sur l'expérience, la sienne et celle d'autrui, pour décaler et prendre un point de vue nouveau sur la situation clinique.

(MÉTA)MORPHOSE DANS LA RELATION

Cette capacité des supervisés à s'inspirer de leurs superviseurs, ainsi qu'à s'appuyer sur des représentations intériorisées des rôles et fonctions exercés dans la relation de supervision a été démontrée dans plusieurs

études (Geller *et al.*, 2010 ; Nye, 2003). La recherche de Geller *et al.* (2010) a fourni des preuves d'une telle modélisation en mentionnant que les thérapeutes en formation avaient tendance à susciter des représentations, des mots et des qualités vocales de leurs superviseurs dans les moments d'interventions cliniques ou psychothérapeutiques difficiles. Dans un même ordre d'idées, cela rejoint la notion de « superviseur interne » déjà conceptualisée par Casement en 1985. Aussi, la recherche a également mis en évidence les attributs des supervisés qui contribuent à une meilleure croissance professionnelle au niveau de la relation thérapeutique (e.a. la maturité, l'autonomie, la perspicacité, la motivation, la conscience de soi et l'ouverture à l'expérience) (Norem, Magnuson, Wilcoxon et Arbel, 2006), ainsi que les qualités des supervisés qui interfèrent négativement avec la croissance professionnelle (e.a. l'incapacité à conceptualiser, les problèmes personnels non résolus, les limitations sociales, le refus d'accepter le feedback, la motivation limitée) (Wilcoxon *et al.*, 2005).

Nous souhaitons insister ici sur le fait que la clinique est complexe et que son accès demande du travail, de la responsabilité et de l'engagement de la part des psychothérapeutes et des autres professionnels du soin. Être en relation avec un patient c'est avant tout le respecter et se respecter en étant constamment connecté à lui et à soi-même et ce, pour offrir le soin le plus adapté et efficace.

CONCLUSION

La supervision clinique est en train de devenir une discipline connue et reconnue dans le monde scientifique. Les nombreuses recherches évoquées dans cet article démontrent l'intérêt de continuer à se pencher sur les différents dispositifs mis en place pour accompagner au mieux un formant dans son parcours de formation en psychothérapie. Les enjeux sont fondamentaux puisque ces espaces sont, entre autres, le garant du développement du Soi professionnel eu égard au Soi privé. Ils permettent de développer le répertoire clinique, une meilleure connaissance de soi et une conscience subjective de soi davantage éclairée.

L'utilisation de l'EdE à l'intérieur de ces espaces de formation et de développement de la réflexivité contribue largement au déploiement de ce Soi professionnel. En tant que formant à la psychothérapie, il permet de porter une attention fine et approfondie sur son intériorité et les enjeux des effets de résonance. En effet, le contexte même de l'entretien clinique active à la fois le thérapeute sur le versant cognitif mais aussi sur un versant plus sensoriel et émotionnel. Ainsi, il est donc essentiel d'apprendre à décrypter l'ensemble des gestes intérieurs mobilisés au contact des récits de vie complexes des patients. À l'instar de premières relations affectives, nous nous questionnons également sur le fait de trouver dans la relation superviseur/supervisé, une « mère suffisamment bonne » pour accompagner le formant dans le développement de son identité professionnelle de futur psychothérapeute. Car, il s'agit bien là d'un processus de mise au travail qui mobilise tout l'être, toute la personne et qui demande un engagement particulier afin de se dévoiler en toute sécurité et confiance. Balthazar et Conty (2016) démontrent d'ailleurs le potentiel thérapeutique du contact par le regard bienveillant, ici du superviseur sur le supervisé. Ce regard accueillant et contenant est essentiel et permet un meilleur encodage des informations lors de la supervision, mais aussi une meilleure mobilisation du Soi personnel et professionnel du supervisé.

Enfin, en tant que superviseur, l'outil qu'est l'EdE permet véritablement de développer ses compétences relationnelles, ses compétences d'écoute, mais aussi d'éclairer de manière transparente les diverses prises d'informations internes et externes qui contribuent à être au plus près de soi en tant que superviseur et au plus près du vécu du supervisé afin d'accompagner au mieux les formants dans leur formation de psychothérapie.

Ainsi, la supervision clinique outillée de l'EdE constitue, à notre sens, une activité de formation clinique que l'on gagne à intégrer à la pratique professionnelle des cliniciens et des psychothérapeutes, et ce quel que soit leur niveau d'expérience ou de compétences cliniques. Aucune recherche n'ayant été réalisée sur le sujet à ce stade, nous soutenons l'idée de poursuivre les études à l'issue de l'implémentation de l'EdE dans les supervisions en formation de psychothérapie systémique. Notons d'ailleurs qu'une thèse de doctorat est en cours sur le thème de la supervision en psychothérapie systémique et pourrait contribuer à répondre aux interrogations qui subsistent. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychological Association. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology* (p. 2). <http://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>.
- Amerikaner, M. et Rose, T. (2012). Direct observation of psychology supervisees' clinical work: A snapshot of current practice. *The Clinical Supervisor*, 31, 61–80.
- Balthazar, M. et Conty, L. (2016). Les effets du contact par le regard : un enjeu thérapeutique ? *L'Encéphale*, 42, 547-552.
- Beinart, H. et Clohessy, S. (2017). *Effective supervisory relationships: Best evidence and practice*. West Sussex. UK: Wiley.
- Bent, R. J., Schindler, N. et Dobbins, J. E. (1992). Management and supervision competency. In R. L. Peterson, J. D. McHolland, R. J. Bent, E. Davis-Russell, G. E. Edwall, K. Polite, D. L. Singer, et G. Stricker (Eds.), *The core curriculum in professional psychology* (pp. 121–126). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10103-014>
- Bernard, J. M. et Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Cahour, B. (2006). Les affects en situation d'interaction coopérative : proposition méthodologique. *Le travail humain*, 69, 379-400. <https://doi.org/10.3917/th.694.0379>
- Cahour, B. et Lancry, A. (2011). Émotions et activités professionnelles et quotidiennes. *Le travail humain*, 74, 97-106. <https://doi.org/10.3917/th.742.0097>
- Casement, P. (1985). *On Learning from the Patient*. London : Routledge.
- Castro, D., Santiago Delefosse, M. et Capdevielle-Mougnibas, V. (2009). La supervision de la pratique clinique : définitions et questionnements. *Le Journal des psychologues*, 270, 45-48.

- Chavel, S. (2011). L'imagination en morale dans la philosophie contemporaine de langue anglaise. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 136, 543-562. <https://doi.org/10.3917/rphi.114.0543>
- Chiller, P. et Crisp, B. R. (2012) Professional Supervision: A Workforce Retention Strategy for Social Work?, *Australian Social Work*, 65(2), 232-242. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2011.625036>
- Denis, J. (2016). *Évaluation des processus thérapeutiques à l'œuvre dans la clinique de crise. Analyse du vécu des actions thérapeutiques d'intervenants-experts* [Thèse de doctorat en sciences psychologiques et de l'éducation]. Université de Mons.
- Denis, J. et Hendrick, S. (2019). Explorer l'expérience vécue d'intervenants en psychologie clinique et en psychothérapie, *Psychothérapies*, 4(39), 237-246.
- Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Paris : Seuil.
- Geller, J. D., Farber, B. A. et Schaffer, C. E. (2010). Representations of the supervisory dialogue and the development of psychotherapists. *Psychotherapy*, 47, 211–220. <https://doi.org/10.1037/a0019785>
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Harvard University Press.
- Gusdorf, G. (1951). *Mémoire et Personne*, Tome 2. Paris : Presses universitaires de France.
- Haarhoff, B. A. (2006). The importance of identifying and understanding therapist schema in cognitive therapy training and supervision. *New Zealand Journal of Psychology*, 35, 126–131.
- Hill, C. E. et Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. In Lambert, M. J. (Ed.), Bergin and Garfield's. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 6th ed (pp. 775-811). Hoboken, NJ: Wiley and Sons, Inc.
- Husserl, E. (1893/2007). *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps* (traduit par Henri Dussort). PUF.
- Inman, A. G. et Ladany, N. (2014). Multicultural competencies in psychotherapy supervision. In F. T. L. Leong, L. Comas-Díaz, G. C. Nagayama Hall, V. C. McLoyd, et J. E. Trimble (Eds.), *APA handbook of multicultural psychology, Vol. 2. Applications and training* (pp. 643–658). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14187-036>
- Kahneman, D. (2002). Maps of bounded rationality: A perspective on intuitive judgment and choice. A Nobel prize lecture, December 8, 2002. Retrieved October 18, 2007, from http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2002/kahneman-lecture.html
- Lambert, M. J. et Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357–361
- Lampropoulos, G. K. (2002). A common factors view of counseling supervision process. *The Clinical Supervisor*, 21, 77–95. https://doi.org/10.1300/J001v21n01_06
- Mangan, B. (1993). Taking phenomenology seriously: The “fringe” and its implications for cognitive research. *Consciousness and Cognition*, 2, 89–108.
- McMahon, M. et Patton, W. Clinical supervision. (2001). The perceptions and experiences of school counselors in Australia. *International Journal for the Advancement of Counselling*; 23, 201–214. <https://doi.org/10.1023/A:1013170011770>

- Meriaux, M. et Denis, J. (2020). Penser les temporalités à l'accueil des urgences psychiatriques : paroles d'intervenants de la crise, *Pratiques Psychologiques*, 27, 301-317.
- Milne, D. (2018). Evidence-based CBT supervision: Principles and practice (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Morgan, M. M. et Sprenkle, D. H. (2007). Toward a common-factors approach to supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00001.x>
- Nagel, T. (1974). What is it like to be a bat. *Philosophical Review*, 83(4), 435-450.
- Neufeldt, S. A., Karno, M. P. et Nelson, M. L. (1996). A qualitative study of experts' conceptualization of supervisee reflectivity. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 3-9. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.1.3>
- Norem, K., Magnuson, S., Wilcoxon, S. et Arbel, O. (2006). Supervisees' contributions to stellar supervision outcomes. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory, and Research*, 34(1/2), 33-48.
- Norcross, J. C. et Lambert, M. J. (2014). Relationship science and practice in psychotherapy: Closing commentary. *Psychotherapy*, 51, 398–403. <https://doi.org/10.1037/a0037418>
- Nye, C. H. (2003) Using Developmental Processes in Supervision, *The Clinical Supervisor*, 21(2), 39-53.
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pettifer, A. et Clouder, L. (2008). Clinical supervision: a means of promoting reciprocity between practitioners and academics. *Learning in Health and Social Care*, 7(3), 168-177.
- Reichelt, S. et Skjerve, J. (2000). Supervision of inexperienced therapists: A qualitative analysis. *The Clinical Supervisor*, 19, 25–43. https://doi.org/10.1300/J001v19n02_02
- Rober, P. (1999). The therapist's inner conversation in family therapy practice: some ideas about the self of the therapist. Therapeutic impasse and the process of the reflection. *Family Process*, 38(2), 209-228.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R.K., Miller, S.D. et Wampold, B. E. (Eds). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberative practice to improve supervision and training*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Sherr, L., Bergenstrom, A. et McCann, E. (1997). School based counselling provision for youth – a report of an innovative project in London: the place to be. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 9(4), 285-312. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.1997.9.4.285>
- Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.
- Wampold, B. E. et Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award address: The relationship – and its relation – ship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40, 601-623. <https://doi.org/10.1177/0011000011432709>
- Watkins, C. E., Jr. (2015). Extrapolating Gelso's tripartite model of the psychotherapy relationship to the psycho- therapy supervision relationship: A potential common factors perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, 143-157. <https://doi.org/10.1037/a0038882>
- Wilcoxon, S. A., Norem, K. et Magnuson, S. (2005). Supervisees' contributions to lousy supervision outcomes. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory, and Research*, 33(2), 31.