



Monsieur Pierre SIMON

PSYCHOLOGUE-PSYCHOTHERAPEUTE

N° ADELI 459 30224 6

10, Rue des TROIS MARIES

45000 ORLEANS

N° siret : 403. 178. 809. 00030 - APE 8690FT

Formateur enregistré sous le n° 24.45.01877.45

auprès du préfet de la Région Centre

La supervision.

Table des matières

Introduction :	2
Préalables :	4
Les buts de la supervision :	4
Pré-requis :	6
Objectifs :	6
Evaluation :	6
Méthodes pédagogiques :	7
Bibliographie :	8

Introduction :

La supervision peut se définir comme : un support théorique et pratique au praticien de la psychothérapie ou de la relation d'aide avec l'engagement et l'objectif d'assurer la qualité de cette pratique. Elle vise à sensibiliser le praticien au respect des règles de l'art de la psychothérapie ou de la relation d'aide, aux connaissances requises et à la capacité du praticien à guider les personnes vers la résolution de leurs problèmes personnels et sociaux. Elle vise également le développement et le raffinement des habiletés et stratégies d'intervention du praticien, tant au niveau du contenu que du processus, en prenant en compte soit une demande d'aide globale ou partielle.

Le but essentiel de la supervision est d'aider le supervisé à apprendre la confiance dans son propre jugement et dans ses réponses spontanées¹ au patient.

Nous reprenons les bases de la Thérapie Comportementale Dialectique de Linehan (2000) repris par Cottraux (2004) à savoir que le psychothérapeute comme tous les êtres humains doit faire la synthèse de cognitions et d'émotions contradictoires et oscillatoires...

Ainsi la finalité de la supervision serait d'aider le supervisé à cheminer vers cette synthèse des contraires auxquels il est inévitablement confronté.

Par exemple, le psychothérapeute peut osciller entre la volonté de changer la pathologie du patient à tout prix et être dans l'acceptation totale de cette pathologie. Il s'agit en effet là d'un exemple de contradiction auxquelles sont confrontées toutes les personnes qui pratiquent la psychothérapie et il s'agit de résister à la tentation de s'orienter vers un pôle extrême de la dichotomie : aucun changement n'est possible ou il faut changer à tout prix.

Beaucoup de pays européens considèrent comme établi que la pratique de la psychothérapie exige une formation de très haut niveau universitaire en sciences humaines, en psychologie ou en psychiatrie mais aussi une formation spécifique orientée vers la connaissance des facteurs de changement des comportements² humains et des techniques permettant ce changement. Non seulement la personne qui souhaite pratiquer la psychothérapie doit connaître ces techniques mais doit aussi avoir appris à les appliquer...

Pour cet apprentissage, la supervision est reconnue quasi unanimement comme un outil incontournable de formation des personnes souhaitant pratiquer la psychothérapie.

Dans beaucoup de pays européens très avancés dans la formation en psychothérapie comme la Suisse (Pomini et al., 2011), la supervision est le plus souvent assurée par des psychothérapeutes-chercheurs travaillant dans des laboratoires universitaires de recherches appliquées en psychothérapie.

Nous avons particulièrement apprécié la supervision dont nous avons bénéficié dans de telles conditions tout au long de notre carrière...

¹ Les réponses « spontanées » sont à distinguer des réponses impulsives qui ont un caractère excessif et non planifié, « spontanées » est pris ici dans un sens qui s'associe aux caractères d'aisance et de fluidité.

² Comportement est pris ici au sens large englobant ce que nous pensons et ressentons en tant qu'émotions et sensations corporelles ainsi que ce que nous faisons (les comportements observables).

Nous n'avons pas atteint le même niveau d'expertise que celui qui pourrait être offert dans de telles unités de recherches mais nous avons la prétention de pouvoir partager une longue expérience de « terrain » avec les personnes qui se forment à la psychothérapie ou souhaitent progresser dans cette pratique...

« il peut évoquer ce qu'il pensait ou ressentait à ce moment précis, mesurer les progrès du patient et de l'alliance thérapeutique. L'authenticité du feedback de la part du superviseur et sa bienveillance sont essentiels pour encourager la présentation de ce matériel très personnel. » (Bizzini & Freeston, 2011, p. 19).

Faisant le constat que les caractéristiques personnelles du psychothérapeute³ jouent un rôle très important dans l'efficacité du processus psychothérapeutique, nous proposons une supervision qui se centre principalement sur des compétences efficaces, qu'elles que soient les techniques qui viennent en complément, suivant en ce sens les conseils de Clauw et al. (2011)... Nous souhaitons, comme Clauw et al. (2011) le préconisent, nous dégager d'une école thérapeutique donnée pour tenir compte de l'entièreté des facteurs intervenant dans l'efficacité thérapeutique.

En ce qui concerne les moyens pédagogiques, nous faisons référence au modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb (Clauw et al., 2011a). « Selon ce modèle, la constitution des connaissances naissantes se fait par l'appréhension émotionnelle et la compréhension cognitive d'une expérience donnée » (Clauw et al., 2011a, p. 22).

La supervision telle que nous la concevons se fonde « sur une relation collaborative éducative et formative entre un superviseur (...) et un apprenant / un supervisé, centrée sur le travail thérapeutique de ce dernier avec ses clients et prolongée dans le temps. Cette relation comporte la gestion, le soutien, le développement et l'évaluation des actions et dès lors des compétences du supervisé » (Clauw et al., 2011, p. 4).

Ainsi, en supervision, « superviseur et supervisé collaborent ensemble activement dans le but de favoriser chez ce dernier le développement des compétences cliniques incontournables au bon exercice de sa pratique psychothérapeutique (...).

Les effets d'une telle alliance collaborative en supervision peuvent influencer la relation thérapeutique que le supervisé a avec son client. Freitas a effectivement recensé plusieurs études montrant qu'un superviseur soutenant et centré sur les difficultés du supervisé favorise une attitude similaire chez ce dernier à l'égard de son propre client. De la même manière, Reese et al. ont montré que la considération en supervision des feedback du client sur sa thérapie permet au superviseur à la fois chaleureux et « guidant » d'améliorer les compétences cliniques de l'apprenant et dès lors le travail thérapeutique avec son client.

Cette relation collaborative de supervision nécessite dès lors une forte alliance entre le superviseur et le supervisé, imprégnée de chaleur et d'empathie, et par laquelle sont décidés d'un commun accord les objectifs de supervision rencontrant les besoins de développement du supervisé » (Clauw et al., 2011, p. 11).

³ « Par influence des « caractéristiques du thérapeute » sur le processus thérapeutique, nous entendons que le processus thérapeutique relève plutôt de l'influence personnelle (sa sensibilité, son empathie, la conscience de sa subjectivité, ses capacités d'autorégulation, etc.) et technique (ses connaissances spécifiques et aptitudes pratiques concrètes) du psychothérapeute au cours d'une relation qui stimule l'engagement du client et mobilise ses ressources. » (Clauw et al., 2011, p. 4).

Il est cependant important de souligner que la supervision n'est pas centrée sur la personne du supervisé, ce qui suppose que l'intervention de plusieurs superviseurs ou la participation de plusieurs supervisés sont envisageable...

Préalables :

Comme le rappellent Clauw et al. (2011) :

« De nombreux auteurs soulignent que le niveau de développement émotionnel et cognitif du supervisé influence le développement de ses compétences professionnelles. Selon le modèle de Stoltenberg, le supervisé évoluera par niveau dans sa formation et sa pratique clinique au travers (...) [notamment] de la conscience émotionnelle de soi et des autres. » (Clauw et al., 2011, p. 4).

Partant de ce constat, il est important que la personne supervisée soit engagée d'une manière ou d'une autre dans une démarche de développement personnel (Linehan in : Cottraux, 2004).

D'une manière générale, le « développement des compétences du psychothérapeute nécessite que celui-ci s'engage dans sa supervision. Concrètement, il est attendu que le supervisé prépare un agenda de sa séance de supervision, anticipe les questions et réflexions pouvant survenir, s'autoévalue et réfléchisse sur lui-même, mette à jour son travail clinique de façon structurée, réagisse aux suggestions du superviseur et propose les siennes, cherche des feedbacks, initie les discussions, et accepte l'inconfort et l'anxiété inhérents aux nouvelles tâches d'apprentissage » (Clauw et al., 2011, p. 27).

Par ailleurs, la personne supervisée accepte de négocier au préalable des objectifs précis et mesurables (Pomini, 2011a) qui serviront de base aux évaluations intermédiaires et finales.

Enfin, la personne supervisée s'engage à participer à des jeux de rôle et autres exercices expérientiels.

Les buts de la supervision :

Les buts de la supervision sont multiples. Ils peuvent se décliner en une liste d'objectifs que vous trouverez en annexe.

L'objectif des supervisions cliniques consiste donc au travers de cette relation collaborative à encourager et à aider le praticien – qu'il soit débutant ou expérimenté – à développer et à maintenir ses compétences, à réactualiser ses connaissances⁴ et à surmonter

⁴ Cette remise à jour des outils théoriques et pratiques se fait en référence à l'actualité scientifique dans le domaine des sciences humaines.

les problèmes, afin de fournir aux clients un service d'une qualité optimale dans le respect des règles éthiques (Clauw et al., 2011, p. 6).

D'une manière générale, la supervision de la personne supervisée, expérimentée ou non, visera à développer des compétences :

1. relationnelles ;
2. de conceptualisation ;
3. d'intervention ;
4. intrapersonnelles.

Nous considérons que la supervision apporte une contribution essentielle à la « maîtrise des aptitudes techniques et relationnelles fondées empiriquement en vue de réduire la détresse d'un client et de le rendre autonome dans la gestion de ses difficultés » (Clauw et al., 2011, p. 4). De même, elle vise à augmenter la confiance et l'autonomie de la personne supervisée dans son activité psychothérapeutique.

Ces buts sont étroitement en lien avec l'indispensable développement des compétences relationnelles (empathie cognitive et émotionnelle) de la personne supervisée (Linehan, in : Cottraux 2004 ; Pomini, 2011a), sachant que les compétences relationnelles sont en lien avec les compétences intrapersonnelles (Gardner, 1997). Ces buts sont capitaux dans la mesure où la relation est le véhicule du traitement (Cottraux 2004).

La supervision consiste à favoriser l'apparition, le maintien et la généralisation des comportements thérapeutiques du supervisé et à diminuer ses comportements inefficaces ou contre-productifs du point de vue thérapeutique. Une des tâches du travail de supervision consiste à identifier, discuter et modifier les distorsions dans le but d'une plus grande efficacité psychothérapeutique. L'objectif est donc d'éliminer les réactions affectives dysfonctionnelles ou de les contrôler pour en minimiser les effets négatifs (Cottraux, 2004).

En outre, la supervision vise la prévention du burn-out (Linehan, in : Cottraux, 2004).

D'autres buts généraux peuvent être énoncés :

1. contrôler la qualité des soins prodigués au client ;
2. maintenir la compétence et l'efficacité générale du supervisé ;
3. développer une réflexion sur le développement de ses compétences ;
4. conscientiser son mode de fonctionnement en tant que thérapeute avec ses forces à maintenir et ses fragilités à travailler ;
5. donner de nouvelles perspectives sur une situation ;
6. soutenir et encourager l'utilisation de nouvelles méthodes ou techniques ;
7. réfléchir avec un esprit ouvert, critique et synthétique aux besoins particuliers de son client et développer les compétences requises en conséquence.

Prérequis :

Il est indispensable que la personne supervisée puisse avoir des connaissances générales en Sciences Humaines, dont principalement la Psychologie (psychologie du développement et psychopathologie), en éthique et en méthodologie de la recherche (Cottraux, 2004).

En outre, la personne doit pouvoir exercer dans le cadre de son activité professionnelle la psychothérapie...

Objectifs :

Voir le fichier « Liste des objectifs de supervision ».

Au moins cinq objectifs sont à choisir parmi ceux proposés dans la liste des objectifs de supervision.

Plus de la moitié des objectifs doivent se rapporter de manière directe à la pratique psychothérapeutique.

Evaluation :

Après s'être mis d'accord sur les objectifs à atteindre, le superviseur et le supervisé se mettent également d'accord sur l'évaluation de ces objectifs.

Le superviseur et le supervisé prévoient des discussions régulières sur les résultats de leur collaboration.

Les indicateurs pour mesurer la qualité ou l'impact d'une supervision doivent concerner ces deux niveaux :

1. l'amélioration des compétences thérapeutiques ;
2. l'évolution positive du patient ; étant supposé que le développement des habiletés thérapeutiques aura un effet positif sur l'état clinique du patient, ce qui demeure en dernier lieu l'objectif poursuivi.

Nous entendons par **compétence** « l'aptitude d'un individu à comprendre et à réaliser certaines tâches d'une manière appropriée et efficace en accord avec ses propres qualifications professionnelles, ancrées dans des pratiques fondées empiriquement et sensibles aux différences culturelles et individuelles. La compétence recouvre donc les savoirs, les savoirs-faire et les savoirs-être du thérapeute. Elle ne se limite pas à la seule maîtrise de techniques et de savoirs appris mais renvoie à un « savoir-agir » amenant le supervisé à réfléchir à l'entièreté des facteurs (personnels, interpersonnels, techniques, etc.) qui interviennent dans l'efficacité du processus thérapeutique avec un client donné. » (Clauw et al., 2011, p. 7).

En utilisant le terme de compétence, les formateurs peuvent donc préparer et évaluer leurs supervisés à partir de critères standardisés communs au lieu de comparer ces derniers les uns aux autres (Clauw et al., 2011, p. 7).

Des outils d’(auto-)évaluation des compétences peuvent servir de base à l’évaluation de la pratique de la supervision (Clauw et al., 2011b) comme par exemple, la CTRS qui permet de donner une note au thérapeute et de suivre ses progrès (Cottraux, 2004).

Méthodes pédagogiques :

- exposés théoriques et pratiques en rapport avec les cas pris en charge par le supervisé et les processus psychothérapeutiques engagés par lui, ce qui suppose l’inclusion d’enseignement théorique sur un sujet précis (suicide, trauma, abus, colère, abus de substance, contre-transfert, engager le client en séance, etc.) ;
- rédaction d’un « journal de bord » qui reprend notamment les émotions expérimentées au cours d’une pratique clinique satisfaisante ou difficile ;
- rédaction de comptes rendus d’une prise en charge psychothérapeutique ;
- lectures dirigées dont le thème est en rapport les cas pris en charge par le supervisé ;
- usage de rétroactions correctives des compétences du supervisé ;
- apport de rétroactions sur la compréhension des enjeux relationnels entre le psychothérapeute et son client ;
- formulation, au besoin, de recommandations sur la pratique professionnelle ;
- pratique d’exercices en pleine conscience qui aident le supervisé à développer sans jugement une conscience de sa propre expérience présente plutôt que de se centrer sur leur compréhension intellectuelle ;
- présentations de cas au superviseur ou en petit groupe ;
- participation à des discussions détaillées à propos des interventions de la personne supervisée ;
- méthodes expérientielles (modèle d’apprentissage expérientiel de Kolb) :
 1. apprentissage vicariant⁵(le superviseur joue le rôle du thérapeute face à un participant qui joue le rôle de client),
 2. jeu de rôle (deux participants jouent le rôle de thérapeute et de client face au superviseur ; ces jeux de rôle sont suivis de discussions pour modifier graduellement les interactions entre le supervisé et le patient joué par le superviseur ou un autre participant) ;
 3. enregistrements audio ou vidéo (qui peuvent être évalués à partir de grilles de lecture).

⁵ L’apprentissage dit vicariant est celui qui résulte de l’imitation par l’observation d’un pair qui exécute le comportement à acquérir

Bibliographie :

Bizzini, L. & Freeston, M. (2011). Commentaires à l'article de Clauw, Deplus et Philippot. RFCCC, septembre 2011, Vol. XVI, n° 3, pp. 17-19.

Clauw, L., Deplus, S. & Philippot, P. (2011). La supervision clinique dans la formation à la pratique psychothérapeutique. RFCCC (Septembre 2011), Vol. XVI, n° 3, pp. 3-16.

Clauw, L., Deplus, S. & Philippot, P. (2011a). Comment développer les compétences cliniques du psychothérapeute par la supervision. RFCCC (Septembre 2011), Vol. XVI, n° 3, pp. 20-47.

Cottraux, J. (2004). Formation et supervision dans les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC). Psychothérapies, Vol. 24, 2004, n° 3, pp. 151-159.

Gardner, H. (1997a). Les formes de l'intelligence. (Titre original: Frames of mind, 1983). Paris: Odile Jacob.

Linehan, M. (2000). Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite. Genève : Médecine et Hygiène.

Pomini, V. et al. (2011). La place de la supervision en thérapie comportementale et cognitive en Europe. RFCCC, septembre 2011, Vol. XVI, n° 3, pp. 48-67.

Pomini, V. (2011a). A propos de la supervision clinique dans la formation à la psychothérapie cognitive et comportementale : Quelques réflexions et commentaires. RFCCC, décembre 2011, Vol. XVI, n° 4, pp. 19-26.