

Réflexion sur l'efficacité de la supervision, de l'analyse de la pratique en psychiatrie et dans le médico-social. Bilan de vingt ans d'interventions.

Tout d'abord quelques éléments de référence pour situer non seulement à partir de quels lieux d'interventions j'ai opéré mais également pour expliquer à partir de quelles grilles de lecture, à partir de quelles références théoriques, j'interviens et peut-être à partir de quelles références je suis généralement sollicité.

Mes références théoriques sont celles d'un psychiatre orienté tout d'abord vers la pédopsychiatrie et la psychanalyse puis vers la systémique et tenté par une alliance entre ces deux théories pour comprendre aussi bien que possible un contexte dans son ensemble et les interactions tout comme les forces « invisibles » inconscientes qui sont toujours à l'œuvre.

Mes champ d'interventions, depuis une vingtaine d'années dans le cadre d'analyses de la pratique, de supervisions ou d'interventions de crise à visée régulatrice ont été principalement ceux du médico-social, de l'hospitalier et singulièrement ceux de la psychiatrie infanto-juvénile ou adulte.

Il s'agit donc de champs assez particuliers et généralement de métiers de vocation ce qui engage immédiatement l'acteur et sa personne comme ses motivations conscientes ou inconscientes.

Il y a en effet un engagement. Il n'est plus sacerdotal comme autrefois mais il est moral même s'il est presque « politiquement incorrect » de le rappeler dans un mouvement sociétal qui tendrait à prôner un certain nivellement des spécificités pour privilégier le contrat de travail.

J'aimerais ajouter en préambule qu'il est heureux de constater que ce n'est pas tout à fait la réalité dans ces contextes de travail centrés sur le soin ou sur l'aide sociale, sur le « **care** » et non seulement sur le « **cure** ».

Chacun peut en effet constater le dévouement de ces différents personnels et les tentatives souvent pathétiques qu'ils doivent développer pour compenser les pénuries souvent graves auxquels ces mondes de l'entraide et de la médecine sont soumis, aujourd'hui.

Le « cure », vise la partie technique celle qui tente de guérir et le « care » l'autre partie, celle qui fait appel au vivant d'un soin, au sens où la philosophe Cynthia Fleury peut évoquer « le contraire d'un soin de principe qui ne serait que de papier » sur un socle radical d'humanité

Le « care » et le « cure » sont aussi deux principes qui donnent de bonnes indications pour définir le type le mieux adapté d'intervention extérieure.

Ces deux principes trouveront un éclairage supplémentaire en les rapprochant de la tradition qui distingue le monde de l'objectivité auquel le « cure » se rapporte, et le monde de la subjectivité, celui du sujet auquel le « care » se réfère.

Les modalités d'interventions extérieures sont traditionnellement de deux types : analyse de la pratique « AP », supervision.

Il faut ajouter les interventions sur le fonctionnement global d'une équipe le plus souvent dans un moment de crise.

Après quelques définitions, nous examinerons les avantages et les mérites de chaque solution et par rapport à ces deux pratiques, je proposerai une alternative qui me paraît mieux adaptée.

J'examinerai ensuite ces propositions au regard de la question de leur efficacité.

Deux définitions tout d'abord :

L'analyse de la pratique est selon Beaur et Vila un exercice qui « ne concerne pas la personne mais bien le professionnel et porte donc sur les actes et les gestes qu'il peut poser » dans la réalisation de son métier.

Avec une telle définition, on exclut en partie l'idée qu'un salarié puisse ressentir le besoin personnel de pouvoir réfléchir à **sa** façon à lui et donc personnelle de pratiquer ou même de **vouloir pratiquer** son métier.

La supervision, pour Boudot se rapprocherait davantage d'une approche plus subjective de la pratique puisqu'il évoque l'idée « de mettre en regard à partir du matériel choisi et apporté par le supervisé, l'investigation de deux champs : l'un se situe du côté de l'apprentissage et l'autre aborde la question du sujet parlant de sa propre pratique ».

A partir de cette définition, une interrogation surgit.

Elle incite à éclaircir le lien entre une supervision attentive aux questions subjectives et sa conséquence éventuelle en termes de formation et disons-le, de formation continue.

Ce peut être effectivement un supplément théorique apporté par l'intervenant (la demande peut se faire jour à tout moment que ce soit en analyse de la pratique ou en supervision ne fut-ce qu'à travers les processus transférentiels et contre-transférentiels qui parfois saturent ces deux formes d'interventions).

Première interrogation :

Si un apport théorique est possible dans le cadre de l'analyse de la pratique, du fait de son caractère plus objectivant, est-ce envisageable aussi dans le cadre d'une supervision plus subjectivante ?

Seconde interrogation :

Malgré son orientation vers le subjectif, la supervision peut-elle éviter une sorte de Canada Dry du travail de subjectivation ?

En effet, dans un collectif de professionnels travaillant en institution, il n'est généralement pas possible de donner ou de prendre la parole comme dans un colloque singulier dont le modèle pourrait être celui de la psychothérapie.

Dans un tel contexte, il n'y a notamment pas de certitude absolue du respect de la confidentialité.

Or la supervision, pour remplir sa visée, devrait pouvoir aborder des résonances en lien avec l'histoire de chacun.

Est-ce d'ailleurs légitime d'envisager une supervision dans un contexte professionnel ?

Nous sommes face à des problèmes complexes et face assez rapidement à des paradoxes.

Ni de bonnes intentions, ni une définition se voulant stricte du domaine d'intervention ne peuvent raisonnablement suffire pour définir l'indication la mieux adaptée.

Nous sommes donc d'autant plus confrontés à un « casse-tête » que le champ de la psychiatrie et du médico-social est particulièrement complexe.

La subjectivité y est d'emblée sollicitée, hyper sollicitée. Elle est même susceptible de représenter l'unique source d'inspiration de chacun.

Le « procédural » se développe pourtant à grandes enjambées et tente mais avec des succès mitigés de contenir, contrôler, l'indéterminisme profond propre à la « matière » qui est en jeu avec ses aléas, ses incertitudes, son insécurité, son idéalisme parfois et de permanentes contradictions, divergences, impasses et antagonismes.

Cet « esprit » particulier désigne le climat qui préside à toute demande d'intervention extérieure dans ce champ professionnel singulier.

Ceci ne veut pas dire que l'intervenant est tout de suite mis au courant des apories de la commande ou de la demande officielle.

Il peut y avoir de la part des demandeurs un peu de mauvaise foi, un peu de naïveté de la part de l'intervenant mais il y a toujours une différence entre l'officiel qui est énoncé et l'officieux qui s'attache à **l'attente réelle**.

On pourrait même y voir le risque d'un jeu relationnel de dupes entre les participants et l'intervenant, mais aussi et probablement avant tout, le résultat d'un processus où l'inconscient prend toute sa part.

Comme je le mentionnais un peu plus haut mes grilles de lecture sont autant attachées à la question de l'inconscient qu'à celle du contexte, en l'occurrence, il s'agit de comprendre le contexte de la demande comme celui de l'organisation qui sollicite l'intervention.

La question du contexte est celle par rapport à laquelle il me paraît raisonnable de se référer en premier lieu, le contexte ayant en lui même quelques résonances avec la question de l'inconscient mais ce deuxième point ne doit, à mon avis, être traité au cours de l'intervention qu'en deuxième lieu.

Si l'on veut analyser la demande d'accompagnement institutionnel à partir de son contexte, on peut partir de quelques questions simples formulées dans cet ordre :

- Où, c'est-à-dire à quel niveau de l'organisation est-elle requise ?
- Qui demande, pour qui, par qui, avec qui, sans qui éventuellement contre qui ?
- Quand la demande est-elle formulée, à quel moment de développement, éventuellement en amont ou en aval de quel changement annoncé, imaginé, désiré, redouté ?

La question de la temporalité ouvre, vous vous en rendez compte sur celle de l'imaginaire, du fantasme et entrebâille la porte des motifs inconscients de la demande.

En bref, en premier lieu, il faut « savoir où l'on met les pieds », j'ajouterais avec un peu d'humour qu'il ne faut « pas avoir trop d'enfants à nourrir » pour renoncer le cas échéant, si le contexte était impropre à une intervention extérieure, s'il y avait par exemple le risque d'une aggravation de la problématique ; les conditions opératoires n'étant pas réunies.

Si je filais la métaphore chirurgicale, je dirais qu'il faut tout simplement préparer minutieusement « la salle d'op ».

En prenant tant soin des conditions opératoires, j'ai le sentiment de penser déjà à l'une des questions posée par cette réflexion, celle de l'efficacité.

En effet, c'est une question de bon sens, « primum non nocere ».

En même temps comment être efficace si l'on ne construit pas un échafaudage suffisamment solide ou suffisamment adapté avant de commencer les travaux ?

Il faut certainement prendre encore plus de précautions lorsqu'il s'agit de milieux d'interventions où circulent tant de souffrance, tant de précarité, tant de haine, tant d'amour aussi, tant de confusion et tant d'espérance.

C'est pour moi, une autre façon de décrire un contexte où l'énoncé de toute demande n'a le plus souvent rien à voir avec l'attente.

De fait dans ce milieu « une chose et son contraire » cohabitent avec souvent la même acuité.

De plus, dans ces contextes, la distinction faite par beaucoup de scientifiques, du moins par ceux du courant matérialiste, entre le sujet qui intervient, l'observateur et l'objet du travail, c'est à dire le bénéficiaire, l'observé, n'a pratiquement plus aucune valeur.

Ici, observateur et observé sont reliés ensemble par un principe de non dualité.

Les processus de transfert et de résonances entre système-opérant et système-client sont en effet primordiaux et démontrent par ailleurs qu'il serait ridicule d'en déduire par exemple que les « psy sont plus fous que leurs clients ».

Ce serait évidemment un contre-sens total.

Au contraire les « psy », les équipes de psy comme les travailleurs sociaux d'ailleurs, doivent, ce qui est tout à leur honneur, oeuvrer en permanence dans le sens de leur propre maintenance.

A cette seule condition, ces équipes peuvent éviter que leurs élans réparateurs soient neutralisés par les pathologies ou par les problèmes très lourds des bénéficiaires de

leurs actions surtout lorsqu'il s'agit et c'est le cas le plus souvent, de situations chroniques ou récurrentes parfois presque sans fin.

Autre interrogation peut-on promettre une efficacité de l'action thérapeutique ou de l'action sociale ?

Généralement dans nos milieux, on préfère se référer à l'efficience plutôt qu'à l'efficacité et ce, on le verra, à juste titre.

En tout cas, il est vraiment utile de discuter des différents dispositifs d'accompagnement attachés aux métiers de l'aide puisque nous avons déjà relevé un certain nombre de contradictions propres à l'idée qu'il s'agit de milieux professionnels « hyper subjectifs ».

De plus, dans nos milieux, il convient souvent de faire comme si l'on pouvait ignorer cette évidence ; une trop grande lucidité à ce propos pourrait en effet détourner de leurs métiers, beaucoup de professionnels « qui tiennent à garder les pieds sur terre ».

Parfois même, on préférerait croire seulement à l'objectivité.

Lorsqu'il y a un danger vital, il n'y a là, bien entendu, aucune objection mais de tels moments ne résument en rien le quotidien sauf lorsque malheureusement à force de vouloir trop objectiver les choses, le subjectif fait retour à travers des passages à l'acte, lesquels sont pourtant le plus souvent le résultat d'une trop grande « **chosification** » des personnes.

Que propose l'analyse de la pratique (AP) ?

En s'écartant du subjectif, elle propose de considérer l'observateur comme étant complètement extérieur à ce qui se passe pour le bénéficiaire de l'action.

Cette posture est encore moins réaliste lorsque le système intervenant est une équipe dans son entier et que cette équipe est soumise à des turn-over, à de nombreuses discontinuités relationnelles qui au final ne peuvent pas rester sans effets sur le système client.

L'une des premières conséquences de ce constat par rapport à ces demandes d'interventions en AP propres aux métiers de l'aide, conduit à de nombreuses interrogations :

- Ne comportent-elles pas le risque de contribuer à la chosification que j'évoquais plus haut ?
- Ne risquent-elles pas de fragiliser les personnes, acteurs professionnels comme bénéficiaires en ne permettant pas aux aidants de réfléchir suffisamment à ce qui se passe dans leurs relations ou en eux-mêmes dans le cadre de leur exercice professionnel ?

On ne sait d'ailleurs pas toujours, lorsqu'il s'agit de relations, desquelles il s'agit : celles d'une personne à une autre personne, celles d'une personne à un groupe, celles enfin d'un groupe à un ensemble plus vaste par exemple l'organisation globale de l'établissement ou de l'institution ?

- Au contraire, le bénéfice de l'AP, peut-il être celui de « calmer les esprits » en comptant sur une démarche qui dénoue la complexité et permet d'éviter la confusion en fixant des bornes stables pour de « bonnes pratiques » ?
- Mais n'est-ce pas une façon de définir l'intervention extérieure comme une forme de contrôle, éventuellement comme un complément de formation pour rappeler ou approfondir les normes de l'action?
- L'AP ne comporte-t-elle pas le risque d'une forme de substitution par rapport à l'encadrement ou plus généralement par rapport à la hiérarchie?
- Est-il légitime de confier à un tiers paré d'un « supposé savoir » une fonction qui appartient légalement et légitimement à l'organisation interne ?

Essayons maintenant d'interroger la question de la supervision :

Quels en sont ses avantages, quels en sont ses inconvénients ?

Du côté avantages :

Le travail social et, a fortiori, le travail psychiatrique, étant immergés tous deux dans la subjectivité, on ne pourrait théoriquement n'y voir qu'un avantage.

Il s'agirait en effet de dénouer les implications subjectives propres à l'histoire de chaque acteur et susceptibles d'être actualisées par la rencontre avec le sujet en souffrance.

Il s'agirait également, le cas échéant, de reprendre ce que certains auteurs nomment l'isomorphisme ce qui est une façon de remarquer des répétitions de fonctionnement entre le système opérant et celui du patient ou du client, ou de façon plus vaste, entre le système professionnel et le système familial du bénéficiaire.

On pourrait donc entrevoir, à travers la supervision, des raisons profondes d'espérance, celles d'un mieux-être relationnel, d'un meilleur confort émotionnel, d'une plus grande lucidité dans le travail et « last but not least » d'une plus grande sécurité des relations et pourquoi pas d'une meilleure efficacité de la prestation de la part des professionnels.

Du côté des inconvénients :

Lorsque l'on parle de supervision en institution, on ne parle nullement d'une supervision comme celle dont peut bénéficier un psychothérapeute indépendant.

On parle en effet d'une situation de groupe, de collègues qui ne se sont pas choisis, qui ont des références implicites ou explicites souvent fort différentes, qui ne sont pas nécessairement dans une situation relationnelle d'équité et de confiance suffisante « pour se mettre à nu » devant leur groupe d'appartenance.

Il y a, en général de fortes réticences à ce type de travail, lesquelles bien entendu sont bien compréhensibles lorsqu'elles peuvent être ressenties comme un exhibitionnisme déplacé au nom du célèbre dogme « nous sommes des professionnels supposés sans

émotions (c'est moi qui l'ajoute) et nous devons savoir contenir nos sentiments voire ressentiments ».

Cette position correspond à une pétition de principe, elle est parfaitement illusoire mais il s'agit d'une « illusion utile » jusqu'au moment où elle peut se retourner en son contraire en provoquant l'excès de souffrance auquel la personne ou le groupe cherche à échapper.

La supervision est donc une initiative très difficile à mettre en place du fait de la rigueur des conditions requises pour éviter notamment le risque d'un embrasement dans la structure demanderesse.

Elle doit au minimum faire l'objet d'une demande conjointe de la hiérarchie et de l'équipe qui en bénéficie ou au moins d'une adhésion de la plupart des salariés.

Ce type d'intervention est à proposer à des équipes matures, ayant un certain temps de pratique ensemble, conscient de leurs contradictions voire de leurs souffrances et souhaitant s'en sortir par une élaboration partagée, par une mise en tension de la subjectivité de chacun ou par un travail orienté vers l'intersubjectivité.

Ces conditions peuvent paraître drastiques, elles doivent l'être car la supervision en groupe se rapproche d'une thérapie de groupe. Elle en partage la même finalité, celle de diminuer la souffrance, mais elle est aussi profondément différente car cette intervention doit conserver tout son lien avec la pratique professionnelle et son amélioration.

En première approximation, on se rend compte, dans le fond, que les deux premières voies examinées, à savoir l'analyse objectivante celle qui correspondrait au « **cure** » (on pourrait dire via le cerveau gauche) et la supervision subjectivante celle qui correspondrait au « **care** » (on pourrait dire via le cerveau droit) ne sont ni l'une ni l'autre d'une application évidente ou facile voire même sans inconvénients potentiels.

Peut-on imaginer une troisième voie qui pourrait à la fois répondre à une demande d'efficacité et de sécurité ?

Il en existe une autre mais est-elle d'installation plus simple?

Cette troisième voie pourrait répondre à l'idée d'une régulation d'équipe

Pourquoi une telle proposition ?

Elle répond profondément et particulièrement en psychiatrie à l'idée que l'outil thérapeutique est représenté par l'équipe; l'équipe est donc en psychiatrie, pour reprendre la métaphore chirurgicale, ce que le scalpel est au chirurgien.

De la qualité du scalpel, de sa bonne tenue, de son état, dépend bien évidemment la qualité de l'intervention.

Ce constat propre à la chirurgie est pertinent en psychiatrie quand il s'agit d'une équipe.

Comme tout, en psychiatrie, se partagent, entre tous, les bons comme les mauvais sentiments, les émotions les plus lourdes comme les plus légères, il est a priori utile que

l'ensemble des intervenants puissent faire, dans des conditions à préciser, un état des lieux de leurs relations.

On l'a mentionné plus haut, ces relations entre professionnels portent toujours l'empreinte des mouvements psychiques du système-client, qu'il soit unique (le patient) ou pluriel (autres patients, famille...).

Pour envisager une telle indication, il y a des « fenêtres » qui permettent de penser à une régulation.

Elles sont représentées par des périodes de crise, par ces moments qui sont à la fois de l'ordre d'un risque et d'une opportunité.

Ses avantages :

Cette pratique comporte une dimension propre à la résolution de conflits et peut viser dans une optique transformative des changements structureaux qui peuvent même avoir une influence plus globale sur l'organisation.

Ses inconvénients :

Toute structure étant traversée par des forces de stabilité parfois très rigides comme par des forces de restauration, de transformation, cette proposition peut rencontrer un certain nombre de « conservatismes » qui tendent à plaider pour un statu quo même quand cela est délétère.

Ces tendances à l'immobilisme peuvent être déstabilisées par un accompagnement externe surtout lorsque sont interrogées certaines évidences qui participent pourtant aux dysfonctionnements.

Par ailleurs, l'intervenant extérieur n'est pas l'employeur. Il ne doit donc en aucun cas produire un changement de l'extérieur au travers de ses propres normes.

Il doit au contraire contribuer à créer des conditions de relations à l'intérieur de la structure qui peuvent libérer certains acteurs, de certaines craintes inhérentes à tout changement.

Pour ce faire, il doit avant tout contribuer à soutenir **le désir** d'expérimenter un autre schéma de relations parce que celui-ci est pressenti comme étant vraiment meilleur par les participants.

Comment s'y retrouver dans un tel dédale, avec des questions qui ont nécessairement une plus grande acuité encore lorsqu'il s'agit de métiers qui touchent particulièrement à la relation d'aide ?

Un « mixte » est-il possible puisque chaque formule comporte des inconvénients majeurs et peut s'avérer comme n'étant pas opportune ?

Dans les faits, les équipes attendent plutôt un « mixte ».

J'ajouterais aussi, a fortiori, lorsque la demande ou la commande est formulée très clairement et même de façon très cloisonnée (AP versus supervision).

Ce serait pourtant bien mal connaître les « ruses » de l'inconscient si l'on s'en tenait seulement au plan du discours manifeste et par conséquent à la demande manifeste.

La plupart du temps l'intervenant et l'équipe découvrent progressivement les véritables enjeux de la demande.

Dans le fond, c'est surtout la qualité de la relation entre le tiers et l'équipe qui permettra de dévoiler vraiment les attentes des participants ou de leur hiérarchie.

Ces attentes sont toujours plurielles, propres à chaque acteur et propres à chaque groupe.

Il convient donc d'entendre les deux niveaux, le tout comme ses parties, sans déroger à la commande institutionnelle, sans exagérer les difficultés et en pilotant avec tact et mesure la communication pour rester dans la réalité d'une intervention extérieure, sans décourager les bénéficiaires mais surtout sans avoir d'objectifs incompatibles avec la structure ou ses acteurs.

L'intervention du tiers n'est, à mon avis, dans les milieux que je connais le mieux ceux de la relation d'aide, ni de l'ordre de l'analyse de la pratique, ni de l'ordre de la supervision, ni vraiment de l'ordre de l'intervention de crise mais elle doit pourtant tenir compte de ces trois possibilités dans une démarche qui :

- soutient les individus
- renforce leur clairvoyance
- esquisse des éléments pour donner envie d'apprendre davantage sur les possibilités de son métier
- assure enfin un certain équilibre à l'intérieur du groupe concerné.

La piste que je propose cherche ainsi à s'extraire des dilemmes et de leurs blocages, elle cherche à ne pas camper sur une logique binaire et invite l'intervenant à s'ouvrir aux logiques de la **complexité** à partir de structures de pensées circulaires et interactives et non plus seulement avec des schémas de pensées linéaires.

Je me dois de témoigner que la systémique est à cet égard d'un grand secours pour y parvenir ou au moins pour y tendre.

Avant de ponctuer ce témoignage et de faire face un peu plus loin à la question de l'efficacité, je voudrais souligner, puisqu'il est difficile de proposer de l'intervention extérieure une modalité unique, ce à quoi un accompagnement extérieur ne devrait jamais ressembler.

L'intervenant n'est ni juge ni procureur par rapport à l'institution toujours imparfaite dans laquelle il intervient (l'imperfection étant presque une valeur intrinsèque propre à toute institution ce qui n'empêche généralement pas que la plupart fonctionne, il est vrai, à quel prix parfois !).

L'intervenant ne peut pas davantage troquer son costume pour celui d'un avocat ou d'un représentant syndical des salariés en faveur desquels il intervient. Il n'est pas non plus en position d'auditeur.

A cet effet et pour mener son action, il doit bénéficier de toutes garanties quant à la préservation de son indépendance professionnelle et bénéficier de la confiance suffisante de tous.

Pour consolider la confiance, il doit, à mon avis, savoir différencier parfaitement les différents plans de son intervention en distinguant clairement :

D'abord, la finalité (elle est une et indivisible dans le contexte soignant, objet de cette réflexion et correspond à un seul but, celui d'atténuer la souffrance directement ou indirectement des bénéficiaires voire des usagers du dispositif de soin en cause).

En second lieu, les objectifs qui peuvent être, comme nous l'avons vu auparavant, variables au fil de l'intervention,

En troisième lieu, les moyens lesquels doivent avoir beaucoup de souplesse pour s'adapter à des objectifs mouvants,

il doit enfin en quatrième lieu, pouvoir bien analyser les résultats de son action en partenariat avec tous les acteurs.

Cette souplesse d'intervention, pour ne pas être chaotique, et afin que chacun s'y retrouve suffisamment, doit comporter un volet éthique et déontologique centré sur le respect de la dignité de chacun, la bienveillance, un souci permanent pour la sécurité des personnes et une confidentialité totale de la part de l'intervenant mais aussi de la part des participants et ce même s'il est impossible de pouvoir le contrôler.

A ce stade de ma réflexion, je suis désormais tenté de confronter ce qui ressort de la question de l'AP, de la supervision ou d'autres modalités d'interventions par rapport à celle de l'efficacité.

En se référant à Wikipédia dont la définition est plus large que celle du Larousse, on peut lire que **l'efficacité** est la capacité d'une personne, d'un groupe ou d'un système de parvenir à ses fins (ce que j'appelais finalité ou but un peu plus haut), de parvenir à ses objectifs ou à ceux qui lui sont fixés.

Etre efficace, reviendrait à produire à l'échéance prévue les résultats escomptés et à réaliser des objectifs fixés, objectifs qui peuvent être définis en termes de quantité, de qualité, de rapidité, de coûts, de rentabilité.

On note aussi des termes voisins à celui d'efficacité mais qui doivent être distingués (efficience, productivité, rendement).

A partir de ces représentations, peut-être un peu simplistes, du terme efficacité, on reconnaît surtout un point commun entre tous les métiers.

Ils ont un but, en l'occurrence pour ceux de l'aide, celui de participer à l'atténuation de la souffrance des clients ou patients.

En tant que cause finale, comme l'écrivait Aristote, la finalité est une sorte de référence universelle qui s'impose à tous, professionnels comme clients du dispositif d'aide.

Il en découlerait un devoir éthique qui devrait conduire les institutions à veiller aux conditions d'un exercice professionnel confortable et les professionnels à traiter leurs propres souffrances afin d'aider les bénéficiaires à s'inscrire dans le même mouvement.

En revanche sur la question de la réalisation d'objectifs précis et plus encore sur celle du temps nécessaire à leurs réalisations éventuelles, on notera d'emblée une certaine divergence par rapport aux nécessités de la relation d'aide laquelle pleine de surprises et de mystères connaît le plus souvent des résultats indépendants des objectifs imaginés au départ tant par le client que par le professionnel.

Le flou voire la plasticité propres à la notion d'objectif, dans le domaine particulier du « care », n'entament pourtant en rien, disons-le clairement, l'idée d'obtenir des résultats, en phase avec les finalités du dispositif de soin, c'est à dire une moindre souffrance.

Pour être adapté à son objet, la supervision autour de la relation d'aide doit être nécessairement le reflet du contexte où elle s'exerce, comme de ses exigences.

La supervision ne peut donc pas fonctionner avec d'autres critères que ceux de son objet et de ses buts.

Elle ne peut donc pas s'inventer d'objectifs puisque cette notion appartient certes au « cure » mais s'avère comme étant très marginale dans le domaine du « care », de la relation et donc dans celui de l'accompagnement.

Alors peut-on évoquer, à partir de cet exercice particulier de la professionnalité que l'on nomme, depuis **Winnicott**, le « care », l'idée d'une efficacité sans risquer de faire un contre-sens ?

Si cette réflexion s'avérait juste, il n'y aurait pas non plus de raisons de s'attendre à ce que la supervision soit efficace ou du moins pleinement efficace selon les critères mentionnés plus haut au sujet de la notion d'efficacité.

Néanmoins, pourrait-on proposer l'idée que la supervision puisse être partiellement efficace (du moins dans sa dimension « care ») mais ce qui ne veut pas dire sans intérêt puisqu'elle peut concourir à la diminution de la souffrance ce qui représente un problème majeur dans le soin ou dans l'aide sociale que ce soit du côté des professionnels ou de leurs clients ?

Pourrait-on aller jusqu'à penser que dans sa dimension « cure », la supervision est inefficace ou seulement bien indirectement en soutenant le « care » ce qui permet alors au « cure » de montrer davantage d'efficacité, davantage de sécurité ? Dans cette hypothèse, le « cure » serait principalement à soutenir par différents systèmes d'actualisation des savoirs, en bref par la formation continue, le DPC.

Le soin version « care » avec tous ses prolongements, dont la supervision, est un humanisme.

De ce fait, il ne peut répondre exclusivement à une logique déterministe (bien représentée par la notion d'objectif).

Cependant, ce « village gaulois » de l'humanisme, que représente encore le soin, du moins dans sa version non assimilable au seul « cure », ne pourrait-il pas inspirer, un peu, d'autres secteurs moins enclins à travailler la question de la personne ou plus généralement celle de l'humain ?

Ma remarque est probablement celle d'un naïf ou d'un innocent mais la recherche d'une diminution de la souffrance psychique ou de la souffrance relationnelle au travail, ne pourrait-elle pas s'inspirer un peu du soin et du social, ne serait-ce que pour garantir le

mieux possible la réalisation des objectifs d'une entreprise à l'aide d'un meilleur couplage entre plusieurs idées :

- atténuation de la souffrance
- amélioration du confort émotionnel de chacun
- meilleure créativité
- travail sur les relations interpersonnelles, soutien des mécanismes d'entraide
- efficacité enfin.

Je l'espère en tout cas de tout cœur.

Bernard Greppo
Thérapeute familial-Psychothérapeute de groupe
Superviseur
Granada Psy