

Les pratiques de supervision : apports de la psychanalyse lacanienne

Caroline Doucet

La question des supervisions en institution est un problème important qui apparaît dans la diversité des dénominations de ces dispositifs : régulation, réunion clinique, supervision, analyse de pratique, contrôles, formation. Nous utiliserons ici celui de supervision afin de souligner deux autres aspects relatifs aux supervisions :

- Les pratiques de supervision dans les institutions sont en extension. La supervision est prise dans la réalité sociale : le discours contemporain promeut l'analyse des pratiques professionnelle.
- Ces pratiques sont prises dans la réalité institutionnelle, dans le discours à l'œuvre dans l'institution, ses idéaux, et donc nécessite de s'interroger sur ce qui motive une institution à avoir « recours » à une supervision. Qu'est-ce qui provoque la demande de supervision ? comment se fait le choix du superviseur ?

Les pratiques de supervisions prêtent à malentendu quant à leurs objectifs et présentent des enjeux cliniques et politiques. Les supervisions soulèvent une série de questions dont nous ne pouvons faire l'économie. En effet, si pour l'analyste, ou le praticien qui s'oriente de la psychanalyse « la supervision s'impose pour vérifier que son propre inconscient n'interfère pas dans la direction de la cure » (Miller, J.A., Le rapport sexuel au XXIème siècle, La Cause Freudienne 70, p. 107), qu'en est-il des supervisions menées dans les institutions ? Que supervise-t-on ? Nous verrons que dans la perspective psychanalytique lacanienne, les supervisions sont des réunions cliniques centrées sur la construction de cas mais quel est alors le statut du savoir dans ces réunions ? Comment procède-t-on ?

1/ « Une élaboration soutenue en petit groupe » (formule de Lacan à propos du travail d'élaboration en cartel)

Les pratiques de supervision font suite à l'invention des groupes Balint. M. Balint, élève de Ferenczi, était un analyste très connu à Londres. Lacan l'a lu, travaillé, bataillé avec lui pour trouver son orientation notamment sur la fin de la cure. L'idée de ces groupes Balint est qu'un analyste confirmé écoute le récit de l'expérience relationnelle des médecins généralistes. Son livre – « Le médecin, son malade et la maladie » - est une analyse poussée et une réflexion théorique avancée concernant la supervision¹. Ces groupes permettaient d'étudier les implications psychologiques dans la pratique de la médecine générale. Il s'agissait d'une pratique avec des sujets non analysés, une sorte de contrôle collectif, afin d'obtenir « une mutation subjective minimes aux effets cependant considérables ». Ces groupes ne sont pas thérapeutiques, il ne s'agit pas d'analyse personnelle, mais s'appuient sur une analyse des phénomènes de groupe et une analyse du contre-transfert. En 1947, dans un texte intitulé « la psychiatrie anglaise et la guerre » (1947, Autres écrits), Lacan montre son intérêt pour la

¹ Balint présente sa méthodologie, nombre de participants, rythme des séances, formation du superviseur, rôle du leader, animation du groupe, etc.

dynamique des groupes à travers les travaux de Bion et Rickmann. Lacan va déduire de ces groupes un nouveau dispositif : le cartel dont nous pouvons tirer partie pour la question des supervisions.

Lacan présente donc dans ce texte la méthode utilisée par Bion et Rickmann. Ce qui l'intéresse dans le petit groupe « c'est qu'il ne vise pas à l'universel » (Laurent, E, Le réel et le groupe, Ornicar digital). Il s'agit de « trouver dans l'impasse même d'une situation la force vive de l'intervention ». Lacan commente la portée théorique de l'épreuve du *groupe sans chef* proposée par Bion, qui lui permet de mettre en évidence le fait que dans ces groupes chacun sait « subordonner le souci de se faire valoir à l'objectif commun, que poursuit l'équipe et où elle doit trouver son unité » (Lacan 1947, p. 114). D'où l'intérêt du groupe même si le groupe induit des effets imaginaires inévitables – prestance, rivalité, élucubration de savoir, semblants, suggestion, identifications –. Ainsi que des identifications groupales. Prenant appui sur sa réflexion relative au groupe, il proposera un autre type de travail collectif : le cartel (cf. Acte de fondation). Le cartel est une forme collective d'enseignement qui permet d'atteindre un savoir nouveau. JA Miller propose une formule « ose savoir » au croisement entre un lien collectif (un débat) et une position subjective par rapport à l'ignorance. Il s'agit de dépasser l'horreur de savoir. Cela soutient aussi l'idée que l'élaboration de savoir est le produit d'une élaboration collective, « *tu peux savoir, mais pas sans les autres* ».

La supervision peut s'inspirer de la fonction du cartel de l'Ecole de la Cause Freudienne. C'est donc faire groupe d'une façon particulière. Il ne s'agit pas ici de dynamique de groupe, pas d'analyse du fonctionnement institutionnel, ni de renforcer les identifications groupales. Il s'agit de réunions cliniques qui ont comme question : comment générer, dans le collectif, un effet singulier ? Avec l'appui du groupe, dialogue, échange, débat, permettent à chacun de prendre la mesure du point où il en est, il confronte son savoir et ses limites à celui des autres participants et peut entendre, à l'occasion, là où il y avait pour lui point d'aveuglement. Il peut rectifier un positionnement. Chacun trouve dans le groupe ses propres effets de formation produits par la mise en commun. Et s'il y a un guide, un cadre, dans ses réunions cliniques, dans ces supervisions, c'est le symptôme du sujet.

2/ Des effets de formation

La supervision implique de partir de points d'impasse. Points d'impasse dans l'institution : c'est l'institution divisée par la clinique (ça ne marche pas comme on voudrait !) ; Point d'impasse pour le professionnel. Ainsi il s'agit de répondre à des questions telles : comment faire avec ce patient qui met systématiquement en échec les soins ou projets proposés ? A-t-on dit ce qu'il fallait à ce patient ? Comment faire avec telle équipe de soin ? Certes le professionnel a reçu une formation en lien avec sa discipline mais il y a un reste qui ne relève pas d'un apport de connaissance supplémentaire car la clinique ne saurait se réduire à une pédagogie. La clinique confronte aux limites de la formation et donc met en jeu la subjectivité du professionnel, elle produit ce que nous appelons des effets de vérité, des effets-sujet. Le professionnel peut en rester là, encombrer dans sa pratique, embrouillé voire

empêché. Ou bien il peut chercher à comprendre ce qui se passe en lui et chercher à orienter sa pratique. La supervision peut alors produire des effets-de-formation secondaires à l'effet de vérité, la supervision, la réunion clinique doit favoriser une clinique de la formation.

Les effets-de-formation consistent dans le dépassement par le sujet de son « n'en rien vouloir savoir », « d'avoir le courage de sa propre bêtise » (Balint), qui le conduit à une modification de sa position par rapport au savoir c'est-à-dire à remettre le savoir à l'épreuve du cas clinique. C'est à cela que conduit la supervision : une lecture orientée par le réel du cas tel qu'il est esquissé à partir du témoignage sur l'expérience que chacun des participants en a. Il s'agit de mettre l'accent sur le singulier du cas de sorte à contrer les effets imaginaires, le tous pareil, la psychologisation.

Très concrètement cela consiste à amener les participants à rapporter les dits du sujet ; montrer la constance de certains phénomènes et « arracher » la logique de ces phénomènes auquel le sujet est contraint au discours ambiant de l'institution aux coordonnées imaginaires éducatives et sociales. Mettre à jour la problématique de chaque patient et porter l'attention sur le repérage de la valeur et la fonction du symptôme. L'intérêt de la construction clinique c'est que l'on construit pas à pas la monographie clinique du cas, son histoire ; cela conduit à aller au-delà des clichés.

3/ La supervision d'orientation lacanienne : principes

La supervision d'orientation lacanienne s'appuie sur l'apport conceptuel de Lacan et sur les travaux issus de l'expérience de la psychanalyse appliquée dans les institutions.

- Donc sur une définition de **l'institution comme ce qui fait lien social pour un sujet**.

La pratique de la supervision consiste à se centrer sur le travail à faire. La supervision c'est une réunion pas comme les autres : c'est un lieu de parole – essayer de bien-dire - qui vise l'élaboration collective, elle consiste en une conversation clinique à l'origine d'une élaboration soutenue en petit groupe. Il y a à l'horizon de nos interventions à dégager la logique institutionnelle de ces idéaux pour rendre sensible les praticiens à la cause réelle.

- Qu'est-ce que la cause **de la clinique et la cause de la présence du sujet**

Ce qui cause la présence d'un sujet en institution c'est un réel qui le dépasse, la pulsion de mort, et des phénomènes qui peuvent le conduire au pire. Or il y a une tension entre les idéaux d'une institution et la cause du sujet. Résoudre ou traiter cette tension nécessite de mettre l'accent sur la clinique : la cause du sujet et son usage singulier de l'institution. Il s'agit de rendre compatible visée de l'institution et jouissance singulière, de sorte à ce que le patient puisse *avoir un usage* de l'institution. Chaque praticien en charge du patient est sollicité afin de faire part de l'expérience qu'il a du cas et à formuler les embarras, les surprises, bonnes ou mauvaises, qu'il lui cause. C'est de cet ensemble de paroles qu'il faut parvenir à extraire le dit qui éclaire et qui est susceptible d'indiquer les pistes de travail.

- **Est-ce utile pour le patient ?** telle est la question qui oriente le travail de supervision.

Le superviseur a à extraire des dits des praticiens des hypothèses de travail qui se déduisent de la logique du cas. Cela suppose que l'effort de lecture reste obstinément centré sur le cas et ne soit pas embrouillé par le dispositif institutionnel et comporte que chacun puisse repérer la position qu'il occupe à son insu dans la relation qu'il instaure avec le sujet en question. L'analyse du cas, la construction des hypothèses, implique que le dispositif institutionnel se module en conséquence des hypothèses qui émergent de la lecture de sa logique.

Ainsi, la supervision n'efface pas la responsabilité clinique des membres de l'équipe à l'inverse même, cela doit conduire le praticien à se faire responsable de la clinique (décomplète le discours institutionnel).

La diversité des pratiques de supervision implique de rencontrer l'équipe avant de commencer.

- **Un travail préliminaire est nécessaire à la supervision :**

Comment a surgit la demande ? Est-ce qu'il y a un consensus ? Comment est formulé le problème : le « ça ne marche pas ». Cela suppose de :

- Rencontrer l'équipe avec comme boussole : est-ce que notre intervention peut être utile au patient ? Faire en sorte par exemple que dans telle institution quelque chose puisse changer par rapport par exemple à l'accueil du patient psychotique.
- Face à l'idée que chacun fait comme il veut avec le patient, montrer en quoi l'appel à l'initiative personnelle est certes plus favorable à la rencontre avec le patient que l'application d'un standard mais qu'il s'agit de concilier cela avec une orientation commune.

Dans chaque institution, pour chaque supervision, la conjoncture est particulière, la supervision ouvre à la rencontre d'une équipe avec un style, donc il s'agit à chaque fois de partir de la conjoncture et de « **trouver la formule** » qui convient.

Pour conclure : Supervision avec fin ou sans fin ?

Ainsi, il n'y a pas de standardisation possible de la supervision mais des principes qui l'orientent. Précision utile : en 1975, Lacan dit préférer au terme de « super-vision » celui de « super-audition » (Conférence dans les universités Nord-Américaines, p. 42).

Concernant la supervision dans tous les cas une fin est à prévoir. Afin notamment d'éviter « un enkystement de la fonction de superviseur », une supervision de la supervision peut être pertinente. Précisons encore que ce dispositif ne dispense ni de la cure, qui nous préserve de céder à la pulsion de mort, ni du contrôle personnel qui réveille l'acte clinique.