

## Chapitre 38

# La supervision collective dans l'enseignement de la psychothérapie psychanalytique : enveloppe groupale et contenant pour une rêverie à plusieurs\*

GUY DA SILVA, M.D.

Psychiatre et psychanalyste (cabinet privé)

Clinicien attaché à l'enseignement et à la formation continue au Pavillon Albert-Prévost  
de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

Membre de la Société Psychanalytique de Montréal (section de la Société Canadienne de Psychanalyse)  
et de l'Institut Psychanalytique de Montréal (section de l'Institut Canadien de Psychanalyse)

\* À partir de l'expérience acquise depuis plus d'une trentaine d'années comme superviseur de psychothérapie analytique, l'auteur se propose d'examiner la place de la supervision collective et les raisons qui l'ont amené progressivement à privilégier cette forme d'enseignement auprès des résidents. Un des buts de ce texte est de pallier l'absence presque complète, dans la littérature sur la supervision, de réflexions sur le sujet de la supervision collective et de démontrer qu'on a souvent exagéré les limites de cette approche d'enseignement et négligé d'en reconnaître les mérites et les avantages certains. Dans ce chapitre, l'auteur expose sa pratique actuelle et la théorisation qui la sous-tend. Par ailleurs, parallèlement à la pratique et à l'enseignement de la psychanalyse dite « classique », l'auteur a toujours conservé un intérêt marqué pour la psychologie de groupe, l'étude des idéologies collectives et des phénomènes sociaux.

Tiré de : La Psychothérapie psychanalytique

Une diversité de champs cliniques

Dir.: P. Doucet et W. Reid

Éditeur : Gaétan Morin, Montréal, 1996

Afin de situer la supervision collective dans l'enseignement de la psychothérapie psychanalytique, il est indispensable de décrire d'abord le contexte dans lequel s'exerce cette forme particulière de supervision. Il s'agit en fait d'un triple contexte : (1) les programmes de formation pour le résident en psychiatrie constituent un environnement devenu de moins en moins facilitateur pour la thérapie analytique ; (2) le résident qui débute comme psychothérapeute analytique éprouve des difficultés et des résistances spécifiques ; (3) l'exercice de la supervision de la thérapie analytique tout comme l'exercice de la supervision de la cure psychanalytique font face à un dilemme traditionnel : enseigner ou traiter.

Par la suite, nous examinerons l'apport spécifique de la supervision collective, en particulier au regard de la supervision dans la dyade traditionnelle. Étant donné que la nature du mode d'écoute constitue l'essentiel de la supervision sous toutes ses formes, nous nous y attarderons, puis nous tenterons de dégager, à partir de ce mode d'écoute, ce qui nous est apparu plus spécifique de la forme de supervision collective que nous avons été amené à privilégier et dont nous faisons état dans le titre de ce chapitre : « Enveloppe groupale et contenant pour une rêverie à plusieurs ». Nous concluons ce chapitre par des vignettes et par des réflexions sur la pratique et les limites de la supervision collective.

### LES NOUVEAUX PROGRAMMES DE FORMATION POUR LES RÉSIDENTS EN PSYCHIATRIE ET LEURS EFFETS SUR L'APPRENTISSAGE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHANALYTIQUE

Il fut un temps, au département universitaire, et donc à l'Institut Albert-Prévost<sup>1</sup>, où chaque résident en psychiatrie devait suivre au moins deux cas de psychothérapie analytique, préférablement les deux mêmes patients au cours de ses quatre années de formation et

préférablement avec le même superviseur. Il n'était pas rare que les supervisions se poursuivent par des rencontres occasionnelles au-delà de la formation et ainsi jusqu'à la terminaison de la thérapie du patient. Souvent, ces cas faisaient l'objet de présentations scientifiques, voire de publications. Il n'était pas rare, non plus, que les résidents en cours de formation entreprennent une psychothérapie ou même une psychanalyse personnelle. Ce programme, qui faisait l'envie de plusieurs centres de formation, avait pour but d'offrir au futur psychiatre, en plus de l'apprentissage habituel des diverses approches et techniques avec une population psychiatrique diversifiée, une expérience approfondie centrée sur la relation transféro-contre-transférentielle. Comme nous le savons, cette situation a bien changé depuis une quinzaine d'années dans les programmes de formation des résidents en psychiatrie, et cela partout en Occident. Ainsi, il est possible qu'au Pavillon Albert-Prévost nous ayons su, mieux qu'ailleurs, faire coexister (plutôt qu'intégrer ?) les percées remarquables qu'ont connues récemment les neurosciences et les acquis psychodynamiques. Il reste qu'à ce département universitaire, aussi bien qu'ailleurs, l'orientation psychobiologique ou même franchement biologique l'emporte nettement sur l'orientation psychodynamique.

Outre que l'orientation psychodynamique a été remplacée par la biologie, on a souvent l'impression que le concept bio-psycho-social a été évacué dans les programmes de formation des résidents en psychiatrie. Ce concept a été proposé par un non-psychiatre, George Engel (1977), qui voulait s'opposer à l'envahissement du réductionnisme biomédical et qui vantait la position de la psychiatrie, selon lui la seule spécialité médicale qui tenait compte d'une telle approche bio-psycho-sociale indispensable en médecine. De toute évidence, et cela depuis quelques années, nous sommes entrés dans l'ère du seul pôle « bio » du concept bio-psycho-social, et l'on affirme parfois avec une certitude prétentieuse et imprudente ce nouveau credo thérapeutique. Cette situation est-elle due à l'enivrement qu'ont suscité les récentes découvertes importantes des sciences neurologiques ? Est-elle due à une trop étroite association avec l'industrie pharmaceutique qui y trouve son profit ? Est-elle due à une certaine collusion avec les plans d'assurance-santé qui reconnaissent uniquement

<sup>1</sup> C'est le nom qui était jadis donné à notre établissement avant sa fusion, en 1972, avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est devenu depuis, sous sa nouvelle appellation de Pavillon Albert-Prévost, le département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur. L'Institut puis le Pavillon ont toujours été affiliés au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

les médecins et qui les récompensent davantage lorsqu'ils apportent une attention parcellaire au plus grand nombre ? Toujours est-il qu'on a parfois l'impression que les psychiatres ont redécouvert qu'ils étaient partie prenante d'une spécialité médicale et qu'ils voulaient qu'on leur pardonne de s'être trop longtemps et dans certains cas trop exclusivement inspirés de la psychanalyse. En réaction, ils devenaient maintenant les chantres d'une médicalisation à outrance.

Un sondage récent aux États-Unis (Rodenhauser, 1992) confirme la prédominance d'une orientation psychobiologique ou franchement neurobiologique dans les programmes de formation destinés aux résidents en psychiatrie. Bien qu'on y affirme que l'orientation psychodynamique continuerait de représenter une part importante de ces programmes (40 % contre 58 %), il demeure que là où domine toujours une philosophie psychodynamique, cinq fois plus souvent il s'agira d'une psychothérapie d'une durée brève et déterminée d'avance (de trois à six mois) que d'une thérapie à plus long terme. D'ailleurs, quand, dans ce sondage, on parle des rares thérapies à long terme, celles-ci sont définies comme « dépassant douze mois » ; et comme ce sont les seules statistiques sur le long terme<sup>2</sup>, cela paraît indiquer que les quelques thérapies plus longues ne se prolongeraient pas beaucoup au-delà de douze mois et ne seraient vraisemblablement pas des psychothérapies psychanalytiques à durée indéterminée, lesquelles

s'étendent habituellement sur beaucoup plus de douze mois.

Quant à l'ensemble des programmes de formation, 75 % offrent une supervision individuelle de psychothérapie dynamique surtout à court terme et les deux tiers offrent une supervision collective, cette forme de supervision paraissant gagner en popularité pour des raisons de facilitation de l'apprentissage et non pour des raisons économiques<sup>3</sup>. Ces statistiques, qui nous informent sur la situation dans les programmes de formation américains (102 centres de formation sur 215 ont été étudiés), reflètent bien les impressions qu'on recueille aussi ailleurs dans le monde. Nous croyons que la popularité croissante de la supervision collective telle que signalée par l'étude de Rodenhauser s'explique en partie par le vacuum créé par l'absence, dans les nouveaux programmes, d'un nécessaire « environnement facilitateur » pour l'apprentissage de la psychothérapie psychanalytique, cet environnement s'avérant encore plus nécessaire aux résidents qui débutent.

#### LES DÉBUTS DU RÉSIDENT COMME PSYCHOTHÉRAPEUTE PSYCHANALYTIQUE<sup>4</sup>

On sait que les nouveaux résidents en psychiatrie éprouvent une grande angoisse à l'idée de délaisser quelque peu leur nouvelle identité médicale et le pouvoir que leur donne leur capacité récemment acquise de prescrire des médicaments. Il leur est pénible de découvrir que c'est leur personnalité même qui devient l'agent thérapeutique dans la relation transféro-contretransférentielle avec leurs patients. Paradoxalement, si nous insistons sur la valeur de leurs expériences de vie, en dehors de la formation médicale, et sur la valeur de leur capacité déjà acquise d'établir des relations humaines dans leur vie personnelle, cette angoisse

<sup>2</sup> Au sujet des thérapies à long terme, et bien que nous continuions d'utiliser cette appellation plus connue, nous préférons l'appellation de thérapie à durée indéterminée. Nous sommes en effet pleinement d'accord avec les remarques de Crombez : « Dans la thérapie et contrairement au traitement, l'objectif ne peut pas être fixé [...] la fin ne peut être prédéterminée et le fait de la prévoir ou même de la déterminer ne fait que "régler" le problème en le banalisant [...] la demande de thérapie sans fin déterminée refait surface, car la fin déterminée n'a pu suffire à l'élaboration d'un processus de fin [...] il ne peut s'agir de thérapie à court ou à long terme mais de thérapie à fin indéterminée, que cette fin se révèle après coup rapide ou lointaine [...] un certain nombre d'interventions que nous avons coutume d'appeler thérapies opèrent selon le paradigme de traitement [médical] : faire disparaître des symptômes [...] ce sont des "traitements psychiques" [...] le traitement est orienté [...] vers une action sur des symptômes, c'est-à-dire sur une partie de la personne, alors que la thérapie met en cause la personne, globalement [...] il n'y a là aucun jugement de valeur, simplement des fonctions différentes » (1993 : 6-13).

<sup>3</sup> Malgré la popularité grandissante de la supervision collective, nous constatons l'absence, dans la littérature, de textes traitant spécifiquement de la supervision collective de la thérapie analytique à durée indéterminée. Nous y reviendrons plus loin.

<sup>4</sup> Cette section n'aurait pas pu être écrite sans l'apport et la stimulation des nombreux résidents avec qui j'ai eu la fortune et le plaisir de travailler au cours des années ; il convient d'en témoigner et de les remercier.

s'atténuera; autrement dit, ils ne sont pas aussi dépourvus qu'ils ont tendance à le penser.

On oublie souvent combien le fait d'entreprendre pour la première fois une psychothérapie analytique à durée indéterminée est une tâche ardue qui ne peut se faire sans l'appui et la sécurité affective d'un environnement facilitateur, surtout si le résident n'a jamais bénéficié lui-même d'une expérience thérapeutique personnelle. Gregory Zilboorg (cité dans Merkin et Little, 1967) a décrit il y a longtemps le « syndrome du thérapeute qui débute ». Cette angoisse, une résidente l'exprimait fort bien :

Il y a la perte du modèle médical avec son cadre rassurant et explicatif; et puis on perd son identité extérieure nouvellement gagnée de médecin, plus de sarrau, ni de stéthoscope, ni cette petite étiquette avec votre nom suivi des initiales m.d. [...] Il y a des moments où on se sent très anxieux et totalement inadéquat [...] Non seulement je ne comprends pas ce qui se passe avec le patient, mais je n'ai pas la moindre idée de ce que je dois faire ou dire [...] Face à ce sentiment d'impuissance, la tentation est grande de recourir à une théorie comme objet unique d'explication ou au pouvoir omnipotent de la prescription médicamenteuse [...] Puis le résident se rend compte qu'il est devenu lui-même le principal outil diagnostique et thérapeutique, qu'il est l'agent de la guérison. [...] Il va remplacer ces pertes par la conquête de sa nouvelle identité de psychothérapeute (Nadeau, 1981: 7-11).

Cette angoisse, bien sûr, existait déjà auparavant, mais au moins l'organisation des départements de psychiatrie était telle que le pôle psychologique du bio-psycho-social était reconnu et encouragé. Cette situation est de moins en moins courante aujourd'hui dans les programmes de formation, et les présentations scientifiques où sont rapportés et discutés des cas de psychothérapie psychanalytique sont maintenant rares.

Étant donné cet environnement peu favorable et la multiplicité des exigences de la formation psychiatrique qui comprend des stages d'une durée réduite à six mois, il est remarquable que certains résidents réussissent quand même à poursuivre la psychothérapie de leurs patients durant plusieurs années et choisissent librement de maintenir leur affiliation au groupe de supervision qui les oblige à se rendre chaque semaine au

Pavillon Albert-Prévost à partir des divers centres de formation. Cela témoigne bien de l'intérêt marqué qu'ils trouvent dans leur expérience de psychothérapeute.

Bien que les résidents puissent toujours parler de leurs cas à leurs superviseurs dans les situations de supervision individuelle, il y a peu d'endroits, hormis de petits séminaires occasionnels et hormis la supervision collective, où le résident qui commence sa formation peut non seulement être écouté en parlant de son cas de thérapie, mais également avoir l'occasion d'écouter un collègue rendre compte de son travail de thérapie et apprendre à écouter quelqu'un qui écoute quelqu'un. Ainsi, le résident s'initie en même temps au travail de supervision.

#### OBSERVATIONS SUR LA SUPERVISION ET EXAMEN DU DILEMME TRADITIONNEL ENSEIGNER-TRAITER

Afin de situer l'apport spécifique de la supervision collective, il convient de présenter un survol de la question plus générale de la supervision dans le champ de la psychothérapie psychanalytique individuelle à long terme. Nous le ferons en signalant, parmi l'abondante littérature sur la supervision, les propos pertinents en ce qui concerne la compréhension de l'apport spécifique de la supervision collective et en particulier de l'approche de la supervision collective que nous avons été amené à privilégier à partir de notre expérience des trente dernières années<sup>5</sup>. Nous examinerons cet apport sous l'angle de l'interrogation reprise le plus fréquemment dans la littérature sur la supervision et qui se réfère à la confusion entre supervision et thérapie personnelle. Cette interrogation, qui est également la plus controversée, est justement celle où la supervision collective peut offrir des voies intéressantes de solutions.

<sup>5</sup> Ce que nous dirons de la supervision collective nous paraît souvent applicable non seulement à l'apprentissage de la psychothérapie analytique chez les résidents en psychiatrie, ce qui est notre premier propos, mais aussi, *mutatis mutandi*, à la formation des psychanalystes ainsi que des autres spécialistes dans le champ des relations humaines.

## Survol historique du dilemme traditionnel enseigner-traiter

Bien qu'on reconnaisse généralement qu'un bon superviseur doit être un bon clinicien, un bon clinicien n'est pas nécessairement un bon superviseur. C'est pourtant la tradition de désigner les superviseurs sur la base de leurs seules qualités cliniques, aucune formation particulière de supervision n'étant exigée pour le futur superviseur. Le superviseur est censé apprendre en faisant ses propres expériences même si le travail de supervision requiert autant, sinon plus, de sensibilité que le travail clinique puisqu'il nécessite un accordage affectif, non seulement de la relation entre le patient et le thérapeute, mais aussi de la relation entre le supervisé et le superviseur. Comme la formation analytique est le modèle suivi pour la formation en psychothérapie psychanalytique, il importe de faire un rappel historique.

À la suite de la recommandation de Freud, tous les analystes devaient eux-mêmes être analysés et l'analyse didactique devint bientôt une exigence. À l'origine, l'analyse didactique n'avait pas pour but de faire une analyse personnelle en profondeur comme de nos jours. À cette époque, l'analyse était conduite de façon à inclure ce que nous appelons maintenant la supervision. À cause des difficultés inhérentes à cette démarche, on tenta par la suite de séparer en deux différents moments la supervision de l'analyse personnelle, le superviseur et l'analyste étant cependant toujours la même personne. Cet arrangement s'avéra également insatisfaisant, et bientôt la supervision et l'analyse personnelle furent conduites par deux personnes différentes. On constata cependant que, malgré cette séparation des fonctions, l'analyse des réactions inconscientes du supervisé dans ses rapports avec son patient continuait d'occuper une part importante du travail de supervision. Cette situation, à son tour, créa de la confusion entre ce qui appartenait à la supervision et ce qui appartenait à l'analyse personnelle du supervisé : pour y remédier, certains créèrent une tendance selon laquelle on considéra la supervision comme une démarche strictement didactique. Par ailleurs, et cela ne fit qu'ajouter à l'embrouillamini, on continua à nommer « analyse didactique » l'analyse personnelle des futurs analystes. Et cette confusion entre ce qui est du ressort didactique et

ce qui est du ressort thérapeutique allait se poursuivre jusqu'à nos jours, autant dans l'analyse personnelle que dans la supervision.

C'est ainsi que, en supervision, certains auteurs parlent d'un projet essentiellement pédagogique ou d'« alliance de travail » (Frijling-Schreuder, 1970), alors que d'autres insistent sur l'aspect thérapeutique inhérent à un projet éducationnel dans son sens étymologique *ex ducere*, c'est-à-dire quelque chose qui doit émerger de l'intérieur même de l'étudiant supervisé. Mais alors, ne devrions-nous pas affirmer, comme l'a fait Lawrence Kubie (1958), que le processus de supervision apporte une expérience thérapeutique appréciable aux supervisés ? Les auteurs qui pensent ainsi et qui jugent indispensable d'attirer l'attention du supervisé sur les aspects contre-transférentiels dans sa relation avec son patient ou sur les aspects transférentiels dans sa relation avec le superviseur mettent l'accent sur l'importance de se limiter à alerter le supervisé sur ces aspects. Ainsi, plutôt que d'explorer eux-mêmes les racines génétiques de ces aspects, ils leur conseilleraient de le faire dans leur analyse personnelle avec leur analyste.

D'autres auteurs, pourtant, considèrent que cette intervention du superviseur constitue une intrusion inacceptable dans l'analyse personnelle du supervisé, intrusion pouvant causer une interférence dans la relation de travail de supervision et dans l'analyse personnelle du supervisé.

Cette intervention ne constituerait-elle pas, pensent encore d'autres auteurs, un processus d'identification du supervisé au superviseur ? Ne devrions-nous pas définir plutôt la relation superviseur-supervisé comme une « alliance dans un processus de connaissance » (*learning alliance*) (Pulver, 1984) ? D'autres auteurs, enfin, en arrivent au constat que la supervision ne peut être ni une activité pédagogique, ni une activité thérapeutique, qu'elle procède des deux et se situe à leurs frontières, ce qui nécessite alors une formulation théorique spécifique<sup>6</sup> (Newman, 1986 ; Lebovici, 1970).

<sup>6</sup> Notre expérience rejoint cette nécessité d'une formulation théorique spécifique ; nous y reviendrons plus loin en discutant du mode d'écoute.

Ce débat, qui nous renvoie à la controverse sur la définition de la psychanalyse comme processus de connaissance ou comme processus thérapeutique, se poursuivait récemment sur la scène internationale. Ainsi, en 1989, se tint à Rome un précongrès de l'Association psychanalytique internationale (API) sur l'analyse didactique, qui conclut que la meilleure analyse didactique restait l'analyse personnelle, en dehors de toute préoccupation didactique. Plus récemment encore, en juillet 1993, à Amsterdam, le précongrès de l'API indiquait cette ambiguïté dans le titre même de sa conférence réunissant les membres les plus chevronnés des instituts psychanalytiques : « La supervision psychanalytique, une approche clinique ». Dans le texte d'introduction de cette conférence, David Sachs mentionnait qu'à la suite d'une invitation lancée aux participants pour qu'ils soumettent des vignettes décrivant les difficultés de la relation superviseur-supervisé, la préoccupation majeure avait trait à la difficulté de différencier la supervision de la thérapie analytique ! Dans le petit groupe de discussion auquel je participais, nous avons tous été d'abord impressionnés, puis amusés par la grande fréquence des lapsus au cours de nos échanges ; ainsi, on faisait allusion au supervisé en le nommant « patient » et au superviseur en le nommant « analyste » !

### LES PARTICULARITÉS ET LES APPORTS SPÉCIFIQUES DE LA SUPERVISION COLLECTIVE

Mentionnons d'emblée qu'alors que la supervision individuelle traditionnelle a fait l'objet de nombreuses publications, nous n'avons pu retrouver qu'une étude publiée (Israël, 1992) se rapportant exclusivement à la supervision collective de l'analyse ou de la thérapie analytique individuelle. Dans cette section, nous souhaitons apporter une contribution additionnelle sur un sujet longtemps négligé malgré son grand intérêt. Nous tenterons de démontrer que l'intérêt de la supervision collective tient à certaines particularités qui atténuent l'éternel dilemme traiter contre enseigner et qui obvient pour une bonne part à plusieurs limites et difficultés inhérentes à la pratique de la supervision traditionnelle de la dyade superviseur-supervisé.

### Les particularités quant à la situation de groupe

La présence avec le superviseur de quatre supervisés, le cas d'un seul patient étant présenté puis examiné durant toute la séance hebdomadaire d'au moins une heure et demie (chaque supervisé présentant son cas à tour de rôle une fois par mois), permet davantage que la dyade superviseur-supervisé d'échapper au dilemme processus thérapeutique contre processus pédagogique, en raison de la dilution de l'intimité et du fait que les interventions sur le contre-transfert et le transfert sont souvent faites par les cosupervisés plutôt que par le superviseur ; l'atmosphère du groupe est alors centrée principalement sur l'expérience émotionnelle en cours comme « alliance dans un processus de connaissance » (Pulver, 1984). De plus, dans la mesure où, dans la situation de groupe qu'entraîne la supervision collective, le couple de la relation duelle, non seulement thérapeute-patient, mais également superviseur-supervisé, est « sous surveillance », pour reprendre l'expression de Paul Israël (1992), on évite en grande partie ce qu'on a appelé le parallélisme, c'est-à-dire le transport en parallèle de la relation transféro-contre-transférentielle d'un couple à un autre. La distance optimale est mieux maintenue parce que le présentateur est observé par le superviseur et les autres membres du groupe ; de plus, le présentateur devient à son tour l'observateur des trois autres couples patient-thérapeute quand ses trois collègues font leur présentation.

### Les particularités quant au transfert

Plutôt que de voir le superviseur devenir le lieu unique du transfert parfois massif du supervisé, on observe, dans la supervision collective, une dilution du transfert sur le superviseur et de multiples transferts latéraux entre les participants ; de plus, il y a souvent apparition d'un transfert fantasmatique dirigé vers l'entité psychique représentée par le groupe lui-même, ce transfert contenant des éléments primitifs maternels. La dilution du transfert paraît favoriser le travail de groupe (le *work group* de Bion), alors que le transfert fantasmé sur l'entité groupale paraît favoriser l'émergence d'émotions primitives très utiles pour atteindre l'accordage dans la relation sensori-affective entre le présentateur et son patient.

## Les particularités quant à la relation hiérarchique

Bien que nous soyons complètement d'accord avec la recommandation de Lebovici, à savoir que « la supervision est un moyen de montrer aux jeunes supervisés comment le superviseur fonctionne, agit et réagit et comment il parle et se comporte » (1970: 388) (traduction de l'auteur), nous avons souvent observé que le thérapeute ou l'analyste en formation peut avoir tendance à subir indûment le poids du type de fonctionnement du superviseur quand il est dans une relation de dyade avec lui, et ce, d'autant plus qu'il est le seul présentateur à chaque rencontre hebdomadaire de supervision. On remarque alors souvent un mimétisme interprétatif et une certaine inhibition du style et de la personnalité du thérapeute qui est porté à traiter le patient par superviseur interposé plutôt que de reconnaître en lui-même l'agent thérapeutique à partir de la relation transféro-contre-transférentielle. D'après notre expérience, la présence des cosupervisés et le fait de ne pas présenter chacune des séances de psychothérapie (ou d'analyse) lors de la rencontre hebdomadaire permettent au supervisé d'expérimenter plus librement son propre style comme thérapeute et ainsi de moins subir le poids hiérarchique du superviseur.

Au précongrès d'Amsterdam sur la supervision, la contribution de l'IPSO (International Psychoanalytical Student Organisation) préparée par Casullo et Resnizky a été très élogieuse à cet égard :

Les candidats en formation savent qu'ils sont des analystes inexpérimentés et désirent que les superviseurs apprécient ce fait sans profiter de l'occasion pour les dévaluer ou les humilier; les candidats font un plaidoyer convaincant pour être traités comme des collègues dont l'expérience moindre ne doit pas être une occasion servant à les infantiliser (1993: 8) (traduction de l'auteur).

De même, les résidents en psychiatrie sont de jeunes médecins en formation qui tiennent à être traités pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des médecins et de futurs collègues. Et le superviseur qui s'aventurerait à traiter de haut l'un de ses supervisés verrait immédiatement l'ensemble des supervisés former une opposition contre lui, avec le risque d'éclatement du groupe que cela comporte.

## Les particularités quant à l'évaluation et au choix des patients

De la même manière que le libre choix de part et d'autre d'un patient et de son analyste personnel a toujours été traditionnellement reconnu comme essentiel, le libre choix du superviseur et du supervisé, qui doivent décider s'ils peuvent travailler ensemble, s'avère essentiel. Pour ce qui est du groupe de supervision, le nouveau supervisé est invité à assister à une ou deux rencontres afin que, de part et d'autre, on puisse convenir d'un intérêt mutuel pour cette forme de travail. De même, le libre choix du nouveau supervisé et de son futur patient est essentiel.

Les premières présentations du supervisé dans le groupe portent sur l'évaluation du cas; ainsi, on détermine si tel supervisé peut former avec tel patient un « couple thérapeutique » assorti. Le choix du patient se fait avec l'aide du groupe de supervision et selon le mode d'écoute que nous décrirons plus loin. Nous soulignons l'importance d'un appariement approprié entre le patient et le supervisé, la décision finale appartenant au thérapeute lui-même. Il s'agit d'éviter absolument que le thérapeute n'accepte un patient qu'il n'aurait pas lui-même choisi de traiter. Autrement le risque est trop grand, d'une part, que le thérapeute refuse de se reconnaître comme l'agent responsable dans l'engagement transféro-contre-transférentiel avec son patient et, d'autre part, que le superviseur soit tenté, devant les difficultés du supervisé et l'angoisse du patient, d'usurper la fonction thérapeutique du supervisé. Nous avons souvent observé que c'est après une ou deux tentatives infructueuses d'évaluation de patients au regard de la thérapie que le supervisé peut faire le deuil de ses ambitions thérapeutiques démesurées et trouver la distance appropriée pour une relation de travail; alors, le choix définitif d'un patient peut être établi.

L'entrée dans le groupe du nouveau supervisé et de son nouveau patient se fait dans l'expectative que la relation thérapeutique ainsi que la participation à la supervision collective dans le petit groupe des quatre thérapeutes et du même superviseur se maintiendront pendant quelques années, ce qui favorisera une connaissance approfondie par chacun des participants

de tous les cas examinés et une intimité suffisante des participants entre eux pour qu'ils soient à l'aise lors de leurs interventions.

### **Les particularités quant aux différents moments de l'évolution de la thérapie**

Les candidats à la formation en psychanalyse et encore davantage les résidents en psychiatrie, à cause de la parcellisation grandissante de leurs stages et de la multiplicité des types d'apprentissage auxquels ils sont soumis dans un court laps de temps, n'ont habituellement pas l'occasion d'avoir une expérience de supervision durant les phases intermédiaires ou les phases de terminaison du traitement de leurs patients. En effet, dans la dyade traditionnelle de supervision, généralement ils entreprennent un nouveau cas avec leur nouveau superviseur et doivent souvent mettre un terme à la situation de supervision alors que le traitement à long terme en est encore à ses débuts. La situation de supervision collective, par ailleurs, permet d'observer des phases différentes de traitement, car la composition du groupe varie avec les années, tel supervisé en étant à ses débuts dans le groupe, tel autre présentant un patient en traitement depuis quelque temps et tel autre, comme membre plus ancien du groupe, présentant la phase finale de la thérapie.

On se rend compte que c'est souvent avec admiration et émerveillement que le nouveau supervisé constate l'habileté d'un collègue dont l'expérience compte à peine une ou deux années de plus que lui ; il s'agit là d'un stimulus important face au travail thérapeutique tant pour l'un que pour l'autre. De son côté, le supervisé plus expérimenté observe souvent avec un grand intérêt teinté d'amusement les balbutiements du plus jeune collègue et mesure ainsi la distance qu'il a lui-même parcourue en si peu de temps.

### **Les particularités quant à l'évaluation du progrès des thérapeutes et à la bonne marche du groupe**

Tous les six mois, un bilan est fait du fonctionnement du groupe de supervision, de la participation et de la

contribution de chacun à l'intérieur du groupe, y compris du rôle et de la fonction du superviseur.

Nous en profitons aussi pour satisfaire aux exigences du département universitaire de psychiatrie quant à l'évaluation du progrès des résidents en ce qui a trait à la psychothérapie analytique. Au cours de cette évaluation faite en groupe, chacun des participants, à tour de rôle, donne son point de vue sur ses progrès et ses difficultés, avant d'écouter ses collègues qui se joindront à lui dans ce bilan évaluatif. L'évaluation la plus détaillée et la plus importante est faite confidentiellement à l'intérieur du groupe. Le superviseur a la tâche, par la suite, de remplir les formules appropriées par des commentaires d'ordre général, lesquels seront lus à l'ensemble du groupe, avant que les formules soient remises au département universitaire.

### **Les particularités quant à la formation des supervisés pour leur rôle futur de superviseurs**

La situation de supervision collective constitue également, pour les supervisés, un apprentissage de leur propre pratique éventuelle de superviseurs puisqu'ils ont parfois l'occasion d'être ceux qui font une présentation et qu'on écoute et, trois semaines sur quatre, d'être ceux qui écoutent et qui participent ainsi à la fonction d'observation et de supervision du cas d'un collègue supervisé. Cela est d'autant plus important qu'on fait état, dans la littérature, de l'absence d'une formation organisée pour la fonction de supervision ; de même, comme le remarquait Sachs à Amsterdam :

[...] aucune formation en supervision, aucune étude de la littérature sur ce sujet n'est requise pour la nomination de ceux qu'on désignera comme analystes-superviseurs ; apparemment, on aurait de tout temps présumé tout simplement que les analystes formateurs ont automatiquement l'habileté de faire de la supervision (1993 : 1) (traduction de l'auteur).

On doit constater que la même absence de formation en vue d'exercer la fonction de supervision prévaut dans les programmes d'enseignement en psychiatrie pour la fonction de superviseur de psychothérapie analytique auprès des futurs psychiatres.

De même qu'on affirme souvent que la thérapie ou l'analyse personnelle s'achève lorsque le patient ou l'analysant est en mesure de faire son auto-analyse, de même on peut affirmer que la supervision se terminera à partir du moment où le supervisé a atteint une capacité d'auto-analyse, c'est-à-dire la capacité de s'écouter tout en écoutant son patient. Or, on peut soutenir, comme l'a très bien décrit Israël :

[...] que cette auto-analyse-là n'est possible qu'au travers de la répétition d'une expérience qui est celle de la capacité de s'écouter raconter, d'être écouté quand on raconte, et de s'appuyer sur une oreille pour confirmer ou mettre en doute les perceptions de sa propre écoute (1992: 539).

### Les observations quant au mode d'écoute

À cause de l'importance particulière que revêt le mode d'écoute en supervision individuelle ou collective (il s'agit toujours d'écouter quelqu'un qui écoute quelqu'un), il fera l'objet d'une section. De toute évidence, plusieurs observations sur la supervision collective peuvent être applicables à toute situation de supervision. Nous tenterons cependant de signaler les aspects plus spécifiques du mode d'écoute de la supervision collective, un mode d'écoute que nous avons déjà nommé « contenant pour une rêverie à plusieurs ».

#### LE MODE D'ÉCOUTE EN SUPERVISION COLLECTIVE : ENVELOPPE GROUPELE ET CONTENANT POUR UNE RÊVERIE À PLUSIEURS

La supervision étant essentiellement un mode d'écoute à propos de l'écoute de quelqu'un d'autre, ce mode d'écoute a été l'objet d'une telle attention dans la littérature qu'il serait impossible d'en faire une revue complète. Mentionnons, pourtant, qu'alors que certains exigeaient la transcription littérale des rencontres entre le supervisé et son patient, allant même parfois jusqu'à demander l'enregistrement des séances pour des raisons de prétendue véracité scientifique, d'autres trouvaient cette approche laborieuse, et même inadéquate, car elle s'attache trop exclusivement au contenu verbal. Ne valait-il pas mieux s'intéresser à l'essentiel de l'expérience émotionnelle en cours, qui ne pourrait jamais de

toute façon être fidèlement rapportée ? Wilfred R. Bion rappelle à ce propos « que l'expérience émotionnelle qui est celle de rapporter une séance d'analyse n'est pas l'expérience émotionnelle de l'entrevue d'analyse, mais bien une nouvelle expérience émotionnelle qui est celle de rapporter une séance d'analyse » (1990: 189) (traduction de l'auteur).

Déjà, en discutant ce qu'il a appelé le processus de reflet (*reflection process*), Harold Searles (1955), insistait sur l'importance informative des émotions et des fantasmes éprouvés au cours de la séance de supervision par le superviseur à l'égard du supervisé comme reflet de quelque chose de semblable qui pouvait se passer dans la relation entre le supervisé et son patient. On sait que l'observation de ce phénomène a été rapportée à plusieurs reprises, par la suite, dans la littérature, et que ce phénomène est maintenant largement reconnu sous le thème du parallélisme (Gediman et Wolkenfeld, 1980). Déjà, aussi, il y a plusieurs années, Bertram Lewin (cité dans Stein, 1988) conseillait à ses supervisés, plutôt que de lire la transcription littérale des séances, d'associer librement à partir de ce dont ils se souvenaient de leurs rencontres de thérapie avec leur patient.

Mais quelle est donc la nature de l'écoute dans la situation de supervision ? L'étymologie du mot « supervision » suppose une comparaison ou une confrontation entre quelqu'un qui commence à voir et quelqu'un d'autre qui, en fonction de son âge et de son expérience, « verrait mieux » et pourrait élaborer davantage à partir de ce qu'il voit au-delà du contenu immédiat et manifeste. Selon Lebovici, « une comparaison ou une confrontation, davantage qu'un enseignement, est supposée dans le terme même de supervision » (1970: 385) (traduction de l'auteur). Le terme « supervision » et celui de « contrôle » utilisés dans les instituts psychanalytiques provoquent souvent une insatisfaction à cause de leur connotation surmoïque et hiérarchique. Ne s'agirait-il pas plutôt d'une consultation continue ? Mais le terme « consultation » suggère aussi un certain lien hiérarchique, quoique moindre, entre le consulté et le consultant. Il est normal, bien sûr, qu'un certain lien hiérarchique existe et soit reconnu comme tel quand il s'agit d'une relation entre deux individus ayant une expérience différente. Mais cela n'est pas toujours le

cas. Ainsi, depuis quelques années, je participe avec un petit groupe de collègues à un séminaire continu où, à tour de rôle, nous présentons des situations d'impasse thérapeutique, des difficultés qui sont la plupart du temps d'ordre contre-transférentiel, afin de faciliter notre propre travail d'analyse et d'auto-analyse. Il n'y a pas entre nous de lien hiérarchique, il s'agit plutôt d'une assistance réciproque que nous nous apportons pour relancer notre capacité de penser et notre auto-analyse temporairement inhibée. J'ai proposé, il y a une quinzaine d'années, le terme *intervision* afin de bien marquer les rapports égalitaires entre nous ; ce terme a été repris par la suite et a acquis une certaine popularité dans notre milieu.

Plusieurs questions surgissent quand on s'interroge sur la nature de l'écoute que la personne qui consulte souhaite obtenir du consulté, quel que soit le nom qu'on donne à la personne consultée : un superviseur, un collègue, un tiers, un Fliess, un ami, etc. Et d'abord, est-ce que le mode dans lequel se déroule l'échange « supervisé » (qu'il s'agisse d'une supervision individuelle, d'une supervision collective, d'un séminaire avec des candidats ou des collègues, d'une consultation entre pairs) influence le processus de l'écoute, sa nature ? Si oui, en quoi et comment ? Quelle est la fonction de cette écoute particulière et quel est son effet ? Susciter le sentiment d'être entendu ? Donner une impulsion à l'auto-analyse ? Établir une distance nécessaire pour pouvoir recommencer à penser ? Et, après que cette distance a été établie, offrir une possibilité nouvelle de tolérer le rapprochement émotionnel avec l'autre dans un mouvement d'oscillation ? Quant à la relation avec la personne qui écoute, s'agirait-il d'un espace transitionnel (Winnicott, 1953), d'un espace de jeu, de la « capacité d'être seul en présence de l'autre » (Winnicott, 1958) ? Et l'autre, est-il une figure auxiliaire, une figure surmoïque, un moi idéalisé ?

Quant à nous, nous croyons que c'est l'état de rêverie, décrit par Bion (1962) dans le merveilleux petit livre intitulé *Learning from Experience*, qui caractérise le mieux la nature de l'écoute en supervision. Cet état de rêverie, Bion l'a d'abord observé dans la communication primitive des identifications projectives du nourrisson. La mère, à cause de son amour pour lui, est capable d'accueillir, puis de transformer cette forme

précoce de communication, qui plus tard deviendra une capacité de penser. Cela suppose entre les deux partenaires de la relation ce que Daniel Stern (1985) a appelé « accordage affectif » (*affective attunement*) et que nous préférons nommer « accordage sensori-affectif » (Da Silva, 1990 : 655) afin de tenir compte également des voies proprement physiologiques et sensorielles qui accompagnent toute communication, de la plus primitive à la plus évoluée, cette dernière retenant toujours un résidu des racines primitives au cours des multiples transformations occasionnées par la maturation. « Au début, le moi est d'abord un moi corporel », affirmait Freud (1923 : 26) (traduction de l'auteur), et quant aux caractéristiques des premières relations d'objet, Susan Isaacs écrit qu'elles ne peuvent être distinctes des expériences sensorielles : « [...] les premiers désirs fantasmés, les premières hallucinations sont intimement liés à des expériences sensorielles » (1952 : 91) (traduction de l'auteur).

On pourrait décrire l'état mental de l'individu qui écoute comme un état mental proche de l'attention flottante dont parlait Freud et que nous pourrions formuler ainsi :

En vous écoutant, j'ai fait un rêve éveillé, où j'ai éprouvé des sensations et des émotions, et j'ai eu diverses pensées décousues, jusqu'à ce qu'une image se soit imposée à moi, que j'essaierai de traduire en pensée. Cette image et ces pensées ont un sens dans ma propre vie émotionnelle ; elles sont apparues en moi après que j'ai écouté ce que vous m'avez communiqué et que je vais maintenant exprimer sous la forme d'une hypothèse interprétative, espérant qu'elle sera aussi utile à votre réflexion et à votre vie émotionnelle qu'elle l'a été aux miennes.

Cet état de rêverie deviendra, dans l'enveloppe groupale de la supervision collective, une mise en commun et une mise en forme à l'intérieur d'un contenant pour la transformation d'une rêverie à plusieurs à laquelle chacun aura participé. Le terme « enveloppe groupale » proposé ici nous a semblé le plus approprié pour rendre compte d'un ensemble de phénomènes observés (quand les conditions sont propices), dans un petit groupe, comme celui d'un séminaire ou celui de la supervision collective, s'occupant de la vie mentale de patients : une complicité permettant

de révéler des aspects intimes de soi souvent d'ordre contre-transférentiel, un sentiment d'appartenance, une connivence dans la confidentialité, le plaisir partagé de la découverte. La situation de l'enveloppe groupale serait apparentée à la fois aux descriptions de Winnicott sur l'espace transitionnel de jeu, à celles d'Anzieu (1985) sur les enveloppes psychiques appliquées au groupe et à celles de Bion (1961) sur la mentalité groupale : le groupe fonctionnant comme une unité et chaque individu contribuant de façon inconsciente et anonyme à cette mentalité qui pourrait être en conflit avec les désirs conscients. Dans l'enveloppe groupale, l'espace psychique personnel déborderait l'individu et se fondrait dans un espace commun fait d'impressions sensorielles et de vivances émotionnelles parfois intenses et primitives. Quant à la notion de contenant (Bion), elle se réfère à une double capacité : celle de supporter la confusion mentale sans l'expulser par l'identification projective et celle de transformer la confusion mentale par la création de sens, puis de la mettre en mots par l'interprétation.

Nous avons souvent constaté avec étonnement soit la présence d'une même rêverie chez plusieurs participants ayant des sensations physiques et des émotions semblables, soit la présence d'éléments d'une rêverie constitués de sensations et d'émotions différentes mais complémentaires. Ce phénomène devient alors porteur d'une grande conviction, non seulement pour le superviseur qui était écouté par le groupe, mais aussi pour l'ensemble des participants. Pour reprendre le modèle alimentaire de la construction de la pensée proposé par Bion, nous croyons que la rêverie du groupe, tout comme la rêverie maternelle, agit d'abord comme contenant, puis comme appareil de transformation et de « digestion » de la confusion mentale dans la relation du superviseur avec son patient. Le groupe constitue alors un contenant additionnel pour l'appareil psychique du superviseur temporairement débordé. Selon une observation faite fréquemment, le superviseur a besoin, dans un premier temps, de rapporter soit plusieurs séances, soit un événement particulièrement traumatique, dans un mouvement de décharge tensionnelle et affective qui occupe souvent plus de la moitié de la durée de la rencontre. À la suite de cette nécessaire décharge tensionnelle et affective, il arrive souvent que le groupe

paraisse absorbé et reste muet. Nous avons pris l'habitude, avant d'élaborer toute hypothèse interprétative, d'identifier chez chacun des participants son humeur affective ou son état sensoriel (fatigue, découragement, angoisse, tristesse, colère, expériences sensorielles diverses, etc.). Ce n'est qu'ensuite, à partir d'images, et parfois d'idées en apparence saugrenues, que vont s'élaborer une trame associative puis une hypothèse interprétative. Après cela, on demande aux participants d'essayer de dire dans leurs propres mots comment ils communiqueraient au patient ce qu'ils ont compris de son expérience émotionnelle ; puis le superviseur offre sa propre formulation. Mais il appartiendra toujours au superviseur responsable du cas examiné de trouver sa propre formulation en tenant compte de l'expérience émotionnelle qui a lieu durant la séance de thérapie.

Le travail de thérapie analytique consistant dans l'alternance d'un processus de découverte et de la formulation d'une interprétation, ce processus nous paraît souvent facilité dans la mesure où le groupe devient un groupe de travail (le *workgroup* de Bion), ce qui suppose la coopération et le soutien entre les membres. Notre expérience rejoint ici celle d'Elizabeth Mintz :

[...] l'impression qu'ont plusieurs superviseurs qu'un thérapeute qui débute se sentirait plus à l'aise pour révéler ses anxiétés personnelles et ses incapacités dans la dyade traditionnelle serait une fausse impression, et le contraire serait plus exact ; le débutant se sent davantage soutenu et encouragé à reconnaître ses difficultés quand celles-ci sont partagées par les autres superviseurs et quand l'ensemble des membres du groupe, y compris le superviseur, sont placés devant leurs limites personnelles (*everyone personal blind spots*) (1978 : 472) (traduction de l'auteur).

Et puis, chaque participant devient plus à même d'enrichir sa découverte dans la multiplicité fantasmatique à partir de ce que le patient pourrait vouloir dire et à partir des significations variées et des fonctions multiples (la notion de *multiple function* de Wäelder, 1936) du symptôme. De plus, la participation de plusieurs personnes stimule la créativité des membres du groupe quant à la manière dont sont faites les interprétations et quant à leur contenu et encourage une attitude de curiosité exploratrice face à la surprise toujours renouvelée de l'irrationnel et du saugrenu.

## VIGNETTES CLINIQUES DE SUPERVISION COLLECTIVE

Un sentiment de grande conviction au sujet de ce qui a été observé est souvent caractéristique des échanges en supervision collective. C'est ainsi que le repérage contre-transférentiel (et non pas l'exploration du contre-transfert qui ne peut se faire dans la supervision collective) est facilité quand plusieurs membres du groupe viennent confirmer une observation faite par l'un d'eux.

Ainsi en fut-il un jour du thérapeute A. Celui-ci, un résident très dévoué et sensible, voyait depuis plus de trois ans, dans une thérapie analytique, une femme intelligente et séduisante qui avait consulté pour des grossesses à répétition chaque fois avec un homme différent. Après chaque grossesse, la liaison avec cet homme se brisait et la patiente entreprenait courageusement d'élever l'enfant, seule, tout en poursuivant des études universitaires dans son champ professionnel. Il était apparu en thérapie que, depuis son jeune âge, elle n'avait jamais pardonné à sa mère la grossesse et la naissance d'une soeur cadette ; les grossesses à répétition de la patiente étaient une manière pour elle de rester « enchaînée » à l'époque de la mère d'autrefois enceinte de sa soeur ; elle n'avait pu, non plus, accepter le sevrage trop rapide qu'elle avait dû subir à cette occasion.

Plusieurs années après le début de sa thérapie, elle acheva ses études avec succès. De si grands progrès avaient été accomplis dans la vie personnelle et professionnelle de la patiente qu'il fut question de la terminaison éventuelle du traitement, sans qu'une date soit encore fixée. Après quelques semaines d'interruption où le résident passa avec succès des examens dans sa spécialité, les entrevues reprurent. La patiente apporta alors à une séance de la nourriture qu'elle souhaitait partager avec son thérapeute afin de fêter leur succès mutuel. Le thérapeute, qui avait fait preuve d'un grand dévouement durant les années où dura la thérapie, était ému de la gratitude de sa patiente et très fier de leur progrès commun. Il était aussi embarrassé par l'offrande de nourriture, ne voulant pas faire subir à sa patiente un rejet. Au cours de l'entrevue de supervision, il fit un lapsus à deux reprises mais de manière peu

audible ; ce lapsus fut remarqué par le superviseur, qui avait peine à y croire et qui aurait hésité à le relever s'il avait été seul à l'entendre. Le thérapeute avait dit « on enceinte » plutôt que « on enchaîne », ce qui, dans le contexte, pouvait signifier qu'en acceptant la nourriture le thérapeute était prêt à accéder au désir transférentiel de la patiente ; il se déclarait ainsi « enchaîné » à elle et lui proposait de la mettre « enceinte » plutôt que de travailler le deuil pénible pour les deux de la terminaison du traitement. Ce lapsus fut relevé par un collègue du présentateur ; cette collègue, elle-même enceinte – c'est peut-être pour cette raison qu'elle l'avait si bien remarqué –, en fit part au groupe, qui en explora le sens. Ce travail souleva d'abord l'étonnement du présentateur, puis une réaction amusée du groupe quand, un peu confus, le présentateur déclara : « Ouais, je pense que j'ai besoin de réfléchir à cela ! »

Une autre fois, l'ensemble du groupe trouvait particulièrement ennuyeux le rapport d'entrevues d'une supervisée qui elle-même était gênée par les bâillements. Quand vint le moment de la discussion, nous dûmes collectivement sortir de notre torpeur, et c'est péniblement que s'élabora un thème autour du vide et du sentiment d'être à notre insu « intoxiqués » par un discours apparemment vide de sens. Le terme « intoxication » fit réagir la présentatrice. L'atonie du groupe cessa subitement quand elle rapporta, avec une certaine timidité, que son patient produisait des gaz silencieux qui empestaient la pièce. Ce fut alors l'hilarité générale, suivie du consensus du groupe quand un participant déclara : « Ton patient, il ne fait que du vent ; tout son discours, c'est des gaz soporifiques ! » Le patient dont il était question venait d'une fratrie de neuf enfants et avait été abandonné par une mère dépressive qui confondait les noms de sa progéniture. Or, la supervisée lui avait annoncé à l'entrevue précédente qu'elle était enceinte et devrait interrompre la thérapie quelques mois. Il devint évident pour le groupe que l'hostilité du patient à l'égard du nouveau bébé s'était exprimée de cette manière et que la résidente n'avait pas pu percevoir cette hostilité dirigée contre elle, et surtout contre son futur bébé, qu'elle voulait protéger de ces attaques. Il s'agit d'un exemple du phénomène de parallélisme dont il a été question précédemment, la supervisée reproduisant en supervision l'expérience

sensori-émotionnelle de la séance de thérapie entre elle et son patient. L'hostilité du patient, jadis éprouvée à l'égard de sa mère enceinte et maintenant revécue dans le transfert à l'égard de sa thérapeute enceinte, n'était pas exprimée ouvertement. Cette hostilité était maintenant agie sous deux modes, un mode comportemental et sensoriel par l'expulsion de gaz et un mode verbal par un discours désaffecté et des mots vides de sens. Dans le langage commun, parler pour ne rien dire, c'est « faire du vent ». Dans son commentaire spontané, le participant avait bien saisi l'hostilité du patient exprimée sous les deux modes.

Un autre incident fut remarquable. Après la description par une résidente d'une véritable scène d'horreur rapportée par un patient suicidaire, tout le groupe était resté silencieux et catastrophé ; durant ce silence, on pouvait entendre distinctement trois des cinq membres du groupe émettre en chœur des borborismes bruyants trahissant l'angoisse collective dont nous avions peine à nous remettre. Il fut clair que nous étions temporairement en panne d'élaboration mentale, ou de « digestion mentale », pour faire de nouveau appel au modèle alimentaire de Bion (1962) (voir aussi Da Silva, 1990, 1992).

On pourrait ainsi multiplier les vignettes cliniques qui ont un grand pouvoir de conviction pour les participants au groupe, mais qui ne peuvent être élaborées ici en raison de la confidentialité à respecter.

## LA PRATIQUE DE LA SUPERVISION COLLECTIVE

Nous avons voulu souligner les particularités de la supervision collective. Nous croyons que celle-ci a sa place à côté de la supervision individuelle traditionnelle qui a acquis ses lettres de noblesse et qui, contrairement à la supervision collective, n'a plus à démontrer sa pertinence. Les deux formes de supervision nous paraissent complémentaires et nous croyons que ces deux possibilités devraient être offertes dans tous les programmes de formation en thérapie analytique auprès des résidents et en psychanalyse auprès des candidats.

Mais la supervision collective comporte des limites. Nous avons vu qu'en ce qui concerne les manifestations

contre-transférentielles, si le repérage est non seulement possible, mais souvent facilité, dans le groupe de supervision, il est impossible d'aller au-delà sans risquer une intrusion inacceptable. Nous savons que le dénouement de certaines impasses nécessite l'intimité d'une relation duelle de supervision individuelle. Mais, là encore, l'exploration des manifestations contre-transférentielles ne peut se poursuivre au-delà d'un certain seuil sans que cette activité se confonde avec l'analyse personnelle du supervisé.

Si la supervision collective comporte autant d'avantages, pourquoi est-elle peu répandue dans les programmes de formation de résidence en psychiatrie et encore moins répandue dans les instituts de psychanalyse ? Il y a sans doute le fait qu'elle vient briser l'intimité du couple thérapeute-patient, un couple qui nous est familier depuis nos premières expériences de thérapie personnelle et dont nous avons toujours conservé une certaine nostalgie. N'y a-t-il pas là un résidu de l'interdit face à la scène primitive où le tiers voyeur n'est pas admis ? Il y a sans doute aussi le fait qu'on se rend compte de la complexité que représente un seul cas dès qu'on veut accomplir un travail en profondeur. Il y a sans doute, enfin, le fait qu'il est difficile, d'un point de vue pratique, de réunir plusieurs personnes dans un même lieu et à la même heure en vue d'accomplir une tâche dans laquelle chacun des présentateurs, à tour de rôle, expose à l'ensemble du groupe un moment de vérité personnelle.

Quant au superviseur, il sait qu'il agit sous le regard de plusieurs jeunes collègues, ce qui le contraint à la rigueur et à l'authenticité. Nous croyons qu'une conviction et un enthousiasme obtenus à partir d'une familiarité personnelle avec des expériences de groupe (psychothérapie collective, dynamique de groupe, etc.) sont des préalables à une telle pratique de supervision. Il est à remarquer qu'on ne trouve pas dans la littérature l'expérience des personnes qui exercent cette supervision, comme s'il ne fallait pas rendre public le fait d'avoir enfreint un tabou en « brisant le couple » de la dyade traditionnelle. Dans la revue des programmes de résidence en psychiatrie, entreprise par Rodenhauer (1992), on mentionne que la supervision collective des résidents reçoit un accueil favorable de ceux-ci comme méthode d'apprentissage. Et pourtant, comme nous le

mentionnions précédemment, il ne semble pas s'agir d'une supervision collective d'une thérapie analytique à long terme et, par ailleurs, la majorité des groupes ne se réunissent que pendant une seule heure par semaine, ce qui est une durée insuffisante, d'après nous, pour une expérience d'approfondissement dans le groupe. Il arrive trop souvent, selon nous, que l'on songe au groupe moins en raison de ses caractéristiques propres et de son apport original qu'en raison de restrictions budgétaires ou de la nécessité d'offrir des services au plus grand nombre de patients (Borgeat, 1993).

Quant aux programmes des instituts de formation psychanalytique affiliés à l'Association psychanalytique internationale, ils exigent tous – cela est une tradition bien connue – la supervision individuelle habituellement pour les trois cas d'analyse supervisés. Quant à la supervision collective, elle est obligatoire à Paris, à Mexico, à Pôrto Alegre, à Rio de Janeiro et à l'Association de Buenos Aires ; elle est facultative à Montréal (section française) et elle est remplacée par des séminaires techniques et cliniques de supervision à l'Association d'Argentine et aux Pays-Bas (Casullo, 1993).

# Bibliographie

- ANZIEU, D. (1985). *Le Moi-Peau*, coll. Psychismes, Paris, Dunod/Bordas.
- BION, W.R. (1961). *Experiences in Groups and Other Papers*, Londres, Tavistock.
- BION, W.R. (1962). *Learning From Experience*, New York, Basic Books Inc.
- BION, W.R. (1990). *Brazilian Lectures*, Londres, Karnac Books.
- BORGEAT, F. (1993). « Interrogations sur la formation en psychothérapie », *Info-psy*, Département de psychiatrie, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, vol. 9, n° 2 (déc.), p. 2.
- CASULLO, A. (1993). *New Contributions by Candidates*, Rapport de l'IPSO présenté au pré-congrès de l'A.P.I. sur la supervision, Amsterdam, 22-24 juillet.
- CASULLO, A. et S. RESNIZKY (1993). *Psychoanalytical Supervision, A Clinical Approach or Shared Clinical Reflections*, Participation de l'IPSO au pré-congrès des analystes didacticiens, Amsterdam, 22-24 juillet.
- CROMBEZ, J.C. (1993). « La supervision de psychothérapie ; la supervision d'une rencontre et la rencontre dans une supervision », *Info-psy*, Département de psychiatrie, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, vol. 9, n° 2 (décembre), p. 6-13.
- DA SILVA, G. (1990). « Borborygmi as markers of psychic work during the analytic session. A contribution to Freud's "experience of satisfaction" and to Bion's idea about the digestive model for the thinking apparatus », *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 71, p. 641-659.
- DA SILVA, G. (1992). *Le modèle alimentaire dans la théorie de la pensée de Bion*, Présentation pour le Colloque de la Société psychanalytique de Montréal, printemps (non publié, disponible à la Société Psychanalytique de Montréal).
- ENGEL, G.L. (1977). « The need for a new medical model: A challenge for biomedicine », *Science*, vol. 196, p. 129-136.
- FREUD, S. (1923). « The Ego and the Id », dans J. Strachey (dir.) (1961), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. XIX, Londres, The Hogarth Press et The Institute of Psycho-Analysis, p. 12-27.
- FRIJLING-SCHREUDER, E.C.M. (1970). « On individual supervision », *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 51, p. 363-370.
- GEDIMAN, H.K. et F. WOLKENFELD (1980). « The parallelism phenomenon in psychoanalysis and supervision », *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 49, p. 234-255.
- ISAACS, S. (1952). « Nature and function of phantasy », dans M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs et J. Rivière, *Developments in Psychoanalysis*, Londres, The Hogarth Press, p. 91.
- ISRAËL, P. (1992). « Supervisions collectives : Quelle place dans la formation du psychanalyste », *Revue française de psychanalyse*, tome LVI, n° 2, p. 537-544.
- KUBIE, L. (1958). « Research into the process of supervision in psychoanalysis », *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 27, p. 226-236.
- LEBOVICI, S. (1970). « Technical remarks on the supervision of psychoanalytic treatment », *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 51, p. 385-395.
- MERKIN, L. et R. LITTLE (1967). « Beginning Psychiatry Training Syndrome », *American Journal of Psychiatry*, vol. 124, n° 2, p. 193-197.
- MINTZ, E. (1978). « Group supervision: An experiential approach », *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 28, n° 4, p. 467-480.
- NADEAU, N. (1981). *Le syndrome du résident qui débute : une angoisse nécessaire ?*, Texte inédit présenté au Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Coeur, Montréal, Québec.
- NEWMAN, L. (1986). « Psychoanalytic supervision and the larger truth », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 46, n° 3, p. 263-269.
- PULVER, S.E. (1984). « Book Review », *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 65, p. 489-492.
- RODENHAUSER, P. (1992). « Psychiatric residency programs : Trends in psychotherapy supervision », *American Journal of Psychotherapy*, vol. XLVI, n° 2, p. 240-249.
- SACHS, D. (1993). *Opening Plenary Address, Sixth I.P.A., Conference of Training Analysts « Psychoanalytic Supervision, A Clinical Approach »*, Amsterdam, 22-24 juillet (non publié).
- SEARLES, H.F. (1955). « The informational value of the supervisor's emotional experience », *Psychiatry*, vol. 18, p. 135-146.

- STEIN, M.H. (1988). «Writing about psychoanalysis: Analysts who write and those who do not», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 36, p. 105-124.
- STERN, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*, New York, Basic Books Inc.
- WÄELDER, R. (1936). «Principles of multiple function», *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 5, p. 45-62.
- WINNICOTT, D.W. (1953). «Transitional objects and transitional phenomena», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 34, p. 89-97.
- WINNICOTT, D.W. (1958). «The capacity to be alone», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 39, p. 416-420.

# Sommaire

Les nouveaux programmes de formation pour les résidents en psychiatrie  
et leurs effets sur l'apprentissage de la psychothérapie psychanalytique

Les débuts du résident comme psychothérapeute psychanalytique

Observations sur la supervision et examen du dilemme traditionnel enseigner-traiter  
Survол historique du dilemme traditionnel enseigner-traiter

Les particularités et les apports spécifiques de la supervision collective

Les particularités quant à la situation de groupe

Les particularités quant au transfert

Les particularités quant à la relation hiérarchique

Les particularités quant à l'évaluation et au choix des patients

Les particularités quant aux différents moments de l'évolution de la thérapie

Les particularités quant à l'évaluation du progrès des thérapeutes  
et à la bonne marche du groupe

Les particularités quant à la formation des supervisés  
pour leur rôle futur de superviseurs

Les observations quant au mode d'écoute

Le mode d'écoute en supervision collective : enveloppe groupale  
et contenant pour une rêverie à plusieurs

Vignettes cliniques de supervision collective

La pratique de la supervision collective

Bibliographie