



HAL
open science

Objectifs et modalités de pratiques de la supervision en Équipe Mobile de Soins Palliatifs : une enquête quantitative transversale auprès des superviseurs des régions Rhône-Alpes et Auvergne en 2014

Nicolas Génin

► **To cite this version:**

Nicolas Génin. Objectifs et modalités de pratiques de la supervision en Équipe Mobile de Soins Palliatifs : une enquête quantitative transversale auprès des superviseurs des régions Rhône-Alpes et Auvergne en 2014. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01076564

HAL Id: dumas-01076564

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01076564>

Submitted on 22 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2014

**Objectifs et modalités de pratiques de la supervision
en Équipe Mobile de Soins Palliatifs : une enquête
quantitative transversale auprès des superviseurs des
régions Rhône-Alpes et Auvergne en 2014**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Nicolas GENIN

Né le 19 mai 1986 à Argentan (Orne)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 15 octobre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU

Membres : Monsieur le Professeur Pierre-Simon JOUK

Monsieur le Professeur Émile REYT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yves JEANNENOT

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie Réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie Générale
BACONNIER Pierre	Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine Légale Et Droit De La Santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie Et Imagerie Médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-Vénérologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, Diabète Et Maladies Métaboliques
BERGER François	Biologie Cellulaire
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, Hépatologie, Addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie D'Adultes
BOUILLET Laurence	Médecine Interne
BRAMBILLA Christian	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie Et Cytologie Pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie Et Imagerie Médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie Thoracique Et Cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, Médecine D'Urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie Vasculaire, Médecine Vasculaire
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, Diabète Et Maladies Métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie Thoracique Et Cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
CHIROUSSEL Jean-Paul	Anatomie

NOM Prénom	Discipline
CINQUIN Philippe	Biostatiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication
COHEN Olivier	Biostatiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie Et Biologie Du Vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie Fondamentale, Pharmacologie Clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine Et Santé Au Travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Biostatiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique Et Médecine Nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique Et Médecine Nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie Générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie Et Imagerie Médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Épidémiologie, Économie De La Santé Et Prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, Transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaétan	Gériatrie Et Biologie Du Vieillissement
GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GODFRAIND Catherine	Anatomie Et Cytologie Pathologiques (Type Clinique)
GRIFFET Jacques	Chirurgie Infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique Et Procréation
HOFFMANN Pascale	Gynécologie Obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie

NOM Prénom	Discipline
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie Et Imagerie Médicale
LABARERE José	Département De Veille Sanitaire
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie Et Cytologie Pathologiques
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-Vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, Hépatologie, Addictologie
LETOUBLON Christian	Chirurgie Générale
LEVY Patrick	Physiologie
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie Vasculaire
MAITRE Anne	Médecine Et Santé Au Travail
MAURIN Max	Bactériologie - Virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie Orthopédique Et Traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - Virologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie Plastique, Reconstructrice Et Esthétique, Brûlogie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PARK Sophie	Hémato-transfusion
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie Réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie Et Mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine Physique Et De Réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine Vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie Infantile

NOM Prénom	Discipline
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'Adulte
PONS Jean-Claude	Gynécologie Obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie Orthopédique Et Traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation Médicale
SCOLAN Virginie	Médecine Légale Et Droit De La Santé
SERGENT Fabrice	Gynécologie Obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie Vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie Fondamentale
TAMISIER Renaud	Physiologie
TONETTI Jérôme	Chirurgie Orthopédique Et Traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie Et Biologie Moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VILLA Alessandro	Neurosciences
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique Et Médecine Nucléaire
WEIL Georges	Épidémiologie, Économie De La Santé Et Prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, Hépatologie, Addictologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS

HOSPITALIERS

NOM Prénom	Discipline
APTEL Florent	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine	Agents Infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecine Et Santé Au Travail
BOTTARI Serge	Biologie Cellulaire
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART Marie-Pierre	Parasitologie Et Mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, Médecine D'Urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, Transfusion
DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique Et Procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine Légale Et Droit De La Santé
FAURE Julien	Biochimie Et Biologie Moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication
GRAND Sylvie	Radiologie Et Imagerie Médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition, Éducation Thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie Et Biologie Moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie Et Biologie Moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, Virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
LONG Jean-Alexandre	Urologie
MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, Médecine D'Urgence
MALLARET Marie-Reine	Épidémiologie, Économie De La Santé Et Prévention
MARLU Raphaël	Hématologie, Transfusion
MAUBON Danièle	Parasitologie Et Mycologie

NOM Prénom	Discipline
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie Et Histologie
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie Et Biologie Moléculaire
PAYSANT François	Médecine Légale Et Droit De La Santé
PELLETIER Laurent	Biologie Cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, Toxicologie Et Pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, Économie De La santé Et Prévention
STASIA Marie-Josée	Biochimie Et Biologie Moléculaire

Sommaire

Remerciements.....	9
Serment d'Hippocrate.....	12
Abréviations.....	13
Résumé.....	14
Abstract.....	15
I- Introduction.....	16
II- Méthode.....	19
III- Résultats.....	22
III.1- Points communs entre les supervisions.....	24
III.2- Éléments mettant en évidence une hétérogénéité des pratiques.....	27
IV- Discussion.....	30
IV.1- Forces et faiblesses de l'étude.....	30
IV.2- La nécessité de supervision.....	34
IV.3- Réponse à la problématique.....	37
IV.3.1- Fixité du cadre de la supervision.....	37
IV.3.2- Hétérogénéité du contenu des supervisions.....	39
IV.3.3- Vers une structure de la supervision.....	42
Conclusion.....	44
Bibliographie.....	46
Annexe 1 : Guide d'entretien (version 1).....	48
Annexe 2 : Guide d'entretien (version 2).....	50
Annexe 3 : Figure 1 : Population étudiée.....	52
Annexe 4 : Tableau 1 : Caractéristiques des superviseurs.....	53
Annexe 5 : Tableau 2 : Caractéristiques des EMSP.....	54
Annexe 6 : Tableau 3 : Caractéristiques concernant la création des supervisions.....	55
Annexe 7 : Tableau 4 : Objectifs de la supervision.....	56
Annexe 8 : Tableau 5 : Cadre de la supervision.....	57
Annexe 9 : Tableau 6 : Méthodologie des superviseurs.....	58

Remerciements

A Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Merci de votre intérêt pour ce sujet.

Soyez assurée de notre considération et de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre-Simon JOUK,

Vous nous faites l'honneur d'être membre de notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Émile REYT,

Nous vous exprimons notre plus grande reconnaissance d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

A Monsieur le Docteur Yves JEANNENOT,

Un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et d'y avoir consacré du temps. Nos entretiens furent productifs et votre expérience dans le domaine précieuse. Merci pour les heures de lecture.

A Madame le Professeur Guillemette LAVAL, pour m'ouvrir les portes du monde des soins palliatifs, et pour m'avoir lancé sur ce sujet, source de nombreuses réflexions.

A tous les superviseurs ayant participé à cette étude, un immense merci pour votre disponibilité et l'enthousiasme avec lequel vous avez patiemment répondu au questionnaire.

A tous mes maîtres de stage, et en particulier Bernadette, Sabine, Françoise pour m'avoir fait découvrir la médecine libérale, même si mon parcours prend actuellement une autre direction.

A tous les relecteurs.

A mon Papa et ma Maman, pour le soutien inconditionnel toujours présent au cours de mes études, les révisions devant le Journal de la Santé, les Colons de Catane pour se changer les idées, et pour toutes ces choses qui font ce que je suis devenu.

Aux frangins, frangine, et apparentés, pour les discussions, les randos, les défis, les jeux, les moments ensembles...

A Nahel mon filleul, pour tes rigolades. A Florane et au reste de la famille qui s'agrandit toujours.

A Bon Pap', et à Mamie Thé, pour les moments partagés, les gaufres, les débats sur la médecine d'aujourd'hui...

A Claire-Marie et Laurent, aux oncles et tantes, cousins-cousines qui m'ont aidé à grandir (ou pas).

A Guigui, pour ta longue amitié toujours d'actualité, pour m'avoir aidé à passer la P1 en gardant les pieds sur terre, pour avoir tenté de me développer un côté désordonné...

Aux colocs de la rue des Potiers, Perrin, Tabard, Gros et Ben, parce que c'était Énorme !
A tous les Mérins, Caro, Dubouch, Julie, Laura, Max P, Paul, Pouce, Véro, Xavier H, à Yoann, et tous les copains de Caen, pour le Cantal, les aller-retours au RU, les séances de révisions au labo d'anat', pour les longs et parfois houleux débats, (pas) toujours intéressants, les soirées...

Aux copains du lycée, perdus de vue pour certains, pour les vacances, les soirées, et les apéros encore à venir.

A tous les Grenoblois et Chambériens, Max pour les balades en montagne, Dinedine et Chlote pour les apéros, la Colombie et ses aventures et tout le reste, Caro, Guigui, Marlène, Wiwi pour les sorties natures, Raph, les colocs de Corenc beach, la poule, tous les autres que j'ai pas le courage de citer mais qui comptent quand même...

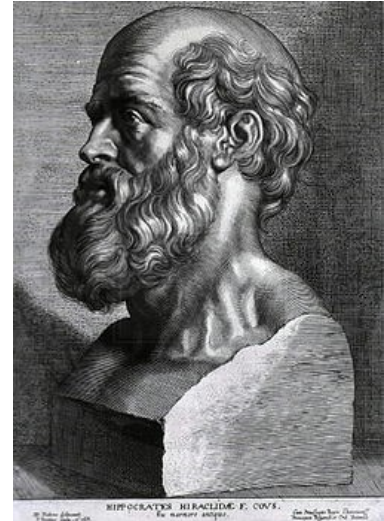
Merci à Olivier B et à l'ARAVIS Team (Chartreuse!) pour m'avoir trouvé d'autres occupations pendant les débuts de cette thèse.

Merci à tous ceux qui sont venus, ceux qui auraient voulu venir mais qui ne pouvaient pas, ceux qui de toute façon ne voulaient pas venir mais que j'aime bien quand même.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.



Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Abréviations

DHOS : Direction des l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

SFAP : Société Française d'Accompagnement en soins Palliatifs

USP : Unité de Soins Palliatifs

Résumé

Objectif : L'objectif était d'établir des éléments de définition de la supervision en repérant les points communs dans les objectifs et modalités de pratiques des superviseurs des EMSP des régions Rhône-Alpes et Auvergne.

Méthode : Une étude descriptive quantitative transversale a été menée entre mars et août 2014, par des entretiens directifs individuels explorant les opinions et pratiques de ces superviseurs.

Résultats : 26 EMSP signalaient une supervision parmi les 43 équipes contactées. 18 superviseurs ont répondu au questionnaire. Il ressortait des éléments communs concernant le profil des superviseurs (systématiquement extérieurs à l'équipe, majoritairement avec une formation en psychologie ou psychiatrie), les objectifs (groupe d'aide et de soutien, permettant l'analyse des situations cliniques par la présentation de cas, sans objectif de contrôle de la pratique) et l'établissement systématique d'un cadre. Les formations des superviseurs à la supervision, certains objectifs et leurs méthodologies étaient en revanche très variés. Mais toutes les réponses mettaient en avant la recherche d'une forme particulière de parole centrée sur la vie professionnelle.

Conclusion : On repère un trépied relatif à la structure même de la supervision, à la différence de ce qui est constaté dans la littérature où l'on retrouve une description des objectifs et du contenu. La supervision est systématiquement associée à l'existence d'un tiers, à l'établissement d'un cadre et à la recherche d'une forme particulière de parole. Si ce trépied se retrouve dans les supervisions d'autres types d'équipes ou en supervision individuelle, il pourrait être une définition possible de la supervision.

Mots-clés : Supervision, Soins palliatifs, Analyse des pratiques, Groupe de parole

Abstract

Objectives and methods of the supervision in palliative care mobile team: a transverse quantitative study with the supervisors of Region Rhône-Alpes and Auvergne in 2014.

Objective : This study's objective was to establish a definition of the supervision. Thus, we highlighted supervisors' common goals and methodologies, focusing on palliative care mobile teams in Regions Rhône-Alpes and Auvergne.

Methods : A transverse quantitative descriptive study was led between March and August, 2014, based on individual structured interviews exploring the supervisors' opinions and practices.

Results : 26 palliative care mobile teams benefited from supervision among the 43 contacted teams. 18 supervisors answered the questionnaire. Answers' analysis led to two main conclusions. First common answers were highlighted. Supervisors were systematically outside the team, mainly with a training in psychology or psychiatry. Then some goals were commons: according totality of supervisors, supervision was a helping and supporting group, allowed to analyse clinical situations from the case report, without objective of control. Finally, a framework was systematically established. On contrary, some differences were highlighted, as supervisors' trainings, some objectives and their methods of analyses and practices. But the answers emphasized that they all looked for a special way of speech centered on the professional life.

Conclusion : We so spot three main elements, relating to the structure of supervision, rather than the objectives and methodologies, often noticed in the literature. Supervision is systematically associated with the intervention of an independent people, the establishment of a framework and the research of a special way of speech. If we find these three elements in supervision of any team, that could define the supervision.

I- Introduction

Les dernières recommandations de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) de 2008 relatives à l'organisation des soins palliatifs insistent sur le soutien nécessaire à apporter aux équipes concernées, notamment en termes de temps dédié à la discussion des situations cliniques (1). En ce qui concerne les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), il est recommandé un « temps hebdomadaire de staff clinique pour travailler en pluridisciplinarité sur les dossiers suivis par l'équipe ». Ce temps est « le lieu concret de l'interdisciplinarité d'une supervision des pratiques et/ou d'un groupe de parole ». Il est ensuite précisé que « le recours à une supervision individuelle doit être possible ». Le recrutement d'un superviseur, psychologue extérieur à l'équipe, à raison de deux vacations par mois est proposé.

Dans le monde médical, le besoin de soutien est particulièrement important pour les soignants des équipes de soins palliatifs (2). La confrontation à la mort, la charge psychique intense et les difficultés relationnelles auxquelles sont soumises ces équipes entraînent un vécu pénible du travail et sont à l'origine d'une nécessité de supervision ou de groupe type « Balint »¹. Et ce d'autant plus que le travail en équipe est souligné comme source de satisfaction pour ces équipes.

Il serait intéressant de voir à plus de 5 ans de ces recommandations si elles sont appliquées au sein des unités, et surtout quelle est la demande réelle des équipes et quelles sont les bénéfices ressentis de ces supervisions. Cependant le terme de supervision utilisé dans ces textes de loi interpelle : qu'est-il entendu par supervision ? Comment se définit-elle au sein d'une EMSP? Avant de pouvoir étudier les attentes et

¹ Les groupes Balint ont été créés par Michael Balint et introduits en France dans les années 1960. Ils se composent de huit à dix médecins généralistes rapportant des cas cliniques en présence d'un ou deux analystes non médecins. Les séances sont hebdomadaires ou bimensuelles et durent une à deux heures, avec un but de formation et de recherche autour de la relation médecin-malade (3).

bénéfices de la supervision auprès des équipes concernées, il est donc nécessaire d'en éclaircir la définition.

Le dictionnaire Larousse propose la définition suivante : la supervision est le « contrôle exercé par celui qui supervise », le terme de superviser étant défini par le fait de « contrôler la réalisation d'un travail accompli par d'autres ». Cette définition reste très vaste et est insuffisante à décrire la pratique attendue auprès des équipes de soins palliatifs.

La littérature en rapport avec la supervision concerne bien des domaines mais explore peu le champ des soins palliatifs. Et très peu de ces articles sont publiés dans des revues indexées dans les bases documentaires scientifiques médicales ou dans les revues à Facteur d'Impact élevé. Il nous a alors fallu consulter des articles relevant essentiellement d'avis d'experts ou de réflexions personnelles basées sur la littérature.

Ainsi, on trouve de nombreux éléments concernant les supervisions des psychologues ou étudiants en psychologie, les équipes sociales, etc. Il ressort que si l'intérêt de la supervision est globalement reconnu, notamment en terme de développement professionnel et personnel (4), (5), sa définition ne fait pas consensus en France (6), et peut être pratiquée de manière très différente selon les superviseurs et les institutions concernées (4), (7). La supervision est parfois définie comme un outil de formation destiné à redonner au clinicien la responsabilité du processus de compréhension d'un événement, tout en soulignant l'importance de la tierce personne dans l'analyse du transfert et du contre-transfert (5). Des travailleurs sociaux proposent deux fonctions principales de la supervision : une fonction pédagogique (formation et évaluation, via une analyse de la pratique) et une fonction de soutien, avec pour objectifs le développement des connaissances et compétences, le renforcement de l'identité et du jugement professionnel (8). Un autre document concernant les travailleurs sociaux fait référence au coaching, au mentorat ou au compagnonnage, avec des objectifs très variés :

pédagogiques, administratifs, de supports... (9). L'incorporation à la formation continue ne fait pas non plus consensus aux sein des psychologues (10), (11), (12), (13).

Une étude qualitative menée à grande échelle auprès des psychologues français réalisée par V. Capdevielle-Mougnibas et al. confirme la diversité des définitions de la supervision dans la littérature française, tandis que la littérature anglo-saxonne semble proposer des éléments de définition beaucoup plus consensuels (6). Partant de ce constat, ils proposent des éléments de définition de la supervision basée sur l'interrogatoire de 105 psychologues diplômés ou en formation. L'analyse sémantique informatique qu'ils en font permet de ressortir certains éléments : la supervision peut être un dispositif de parole, d'aide et de soutien. Elle permet d'analyser des situations cliniques à partir de la présentation de cas, se basant sur l'analyse du positionnement du psychologue supervisé à travers celle du transfert et du contre-transfert ou bien de ses implications. Elle peut également permettre l'analyse de la pratique professionnelle, voir un contrôle, une évaluation de la pratique. Elle peut aussi servir à résoudre les difficultés et problèmes rencontrés dans la pratique, et être professionnalisant en permettant une réflexion ou une formation théorique.

En fin de compte, les définitions varient entre le monde anglo-saxon et l'étude réalisée en France, ainsi qu'en fonction des milieux où elle est réalisée. Aucune définition claire n'a à ce jour été proposée concernant les EMSP. L'objectif principal de cette étude était donc d'identifier auprès des superviseurs les caractéristiques communes dans les objectifs et les modalités de pratiques des supervisions existantes au sein des EMSP des régions Rhône-Alpes et Auvergne en 2014, et qui pourraient conduire à des éléments de définition. L'objectif secondaire était de recenser les EMSP bénéficiant d'une supervision dans ces régions.

II- Méthode

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale, basée sur des entretiens directifs individuels, menée entre mars et août 2014.

Population

Toutes les EMSP des régions Rhône-Alpes et Auvergne répertoriées sur le site de la Société Française d'Accompagnement en soins Palliatifs (SFAP) étaient incluses. Étaient incluses les équipes n'ayant pas une activité mobile exclusive (activité d'unité de cours séjours associée par exemple).

Les personnes soumises au questionnaire répondaient aux critères d'inclusion suivants : superviseur d'un groupe de supervision actif en 2014 au sein d'une EMSP des régions Rhône-Alpes et Auvergne. Étaient considérées comme supervision toute rencontre d'un ou plusieurs membres de l'équipe avec une personne et lorsque le chef de service répondait par la positive à la question : « Possédez-vous une supervision au sein de votre EMSP ? ». En conséquence, les groupes déclarés par le superviseur comme « analyse de la pratique » ou autre ont été inclus.

Du fait des critères d'inclusion précis, il n'existait pas de critère d'exclusion spécifique.

Rédaction du questionnaire (annexes 1 et 2)

Le questionnaire comportait tout d'abord des renseignements sur l'EMSP concernée afin d'établir un profil succinct des équipes. Puis des questions fermées et semi-ouvertes

concernant le superviseur permettaient d'explorer son profil de formation et son parcours professionnel.

Ensuite venaient les questions se rapportant à la supervision. Deux questions ouvertes concernant leurs points de vues sur la définition et les objectifs de la supervision précédaient une série de questions fermées établies à partir des définitions proposées dans l'article de V. Capdevielle-Mougnibas et al. (basées sur la synthèse faite de la littérature anglo-saxonne, puis sur les éléments de définition issus de leur étude). Des questions fermées et semi-ouvertes venaient ensuite explorer les origines du groupe de supervision, ses modalités organisationnelles et enfin la méthodologie de travail du superviseur.

Le premier questionnaire a été complété suite aux réflexions induites par les premiers entretiens. Les questions supplémentaires ont été soumises dans un second temps aux premiers superviseurs interrogés.

Protocole et recueil des données

La démarche de l'enquête a nécessité deux temps. Premièrement toutes les EMSP des régions Rhône-Alpe et Auvergne ont été contactées par courriel. Cela a permis de retenir les équipes bénéficiant d'une supervision sur déclaration du chef de service (et ainsi de répondre à l'objectif secondaire de l'étude).

Secondairement, sauf en cas de refus, les superviseurs ont été contactés par courriel afin de leur présenter l'étude. Si possible, le questionnaire a été envoyé avant l'entretien pour préparer les réponses. Les réponses ont été recueillies lors d'un entretien face à face ou téléphonique autant que possible, et par courriel si ils le désiraient.

Après information et consentement oral, les entretiens face à face et téléphoniques étaient enregistrés afin de faciliter la prise de note de l'enquêteur.

Interprétation des résultats

Le nombre d'entretien attendu était trop faible pour que l'établissement de pourcentages ait un sens. La présentation des résultats a donc été réalisée sous la forme du chiffre absolu des réponses positives la plupart du temps, ce qui a permis de repérer facilement les réponses très majoritairement consensuelles (au moins 15 réponses sur 18 allant dans le même sens, soit plus de 80% des superviseurs). Par ailleurs, certaines réponses ont été interprétées non seulement par l'information directement apportée, mais aussi en repérant si le superviseur interrogé était capable ou non d'apporter une réponse précise, et en distinguant les éléments qui étaient prédéfinis de ceux qui ne l'étaient pas. C'était le cas des questions concernant le cadre notamment.

L'investigateur de l'étude est interne de médecine générale et déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

III- Résultats

Parmi l'ensemble des 43 EMSP des régions Rhône-Alpes et Auvergne contactées entre mars et août 2014, 26 ont signalé qu'elles bénéficiaient d'une supervision de leur équipe, et 12 n'ont pas répondu. 18 des superviseurs ainsi contactés ont répondu au questionnaire (*Annexe 3 : Figure 1*).

Les caractéristiques de la population sont exposées dans les *tableaux 1, 2 et 3 (annexes 4, 5 et 6)*.

Concernant les caractéristiques des EMSP, toutes les équipes étaient pluriprofessionnelles avec au moins 3 corps de métiers différents, dont au moins un médecin et un(e) IDE, et comportaient la plupart du temps un(e) psychologue. Leurs interventions étaient variées, avec une prédominance d'activité institutionnelle.

La majorité des équipes bénéficiait d'une supervision depuis déjà plusieurs années (au moins 6 ans pour 11 d'entre elles). Les données concernant les personnes à l'origine de la création du groupe et les motifs de création manquaient de fiabilité, certains superviseurs déclarant ne pas connaître de manière certaine la réponse, ou exprimant leur propre avis sur ce qu'ils pensaient être les motifs de création.

Les superviseurs étaient autant des hommes que des femmes. Les autres caractéristiques sont présentées ci-dessous.

Interprétation des questions ouvertes

Les questions 18 et 19 concernant la définition et les objectifs de la supervision étaient ouvertes, et ont conduit à des réponses très disparates. Les termes employés par tous les superviseurs étaient extrêmement différents, et les définitions décrivaient surtout les objectifs ou l'organisation de la supervision. Certains mots ou thèmes concernant les

objectifs semblaient tout de même revenir, tel que l'idée d'« expression » de « sentiments » ou d'« émotions » ; d' « analyse » et de « compréhension » des « situations difficiles ».

Certains regroupaient sous la même définition « supervision » et « analyse de la pratique », tandis que d'autres les différenciaient explicitement.

Cependant l'interprétation correcte de ces résultats n'a pas été possible pour des raisons méthodologiques. Une analyse qualitative des résultats aurait été nécessaire, et le protocole de recherche n'a pas été conçu pour cela (pas d'analyse croisée, inclusion de la population faite sur des critères géographiques et non pas jusqu'à saturation des données).

Ces questions ont cependant permis l'ouverture de la discussion lors des entretiens, et favorisaient la réflexion des personnes interrogées quand à leur vision de la supervision, amenant ainsi des réponses plus pertinentes aux autres questions.

Les résultats concernant les autres questions peuvent être séparés en deux grandes parties :

- des réponses mettant en évidence des points communs entre les supervisions des différentes équipes,
- des réponses hétérogènes, notamment en ce qui concernait les formations des superviseurs, leurs objectifs et leur méthodologie.

III.1- Points communs entre les supervisions

Concernant le profil des superviseurs (annexe 4 : tableau 1)

Tous les superviseurs avaient, à l'exception de 2 médecins généralistes secondairement formés à la psychologie, une formation initiale universitaire en psychologie ou en psychiatrie.

Les relations entre les superviseurs et les équipes étaient quasi-exclusivement centrées sur le travail de supervision, en ce sens qu'aucun superviseur n'avait une autre fonction que celle de superviseur au sein de l'EMSP où il intervenait, et seuls 4 superviseurs pouvaient éventuellement avoir des contacts avec des membres de l'équipe en dehors de la séance (dans le cadre de commissions au sein de l'établissement, en tant que formateur à l'extérieur, comme psychologue du personnel, ou lors du travail au sein d'une autre équipe).

La grande majorité (17 sur 18) d'entre eux était employée par l'institution où ils intervenaient.

Le choix du superviseur était généralement réalisé par le chef de service, et dans une partie des cas, l'équipe avait été intégrée à ce choix.

Les superviseurs avaient majoritairement plus de 50 ans, avec une médiane autour de 60 ans.

Concernant les objectifs de la supervision (annexe 7 : tableau 4)

La supervision était unanimement vue comme un dispositif d'aide et de soutien, permettant d'analyser des situations cliniques à partir de la présentation de cas. Elle était très largement considérée comme un dispositif de parole (17 cas sur 18), d'analyse de la pratique professionnelle (15 cas sur 18), permettant la résolution des difficultés et problèmes rencontrés dans la pratique (16 cas sur 18). A la question « Voyez-vous la

supervision comme un dispositif de contrôle et d'évaluation de la pratique ? », la totalité des superviseurs interrogés a répondu par la négative.

Concernant le cadre et les aspects organisationnels (annexe 8 : tableau 5)

La supervision se déroulait systématiquement en groupe pluriprofessionnel, où la totalité de l'équipe y était invitée dans 16 cas sur 18, à l'exception des stagiaires qui y étaient parfois exclus (6 cas où cette règle était fixée). Une supervision individuelle n'était accessible que dans un équipe, dans le cadre de la médecine du travail.

La supervision était systématiquement incluse dans le temps de travail.

On observait globalement peu de difficultés dans la mise en place de la supervision.

Au delà de ces caractéristiques communes concernant le cadre, il est important de relever que la totalité des superviseurs a su répondre de manière précise aux autres questions concernant le cadre spatio-temporel (durée et fréquence des séances, lieux), et que la grande majorité (16 sur 18) pouvait affirmer le caractère obligatoire ou non de la supervision.

Enfin, quelles qu'elles soient, les règles de confidentialité étaient énoncées aux participants.

Concernant la méthodologie de travail du superviseur (annexe 9 : tableau 6)

Quasiment tous les superviseurs (16 sur 18) déclaraient travailler à travers l'analyse des processus psychiques inconscients et 15 citaient la psychanalyse dans leurs références théoriques.

Tous les superviseurs autorisaient l'expression des affects de la part des supervisés, mais

une minorité (5 sur 18) la favorisait, les autres considérant que la supervision n'était pas le lieu d'une thérapie individuelle, et renvoyaient si besoin la personne en difficulté vers un autre professionnel.

Tous les superviseurs intervenaient au cours de leur supervision.

Au total, on retrouvait comme éléments communs :

- un superviseur formé à l'analyse de la psyché, extérieur à l'équipe et recruté par l'équipe en demande (bien que financé par l'institution),
- certains objectifs de la supervision que l'on retrouvait dans l'article de V Capdevielle-Mougnibas, notamment en rapport avec un travail de soutien passant par la parole et centré sur la vie professionnelle,
- un cadre bien défini de la supervision au sein de toutes les équipes. Les supervisions se faisaient systématiquement en groupe pluriprofessionnel, étaient financées majoritairement par l'établissement de l'EMSP. Les notions de lieu et de temps étaient clairement définies dans toutes les équipes, avec une fréquence et une durée régulières notamment. De même un cadre de confidentialité était majoritairement instauré par les superviseurs.

En revanche, les points communs concernant les méthodologies de travail des superviseurs étaient peu nombreux. Ils consistaient essentiellement en une référence fréquente à l'inconscient et à la psychanalyse, mais sans que celles-ci ne soient exclusives.

III.2- Éléments mettant en évidence une hétérogénéité des pratiques

Concernant le profil des superviseurs (annexe 4 : tableau 1)

Malgré une formation universitaire en psychiatrie ou en psychologie quasi-systématique, la formation à la supervision semblait moins homogène. Une petite majorité (11 sur 18) déclarait avoir une formation spécifique à la supervision,. Les formations citées allaient de formations reconnues nationalement, ou dans le cadre d'une société, à l'expérience personnelle de supervision en tant que superviseur ou supervisé. Aucune formation n'était citée spontanément plus de quatre fois. De même les parcours professionnels étaient très variés. Les activités professionnelles associées au travail de supervision sont rapportées dans le *tableau 1*. Une petite partie des superviseurs avait déjà travaillé dans l'établissement où ils intervenaient, soit à l'occasion de stages, supervision d'une autre équipe, voir comme interne ou praticien hospitalier d'un autre service (tous précisaient dans ce cas les nombreuses années séparant cette activité de la supervision actuelle). Trois personnes y exerçaient leur activité principale (en tant que psychologue du travail ou comme psychologue d'une autre unité).

Seuls 11 superviseurs avaient l'occasion de parler de la supervision qu'ils menaient à d'autres personnes, dont 6 le faisaient dans le cadre de leur propre supervision.

Concernant les objectifs de la supervision (annexe 7 : tableau 4)

Concernant les objectifs plus précis de la supervision, les avis des superviseurs divergeaient : seule une partie reconnaissait le caractère formatif professionnalisant de la supervision (8 sur 18), incorporant un aspect théorique (entre 10 et 12 sur 18), et seuls 6 superviseurs reconnaissaient son rôle dans le développement de l'engagement et des

responsabilités professionnelles, et 9 dans le développement personnel. A noter par ailleurs que certains de ces objectifs étaient reconnus comme pouvant être une conséquence de la supervision mais sans pour autant être le but recherché.

Il est important de préciser que les réponses aux questions fermées concernant les objectifs étaient la plupart du temps complétées ou pondérées, mettant en évidence des interprétations possibles quant aux réponses.

Concernant le cadre et les aspects organisationnels (annexe 8 : tableau 5)

Seuls 6 superviseurs avaient instauré l'exclusion des stagiaires présents moins de six mois dans le service, mais la plupart des autres superviseurs n'avaient pas de position tranchée sur cette question, certains laissant le choix aux équipes.

Bien que fixé systématiquement, le cadre spatio-temporel variait d'une équipe à l'autre. Les séances duraient entre 1 et 3 heures, généralement espacées d'1 à 2 mois, et pouvaient se dérouler aussi bien au sein de l'hôpital (éventuellement dans l'unité concernée) qu'au cabinet du superviseur.

A noter que concernant le nombre de participant, les réponses étaient très approximatives, et aucune interprétation n'en a été possible.

Concernant la méthodologie de travail du superviseur (annexe 9 : tableau 6)

Les points de départ des discussions étaient extrêmement variables, et non imposés dans 13 équipes.

Que ce soit sur le sujet analysé, les références théoriques servant de base à l'analyse ou les auteurs de références, une importante hétérogénéité des réponses entre les superviseurs était observée. De même, la moitié des superviseurs accordait de l'importance à l'analyse factuelle du récit et une petite majorité (12 sur 18) considérait que

leur analyse devait passer par une analyse du transfert et du contre-transfert ou encore par une analyse des implications personnelles.

De même que pour les questions concernant les objectifs, les questions en rapport avec la méthodologie amenaient très souvent une discussion ou des précisions de la part du superviseur interrogé, mettant une fois de plus en évidence le caractère non tranché des réponses, notamment en ce qui concerne le point de départ de la discussion, le sujet analysé, le type d'analyse réalisée sur le sujet, l'autorisation de l'expression des affects.

Au total, il ressortait une importante hétérogénéité concernant :

- les formations des superviseurs à la supervision, leurs parcours et leurs pratiques professionnelles, ainsi que leurs suivis en supervision,
- une partie des objectifs de la supervision qui ne faisait pas consensus,
- les modalités organisationnelles et d'analyse, avec des désaccords sur le caractère libre de la discussion, des inspirations théoriques et des auteurs de références multiples, une analyse du discours variable.

IV- Discussion

IV.1- Forces et faiblesses de l'étude

Concernant le choix de la population étudiée

Premièrement, il est important de noter que les données récoltées ne concernaient que des EMSP. Tout d'abord parce que les termes employés dans les recommandations de la DHOS concernant les autres structures sont différents (1). En ce qui concerne les USP par exemple, il est question de « groupes de parole », « analyse des pratiques et des situations rencontrées », et il n'est pas précisé la nécessité d'un superviseur dans les effectifs de l'équipe. Seule la « supervision individuelle » est évoquée. Et par expérience, la supervision individuelle n'est que rarement proposée aux équipes, ce qui se confirme pour les EMSP étudiées ici. C'est pourquoi nous ne l'avons pas pris en compte ici. Nous avons donc choisi de cibler les EMSP comme sujet d'étude car il s'agissait du seul type d'équipe où était recommandé la présence d'un superviseur, seul élément faisant référence à la définition du dictionnaire.

Les EMSP présentent une particularité d'organisation, notamment en matière de travail en équipe pluriprofessionnelle où tous les intervenants travaillent au même niveau, avec souvent des rapports hiérarchiques moins omniprésents. Ceci amenant à des supervisions où les participants constituent un groupe très hétérogène, ce qui peut être moins marqué dans un service conventionnel, et rarement le cas concernant les supervisions d'équipes non médicales où les groupes se feront généralement par corps de métier (14).

En outre les EMSP ont un mode de fonctionnement assez spécifique puisqu'elles n'ont pas de lit à charge. Les difficultés inhérentes au fonctionnement des services hospitaliers sont donc beaucoup moins ressenties (disponibilité des professionnels, poids de la hiérarchie...). Il serait intéressant de voir si l'on retrouve les mêmes résultats dans les

autres équipes de soins palliatifs (USP, HAD...).

Deuxièmement, seuls les points de vue des superviseurs ont été pris en compte. Ce choix méthodologique volontaire se basait sur la définition donnée par le dictionnaire Larousse où le superviseur définit la supervision. Il serait cependant intéressant de voir ce qu'en pensent les équipes médicales, qu'elles bénéficient ou non de supervisions, ainsi que les institutions finançant ces groupes.

Aussi, s'il était justifié pour des raisons méthodologiques de mener cette étude sur une population très spécifique, il faut être prudent quant à une généralisation excessive des résultats à l'ensemble des supervisions. On peut néanmoins remarquer que les superviseurs interrogés n'étaient pas uniquement des superviseurs d'équipes de soins palliatifs, et avaient souvent une activité de psychologue ou psychiatre libéral associée. Ceci permet donc de penser que leur point de vue concernait la supervision de manière plus générale.

Représentativité de la population

Un des principaux biais de cette étude est le faible nombre d'entretiens au regard de la méthode quantitative envisagée ici. Pour des raisons de faisabilité de l'étude (entretiens longs), il a fallu restreindre le nombre de personnes interrogées. Par ailleurs, nous avons décidé de nous limiter à une zone géographique donnée afin d'être le plus exhaustif possible sur les supervisions existantes dans cette région. Le taux de réponses obtenu est élevé compte-tenu du double contact nécessaire avant de mener un entretien (service puis superviseur), de la longueur des entretiens et de la réticence attendue des superviseurs à répondre à un questionnaire pouvant apparaître comme une évaluation de leur pratique. Ce taux important de réponse permet d'espérer une représentativité plus importante des superviseurs au niveau national, et dans tous les cas d'établir un profil réel des pratiques de la supervision dans les régions Rhône-Alpes et Auvergne.

Cependant, si cette limitation géographique permet un meilleur taux de réponse des superviseurs, elle induit un autre biais de sélection : les formations de ces superviseurs peuvent varier d'une région à l'autre, notamment en fonction de leur faculté d'origine. En effet, plusieurs superviseurs ont cité dans leurs auteurs de références R. Kaes, qui a été professeur à l'université de Lyon, résultat qui aurait pu être différent dans d'autres régions. Ce biais incite donc à rester critique quand à l'attribution des points de vue de ces superviseurs à l'ensemble des superviseurs français en EMSP.

Par ailleurs, les entretiens étaient recueillis de différentes manières (oral ou écrit), mais l'enquêteur s'est efforcé de ne rapporter que les réponses apportées spontanément par le superviseur afin que les réponses orales et écrites soient aussi complètes et objectives. Cette liberté sur le mode de réponse a permis en outre d'augmenter le taux de réponses, et donc une meilleure représentativité de la population étudiée.

Biais de mesure

Les questions ouvertes concernant la définition et les objectifs de la supervision mériteraient une approche qualitative, comme évoqué dans la partie Résultats. Une perte d'informations apportées par les superviseurs concernant leur point de vue sur la supervision est donc à craindre avec la méthodologie employée ici (pas d'interprétation de ces questions). Une étude entièrement destinée à ces deux questions serait nécessaire.

Par ailleurs, une partie des superviseurs ne savaient pas répondre à certaines questions concernant les EMSP, comme l'ensemble des professionnels présents dans l'équipe, le caractère obligatoire de la supervision... Certains répondaient ce qu'ils pensaient être juste, tandis que d'autres se renseignaient auprès du chef de service avant l'entretien, incluant ainsi une variabilité de la fiabilité des réponses données.

Supervision, analyse de la pratique et groupe de parole

Le choix de la définition pré-supposée de la supervision a été une des difficultés principales, dans la mesure où la justification de l'étude reposait justement sur l'absence de définition consensuelle. Certains « superviseurs » annonçaient ne pas faire de supervision mais de l'analyse de la pratique tandis que certains confondaient ces deux pratiques, ou incluaient l'analyse de la pratique comme une forme de supervision.

Ce flou apparaît déjà dans la littérature où certains auteurs mettent à la même enseigne les groupes d'analyses de la pratique, les groupes Balint et les supervisions, évoquant ces groupes comme différents types de groupes d'analyse de la pratique (15). A travers de nombreux articles, il est possible de constater que derrière ces différents termes ne se cachent pas systématiquement des pratiques différentes (5), (6), (7), (8), (9), (14), (15), (16), (17). Certains auteurs soulignent qu'en institution, groupes d'analyses de pratiques et groupes de supervision sont très proches, ce qui peut en partie s'expliquer par l'origine méthodologique commune de tous ces groupes : les groupes Balint.

L'objectif de cette étude étant de repérer quels sont les éléments de définition de la supervision à partir de l'observation de ce qui se passe en pratique clinique auprès des équipes, il a été décidé d'aborder le thème de supervision au sens le plus large possible, en se basant sur la définition du dictionnaire, incluant ainsi tout groupe de réunion sous la responsabilité d'une personne (dite superviseur). C'est pourquoi la liberté de cette réponse a été laissée aux chefs de service qui considéraient, sans à priori sur la question, s'ils bénéficiaient ou non d'une supervision.

La méthodologie adoptée pouvait donc entraîner l'inclusion d'autres types de groupes tels que ceux d'analyses de la pratique ou autres groupes de paroles, si tant est qu'ils soient à classer à part. Cela peut donc engendrer un biais concernant les résultats liés à l'organisation de la supervision et les données concernant le superviseur. Le biais est beaucoup plus minime concernant les questions demandant de manière plus générale l'avis de la personne interrogée sur la supervision.

IV.2- La nécessité de supervision

Il est possible avant toute chose de se demander pourquoi la loi vient poser cette notion de supervision, alors non définie, comme un élément nécessaire à toute équipe de soins palliatifs. En quoi la supervision doit-elle faire partie du cahier des charges d'une équipe de soins palliatifs ?

Le premier élément non discutable qu'apporte une supervision est la présence d'un tiers, élément inscrit dans la définition même du dictionnaire. Dans cette enquête, tous les superviseurs étaient extérieurs à l'équipe qu'ils supervisaient, et la plupart ont réagi spontanément en déclarant qu'il s'agissait une évidence. Ce besoin de tiers auprès de l'équipe est un besoin reconnu dans les équipes de soins palliatifs pour permettre de libérer la parole de l'équipe et à travers elle celle du malade (2). De manière plus générale, la présence d'une personne tierce est importante pour favoriser l'expression de la parole. Le rôle du psychologue de l'équipe de soins palliatifs auprès des patients en est un exemple. L'objectif est alors de réintroduire la dimension subjective du malade et lui permettre d'être reconnue comme un « Sujet » souffrant encore vivant. Le tiers permet de laisser émerger la parole du Sujet, et d'en être le dépositaire, afin d'aboutir à la libération du trop plein de tensions (18), (19), (20). Dans le cas présent, il s'agit de l'équipe soignante qui rencontre des difficultés et qui nécessite un tiers extérieur à l'équipe, et donc neutre, pour laisser émerger sa propre parole, non plus en tant que simple soignant mais en tant que Sujet également. La supervision vient également faire office de tiers dans les liens transféro-contre-transférentiels entre le supervisé et le patient, lorsqu'il est permis au supervisé de comprendre ce qui se joue entre lui et le patient, lui permettant ainsi une évolution de sa pratique (10).

Mais si l'intérêt d'un tiers est reconnu, en quoi la loi a-t-elle besoin de le poser comme un élément obligatoire ? Les équipes concernées n'auraient-elle pas penser d'elles-mêmes à mettre en place un moyen d'exprimer leur parole ? Cette prescription de supervision vient poser les difficultés inhérentes à un service de soins palliatifs comme un symptôme ou une maladie dont il suffirait d'appliquer le bon traitement pour en être débarrassé. Quel maladie, quel manque vient-on pallier en soins palliatifs ? Si le motif déclaré est le soutien des équipes amenées à rencontrer des difficultés relationnelles, cette recommandation peut également être vue comme un baume aux manquements de l'institution qui impose une charge de travail intense et se trouve incapable de soutenir ces équipes. De plus si cet espace de *liberté* devient une contrainte ou est vu comme une volonté de contrôle supplémentaire de l'institution, le risque est grand d'aggraver la pénibilité du travail chez les médecins se plaignant déjà d'un manque de liberté administrative et de moyens (2). Cette volonté de démocratisation des supervisions, en passant par une protocolisation d'origine institutionnelle, risque d'une part de déposséder le psychologue de son rôle de clinicien en lui imposant les règles du groupe, et d'autre part, en contrôlant cette parole libre, de faire perdre à ses membres leur motivation dont la volonté initiale était bien souvent de s'opposer à l'organisation hospitalière (20).

Les résultats soulignaient que pour une partie des supervisions, la participation se faisait sur la base du volontariat, et que cela apparaissait comme une évidence, voir une condition pour certains superviseurs. Se pose alors la question de savoir si la supervision garderait toute son efficacité si elle était imposée. Le travail d'expression de la parole demandé ne peut être aussi efficace si les participants ne sont pas présents de leur plein gré, sans compter le risque de la présence de « nuisibles » (21). Aussi, si son rôle bénéfique n'est pas remis en cause, la manière dont la supervision est amenée dans les unités de soins influence sans doute grandement son efficacité. C'est en s'intéressant aux équipes concernées et à ce qu'elles attendent d'une supervision que l'on pourra espérer proposer des supervisions efficaces, et non en les imposant.

Si l'on pose la supervision comme un moyen de pallier aux manquements institutionnels, le parallèle peut être fait avec le rôle même des équipes de soins palliatifs au sein des hôpitaux, dont la création pouvait être vue comme un moyen de pallier aux manquements de la médecine moderne (18), (20), (22). Si l'intérêt d'une équipe mobile de soins palliatifs est réduit lorsqu'on lui demande d'intervenir en remplacement d'une autre équipe médicale (lorsqu'il n'y a *plus rien à faire*), son rôle de tiers prend tout son sens lorsqu'il est motivé par une demande de complémentarité de la part des équipes en difficultés, lorsque le but n'est pas uniquement de prescrire le pansement qui recouvrira la plaie mais de partager des connaissances. Ainsi le rôle de la supervision auprès des membres d'une EMSP peut être comparable au rôle des EMSP envers l'hôpital, avec la fonction première de pallier à quelque chose, mais dont le but ultime serait de développer les compétences de chacun. Le parallèle entre supervision et EMSP peut se poursuivre si l'on suit l'idée de M. Trudeau et P.A. Achille selon laquelle l'enseignement du superviseur ne vise que son départ, car son travail vise à le rendre inutile (5). Le rôle d'une EMSP peut également avoir pour finalité de rendre les équipes médicales suffisamment autonomes au point de ne plus être nécessaire. A ceci près que la fonction de tiers nécessitera toujours un tiers. L'analyse sociologique de S. Blondeau place le psychologue (à l'hôpital) comme une réponse institutionnelle à la charge psychique due à l'accumulation des décès, et ne visant qu'à se déculpabiliser en faisant intervenir des « spécialistes modernes de la préparation à la mort » (20). De même l'institution se déculpabilise sans doute en faisant intervenir des spécialistes modernes de la prévention de l'épuisement professionnel. Mais la manière d'utiliser la supervision conditionne le sens de son action et son efficacité. Si une supervision non souhaitée par les participants est vouée à l'échec, une supervision investie par les participants et le superviseur est le gage d'une supervision réussie.

IV.3- Réponse à la problématique

Il ressortait deux principaux résultats de cette étude. Il existait des éléments communs dans l'organisation des supervisions, notamment concernant la mise en place d'un cadre bien défini. A l'inverse le contenu même de la supervision était beaucoup plus hétérogène.

IV.3.1- Fixité du cadre de la supervision

Des éléments de définitions apparaissent donc lorsque l'on observe le cadre constamment fixé par l'institution ou les superviseurs, cadre que personne ne semble remettre en cause parmi les trois protagonistes que sont les équipes, les superviseurs et l'institution. On observe en effet que, même si les réponses apportées varient selon les superviseurs, tous avaient une réponse précise à donner, montrant que le cadre concernant la question était fixé. Ainsi sont définis pour chaque supervision:

- le cadre spatio-temporel : durée, fréquence et lieu,
- le public visé : la supervision se déroule en groupe pluriprofessionnel, sans exclusion au sein de l'équipe. Seule la question de l'exclusion des stagiaires ne semblaient pas systématiquement préméditée, laissant alors le choix à l'équipe concernée,
- le caractère obligatoire ou facultatif, ainsi que l'inclusion systématique dans le temps de travail,
- certains objectifs élémentaires de la supervision qui permettent aux participants de savoir à quel type de *réunion* ils sont confrontés (groupe de parole, d'aide et de soutien, dans le but d'analyser la pratique professionnelle, de résoudre des difficultés et problèmes rencontrés dans la pratique, sans objectif de contrôle)
- le cadre de confidentialité.

La constance entre les équipes ne réside donc pas dans des caractéristiques communes

du cadre de supervision, mais bien dans le fait de délimiter un cadre de façon systématique, ce qui peut ainsi en faire un élément de définition de la supervision.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'existence de ce cadre.

Tout d'abord pour des raisons organisationnelles. Si l'institution doit financer ces séances (comme c'est le cas majoritairement), un cahier des charges minimum doit être établi, même si ce cahier des charges reste très superficiel puisqu'il n'évoque que de loin le contenu de la supervision en énonçant quelques objectifs basiques. De plus la réunion d'un groupe de personnes impose une organisation spatio-temporelle, notamment dans une structure hospitalière.

Ensuite, au delà de cet aspect purement organisationnel, les contraintes imposées offrent aux participants un lieu rassurant, sécurisant et apaisant. Ces conditions sont nécessaires pour autoriser la liberté de parole (10), (16), (21). Le cadre spatio-temporel permet également cela, en offrant un espace hors du service ou hors du temps de service, où les règles du service ne peuvent donc plus s'appliquer, où la hiérarchie n'est plus la même. Le cadre devient donc un élément nécessaire au bon déroulement de la supervision.

Se pose alors la question suivante : qu'est-ce qui empêcherait la liberté de la parole au cours d'une réunion classique de service ? Pourquoi la parole exprimée lors d'un staff médical ne pourrait avoir la même valeur ? Ou encore lors d'une réunion informelle ? La question du tiers revient ici comme une première explication possible. Le tiers permet de par son regard neuf, extérieur, sans rapport hiérarchique, d'entendre sans jugement la parole exprimée. Il permet aussi la circulation de cette parole entre les supervisés. Il est le mieux situé pour observer avec recul une situation dans laquelle il n'est pas impliqué émotionnellement. Enfin il est le garant du cadre qu'il impose en début de séance. Ensuite, réserver un temps et un lieu dédié permet d'éviter les interruptions itératives, permettant à chacun de s'exprimer au moment où il le souhaite en toute sécurité.

Par ailleurs, cette liberté de parole est également possible par l'institutionnalisation de cet espace de liberté. Et cette inscription dans la loi peut permettre de favoriser son fonctionnement. Cette officialisation de ces groupes permet d'assurer une certaine crédibilité auprès des équipes, elle certifie un intérêt à la supervision. Elle est aussi la reconnaissance officielle des difficultés inhérentes au travail dans une équipe de soins palliatifs, et peut donc en ce sens déjà être thérapeutique. Ces derniers éléments peuvent alors apparaître paradoxaux dans la mesure où l'institution est parfois la cause du malaise des équipes, et être alors la justification du besoin d'espace de parole (22).

Enfin si le cadre est un élément commun aux différentes supervisions, et si son intérêt est bien reconnu, il serait intéressant de savoir si ce cadre revendiqué par les superviseurs est réellement appliqué en pratique, et de voir si ce cadre proposé aux EMSP est approprié aux autres équipes de soins.

IV.3.2- Hétérogénéité du contenu des supervisions

Des formations hétérogènes

Se pose dans un premier temps la question de la formation des superviseurs. Bien que la quasi-totalité des superviseurs étaient psychologues ou psychiatres, leurs formations spécifiques à la supervision étaient très variables (parfois inexistantes), sans qu'il existe de formation unanimement reconnue. Cette problématique est connue, déjà constatée en Amérique du Nord où seuls 10 à 15% des superviseurs sont formés à la supervision (4). Si l'on peut entendre que le contenu de la supervision soit laissé à la libre appréciation des superviseurs, il est surprenant d'observer que l'institution finance cette activité sans demander des références concernant le superviseur qu'elle emploie. Alors que la logique hospitalière administrative opère dans un but de rentabilité et d'efficacité, et a tendance à imposer ce mode de fonctionnement aux équipes médicales qui regrettent parfois cette

« optique marchande » (2), elle se plie à son tour à cette exigence de la supervision de garder une certaine indépendance vis à vis de cette institution, et n'en exige aucun résultat concret. Comme si les problématiques posées ici sont hors de portée de cette institution qui s'en remet alors pleinement aux superviseurs et aux médecins responsables des équipes concernées.

Ceci prend son sens si l'on considère que le choix du superviseur est un choix qui doit se faire par l'équipe (au moins 16 des superviseurs interrogés avaient été embauchés par le chef de service ou l'équipe), une relation de confiance étant nécessaire entre le groupe et le superviseur pour permettre la liberté de parole. Le savoir-être du superviseur aurait alors autant d'importance que son savoir-faire (23), et il n'est pas de diplôme reconnu validant cette compétence. La plupart des superviseurs étaient des professionnels plutôt en fin de carrière, ce qui montre que l'expérience professionnelle semblait être privilégiée, en l'absence de formation spécifique, que ce soit par les superviseurs qui ne se lancent dans cette activité qu'avec suffisamment d'expérience ou par les équipes qui recrutent volontairement des superviseurs expérimentés. Cette question n'a pas été traitée spécifiquement dans cette étude.

P. Ranjard considère pour sa part que le superviseur ne nécessite pas de formation spécifique dans la mesure où les compétences requises pour pratiquer la supervision (position extérieure, psychothérapeute, confiance en soi et envers ses collègues) ne sont pas spécifiques de la supervision (12).

Une autre explication possible est le développement récent des structures de soins palliatifs ainsi que des recommandations de la DHOS. Les services mettent donc en place des supervisions pour répondre au cahier des charges recommandé, bien que ces exigences ne soient pas encore clairement définies. Et si la supervision n'est pas clairement définie, c'est bien parce que le superviseur qui est une partie de la définition n'est pas non plus. Le recrutement des superviseurs n'est donc pas encore codifié, et l'on pourrait donc s'attendre à une évolution des pratiques au cours des années à venir.

Recherche d'une forme particulière de parole, centrée sur la vie professionnelle

Un autre élément important concerne la disparité du contenu des supervisions. Si certains objectifs principaux font relativement consensus, comme la recherche d'un soutien des équipes, à partir d'une parole centrée sur la vie professionnelle, les projets des superviseurs différaient, selon leur propre vision de leur mission d'une part, mais également en fonction des équipes qu'ils supervisaient. Certains insistaient sur l'analyse de la pratique professionnelle avec un objectif de développement des compétences professionnelles pures, d'autres étaient prêts à accueillir les problèmes d'ordre institutionnel, tandis que d'autres encore privilégiaient l'apport de conseils pratiques ou théoriques. Si une grande partie des superviseurs centraient leur analyse sur l'écoute analytique dans le but de mettre en évidence les transferts et contre-transferts en jeu dans la relation soignant-soigné, d'autres estimaient que ce n'était pas le rôle de la supervision et préféraient d'autres types d'analyse (systémique, groupale, transactionnelle...), ou d'écoute (écoute rogérienne...). La plupart s'inspiraient de différentes théories pour guider leur travail.

Sans pouvoir être interprétées en détail, les réponses aux questions ouvertes concernant la définition et les objectifs de la définition illustraient la multiplicité des réponses. Même si des thèmes sont redondants, chaque superviseur énonçait sa propre définition de la supervision qu'il souhaitait pratiquer, définition pouvant évoluer au cours de leur pratique. De même, comme cela a été évoqué dans la partie résultats, un certain nombre de questions amenait une interprétation et une discussion de la part du superviseur. Ceci peut être vu comme une limite de l'approche quantitative de certaines questions, mais souligne en même temps la multiplicité des réponses possibles et le flou existant autour de ces questions.

Aussi, si cette hétérogénéité du contenu des supervisions paraît s'opposer à la fixité du cadre décrite plus haute, elle pourrait également être un élément de la définition de la

supervision. En effet, cette hétérogénéité illustre l'attente de la part des superviseurs d'une forme particulière de parole. La supervision mise en place avait dans tous les cas pour objectif de laisser émerger une parole différente de ce qui peut être attendu dans les autres types de réunions hospitalières, généralement plus techniques. Dans cette diversité d'attentes, de méthodes de travail, la seule chose que l'on pouvait constater à travers ces résultats était que chaque superviseur s'appliquait à mettre en place un lieu centré sur la parole de l'individu. Et le recrutement atypique des superviseurs par les équipes illustre leur recherche d'un espace permettant cette parole.

Cette forme particulière de parole recherchée n'a pu être décrite dans cette étude. Sans doute varie-t-elle d'une équipe à l'autre, d'une situation à l'autre. C'est l'investissement de cette parole par les équipes qui vraisemblablement va définir ce qu'elle est. Sans décrire en détail cette parole, la littérature rapporte des éléments en rapport avec ce sujet et souligne son importance. Comme d'autres auteurs, M. Ruzniewski souligne l'importance d'une parole où l'on ne parle plus seulement de technique, mais où l'on parle de soi, où le « sujet » peut s'exprimer (18), (21). Encore une fois, s'intéresser aux besoins et attentes des équipes permettrait d'explorer le champ de l'expression du sujet au sein des équipes soignantes.

IV.3.3- Vers une structure de la supervision

A travers les réponses apportées par les superviseurs interrogés, trois éléments communs à toutes les supervisions ressortent :

- la fonction tiers du superviseur, présente par définition,
- la fixité du cadre,
- la possibilité d'une forme particulière de parole.

Une étude auprès d'autres équipes exprimant des difficultés dans le fonctionnement de

leur supervision permettrait de savoir s'il existe un lien entre ces difficultés et un manquement à un de ces trois éléments.

Ces différents éléments se retrouvent fréquemment à travers la littérature de manière implicites ou explicites, mais sans qu'ils soient reliés ensemble comme une triade indispensable à la réalisation d'une supervision (5), (6), (10), (16), (17), (20), (21), (23).

C'est à partir de ces trois éléments extraits de l'interrogatoire des superviseurs que nous nous proposons de décrire la supervision. Alors que l'on attendait à travers cette enquête des éléments de définition allant dans le même sens que les définitions retrouvées dans la littérature, à savoir des définitions basées sur le contenu et les objectifs de la supervision, les résultats présentent ici une définition plutôt en rapport avec la structure de celle-ci. En effet, que ce soit la définition anglo-saxonne extraite de l'analyse de la littérature dans l'article de V. Capdevielle-Mougnibas et al, ou dans les résultats proposés à partir de leur enquête auprès des superviseurs, l'essentiel des définitions proposées décrivent comment doit se dérouler une supervision et quel est son rôle (6). Il ressort en fin de compte un résultat non attendu initialement : si l'on confirme la variabilité du contenu et des objectifs de la supervision, des éléments d'ordre structurel redondants apparaissent, permettant ainsi d'entrevoir une définition de la supervision. Les entretiens menés auprès des superviseurs permettent de mettre en évidence un trépied de la supervision, trépied qui associe les trois éléments décrits plus haut comme structure élémentaire de la supervision.

Conclusion

Thèse soutenue par Nicolas GENIN

Objectifs et modalités de pratiques de la supervision en Équipe Mobile de Soins Palliatifs : une enquête quantitative transversale auprès des superviseurs des régions Rhône-Alpes et Auvergne en 2014.

La mise en place de groupes de supervisions dans les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs est une recommandation ministérielle, mais la définition de la supervision n'est pas clairement établie. Le dictionnaire Larousse affirme la nécessité d'une personne tierce, à priori extérieure à l'équipe dans ce cas, mais ne permet pas de savoir ce qui est attendu de ces supervisions au sein des EMSP.

L'enquête descriptive quantitative menée auprès de dix-huit superviseurs des EMSP des régions Rhône-Alpes et Auvergne a permis d'explorer leurs points de vue et leurs pratiques afin de définir ce qu'est la supervision en EMSP. Dans l'analyse de la littérature anglo-saxonne ou française, on retrouve des définitions variées de la supervision. Celle-ci est essentiellement décrite à travers ses objectifs et son contenu (méthodologie de travail notamment). Si les éléments issus de cette étude confirment que la supervision est un système de soutien fondé sur la parole et centré sur la vie professionnelle, ils révèlent cependant une hétérogénéité des objectifs et des pratiques qui ne permettent pas de définir la supervision à partir de ces critères. Toutefois ils mettent en évidence l'existence d'un trépied structurel constant associant :

- la présence d'un tiers comme superviseur,
- la mise en place d'un cadre fixe,
- la recherche d'une forme particulière de parole, permise entre autre par la tolérance d'une variabilité des pratiques et des objectifs.

Ce trépied structurel pourrait constituer une base de définition de la supervision, en proposant une approche différente des éléments habituellement proposés dans la littérature, sans pour autant s'y opposer puisque ceux-ci sont retrouvés dans les réponses des superviseurs interrogés.

Par ailleurs, les items de ce trépied ont pu déjà être évoqués à travers de nombreuses publications, sans que ceux-ci ne soient reliés entre eux systématiquement ou qu'ils soient considérés comme éléments de définition. Mais la plupart des articles de la littérature ne concernent pas les EMSP. Il serait donc intéressant de chercher si ce

trépied structurel se retrouve au sein des supervisions menées auprès d'autres types d'équipes ou lors des supervisions individuelles. Une confirmation de ces résultats permettrait alors d'établir une définition plus générale de la supervision.

Il reste également à comprendre quelle est la place de cette structure dans l'économie psychique des équipes et des institutions. Cette structure est-elle un élément nécessaire et suffisant à la réalisation d'une supervision efficace ?

Des enquêtes s'intéressant aux avis et aux attentes des équipes de soins palliatifs, bénéficiant ou non de supervision, apporteraient sans doute des concepts nouveaux et complémentaires de ceux rapportés par V Capdevielle-Mougnibas et al. où seuls des psychologues avaient été interrogés. A terme une enquête évaluant les apports de la supervision auprès des équipes concernées permettrait d'explorer la pertinence des recommandations nationales, et d'améliorer les pratiques.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 18/12/2014

Le Doyen

J.P. ROMANET



La Présidente de la thèse

Professeur M. MOUSSEAU



Bibliographie

1. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. CIRCULAIRE N°DHOSO2200899 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. 2008.
2. De Bonnières A, Estryn-Behar M, Lassaunière J-M. Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine Palliative Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. août 2010;9(4):167-176.
3. Balint M, Valabrega J-P. *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 1996.
4. Lecomte C. La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique. *Psychologie Québec*. mai 2012;29(03):28-32.
5. Trudeau M, Pier Angelo A. La supervision du personnel clinique, quelques éléments de conceptualisation. *Santé Mentale Au Québec*. 1985;10(1):99-106.
6. Capdevielle-Mougnibas V, Castro D, Santiago-Delefosse M. Représentations et fonctions de la supervision clinique chez les psychologues: étude comparative chez des professionnels en exercice et chez les psychologues en formation. *Psychologie Française*. 2013;58:149-165.
7. Yeglich T. Clinical supervision and managerial supervision, some historical and conceptual considerations. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30(5):1195-1204.
8. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Guide sur la supervision professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux. 2009.
9. Médecins du Monde Canada. L'accompagnement professionnel : une pratique essentielle. Guide de supervision en travail de rue et de proximité. 2006.
10. Gravouil J-F. Dispositifs de supervision, métier de superviseur. *Gestalt*. 2009;1(35):23-40.
11. Ranjard P. Perfectionnement n'est pas supervision. A propos de l'article de J.-F. Gravouil dans le n°35. *Gestalt*. 2009;2(36):183-186.
12. Ranjard P. Supervision, perfectionnement et formation. *Gestalt*. 2009;1(35):81-97.
13. Coudert F, Dorléans D, Rouyer C. La supervision et l'analyse des pratiques professionnelles: une formation en question. *Forum*. déc 2010;(130):45-50.
14. Viard A-M. Analyser les pratiques. Du groupe de partage à l'élaboration de l'action. *Le Journal des Psychologues*. 2009;7(270):26-28.
15. Lévy A. Analyse des pratiques. Jacqueline Barus Michel *Vocabulaire de Psychosociologie*. 2002;ères « Hors collection »:302-312.
16. Mellier D. Le groupe d'analyse de la pratique (gap), la fonction « à contenir » et la méthodologie du groupe Balint. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*. 2002;39(2):85-102.
17. Fablet D. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative. *Connexions*. 2004;82(2):105-117.

18. Augé C. Psychologue en soins palliatifs: de la place du Sujet à l'hôpital. InfoKara. 2001;16(3):15-17.
19. Ruzniewski M, Poulin-Defaut E. Psychologue dans une équipe de soins palliatifs. Le Journal des Psychologues. nov 1997;(152):51-54.
20. Blondeau S. Du groupe et de la parole à l'hôpital. Connexions. 2004;82(2):19-48.
21. Ruzniewski M. Le groupe de parole à l'hôpital. Dunod; 1999.
22. Amar S. Violence du mourir, violence des soins palliatifs, violence en soins palliatifs. Le Journal Des Psychologues. 2009;266(3):35-38.
23. Vachon M, De Montigny J. Impasse thérapeutique et supervision: créer un espace réflexif du savoir-être en soins palliatifs. Psychologie Québec. mai 2012;29(3):37-39.

Annexe 1 : Guide d'entretien (version 1)

Données générales, questions concernant l'équipe :

- 1- Pouvez-vous me donner vos nom et prénom(s) s'il vous plaît ?
- 2- Quelle est le nom de l'unité et la ville concernée par la supervision ?
- 3- Qui en est chef de service ?
- 4- Au sein de quels lieux intervient cette équipe ?
- 5- Quelles sont les catégories professionnelles composant l'équipe ?

Données concernant le superviseur :

- 6- Avez-vous une autre fonction que celle de superviseur au sein de l'équipe où vous intervenez ?
La ou lesquelles ?
- 7- Quelle activité exercez-vous en dehors de la supervision de l'EMSP ?
- 8- Qui vous emploi pour cette activité ? Qui a décidé du recrutement ?
- 9- Êtes-vous :
 - psychologue ? Oui/Non
 - psychiatre ? Oui/Non
 - autre ? Précisez :
- 10- Êtes-vous psychanalyste ? Oui/Non
- 11- Avez déjà travaillé dans l'établissement de l'EMSP où vous intervenez ? En quelle qualité ?
Dans quel service ?
- 12- Avez-vous une formation spécifique à la supervision ? La ou lesquelles ?

Données concernant la supervision :

> Votre point de vue sur la supervision :

- 13- Quelle en est votre définition ?
- 14- Quels en sont pour vous les objectifs ?
- 15- Pour préciser, voyez-vous la supervision comme :
 - un dispositif de parole ? Oui/Non
 - un dispositif d'aide et de soutien ? Oui/Non
 - un dispositif permettant d'analyser des situations cliniques à partir de la présentation de cas ?
Oui/Non
 - un dispositif visant l'analyse du supervisé via une analyse du transfert et du contre transfert ?
Oui/Non
 - un dispositif visant l'analyse du supervisé via une analyse des implications personnelles ? Oui/Non
 - un dispositif permettant d'analyser la pratique professionnelle du supervisé ? Oui/Non
 - un dispositif de contrôle, d'évaluation de la pratique ? Oui/Non
 - un dispositif permettant de résoudre les difficultés et problèmes rencontrés dans la pratique ?
Oui/Non
 - un dispositif de formation professionnalisant ? Oui/Non
 - un dispositif visant à assurer la plus grande cohérence entre les référentiels et les pratiques ?
Oui/Non
 - un dispositif de réflexion/de formation théorique ? Oui/Non
 - un dispositif de développement de l'engagement et des responsabilités professionnelles ?
Oui/Non
 - un dispositif de développement personnel ? Oui/Non

>Origines de la supervision dans cette équipe :

- 16- De quand date la création du groupe ?
- 17- Qui en a eu l'initiative ?
- 18- Quel(s) est/sont le/les motifs de la création de cette supervision ?

> Modalités organisationnelles :

- 19- Qui est invité en supervision ? Qui est exclu ?
- 20- Se fait-elle en groupe ou est-elle individuelle ? Combien de personnes y sont présentes ?
- 21- Les séances sont-elles pluriprofessionnelles ou par corps de métiers ?
- 22- Si cela se passe en groupe, le groupe est-il stable ou modifié à chaque séance ?
- 23- Pour les supervisions en groupe : qui est supervisé ou analysé : une personne désignée ou le groupe dans son ensemble ?
- 24- Est-ce obligatoire ou sur la base du volontariat ?
- 25- Dans quel(s) lieu(x) se déroule la supervision ?
- 26- Quel est le rythme et la durée des séances ?
- 27- Le temps de supervision est-il inclus dans le temps de travail ?
- 28- Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en place de la supervision ?
 - Concernant le nombre de participants ? Oui/Non Précisez :
 - Concernant la participation des supervisés ? Oui/Non Précisez :
 - Concernant l'expression libre ? Oui/Non Précisez :
 - Concernant la disponibilité des lieux ? Oui/Non Précisez :
 - Autre ? Précisez :

> Méthodologie :

- 29- Avez-vous des références théoriques qui guident votre écoute et votre intervention ? Oui/Non Précisez :
- 30- Adaptez-vous un schéma d'orientation visant plutôt l'analyse des processus psychiques inconscients ou bien l'analyse intellectuelle des faits, circonstances et événements ?
- 31- Quel est le point de départ de la discussion en supervision : étude de cas, expression libre, autre... ? Quel est le nombre de cas discutés par supervision et quel en est le temps consacré ?
- 32- Permettez-vous l'expression des affects ou des éléments de la vie personnelle de la part des supervisés ? La favorisez-vous ?
- 33- Intervenez-vous au cours de la supervision ? Oui ou non ? Le moins possible ? Dans quel but ?
- 34- Autorisez-vous la parole ou ce qui se dit en groupe à sortir du groupe ?

Annexe 2 : Guide d'entretien (version 2)

Données générales, questions concernant l'équipe :

- 1- Pouvez-vous me donner vos nom et prénom(s) s'il vous plaît ?
- 2- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? (<30 ; 30-40 ; 40-50 ; 50-60 ; >60 ans)
- 3- Quelle est le nom de l'unité et la ville concernée par la supervision ?
- 4- Qui en est chef de service ?
- 5- Au sein de quels lieux intervient cette équipe ?
- 6- Quelles sont les catégories professionnelles composant l'équipe ?

Données concernant le superviseur :

- 7- Avez-vous une autre fonction que celle de superviseur au sein de l'équipe où vous intervenez ? La ou lesquelles ?
- 8- Avez-vous des contacts avec les membre de l'EMSP en dehors de la supervision ? Si oui dans quel contexte ?
- 9- Quelle activité exercez-vous en dehors de la supervision de l'EMSP ?
- 10- Qui vous emploi pour cette activité ? Qui a décidé du recrutement ?
- 11- Êtes-vous :
 - psychologue ? Oui/Non
 - psychiatre ? Oui/Non
 - autre ? Précisez :
- 12- Êtes-vous psychanalyste ? Oui/Non
- 13- Si oui, appartenez-vous à une société de psychanalyse ? Laquelle ?
- 14- Avez déjà travaillé dans l'établissement de l'EMSP où vous intervenez ? En quelle qualité ? Dans quel service ?
- 15- Avez-vous une formation spécifique à la supervision ? La ou lesquelles ?
- 16- Avez-vous l'occasion de parler de cette supervision avec d'autres personnes ? Dans quel contexte ? (Êtes-vous supervisés pour cette supervision ?)
- 17- Avez-vous eu l'occasion d'effectuer des travaux concernant la supervision ? De publier ?

Données concernant la supervision :

> Votre point de vue sur la supervision :

- 18- Quelle en est votre définition ?
- 19- Quels en sont pour vous les objectifs ?
- 20- Pour préciser, voyez-vous la supervision comme :
 - un dispositif de parole ? Oui/Non
 - un dispositif d'aide et de soutien ? Oui/Non
 - un dispositif permettant d'analyser des situations cliniques à partir de la présentation de cas ? Oui/Non
 - un dispositif visant l'analyse du supervisé via une analyse du transfert et du contre transfert ? Oui/Non
 - un dispositif visant l'analyse du supervisé via une analyse des implications personnelles ? Oui/Non
 - un dispositif permettant d'analyser la pratique professionnelle du supervisé ? Oui/Non
 - un dispositif de contrôle, d'évaluation de la pratique ? Oui/Non
 - un dispositif permettant de résoudre les difficultés et problèmes rencontrés dans la pratique ? Oui/Non
 - un dispositif de formation professionnalisant ? Oui/Non
 - un dispositif visant à assurer la plus grande cohérence entre les référentiels et les pratiques ? Oui/Non
 - un dispositif de réflexion/de formation théorique ? Oui/Non
 - un dispositif de développement de l'engagement et des responsabilités professionnelles ? Oui/Non
 - un dispositif de développement personnel ? Oui/Non

>Origines de la supervision dans cette équipe :

- 21- De quand date la création du groupe ?
- 22- Qui en a eu l'initiative ?
- 23- Quel(s) est/sont le/les motifs de la création de cette supervision ?

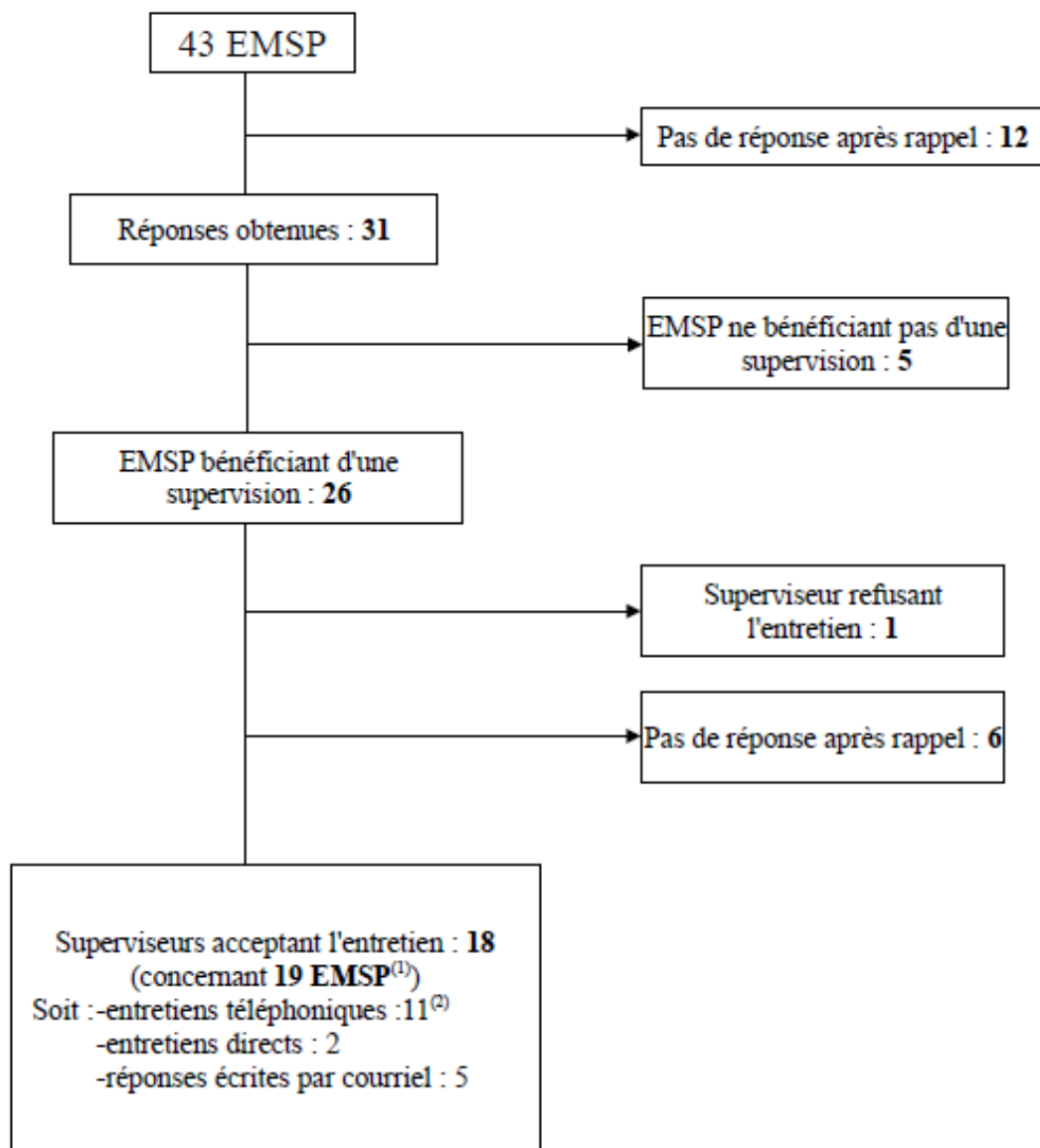
> Modalités organisationnelles :

- 24- Qui est invité en supervision ? Qui est exclu ?
- 25- Se fait-elle en groupe ou est-elle individuelle ? Combien de personnes y sont présentes ?
- 26- Les séances sont-elles pluriprofessionnelles ou par corps de métiers ?
- 27- Si cela se passe en groupe, le groupe est-il stable ou modifié à chaque séance ?
- 28- Pour les supervisions en groupe : qui est supervisé ou analysé : une personne désignée ou le groupe dans son ensemble ?
- 29- Est-ce obligatoire ou sur la base du volontariat ?
- 30- Dans quel(s) lieu(x) se déroule la supervision ?
- 31- Quel est le rythme et la durée des séances ?
- 32- Le temps de supervision est-il inclus dans le temps de travail ?
- 33- Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en place de la supervision ?
 - Concernant le nombre de participants ? Oui/Non Précisez :
 - Concernant la participation des supervisés ? Oui/Non Précisez :
 - Concernant l'expression libre ? Oui/Non Précisez :
 - Concernant la disponibilité des lieux ? Oui/Non Précisez :
 - Autre ? Précisez :

> Méthodologie :

- 34- Avez-vous des références théoriques qui guident votre écoute et votre intervention ? Oui/Non Précisez : (*si psychanalyse, freudien ou lacanien...*)
- 35- Avez-vous des auteurs de référence ?
- 36- Adaptez-vous un schéma d'orientation visant plutôt l'analyse des processus psychiques inconscients ou bien l'analyse intellectuelle des faits, circonstances et événements ?
- 37- Quel est le point de départ de la discussion en supervision : étude de cas, expression libre, autre... ?
- 38- Permettez-vous l'expression des affects ou des éléments de la vie personnelle de la part des supervisés ? La favorisez-vous ?
- 39- Intervenez-vous au cours de la supervision ? Oui ou non ? Le moins possible ? Dans quel but ?
- 40- Autorisez-vous la parole ou ce qui se dit en groupe à sortir du groupe ?

Annexe 3 : Figure 1 : Population étudiée



⁽¹⁾ 2 EMSP étant regroupées sous une supervision commune

⁽²⁾ Un entretien téléphonique a été interrompu et poursuivi en entretien direct

Annexe 4 : Tableau 1 : Caractéristiques des superviseurs

	n (/18)
Âge ⁽¹⁾ :	
- <30 ans	0
- 30-40 ans	0
- 40-50 ans	2
- 50-60 ans	6
- >60 ans	9
Sexe masculin :	9
Profession :	
- Psychologue	12
- Psychiatre	4
- Autre	2
Psychanalyste	6
Membre d'une société psychanalytique	4
Formation spécifique à la supervision déclarée:	11
- Expérience personnelle de travail de supervision citée	3
- Expérience de superviseur citée	3
- Formation coaching et supervision	2
- Formation groupale	2
- Formation à l'Évaluation des Pratiques Professionnelles	1
- Intégrée à la formation initiale	4
- Intégrée à la formation psychanalytique	2
- Formation continue	1
- Autre (travail auprès de superviseurs...)	5
Activité extérieure à la supervision de l'EMSP :	
- Consultations libérales	11
- Autres supervisions	9
- Psychologue du personnel de l'établissement	2
- Autre activité au sein de l'établissement	1
- Retraité	3
- Psychologue ou psychiatre au sein d'institutions	3
- Enseignement	5
- Recherche	1
- Autre (bénévolat, associatif...)	4
Activité antérieure au sein de l'établissement	7
Autre activité au sein de l'EMSP	0
Employeur :	
- Hôpital / Institution	17
- Association	1
Personne ayant recruté :	
- Chef de service seul	10
- Discussion d'équipe	6
- Ressources humaines	1
- Ne sait pas	1
Contacts avec des membres de l'EMSP en dehors de la supervision ⁽¹⁾	4
Occasion de Parler de cette supervision avec d'autres personnes ⁽¹⁾ :	11
- En supervision	6
- Discussion informelle avec des collègues	5
- Avec patients ou autres équipes supervisées	3
- Au sein de la société psychanalytique (groupe de travail, séminaire)	1
Travaux autour de la supervision ⁽¹⁾ :	5
- Publication	3
- Séminaire, formation	2

⁽¹⁾ 1 réponse manquante

Annexe 5 : Tableau 2 : Caractéristiques des EMSP

Caractéristiques concernant les EMSP	n (/18)
Lieux d'interventions :	
- Hôpital uniquement	7
- Hôpital et domiciles uniquement	9
- Divers (hôpital, IFSI, faculté de médecine...)	2
Composition de l'équipe :	
- Assistante sociale	8
- Cadre de santé	9
- IDE	18
- Interne en médecine	2
- Kinésithérapeute	4
- Médecin	18
- Psychologue	16
- Secrétaire	13
- Autre (socio-esthéticienne, cadre supérieure, diététicienne)	2

Annexe 6 : Tableau 3 : Caractéristiques concernant la création des supervisions

	n (/18)
Ancienneté du groupe : - <1 an - 1 à 6 ans - >6 ans	1 6 11
Personne(s) à l'origine de la création du groupe : - Chef de service - Psychologue du service / discussion d'équipe - Institution - Ne sait pas	10 4 1 3
Motifs de création : - Recommandation / obligatoire - Difficultés de vécus émotionnels - Difficultés institutionnelles - Favoriser le travail d'équipe - Analyser la pratique - Ne sait pas / confiance	7 6 0 5 4 3

Annexe 7 : Tableau 4 : Objectifs de la supervision

La supervision est un dispositif...	Oui n (/18)	Conséquence possible n (/18)
...de parole	17	
...d'aide et de soutien	18	1
...permettant d'analyser des situations cliniques à partir de la présentation de cas	18	
...d'analyse de la pratique professionnelle	15	
...de contrôle, d'évaluation de la pratique	0	
...de résolution des difficultés rencontrées dans la pratique	16	
...de formation professionnalisant	8	2
...visant à assurer la plus grande cohérence entre les référentiels et les pratiques	10	
...de réflexion théorique	12	1
...de formation théorique	10	1
...de développement de l'engagement et des responsabilités professionnelles	6	4
...de développement personnel	9	7

Annexe 8 : Tableau 5 : Cadre de la supervision

	n (/18)
Supervision en groupe	18
Supervision individuelle possible	1
Supervision pluriprofessionnelle	18
Stabilité du nombre de participants (ressentie par le superviseur, congés annuel mis à part)	13
Personnes invitées en supervision :	
- Toute l'équipe	16
- Une partie de l'équipe	2
- Exclusion des stagiaires présents moins de 6 mois	6
Caractère obligatoire :	
- Oui	9
- Non	7
- Ne sait pas	2
Inclusion dans le temps de travail	18
Lieux de la supervision :	
- Service	8
- Hôpital (hors service)	5
- Hors hôpital	5
Rythme des séances :	
- <5/an	0
- 5-9/an	6
- >9/an	12
Durée des séances :	
- 1h	3
- 1h30	6
- 2h	8
- 3h	1
Difficultés dans la mise en place de la supervision :	
- Concernant le nombre de participants	2
- Concernant la participation des supervisés	3
- Concernant l'expression libre	5
- Concernant la disponibilité des lieux	1
- Autre	4
Cadre de confidentialité⁽¹⁾ :	
- Autorisation de sortir la parole du groupe	5
- Usage professionnel strict de la parole du groupe précisé	4
- Interdiction de sortir la parole du groupe en dehors de la supervision	12

⁽¹⁾ 1 réponse manquante

Annexe 9 : Tableau 6 : Méthodologie des superviseurs

	n (/18)
Point de départ de la discussion :	
- Analyse de situations ou de cas uniquement	5
- Libre	13
Sujet analysé :	
- Une personne désignée	1
- Le groupe ou la situation	11
- Variable	6
Références théoriques citées spontanément :	
- Psychanalyse	15
Freudienne	12
Lacanienne	5
Jungienne	4
- Analyse groupale	5
- Analyse transactionnelle	2
- Systémique	4
- Théorie humaniste	2
- Relation de soins, Balint	3
- Écoute Rogérienne	2
- Autres (communication non verbale, analyse du contexte, psychodynamique du travail, burn out, risque psycho-sociaux, anthropologie, philosophie, sociologie...)	6
Auteurs de références⁽¹⁾ :	
- René Kaes	7
- Didier Anzieu	6
- Sigmund Freud	2
- Jacques Lacan	1
- Carl Gutav Jung	2
- Michael Balint	2
- Carl Rogers	2
- Wilfred Bion	3
- Martine Ruzsniewski	3
- Autres	11
Type d'analyse réalisée en supervision :	
- Analyse intellectuelle des faits, circonstances et événements	9
- Analyse des processus psychiques inconscients	16
- Analyse du supervisé via une analyse du transfert et du contre-transfert	12
- Analyse du supervisé via une analyse des implications personnelles	12
Expression des affects et des éléments de vie personnelle :	
- Autorisée	17
- Favorisée	5
Intervention du superviseur au cours de la supervision	18
Objectif de l'intervention :	
- Distribution de la parole	3
- Faire préciser une idée, favoriser l'expression, relancer le dialogue	9
- Reformulation	4
- Recadrer le discours, recentrer sur le patient	11
- Apport théorique	3
- Proposer un point de vue, faire des liens, analyse, synthèse	16

⁽¹⁾ 1 réponse manquante

Résumé

Objectif : L'objectif était d'établir des éléments de définition de la supervision en repérant les points communs dans les objectifs et modalités de pratiques des superviseurs des EMSP des régions Rhône-Alpes et Auvergne.

Méthode : Une étude descriptive quantitative transversale a été menée entre mars et août 2014, par des entretiens directifs individuels explorant les opinions et pratiques de ces superviseurs.

Résultats : 26 EMSP signalaient une supervision parmi les 43 équipes contactées. 18 superviseurs ont répondu au questionnaire. Il ressortait des éléments communs concernant le profil des superviseurs (systématiquement extérieurs à l'équipe, majoritairement avec une formation en psychologie ou psychiatrie), les objectifs (groupe d'aide et de soutien, permettant l'analyse des situations cliniques par la présentation de cas, sans objectif de contrôle de la pratique) et l'établissement systématique d'un cadre. Les formations des superviseurs à la supervision, certains objectifs et leurs méthodologies étaient en revanche très variés. Mais toutes les réponses mettaient en avant la recherche d'une forme particulière de parole centrée sur la vie professionnelle.

Conclusion : On repère un trépied relatif à la structure même de la supervision, à la différence de ce qui est constaté dans la littérature où l'on retrouve une description des objectifs et du contenu. La supervision est systématiquement associée à l'existence d'un tiers, à l'établissement d'un cadre et à la recherche d'une forme particulière de parole. Si ce trépied se retrouve dans les supervisions d'autres types d'équipes ou en supervision individuelle, il pourrait être une définition possible de la supervision.

Mots-clés : Supervision, Soins palliatifs, Analyse des pratiques, Groupe de parole