

# Supervision des équipes de soins en psychiatrie de liaison: quelques points de repère

Pr ALEXANDRE BERNEY<sup>a</sup> et YVES DOROGI<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2019; 15: 344-6

La supervision d'équipes de soins par les intervenants de psychiatrie de liaison est une tâche importante au sein de l'activité de Consultation et Liaison. La supervision, dans ce qu'elle a d'essentiel, ouvre un espace de parole dont nous allons décrire les objectifs principaux. La mise en commun d'une pluralité de regards sur une situation, ainsi que le soutien des compétences interpersonnelles des soignants, constituent à nos yeux les objectifs prioritaires. Sur la base de nos expériences dans différents lieux de soins d'un hôpital universitaire, nous proposons quelques points de repère pour guider les intervenants qui se mobilisent dans cette tâche dont les contours sont renouvelés avec chaque équipe rencontrée.

## Team supervision in Consultation Liaison psychiatry: thoughts and landmarks

*Team supervision is an important task in consultation liaison psychiatry. Supervision allows to exchange on a clinical situation with many different objectives that we describe here. The integration of a plurality of views on a situation, as well as the support of caregivers interpersonal skills are among the goals of utmost importance. Based on our experiences in different care settings of a university hospital, we propose some landmarks to guide the caregivers involved in this task renewed with each team encountered.*

## INTRODUCTION

### Activité de liaison

La supervision d'équipes de soins par les intervenants de psychiatrie de liaison constitue une tâche importante de l'activité de Consultation et Liaison. Au cours de la dernière décennie, il nous apparaît que cette partie essentielle de notre activité – la partie Liaison – est à risque de raréfaction, si ce n'est de disparition dans certains contextes. Ceci est à mettre en lien avec la pression mise sur les consultations directes et l'orientation des cas, l'accélération des rythmes de soins dans les hôpitaux et une plus grande volatilité des intervenants. Ces facteurs rendent pourtant d'autant plus important le fait de maintenir des espaces de supervision d'équipes. Dans ce qui suit, nous allons donner quelques points de repère pour orienter les intervenants de psychiatrie qui sont sollicités par

des équipes de soins somatiques et qui se mobilisent dans cette activité.

### Définition et malentendus

Dans le contexte somatique, et plus largement dans d'autres contextes professionnels, la notion de supervision se réfère à la vérification des bonnes pratiques professionnelles, à la transmission de connaissances, d'un savoir-faire, en particulier auprès de professionnels qui n'ont pas encore acquis une pleine autonomie dans leur pratique.<sup>1,2</sup> Si ces aspects didactiques sont parfois importants dans l'activité de supervision, en particulier en ce qui concerne la transmission de connaissances psychiatriques ou le champ des relations interpersonnelles et de la communication, l'essentiel est ailleurs: la supervision ouvre un espace de parole permettant aux personnes impliquées dans la prise en charge des patients d'échanger sur les situations rencontrées, tout en étant guidées par un tiers externe à l'équipe.<sup>3</sup> Ce setting est l'occasion de développer une exploration dirigée selon des objectifs variés, dépendant des nécessités cliniques et dynamiques identifiées par l'équipe et, au fur et à mesure du processus, par les superviseurs spécialistes. Nous allons décrire ci-après les objectifs principaux (tableau 1) habituellement rencontrés dans notre pratique.

## MISE EN PLACE DE LA SUPERVISION

Le plus souvent un responsable d'unité de soins fait, au nom de son équipe, une demande de supervision auprès d'un médecin ou d'un infirmier de notre service. Les circonstances ou les motivations plus ou moins conscientes sont très diverses et c'est seulement après être entrés en matière et avoir vu l'équipe que nous comprenons mieux les enjeux spécifiques de la situation. Dans notre expérience, il est difficile, voire impossible, de conditionner cette entrée en matière à l'exigence d'une demande élaborée ou de convenir d'emblée d'un cadre spécifique. Nous adoptons donc une position d'accueil de la

TABLEAU 1	Objectifs de la supervision
-----------	-----------------------------

- Permettre une pluralité des regards sur une situation
- Soutenir les compétences interpersonnelles des soignants
- Favoriser une attitude réflexive
- Offrir un cadre sécurisant et contenant
- Sortir d'un certain isolement

<sup>a</sup>Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne  
alexandre.berney@chuv.ch | yves.dorogi@chuv.ch

demande, demande dont les motivations puis les objectifs seront discutés en présence des participants, en général une dizaine de soignants avec ou sans leur responsable hiérarchique. Les déclencheurs fréquents sont une situation particulièrement mobilisatrice, une impasse ou une incompréhension quant au projet thérapeutique pour un patient qui fait crise. Très souvent, un certain épuisement ou un risque d'épuisement de l'équipe est mentionné par le responsable, alors que les aspects conflictuels sont rarement exprimés explicitement.

Nous essayons dans la mesure du possible d'intervenir en binôme. Celui-ci peut être constitué d'un médecin et d'un infirmier ou de deux infirmiers, en fonction de la constitution du groupe des supervisés.

## OBJECTIFS PRINCIPAUX DE LA SUPERVISION

Un des objectifs majeurs de la supervision est de *soutenir et promouvoir les compétences interpersonnelles des soignants* dans leurs liens avec les patients.<sup>3</sup> Cet objectif intègre plusieurs dimensions, en premier lieu une capacité de perception et d'ouverture aux états émotionnels des patients et des intervenants impliqués dans leur prise en charge. Ceci requiert des capacités empathiques, mais aussi une stabilité émotionnelle suffisante pour accueillir des mouvements affectifs contradictoires élicités par la situation clinique, en ayant pour but de permettre le maintien, voire dans certains cas la restauration, du lien entre l'équipe et le patient, en particulier dans les contextes de tensions relationnelles. Pour ce faire, l'exploration d'épisodes relationnels avec le patient est centrale pour la réflexion. La supervision favorise une attitude réflexive<sup>4</sup> permettant chez le soignant somaticien une certaine prise de conscience de ce qui est mobilisé au plan personnel dans la situation de soins et quant à la façon dont il/elle participe à la dynamique relationnelle. L'espace de supervision constitue un *cadre sécurisant, contenant* et le superviseur incarne un *tiers neutre* dans la dynamique relationnelle en jeu, avec à la clé des changements parfois significatifs dans la relation entre l'équipe et le patient.

La *pluralité des regards sur une situation* constitue un autre objectif majeur des supervisions. Le fait que chacun perçoive différentes facettes de la réalité du patient est une amorce pour lancer la discussion. La mise en commun des différentes perceptions, des modes de réponses de chaque intervenant, permet de construire une représentation commune et plus complète des enjeux cliniques. Cette construction commune permet aussi de *sortir d'un certain isolement* vécu par les intervenants dans des contextes lourds.<sup>5</sup> Cette mise en commun permet idéalement de faire émerger plus clairement une direction à prendre et cela dans une construction partagée. Les superviseurs vont autant que possible résister à l'injonction ou la tentation de livrer des solutions clé en main pour favoriser cette élaboration commune.

La supervision d'équipe *constitue un espace de protection* des intervenants qui se trouvent exposés à des situations très prenantes sur le plan psychique sans y être forcément préparés, ni reconnus dans ce rôle. La *validation des efforts relationnels de chacun* nous paraît ainsi très importante. *L'évocation du vécu* subjectif constitue un objectif en soi, qui peut être accueilli et

validé parfois sans nécessité ou possibilité d'élaboration. En effet, les superviseurs, dans le contexte de liaison, doivent garder une grande prudence quant à l'utilisation du matériel évoqué pour se montrer ni trop intrusif ni trop interprétatif, en gardant des ambitions réalistes tenant compte de l'hétérogénéité du groupe supervisé, des rapports hiérarchiques éventuels au sein du groupe et du dispositif souvent temporaire et éphémère mis en place.

## COMPÉTENCES DES SUPERVISEURS: LAISSER BEAUCOUP DE PLACE À L'AUTRE...

La fonction de superviseur s'appuie sur des qualités et des compétences qu'il n'est pas possible de définir simplement.<sup>6</sup> Cela nous semble faire partie d'une certaine maturité professionnelle qui permet de déployer souplesment et « à chaud » plusieurs facettes du rôle de superviseur. La présence du superviseur, son attitude, ses qualités d'ouverture, d'écoute, de mise en confiance vont idéalement faciliter l'expression du vécu propre à chaque soignant, permettant de lever un bout de voile sur des pensées, des perceptions et des affects restés jusque-là dans l'intimité de chacun. La capacité de percevoir et d'analyser les enjeux clés, et de les restituer de façon didactique va permettre d'orienter et de faciliter la réflexion du groupe. Pour ce faire, les superviseurs peuvent jouer de leur créativité et recourir occasionnellement à des outils comme le jeu de rôle ou encore d'autres approches moins conventionnelles, comme par exemple, la sculpture vivante (*sculpting*).<sup>7</sup> Si cette capacité à prendre du recul (ou de la hauteur) est nécessaire, les superviseurs doivent aussi être capables d'adopter une posture plus horizontale de praticien, emprunt des mêmes questionnements, doutes, expériences douloureuses. Une dimension essentielle est en effet celle de pouvoir rester soi-même, en s'appuyant sur sa pratique, son style d'intervention, son lot de succès et de déconvenues. Une conscience de ses propres limites et zones d'ombre est ainsi indispensable. Dans cette perspective, il nous faut souligner que l'expertise des superviseurs s'étaye sur des compétences liées à leur formation spécifique en psychiatrie, mais surtout en psychothérapie pour les médecins (atout de la double formation en Suisse), parfois complétée par celles plus spécifiques sur la supervision et/ou la dynamique de groupe. Bien entendu, pour se sentir à l'aise dans ce rôle, l'expérience du contexte spécifique de la psychiatrie de liaison constitue un socle incontournable pour adapter ses interventions au contexte des équipes somatiques.

Le fait d'amener un climat suffisamment serein pour donner les meilleures chances à une ouverture des participants, s'appuie aussi sur une confiance de base quant au fait que, moyennant certaines conditions minimales (confidentialité, respect, professionnalisme) le matériel va émerger et pouvoir être travaillé. Certains débuts de supervision sont très laborieux et le processus requiert *de la patience pour s'adapter au rythme des participants*, en étant capable de contenir un certain degré de frustration. En miroir, il ne faut pas perdre de vue la perspective de moments gratifiants, emprunts de plaisir et de validations mutuelles entre supervisés et superviseurs. Une certaine conscience du « pouvoir » du superviseur, nourri par les projections des participants, est indispensable pour que cet aspect ne soit pas sous-estimé et soit manié avec prudence.

## SITUATIONS CLINIQUES CONCERNÉES

Nous allons décrire brièvement quelques thématiques illustrant des enjeux fréquemment rencontrés. Une clarification nous paraît importante à ce stade: la prévalence des troubles psychiatriques comorbides est très élevée chez les patients somatiques, de l'ordre de 25 à 30% dans les estimations les plus conservatrices, pourtant les situations discutées dans les supervisions ne sont pas nécessairement dans le registre psychiatrique. C'est plutôt ce qui fait crise dans la prise en charge qui est l'objet de la supervision et qui peut régulièrement concerner des patients non psychiatriques. A noter que tout service peut faire une demande de supervision; notre expérience au fil des ans concerne plus régulièrement les services des soins intensifs, des maladies infectieuses, l'oncologie, la rhumatologie, ou encore le service de diabétologie et la neuro-réhabilitation. Une des thématiques récurrentes est celle du *sens de la prise en soins*. Elle est souvent le reflet d'un malaise profond vécu par une partie de l'équipe qui s'interroge sur les raisons de poursuivre les soins (par exemple, dans une tension entre une approche curative versus palliative) ou encore sur la question de l'adéquation du lieu de soins: *est-il pertinent de garder ce patient chez nous ?* Un fort clivage au sein d'une équipe ou entre les corps professionnels peut être présent. Comme mentionné plus haut, cette question du *sens*, souvent pertinente, peut être utilement travaillée au travers d'une reconstruction collective de la complexité de la situation clinique que la pratique hospitalière tend à fragmenter. Par cette démarche, l'équipe, plutôt que de subir la situation, reprend sa destinée en main. Cela peut déboucher concrètement sur une clarification des besoins de l'équipe supervisée, se traduisant par exemple, par une réunion régulière de coordination rassemblant les différents acteurs de la prise en soins.

Une autre thématique est celle de la *relation soignant-soigné*. Les soignants sont régulièrement confrontés à l'insoutenable, mais ce sont bien des interactions particulières et singulières qui suscitent les plus profondes réactions émotionnelles. Ce vécu peut être conditionné par des projections du patient ou des conflits qui se rejouent entre le patient et le système de soins et/ou entre les professionnels. Ici, il s'agit d'accueillir ce vécu émotionnel et de le mettre en mots. Dans la mesure du possible, une mise en lumière de mouvements défensifs du côté du patient et des soignants permettra un meilleur ajustement aux réels besoins de leur patient. Une autre situation classique est celle du patient difficile qui ne se plie pas aux

règles du service (typiquement un patient qui présente un problème d'addiction et qui consomme à l'hôpital) ou un patient qui refuse les soins ou des investigations.<sup>8</sup>

Pour compléter cet aperçu de la palette des situations rencontrées, mentionnons encore les interventions qui répondent à une demande exprimée dans l'urgence et faisant suite à un événement majeur, tel le décès inattendu d'un patient ou un décès par suicide. Ce dernier cas est susceptible de provoquer un retentissement émotionnel majeur et peut être vécu comme une attaque à la fonction soignante.<sup>9</sup> A l'extrême, on peut assister à de profondes remises en cause professionnelles ou un mouvement de rejet à l'égard des patients psy. Ces interventions vont suivre les grandes lignes évoquées ci-dessus, en étant attentif à désamorcer de possibles mouvements stigmatisants à la recherche d'un coupable, tout en remettant à un autre contexte l'analyse plus systématique et technique de l'incident. Soulignons que ces interventions ponctuelles sont de réelles opportunités pour tisser un lien de confiance avec nos partenaires et parfois l'occasion de mettre en place une supervision plus régulière.

## CONCLUSION

Le maintien d'espaces de supervision est essentiel tant pour les patients que pour les soignants dans un contexte qui tend à accélérer et fragmenter les soins. Cela nécessite de pouvoir initier et former des intervenants à cette pratique.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La supervision des équipes de soins permet une pluralité des regards sur une situation et favorise une représentation plus complète des enjeux cliniques
- La supervision comprend de nombreux objectifs, elle vise en priorité à soutenir et promouvoir les compétences interpersonnelles des soignants
- Le maintien d'espaces de supervision est essentiel et nécessite un contexte qui permet de former des intervenants à cette pratique

1 MacDonald J, Ellis PM. Supervision in psychiatry: terra incognita? *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:322-6.

2 Falender CA, Shafranske EP. Clinical supervision: the state of the art. *J Clin Psychol* 2014;70:1030-41.

3 \*Gravouil JF. Dispositifs de supervision, métier de superviseur. *Gestalt* 2009;1:23-40.

4 \*Berney A, Bourquin C. Individual

supervision to enhance reflexivity and the practice of patient-centered care: experience at the undergraduate level. *J Cancer Educ* 2017; epub ahead of print.

5 Ganière-Raboud J, Dorogi Y. La fonction contenante de la supervision clinique. *Santé Mentale* 2009;135:40-4.

6 \*Goodyear R, Lichtenberg JW, Bang K, et al. Ten changes psychotherapists typically make as they mature into the

role of supervisor. *J Clin Psychol* 2014;70:1042-50.

7 \*Dorogi Y, Campiotti C, Gebhard S.

Infirmier en psychiatrie de liaison: développement de la supervision en milieu somatique. *L'Encéphale* 2013;39:232-6.

8 Lemogne C, Chocron O, Lahlou-Laforêt K, et al. Le patient n'adhérant pas aux soins. pp. 291-306 dans Lemogne Cédric

(eds.) *Psychiatrie de liaison*. Lavoisier Médecine Sciences, 2018.

9 Berney A, Saillant S, Chocron O, et al. Suicide à l'hôpital général. In *Prévention du suicide*. Michaud L, Bonsack C (eds). Genève: Médecine et Hygiène, 2017.

\* à lire

\*\* à lire absolument