

# L'ESPACE DE SUPERVISION CLINIQUE EN SOINS PALLIATIFS: le développement d'un savoir-être face à la mort et à la souffrance

MÉLANIE VACHON, PH.D.

Professeure, Département de psychologie  
Université du Québec à Montréal  
Psychologue, Balfour M. Mount Palliative Care Unit  
Centre universitaire de santé McGill  
Courriel: vachon.melanie@uqam.ca

JOHANNE DE MONTIGNY, M.A. PS.

Psychologue, Balfour M. Mount Palliative Care Unit  
Centre universitaire de santé McGill

**L**e présent article fait suite à une présentation offerte lors du congrès du Réseau québécois de soins palliatifs, en mai 2011. Il s'inspire d'un dialogue entre une psychologue chevronnée, Johanne de Montigny, et une psychologue novice, Mélanie Vachon. À l'aide de vignettes cliniques et d'éléments théoriques, nous souhaitons par cette communication décrire et illustrer l'importance de l'activité de supervision clinique en soins palliatifs, pour le psychologue, mais aussi pour les autres intervenants psychosociaux de l'équipe multidisciplinaire. Plus précisément, notre dialogue s'articulera autour des principaux défis du psychologue en soins palliatifs : faire face à la souffrance et faire l'expérience du sentiment d'impuissance.

D'abord, afin de mettre en contexte nos propos, nous décrirons les dispositions dans lesquelles un apprenti en soins palliatifs se trouve communément à l'amorce de sa pratique clinique. Nous situerons ainsi le point de départ de la relation de supervision dont il sera ici question. Cela nous mènera à élaborer davantage le rôle du superviseur clinique en soins

palliatifs, autant que les besoins des stagiaires ou des psychologues novices. Nous porterons ensuite une attention particulière à une situation clinique vécue par la stagiaire, laquelle aura généré chez elle un sentiment d'impuissance subséquentement élaboré, réfléchi et transformé dans l'espace de la supervision. Nous terminerons en illustrant davantage en quoi cet espace de supervision peut également évoluer en un lieu d'échange privilégié, parfois bidirectionnel, à l'intérieur duquel peuvent être portés à deux les défis personnels et professionnels constants inhérents à une pratique clinique auprès de malades approchant la limite de leur existence.

Dans sa forme d'origine (lors du congrès), cet exposé proposait, par le dialogue, un éclairage différent sur le sentiment d'impuissance parfois vécu en soins palliatifs. Il visait aussi à mettre en exergue les virtualités de l'espace de supervision et à transformer le sentiment d'impuissance en potentialité thérapeutique. Plus précisément, cet exposé conviait les intervenants en soins palliatifs : (1) à tenter de mieux comprendre leur vécu personnel et profes-

sionnel dans leurs interactions avec les personnes en fin de vie et leurs proches; (2) à clarifier davantage leur expérience d'impuissance en identifiant l'origine de ce sentiment et ses implications dans la pratique; (3) à mieux identifier leurs besoins de supervision et d'échange en lien avec leur vécu personnel et professionnel en soins palliatifs et, finalement (4) à mieux saisir les potentialités thérapeutiques des défis personnels à relever dans les interactions avec le mourant.

## L'APPRENTISSAGE DES SOINS PALLIATIFS

L'apprentissage des soins palliatifs pour le jeune psychologue en formation comporte de nombreux défis, tant sur le plan personnel que professionnel. Sur le plan professionnel, il s'agit souvent de premiers rendez-vous avec des situations cliniques qui se situent aux limites de l'existence, lesquelles plongent parfois les patients et les familles dans des états de crise. Celles-ci nécessitent des évaluations et des interventions rapides et requièrent une série de connaissances et de convictions cliniques quant à la capacité des patients et des familles à faire face à la fin de la vie, à s'y adapter et à y survivre psychiquement. Loin de faire partie du cursus universitaire standard, apprivoiser cliniquement « l'humain devant la mort », tant dans son caractère unique qu'universel, constitue un apprentissage central auquel il faudra consacrer temps, espace, lectures, enseignement, mentorat et tranquillité, un peu d'immersion. À ce défi professionnel principal se greffera également l'apprentissage du rôle du psychologue en soins palliatifs et sa place dans l'équipe multidisciplinaire.

Si le parcours universitaire des jeunes psychologues les prépare peu à exercer leur profession en soins palliatifs, il convient tout autant de souligner le grand défi personnel que constitue une telle exposition à la fragilité et à la vulnérabilité. La transition du milieu universitaire au milieu hospitalier est loin d'être banale. Il s'agit ici de la transition d'un milieu de vie constitué essentiellement de jeunes gens dans l'effervescence de leur existence et de leur santé et dans

l'enthousiasme d'entreprendre leurs projets de vie, vers un lieu où la vie quitte peu à peu, où les ambitions font place aux souvenirs parfois nostalgiques, où la vigueur et l'indépendance laissent place aux pertes et à la dépendance. Ainsi, avant même de s'ouvrir aux opportunités uniques que permet la vulnérabilité, une certaine période de confrontation fragilisante s'impose pour le jeune professionnel qui fait ses premiers pas aux soins palliatifs.

Il est possible de décrire la compétence et les apprentissages du jeune psychologue en termes de *savoir*, de *savoir-faire* et de *savoir-être* (Lecomte et Savard, 2004). D'abord, le *savoir* fait référence aux connaissances et au bagage de connaissances reçues en psychologie, mais qui demeure à acquérir en soins palliatifs. Par exemple, ce type de savoir comprend la connaissance des critères diagnostiques ou encore les manifestations cliniques de diverses entités, tels que le deuil ou la dépression. Communément, le stagiaire en soins palliatifs possède un savoir bien à jour en termes de psychologie clinique générale, mais son expertise en soins palliatifs reste à acquérir.

Le *savoir-faire* fait plutôt référence à l'application du savoir. Par exemple, le fait de connaître les critères diagnostiques d'un épisode de dépression majeure n'assure pas la reconnaissance et l'évaluation adéquate d'une telle situation clinique lorsqu'elle se présente chez un patient. Le savoir-faire fait donc davantage référence à la mise en pratique du savoir, entre autres au moyen des activités d'évaluation et d'intervention. Encore une fois, les quelques années d'expérience clinique des stagiaires en psychologie leur permettent d'acquérir un certain savoir-faire. Néanmoins, ce savoir-faire demeure à être peaufiné pour se déployer dans l'enceinte de la fin de la vie, de par les spécificités de l'expérience des patients et l'unicité du contexte dans lequel celles-ci se déclinent.

Le troisième type de savoir, le *savoir-être*, est beaucoup plus difficile à opérationnaliser. Il fait référence à la manière d'être d'un clinicien, laquelle colore tant son savoir que son savoir-faire. Le savoir-être est parfois associé à la qualité de la présence du psychologue, à sa manière de créer un lien significatif

avec ses patients, ou encore à sa fine capacité de constamment s'ajuster à ses clients. Ce savoir-être est non seulement plus difficile à décrire, il est aussi plus complexe à apprendre et à enseigner. Il est souvent associé à l'aspect plus intuitif, créatif, voire artistique du travail de psychologue. Tout comme les autres types de savoirs, cette manière d'être du clinicien doit s'ajuster au contexte des soins palliatifs, ne serait-ce que parce qu'une telle pratique amène le psychologue à redéfinir son cadre thérapeutique, à s'asseoir au chevet du mourant, et à repenser complètement ce que signifie l'efficacité en psychothérapie. En dépit de la difficulté à circonscrire le savoir-être, il se doit d'être développé par le stagiaire. Nécessairement, l'apprenti possède un savoir-être en mouvance, mais devra aussi et surtout adopter une manière d'être dans cette expérience unique qu'est celle de la fin de la vie, unicité dans laquelle se loge dans un condensé de paradoxes : celui de la joie profonde à vivre des instants précieux et du sentiment de tristesse devant la séparation ultime, celui de l'attachement sain et du détachement gradué, de l'ancrage et de la vulnérabilité, de l'appréhension et de la confiance (de Montigny, 2010). En ne négligeant pas les autres types de savoir, c'est précisément au service du développement du savoir-être que la supervision, plus précisément l'espace et la relation de supervision, seront consacrés.

## L'ESPACE DE SUPERVISION

La supervision clinique en psychologie vise donc le développement des trois types de savoir. Lorsqu'elle est axée sur les techniques et les stratégies d'intervention, la supervision favorise l'acquisition d'une compétence fondée sur le savoir-faire. Sinon, lorsqu'elle est focalisée sur le patient afin d'acquérir une meilleure compréhension de son expérience, elle cherche à promouvoir le savoir. Puis, lorsqu'elle est vouée à l'expérience subjective de l'intervenant, la supervision vise plutôt le développement du savoir-être de celui-ci (Lecomte et Savard, 2004).

Le superviseur clinique prend donc tour à tour différents rôles, en réponse aux besoins et aux demandes exprimées par le stagiaire (Bernard et Goodyear, 1998). Parfois enseignant, le superviseur clinique transmettra sa compréhension, de sa connaissance et de son expérience pour bâtir davantage le savoir de l'apprenti. Ensuite consultant, le superviseur offrira son expertise au stagiaire pour le conseiller et lui indiquer l'une ou l'autre des pistes à suivre en intervention. Finalement thérapeute, le superviseur clinique en soins palliatifs saura recevoir le stagiaire dans son expérience subjective, en tenant compte de son rapport personnel avec la mort, la perte et le deuil, ainsi que de ses sentiments et de ses émotions à la suite de sa rencontre avec le malade ou avec sa famille. Le superviseur assure ainsi l'ancrage de l'apprenti dans les moments de déstabilisation. À la fois tuteur, allié et cocréateur, le superviseur clinique saura contribuer, par sa confiance, à la construction et à la consolidation de l'identité et du sentiment de compétence du stagiaire en formation.

## LES BESOINS DE L'APPRENTI

C'est donc en partie pour répondre aux divers besoins de l'apprenti que le superviseur saura porter différents chapeaux. Les besoins principaux du stagiaire étant, d'une part, le développement de l'identité et de la compétence professionnelle (le devenir psychologue) et, d'autre part, la consolidation d'une manière d'être qui puisse lui permettre d'intégrer la réalité de la souffrance et de la finitude sur le plan personnel et professionnel.

Un tel développement nécessite un accompagnement certain, ainsi que le sentiment d'être validé dans son expérience (Kohut, 1971). Précisément, le stagiaire aura besoin du regard bienveillant de son superviseur. Il s'agit ici d'un regard qui permet à l'apprenti de s'habiter pleinement dans son apprentissage et son imperfection, qui laisse place et qui permet de nommer les limites personnelles et professionnelles. Une telle bienveillance donne droit à l'erreur sans

condamnation, et ce, non seulement au service du développement de l'apprenti, mais aussi et surtout au service d'un meilleur accompagnement des patients. Le contexte des soins palliatifs nous confronte aux limites : celle de la vie, celle de notre humanité et celle de notre volonté d'aide. Cette situation limite porte parfois l'intervenant, précisément le jeune stagiaire, à douter de lui-même, voire à douter de la vie. Le stagiaire doit donc pouvoir déposer les fragments de son expérience en supervision, sans crainte de jugement, afin de rebondir et de réaffirmer sa voie.

Les doutes inhérents à la pratique clinique en soins palliatifs, doublés des appréhensions inévitables que comporte le rôle d'apprenti, peuvent être contenus dans une relation suffisamment bonne avec le mentor. Précisément, c'est sur les bases d'un lien de confiance que pourra s'édifier la compétence du stagiaire. En attribuant au stagiaire la confiance en ses compétences et en sa personne, non pas en les surestimant, mais bien en voyant ce qu'il y a de suffisamment bon en lui pour être aidant et pertinent pour les patients, le superviseur permettra la création de l'ancrage intérieur du supervisé. C'est à partir de cette offre de confiance que pourra germer le sentiment de compétence de l'apprenant.

Parce qu'il offre un regard bienveillant et qu'il s'inscrit dans un lien de confiance, l'espace de supervision devient ainsi un lieu sécuritaire suffisamment invitant pour se déposer. Ce lieu répond ainsi au besoin inévitable d'être réconforté alors que la souffrance fouette par ailleurs non pas uniquement dans notre potentialité thérapeutique, mais bien notre humanité. Parce que pleinement relationnelle, la supervision clinique en soins palliatifs devient ainsi un lieu de vie, lequel peut répondre au besoin de ressourcement du stagiaire pour mieux composer avec la survenue répétitive de la mort. Le mentor peut ainsi représenter l'ancrage affectif dont le stagiaire a besoin pour s'identifier, s'affilier et s'appuyer (Kohut, 1971).

Les besoins d'identification et d'affiliation du stagiaire seront par ailleurs comblés par la transmission privilégiée des savoirs et des expériences du

superviseur. En ce sens, l'espace de supervision devient le lieu d'acquisition du savoir et du savoir-faire du stagiaire, répondant ainsi principalement à son besoin et à son souci d'apprendre. Pour ce faire, le superviseur enseigne sa compréhension des phénomènes, propose ses interventions et en explique la nature, et partage ses expériences, tant celles de gratitude et de gratification, que celles demeurées énigmatiques, en suspens.

Parce que le savoir-être en soins palliatifs prend tout son sens et qu'il est complexe à déployer, l'espace de supervision répondra au grand besoin de l'apprenti de réfléchir sur ce savoir-être, de le développer. Il s'agit ici de l'émergence et de la consolidation d'un savoir-être devant des souffrances, parfois immenses mais inévitables, devant une détresse aiguë, laquelle nous presse dans nos interventions, et ce, dans un contexte où le temps est à la fois compté et restreint. En intervenant seulement à partir de quelques fragments de vie, ce sont réellement la qualité de la présence et du lien, donc le savoir-être, qui deviennent les outils thérapeutiques les plus utiles du psychologue. Les interventions du psychologue s'inscrivent dans la justesse subtile des paroles, des silences et de l'écoute, et sont reliées harmonieusement par le savoir-être. L'espace de la supervision permettra non seulement de développer ce savoir-être, mais aussi et surtout d'apprendre à faire confiance en la potentialité thérapeutique de celui-ci.

---

## UNE MÉTAPHORE AU SERVICE DU DÉVELOPPEMENT D'UN SAVOIR-ÊTRE

Il nous importait ici de partager ce qui se veut à la fois une anecdote et une métaphore évocatrice afin d'illustrer l'évolution du savoir-être du psychologue en soins palliatifs. Cette métaphore nous est venue lors d'un échange de supervision qui portait sur la difficulté de tolérer d'être témoin de la souffrance des patients et celle de conserver la distance ou la proximité juste, sans toutefois être aspiré par l'expérience du mourant. Le partage de la superviseuse de

son propre savoir-être devant des souffrances répétées et aiguës est ainsi venu comme une image ; celle d'un espace intérieur, vaste, voire océanique, qui s'ouvre pour laisser la possibilité aux patients d'y déposer leur souffrance. À cette image, il aura été impossible pour la stagiaire de s'identifier. À cette étape de développement professionnel, l'idée d'un « espace océanique » bondé de souffrance paraissait vertigineux, abyssal et désorganisant plutôt que structurant ! Le développement du savoir-être se devait donc de ne pas prétendre à un tel espace interne dit « océanique » pour porter les souffrances auxquelles sont confrontés les intervenants, mais bien de trouver une métaphore personnalisée à laquelle pouvaient correspondre le vécu, l'ancrage et aussi la vulnérabilité reconnue de l'apprenti.

Après quelques échanges réservés à la réflexion sur un tel savoir-être, l'élaboration d'une nouvelle métaphore ou représentation aura permis de saisir l'expérience de la stagiaire. Nous en sommes donc venues à élaborer l'image du psychologue non pas comme dépositaire de la souffrance des patients, mais bien du psychologue comme lanterne, qui offre notamment une lueur dans la souffrance. Une lanterne est communément définie en tant qu'instrument d'éclairage aux parois claires, qui abrite une lumière. Pour plusieurs raisons, cette métaphore se valait : d'abord, une lanterne permet un éclairage, même si cet éclairage est plutôt timide. Cette humilité dans l'éclairage apporté se voulait en concordance avec le peu d'expérience de la stagiaire. Cependant, il demeure que même si l'éclairage de la lanterne est timide il permet de voir un peu plus clair lorsque tout est noir dans son univers. Deux autres éléments venaient aussi compléter la métaphore : une lanterne possède des parois. Elle est donc contenue et possède des frontières évidentes, bien que transparentes. À cet égard, la notion de frontière permettait de symboliser le besoin de structure de la stagiaire, sans toutefois verser vers une trop grande distance. La frontière était donc existante, mais perméable, pour ainsi permettre l'échange. Finalement, une lanterne nécessite d'être alimentée pour continuer à émettre sa

lumière. Cet aspect correspondait entre autres au besoin de ressourcement de la stagiaire, afin de renouveler sa capacité d'offrir un éclairage à la souffrance. Somme toute, ce symbole porteur a permis de nommer en supervision la nécessité d'un savoir-être avec la souffrance qui soit alimenté par un carburant de vie, plus précisément de sa joie de vivre.

L'élaboration symbolique ici rapportée s'est avérée un moment significatif dans le développement du savoir-être de la stagiaire. Cette élaboration a permis de donner un nom et un sens tant à l'ancrage et à la compétence de la stagiaire, qu'à la reconnaissance de ses limites, de ses vulnérabilités et de ses besoins, et ce, à l'intérieur d'une seule image cohérente. Cette image demeurera un point de référence central pour élaborer le vécu et le savoir-être de l'apprenti tout au long de son développement.

## L'ESPACE DE SUPERVISION : DÉNOUER L'IMPASSE

Cet aparté nous a permis d'exemplifier un bref épisode de développement du savoir-être, rendu possible par l'espace de supervision. Néanmoins, dans son parcours aux soins palliatifs, le jeune psychologue est en mouvance. Ses défis sont constants. Quand la souffrance globale du malade n'est pas soulagée, quand les familles réclament l'impossible, quand le psychologue traverse lui-même une épreuve ou le rappel d'une perte majeure, quand il a l'impression que ses interventions ne font pas le poids devant les grands désespoirs, le psychologue se voit habité d'un sentiment d'impuissance. Nécessairement, à un moment où l'autre, il sera confronté à l'impasse. En médecine, l'impasse thérapeutique se décrit comme une situation sans issue favorable. En psychothérapie, l'impasse peut tout aussi bien désigner une situation de blocage dans l'intervention qu'il est possible de surmonter, mais seulement à certaines conditions. En ce sens, les impasses thérapeutiques en psychothérapie peuvent être vécues comme de l'incompétence et de l'impuissance (Lecomte, 2010), particulièrement chez

le jeune psychologue inexpérimenté. La supervision clinique deviendra ici le lieu privilégié pour réfléchir à l'impasse, lui donner sens et possiblement la dénouer. Nous proposons donc ici de décrire une impasse vécue par la jeune psychologue, impasse qui aura pu être dénouée dans l'espace de supervision.

## MADAME J. ET LE SENTIMENT D'IMPUISSANCE<sup>1</sup>

Madame J. était une femme dans la cinquantaine, sévèrement atteinte d'un cancer particulièrement agressif de la glande thyroïde. Son conjoint et ses trois enfants d'âge adulte tentaient d'assurer une certaine présence auprès d'elle, tous conscients de son pronostic réservé. Madame J. avait été admise à la suite d'un épisode de détresse respiratoire à domicile, en raison de la croissance de sa tumeur. Elle avait donc dû subir une trachéotomie d'urgence dans l'ambulance, en chemin vers l'hôpital. Avant cet épisode aigu, Madame J. profitait tout de même d'une certaine qualité de vie à la maison. L'épisode aigu vécu dans l'ambulance avait causé chez Madame J. une peur incessante de retourner à la maison, malgré la suggestion des médecins d'y revenir pour quelques jours afin de profiter de son domicile à nouveau. Madame J. présentait par ailleurs des symptômes de stress post-traumatique importants à la suite de la trachéotomie, surajoutés à un état de démoralisation, cliniquement défini comme « l'état de détresse d'un individu qui confronte sa propre mortalité, état qui provient des sentiments conséquents d'impuissance, de futilité, d'absurdité, d'absence de sens, de découragement, de remords, d'anxiété de mort et de perturbation de l'identité personnelle » (Kissane, 2000). Pour Madame J., c'est précisément l'absence d'une qualité de vie, ainsi que la prise de conscience que son état n'allait que se détériorer jusqu'à sa mort, qui la plongeait dans une tristesse indicible et dans l'incapacité de trouver un sens à son existence. De plus, elle était terrorisée à l'idée de mourir en détresse respiratoire. Finalement, parce que sa trachéotomie

était douloureuse, Madame J. se voyait dans l'impossibilité de communiquer verbalement. Ainsi, ses échanges avec ses proches et les intervenants étaient orchestrés par l'écriture.

Les premières rencontres avec Madame J., par écrit, ont d'abord permis d'établir un lien avec elle, de reconnaître sa détresse, de rechercher les pistes d'apaisement de son anxiété, et d'explorer les éléments de son vécu qui étaient périphériques à la maladie, dans une volonté de la clinicienne d'appréhender à connaître la femme qu'elle était au-delà de cet épisode de vie. Il aurait éventuellement été possible de réfléchir à certaines sources de sens dans la vie de Madame J., auxquelles s'accrocher psychiquement devant une souffrance qui lui semblait intolérable.

Cependant, l'état de Madame J. s'est significativement détérioré dans la semaine suivant son hospitalisation. Les investigations médicales ont finalement confirmé la présence de métastases au cerveau, lesquelles privaient la patiente d'utiliser sa main droite. Conséquemment, tant la communication verbale qu'écrite devenaient impossibles. Pourtant, en dépit de l'absence de moyens pour nommer sa détresse, Madame J. demeurait visiblement souffrante. Parce que le principal outil du psychologue est la communication verbale, l'impasse semblait évidente. Se faire témoin d'une telle détresse sans même la possibilité d'y mettre des mots plongeait la stagiaire dans un sentiment d'impuissance quasi intolérable, un peu à l'image de l'impuissance que la patiente pouvait ressentir devant son propre état. En outre, la situation de cette patiente générait tant chez elle que chez toute l'équipe un sentiment d'impuissance partagé et inégalé. L'impuissance se définit communément par un manque de pouvoir ou de moyens pour accomplir quelque chose. Dans ce cas, il s'agissait de l'impossibilité d'accéder à la souffrance vu l'absence de moyens de communiquer. Il s'agissait aussi de se faire témoin d'une existence souffrante sans pouvoir de transformation.

---

## EXPLORATION DU SENTIMENT D'IMPUISSANCE EN SUPERVISION

La présentation de cette situation clinique, précisément de l'état d'impuissance que celle-ci générait, a donc été présentée en séance de supervision. Les éléments clés de l'accompagnement de la superviseure auront d'abord été de valider le sentiment d'impuissance de la stagiaire et ainsi de clarifier que cette impuissance semblait émaner davantage de la résonance à un vécu affectif effectivement souffrant, plutôt que d'une impasse thérapeutique résultant de l'incompétence. L'impasse était ici d'abord et avant tout communicationnelle. Il s'agissait alors de se repositionner devant cette impasse pour transformer l'échec en possibilité de créer, puisque « dans l'impasse, il n'y a pas de solution connue, pas de choix disponibles, la seule issue étant de créer du nouveau, d'inventer » (Cantin, 2010). L'espace de réflexion que crée le dialogue en supervision aura d'ailleurs permis de constater le sentiment d'impuissance généralisé dans lequel étaient plongés la plupart des intervenants côtoyant cette patiente, sentiment d'impuissance qui mène parfois le soignant à se désengager de la situation de soins afin d'éviter de se sentir impuissant, ou encore de verser vers un savoir-faire abondant et défensif, dans la quête d'un sentiment d'efficacité personnelle (Vachon, Fillion et Achille, sous presse). Pourtant, dans tous les cas, l'impasse demeure.

En réponse aux impasses en contexte de psychothérapie, Bessette (2010) mentionne que de « dire tout simplement et franchement la vérité est parfois l'intervention de choix à laquelle on ne pense pas pour dénouer une impasse ». Dans la situation clinique présentée, l'intervention de la superviseure aura été exactement en ce sens : « et si on nommait simplement ce qui se passait et qu'on acceptait pleinement d'être avec cette impuissance, celle de la patiente, autant que celle de l'intervenante ». Ce dénouement se voulait une réelle invitation au savoir-être. De plus, le dialogue de supervision aura aussi

permis d'accorder espoir et confiance aux potentialités du savoir-être dans cette situation. Entre autres, il a été possible de mettre en mots que la présence authentique du psychologue, pleinement consciente du sentiment d'impuissance qui l'habitait et qui habitait la patiente, était nécessairement différente d'une présence qui visait à nier, à contrer ou à fuir l'impuissance. Cette élaboration réflexive venait donc en partie démystifier la crainte de ne pouvoir faire la différence à titre de psychologue en devenir.

L'intervention de la stagiaire aura donc constitué en une mise en lumière authentique de l'impuissance vécue au contact de la souffrance de Madame J., ainsi que dans l'absence de possibilités d'échanges verbaux avec elle. L'intervention visait également la reconnaissance et la validation de la pression implicite exercée sur la patiente de répondre aux interventions multiples des soignants, alors qui lui était impossible de le faire. L'invitation au savoir-être s'est donc résumée en une invitation de porter à deux, sans mots, le sentiment d'impuissance. Il s'agissait de faire de la simple présence l'outil de communication, pour ainsi apaiser l'urgence de dire ou de faire. Il s'agissait d'être liées dans le silence, précisément liées par ce sentiment d'impuissance partagé. Éventuellement, en cours de rencontre silencieuse, la patiente aura finalement mimé des lèvres un « merci ».

---

## L'IMPUISSANCE: D'OBSTACLE À OPPORTUNITÉ

Parce que nommées et élaborées dans un espace d'échanges, l'impasse thérapeutique et l'impuissance vécues ici auront réellement pu être transformées en une confiance au pouvoir réel du savoir-être. Cette transformation, permise par le partage authentique du vécu en supervision, s'est soldé dans la création d'un savoir-être en congruence avec le vécu. L'impuissance peut donc nous aider fondamentalement comme intervenant en soins palliatifs, précisément parce qu'elle permet alliance et empathie profonde avec celle du malade. L'apprentissage du

psychologue permettra par ailleurs d'arriver à transformer cette impuissance en opportunité, sans la confondre avec l'incompétence (Lecomte, 2010). Le sentiment d'impuissance peut alors se transformer en une invitation au savoir-être. Il nous permet d'évoluer en tant que clinicien et nous rapproche de l'expérience des malades. Toutefois, pour subir une telle métamorphose, cette impuissance se doit d'être reconnue, conscientisée, réfléchie et élaborée en dialogue. C'est exactement ce que l'espace relationnel de la supervision clinique permet.

## VERS UN LIEU D'ÉCHANGE POUR TOUS

En terminant, il nous importe de souligner que le contexte d'apprentissage et de supervision clinique de l'apprenant en psychologie se veut un lieu particulièrement privilégié pour dénouer les impasses et que celui-ci n'est pas représentatif des espaces d'échanges auxquels ont communément accès la plupart des soignants en soins palliatifs. Pourtant, de tels espaces d'échanges peuvent être créés au sein des équipes soignantes, dans une perspective multidisciplinaire qui s'appuie sur l'éthique des meilleurs soins possible. À cet effet, Wertheimer (1999) note que la multidisciplinarité est une affaire de complicité entre partenaires qui apprennent à se connaître et à se faire confiance. Elle offre donc un style de travail indissociable de la pluridisciplinarité et de la solidarité. C'est cette solidarité qui permet l'invitation à penser un savoir-être authentique, et où la parole n'est pas un instrument de pouvoir, mais le moyen d'établir des ponts (Wertheimer, 1999), voire un espace d'échange relationnel suffisamment bon où tour à tour, chacun est porté par l'équipe. L'équipe peut donc devenir ce lieu contenant et structurant qu'est l'espace de supervision, où les besoins de validation et d'affiliation de chacun peuvent être satisfaits.

## RÉFÉRENCES

- BERNARD, J.M. et R.K. GOODYEAR (1998). *Fundamentals of clinical supervision*. Toronto, Allyn and Bacon.
- BESSETTE, M. (2010). « Psychothérapies pour les troubles de la personnalité. Quand l'impasse n'est pas du côté du client ». *Santé mentale au Québec*, 35(2), p. 87-116.
- CANTIN, L. (2010). « Questions préalables à une réflexion sur les impasses cliniques ». *Santé mentale au Québec*, 35(2), p. 31-46.
- DUSSAULT, G. (1990). « Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité ». *Le gérontophile: Revue de l'Association québécoise de gérontologie*, 12(2), p. 3-6.
- DE MONTIGNY, J. (2010). *Quand l'épreuve devient vie*, Éditions Médiaspaul, Montréal.
- KISSANE, D.W. (2000). « Psychospiritual and existential distress: The challenge for palliative care ». *Australian Family Physician*, 29(11), p. 1022-1025.
- KOHUT, H. (1971). *Analysis of the Self*. New-York, International University Press
- LECOMTE, C. et R. SAVARD (2004). « La supervision clinique: un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle » dans T. LECOMTE et C. Leclerc, *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Presses de l'Université du Québec.
- LECOMTE, Y. (2010). « Impasse thérapeutique ». *Santé mentale au Québec*, 35 ( 2), p. 7-11.
- VACHON, M., L. FILLION et M. Achille (sous presse). « Death confrontation, spiritual-existential experience and caring attitudes in palliative care nurses: an interpretative phenomenological analysis ». *Qualitative Research in Psychology*.
- WERTHEIMER, J. (1999). « La pluridisciplinarité ». *Gérontologie et société*, 88, p. 39-48.

## NOTES

1. Certains détails ont été modifiés pour préserver la confidentialité