



**Point de vue concernant  
les Simultanées cliniques de PIPOL 6  
De la « supervision » comme réunion clinique**  
Alfredo Zenoni (Bruxelles-Capitale)

Lorsque nous sommes invités, par son équipe ou par ses responsables, à effectuer une « supervision » dans une institution, ce que nous faisons a si peu à voir avec ce qu'on entend généralement ailleurs par cette notion qu'il faudrait presque proposer d'en abandonner le terme. Dans certains cas, il arrive qu'on puisse suggérer de désigner cette pratique par la notion de « séminaire clinique » ou de « réunion clinique ». Mais, même quand le terme de « supervision » reste en vigueur, nous

répondons à l'invitation de l'institution en vue d'y pratiquer autre chose que ce qui se fait traditionnellement sous le couvert de cette notion.

La notion classique de la supervision comporte, en effet, le présupposé d'une transposition de quelque chose de la séance analytique ou de la séance de contrôle à un collectif ou à une pratique collective. L'accent y est mis sur la vérité subjective de chaque participant et, à l'occasion, sur son « hystérisation » par rapport au discours de l'institution. Tout se passe comme si l'analyste superviseur était censé exercer quelque chose de la pratique analytique à l'adresse des intervenants, c'est-à-dire transposer quelque chose de ce qui fait le noyau de la formation analytique dans le cadre de l'institution. Or, il n'y a pas d'analyste en dehors du contexte bien défini de l'acte analytique, encore moins dans un contexte de groupe<sup>1</sup>.

À distance, donc, de toute opération « analytique » à l'adresse des intervenants, à distance de toute interprétation du contre-transfert ou autre, notre opération est essentiellement de l'ordre de la clinique. Elle est de l'ordre de ce qui peut être enseigné en dehors du cercle des initiés à l'expérience analytique. Dans la supervision il ne s'agit pas d'une pratique analogue à celle de l'analyse, « où ce que la psychanalyse démontre, ce qu'elle transmet, ce qu'elle permet au sujet de saisir, (...) elle l'accomplit par la cure analytique elle-même. »<sup>2</sup> Il s'agit d'une forme d'enseignement : enseigner quelque chose de ce que la psychanalyse enseigne. Le savoir qui est en jeu n'est pas le savoir caché, supposé, celui qui suscite un effet d'amour (on évoque parfois le cas de supervisions où l'analyste ne fait rien d'autre qu'écouter en silence), mais le savoir exposé, le savoir au travail, celui qui suscite un effet de ... travail.

La « supervision » *en* institution, et non *de* l'institution<sup>3</sup>, s'appuie sur le principe même qui est au fondement des Sections cliniques dans le Champ freudien. La Section clinique, en effet, a été élaborée autour de la présentation de malades, telle que pratiquée par Lacan, et par le prolongement des enseignements qui peuvent en être tirés. Or, que sont d'autre nos interventions dans les institutions au titre de ladite supervision sinon des « entretiens sur la pratique » à partir d'une présentation de cas ?

Lorsque la demande d'une équipe n'est pas formulée dans ce sens, nous y répondons de manière à ce que notre orientation s'en précise. Le but n'est pas de transformer la pratique en institution en quelque chose qui amènerait, ne fût-ce d'une manière inchoative, à une habilitation à l'exercice de la psychanalyse (en institution, voire en cabinet) mais de permettre d'élaborer, pour cette pratique, les conséquences de la clinique psychanalytique.

S'il ne s'agit pas de « savoir supposé », le savoir exposé dont il s'agit n'est non plus un savoir constitué. La supervision ne consiste pas en l'application d'un savoir général à un cas particulier. Au contraire, elle consiste pour ainsi dire en une application du cas particulier à la clinique elle-même, soit en la transformation du cas en un cas d'enseignement clinique, et d'abord pour le « superviseur » lui-même. Loin de partir d'un code pré-établi de signes dont il s'agirait de repérer la présence dans la phénoménologie du cas, il s'agit d'ordonner les phénomènes inédits et singuliers en un paradigme de problématique clinique et d'éventuelle « solution » sinthomatique. Ce qu'il est convenu d'appeler la « deuxième clinique » de Lacan nous oriente ici dans une approche des phénomènes qui s'écarte de toute notion de déficit, pour en mettre en lumière le statut de réponse, une réponse parmi d'autres, à un impossible de structure, à un réel. Une telle lecture n'est possible que si on admet une conception des psychoses et des diverses folies de l'être humain qui les enracine dans la même condition de parlêtre, autrement dit qui les réfère à une cause dont les effets se manifestent, selon des modalités différentes, chez tout un chacun.

L'élaboration de la lecture clinique que nous proposons résulte d'une conversation à laquelle chaque praticien participe – et non le seul « personnel médico-psychologique ». Car, l'accent mis sur la clinique est un accent plutôt mis sur la *cause* de la présence en institution du patient que sur le *but* de cette présence. Or, cet accent mis sur la cause a comme conséquence première de concerner tous les praticiens. On ne voit pas, en effet, à quel moment ou dans quel registre de la pratique institutionnelle le mode de présence et l'action du praticien

pourraient être envisagés indépendamment de la rencontre avec un même réel clinique. Le contexte où peut s'amorcer le déplacement vers une forme de traitement moins ravageante de la jouissance ; la circonstance où un sujet peut consentir, peut-être pour la première fois, à s'adresser à un soignant, mais aussi le moment où il faut parer au plus pressé et décider d'une intervention, tout cela n'est pas a priori assignable à tel ou tel intervenant. Chaque praticien est confronté, tôt ou tard, dans des registres de pratique différents, à une clinique qui comporte en tout état de cause un autre statut de la jouissance que celui du refoulement. Chaque intervenant peut être mis en demeure de trouver la réponse ou la modalité de l'énonciation qui conviennent, sans qu'elles soient déductibles de la discipline où il a effectué ses études. C'est moins à un savoir appris qu'à un certain désir qu'il est fait appel.

Dans cette perspective, la question habituelle : « Que faire avec ce patient, comment le faire avancer, comment le mobiliser ? » se renverse en la question « Quel usage fait-il de cette institution dans son parcours ? » ; un renversement qui suppose, bien entendu, d'introduire un certain écart par rapport aux impératifs de « réinsertion sociale » que l'institution se voit imposer ou s'impose elle-même. C'est cet écart qui permet alors que la réalité relationnelle du séjour en institution, faite de plusieurs intervenants et de plusieurs patients, soit prise en compte et devienne elle-même une ressource dans l'accueil et l'accompagnement du sujet. Ainsi, de la conversation clinique élargie à tous les praticiens, des indications peuvent s'en extraire, orientant les réponses pratiques qui sont à inventer dans les divers, et souvent non prévisibles, contextes de la vie en institution

Le « traitement », loin de se réduire à une somme d'actes techniques spécialisés, séparés de cette réalité relationnelle, se déploie d'abord dans les divers moments et lieux de cette réalité. Le relationnel est déjà le traitement, ou plutôt est déjà la dimension où, à la lumière d'une orientation prise dans la clinique, non seulement des sources de difficultés, dans les modes de réponse adoptés (par exemple dans des comportements visant à l'épreuve de force ou motivés par une forme de don de soi) peuvent être désamorçées ; mais aussi, où des petites interventions, manœuvres, « pas de cotés », improvisés, non programmés, inventés peuvent se produire et avoir une incidence sur ce que les symptômes ont de ravageant pour un sujet<sup>4</sup>. Il est possible qu'ils aboutissent à une modalité plus compatible avec le lien social, à un changement de régime, de cela même qui est la cause de la présence du sujet en institution, et dont le passage à l'acte a bien souvent été jusque-là la manifestation.

Une supervision ainsi transformée en réunion clinique n'ira pas non plus sans avoir un certain effet de rature des savoirs qui sont censés correspondre aux divers diplômes. Mais il s'agit d'une dé-spécialisation « par le haut », si on peut dire, puisque c'est à la responsabilité face à un même réel que tout un chacun est convoqué. Loin d'éloigner les participants d'un rapport au savoir, elle a des chances d'introduire, par la construction du cas, par l'examen de ce qui a eu un effet d'impasse ou d'ouverture, par la prise en compte de ce qui s'avère intraitable, à un autre rapport au savoir, qui n'est plus d'application mécanique ou de refus, mais d'élaboration vivante. Ce qui suppose le surgissement d'un certain transfert qu'on peut légitimement appeler « transfert de travail ». En effet, même s'il est invité parce qu'il est analyste, ce n'est pas en tant qu'analyste que le superviseur intervient, mais pour le dire avec Lacan quand il parle de l'enseignement, en tant qu'analysant. Car l'élaboration de ce savoir s'effectue au plus près d'un certain non-savoir central. Dès lors, ce qui se transfère est essentiellement un travail ! L'expérience montre que la participation à un tel travail peut parfois donner envie aux participants d'en savoir un peu plus et motiver une inscription à la Section clinique.

Mais l'expérience montre aussi qu'elle n'est pas sans avoir, parfois, pour l'un ou l'autre des participants, des répercussions sur ce qui de son expérience la plus intime se présente à lui-même comme opaque. Il se peut alors que le transfert de travail soit à l'origine d'une question que le sujet se pose à lui-même et qu'il veuille aller la dire à quelqu'un d'autre, supposé pouvoir y répondre. Il se peut ainsi que la supervision, non pas réponde à un transfert analytique, mais soit l'occasion d'un transfert analytique qui trouvera ailleurs le lieu de son adresse.

Pratiquer des supervisions ainsi orientées peut alors être considéré comme un des vecteurs de la psychanalyse « en extension ». Et c'est pourquoi nous répondons presque toujours favorablement à ce type d'invitation.

1 Si, pour reprendre ici les termes de l'Acte de fondation, « il est constant que la psychanalyse ait des effets sur toute pratique du sujet qui s'y engage », les effets psychanalytiques dont elle procède, « (le sujet) se trouve les engendrer au lieu où il a les reconnaître », soit dans sa propre analyse, et non dans une réunion institutionnelle. Voir sur ce point, D. Holvoet, Leçons des pratiques de réunions cliniques au Courtil, *Mental* n° 24, 2010.

2 J.-A. Miller, « Qu'est-ce qu'une Section clinique ? » Extrait du texte d'ouverture de la Section clinique de Tel-Aviv.

3 La supervision de l'institution n'est souvent pas loin de procéder de l'idée que soigner les patients passe d'abord par soigner les soignants, soit par une forme d'analyse des interactions dans le groupe des soignants et de leur « ressenti ».

4 Nous pouvons en évoquer de multiples exemples, extraits de tous les écrits cliniques produits dans le Champ freudien.