

SEXOLOGIE *actuelle*



Présentation

Mot du responsable de la revue 3

DOSSIER :

Sexologie et supervision

par Conrad Lecomte, Ph.D.

4

Article

Compréhension des tempéraments
et leurs interactions

par Marc-André Juneau, M.A.

13

Chroniques

Bibliophile 15

Ce qui se passe à l'ASQ 3

En vrac 12

L'incorporation... quoi de neuf? 15

Parlez-nous de vous 12

Série télévisée « Vice caché » 3

DOSSIER

*Pourquoi la supervision clinique est-elle essentielle à toute
pratique compétente et efficace?*

POLITIQUE ÉDITORIALE

Présentation des textes pour la revue

L'usage du masculin sera de rigueur, cela sans aucune discrimination mais uniquement en vue d'alléger le texte.

Les textes doivent être dactylographiés à double interligne. Ils doivent être envoyés en trois exemplaires et compter un maximum de dix pages (incluant la page frontispice et la bibliographie). Lorsqu'un système informatique a été utilisé, il serait apprécié que l'auteur envoie également une disquette, en indiquant le type d'ordinateur et le traitement de texte utilisés. La disquette sera rendue à l'auteur. Ce dernier doit s'identifier clairement en joignant à son envoi son nom, adresse et numéro de téléphone, de même que son statut professionnel, son titre d'emploi et le nom et l'adresse de son employeur. Les manuscrits qui ne sont pas conformes à l'une ou l'autre de ces exigences sont automatiquement retournés à leur auteur.

Critères d'évaluation

Les manuscrits fournis par les non-membres de l'ASQ seront acceptés selon les mêmes conditions que ceux des membres.

Tous les manuscrits sont soumis de façon anonyme à deux lecteurs qui en font une évaluation basée sur les critères suivants:

- qualité du français
- réflexion de l'auteur
- nouveauté des concepts amenés par l'article
- approfondissement de concepts déjà connus
- respect de la pensée des auteurs cités par l'auteur du texte.

Acceptation du manuscrit

La décision d'accepter un manuscrit sera prise par la rédactrice en chef à la suite des recommandations des lecteurs. Cette dernière se réserve le droit de faire des changements mineurs aux manuscrits en vue de rencontrer les normes de publication.

Pour obtenir d'autres informations ou pour soumettre un manuscrit, veuillez vous adresser à:

Revue **SEXOLOGIE actuelle**
Association des sexologues du Québec
6915, rue Saint-Denis, bureau 301
Montréal (Québec) H2S 2S3
Téléphone : (514) 270-9289
Télécopieur : (514) 270-6351
Courriel : asq@qc.aira.com
Site Web : www.associationdessexologues.com

PARUTION

Avril 2005

DATE DE TOMBÉE

Chroniques, textes, publicité :
11 mars 2005

SEXOLOGIE *actuelle*



association
des sexologues
du québec

6915, rue Saint-Denis, bureau 301
Montréal (Québec) H2S 2S3
Téléphone : (514) 270-9289
Télécopieur : (514) 270-6351

volume XIII, numéro 2

janvier 2005

Couverture

Répétition de ballet sur la scène (détail)

Huile, aquarelle et pastel, sur papier marouflé sur toile

Edgar Degas (vers 1874-75)

Graphisme et mise en pages : Josée Robitaille, *Griffe* PME

Entrée des textes : Marc-André Juneau, M.A.

Rédactrice en chef : Johanne Tousignant

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2004-2005

Président : François Blanchette

Vice-présidente : Normande Couture

Secrétaire exécutif : Mario Larivée-Côté

Trésorière : Audrey Beaulac

Conseillère : Chantal Turcotte

Conseillère : Latifa Boujallabia

Conseiller : Marc-André Juneau

Représentante des étudiants : Caroline Guay

Représentant du public : André Duplessis

Représentante du public : Marie-Claude Raymond

Directrice générale : Par intérim, Renée Pichette

La revue **SEXOLOGIE actuelle** est un organe d'information générale sur les activités nationales et internationales aussi bien face à la sexologie qu'à la profession de sexologue. Toute personne intéressée à soumettre un texte pour publication doit se conformer aux directives publiées dans chaque numéro, ou communiquer avec la direction générale de l'Association des sexologues du Québec.

Toute reproduction totale ou partielle d'un article publié dans la présente revue nécessite l'accord écrit de l'ASQ et doit être suivie de la référence complète. Les articles publiés dans **SEXOLOGIE actuelle** n'engagent que les auteurs et auteures. Ils n'expriment pas nécessairement le point de vue de l'Association des sexologues du Québec.

Tarifs publicitaires

1 page • 260 \$ 1/2 page • 135 \$ 1/3 page • 105 \$
1/4 page • 70 \$ 1/8 page (carte professionnelle) • 40 \$

Réduction de 50% aux membres de l'ASQ

Autres tarifs : téléphoner au (514) 270-9289

ABONNEMENTS : Gratuit pour les membres de l'ASQ

Non-membres • 20 \$/an Institutions • 25 \$/an

© Association des sexologues du Québec MMV

DÉPÔTS LÉGAUX : Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1192-3814

TIRAGE : 300 exemplaires.

Mot du responsable de la revue

Marc-André Juneau, M.A.

Voici notre deuxième numéro de l'année 2004-2005. Vous y trouverez, comme article principal, un texte de Conrad Lecomte, psychologue et professeur à l'Université de Montréal; un texte qui m'a semblé particulièrement intéressant sur la pratique professionnelle et les caractéristiques de la supervision. En plus d'offrir un modèle de compréhension satisfaisant, il suscite une réflexion sur certaines de nos limites et leur interprétation.

Également dans ce numéro, Mario Larivée-Côté nous propose quelques communications. Pour

ma part, je vous présente, en complément de programme à notre dossier principal, un texte directement inspiré du livre de Florence Littauer, *Personnalité Plus – Comprendre les autres en se connaissant soi-même*¹, sur les tempéraments et leurs interactions. Enfin, les chroniques habituelles et quelques surprises vous attendent. Vos commentaires sont toujours les bienvenus.

Bonne lecture!

I LITTAUER, Florence, *Personnalité Plus – Comprendre les autres en se connaissant soi-même*, Saint-Hubert, Les éditions Un monde différent ltée, deuxième édition

Ce qui se passe à l'ASQ

En ce début d'année 2005, je souhaite à chacun d'entre vous une année remplie de projets et de réalisations professionnelles!

François Blanchette a été chargé de recruter des membres pour le comité de perfectionnement. Le comité est maintenant composé, outre François, d'Isabelle Boisclair et de Marie-Amélie Tremblay; le mandat des membres du comité est de planifier les formations et de recruter les formateurs pour le prochain calendrier de perfectionnement. Nous vous encourageons à soumettre vos suggestions.

Au calendrier de perfectionnement 2004-2005, il reste deux formations. La formation « Le traitement des émotions par le physique » sera donnée le 12 mars prochain par Marie-Paul Ross, sexologue clinicienne. Celle ayant pour thème « La sexualité "bien vivante" des personnes handicapées physiques » sera présentée le 16 avril 2005 par Catherine Mathieu, sexologue clinicienne.

Nous tenons aussi à préciser que depuis la publication du calendrier de perfectionnement, l'Auberge Wandlyn Inn a changé son nom pour Auberge Royal Versailles. Ce changement de nom s'inscrit dans la réalisation de travaux de réaménagement des lieux qui étaient en cours depuis quelque temps déjà.

Il reste peu de temps pour vous inscrire comme participant au congrès de la WAS qui aura lieu en juillet 2005. Nous vous avons fait parvenir un formulaire d'inscription en

décembre 2004. La date limite pour s'inscrire au forfait de groupe avec l'ASQ est le 28 février prochain.

Lors de l'Assemblée générale annuelle du 18 juin 2004, il a été proposé d'étudier la possibilité de modifier le logo de l'association. Afin de mieux refléter l'ASQ et ses membres, le comité des relations publiques est à la recherche d'un slogan qui pourrait nous identifier. Le comité vous invite donc à lui faire part de vos suggestions. Nous vous invitons à lire l'appel lancé par Mario Larivée-Côté à ce sujet.

Les prochaines réunions du Conseil d'administration auront lieu les 4 mars et 15 avril prochains à 13 heures 30. Si vous avez des questions, des commentaires ou des suggestions, vous êtes invités à venir rencontrer le CA. Si vous désirez assister à une réunion, vous devez en aviser le secrétariat soit par téléphone ou par courriel dans les jours qui précèdent la réunion.

Dès maintenant, vous avez accès à la rubrique « Pour membres seulement » sur notre site Web. Pour connaître le nom d'utilisateur et le mot de passe, nous vous demandons de communiquer avec le secrétariat et nous nous ferons un plaisir de vous donner ces informations.

L'Assemblée générale annuelle est prévue le 27 mai prochain à l'Auberge Royal Versailles (anciennement Auberge Wandlyn Inn). Cette date est à inscrire à votre agenda.

Renée Pichette, M.A.
Directrice générale par intérim

Série télévisée « Vice caché »

La mégaproduction télévisuelle « *Vice caché* » est diffusée sur les ondes du réseau TVA depuis le 3 février 2005. Cette dramatique en neuf épisodes bénéficie d'un budget de 7 000 000 \$, soit environ 770 000 \$ par émission. C'est la première fois dans l'histoire du cinéma ou de la télévision québécoise qu'un rôle principal est tenu par un(e) sexologue clinicien(ne). Celui-ci sera campé par Luc Picard, acteur très connu et apprécié du public québécois. Il sera secondé par une énorme distribution : Nathalie Mallette, Sylvie Léonard, Christian Bégin, François Papineau, Maude Guérin, Alexis Martin, Marie-France Lambert, Guy Nadon, et Micheline Bernard. La production vise un auditoire de 1,2 à 1,5 million de téléspectateurs.

Je collabore à la série depuis ses débuts, il y a près de deux ans. J'agis à titre de consultant clinique et je travaille avec les coauteurs François Camirand et Louis Saïa pour définir le personnage dans sa vie professionnelle. Ce sexologue possède un excellent statut social. Par contre, dans sa vie professionnelle, il a ses bons et ses mauvais côtés, ses qualités et ses défauts, afin de donner une « âme » télévisuelle au personnage.

Je me suis assuré avec les coauteurs que dans sa vie professionnelle, le personnage soit crédible, bien que ce ne soit pas un documentaire. S'inspirant de mon expérience professionnelle, les deux auteurs amènent les téléspectateurs à découvrir, par petits segments, les différentes facettes de la profession de sexologue clinicien(ne). Je crois qu'indirectement, cela nous donnera une belle visibilité pour l'avenir, d'autant plus que nous travaillons déjà sur la deuxième saison de la série.

Je suis ouvert à vos opinions et commentaires. Ne vous gênez pas pour me les faire parvenir par courriel à l'association au asq@qc.aira.com ou joignez-moi directement à mon bureau.

Mario Larivée-Côté, M.A.
Sexologue-clinicien

Pourquoi la supervision clinique est-elle essentielle à toute pratique compétente et efficace ?

Conrad Lecomte, Ph.D.

Département de psychologie
Université de Montréal

Problématique : reconnaître la complexité du processus thérapeutique

La pratique de la psychothérapie soulève de nombreuses questions. Trop souvent les modèles de la littérature clinique semblent suggérer que la seule application compétente et fidèle de principes et de techniques assure le succès thérapeutique. Pourtant, tôt ou tard, tout psychothérapeute sera confronté à des impasses thérapeutiques ou à des situations complexes qui l'amèneront à s'interroger sur sa compétence et sa contribution personnelle (Lecomte, 1999). Quelle que soit l'approche thérapeutique, la plupart des thérapeutes éprouvent d'énormes difficultés à gérer les tensions interpersonnelles (critique, hostilité, retrait, évitement) (Binder et Strupp, 1997). Une minorité de thérapeutes parvient à intervenir de façon pertinente dans de telles situations. Ajoutons à ce tableau que 47 % des clients abandonnent un processus thérapeutique (Wierzbicki et Pekarini, 1993). La littérature scientifique suggère fortement que le facteur le plus important pour expliquer la variabilité des résultats thérapeutiques est sans contredit le psychothérapeute (Lecomte *et al.*, 2004). Résultat : environ 30 % des thérapeutes démontrent une efficacité constante et contribuent à expliquer l'efficacité thérapeutique (Crits-Christoph *et al.* 1991; Luborsky *et al.* 1997). Malgré toutes ces données, autant la pratique clinique que la recherche persistent à suggérer que la compétence et l'efficacité dépendent d'abord des connaissances théoriques et techniques.

Face à des expériences déstabilisantes d'impasses ou d'abandons thérapeutiques où l'intervenant a l'impression d'avoir tout essayé, que faire? Quand le doute, voire l'incertitude viennent hanter l'intervenant, comment se sortir d'expériences de découragement, de honte ou

encore de désabusement? Fondamentalement, comment arriver à maintenir un engagement actif dans le développement de la compétence professionnelle et offrir des services de qualité?

Confrontés à une expérience d'impasse ou d'échec, la plupart des thérapeutes cherchent à identifier une explication et une causalité. Trop souvent, cette analyse finit par placer la responsabilité soit dans les caractéristiques du patient(e), soit dans la compétence du thérapeute. Une telle approche conduit irrémédiablement à de nouvelles impasses. En ne reconnaissant pas le caractère complexe de toute démarche thérapeutique, une telle situation ne peut qu'engendrer des sentiments de honte et d'humiliation. Que d'intervenants, à la suite d'expériences de honte lors de supervision ou de discussion de cas, en sont venus à cacher ou dissimuler leurs réelles difficultés. Ladany *et al.* (1996) rapportent que plus de 60 % des thérapeutes en situation de supervision ne dévoilent pas des enjeux importants personnels et professionnels influençant de façon significative leur travail thérapeutique¹.

Reconnaître le caractère intersubjectif de la situation thérapeutique implique une perspective contextuelle constamment révisée selon le caractère unique de l'interaction. Plus encore, un nouveau discours en découle, soit une expérience de dialogue et une réflexion mutuelle construits à partir d'un système fondé sur un « nous ». La recherche d'une cause unique ou d'un seul responsable se transforme alors en un processus d'engagement mutuel de dialogue et de réflexion sur l'expérience de l'impasse et/ou de l'échec thérapeutique. Aucune règle ou technique précise ne saurait répondre aux exigences de chaque situation spécifique (Lecomte, 1999). Il est impérieux que l'ensemble de la profession reconnaisse haut et fort qu'au lieu d'être l'exception, ces expériences déstabilisantes d'impasses, de ruptures, voire d'échecs, sont vécues par tous et toutes à un moment ou à un autre de la pratique thérapeutique.

Face à une telle problématique, que nous proposons les modèles de formation et de

supervision? L'analyse de ces modèles indique une tendance à accorder plus d'importance soit à l'étude du fonctionnement du patient(e), soit à l'application et la maîtrise de techniques, soit à l'expérience du thérapeute ou enfin au parallélisme de la relation en thérapie et en supervision (Bernard et Goodyear, 1998).

La question se pose alors : est-il possible d'arriver à un modèle intégrant de façon pertinente et optimale ces différentes perspectives? Comment s'assurer de tenir compte autant des besoins du patient que de l'intervenant-supervisé, de l'importance d'utiliser les techniques avec la pertinence contextuelle nécessaire et de les maîtriser tout en reconnaissant la contribution de la qualité de la relation? De façon paradoxale, alors que l'expérience vécue de l'intervenant-supervisé s'exprime par des questions touchant le savoir, le savoir-faire et le savoir-être, les modèles de formation et de supervision ont tendance à ne s'intéresser qu'à l'une ou l'autre de ces modalités. À l'évidence, une approche intégrée semble nécessaire pour tenir compte de l'ensemble de l'expérience et des besoins de l'intervenant-supervisé.

Fondements d'une approche intégrée de supervision

Le but ultime de toute démarche de supervision et de formation est sans contredit le développement de la compétence professionnelle qui consiste dans l'habileté de l'intervenant à faciliter le changement positif chez le patient. Les résultats de recherche ont permis de grandes avancées dans la clarification des facteurs contribuant à faciliter le changement positif chez le patient.

¹ Pour une élaboration de cette problématique voir : Lecomte C., Savard, R. (2004), « La supervision clinique : un processus essentiel de réflexion pour le développement de la compétence professionnelle ». Dans T. Lecomte et C. Leclerc. *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Presses de l'Université du Québec.

Dans leur recension exhaustive des résultats de recherche portant sur quarante années, Norcross (2001), Sexton et Whiston (1994), Lambert et Barley (2001), concluent que les intervenants qui sont les plus efficaces en psychothérapie sont d'abord ceux qui arrivent à créer une relation significative de qualité avec leurs patients. En fait, cette conclusion est plus complexe qu'elle ne le paraît à première vue. Comme le suggère Luborsky (1994), c'est quand l'influence personnelle et les techniques de l'intervenant s'expriment et se conjuguent de façon optimale dans et par la relation thérapeutique avec le patient que des résultats positifs en résultent. Il ne s'agit pas d'opposer ou d'isoler les techniques, les caractéristiques du patient et de l'intervenant, mais plutôt de souligner l'importance de la relation thérapeutique comme le creuset et le lieu de l'intégration du processus du changement thérapeutique. C'est en ce sens que Kahn (1997) affirme que la qualité de la relation thérapeutique constitue l'élément le plus discriminant et déterminant du succès de l'intervention.

L'établissement d'une relation thérapeutique de qualité est fortement lié aux caractéristiques personnelles de l'intervenant. Lambert (1989) a d'ailleurs souligné qu'après les variables du patient, l'influence des caractéristiques de l'intervenant constituait la deuxième source d'explication dans la compréhension des résultats thérapeutiques obtenus. Malgré ces résultats probants, les recherches continuent de s'intéresser en grande majorité aux techniques et aux approches théoriques. Plusieurs recherches soulignent jusqu'à quel point l'efficacité des intervenants varie grandement (Beutler, 1997). Ainsi, dans leur étude comparative de la thérapie cognitive-comportementale et de l'approche interpersonnelle, bien que l'on observe des tentatives d'uniformiser les différences individuelles des thérapeutes en utilisant un manuel systématique de traitement, Shapiro et Firth (1987) font remarquer que l'obtention de résultats légèrement supérieurs en faveur de l'approche cognitive-comportementale était d'abord due à ce qu'un des thérapeutes a obtenu des résultats nettement supérieurs aux autres. Même si le sens commun nous invite à reconnaître que les compétences et l'efficacité des intervenants varient grandement, les projets de recherches continuent de tenter d'éliminer les variables du thérapeute. Le standard d'excellence dans la pratique continue d'être l'utilisation de méthodologies purifiant les interventions de toute influence impure du thérapeute. Au XXI^e siècle, plusieurs rêvent d'arriver à des interventions validées empiriquement qui pourraient enfin éliminer le rôle de l'intervenant et s'appliquer de façon uniforme à des catégories de patients.

Entre-temps, la pratique clinique et plusieurs recherches amènent Mahoney (1995) et Lambert (1989) à conclure que les caractéristiques du thérapeute sont déterminantes dans l'obtention de résultats. À la suite d'une méta-analyse, ils avancent même que ces caractéristiques sont huit fois plus importantes que les techniques spécifiques utilisées.

Les modèles de supervision et de formation reflètent dans une large mesure cette controverse. Même si plusieurs reconnaissent l'influence des caractéristiques de l'intervenant et de la qualité de la relation thérapeutique, les pratiques les plus répandues mettent l'accent sur la maîtrise des techniques, des approches et des variables du patient. Pour plusieurs raisons, le domaine continue de mettre de l'avant des thèmes plus objectifs et moins risqués que l'étude des aspects personnels des intervenants efficaces (Garfield, 1997). Pourtant, il semble de plus en plus évident que sans l'examen de la contribution des caractéristiques de l'intervenant, les progrès mêmes de l'intervention clinique sont compromis. Cette contribution amène une première implication, quoiqu'une approche intégrée de supervision et de formation ne peut ignorer les caractéristiques de l'intervenant. La question plus complexe est de savoir comment tenir compte de façon pertinente des variables de l'intervenant dans un processus de formation et de supervision? Une étude frappante (Skovholt et Ronnestad, 2001) et pleine d'implications, conduite auprès de thérapeutes avec une moyenne d'âge de 74 ans, offre d'importantes pistes de réflexion. À la question : « quels aspects de votre expérience de formation et de supervision auriez-vous souhaité améliorer? », la majorité des intervenants ont souligné jusqu'à quel point le développement de leur compétence avait été intimement lié à des aspects personnels et professionnels. Leur principale recommandation porte sur l'importance d'offrir un lieu de réflexion permettant d'intégrer les expériences personnelles et professionnelles comme base cruciale d'un développement authentique de la compétence professionnelle.

D'autre part, l'ensemble de la littérature souligne sans arrêt, depuis quarante ans, que les intervenants efficaces sont ceux qui savent établir une relation thérapeutique de qualité (Sexton et Whiston, 1994). Ainsi, la comparaison de thérapeutes « plus efficaces » versus « moins efficaces » sur des critères objectifs démontre que les intervenants efficaces sont ceux qui régulent le mieux la relation thérapeutique en étant plus empathiques, moins défensifs et prêts à reconnaître leurs erreurs (Najavits et Strupp, 1994). À part de reconnaître

l'importance de la relation thérapeutique, peu d'approches en formation et en supervision se sont attardées à approfondir le processus complexe de la régulation de la relation thérapeutique. Pourtant, plusieurs auteurs concluent que les effets négatifs les plus fréquents en psychothérapie sont liés à des difficultés dans la régulation de la relation thérapeutique (Binder et Strupp, 1997). Quelle que soit l'approche théorique, plusieurs études démontrent que les thérapeutes éprouvent de la difficulté à répondre de façon optimale à des réactions négatives soutenues de patients (ex. : colère, critiques, revendications, méfiance, etc.). La plupart des thérapeutes ont des réactions négatives résultant fréquemment d'expériences d'échecs thérapeutiques. Dans des études rétrospectives (Rennie, 1992; Rhodes, Hill, Thompson et Elliott, 1994), les patients rapportent que leurs sentiments négatifs en situation thérapeutique ne sont pas explorés et que, plus encore, ils en arrivent à dissimuler ces réactions de crainte des réactions négatives du thérapeute. Ceux qui ont osé aborder ces expériences négatives en thérapie ne se sont pas sentis entendus. Ces résultats viennent souligner l'importance, mais aussi la complexité, de la régulation de la relation thérapeutique. Trop souvent, la relation thérapeutique est considérée de façon statique ou partielle. Établir et maintenir une relation thérapeutique ne se résume pas à un rapport positif et chaleureux standard. Une telle équation risque de limiter l'explication des impasses relationnelles uniquement à des difficultés techniques du thérapeute. Reconnaître que toute relation thérapeutique est un processus dynamique non linéaire où deux personnes tentent d'être en « accordage » émotionnel pour effectuer des tâches thérapeutiques correspond mieux à la réalité de ce processus. En effet, l'effort, autant de l'intervenant que du patient, d'être ensemble, passera inévitablement par des moments d'incertitude, de fluctuations, de doutes, de déceptions, voire de ruptures. Les progrès thérapeutiques vont largement dépendre de la capacité de l'intervenant à réguler avec le patient ces moments difficiles. La régulation optimale de ces expériences relationnelles difficiles représente souvent un tournant critique déterminant de l'évolution du processus d'intervention. Peut-être ne faut-il pas se surprendre que la plupart des thérapeutes échouent les épreuves relationnelles (Binder et Strupp, 1997) s'ils n'ont pas pu bénéficier d'expériences de formation et de supervision clinique les préparant à de telles situations. Encore ici, même si la plupart reconnaissent l'importance de la contribution de la relation thérapeutique, le problème demeure : comment l'aborder et la traiter de façon pertinente en

situation de formation et de supervision clinique ? L'élaboration de critères pouvant nous guider dans l'élaboration d'un modèle intégré de supervision et de formation nous amène à conclure à la centralité de la contribution de l'intervenant et de la relation thérapeutique. Cette conclusion suggère que pour arriver à utiliser des techniques avec pertinence et compétence tout en tenant compte des variables du patient, l'intervenant doit s'assurer de réguler sa propre expérience et la relation thérapeutique. C'est dire que l'impact des techniques ou des interventions est intimement lié aux caractéristiques de l'intervenant et à la qualité de la relation thérapeutique. À ce sujet, il a été démontré que les variables personnelles de l'intervenant jouent un rôle important dans la relation (Luborsky, Critts-Cristoph, McLellan, Woody, Piper, Leberman, Imber et Plikonis, 1985). Tout intervenant en conviendra, lorsqu'il arrive à être bien avec lui-même et avec le patient, il lui est alors possible d'offrir des réponses optimales. Or voilà, comme tous le savent, un programme complexe à mettre en application.

Au-delà et en deçà d'un soutien théorique et technique, l'intervenant en santé mentale a besoin d'un espace de réflexion en supervision pour considérer sa propre régulation et la régulation interactive. C'est quand l'intervenant arrive à une régulation de soi et interactive optimale qu'il peut espérer utiliser des techniques avec efficacité. En ce sens, la pratique de l'intervention en santé mentale nécessite un lieu de réflexion par la supervision clinique, quelle que soit l'expérience professionnelle de l'intervenant. Plusieurs intervenants, après 10 ou 15 ans d'expérience professionnelle, n'osent pas demander de supervision, comme si après 10 ans, on devait être compétent à vie. Au contraire, le développement de la compétence professionnelle dépend d'abord de la capacité de l'intervenant à reconnaître la complexité de l'intervention en santé mentale et conséquemment à se donner un lieu de réflexion par la supervision clinique tout au long de sa carrière. Pour aider et accompagner l'intervenant dans ses efforts de régulation de soi et interactive, et dans l'utilisation compétente de techniques pertinentes, il devient important d'offrir une approche de supervision et de formation permettant cette intégration harmonieuse et pertinente.

La supervision : un lieu d'intégration

La plupart des approches en supervision et en formation dérivent directement d'approches thérapeutiques (Bernard et Goodyear, 1998). Il

en découle une confusion entre les processus thérapeutiques et les processus de psychothérapie. Considérant la supervision comme un processus évolutif d'apprentissage unique qui se singularise par ses objectifs, ses procédures, ses méthodes et ses modalités spécifiques d'évaluation, de nouvelles perspectives s'en dégagent. Conséquemment, la compétence professionnelle d'un superviseur repose sur une interaction complexe d'aspects thérapeutiques et pédagogiques. En plus d'être un intervenant compétent, le superviseur doit posséder des connaissances pratiques et techniques de supervision et démontrer une expertise pédagogique d'intégration des savoir-faire, savoir théorique et savoir-être (Lecomte, 2001).

Pour la plupart des intervenants, la supervision demeure une expérience déterminante dans le développement de leur identité et de leur compétence professionnelle (Rodenhauser, 1997, Borders et Fong, 1994). La complexité du rôle du superviseur se reflète dans les multiples dimensions qu'il doit considérer : 1) le patient avec sa problématique, sa dynamique, sa situation de vie et les buts du traitement; 2) le supervisé avec son niveau de développement, ses compréhensions intellectuelles, ses contre-transferts et les buts de sa carrière; 3) les processus de counseling et de la supervision et 4) le contexte institutionnel et professionnel dans lequel la supervision se produit (Michels, 1994). Considérant la complexité et l'importance de la supervision, il est pour le moins paradoxal qu'à peine 10 à 15 % des superviseurs soient formés à la supervision.

Le grand défi consiste à savoir comment favoriser une approche intégrée en supervision. Au lieu de considérer l'expérience de l'intervenant de façon morcelée, le superviseur doit viser à établir des liens et des significations entre les techniques, les variables du patient, les caractéristiques de l'intervenant et la relation thérapeutique. Trop souvent la formation et la supervision sont conçues selon une démarche cartésienne s'appuyant sur des postulats de développement logique en catégories distinctes, alors que l'expérience humaine est plutôt chaotique, non linéaire et chargée d'affectivité. Ainsi, les programmes de formation se présentent en des étapes logiques où sont définis de façon distincte les savoirs théorique, pratique et quelquefois expérientiel. La plupart du temps, on se limite aux aspects théoriques et techniques. La supervision se présente souvent de la même manière. L'intervenant supervisé est invité à décrire sa connaissance du patient et ses interventions. La compétence professionnelle et l'efficacité sont définies comme étant la maîtrise des savoirs théorique et technique. L'analyse

concrète de l'expérience de l'intervenant se manifeste en fait par des interrogations portant sur la compétence théorique, technique et personnelle (Lecomte et Richard, 1999). L'expérience de l'intervenant se vit en allers-retours plus ou moins discordants entre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.

En explorant les incontournables tensions entre le savoir théorique (ex. : « Suis-je bien sûr de bien comprendre ce patient ? »), le savoir-faire ou technique (ex. : « Pourtant, j'ai bien essayé la technique recommandée, mais ça ne marche pas ») et le savoir-être (ex. : « J'ai mon voyage, je suis découragé, je n'arrive pas à m'en sortir »), le superviseur vise à créer chez l'intervenant un espace de réflexion pour donner du sens à ses interrogations, établir des liens cohérents et en faciliter l'intégration. En créant un espace de réflexion portant sur son expérience et sur sa pratique, l'intervenant développe progressivement une conscience de son autorégulation, de la régulation interactive et des interventions qui en découlent. En facilitant cette conscience de soi réflexive, la supervision favorise de plus en plus l'intégration des diverses facettes de l'expérience de l'intervenant et lui permet d'améliorer substantiellement sa compétence tout au long de sa vie professionnelle.

La supervision : une expérience déstabilisante d'intégration

Quand on pense à la supervision et à la formation, on oublie trop souvent de réfléchir aux enjeux fondamentaux que représente tout processus d'apprentissage significatif. Plusieurs programmes de formation et de supervision définissent les différentes étapes à franchir pour arriver à une soi-disant compétence professionnelle. Ces étapes linéaires répondent la plupart du temps à des logiques du plus simple au plus complexe (Thelen et Smith, 1994). On omet trop souvent de préciser les enjeux fondamentaux déstabilisants de tout processus significatif d'apprentissage. Sans une compréhension profonde de ces enjeux, la supervision risque de devenir un processus invalidant sans issue ou, au mieux, une expérience de mimétisme de pseudo-compétence.

Pour la plupart des intervenants, choisir de s'engager dans un processus de supervision et de formation est une décision complexe. C'est d'abord choisir de se montrer vulnérable face à quelqu'un d'autre, risquer d'être évalué, voire jugé. Soumettre ses questions, son point de vue, ses doutes sur sa pratique, c'est aussi s'ouvrir à des remises en question et à s'exposer à d'autres points de vue. Comment faire pour que ce processus devienne un lieu d'apprentissage

significatif contribuant au développement de la compétence professionnelle ?

Au cœur de la démarche de supervision, il est crucial pour le superviseur de bien saisir et de comprendre les tensions chez l'intervenant entre son besoin d'apprendre, son besoin d'améliorer le processus d'intervention et simultanément, son besoin de maintenir sa perspective, sa cohésion interne, son organisation pour ne pas perdre pied. Ces tensions prennent toutes sortes de formes selon l'expérience unique et singulière de chaque intervenant. Le processus d'apprentissage prendra aussi diverses significations selon le caractère plus ou moins tolérable de cette tension. Piaget (1971) a décrit ce processus à partir des concepts d'assimilation et d'accommodation. Pour leur part, Thelen et Smith (1994) les abordent, dans le cadre des théories des systèmes dynamiques, comme des expériences d'organisation et de chaos. L'assimilation est le processus par lequel la personne intègre des nouvelles informations dans des structures psychiques existantes. Ainsi, lorsque l'intervenant découvre de nouvelles perspectives qui sont compatibles avec sa propre organisation, la tension entre le nouveau et l'ancien prend la forme d'une intégration optimale. On peut affirmer, sans hésitation, que tout intervenant espère que la supervision soit une telle expérience d'assimilation, qu'il n'y ait pas besoin de remettre en question son style, son mode d'intervention et sa façon d'être. Qu'il suffise tout au plus d'ajouter quelques points à son savoir-faire ou à sa technique, à son savoir ou à sa manière d'être. Bien que cette expérience demeure exigeante, dans ce cadre, elle ne menace en aucun cas la cohésion interne ou l'estime de soi de l'intervenant. Il s'agit d'une expérience d'apprentissage d'un processus d'assimilation qui permet de consolider l'expérience professionnelle et personnelle de l'intervenant.

Par ailleurs, lorsque l'intervenant est confronté à de nouvelles données sur lui, sur le patient, sur l'intervention ou sur la relation thérapeutique, et qu'il n'arrive pas à les intégrer dans ses structures psychiques existantes, alors s'engage un tout autre processus, soit celui de l'accommodation. Il lui faut modifier et transformer ses anciennes structures pour accueillir et intégrer de nouvelles informations. Un tel processus exige une déstructuration des acquis et connaissances antérieures résultant souvent en des expériences de déstabilisation et de confusion. Sans le soutien optimal du superviseur, ces expériences peuvent être intolérables et résulter en des expériences d'invalidation et de honte empêchant l'intervenant de progresser vers l'émergence d'une nouvelle structure de

fonctionnement mieux adaptée. L'émergence de cette nouvelle structure passe par l'expérience d'apprentissages maladroits avant d'aboutir à un fonctionnement souple et flexible où, de nouveau, l'assimilation et l'accommodation agissent en tandem optimal.

Même si l'intervenant souhaite seulement vivre des expériences de maintien de ses structures existantes, les difficultés qu'il rencontre dans sa pratique lui suggèrent que quelque chose lui échappe. Si le superviseur est capable d'entendre, de donner du sens et d'accompagner l'intervenant dans son questionnement, il est probable qu'un processus d'exploration et de compréhension des tensions entre l'assimilation et l'accommodation puisse se déployer. Par contre, quand le superviseur n'est pas disponible à une telle expérience, la supervision se limitera à des efforts d'assimilation insatisfaisants. Que d'intervenants rapportent des expériences de supervision qui n'ont pas permis d'apprentissages significatifs permettant l'émergence d'une conscience de soi réflexive en action. Plusieurs modèles de supervision semblent suggérer que le processus d'apprentissage en supervision se limite à une démarche axée sur l'assimilation de nouvelles informations dans des structures déjà existantes. Pourtant, l'analyse du développement de l'identité professionnelle d'un intervenant invite à des considérations plutôt déstabilisantes. En effet, plusieurs auteurs décrivent le développement d'un soi professionnel comme passant d'une étape de besoins de connaissances théoriques sur le patient et de maîtrise de techniques, à l'expérience de la centralité de la relation thérapeutique et à la découverte déstabilisante de l'importance de s'utiliser de façon authentique en donnant un poids relativement léger aux théories. Cette analyse suggère que le développement de la compétence professionnelle de l'intervenant en santé mentale passe par des moments de va-et-vient entre les processus d'assimilation visant le maintien des structures existantes et le processus d'accommodation exigeant des modifications déstabilisantes et déstructurantes. Comme le mentionnent Skovholt et Ronnestad (1992), les intervenants qui ne sont pas encore arrivés à négocier la complexité et l'incertitude du processus d'intervention en santé mentale risquent de vivre une pratique soit insatisfaisante et désengagée ou épuisante et déprimante ou encore, l'illusion d'un pseudo-développement de la compétence professionnelle.

La supervision : une expérience de réflexivité

Même si les intervenants soupçonnent que les difficultés qu'ils peuvent vivre dans leur pratique

ont leur origine dans l'interaction complexe de qui eux-mêmes sont (caractéristiques de l'intervenant), de qui sont leurs patients (caractéristiques du patient), de leur façon d'intervenir et les interventions utilisées et de la relation thérapeutique, la plupart recherchent une cause unique et centrale. Pour certains, l'explication déterminante réside d'abord dans la sévérité ou la complexité des problèmes du patient. À l'opposé, d'autres attribuent leurs difficultés à leur manque de compétence professionnelle et même personnelle. L'attribution d'une causalité à soi ou à l'autre orientera de façon différente les besoins initiaux de supervision (Stoltenberg et Delworth, 1988).

Comprendre que les difficultés vécues avec un patient se situent dans un système intersubjectif, c'est passer d'un monde d'explication catégorielle ou unidimensionnelle à un monde d'expériences co-construites et multidimensionnelles (Stolorow, Atwood et Orange, 2002). Au lieu de ne chercher des explications que chez le patient ou l'intervenant, c'est reconnaître la contribution active de chacun, en se situant dans un processus d'influence mutuelle continue (Beebe et Lachmann, 2002). Voilà un des objectifs les plus fondamentaux de la supervision clinique. Pour y arriver, le superviseur doit aussi définir et déployer le processus de la supervision dans cette perspective intersubjective.

Autant cette position peut être rassurante parce qu'elle permet de relativiser et surtout de contextualiser les difficultés vécues en situation d'intervention, autant elle est déstabilisante en n'offrant pas de réponses claires et nettes. Plus encore, considérer les processus d'intervention et de supervision dans des champs intersubjectifs, c'est reconnaître qu'il n'y a plus de position objective et distincte. La subjectivité de l'intervenant devient indissociable de celle du patient. Les deux font partie du problème et de la solution. Autant cette subjectivité est une ressource pour l'intervenant, autant elle peut devenir son principal obstacle au progrès thérapeutique.

La supervision clinique vise à créer un espace intersubjectif de réflexion permettant à l'intervenant d'explorer, de comprendre et de modifier son autorégulation et sa régulation interactive pour arriver à offrir des réponses optimales. Créer un espace de réflexion exige que le superviseur et l'intervenant puissent parvenir à dépasser la recherche de cause à effet linéaire ou unidirectionnel pour arriver à une troisième position de co-constructions réfléchies.

La supervision implique que l'intervenant se dévoile et révèle ses doutes et ses questions sur sa compétence et son efficacité. Plusieurs supervisés décrivent cette expérience comme exigeante, pénible et souvent honteuse. Comment créer des conditions qui permettent à l'intervenant-supervisé de se sentir à la fois soutenu, compris et validé dans ses questionnements pour arriver à créer un espace de réflexion ?

Conscient de la nature intersubjective de la supervision et de l'intervention d'une part, et d'autre part, de l'implication émotive exigeante du dévoilement professionnel, le superviseur vise d'abord à pourvoir un environnement dans lequel l'expérience de l'intervenant-supervisé peut se déployer et le dialogue, s'établir. De façon optimale, le superviseur tente d'offrir une écoute et une compréhension empathique à l'expérience de l'intervenant-supervisé. Une telle écoute repose sur la capacité d'élargir sa perspective pour s'accommoder à celle de l'intervenant. Cette écoute flexible suppose le maintien d'une certaine distance psychique permettant au superviseur d'être à l'écoute de lui-même et de l'intervenant. Cette distance psychique fondée sur la disponibilité émotionnelle du superviseur, permet l'établissement d'une alliance de travail optimale. Se fondant sur une sensibilité intersubjective, le superviseur va chercher à explorer et comprendre comment toute expérience de supervision s'inscrit dans leur interaction, en particulier dans leur tentative de dialogue émotif. Tout en cherchant à comprendre sa propre contribution, le superviseur maintient une perspective de faillibilité et de vulnérabilité. Il en résulte un processus d'expansion de la conscience partagée favorisant l'émergence de nouvelles expériences relationnelles. Au lieu de se définir comme un expert neutre ou presque invisible ou interventionniste qui observe et analyse de façon détachée le supervisé, le superviseur s'inscrit dans la reconnaissance de la mutualité des processus relationnels d'influence, sans pour autant évacuer sa responsabilité, son rôle et ses fonctions, en particulier, celles de protéger l'espace intersubjectif de réflexion.

Même si le superviseur vise à offrir cette écoute empathique optimale de façon soutenue, d'inévitables fluctuations surviennent. L'effort de dialogue émotif entre deux subjectivités organisées de façon différentes n'est pas sans passer par des moments de « désaccordage » émotionnel plus ou moins prononcés. Il est illusoire de penser qu'autant le superviseur que l'intervenant puisse arriver à offrir une écoute et une compréhension empathique sans failles. Prendre conscience de ces moments de

fluctuation où l'alliance de travail est plus ou moins compromise devient alors déterminant de l'évolution de la supervision. Sans un tel dialogue, le travail significatif et authentique d'apprentissage en supervision devient difficile, voire impossible. Au lieu de faciliter un partage impliquant et fréquemment déstabilisant d'aspects professionnels et personnels, la supervision se résume souvent alors à des points techniques et périphériques. Sans une harmonisation émotionnelle et une alliance de travail optimale, le travail de supervision est compromis ou, à tout le mieux, se limite à un travail de surface. Pour aider le superviseur à réguler ce dialogue émotif, des indicateurs d'autorégulation et de régulation interactive et de l'impact possible sur l'intervenant-supervisé sont proposés (voir : Lecomte et Richard, 1999, Lecomte et Savard, 2004).

La compétence thérapeutique : des traitements validés au thérapeutes valides et efficaces

La découverte la plus déstabilisante pour l'intervenant est sans contredit celle de la complexité du changement. Les demandes du patient sont ambiguës. Le processus d'intervention est essentiellement incertain. Dans sa quête de compétence et d'identité professionnelle, la plupart des intervenants passe par une recherche d'appuis techniques et théoriques pour graduellement découvrir la centralité de la relation thérapeutique et l'influence de leurs propres caractéristiques (Halgin et Murphy, 1995). Cette reconnaissance du caractère éminemment subjectif et intersubjectif de la situation thérapeutique implique une perspective contextuelle constamment révisée selon le caractère unique de l'interaction. Utilisant ses théories de façon légère et considérant qu'aucune technique précise ne saurait répondre aux exigences de chaque situation, l'intervenant est invité en supervision à développer une conscience réflexive de ses modalités d'autorégulation et de régulation interactive pour offrir des réponses et des interventions optimales.

Dans son travail d'intervention, l'intervenant en santé mentale découvre vite ses propres limites. Il s'aperçoit également que les techniques sont insuffisantes et que les théories peuvent devenir de mauvaises maîtresses. La compétence tient donc dans cette reconnaissance essentielle, à savoir que c'est à travers l'influence déterminante d'un intervenant en contact avec son expérience intérieure, sensible au contexte intersubjectif et attentif à l'expérience du patient que se manifeste l'intervention optimale qui facilite le changement positif. Un intervenant compétent est celui qui arrive à une com-

binaison optimale du savoir théorique, du savoir-faire avec ses techniques et ses stratégies et du savoir-être dans l'interaction spécifique avec un patient.

L'objectif de la supervision clinique, qui est de faciliter le développement de la compétence professionnelle, s'élabore dans le développement de la conscience réflexive de soi en action en soutenant l'intervenant dans sa recherche d'intégration de sa propre théorie implicite du changement, sa théorie d'usage, ses expériences d'autorégulation et de régulation interactive et de sa dynamique personnelle pour éclairer ses choix cliniques dans la relation thérapeutique. L'intervenant passe graduellement d'une supervision externe à une supervision interne.

Sommairement, nous allons examiner comment le superviseur peut accompagner et aider l'intervenant à passer d'une supervision externe à une supervision interne. Comme nous l'avons indiqué auparavant, c'est à partir d'une tentative d'écoute et de compréhension empathique que le superviseur peut espérer établir et restaurer au besoin une véritable alliance de travail de supervision. Dans le cadre de cette relation, le superviseur devra être sensible à bien saisir et accompagner les mouvements oscillatoires d'assimilation et d'accommodation de l'intervenant se manifestant par des comportements d'ouverture et de fermeture. Comme nous l'avons décrit plus haut, le désir d'apprendre du supervisé se déploie en tension avec le besoin de maintenir sa cohésion interne, une structure, et surtout son estime de soi. Ce n'est qu'en arrivant à sentir et maintenir une certaine estime de soi que l'intervenant peut arriver à vivre et à intégrer des apprentissages déstabilisants. De tels apprentissages arrivent difficilement à se mettre en place sans le soutien empathique optimal du superviseur. Au fond, c'est quand l'intervenant peut sentir son superviseur en « accordage » émotif avec lui et sensible aux enjeux affectifs, en particulier de honte, sous-jacents aux oscillations et aux tensions entre les expériences d'ouverture ou d'expansion et de fermeture ou de contraction que son processus d'apprentissage et de développement de compétence professionnelle peut se déployer. Trop souvent, la littérature sur la supervision et la formation clinique se limite à une liste linéaire et logique d'objectifs, de tâches, de procédures et de stratégies, sans reconnaître que faire des apprentissages significatifs qui remettent en question des manières d'être et de faire, c'est loin d'être une mince affaire (Bernard et Goodyear, 1998).

Dans ce cadre, aborder et décrire les objectifs,

les tâches et les procédures de supervision clinique prennent un tout autre sens. Ainsi, définir avec le supervisé les objectifs et les attentes, préciser les rôles, les fonctions et les modalités de fonctionnement dans une perspective dynamique d'un processus d'apprentissage se réalisant dans un dialogue réflexif intersubjectif permet un tout autre travail d'intégration. Après avoir précisé le cadre de la supervision (objectifs, attentes, procédures, rôles et fonctions), le travail de réflexion peut s'engager sur l'interaction de trois paramètres fondamentaux (figure 1).

L'analyse de la pratique de l'intervention thérapeutique a permis d'observer qu'elle se caractérise par l'interaction entre les intentions, les comportements d'intervention observés et l'expérience subjective de l'intervenant (Schön, 1987; Lecomte, 1997). Les intentions sont ici considérées comme les objectifs poursuivis par l'intervenant à partir de sa théorie de choix et sa théorie personnelle plus ou moins consciente de la souffrance et de la guérison. Ces intentions se manifestent aussi par des croyances et des hypothèses. Dans le travail de réflexion en supervision, il est fréquent que l'intervenant découvre des écarts significatifs entre sa théorie de choix et sa théorie personnelle. Cette découverte peut clarifier ou éclairer des aspects pertinents des processus d'intervention. Le thérapeute constate parfois un écart important entre sa théorie personnelle et sa théorie formelle. Un travail de cohérence peut alors

s'avérer pertinent pour faciliter l'émergence d'une pratique intégrée et authentique. Les comportements d'intervention observés et leurs impacts sur le patient sont constitués par tous les procédés d'intervention et les modalités relationnelles observables dans le processus d'intervention et leurs impacts sur le patient. En décrivant ces comportements professionnels et leurs impacts (ex. : interprétation, restructuration cognitive, rupture relationnelle, etc.), l'intervenant parle du lieu d'une conscience objective. Alors que l'expérience subjective comporte l'expérience d'un « je » sur le mode d'une conscience subjective, cette expérience subjective ressentie conduit l'intervenant à tenter d'explorer et de comprendre l'influence de son expérience subjective et de ses caractéristiques personnelles sur ses interventions professionnelles. Dans cette perspective, les liens, les tensions et les interactions entre les intentions, les interventions et l'expérience subjective de l'intervenant constituent la démarche fondamentale du processus de supervision clinique.

Une première analyse de ce modèle permet les constatations suivantes : 1) un écart entre les intentions et les interventions observées et leurs impacts aura des effets sur le niveau de compétence et d'efficacité perçu par l'intervenant. N'arrivant pas à mettre en application ses visées, l'intervenant risque de se percevoir incompetent ou inefficace. Le degré d'écart perçu prendra une signification différente selon chaque intervenant; 2) un écart entre les

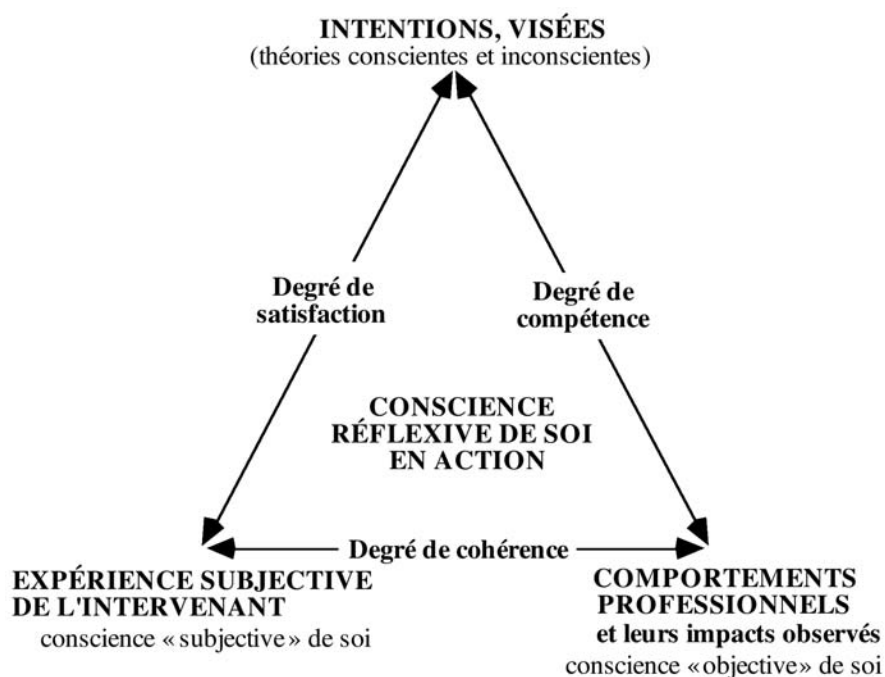
intentions ou les visées et l'expérience subjective se manifeste par un degré plus ou moins élevé de satisfaction: c'est souvent le premier indice dont parle l'intervenant en supervision; 3) un écart entre l'expérience subjective ressentie et l'expérience objective des comportements professionnels indique le degré de difficulté de l'intervenant à parvenir à une expérience intégrée de « qui il est » et de « ce qu'il fait ». Cette tension entre l'expérience objective et subjective réfère aux difficultés d'intégration et de cohérence entre les aspects professionnels et les aspects personnels. C'est dans l'effort continu d'intégration entre ces deux pôles que l'intervenant arrive à s'investir de façon optimale et satisfaisante. Un trop grand écart risque d'aboutir à des expériences malheureuses d'épuisement professionnel, d'insatisfaction ou pire encore, de pseudo-compétence.

Tout au long de sa vie professionnelle, l'intervenant aura à tenter de donner du sens et à intégrer cette tension incontournable entre son expérience observée de comportements professionnels et de leur impact sur les patients et son expérience subjective avec toutes ses composantes. Cette tension entre une conscience de soi subjective et une conscience de soi objective est une dimension centrale à apprivoiser pour tout intervenant. Comme il s'agit d'un mouvement continu dans le temps, l'intervenant doit apprendre à vivre son rôle en processus continu de réflexion (Karasu, 2001).

Le processus de supervision et de formation repose en grande partie sur l'exploration, la compréhension et la modification des écarts et des tensions entre ces trois paramètres. Considérant la complexité et l'exigence du travail thérapeutique, avoir un lieu de réflexion pour partager ses interrogations et ses difficultés devient une démarche essentielle pour assurer des services compétents et efficaces.

Dans cette perspective, les tensions entre les trois pôles illustrés dans la figure 1 deviennent incontournables dans la pratique de l'intervention en santé mentale. Ces tensions entre les visées, les interventions et leurs impacts, et l'expérience subjective peuvent devenir pénibles, voire intolérables. Tout au long du processus de supervision et encore plus au début de chacun, le superviseur s'assure de bien saisir et surtout de valider l'expérience difficile et souvent déstabilisante des tensions entre ces trois pôles. Cette validation empathique est essentielle pour aider l'intervenant à reconnaître pleinement son expérience discordante entre ce qu'il veut faire, ce qu'il fait et son expérience interne subjective. L'exploration de ces tensions centrée sur les objectifs et les besoins du

Figure 1 : Paramètres fondamentaux de la supervision



supervisé, l'amène souvent dans un premier temps à chercher des causes et des solutions externes. Ainsi, les caractéristiques du patient, en particulier la sévérité de ses symptômes, sont considérées comme une première explication amenant l'intervenant à rechercher des solutions plutôt techniques ou théoriques. Fréquemment, l'intervenant tente d'abord de réduire l'écart entre ces visées et les interventions utilisées et leurs impacts. Il se demande souvent : « Qu'est-ce que je pourrais faire pour arriver à réaliser l'objectif visé et avoir un impact positif ? ». L'exploration de l'expérience subjective ou des aspects plus personnels de l'intervenant est d'abord soit ignorée soit minimisée. L'exploration réflexive et empathique amène progressivement l'intervenant à prendre conscience que ces données ne sont pas la seule cause des tensions vécues entre les trois pôles. Bien sûr, il y a les caractéristiques de ces patients lourdement touchés et les techniques à utiliser, mais de plus en plus l'intervenant reconnaît un *pattern* répétitif dans sa pratique et dans ses modalités de régulation des tensions vécues. Il découvre que malgré ses essais d'utiliser d'autres techniques ou de conceptualiser autrement la problématique du patient, il n'arrive pas aux résultats souhaités, et que, pire encore, il revit des impasses relationnelles sans issue apparente. Cette expérience est lourde à vivre dans un travail aussi exigeant. C'est alors que s'il dispose d'un superviseur capable de lui offrir un espace de réflexion soutenant et validant, il pourra s'engager dans l'exploration et la compréhension de ses *patterns* répétitifs. Ainsi, ce travail l'amène à considérer l'influence de ses propres caractéristiques sur les processus relationnels et d'interventions. Pour éviter de confondre le travail de réflexion de supervision avec la psychothérapie, le superviseur veille à accompagner l'intervenant dans ses objectifs de recherche de clarification et de compréhension tout en s'assurant d'établir des liens fluides et dynamiques fréquents entre les aspects personnels et les processus d'intervention (Lecomte, 1997). Ce processus de clarification et de compréhension vise à aider l'intervenant à trouver une explication à des questions comme « Comment se fait-il que je me retrouve toujours dans des situations d'intervention aussi pénibles, malgré mes efforts de comprendre et d'essayer toutes sortes de formes d'intervention ? ». En étant aidé à faire des liens entre les trois pôles de la figure 1, l'intervenant arrive à une conscience de soi et de sa contribution au processus d'intervention. Il découvre que les techniques et la qualité de la relation prennent leur sens et leur valeur à travers l'utilisation authentique de qui il est, avec ses ressources et ses limites. Pour concrétiser cette prise de conscience significative, l'intervenant est invité à réfléchir

avec le superviseur, à considérer, à choisir et à mettre en application de nouvelles modalités d'autorégulation et de régulation interactive. C'est ici que l'utilisation pertinente de techniques prend tout son sens et son importance. Considérant que l'intervenant est souvent appelé à tenter de modifier des *patterns* répétitifs de sa pratique, cette étape représente un défi considérable. Il n'est pas évident et il est surtout très exigeant de remettre en question des manières de faire qui sont bien établies. Sensible à la tension fondamentale entre le besoin d'ouverture, de différenciation et de compétence et le besoin de cohésion interne, d'estime de soi et de maintien de son organisation, le superviseur tente d'offrir un soutien optimal aux efforts d'apprentissage de l'intervenant. Pour plusieurs intervenants, la mise en application de nouvelles modalités d'autorégulation et de régulation interactive passe par des apprentissages spécifiques à l'aide de procédures de supervision comme les mises en situation, les exercices de pratique, l'utilisation de grilles d'auto-observation, d'analyse d'enregistrements audio et vidéo, de prises de notes, etc. C'est en offrant un soutien optimal dans l'exploration, la compréhension et la concrétisation que le superviseur permet à l'intervenant de passer d'une supervision externe à une supervision interne. De plus en plus, l'intervenant manifeste sa conscience réflexive de soi en action en présence de son superviseur. Un superviseur se réjouit de constater que l'intervenant-supervisé est capable de plus en plus de maintenir et d'explorer une tension dynamique et fluide entre sa conscience subjective de soi et sa conscience objective de soi tout en étant présent à ses intentions d'intervention.

Conclusion

Dans l'évolution récente de la psychothérapie et des interventions en général, un faux débat s'est engagé entre la valorisation des traitements et des techniques soutenues empiriquement et la relation thérapeutique et les caractéristiques de l'intervenant. Dans une société axée sur les résultats observables et rapides, il semble que, de plus en plus, le courant empirique domine. À vouloir ne répondre qu'à des critères empiriques observables, on en arrive à ignorer la grande variabilité des patients et des intervenants. Le mythe de l'uniformité des patients et des intervenants a pourtant été maintes fois dénoncé (Kiesler, 1966). Aucun thérapeute ne pratique de la même façon. Plus encore, dans une telle perspective, l'intervenant est non seulement ignoré, mais laissé à lui-même.

L'étude de l'efficacité des psychothérapies depuis plus de quarante ans nous indique sans

équivoque la centralité de la qualité de la relation thérapeutique et de l'influence des qualités personnelles et professionnelles des thérapeutes. L'intervention est d'abord une entreprise relationnelle. Les thérapeutes les plus efficaces sont ceux qui : 1) sont capables de conceptualiser la dynamique et les besoins des patients à partir d'une écoute et d'une compréhension de leur monde subjectif expérientiel unique; 2) sont capables d'autorégulation et de régulation interactive cognitive et émotive flexibles pour arriver à offrir de nouvelles expériences relationnelles réparatrices spécifiques, uniques et nécessaires; 3) sont disponibles à leurs propres expériences affectives et à celles des patients dans un processus continu de conscience réflexive de soi en action et qui 4) utilisent les techniques pour concrétiser des manières d'être et de faire dans la relation thérapeutique avec les patients.

Pour aider l'intervenant à se sentir et à être compétent et efficace, la supervision clinique doit devenir un espace de réflexion et d'intégration des savoirs théoriques, des savoir-faire ou techniques et des savoir-être expérientiels. L'intervention se définit essentiellement dans un contexte de subjectivité et d'intersubjectivité. Plus l'intervenant arrivera à une intégration cohérente de son modèle théorique choisi, de sa théorie personnelle de la souffrance et de la guérison, de sa personnalité, de ses valeurs, de ses croyances, de ses expériences de vie, plus il donnera de la profondeur à son engagement et plus il pourra éclairer ses choix cliniques, ses modalités d'intervention et sa participation relationnelle. Le développement de la compétence et de l'efficacité professionnelle se définit et se déploie au coeur du processus de la conscience réflexive de soi en action.

RÉFÉRENCES

- BEEBE, B. et LACHMANN, F.M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interaction*. New Jersey: The Analytic Press.
- BERNARD, J.M. et GOODYEAR, R.K. (1998). *Fundamentals of clinical supervision*. Toronto: Allyn and Bacon.
- BEUTLER, L.E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 44-52.
- BINDER, J.L. et STRUPP, H.H. (1997). Negative process: A recurrently discovered and underestimated facet of therapist process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-129.

- BORDERS, L.D. et FONG, M.L. (1994). Cognitions of supervisors-in-training: An exploratory study. *Counselor Education and Supervision*, 33, 279-293.
- FRAWLEY-O'DEA, M.G. et SARNAT, J.E. (2001). **THE SUPERVISORY RELATIONSHIP: A contemporary psychodynamic approach**. New York : Guilford Press.
- GARFIELD, S.L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 40-43.
- HALGIN, R.P. et MURPHY, R.A. (1995). Issues in the training of psychotherapists. In B. Bongar et L.E. Beutler (Eds.). **Comprehensive Textbook of Psychotherapy**. Toronto: Oxford University Press.
- KAHN, M. (1997). **Between therapist and client: The new relationship**. New York: Freeman.
- KARASU, B.T. (2001). **Psychotherapist as healer**. New Jersey: Jason Aronson.
- KIESLER, B.T. (1966). Some myths of psychotherapy research and a search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- LADANY, N., HILL, C.E., et NUTT, A. (1996). Nature, extent and importance of what trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 10-24.
- LAMBERT, M.J. (1989). The individual therapist's centralization to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.
- LAMBERT, M.J. et BARLEY, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.
- LAMBERT, M.J. et OGLES, B.M. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. In C.E. Watkins (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Supervision*. New York: Wiley.
- LECOMTE, C. (1997). **La supervision clinique et le développement de la compétence professionnelle en psychothérapie**. Communication présentée au 1^{er} Colloque Elliott Sokloff, Montréal, Québec.
- LECOMTE, C. (2001). **From external to internal supervision: The development of self-reflexivity**. Paper presented at the psychiatric Department of The Jewish Hospital of Montreal, Québec.
- LECOMTE, C. et RICHARD, A. (1999). **From external to internal supervision: An integrative developmental model**. Paper presented at the Annual Convention of the Self Psychology Association.
- LECOMTE, C. et RICHARD, A. (2003). De la subjectivité à l'intersubjectivité : Pour une psychothérapie pleinement relationnelle. *Revue de la psychologie de la motivation* : 35 : 64-74.
- LECOMTE C. SAVARD, R. (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**. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec. Pp. 315-350
- LECOMTE, C., SAVARD, R., DROUIN, M.S., GUILLON, V. (2004) Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25 (3) , 73-102.
- LUBORSKY, L. (1994). Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A Horvath et L. Greenberg (Eds.), **The Working Alliance: Theory and Practice** (pp. 38-50), New York: Wiley and Sons.
- LUBORSKY, L., Critts-Cristoph, P., McLellan, T., Woody, B., Piper, W., Leberman, B., Imber, S. et Plikonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 501-512.
- MAHONEY, M.J. (1995). The modern psychotherapist and the future of psychotherapy. In B. Binger and L.E. Beutler (Eds.), **Comprehensive Textbook of Psychotherapy**. New York: Oxford University Press.
- MICHELS, R. (1994). Foreword. In S. Greben et R. Ruskin, **Clinical perspectives on psychotherapy supervision** (p.xi-xii). Washington: American Psychiatric Press.
- NAJAVITS, L.M. et STRUPP, H.H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114-123.
- NORCROSS, J.C. (2001). Empirically supported therapy relationships: Summary of the dimension 29 task force (Special Issue). *Psychotherapy*, 38(4).
- PIAGET, J. (1971). **Biology and knowledge: On survey on the relation between organic regulation and cognitive processes**. Chicago: University of Chicago Press.
- RHODES, R.H., Hill, C.E., Thompson, B.J. et Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*. 41, 473-483.
- RODENHAUSER, P. (1997). Psychotherapy supervision: Prerequisites and problems in the process. In C.E. Watkins (Ed.), **Handbook of Psychotherapy Supervision**. New York: Wiley.
- RENNIE, D.L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. In S.G. Toukmanian et D.L. Rennie (Eds.). **Psychotherapy Process Research : Paradigmatic and Narrative Approaches**. (pp.211-133). California; Sage.
- SAFRAN, J.D. et MURAN, J.C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures : Diversity and integration. *Psychotherapy in Practice*, 1, 81-92.
- SAVARD, R. (1997). **Effets d'une formation continue en counselling sur les variables personnelles relatives à la création d'une alliance de travail optimale**. Thèse présentée à la faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal. Montréal : Université de Montréal.
- SEXTON, T. et WHISTON, S. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review: Theoretical implication and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22, 6-78.
- SHAPIRO, D.A. et FIRTH, J.A. (1987). Prescriptive vs exploratory psychotherapy: Outcomes of Sherfield Psychotherapy Project. *British Journal of Psychiatry*, 151, 790-799.
- SCHÖN, D.A. (1987). **Educating the reflexive practitioner**. San Francisco: Jossey-Boss.
- SKOVHOLT, T.M. et RONNESTAD, M.H. (2001). What can senior therapists teach others about learning arenas for professional development? *Professional Psychology: Theory, Practice and Research*, 32 (2), 207-216.
- SKOVHOLT, T.M. et RONNESTAD, M.H. (1992). **Evolving professional self : Stages and themes in therapist and counselor development**. New York: Wiley and sons.
- STOLOROW, R.D., ATWOOD, G.E. et ORANGE, D.M. (2002). **Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis**. New York: Basic Books.
- STOLTENBERG, C.D. et DELWORTH, U. (1988). **Supervisory counselors ad therapists: A developmental approach**. San Francisco: Jossey-Boss.
- TALBOT, N.L. (1995). Unearthing shame in the supervisory experience. *American Journal of Psychotherapy*, 49(3), 338-349.
- THELEN, E. et SMITH, L.B. (1994). **A dynamic systems approach to the development of cognition and action**. Cambridge: MIT Press.
- WIERZBICKI, M. & PEKARINI, G. (1993) A meta-analysis of psychotherapy drop-out. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 247-258.

En vrac

Congrès, colloques, réunions scientifiques

Society for sex therapy and research (SSTAR) (30th annual meeting)

Avril 7-10, 2005; Hyatt Regency Cambridge, Cambridge MA.

Programme scientifique : Dr Eric Corty, Penn State Erie, The Behrend College, Erie, PA
Informations - courriel : ecorty@juno.com; tél. : (814) 898-6238



Comprehensive review of sexual medicine

Avril 14-16 2005; Toronto, Ontario, Canada.
Informations - tél. : (604) 681-5226;
site Web : www.venuewest.com/2005/crsm;
courriel : congress@venuewest.com



SSSS Western Region Conference

Mai 5-8, 2005; San Francisco, Californie
Unstudied and Understudied Sexual Communities: New Areas for Research.
Informations - tél. : (610) 530-2483; courriel : TheSociety@inetmail.att.net



74^e Congrès de L'ACFAS. La société des savoirs « INNOVATIONS DURABLES ».

Mai 9-13, 2005. Chicoutimi, Québec, Canada
Université du Québec à Chicoutimi
Informations - 425, rue de la Gauchetière Est, Montréal, Québec, H2L 2M7; tél. : (514) 849-0045; téléc. : (514) 849-5558; courriel : congres@acfas.ca; site Web : acfas.ca/congrès



American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists AASECT Annual meeting

Mai 11-15, 2005; Portland, Oregon, USA
What's New, What Works: Pioneering Solutions for Today's Sexual Issues.
Portland Downtown Marriott (réservations au 1 800 228-9290)
Informations - AASECT office : (804) 644-3288;
site Web : www.aasect.org



27th Annual Guelph Sexuality Conference and Training Institute on Sexuality

Juin 13-15, 2005. Université de Guelph, Guelph, Ontario. Informations - Office of Open Learning, University of Guelph, Ontario, N1G 2W1; tél. : (519) 767-5000; courriel : info@open.uoguelph.ca; site Web : www.open.uoguelph.ca/sexconf



International Academy of Sex Research (31ST Annual Meeting)

Juillet 6-9, 2005, Ottawa, Ontario
Informations - Lucia O'Sullivan, Ph.D., HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York State Psychiatric Institute, Unit 15, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032-2695
Courriel : LF02@child.cpmc.columbia.edu



“Women and the New Sexual Politics: Profits vs Pleasures”

new view conference 2005
Juillet 9-10, 2005, Le Nouvel Hôtel, Montréal, Québec. Informations - www.fsd-alert.org



17^e congrès mondial de sexologie

Juillet 10-15, 2005. Palais des Congrès de Montréal, Québec, Canada.

Président du congrès : Pierre Assalian, MD, Montréal, Hôpital Général de Montréal
Informations - site Web : www.montrealsex.com;
courriel : info@montrealsex.com; tél. : (514) 395-1808



3^e congrès international francophone sur l'agression sexuelle, coopérer au-delà des frontières.

Octobre 4-7, 2005. Hilton Lac Leamy, Gatineau, Québec, Canada
Secrétariat du congrès : Service de l'enseignement Institut Philippe Pinel de Montréal. 10 905, boul. Henri-Bourassa Est, Montréal, Québec, H1C 1H1; tél. : (514) 648-8461 poste 558; téléc. : (514) 881-3706;
courriel : marois_danielle@ssss.gouv.qc.ca;
site Web : www.cifas2005.ca



Séminaire international de sexoanalyse

Montréal Juin 2005

Parlez-nous de vous

COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT Que se passe-t-il avec nos journées de formation ?

C'est avec grand étonnement que j'ai remarqué la faible participation de nos membres réguliers à la formation du 29 janvier (après-midi) portant sur l'épuisement professionnel et sur les stratégies pour le contrer. Moins de 25 personnes, dont plusieurs avaient assisté à la formation du matin sur la gestion d'un bureau et la promotion, étaient présentes. Je considère que c'est d'autant plus décevant puisque cette formation était gratuite et d'une grande qualité. De plus, les sexologues se plaignent souvent d'isolement dans leur pratique privée et je crois que les perfectionnements peuvent être une occasion de rencontrer des collègues durant l'année. Je pense aussi qu'un(e) professionnel(le) consciencieux(se) devrait avoir le plus d'outils possible pour protéger sa santé mentale compte tenu de l'importance du phénomène de l'épuisement professionnel chez les personnes œuvrant en relation d'aide. Ma réflexion m'amène à deux conclusions : ou les sexologues cliniciens (nes) ne se sentent

pas interpellés par cette problématique ou ils (elles) ne veulent pas « hypothéquer » leur fin de semaine, professionnellement parlant. Si c'est le cas et que vous souhaiteriez que les perfectionnements aient lieu le vendredi au lieu du samedi, ou si vous avez une opinion ou un commentaire sur ce sujet, prenez cinq minutes de votre temps et acheminez-les-nous par courriel à l'adresse : asq@qc.aira.com.

Mario Larivée-Côté, M.A.
Pour le comité de perfectionnement

COMITÉ DES RELATIONS PUBLIQUES Slogan recherché

Nous travaillons actuellement au rafraîchissement de l'image de notre association. Nous croyons que cette cure de rajeunissement passe par la modification de notre logo et de nos dépliants promotionnels. Nous souhaitons également développer un slogan propre à notre image et qui reflète notre réalité professionnelle comme sexologue clinicien(ne). Donc, si vous avez des suggestions de slogan, n'hésitez pas à nous les faire parvenir par courriel à asq@qc.aira.com

Mario Larivée-Côté, M.A.
Pour le comité des relations publiques

Compréhension des tempéraments et leurs interactions

Marc-André Juneau, M.A.

Vous fâchez-vous facilement ? Êtes-vous rancunier, timide ou trop bavard ?

Il existe quatre types de tempéraments. Chacun présente des caractéristiques bien identifiées et prédispose à un type de comportements dans diverses situations.

À la lumière de ce texte, le lecteur apprendra à :

- Reconnaître son type de personnalité, à en accentuer le côté positif tout en s'aidant à éliminer les aspects négatifs.
- Comprendre les autres et se rendre compte que ce n'est pas parce qu'une personne est différente de lui qu'elle a automatiquement tort.

Analyser sa personnalité ouvre de nouvelles voies de communication. Consciente des principaux traits de son caractère, la personne comprend ce qui la pousse à réagir comme elle le fait et reconnaît chez les autres les motivations qui expliquent leur comportement. Chaque tempérament présente des forces et des faiblesses. Personne ne possède toutes les caractéristiques d'un même tempérament. Il sera néanmoins aisé pour le thérapeute expérimenté de reconnaître avec précision ce qui est fondamental chez chacun.

Les quatre tempéraments et leurs caractéristiques positives

Chez le **sanguin**, les émotions sont à fleur de peau. Il est démonstratif et transforme chaque tâche en une partie de plaisir. Il adore la compagnie des autres et chaque nouvelle expérience a sur lui un effet stimulant. Il ne manque d'ailleurs pas d'embellir la réalité à la première occasion. Il se lie facilement et c'est un optimiste.

Le **mélancolique** est une personne réfléchi. Qu'il soit homme ou femme, il prend tout au sérieux et sa vie est soumise à l'ordre, à la méthode et à l'appréciation de la beauté et de l'intelligence. Il ne se précipite pas à la

recherche de réjouissances, mais analyse comment il pourrait mieux organiser sa vie.

Le sanguin et le mélancolique se ressemblent beaucoup. Ils sont tous deux émotifs, mais de façon différente : le sanguin passe par des hauts et des bas qui durent une minute, tandis que chez le mélancolique, les hauts et les bas peuvent durer un mois ! Le mélancolique considère le sanguin souvent comme étant au bord de la crise de nerfs alors que le sanguin a du mal à comprendre comment quelqu'un peut être aussi déprimé à propos de rien.

Le **colérique** est ambitieux et atteint normalement les objectifs qu'il s'est fixés. Tandis que le sanguin passe son temps à raconter des histoires et que le mélancolique passe le sien à réfléchir, le colérique accomplit ce qu'il a à faire. On peut facilement le comprendre et s'entendre avec lui si on observe sa règle d'or : « Faites-le comme moi je le veux et faites-le maintenant ! »

Le colérique ressemble au sanguin, car ils possèdent tous deux des personnalités ouvertes et optimistes. Cependant, l'ambition du colérique lui confère des qualités de chef et il fait montre d'une plus grande productivité. Il se prononce seulement quand il est sûr d'avoir raison. Il aime affronter les obstacles et les amis tiennent peu de place dans sa vie. Ce sont les situations d'urgence qu'il préfère !

Le **flegmatique** s'accommode de toutes les situations. C'est le tempérament parmi les quatre avec lequel il est le plus facile de s'entendre. Il atténue les emportements du sanguin, refuse de se laisser impressionner par les brillantes décisions du colérique et ne prend pas trop au sérieux les plans compliqués du mélancolique. Dans le juste milieu, le flegmatique chemine tranquillement seul en évitant les conflits et les prises de décision. Tandis que le colérique veut tout commander, le flegmatique a tendance à attendre qu'on lui demande d'agir et il ne cherche pas à se faire valoir. Il a beaucoup d'amis, car ses qualités le conduisent à entretenir des relations humaines positives. Il sait écouter et est généralement calme et maître de lui.

Avoir les défauts de ses qualités

Chaque tempérament possède son répertoire de qualités et de faiblesses, c'est-à-dire de traits de caractère positifs et d'autres négatifs. Voici comment chez chacun une qualité initiale peut devenir facilement un défaut.

Le tempérament **sanguin** s'engage dans une conversation animée dans n'importe quelle circonstance. C'est pour lui une tendance naturelle. Mais, s'il abuse, on dira de lui que c'est un moulin à paroles, qu'il monopolise la conversation et qu'il ne cesse d'interrompre les autres.

La qualité naturelle du tempérament **mélancolique** est son esprit d'analyse. Cela constitue pour lui un avantage indéniable. Pourtant, lorsque cet esprit d'analyse devient trop poussé, il engendre des inquiétudes et peut mener à la dépression.

Le leadership est une qualité importante chez le **colérique**. Considérée comme un atout majeur, cette caractéristique positive, poussée trop loin, engendrera un être tyrannique et manipulateur.

La nature conciliante du **flegmatique** lui vaut le respect de tous, mais s'il devient trop bon prince, les autres décideront pour lui dans sa propre vie ! Apathie, confusion, indifférence et indécision risquent alors d'être son lot.

La personne motivée à se comprendre et à s'améliorer doit distinguer parmi ses qualités celles qui entraînent généralement des réactions positives. Celles-ci sont susceptibles de rehausser notre image personnelle. Cependant, il faut analyser toutes nos caractéristiques ; surtout celles qui provoquent des comportements excessifs et qui offensent les autres, car, si le fait de connaître nos qualités et de pouvoir les utiliser à bon escient nous procure un avantage exceptionnel, nous avons également tous nos *points faibles*, qui, si nous n'y prenons pas garde, peuvent nous mener à la déchéance personnelle ou relationnelle. Sachons repérer nos défauts avant qu'il ne soit trop tard pour notre relation. Pour aider à reconnaître les problèmes habituels de chaque tempérament, voici une petite liste :

Les **sanguins** parlent trop. Ils sont égocentriques. Ils n'ont pas une bonne mémoire. Ils sont inconstants et étourdis en amitié. Ils interrompent constamment les autres et répondent à leur place. Ils manquent d'organisation et de maturité.

Les **mélancoliques** sont portés à la dépression. Ils manquent de confiance en eux. Ils remettent souvent leur travail à plus tard, car ils ont peur de ne pas l'exécuter correctement. Ils ne sont pas réalistes et ils sont trop exigeants.

Les **colériques** sont des travailleurs invétérés qui doivent apprendre à se détendre et à s'arrêter. Ils veulent tout prendre en charge. Ils manquent d'entregent. Même quand ils ont raison, ils sont impopulaires. Ils sont eux-mêmes leur pire ennemi : incapables de laisser les autres avoir raison, incapables de présenter des excuses — c'est pour eux un signe de faiblesse ! —, ils n'admettent pas aisément leurs torts !

Les **flegmatiques**, quant à eux, manquent de personnalité. Ils n'aiment pas le changement. Ils donnent l'impression d'être paresseux : ils reportent à demain ce qu'ils pourraient faire aujourd'hui et doivent apprendre à se motiver. Ils ont une volonté de fer, mais ne la manifestent pas ouvertement ; ils doivent apprendre à exprimer leurs sentiments et leurs points de vue et à dire non ! Ils doivent s'exercer à prendre des décisions, car ils sont portés à l'indécision.

Les différentes combinaisons de tempéraments

La plupart des gens possèdent une majorité de traits d'un tempérament dominant et des traits secondaires issus de l'un ou l'autre des trois autres tempéraments.

Chaque individu est un assemblage de défauts et de qualités. Voici les différentes combinaisons possibles avec leurs caractéristiques positives et leurs problèmes habituels :

Les combinaisons naturelles

La combinaison **sanguin-colérique** est une combinaison naturelle. Les deux sont des personnes optimistes, extraverties et ouvertes. Le sanguin aime parler parce que cela lui est agréable, et le colérique, parce que cela lui est utile. Les personnes de cette combinaison possèdent des qualités de leadership. Nous obtenons quelqu'un qui sait diriger les autres dans l'enthousiasme. Ces individus combinent travail et amusement dans leur forme la plus extrême et ils en reconnaissent la valeur.

Cette combinaison présente par contre, dans son côté négatif, la tendance à être autoritaire et à

parler pour ne rien dire, à tourner activement en rond. On fait face à quelqu'un d'impatient qui interrompt et monopolise constamment la conversation.

La seconde de ces combinaisons naturelles est celle du **mélancolique-flegmatique**. Ils sont tous deux des introvertis pessimistes qui aiment étudier les situations en profondeur, paisiblement et qui ne cherchent pas à se faire remarquer. Le flegmatique atténue la nature sérieuse du mélancolique, et celui-ci rétablit le manque de rigueur du flegmatique.

Tous les deux sont plutôt lents à prendre des décisions.

Les combinaisons complémentaires

Le **colérique-mélancolique** est une combinaison complémentaire. Elle produit d'excellents gens d'affaires. Elle allie l'enthousiasme, le leadership et l'ambition du colérique à l'esprit analytique, l'attention aux détails et le respect des échéanciers du mélancolique. Les personnes qui appartiennent à cette combinaison sont décisives, méthodiques et ambitieuses. Orientés dans la bonne direction, les colériques-mélancoliques sont sûrs de réussir.

Lorsqu'ils exagèrent, ils peuvent se transformer en des êtres autoritaires et obsessifs.

L'autre combinaison complémentaire, est celle du **sanguin-flegmatique**. Il est plutôt porté à l'oisiveté et à l'amusement. Sa nature conciliante et son sens de l'humour en font un excellent ami. Les personnes de ce type sont douées d'un entregent exceptionnel. Les postes reliés à la gestion du personnel leur conviennent parfaitement.

Malheureusement, ils ont aussi leur côté négatif : la tendance à la paresse qui les pousse à éviter le travail.

Les contraires

Deux combinaisons sont moins fréquentes et plus conflictuelles, ce sont : le **sanguin-mélancolique** et le **colérique-flegmatique**. Ces combinaisons produisent des gens qui ne sont pas faciles à vivre.

Le **sanguin-mélancolique** est la plus émotive des deux combinaisons. Chez eux, on retrouve les hauts et les bas du sanguin, un peu atténués, mais par contre, les périodes de dépression du mélancolique se prolongent parfois exagérément. Le conflit est engendré par la coexistence d'un côté qui les pousse à s'amuser (le sanguin) et de l'autre, le côté mélancolique qui les retient constamment.

Le **colérique-flegmatique** vit une opposition. Celle-ci s'explique par la différence au niveau de l'intensité des émotions. De plus, le flegmatique est porté à la détente, alors que le colérique se sent coupable lorsqu'il est inactif. Combinaison plutôt rare, il est plus fréquent d'avoir affaire à un colérique qui sait se détendre une fois à la maison ou à un flegmatique extrêmement motivé par son travail.

L'étude des tempéraments et de leurs combinaisons aide à comprendre les qualités et les défauts naturels de chaque type. Comprendre les différences de tempéraments peut éviter bien de mauvaises surprises aux membres d'un couple, faciliter l'accueil et l'ajustement avec l'autre et améliorer les relations avec autrui.

Pour les lecteurs intéressés à en savoir plus, je recommande la lecture de **Personnalité Plus**, de Florence Littauer aux éditions « Un monde différent Ltée ».



AGA - AGA - AGA - AGA

*À inscrire
à votre agenda*

**Assemblée générale
annuelle**

27 mai 2005
Auberge Royal Versailles.
(anciennement Auberge Wandlyn Inn)

AGA - AGA - AGA - AGA

Bibliophile

CRITIQUE LITTÉRAIRE

Commentaire de livre

« *Knock-out* », combattre l'abus sexuel dans le sport

Auteur : Jean-Michel Soulard, sexologue éducateur, Éditions d'ici là

J'avais beaucoup d'attentes en regard de ce livre lorsque j'ai lu la jaquette. Ce livre se veut, entre autres, un guide pour les personnes œuvrant auprès de jeunes dans le monde du sport, de façon à y réduire les risques que ne soient commis des abus sexuels. Le sujet est noble et la cause des enfants nous tient tous à cœur. J'avais d'autant plus d'intérêt à lire ce livre que l'auteur mentionnait qu'il a lui-même pratiqué des sports d'équipe dans sa jeunesse. Il proposait donc au lecteur un alliage entre son expérience personnelle et son expérience professionnelle à titre de sexologue éducateur.

D'entrée de jeu, l'auteur propose des moyens concrets afin que les entraîneurs posent des limites claires entre eux et les enfants. Toutefois, en lisant ces moyens, j'ai rapidement constaté que l'auteur, malgré ses très bonnes intentions, propose des moyens qui responsabilisent beaucoup les enfants et responsabilisent très peu les entraîneurs.

Un élément positif toutefois : l'auteur relève certains éléments à remarquer dans l'attitude d'un jeune qui indiquerait que cet enfant pourrait être victime d'abus sexuel. L'auteur précise clairement que ces éléments ne sont pas des indicateurs directs d'un abus sexuel, mais en les lisant, le lecteur peut ainsi devenir plus vigilant quant à l'attitude des jeunes. Toutefois, en cas de doute en ce qui a trait aux comportements sexuels qu'un jeune pourrait adopter, l'auteur suggère à l'adulte d'utiliser son « gros bon sens » afin de déterminer ce qui est acceptable ou non. Plus qu'une question de « gros bon sens », des professionnels ont déjà établi dans des articles et livres ce qui est naturel ou non dans le développement psychosexuel d'un enfant. L'auteur aurait pu citer quelques ouvrages.

Selon l'auteur, si le lecteur a des doutes quant à un possible abus sexuel, il devrait se questionner. Ce n'est qu'à la 42^e page, d'un guide qui en compte 62, qu'il écrit que tout adulte est tenu d'informer la direction de la

Protection de la Jeunesse (DPJ) de ses doutes relatifs à un éventuel abus ou d'une négligence. Cette information devrait paraître plus tôt dans le livre et à plus d'un endroit. Les gens ont trop souvent tendance à croire qu'ils se doivent de vérifier que leurs doutes soient suffisamment fondés pour communiquer avec la DPJ. Comme les critères personnels varient d'une personne à l'autre, la Loi de la protection de la jeunesse oblige toute personne à communiquer immédiatement ses doutes à la DPJ, qui elle, a des critères et des moyens concrets pour vérifier si les doutes sont fondés. De plus, c'est souvent avec les meilleures intentions qu'un adulte peut, sans le vouloir, contaminer le discours de l'enfant et lui enlever toute crédibilité.

En résumé, je dirais que la prévention de l'abus sexuel dans le monde des sports est très pertinente. Toutefois, l'auteur gagnerait à faire davantage de recherches auprès de personnes qui travaillent en prévention et en traitement des abus sexuel (tant du côté des enfants que du côté des adultes). Ceci lui permettrait, à mon avis, d'être mieux documenté et ainsi, de mieux renseigner le lecteur. Il apprendrait également que des termes tels que « abuseurs » et « terrain de chasse » ne font qu'apposer des étiquettes et alimenter la peur du public. À quand la version révisée de ce livre?

Candy Carrier, M.A.
Sexologue clinicienne



Tous les documents et les livres de la chronique BIBLIOPHILE peuvent être empruntés par les membres en téléphonant au secrétariat de l'ASQ au (514) 270-9289.

Si vous êtes intéressé à donner quelques heures de votre temps, nous sommes à la recherche de personnes qui accepteraient de lire et de commenter les livres que nous recevons. La critique de ces livres permet au lecteur de mieux orienter son choix d'un document de lecture.

Renée Pichette, M.A.
Directrice générale par intérim

XVII^e CONGRÈS MONDIAL DE SEXOLOGIE

Du 10 au 15 juillet 2005
Palais des Congrès de Montréal

Prenez note que les inscriptions au congrès de la WAS de juillet 2005 seront possibles après le 28 février. Le coût sera alors de 650 \$ par inscription pour les personnes désirant s'inscrire en groupe.

L'incorporation... quoi de neuf ?

Au cours de l'automne dernier, un groupe de travail réuni en sous-comité a travaillé sur l'épuration des statistiques et sur les regroupements de variables afin de produire de nouveaux croisements. Ce travail permettra de faciliter la compréhension et la lecture des statistiques qui feront partie du document qui sera présenté à l'Office des professions du Québec (OPQ).

Lors d'une réunion tenue en décembre dernier, les trois groupes - le département de sexologie, le RPSQ et l'ASQ - se sont entendus pour engager une personne qui rédigerait le mémoire qui sera présenté en avril prochain à l'OPQ. Les coûts ont été répartis entre les trois groupes. La rédaction de ce mémoire est actuellement en cours. Une rencontre est prévue au début de mars.

Il est important de rappeler que l'OPQ a demandé de répondre à deux questions : « que font les sexologues » et « quels sont les préjudices potentiels pouvant être causés par les sexologues éducateurs dans leur pratique ? » Deux enquêtes ont été menées afin de répondre à ces questions.

André Duplessis, M.A.
Renée Pichette, M.A.
Comité ad hoc d'incorporation

