

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de l'éducation

La supervision clinique pour le maintien et le développement de la compétence des
conseillères et des conseillers d'orientation en début de carrière

par

Chantal Fournier

Essai présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences, M. Sc.

Maîtrise en orientation

Avril 2014

© Chantal Fournier, 2014

SOMMAIRE

La supervision clinique est bien instaurée dans le domaine de la psychologie, mais qu'en est-il du domaine de l'orientation? L'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ) s'est penché sur la question et propose une intégration de cette pratique auprès de ses membres. Depuis l'adoption du Projet de loi 21 en octobre 2012 modifiant le Code des professions qui reconnaît aux conseillères et conseillers d'orientation (c.o.) leur expertise en santé mentale, la profession a désormais des activités réservées.

La profession de conseillères et de conseillers d'orientation est complexe et demande la maîtrise de compétences spécifiques afin d'offrir un service de qualité auprès de la population. Par ces visées du développement de l'identité de la cliente ou du client en lien avec le travail et/ou la formation, la profession demande une formation de deuxième cycle universitaire. Tout au long de celle-ci, les étudiantes et les étudiants de l'Université de Sherbrooke sont accompagnés et soutenus par des personnes professionnelles expérimentées leur fournissant une supervision clinique pour toutes les activités pédagogiques relatives au counseling individuel et groupal. À la fin des études, ces personnes ont le titre de conseillère ou conseiller d'orientation en main avec une responsabilité importante à assumer, cette nouvelle professionnelle ou nouveau professionnel se retrouve sans soutien structuré et organisé, voire souvent seul face aux défis que représente la pratique en orientation.

Le début de carrière est une période particulièrement délicate. L'identité professionnelle est à définir, la confiance à établir, l'intégration de la théorie à la pratique à appliquer, une insertion professionnelle à réussir et des compétences à maîtriser. Alors, comment la supervision clinique peut-elle être un apport pour le développement et le maintien de la compétence en counseling de carrière auprès des conseillères et des conseillers d'orientation lors de l'entrée en carrière ?

Il s'avère que la supervision clinique offre un soutien par un accompagnement structuré et organisé favorisant un espace de réflexion sur sa pratique. Ces moments d'analyse réflexive sont précieux dans les premières étapes développementales de la compétence professionnelle du début de carrière. Au fil du temps, l'analyse réflexive se développe, l'autosupervision s'acquière et les besoins de supervision clinique tendent à diminuer. Ainsi, lors de l'entrée dans la profession, la supervision clinique serait essentielle afin de fournir des moments privilégiés de développement de la compétence, de l'identité et de la confiance.

Cet essai se veut une description du soutien que peut apporter la supervision clinique aux conseillères et des conseillers d'orientation en lien avec les étapes développementales du développement de la compétence en début de carrière. Les modèles susceptibles de bien documenter le sujet ont émergés à partir de la recherche documentaire et de son analyse.

Avec un modèle de soutien par la supervision clinique structuré et organisé par l'Ordre et offert par des personnes professionnelles chevronnées, les novices du domaine de l'orientation auraient un lieu de réflexion sur leur pratique favorable, non seulement au développement et au maintien de leurs compétences professionnelles, mais aussi bénéfique pour leur clientèle. De plus, une supervision structurée et organisée normalise le besoin de soutien et évite ainsi à la personne novice d'avoir un sentiment d'incompétence lorsqu'elle ressent un besoin d'aide.

Des recherches éventuelles pourraient amener un éclairage plus concret en étudiant l'effet d'une pratique de supervision clinique auprès des membres novices de l'orientation.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	3
LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES FIGURES	9
DÉDICACE	11
REMERCIEMENT	13
INTRODUCTION	17
PREMIER CHAPITRE – LA PROBLÉMATIQUE.....	21
1. LE CONTEXTE	21
1.1 L’accompagnement : <i>coaching</i> – mentorat – supervision clinique.....	23
1.2 La supervision clinique en formation et en stage	27
1.3 La fin des études, le début de carrière : la confiance ébranlée.....	28
1.4 Le soutien en début de carrière.....	29
2. LA SUPERVISION CLINIQUE EN ORIENTATION	30
3. LA PERTINENCE SOCIALE	30
4. LA QUESTION DE RECHERCHE	31
DEUXIÈME CHAPITRE – LA SUPERVISION CLINIQUE EN DÉBUT DE CARRIÈRE.....	33
1. LA SUPERVISION CLINIQUE : DÉFINITION.....	33
2. LA SUPERVISION CLINIQUE : DIMENSIONS	37
2.1 La dimension relationnelle	37
2.2 La dimension réflexive.....	38
2.3 La dimension évaluative.....	39
3. LA SUPERVISION CLINIQUE : MODÈLES.....	41
4. LE MODÈLE INTÉGRÉ QUÉBÉCOIS DE SUPERVISION CLINIQUE	44
4.1 Les caractéristiques de la personne supervisée	44
4.2 Le rôle des caractéristiques de la personne supervisée	45
4.3 Les savoirs et les tensions	46
4.4 Les enjeux fondamentaux et l’apprentissage	47
4.5 La subjectivité, l’intersubjectivité et la réflexion.....	48
4.6 Le développement des compétences	51

5.	LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE DE NOVICE À EXPERT : ÉTAPES	53
5.1	Les six étapes développementales de la compétence	53
5.2	Le processus de développement : 14 thèmes.....	54
TROISIÈME CHAPITRE – LA MÉTHODOLOGIE		57
1.	LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	57
2.	L'ANALYSE DOCUMENTAIRE.....	59
3.	LE DÉFI DE RÉALISATION	62
QUATRIÈME CHAPITRE – LA DISCUSSION		63
1.	LES TROIS PRINCIPAUX ÉLÉMENTS	64
1.1	Les besoins en début de carrière.....	65
1.2	L'autosupervision : processus d'intégration en début de carrière.....	67
1.3	Le rôle de la personne superviseure auprès de la personne professionnelle en début de carrière	71
2.	L'APPORT DE LA SUPERVISION CLINIQUE À L'ÉTAPE DU DÉBUT DE CARRIÈRE	73
2.1	L'analyse réflexive en interaction	75
3.	LA RELATION ENTRE LA SUPERVISION CLINIQUE, LES BESOINS ET LES ÉTAPES	76
CONCLUSION		81
1.	L'APPORT DE CETTE RECHERCHE.....	81
1.1	Les limites de cette recherche	82
1.2	Ce qu'éclaire cette recherche	82
1.3	Les retombées de la recherche.....	83
2.	L'OUVERTURE SUR D'AUTRES VOIES DE RECHERCHE	84
2.1	Les recommandations.....	84
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		87
ANNEXE A – SUPERVISION VERSUS L'ENSEIGNEMENT, LE COUNSELING ET LE CONSEIL.....		91
ANNEXE B – PREMIÈRE GÉNÉRATION DE MODÈLES		93
ANNEXE C – DEUXIÈME GÉNÉRATION DE MODÈLES.....		95
ANNEXE D – SIX ÉTAPES DÉVELOPPEMENTALES DE NOVICE À EXPERT ET 14 THÈMES.....		97

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Supervision versus l’enseignement, le counseling et le conseil	35
Tableau 2 – Compétences d’évaluation en supervision et les trois savoirs	40
Tableau 3 – Trois principaux éléments retenus et à analyser	60
Tableau 4 – Présentation des trois principaux éléments retenus	65
Tableau 5 – Apport de la supervision clinique pour le développement de la compétence à l’étape de l’entrée en carrière	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Première génération de modèles de supervision clinique	41
Figure 2 – Deuxième génération de modèles de supervision clinique	43
Figure 3 – Intégration des savoirs.....	47
Figure 4 – Systèmes dynamiques intersubjectifs – Dialogue asymétrique.....	49
Figure 5 – Paramètres fondamentaux de la supervision clinique	52
Figure 6 – Différentes formes d’accompagnement.....	58
Figure 7 – Supervision clinique et étapes développementales : impacts sur le développement de la compétence en début de carrière.....	78

DÉDICACE

*À ma mère qui
tout au long de sa vie et encore aujourd'hui,
a su me donner l'exemple d'une femme déterminée
à se tenir debout malgré l'adversité.*

*À mon fils,
pour sa présence dans ma vie,
son désir d'apprendre et mon amour pour lui.*

REMERCIEMENT

Lorsque la décision de faire un retour aux études s'est prise, j'avais 27 ans et le classement me positionnait au niveau de la sixième année du primaire. J'étais très loin de me douter que je ferais des études universitaires encore moins de deuxième cycle. Me voilà donc à rédiger les dernières lignes de l'essai qui clôture ce périple. Un travail de longue haleine qui n'aurait pas été possible sans la contribution de plusieurs personnes que je tiens à remercier chaleureusement.

En premier lieu, j'aimerais remercier le Professeur Réginald Savard, mon directeur d'essai. Dans un cadre souple, il a su, avec patience et douceur, alimenter ma réflexion, recadrer mon éparpillement et surtout m'encourager au bon moment. Je suis sincèrement très reconnaissante de votre soutien tout au long de mon projet d'essai.

Un merci aussi au professeur Rachel Belisle qui a su poser une marque sur la dernière activité pédagogique de la maîtrise. Même si, à priori, la méthodologie n'était pas dans mes cordes, la façon de rendre la matière, sa chaleur, son sens de l'humour, ont grandement contribué à dédramatiser la matière et la rendre plus accessible à mes yeux.

Un merci à deux professeures marquantes dans mon parcours universitaire. D'abord, à Cynthia Martigny pour m'avoir donné le goût du counseling et à Lucie Lamarche pour son approche accueillante en counseling et son influence chaleureuse.

Un merci spécial et chaleureux à mes amies précieuses, lectrices et correctrices; Ghislaine Boyer pour sa patience, son écoute, sa disponibilité et ses questions toujours pertinentes, Danielle Bergeron pour sa rapidité d'exécution, sa délicatesse, sa rigueur et la finesse de ses commentaires et Diane Bastien pour sa lecture attentive, la justesse de ses commentaires et l'intelligence de ses questions.

Un merci sincère à mon père Charles Fournier pour le maintien de son intérêt, ses encouragements et son soutien dans ce long parcours d'études. Un tendre merci à sa douce épouse Serena Buck pour son accueil et sa douceur.

Un merci bien senti à mon amie Danielle Smith, ma sœur. Avec son amitié inconditionnelle, elle a toujours su m'encourager dans mon aventure, particulièrement dans les moments plus sombres en me rappelant candidement les sacrifices et le chemin parcouru.

Un merci affectueux à mon fils, l'amour de ma vie, qui, tout au long de sa vie a su faire preuve de patience et d'acceptation des contraintes qu'imposent de vivre avec une mère aux études.

Un grand merci aussi à toutes les personnes passées dans ma vie et qui ont contribuées de près ou de loin à la réussite de mon projet d'études.



STEPHANE LAUZON
CRÉATEUR D'IMAGES

INTRODUCTION

Le domaine de l'orientation se transforme. Les compétences nécessaires à l'exercice de la profession se raffinent et se précisent. Depuis l'entrée en vigueur du Projet de loi 21, la profession de l'orientation exige une plus grande responsabilité et définit maintenant le champ de pratique ainsi

Évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu, intervenir sur l'identité ainsi que développer et maintenir des stratégies actives d'adaptation dans le but de permettre des choix personnels et professionnels tout au long de la vie, de rétablir l'autonomie socioprofessionnelle et de réaliser des projets de carrière chez l'être humain en interaction avec son environnement. (Gouvernement du Québec, 2012, p. 17)

L'OCCOQ veut maintenir la qualité de son offre de services aux clientes et aux clients dont il a la responsabilité d'en assurer la protection, et particulièrement la clientèle identifiée comme étant la plus vulnérable. Or, bien que les nouvelles professionnelles et nouveaux professionnels de l'orientation ont acquis des connaissances et des compétences au cours de leur formation, il n'en demeure pas moins que leurs compétences ne sont pas consolidées à l'entrée en carrière. Néanmoins, les attentes de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ) demande à ses membres de démontrer leurs compétences, quel que soit le nombre d'année d'expérience, par « des actions, observables et concrètes [...] et qui supposent la maîtrise de connaissances et d'habiletés, de même que la présence d'attitudes susceptibles de qualifier ces actions et responsabilités. » (Profil de compétence, OCCOQ, 2010). Avec une telle prémisse, n'est-il pas difficile pour une nouvelle professionnelle ou un nouveau professionnel à la sortie de l'université d'avouer son manque de compétence en demandant du soutien lorsque le besoin se fait sentir? À ce propos, quels sont ces besoins en début de carrière? Quels sont les services mis en place par l'OCCOQ pour y répondre? Comment se développent les compétences

professionnelles en début de carrière? En quoi et comment le soutien par la supervision clinique peut être favorable? Comment et sur quoi cette dernière agit-elle?

Partant de ces questionnements et réflexions, le présent essai a comme objectif d'amener un éclairage sur le plan du développement des connaissances concernant l'apport de la supervision clinique durant la période de l'entrée dans la profession, les toutes premières années suivant la fin des études universitaires de deuxième cycle. La présente recherche documentaire propose une réflexion sur l'amélioration de la pratique en stimulant le développement de la culture de la supervision clinique au sein de la profession de l'orientation pour le développement de la compétence des conseillères et conseillers d'orientation.

La présente recherche conduit à l'émergence de thèmes récurrents et efficaces du soutien par la supervision clinique auprès des personnes professionnelles novices pour le maintien et le développement de la compétence en début de carrière. On y retrouve entre autre, 1) les dimensions, relationnelle – réflexive – évaluative, 2) les trois savoirs avec le savoir-être comme le porteur de changement, 3) l'exploration et la compréhension des dimensions et des savoirs, 4) le développement de l'analyse réflexive, l'incontournable au développement de la compétence.

La profession de l'orientation demande un effort constant de réflexion sur sa pratique afin d'offrir une intervention optimale pour sa clientèle. La recherche documentaire, en considérant la définition de la supervision clinique de Bernard et Goodyear (2014), a utilisé le modèle intégré de supervision clinique de Lecomte et Savard (2004) pour faire des liens avec les étapes développementales de la compétence de novice à expert de Rønnestad et Skovholt (2003). Tenant compte des besoins des personnes professionnelles en début de carrière à une étape précise développementale, il ressort que la supervision clinique peut être un apport durant cette période de changement et peut aider à apaiser certaines anxiétés provoquées par l'adaptation qu'impose souvent un changement.

La présente recherche comporte quatre chapitres. Le premier chapitre part d'une préoccupation de l'OCCOQ d'assurer le développement des compétences de ses membres par la supervision clinique. À la suite d'une précision apportée quant à certains termes liés à l'accompagnement comme le mentorat, le *coaching* et la supervision clinique, ce chapitre met en relief l'absence de soutien organisé en début de carrière pour ces nouvelles professionnelles ou nouveaux professionnels en quête de repères pour répondre à leurs besoins et calmer leurs appréhensions face aux nouvelles responsabilités qu'exigent le titre de c.o..

Le second chapitre, s'appuyant sur la définition de Bernard et Goodyear (2014), propose une description de la supervision clinique vu par différentes auteures et différents auteurs, ses fondements, ce qui la compose, comment et sur quoi elle agit et fait ressortir les principales dimensions relationnelle, réflexive et évaluative nécessaires à une supervision clinique efficace. On y fait état que dans une relation de confiance où des règles bien établies dans une alliance mutuelle en supervision clinique favorisent l'espace réflexive nécessaire au développement de la compétence et à l'amélioration de la pratique de l'intervention.

Le modèle intégré de supervision clinique de Lecomte et Savard (2004) à travers ses paramètres fondamentaux considère le savoirs, savoir-faire et savoir-être dans une dynamique de boucle où, à chaque supervision clinique, la personne superviseuse se met au service de la personne supervisée tenant compte à la fois de ses intentions d'intervention, de son comportement à l'appliquer et de son expérience vécue. L'exploration et la compréhension de cette dynamique, pour la personne professionnelle débutante, favorise donc le développement de l'analyse réflexive menant à la mise en action concrète d'objectif de développement de compétence. De plus, le modèle de Rønnestad et Skovholt (2003) est présenté avec ses étapes développementales des compétences professionnelles tout au long de la vie. Dans la présentation du modèle, on peut constater les besoins de soutien lors de l'entrée en carrière et la contribution de la supervision clinique comme une condition incontournable au développement de l'analyse réflexive.

Le troisième chapitre décrit la démarche méthodologique privilégiée pour cet essai. Il s'agit d'une recherche documentaire principalement effectuée à partir de la banque de données EBSCOhost. D'abord, il est question de la démarche conduisant aux concepts de la supervision clinique et de l'étape de l'entrée en carrière suivi de l'analyse documentaire afin d'illustrer les liens avec la problématique.

Ensuite, dans le but de répondre à la question de recherche de cet essai, à savoir : « Que pourrait être l'apport de la supervision clinique pour le développement et le maintien de la compétence en counseling de carrière auprès des conseillers et des conseillères d'orientation en début de carrière ? », le quatrième chapitre propose l'intégration du modèle intégré de supervision clinique de Lecomte et Savard (2004) à l'étape de l'entrée en carrière de Rønnestad et Skovholt (2003) en démontrant sa contribution concrète pour le développement de la compétence des conseillères et des conseillers d'orientation à l'entrée dans la carrière.

En dernier lieu, la conclusion présente l'apport de cette recherche, les limites et offre des pistes de réflexion quant à des recommandations pour la mise en place de la culture de supervision clinique auprès des membres de l'OCCOQ.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, il est question dans un premier temps de faire le point sur certains termes liés à l'accompagnement d'une personne expérimentée dans un domaine spécifique envers une personne novice, souvent, dans le même domaine tel que : mentorat, *coaching*, supervision clinique. Aussi, la transition du statut d'étudiant à celui de professionnel sera brièvement abordée en lien avec l'accompagnement ou non de supervision clinique. Ensuite, est présenté un court portrait des difficultés vécues en début de carrière pour les conseillères et conseillers d'orientation face aux attentes de l'Ordre professionnel quant aux compétences à posséder et à maîtriser. Ce qui amène à questionner l'apport de la supervision clinique sur le développement et le maintien des compétences en counseling de carrière individuel.

1. LE CONTEXTE

Au Québec et dans plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) « la nature et le contenu de la formation en orientation professionnelle représentent un enjeu majeur pour les décideurs, qui influe sur leur capacité à fournir des services appropriés à divers groupes de clients. » (OCDE, 2004, p. 110). L'orientation professionnelle est appelée à se réorganiser, se renforcer (OCDE, 2004, p.109).

Dans le même sens, l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ) encourage aussi la formation continue et met en œuvre des moyens pour améliorer la compétence de ses membres. En 2003, l'OCCOQ s'est donnée comme objectif de maintenir les moyens pour améliorer la compétence des membres (Verville, 2008, p. 3). À la suite d'un sondage auprès des conseillers et conseillères d'orientation (c.o.) sur la pertinence de ce maintien, Verville (2008) rapporte que 96 % des répondantes et répondants sont en faveur du maintien des moyens mis en œuvre « [...]

pour améliorer la compétence des membres », ce qui a amené à créer « de nouveaux services, telle la supervision clinique » (p. 3).

Puis, l'OCCOQ, toujours dans un souci de développement des compétences par le biais de la formation continue, tend à intégrer la supervision. Bien que le terme supervision ne soit pas défini, l'OCCOQ dans la Politique de développement des compétences (2011) propose plusieurs types d'activités de formation continue parmi lesquelles se trouvent des formes d'accompagnement comme la supervision et le groupe de codéveloppement professionnel.

Plus récemment l'OCCOQ poursuit son offre, raffine le terme *supervision* en y ajoutant *clinique*, et propose dans sa planification stratégique 2011-2014, et ce, dans un objectif de « consolider et développer les pratiques des conseillers d'orientation pour assurer le bien-être et la sécurité du public », de « valoriser la culture de *supervision clinique* et la rendre plus accessible » (p. 7). Cette cible à atteindre fait partie des axes d'interventions prioritaires concernant la formation continue des c.o. et s'inscrit dans la poursuite de l'application du Code de déontologie des membres de l'OCCOQ, où l'article 44 stipule que « le membre doit assurer au public la qualité de ses services professionnels », et ce, « en assurant la mise à jour, le maintien et le développement de sa compétence » (p. 4).

D'ailleurs, les c.o. sont enclins à considérer l'accompagnement pour le développement de leurs compétences. À ce propos, les c.o. ont répondu à un sondage révélant que « quatre-vingt-sept pour cent des répondants connaissaient l'existence du programme de mentorat et 91% le considéraient comme essentiel ou très important » (Verville, 2008, p. 3). Par contre, un faible pourcentage s'en prévaut. À ce sujet, Michel Turcotte, alors président du secteur orientation de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OCCOPPQ), a rapporté en 2006 que le pourcentage des membres ayant bénéficié d'un accompagnement professionnel nommé *coaching* et mentorat, au cours des cinq années

précédentes est de 16 % pour les c.o. œuvrant en milieu scolaire et 33 % en employabilité » (p. 2).

1.1 L'accompagnement : *coaching* – mentorat – supervision clinique

Pour arriver à distinguer certains termes de la littérature faisant référence à l'accompagnement professionnel (*coaching*, mentorat, supervision clinique), il apparaît essentiel d'en faire une brève présentation.

Dans cet essai, le terme supervision clinique fait référence au processus complexe d'accompagnement auprès de professionnelles ou professionnels en relation d'aide. La définition de la supervision clinique servant de référence pour cet essai est celle de Bernard et Goodyear (2014) et elle se lit (traduction libre¹) comme suit :

La supervision est une intervention prodiguée par une personne sénior d'une profession à un collègue plus jeune ou à un collègue qui habituellement (mais pas toujours) est membre de la même profession. Cette relation

- est de nature évaluative et hiérarchique,
- s'étend au fil du temps, et
- a simultanément comme but l'amélioration des compétences professionnelles des personnes plus novices; la supervision de la qualité des services professionnels offerts à leur clientèle; et sert de gardien de la profession dans laquelle la personne supervisée envisage d'entrer. (Bernard et Goodyear, 2014, p. 9)

Aussi, la dénomination personne superviseuse est attribuée à la personne qui aide et personne supervisée à celle qui reçoit l'aide, souvent une professionnelle ou un professionnel en relation d'aide et la dénomination personne cliente est la personne aidée par la personne supervisée.

¹ Supervision is an intervention provided by more senior member of a profession to a more junior colleague or colleagues who typically (but not always) are members of that same profession. This relationship

- is evaluative and hierarchical,
- extend over time, and
- has the simultaneous purposes of enhancing the professional functioning of the more junior person(s); monitoring the quality of professional services offered to the clients that she, he, or they see; and serving as a gatekeeper for the particular profession the supervisee seeks to enter. (Bernard et Goodyear, 2014, p. 9)

Baron et Morin (2010) parlent du *coaching* dans les organisations et il est intéressant de constater que ses fondements ont des similarités avec la supervision clinique. Comme pour la supervision clinique, les auteurs mentionnent que le *coaching* peut s'appuyer sur des modèles cliniques, soit comportemental, systémique ou socioconstructiviste et précisent que « le coaching de gestionnaires est une démarche d'accompagnement professionnel axée sur le développement des compétences » (*Ibid.*, p. 54). Cette démarche est cependant liée à un « poste actuel ou futur » (*Ibid.*, p. 54) et son objectif est « d'améliorer l'efficacité personnelle au travail, de façon cohérente par rapport aux stratégies d'affaires de l'organisation » (*Ibid.*, p. 48). La démarche de supervision clinique, quoiqu'elle aussi liée au développement de compétences, vise plutôt une efficacité au profit de la clientèle desservie et de sa protection.

De plus, contrairement à la supervision clinique qui est régie par un code d'éthique², le *coaching* n'étant pas une profession reconnue par le code des professions du Québec, Baron et Morin (2010) mentionnent qu'il n'y a pas de code d'éthique formel et ajoutent que conséquemment, la responsabilité revient aux organisations de s'en créer un.

Delivré (2004) quant à lui, décrit le métier de *coach* comme nouveau avec de multiples définitions où « la plus fréquente, consiste à restreindre le coaching à l'accompagnement d'une personne dans son contexte professionnel ou à l'étendre au contraire à l'ensemble de la vie personnelle, relationnelle, etc. » (p. 2).

Cette définition, Baron et Morin (2010) l'attribuent au mentorat. Selon eux, le mentorat a une plus large étendue puisque non seulement il se passe entre une personne expérimentée et une personne débutante pour lui apporter soutien dans le développement de carrière et dans l'avancement à occuper un nouveau poste, mais s'étend en dehors du travail en aidant à « favoriser la croissance personnelle et professionnelle du protégé, son identité de même que le sentiment de sa propre valeur » (*Ibid.*, p. 48).

² Association canadienne de psychologie, Lignes directrices de l'éthique de la supervision clinique pour la psychologie : enseignement, recherche, pratique et administration (traduction libre) de Ethical guideline for supervision in psychology: Teaching, research, practice and administration.

Dans le même ordre d'idées, à la différence du *coaching* de Baron et Morin (2010) faisant référence à une démarche d'accompagnement uniquement professionnel, Martineau, Portelance et Presseau (2010) parlent du mentorat comme une relation à la fois professionnelle et personnelle entre la personne mentor et la personne mentorée. Le mentorat, toujours selon Martineau *et al.* (2010), réfère à trois processus : l'accompagnement, l'enseignement et l'interaction relationnelle. Ils les présentent comme des activités de soutien, d'aide professionnelle ou de formation continue. L'objectif est la résolution de problèmes entre une personne expérimentée au service d'une personne débutante s'appuyant sur une « relation de coopération, dans une transition vers une nouvelle réalité et dans ses apprentissages vers le développement de son potentiel personnel et professionnel » Lusignan (2003a, dans Martineau *et al.*, 2010, p. 6).

Cette définition est également partagée par Chao (2009). Dans son article sur le mentorat, elle mentionne que « traditionnellement, les mentors sont des professionnels expérimentés qui sont personnellement impliqués dans le développement de la carrière d'un jeune professionnel, ou un mentoré » (traduction libre³) (p. 314). Lorsqu'elle présente le mentorat, elle le différencie à d'autres relations liées au développement professionnel, comme celles avec des personnes professeuses ou superviseuses, en termes d'intensité et d'engagement (traduction libre⁴) laissant entendre une plus grande implication. Cuerrier (2001) aussi définit le mentorat comme l'action « de favoriser le développement psychologique, le développement de compétences et le développement professionnel » (p.13) de la personne mentorée favorisant ainsi l'émergence « de rêve de vie » (*Ibid.*, p. 13). Bien que le mentorat ne soit pas régi par le Code des professions du Québec, sur le site de Mentorat Québec on encourage l'encadrement de cette pratique par des règles définies dans un code d'éthique. Sur son site, Mentorat Québec propose cette définition :

³ “traditionally, mentors are experienced professionals who are personally involved in the career development of a junior professional, or mentee” (p. 314).

⁴ “Mentoring differs from other developmental relationships, such as those with teachers or supervisors, in terms of its intensity and involvement” (p. 314).

Le mentorat est une relation interpersonnelle de soutien, d'échanges et d'apprentissage, dans laquelle une personne d'expérience investit sa sagesse acquise et son expertise afin de favoriser le développement d'une autre personne qui a des compétences à acquérir et des objectifs professionnels à atteindre. (Mentorat Québec, n.p.)

Clauw, Deplus et Philippot (2011), dans leur étude sur supervision clinique en formation à la psychothérapie la définissent aussi comme « une relation collaborative éducative et formative entre un superviseur officiel et un apprenant/supervisé » (p. 4). Tout en visant le développement de la compétence de la personne supervisée et en considérant le travail thérapeutique effectué par cette dernière auprès des personnes clientes, elle diffère sur la possibilité de se prolonger dans le temps (*Ibid.*, p. 4).

Marc (2009) affirme qu'« il existe aujourd'hui un large consensus dans la profession pour souligner l'importance de la supervision pour tous les psychothérapeutes, et plus spécialement pour celles et ceux qui débutent dans la pratique » (p. 157). Il ajoute que « cette exigence reconnue constitue une garantie de sérieux et une protection des patients, mais aussi des praticiens eux-mêmes » (*Ibid.*, p. 157).

Jusqu'ici on a vu que le *coaching* et le mentorat sont une relation entre deux personnes souvent dans un objectif d'avancement dans une entreprise alors que la supervision clinique s'étend au-delà de deux personnes.

En somme, il demeure difficile de distinguer ces termes, car les définitions de *coaching*, mentorat ou supervision se ressemblent, se recourent et ont tous comme objectif le développement des compétences professionnelles de la personne supervisée, qu'elle soit expérimentée ou débutante. Le mentorat et le *coaching* sont surtout associés au développement de la compétence dans un objectif de promotion, de rentabilité au profit partagé par la personne recevant le service et l'organisation qu'elle dessert. D'ailleurs, Chao, Walz, et Gardner (1992 dans Chao, 2009) mentionnent que « certains éléments de preuve ont montré que les individus mentorés reçoivent plus de promotions

et sont plus fortement récompensés que les individus non mentorés » (traduction libre⁵) (p. 314).

La supervision clinique diffère. Son orientation est davantage vers le développement de la personne supervisée, non pas dans un objectif de rentabilité, mais plus spécifiquement dans un objectif de développement des compétences avec la préoccupation de la protection de la clientèle desservie, soit le public.

1.2 La supervision clinique en formation et en stage

Tout au long de ses études, la personne étudiante en orientation du Département d'orientation professionnelle de l'Université de Sherbrooke est accompagnée spécifiquement lors des activités pédagogiques de counseling de carrière. Que ce soit en counseling de carrière individuel ou groupal, à chaque fois qu'elle est en présence de personne cliente, elle bénéficie de supervision clinique, et ce, en incluant le stage final de maîtrise. Cette supervision est généralement dispensée par des conseillères et conseillers d'orientation expérimentés qui doivent se conformer à l'article 6 du Règlement sur les dossiers, les cabinets de consultation et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec. Il stipule que « le conseiller d'orientation qui agit à titre de superviseur ou de conseiller clinique doit tenir un dossier de supervision ou de consultation en y consignnant ses interventions, incluant les éléments mentionnés aux articles 3 et 5 » (p. 2).

À ce sujet, l'étude de Clauw *et al.* (2011) fait état de l'importance qu'occupe la supervision clinique dans le processus de formation auprès de personnes en relation d'aide, soit les psychothérapeutes. On souligne également que « La supervision occupe une place de première importance dans la préservation du professionnalisme de l'apprenant quel que soit son niveau d'expertise » (Sholomkas *et al.*, 2005; Westbrook et Sedgwick-Talor, 2008, dans Clauw *et al.*, 2011, p. 4). Dans cette étude, les auteurs soulèvent le rôle de la supervision clinique sur le « transfert des acquis d'une formation

⁵ “some evidence has shown that mentored individuals receive more promotions and are more highly compensated than non mentored individuals” (p. 314).

à la pratique psychothérapeutique et dans l'amélioration des compétences professionnelles du thérapeute » (Watkins 1997; Lecomte, Drouin, Savard et Guillon, 2004; Westbrook et Sedgwick-Talor, 2008; Milne, 2009, dans Clauw *et al.*, 2011, p. 4).

1.3 La fin des études, le début de carrière : la confiance ébranlée

Comme on l'a déjà souligné, la future professionnelle ou le futur professionnel de l'orientation est accompagné en supervision clinique tout au long de sa formation à la maîtrise. Toutefois, une fois sa formation terminée, plus rien. S'il veut bénéficier de supervision, ce dernier doit trouver les ressources par lui-même. La supervision clinique ne faisant pas partie intégrante du cheminement professionnel de la pratique en orientation, la nouvelle professionnelle ou le nouveau professionnel, à peine ses études universitaires de deuxième cycle terminées, arrive donc dans la profession sans soutien formel. Cette personne doit composer, souvent seule, avec toute la complexité que sa profession exige. À ce sujet, dans le profil des compétences de l'OCCOQ, les attentes sont claires : les six compétences doivent être « manifestes dès l'intégration du conseiller d'orientation au marché du travail » (Profil de compétences, OCCOQ, 2010, p. 3). La nouvelle professionnelle ou le nouveau professionnel doit, dès son entrée dans la profession, être en mesure d'évaluer la situation de manière rigoureuse, de concevoir l'intervention en orientation, d'intervenir directement, d'exercer un rôle-conseil auprès d'autres acteurs, d'évaluer les impacts des interventions en orientation tout en gérant sa pratique de manière à en assurer la rigueur et la pertinence. Le tout, conformément aux normes en vigueur régies par son code de déontologie (Profil de compétences, OCCOQ, 2010).

À ce stade-ci, on peut penser que la conseillère ou le conseiller d'orientation nouvellement admis à l'OCCOQ rencontre des difficultés et vit un certain stress de performance en début de carrière. Ces conseillères et conseillers d'orientation novices doivent composer avec les théories qui régissent leur profession, les caractéristiques pluridimensionnelles de leur clientèle de même que les leurs ainsi que les subjectivités et intersubjectivités sans oublier l'alliance à créer et à maintenir au cours d'un processus de

counseling de carrière individuel ou groupal. De surcroît, ces personnes doivent, entre autres, posséder les connaissances relatives à l'information scolaire et professionnelle (ISEP) en plus d'être au fait des programmes et services sociaux du secteur desservi pour ne nommer que ceux-là. Conséquemment, Ranjard (2009), au sujet des psychothérapeutes, mentionne qu'en « début de carrière (les toutes premières années), l'essentiel est l'ajustement de la confiance en soi. Le plus souvent le débutant doute : qui suis-je pour me permettre de « thérapiser » ? » (p. 85).

En quelques mots, beaucoup de questionnements et d'insécurités sont vécus par les conseillers et conseillères d'orientation en début de carrière. Les compétences sont à raffiner, la confiance en soi peut être ébranlée et l'intégration dans un nouveau milieu n'est qu'une partie des défis à relever lors de l'entrée dans la profession de l'orientation.

1.4 Le soutien en début de carrière

Avec tous ces doutes, sans la pratique établie de supervision clinique en orientation et avec l'énoncé du profil de compétences à l'effet que ces dernières doivent être « manifestes dès l'intégration du conseiller d'orientation au marché du travail » quelques questions se posent : Cela n'envoie-t-il pas un message de compétences absolues suggérant que les personnes débutantes en orientation doivent posséder les « savoirs » ? Par ricochet, ne devient-il pas difficile pour ces personnes de demander de l'aide ? Où et vers qui se tourner sans avoir une impression d'incompétences ? Lecomte et Savard (2004) mentionnent que devant ses interrogations, l'intervenante ou l'intervenant fera appel à ses consœurs et confrères ou cherchera dans les livres pour trouver des réponses. Notamment, cette personne peut recevoir des trucs et des recommandations présentés de façon désinvolte de sorte qu'en début de carrière la personne novice trouve difficile d'appliquer les conseils qui, « trop souvent [...] prend la forme de recommandations ou de prescriptions suggérant de façon implicite l'incompétence de cette dernière » (*Ibid.*, p. 317). La personne débutante ayant déjà une confiance à renforcer la voit ébranlée et peut facilement remettre ses compétences en

question ce qui peut « engendrer des sentiments d’humiliation et de honte » (*Ibid.*, p. 317).

2. LA SUPERVISION CLINIQUE EN ORIENTATION

La supervision clinique est bien établie dans certains domaines du social (ex. enseignement et psychologie), mais à notre connaissance, elle est peu présente dans les écrits du domaine de l’orientation professionnelle. Pourtant les études traitant du sujet démontrent l’efficacité de cette dernière pour le développement des compétences en psychologie, en psychothérapie ou en enseignement. Malgré le fait que « la supervision fait partie des activités formatrices le plus souvent pratiquées par les psychologues psychothérapeutes » elle est « encore trop peu élaborée » (Clauw *et al.*, 2011a, p. 3). La supervision clinique démontre son efficacité pour développer des compétences thérapeutiques et a comme objectif « le développement de la compétence à offrir des interventions optimales » (Lecomte et Savard, 2004, p. 316). Boudreau (2009) va dans le même sens en présentant un schéma où les compétences de la personne supervisée se développent au fil des supervisions reçues.

En orientation l’accompagnement se précise et les termes se raffinent. L’OCCOQ en 2011 dans sa Politique de développement des compétences suggère la supervision comme type d’accompagnement pour maintenir et développer les compétences professionnelles de ses membres. Le terme *clinique* ajouté à celui de *supervision* fait ensuite son apparition dans la Planification stratégique 2011-2014.

3. LA PERTINENCE SOCIALE

À partir de la présente problématique, le concept de supervision clinique en début de carrière semble pertinent. En ce sens, les difficultés vécues en début de carrière pour les conseillères et conseillers d’orientation face aux attentes de l’OCCOQ quant aux compétences à posséder et à maîtriser, la confiance en soi fragile et une identité professionnelle en développement sont autant de raison d’étudier le concept de supervision clinique et d’explorer son influence sur le développement de la compétence

professionnelle en début de carrière. De plus, bien que les nouvelles professionnelles et nouveaux professionnels de l'orientation aient reçu une solide formation, il reste tout de même à consolider leurs compétences lors de l'entrée en carrière. L'implantation de la culture de la supervision clinique au sein de la profession comme un incontournable pourrait, en quelque sorte, faire office de protection face à un sentiment d'incompétence pour la personne professionnelle demandant les services de supervision clinique comme soutien en début de carrière.

Le développement de la compétence renforce-telle la confiance et l'identité professionnelle? Ce qui amène à questionner l'apport de la supervision clinique sur le développement et le maintien des compétences en counseling de carrière individuel.

Donc, le recours à la supervision clinique comme moyen de formation et de développement des compétences en début de carrière, est-il un moyen efficace? Avant de se prononcer sur cette question, il est nécessaire de connaître ce qui a été écrit sur ce type de pratique, de bien définir ce qu'est la supervision clinique et d'en comprendre les enjeux, les diverses modalités de pratique ainsi que son apport sur le développement et le maintien des compétences des professionnelles et professionnels œuvrant dans le domaine de la relation d'aide. Ensuite, voir comment ces informations peuvent enrichir et servir, comme l'Ordre le propose, la formation continue pour le développement des compétences et de l'identité professionnelle des conseillères et conseillers d'orientation tout en considérant la protection de la clientèle.

4. LA QUESTION DE RECHERCHE

Compte tenu de ce qui précède, l'objectif de cet essai d'identifier ce que pourrait être l'apport de la supervision clinique pour le développement et le maintien des compétences des conseillères et des conseiller d'orientation lors de l'entrée en carrière. Une recherche documentaire sera effectuée afin de relever les études qui traitent du sujet. Vu le faible nombre d'études sur la supervision clinique en orientation, un élargissement de la recherche dans le domaine de la psychologie sera effectué. Ce qui amène à la question de recherche suivante : « Que pourrait être l'apport de la supervision

clinique pour le développement et le maintien de la compétence en counseling de carrière auprès des conseillers et des conseillères d'orientation en début de carrière ? ».

DEUXIÈME CHAPITRE

LA SUPERVISION CLINIQUE EN DÉBUT DE CARRIÈRE

Partant d'une préoccupation de l'OCCOQ d'offrir la supervision clinique afin de développer et maintenir les compétences des c.o., tout comme ces derniers aussi s'en soucient, le chapitre précédent a tenté d'exposer le passage de la formation à la pratique des étudiantes et étudiants universitaires de deuxième cycle en orientation et le vide apparent quant au soutien lors de l'intégration dans la profession. Alors, en quoi le soutien en début de carrière, par la supervision clinique, peut-il contribuer à la poursuite du développement ainsi qu'au maintien de la compétence de la professionnelle ou du professionnel novice en orientation?

Afin de fournir quelques précisions, ce chapitre présente en première partie, les assises de la supervision clinique suivi d'une brève description de l'évolution des modèles qui l'ont forgée au fil des ans. Le tout, pour arriver jusqu'à nos jours et s'attarder plus en détail à un modèle québécois de supervision clinique. La seconde partie traite de l'influence de la supervision clinique sur le développement des compétences professionnelles et ce, tout au long de la vie professionnelle, de novice à expert.

1. LA SUPERVISION CLINIQUE : DÉFINITION

La supervision clinique, comme il en a été fait mention précédemment, fait référence à une relation entre une personne en apprentissage ou en développement de compétences dans un domaine professionnel et une personne expérimentée, souvent dans le même domaine avec un objectif d'apprentissage et de développement gardant en tête la protection de la clientèle. Puisque l'essai s'appuie sur la définition de la supervision clinique de Bernard et Goodyear (2014) et vu l'importance de celle-ci, il apparaît important de la rapporter de nouveau en ce début de chapitre :

La supervision est une intervention prodiguée par une personne sénior d'une profession à un collègue plus jeune ou à un collègue qui habituellement (mais pas toujours) est membre de la même profession. Cette relation

- est de nature évaluative et hiérarchique,
- s'étend au fil du temps, et
- a simultanément comme but l'amélioration des compétences professionnelles des personnes plus novices; la supervision de la qualité des services professionnels offerts à leur clientèle; et sert de gardien de la profession dans laquelle la personne supervisée envisage d'entrer. (traduction libre⁶) (Bernard et Goodyear, 2014, p. 9)

De plus, il est important de mentionner que la supervision clinique peut s'appuyer sur des sources américaines et canadiennes pour guider sa conduite. Aux États-Unis, pour devenir une personne superviseure, on doit d'abord se faire reconnaître les compétences en counseling comme conseillère ou conseiller certifié national (*National Certified Counselor, NCCs*) par *National Board for Certified Counselors (NBCC)* (Bernard et Goodyear, 2014, p. 349). Ensuite, la personne qui désire devenir superviseur doit être approuvée comme ayant les compétences en supervision par *The Approved Clinical, Supervisor (ACS)* et suivre les lignes directrices du guide américain *Ethical Guideline for Counseling Supervisor*, de l'*Association for Counselor Education and Supervision (ACES)*.

Au Canada, on se souviendra que la supervision clinique est assumée principalement en psychologie. La personne de ce domaine qui aspire à exercer la supervision doit minimalement avoir obtenu un diplôme de doctorat. Pour accompagner ces personnes superviseures, le guide canadien servant de lignes directrices est celui intitulé *Lignes directrices pour une éthique en supervision : recherche, enseignement, pratiques et administration* de l'association canadienne de psychologie.

⁶ Supervision is an intervention provided by more senior member of a profession to a more junior colleague or colleagues who typically (but not always) are members of that same profession. This relationship

- is evaluative and hierarchical,
- extend over time, and
- has the simultaneous purposes of enhancing the professional functioning of the more junior person(s); monitoring the quality of professional services offered to the clients that she, he, or they see; and serving as a gatekeeper for the particular profession the supervisee seeks to enter⁶. (Bernard et Goodyear, 2014, p. 9)

Bien qu'à certains égards, elle se compare à l'enseignement, à la psychothérapie et à la consultation en santé mentale, la supervision clinique reste une intervention bien distincte (Bernard et Goodyear, 2014, p. 9). Lecomte et Savard (2004) aussi reconnaissent « la supervision [...] comme un processus d'apprentissage unique qui se singularise par ses objectifs, ses procédures, ses méthodes et ses modalités spécifiques d'évaluation » (p. 325). Le tableau suivant présente les ressemblances et les différences de la supervision clinique par rapport à l'enseignement, à la thérapie et au conseil.

Tableau 1
Supervision versus l'enseignement, le counseling et le conseil⁷

	Similitudes	Différences
<i>Supervision</i> vs <i>Enseignement</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les deux ont le but de conférer de nouvelles compétences et connaissances. ▪ Les deux ont des fonctions d'évaluation et de supervision. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tandis que l'enseignement est porté par un ensemble de programmes et de protocoles, la supervision est guidée par les besoins de la personne supervisée et ses clients.
<i>Supervision</i> vs <i>Counseling / thérapie</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les deux peuvent offrir des réponses aux problématiques comportementales, cognitives ou affectives des bénéficiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout travail thérapeutique avec une personne supervisée doit être seulement pour accroître l'efficacité lors du travail avec les clients. ▪ La supervision est évaluative, alors que le counseling ne l'est pas. ▪ La personne cliente a souvent un plus grand choix de thérapeutes que la personne supervisée de personne superviseure.
<i>Supervision</i> vs <i>Consultation (conseil)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les deux sont soucieux d'aider la personne supervisée à travailler professionnellement et plus efficacement. ▪ Pour les stagiaires plus avancés, les deux fonctions peuvent devenir indiscernables. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La consultation est une relation égalitaire alors que la supervision est hiérarchique. ▪ La consultation peut être un évènement ponctuel, tandis que la supervision s'échelonne dans le temps. ▪ La consultation est généralement plus librement recherchée que la supervision. ▪ La supervision est évaluative, alors que la consultation ne l'est pas.

Tiré de Bernard, J.-M. et Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5^e éd). Upper Saddle River, N.J: Pearson/Merrill. (1^{re} éd. 1992). p. 10

⁷ Supervision versus Teaching, Counseling, and Consultation (annexe A).

Pour Rodenhauser (1997) il n'y a pas de doute,

La supervision clinique représente [...] le lieu privilégié pour favoriser le développement de l'efficacité professionnelle parce qu'elle constitue l'expérience la plus déterminante du développement de l'identité et de la compétence scientifique et professionnelle du futur psychothérapeute. (Rodenhauser (1997, dans Lecomte, Savard, Drouin et Guillon, 2004, p. 94)

La supervision clinique occupe une place importante dans le processus de formation des psychothérapeutes⁸ et tout au long de leur vie professionnelle. À ce sujet Ranjard (2009) mentionne même que si le psychothérapeute « s'abstient de se faire superviser, il n'est plus psychothérapeute » (p. 82). C'est dire la place que la profession accorde à la supervision clinique.

Le domaine de psychothérapie et le domaine de l'orientation sont apparentés. Les pratiques de ces professions se ressemblent et se comparent. Lecomte et Guillon (2000) se sont penchés sur leurs ressemblances et leurs différences dans un article sur le counseling personnel, le counseling de carrière et la psychothérapie. Pour ces auteurs, le counseling de carrière est vu « comme une approche intégrée de la pratique du counseling de carrière et la psychothérapie, tenant compte de leur spécificité et de leur similarité » (p. 134).

Pour Boudreau (2009), la supervision clinique est une relation entre une personne novice et une expérimentée où les expériences, besoins, habiletés et motivations de la personne supervisée, autant que celle de la personne superviseuse, se côtoient tenant compte du contexte dans lequel la supervision est exercée. Marc (2009) ajoute que « la supervision est une pratique complexe et difficile » et « le travail qu'elle suppose concerne plusieurs niveaux et implique plusieurs personnes : le thérapeute supervisé, son patient, le superviseur et souvent le thérapeute (présent ou passé) du supervisé » (p. 157).

⁸ Le domaine de psychothérapie et le domaine de l'orientation sont considérés dans cet essai comme étant apparentés.

La supervision clinique demande une capacité d'adaptation et d'ajustements de la personne superviseuse envers la personne supervisée ainsi que de la rigueur quant aux dimensions relationnelle – réflexive – évaluative à considérer.

2. LA SUPERVISION CLINIQUE : DIMENSIONS

L'efficacité de la supervision clinique repose entre autres sur trois dimensions, soit la relation entre les personnes superviseuse et supervisée et l'importance de considérer les caractéristiques individuelles de chacune d'elle, la place de la dimension réflexive et de la conscience de celle-ci sur la compréhension et l'analyse de sa pratique ainsi que sur son propre développement et la dernière, la dimension évaluative, s'exerce tout au long des supervisions cliniques. L'évaluation est suffisamment importante pour Bernard et Goodyear (2014), qu'ils y consacrent un chapitre complet dans leur livre sur les fondements de la supervision clinique.

Chaque dimension, par son caractère spécifique, a un rôle intéressant dans le processus de supervision clinique et favorise son efficacité et son apport sur le développement des compétences de la personne supervisée.

2.1 La dimension relationnelle

Pour un développement optimal de la personne supervisée lorsqu'elle reçoit des services de supervision clinique, il est nécessaire d'établir une relation de confiance entre elle et la personne superviseuse. Pour Clauw *et al.* (2011a) la « qualité de la relation/l'alliance entre le superviseur et le supervisé » (p. 6) est vue comme centrale et essentielle. De plus, la qualité relationnelle, expliquent ces auteurs, a une incidence directe sur le développement des compétences et que pour ce faire, il doit exister « une forte alliance entre le superviseur et le supervisé » (*Ibid.*, p. 11). Ainsi, les compétences cliniques de la personne supervisée s'améliorent en plus d'améliorer le travail clinique auprès de la personne cliente (*Ibid.*, p. 11). Serres (2009) est du même avis et présente la relation en supervision comme une relation de confiance où l'efficacité de la

supervision en dépendra. La relation entre la personne supervisée et la personne superviseure est donc un élément essentiel au développement des compétences visées.

Clauw et *al.* (2011a) vont plus loin en mentionnant qu'il revient à la personne superviseure la responsabilité « d'ajuster son rôle et son style [...] au besoin d'apprentissage et » au « niveau développemental des supervisés » (p. 12). C'est aussi à cette même personne qu'incombe « de remédier aux difficultés encourues en changeant de méthodes, de technique, de style » (*Ibid.*, p. 13) au profit de la supervisée ou du supervisé. Ainsi, « par ses efforts de compréhension empathique, le superviseur contribue à créer un climat de sécurité permettant au supervisé de risquer de se dévoiler » (Lecomte et Savard, 2004, p. 333).

La dimension relationnelle est donc importante dans un contexte de supervision clinique où la qualité de la relation est garante des résultats en termes de développement de compétences. De plus, la qualité de la relation repose en grande partie sur les épaules la personne superviseure d'en assurer l'optimalisation.

2.2 La dimension réflexive

La dimension réflexive est un autre aspect important de l'accompagnement en supervision. En fait, pour se développer, la personne supervisée doit avoir une réflexion sur les actions posées. À ce sujet, en 2007, Denis Pelletier, c.o. membre émérite de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OCCOPPQ), amène l'idée que

la connaissance de soi et l'univers professionnel passent par l'action et par le retour sur ce qui a été vécu. La réflexion sur soi devient donc la doublure de l'agir et fait découvrir et comprendre les ressources qu'on a su mobiliser dans un contexte donné. (p. 8)

Réfléchir sur ses interventions avec la clientèle exige la création d'un espace de réflexion en soi (Lecomte et Savard, 2004, p. 327). D'ailleurs, Savard (2009) amène une précision intéressante à l'effet que

L'analyse réflexive en cours d'action consiste à penser dans l'action, alors que l'analyse réflexive sur l'action comporte une démarche plus approfondie. Pour Lecomte et Savard (2004), la compétence professionnelle s'acquiert nécessairement par l'exercice d'une pratique axée sur le développement de la conscience réflexive de soi et de l'autre en interaction. (p. 9)

Cette façon d'analyser aide au développement des compétences tout comme Audétat et Laurin (2010) en font état dans l'article sur la supervision du raisonnement clinique en mentionnant que « l'expérience pratique joue en effet un rôle déterminant dans le développement des compétences d'autant plus si on l'associe à une réflexion pendant et après l'action afin de favoriser la compréhension et les réajustements nécessaires » (p. 294). La réflexion permet aussi d'une part « de comprendre et d'analyser sa pratique et, d'autre part, de l'enrichir pour la faire évoluer » (Serre, 2009, p. 111). Ainsi, « 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 »⁹ (Lecomte et Savard, 2004, p. 327).

2.3 La dimension évaluative

La dimension évaluative est présente et nécessaire tout au long de la démarche de supervision clinique. Bien que ce ne soit pas le sujet de cet essai, il apparaît important de dresser les grandes lignes de l'évaluation pour aider à la compréhension de cette dimension dans un processus de supervision clinique.

Comme on l'a vu plus tôt, pour Bernard et Goodyear (2014), la relation qui s'opère en supervision clinique est de nature évaluative, prolongée dans le temps ayant comme objectif à la fois, le développement des compétences et la qualité des services offerts aux personnes clientes.

L'évaluation en supervision clinique réfère aux connaissances, aux habiletés et compétences ainsi qu'aux capacités de la personne superviseuse à évaluer la personne supervisée. Les critères d'évaluation doivent donc être clairs, explicites, compris et

⁹ Lorsque les auteurs parlent de l'intervenant, on se réfère à la "personne supervisée".

partagés par les comparses concernés (Bernard et Goodyear, 2014). Un contrat de supervision est alors signé où se retrouvent les objectifs de supervision ainsi que les objectifs de la personne supervisée (*Ibid.*). Le contrat ainsi rédigé fournit de nombreuses occasions à la personne superviseuse de faire avancer l'alliance de travail au profit de la personne supervisée (*Ibid.*).

Pour Lecomte (1997), l'évaluation en supervision fait partie des compétences professionnelles de la personne superviseuse. Il les présente en lien avec les savoir-théorique, savoir-faire et savoir être comme exposé dans le prochain tableau.

Tableau 2
Compétences d'évaluation en supervision et les trois savoirs

L'évaluation – Savoir-faire
<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer les attentes, les buts et les procédures d'évaluation. • Négocier un contrat de supervision. • Gérer l'anxiété, les différences de perception, les performances déficientes, les préoccupations face au bien-être du client pendant le processus d'évaluation. • Procéder à des évaluations formatives et sommatives. • Encourager l'autoévaluation. • Faciliter l'évaluation informelle. et formelle venant de sources multiples; pairs, clients, superviseur.
L'évaluation – Savoir-théorique : le rôle de l'évaluation dans la supervision
<ul style="list-style-type: none"> • Décrire le rôle de l'évaluation par rapport aux autres éléments de la supervision. • Décrire l'impact professionnel, légal et programmatique de l'évaluation. • Décrire les éléments de l'évaluation en supervision. • Comparer et contraster les méthodes d'évaluation. • Décrire les processus du feedback en supervision. • Décrire les recherches portant sur l'évaluation
L'évaluation – Savoir-être : l'attitude
<ul style="list-style-type: none"> • Préciser l'importance de l'évaluation dans la supervision. • Pouvoir décrire ses propres apprentissages à partir d'expériences d'évaluation. • Identifier ses préférences comme procédures d'évaluation. • Préciser ses compétences d'évaluation. • Manifester une ouverture au feedback face à soi et à ses procédures d'évaluation.

Tiré de Lecomte, C. (1997). *Compétence supervision*. Secteur psychologie du counseling. Département de psychologie. Université de Montréal.

Les bases ainsi jetées permettent de mettre en relief l'importance de l'évaluation en supervision clinique et d'y apporter une attention toute particulière.

3. LA SUPERVISION CLINIQUE : MODÈLES

La supervision clinique a évolué et s'est transformée au fil du temps. À cet effet, Clauw, Deplus, et Philippot (2011), dans une étude sur la supervision clinique s'appuient sur différents auteurs et auteurs pour présenter « par ordre chronologique d'élaboration les modèles de supervision les plus usités dans la recherche actuelle » (p. 4). Selon eux, tout a commencé par le manque de considération de la part des personnes superviseuses envers les personnes supervisées. En effet, « les besoins développementaux, les différences individuelles et les différents niveaux de compétence » (*Ibid.* p. 5) n'étant pas pris en compte, les modèles théoriques distincts de la pratique de supervision clinique « ont peu à peu été élaborés pour servir de référence au superviseur » (*Ibid.*, p. 5).

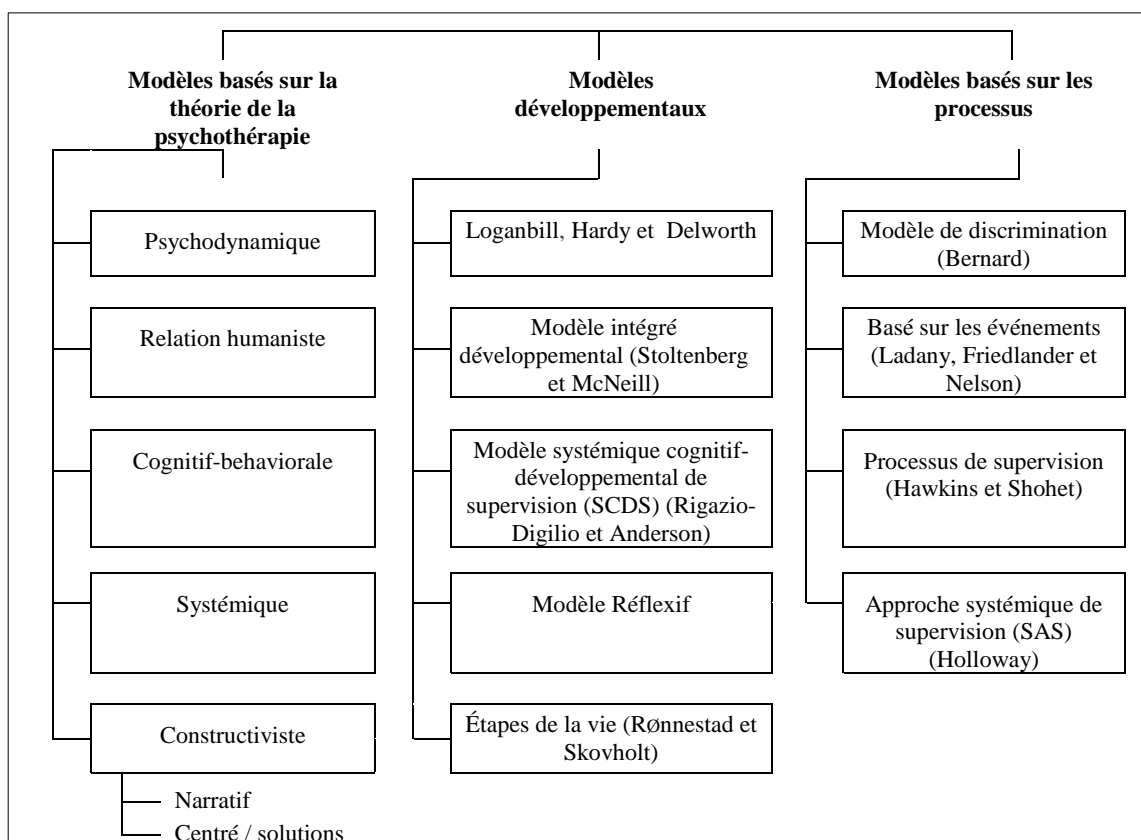


Figure 1 – Première génération de modèles de supervision clinique¹⁰
 Bernard, J.-M. et Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5^e éd). Upper Saddle River, N.J: Pearson/Merrill. (1^{re} éd. 1992). p. 22

¹⁰ Major Categories of Clinical Supervision Models (annexe B)

Les premiers modèles de supervision clinique font leur apparition et « sont construits sur la base de concepts théoriques issus de la psychologie clinique et de la pratique psychothérapeutique » (Clauw *et al.*, 2011, p. 5) s'appuyant sur les théories psychodynamiques, cognitives, comportementales, sociales, d'apprentissage et systémiques. Bernard et Goodyear (2014) l'appellent la première génération de modèles (figure 1). Il y a trois catégories de modèles, la première basée sur des approches psychothérapeutiques, la deuxième sur des modèles développementaux et finalement celle basée sur des processus. De plus, ces auteurs regroupent les objectifs de la supervision sous « trois piliers interconnectés : (1) la construction d'une alliance [...]; (2) le développement d'un esprit critique du supervisé [...]; (3) les stratégies d'apprentissage pour améliorer les connaissances et aptitudes du supervisé » (*Ibid.*, p. 4).

Ensuite, les modèles de supervision clinique développés tiennent davantage compte de l'interaction entre les personnes impliquées dans le processus mettant ainsi l'accent sur la « qualité de la relation/l'alliance entre superviseur et supervisé [...] » (Clauw *et al.*, 2011, p. 6). Ces personnes parlent de modèles de supervision interactionnelle où la relation est vue comme « centrale et essentielle dans le développement de ses compétences » (*Ibid.*, p. 6). Il y a aussi le modèle de supervision développementale où « le supervisé évoluera par niveau au travers de trois composantes que sont la conscience de soi et des autres, la motivation et l'autonomie » (*Ibid.*, p. 6). Ce faisant, la personne supervisée se développe et passe d'un état d'une plus grande dépendance à la personne superviseure à celui d'une meilleure compréhension de soi l'amenant ainsi vers plus d'autonomie, ce que Boudreau (2009), dans l'élaboration d'un modèle de supervision, nomme de l'autosupervision.

Les chercheurs, en considérant la progression développementale de la personne supervisée, élaborent une supervision basée sur les compétences (Clauw *et al.*, 2011, p. 6). Ce type de supervision clinique s'appuie sur les savoirs, savoir-faire, savoir-être qui, sans se limiter à la maîtrise de techniques et des savoirs appris « renvoie à un « savoir-agir » (Tardif, 2006) amenant le supervisé à *réfléchir* à l'entièreté des facteurs [...] qui interviennent dans l'efficacité du processus thérapeutique avec un client donné » (*Ibid.*,

p. 7). Conséquemment, ce type de supervision conduit les personnes superviseuses et supervisées à développer une relation collaborative où ils se développent mutuellement et se conscientisent « sur leurs compétences respectives en les amenant à s'autoévaluer régulièrement » (*Ibid.*, p. 7). Ces auteures et auteurs ajoutent aussi que non seulement « un travail par compétence rejoint [...] les principes de la psychothérapie intégrée, mais aussi, l'utilisation du terme compétence prépare à l'évaluation de la personne supervisée selon des critères standardisés » (*Ibid.*, p. 7). Comme souligné précédemment, l'évaluation, pour Bernard et Goodyear (2014), est au cœur de la démarche de supervision clinique.

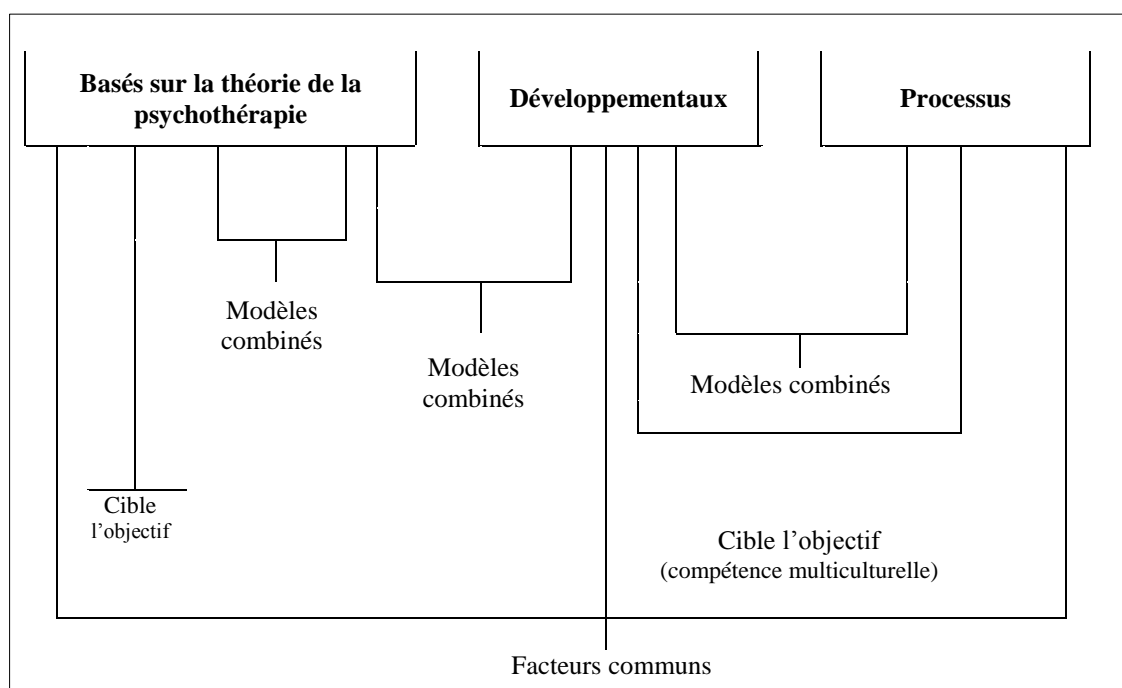


Figure 2 – Deuxième génération de modèles de supervision clinique¹¹

Bernard, J.-M. et Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5^e éd). Upper Saddle River, N.J. : Pearson/Merrill. (1^{re} éd. 1992). p. 59

Aujourd'hui, la recherche de Bernard et Goodyear (2014), propose le modèle combiné. Dans leur ouvrage sur les principes fondamentaux de la supervision clinique, ils font état de l'évolution des modèles en termes de « première et deuxième

¹¹ Second-Generation Supervision Models (annexe C).

génération des modèles de supervision clinique » (p. 59). La première génération est basée sur les principales approches, où un choix de théorie devait se faire au détriment d'une autre, alors que la deuxième génération propose l'utilisation d'une combinaison de modèles (figure 2). Il n'y a plus de choix à faire. Ces modèles combinés sont désormais utilisés ensembles.

Des modèles combinés, voilà où en est rendu la recherche selon Bernard et Goodyear (2014). Le modèle de Lecomte et Savard (2004), l'approche intégrée, en est un bel exemple.

4. LE MODÈLE INTÉGRÉ QUÉBÉCOIS DE SUPERVISION CLINIQUE

Plus près de nous, au Québec, Lecomte et Savard (2004) présentent une approche intégrée de supervision clinique. Cette approche se veut une façon d'intégrer à la fois les modèles centrés sur la maîtrise des techniques, sur les caractéristiques et l'expérience subjective de la personne supervisée, sur les caractéristiques de la cliente ou du client ainsi que ceux centrés sur la relation entre les personnes supervisée-cliente et superviseuse-supervisée (*Ibid.*). Pour ces auteurs, « une approche intégrée semble nécessaire pour tenir compte de l'ensemble de l'expérience et des besoins de l'intervenant supervisé » (*Ibid.*, p. 321). Pour arriver à intégrer tous ces aspects, il est essentiel de réfléchir à l'expérience vécue en intervention et l'approche intégrée en supervision clinique offre cette opportunité.

4.1 Les caractéristiques de la personne supervisée

Un des aspects centraux de ce modèle est l'importance accordée à la personne supervisée, ses caractéristiques, sa capacité de créer et maintenir une relation thérapeutique avec une cliente ou un client ainsi qu'à sa capacité de réguler cette relation. Lecomte et Savard (2004) rapportent qu'une métaanalyse de Mahoney (1995) et Lambert (1989) sur l'efficacité en psychothérapie « avancent même que ces caractéristiques sont huit fois plus importantes que les techniques spécifiques utilisées » (p. 322).

Ces données amènent les auteurs à considérer comme « centrale », la contribution de la personne supervisée tout autant que la relation entre cette dernière et sa cliente ou son client (Lecomte et Savard, 2004). Pour que cette contribution soit optimale, le développement et la mise à jour des compétences professionnelles doivent se faire tout au long de la vie professionnelle. C'est pourquoi la personne supervisée a « à reconnaître la complexité de l'intervention [...] et conséquemment, à se donner un lieu de réflexion par la supervision clinique tout au long de sa carrière » (*Ibid.*, p. 325). Après tout, « 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 client » (Lecomte et Savard, 2004, p. 324). D'ailleurs, en se référant à l'étude de Najavits et Strupp (1994), les auteurs rapportent que « les intervenants efficaces sont ceux qui régulent le mieux la relation thérapeutique en étant plus empathiques, moins sur la défensive et prêts à reconnaître leurs erreurs » (*Ibid.*, p. 323). De plus, « 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 dans Lecomte et Savard, 2004, p. 323). Effectivement, le processus de régulation de la relation thérapeutique est complexe et en l'absence de régulation et/ou de compréhension, ce qui peut s'avérer plus fréquent en début de carrière, la relation thérapeutique peut en souffrir jusqu'à l'impasse relationnelle affectant considérablement le progrès de celle-ci (Lecomte et Savard, 2004, p. 324).

4.2 Le rôle des caractéristiques de la personne supervisée

L'élaboration du modèle intégré de Lecomte et Savard (2004) repose principalement sur la reconnaissance et l'influence du rôle des caractéristiques personnelles de la personne supervisée, sur la qualité de la relation entretenue avec la personne cliente ainsi que sur sa capacité et ses habiletés à la régulation, le tout dans un dessein de résultats positifs dans la relation avec la personne cliente. Bénéficier d'un lieu de réflexion favoriserait justement la réflexion sur les aspects personnels et

professionnels pour ainsi considérer sa propre régulation ainsi que la régulation interactive (*Ibid.*).

Reconnaître que toute relation thérapeutique est un processus dynamique non linéaire où deux personnes tentent d'être en accord émotif pour effectuer des tâches thérapeutiques correspond mieux à la réalité de ce processus. En effet, l'effort, tant de l'intervenant que du client, 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 client ces moments difficiles. La régulation optimale de ces expériences relationnelles difficiles représente souvent un tournant critique déterminant de l'évolution du processus d'intervention. (Lecomte et Savard, 2004, p. 324)

4.3 Les savoirs et les tensions

L'approche intégrée de supervision clinique, même si elle considère la personne supervisée dans son ensemble, relève que les questionnements en situation de supervision portant sur ses compétences théoriques, techniques et personnelles faisant référence aux savoirs, savoir-faire et savoir-être (Lecomte et Savard, 2004, p. 326), persistent. Ces questionnements génèrent une tension provoquée par « des aller-retour plus ou moins discordants entre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être » (*Ibid.*, p. 326). Ces derniers s'influencent mutuellement comme le démontrent Lecomte et Savard (2004)

Le savoir, le savoir-faire et le savoir-être se nourrissent les uns des autres pour favoriser un ajustement créateur et dynamique dans une relation thérapeutique avec un client. Le savoir théorique détermine le savoir-faire qui est à mettre en œuvre et il influence le savoir-être. Le savoir-faire, pour sa part, est une concrétisation du savoir théorique et une traduction du savoir-être. Finalement, le savoir-être permet à la fois une transformation du savoir théorique et du savoir-faire; il est essentiellement un lieu de signification et de transformation. (p. 326)

Comme on peut le constater, le savoir-être est porteur. Il prend une place significative et doit être considéré comme celui qui renvoie à la régulation de soi et à la régulation interactive (Lecomte et Savard, 2004).

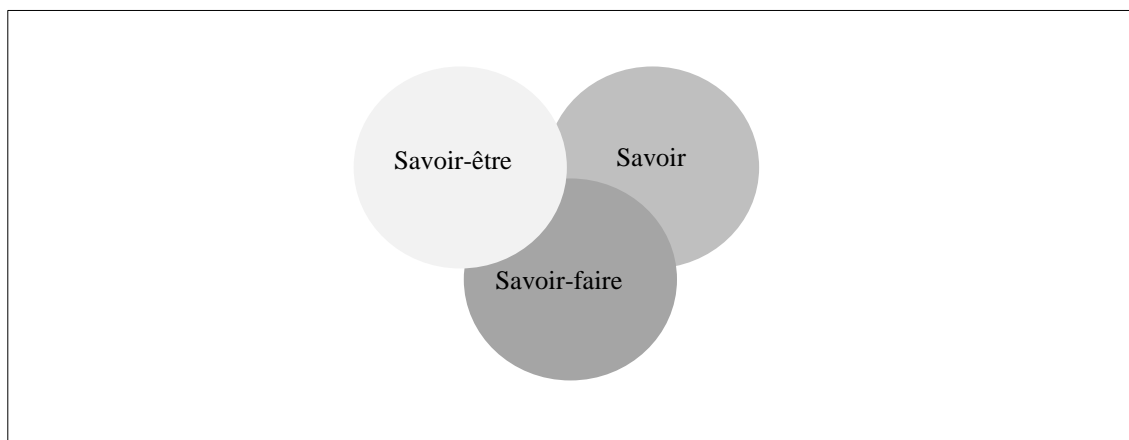


Figure 3 – Intégration des savoirs.

Tiré de Lecomte, C. et Savard, R. (2004). La supervision clinique : Un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. *In*, T. Lecomte et C. Leclerc (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (p. 315-347). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.

De son côté, la personne superviseuse a une responsabilité importante. Pour être efficace, elle doit, elle aussi, « 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, dans Lecomte et Savard, 2004, p. 325). Alors, la supervision clinique devient un lieu de réflexion privilégié pour comprendre les tensions vécues et leur donner un sens, ainsi que pour développer et faciliter la conscience réflexive (Lecomte et Savard, 2004, p. 327). Dès lors, la personne supervisée peut intégrer les diverses facettes de son expérience et de sa pratique et voir ses compétences se raffiner et, idéalement, apprécier suffisamment le processus pour l'utiliser tout au long de sa vie professionnelle (*Ibid.*, p. 327).

4.4 Les enjeux fondamentaux et l'apprentissage

Qui dit développement de compétences dit apprentissage. La supervision clinique par son soutien joue aussi un rôle d'enseignement de sorte que la personne recevant le service adopte une position d'apprenante. Dès lors, il est donc difficile pour la personne supervisée en début de carrière, nouvellement sortie de l'université avec un statut de maître, de se retrouver de nouveau dans une position d'apprenante, d'autant

plus qu'elle devra montrer ses vulnérabilités, ses incertitudes quant à sa pratique et en subir une certaine évaluation (Lecomte et Savard, 2004). Pour elle, l'évaluation peut faire écho aux évaluations dans le cadre universitaire. Pour s'impliquer pleinement, il est donc primordial que la personne supervisée se sente tout à fait en confiance. Pour Lecomte et Savard (2004), tout processus significatif d'apprentissage a des enjeux fondamentaux déstabilisants et que « sans une compréhension profonde de ces enjeux, la supervision risque de devenir un processus invalidant sans issue » (*Ibid.*, p. 328). Il est donc essentiel que la personne superviseuse soit au fait des tensions vécues par la personne supervisée « 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 » (*Ibid.*, p. 328). Lorsque Giroux et Girard (2009) parlent d'apprentissage en supervision, ils mentionnent qu'il est incontournable de parler aussi de la relation entre la personne superviseuse et celle en apprentissage.

La personne supervisée apprenante, étant en changement et passant d'une certaine incompréhension de son expérience à une intégration de celle-ci, peut vivre un mouvement oscillatoire entre son désir de changement et, devant le vide souvent provoqué par ce dernier, peut aussi être désireuse de se maintenir dans la position actuelle. À ce sujet, Lecomte et Savard (2004) précisent que sans le soutien optimal de la personne superviseuse « ces expériences peuvent être intolérables et résulter en des expériences d'invalidation et de honte empêchant » la personne supervisée « de progresser » (*Ibid.*, p. 329).

4.5 La subjectivité, l'intersubjectivité et la réflexion

En counseling de carrière, la personne supervisée doit composer avec ses caractéristiques et celles de sa cliente ou de son client. Parfois, lorsqu'il y a des difficultés, la personne supervisée a tendance à chercher la cause soit en s'attribuant un manque de compétences ou en référant à la complexité des difficultés de la personne cliente (Lecomte et Savard, 2004). Ces auteurs parlent alors de l'interaction de deux

mondes subjectifs entre deux personnes différentes se déployant dans un champ intersubjectif.

Alors que l'intersubjectivité s'active entre la personne supervisée et sa cliente ou son client, elle s'active aussi entre les personnes superviseure et supervisée. Il s'agit donc pour ces auteurs « de l'interaction de trois subjectivités [...]. L'interaction intersubjective du superviseur et du client est virtuelle la plupart du temps, mais néanmoins significative » (*Ibid.*, p. 331) (figure 4). Ainsi, chacun contribue au processus d'influence mutuelle continue, ce qui, pour Lecomte et Savard (2004), fait partie de l'un des objectifs les plus fondamentaux de la supervision clinique.

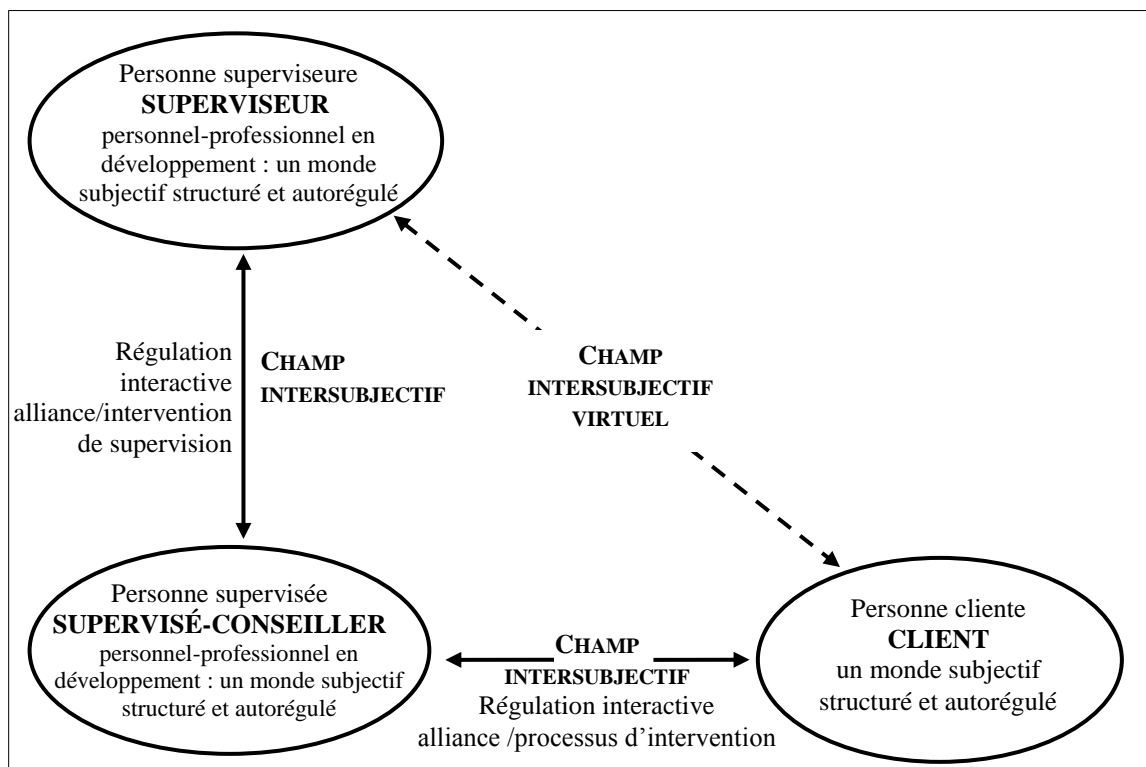


Figure 4 – Systèmes dynamiques intersubjectifs – Dialogue asymétrique

Lecomte, C. et Savard, R. (2013). *La supervision clinique : processus de réflexion essentiel au développement de la compétence et de l'efficacité professionnelle*. Communication Power Point présenté lors d'une formation au département d'orientation professionnelle à l'université de Sherbrooke, Sherbrooke, 3 avril.

Il n'est donc plus question de simplement appliquer des techniques ou des théories, quoiqu'elles soient toujours importantes, mais plutôt de naviguer dans des eaux troubles où les subjectivités en situation d'intervention sont indissociables des personnes concernées (Lecomte et Savard, 2004).

La subjectivité, ressource ou limite? Pour qu'elle soit optimisée, la subjectivité doit être explorée et comprise. Pour ce faire, la supervision clinique vise justement « à créer un espace intersubjectif de réflexion » (Lecomte et Savard, 2004, p. 332) et ainsi éviter que la subjectivité se transforme en obstacle. Obstacle, vue par la personne supervisée comme attribuable aux caractéristiques de la personne cliente par exemple, ce qui pourrait être plus fréquent en début de carrière. Ces auteurs ajoutent que « la création de cet espace de réflexion ouvre de nouvelles perspectives » (p. 332). Elle permet à la personne supervisée, un endroit où elle peut réfléchir et comprendre ce qui se passe pour elle, pour sa cliente ou son client ainsi qu'entre les deux.

Comment s'opère cet espace de réflexion? Il revient à la personne superviseure de se rendre disponible en adoptant une « position empathique-introspective dans l'écoute et l'exploration de l'expérience de l'intervenant » (Lecomte et Savard, 2004, p. 333) de telle sorte que la personne supervisée se sente suffisamment en confiance pour se livrer et établir le dialogue. Cela exige une très bonne capacité d'introspection pour la personne superviseure afin « de se mettre en contact ressenti avec ses propres expériences internes [...] pour mieux comprendre le supervisé et son influence » (*Ibid.*, p. 333) sur elle-même. Cette compréhension lui servira de guide dans son autorégulation et sa régulation intersubjective » (*Ibid.*, p. 333). Elle lui permettra aussi de saisir les impasses relationnelles, de comprendre et se situer dans la dynamique de la régulation interactive, de la mettre au jour avec empathie pour ensuite recréer l'alliance sur le lien émotif (Lecomte et Savard, 2004).

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 le supervisé de façon détachée, 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 quant à la protection de l'espace intersubjectif de réflexion. (Lecomte et Savard, 2004, p. 333)

4.6 Le développement des compétences

Les compétences réfèrent à la combinaison des savoirs, savoir-faire et savoir-être d'une personne pour une tâche dans un domaine spécifique ainsi qu'à sa capacité de réfléchir à l'ensemble de l'intervention au profit de l'efficacité du processus (Clauw *et al.*, 2011). Pour Lecomte et Savard (2004), la qualité du savoir-être influence les autres savoirs et la supervision clinique, lieu de réflexion, permet d'en comprendre le processus et d'améliorer la compétence.

Les compétences en supervision clinique réfèrent aussi à la relation entre les personnes superviseure et supervisée tout autant qu'à leurs aptitudes à développer l'analyse réflexive (Lecomte et Savard, 2004). Cette dernière renvoie au savoir-être. Donc, la base est une aptitude à réfléchir, s'autoanalyser dans une relation de confiance. De plus, pour que la compétence se développe, une alliance émotionnelle entre les deux personnes impliquées dans le processus de supervision doit se créer, sans quoi, le travail de supervision peut manquer de profondeur et être compromis (Lecomte et Savard, 2004). En supervision, la personne supervisée « est invitée [...] à développer une conscience réflexive de ses modalités d'autorégulation et de régulation interactive pour offrir des réponses et des interventions optimales » (*Ibid.*, p. 336).

Pour Lecomte et Savard (2004),

La compétence consiste donc en cette reconnaissance essentielle 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 client que se manifeste l'intervention optimale qui facilite le changement positif. L'intervenant compétent est celui qui arrive à une combinaison optimale du savoir théorique, du savoir-faire, avec ses techniques et ses stratégies, et du savoir-être dans l'interaction spécifique avec un client. (p.337)

Or, pour développer la conscience réflexive de soi en interaction, Lecomte et Savard (2004) considèrent à la fois les buts, les comportements professionnels et l'expérience subjective dans une dynamique de boucle avec le degré de cohérence, de compétence et de satisfaction. Ce processus présenté dans la figure 5 a sa propre existence à chaque supervision. Par l'exploration et la compréhension des tensions vécues entre les trois pôles, il permet de travailler l'être avec l'expérience subjective, ce qui favorise le développement de la conscience réflexive de soi en interaction. Éventuellement, ce processus de réflexion vise l'autosupervision ou supervision interne comme le nomme Lecomte et Savard (2004).

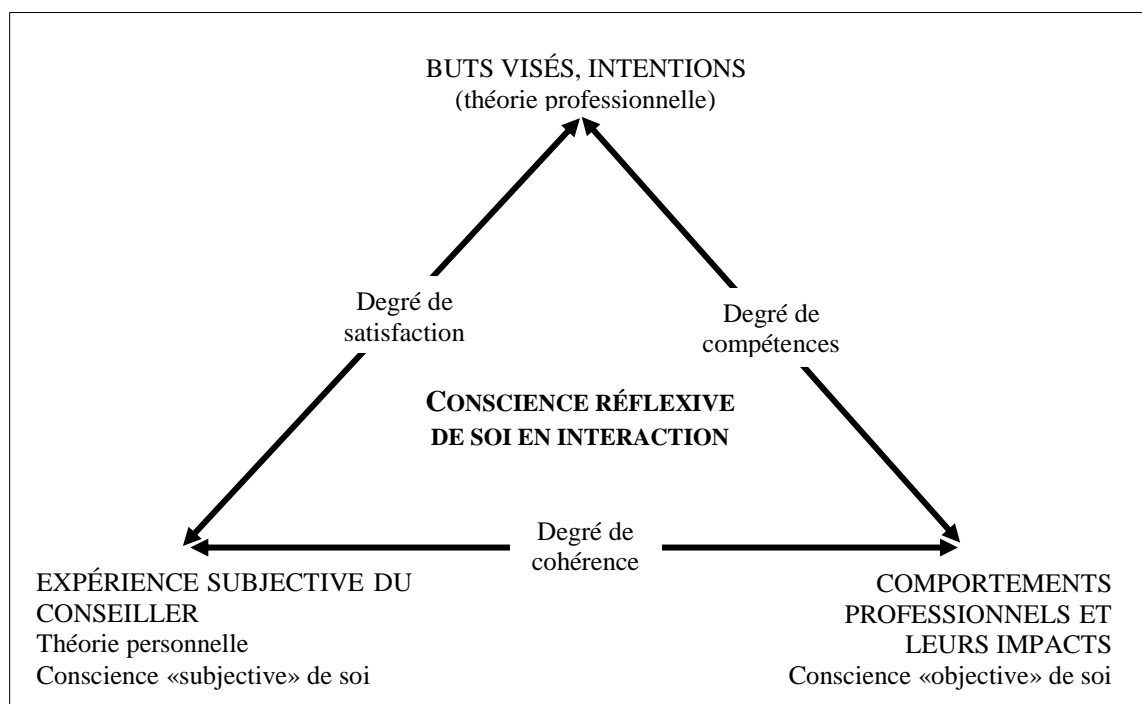


Figure 5 – Paramètres fondamentaux de la supervision clinique

Lecomte, C. et Savard, R. (2013). *La supervision clinique : processus de réflexion essentiel au développement de la compétence et de l'efficacité professionnelle*. Communication Power Point présenté lors d'une formation au département d'orientation professionnelle à l'université de Sherbrooke, Sherbrooke, 3 avril. p. 5

L'objectif de la supervision clinique, soit 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, de sa

théorie d'usage, de 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. (Lecomte et Savard, 2004, p. 337)

Le modèle de Lecomte et Savard (2004) maintenant exposé, qu'en est-il de l'application et de son apport, spécifiquement lors de l'entrée dans la profession? En fait, que se passe-t-il en termes de développement à ce moment? Afin d'apporter un éclairage sur cette période de changement et d'adaptation le prochain point présente le modèle développemental de la compétence professionnelle de Rønnestad et Skovholt (2003) tout au long de la vie professionnelle en six étapes.

5. LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE DE NOVICE À EXPERT : ÉTAPES

Il existe plusieurs modèles de développement de compétences. Pour cet essai, le modèle retenu est celui de Rønnestad et Skovholt (2003) exposé dans l'ouvrage de Bernard et Goodyear (2014). Ce modèle est particulièrement intéressant parce qu'il présente le développement de la compétence, non seulement en formation ou en stage, mais aussi lors de l'entrée en carrière et tout au long de la vie professionnelle. L'aboutissement de ce modèle s'est fait après 40 ans d'études auprès d'une centaine de personnes thérapeutes au fil de leur vie professionnelle (Bernard et Goodyear 2014). Ce modèle, initialement exposé en huit étapes du développement de la personne thérapeute et vingt thèmes caractérisant son développement s'est raffiné et précisé en six étapes et quatorze thèmes (*Ibid.*), voir l'annexe D.

5.1 Les six étapes développementales de la compétence

Les étapes de Rønnestad et Skovholt (2003) sont, 1) la personne aidante naturelle, 2) l'étudiante ou l'étudiant débutant, 3) l'étudiante ou l'étudiant avancé, 4) la professionnelle ou le professionnel novice dans ses premières années de vie professionnelle c'est à dire les années suivant la graduation, 5) la professionnelle ou le professionnel expérimenté et 6) la professionnelle ou le professionnel senior de plus de

20 ans d'expérience (traduction libre¹²). La quatrième étape, puisqu'elle concerne la période d'entrée en carrière sera traitée plus en détail et associée avec le modèle de Lecomte et Savard (2004) dans le prochain chapitre. Il est cependant pertinent de mettre en évidence certains points relatifs à la personne professionnelle novice dans les prochaines lignes.

5.2 Le processus de développement : 14 thèmes

Pour Rønnestad et Skovholt (2003), durant ces étapes s'échelonnant tout au long de la vie professionnelle, la personne aura à composer avec divers thèmes définissant son développement de compétences. D'abord, ce développement professionnel implique une intégration croissante du soi professionnel et du soi personnel et, au fil du temps, le regard théorique et le rôle professionnel devient de plus en plus près des valeurs, croyances et expériences de la vie personnelle. Ces auteurs mentionnent que des changements de la carte cognitive s'opèrent et fait déplacer l'attention de façon spectaculaire. Ainsi, la personne supervisée novice qui, initialement s'appuie sur l'expertise externe comme les théories et les connaissances en cherchant l'avis d'experts et une approche didactique de supervision, progressivement s'appuie sur son expertise interne et sur ses propres analyses réflexives adoptant ainsi un style plus souple et plus confiant. Et, l'anxiété vécue par la personne supervisée débutante est de plus en plus maîtrisée au fil du temps.

Précédemment, comme Pelletier (2007), Lecomte et Savard (2004), Audétat et Laurin (2010) et Serre (2009) l'ont mentionné, l'analyse réflexive aide au développement des compétences en autant qu'il y a la création d'un espace de réflexion sur soi pendant et après l'intervention ce qui permet de comprendre, d'enrichir et de faire évoluer la pratique de la personne supervisée. Rønnestad et Skovholt (2003) mentionnent l'apport de l'analyse réflexive sur le perfectionnement professionnel, et ce,

¹² "Phase 1: The Lay Helper Phase. Phase 2: The Beginning Student Phase. Phase 3: The Advanced Student Phase. Phase 4: The Novice Professional Phase. Phase 5: The Experienced Professional Phase. Phase 6: The Senior Professional Phase." Rønnestad et Skovholt (2003, dans Bernard et Goodyear, 2014, p. 41-42).

peu importe le niveau d'expérience. Ils ajoutent que l'analyse réflexive est une condition *sine qua non* pour un apprentissage optimal et devrait être enseignée en supervision aux personnes supervisées (*Ibid.*, p. 43). À ce sujet Lecomte et Savard (2004) parlent plutôt de développement de la conscience réflexive par l'accompagnement en supervision clinique. De plus, Rønnestad et Skovholt (2003) mentionnent qu'un engagement réel d'apprendre aide au processus de développement. Leur étude révèle aussi que pour la plupart des personnes ayant répondu à l'étude, l'enthousiasme pour la croissance professionnelle ne tend pas à diminuer avec le temps.

Concernant le perfectionnement professionnel (développement de la compétence), Rønnestad et Skovholt (2003) ajoutent que c'est un long processus, lent et continu qui peut également être erratique durant lequel plusieurs éléments peuvent influencer le développement professionnel. Une source d'influence que les auteurs qualifient de « majeure » en termes d'apprentissage est la cliente ou le client, ce qui peut, en début de carrière, être perçu d'assez loufoque par la personne supervisée novice à la recherche d'avis d'expert, de connaissance et de théories.

Rønnestad et Skovholt (2003) expliquent que la vie personnelle est aussi d'influence sur le fonctionnement et le développement professionnel tout au long de la durée de vie professionnelle et qu'une grande expérience avec la souffrance contribue à une meilleure reconnaissance, acceptation et appréciation de la diversité humaine. La personne professionnelle évolue vers la sagesse et l'intégrité changeant ainsi son regard vers une meilleure compréhension de la contribution de la personne cliente dans le processus en lui accordant ainsi plus de pouvoir (*Ibid.*, p. 43). Elle adopte donc une attitude plus humble et réaliste de sa réelle contribution au processus de changement (*Ibid.*, p. 43).

Le modèle développementale de Rønnestad et Skovholt (2003) aide à la compréhension des étapes de développement professionnel par lesquelles passent les nouvelles et nouveaux professionnels lors de l'entrée en carrière.

TROISIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

Le précédent chapitre a mis en relief le concept de la supervision clinique et celui du développement de la compétence en début de carrière. Il apporte des précisions quant à la supervision clinique, ses assises, ce qui la compose, comment et sur quoi elle opère, faisant ressortir les principales dimensions relationnelle, réflexive et évaluative, nécessaires à une supervision clinique efficace. On a aussi vu apparaître les défis qui attendent les nouvelles professionnelles et nouveaux professionnels, en termes de besoins, lors de l'entrée en carrière.

L'objectif de cet essai est d'identifier ce que pourrait être l'apport de la supervision clinique pour le développement et le maintien des compétences des conseillères et des conseiller d'orientation lors de l'entrée en carrière. Afin d'éclairer le sujet, la recherche documentaire a donc été privilégiée comme méthodologie. Dans ce chapitre-ci, la méthodologie est présentée en deux parties. La première partie, la recherche documentaire, présente l'émergence des deux concepts et la seconde, l'analyse documentaire démontre les liens avec la problématique.

1. LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire a permis une recension dans les banques de données incluant des revues spécialisées afin de déterminer les connaissances actuelles sur le sujet de la supervision clinique et du développement de la compétence en début de carrière (Fortin, 2010, p. 154).

Plusieurs éléments ont émergé pour favoriser la description de l'accompagnement en début de carrière, le coaching, le mentorat, la supervision et la supervision clinique ainsi que le codéveloppement, ce dernier n'a pas été retenu pour cet essai afin de concentrer la recherche sur les plus couramment utilisés et documentés.

Même si le *coaching* et le mentorat ont, à certains égards, des bases théoriques semblables à la supervision clinique, ils se démarquent quant à leur objectif. Le coaching est davantage utilisé avec un objectif de performance au profit de l'organisation desservie et le mentorat, davantage dans un but de développement personnel. Concernant la supervision, deux grandes sections se dessinent : l'une en éducation qui s'apparente au coaching et l'autre en psychologie où la terminologie « clinique » vient s'ajouter au terme supervision. Son objectif est le développement de la compétence de la personne supervisée au service de sa cliente ou son client. La supervision clinique est donc retenue pour cet essai et cadre tout à fait dans les visées de l'OCCOQ soit, de valoriser la culture de supervision clinique (figure 6).

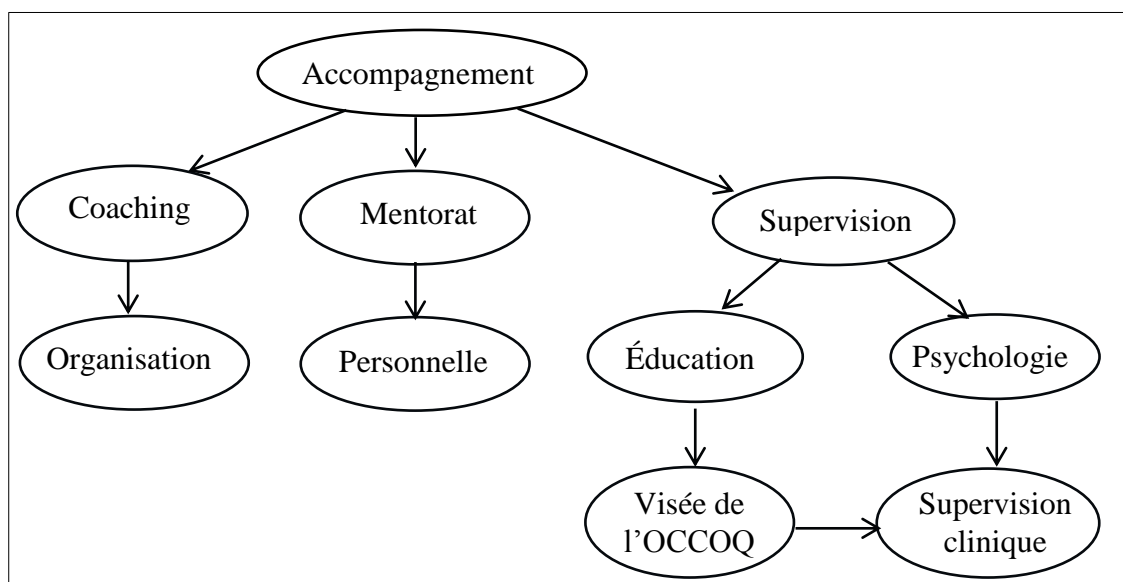


Figure 6 – Différentes formes d'accompagnement

La recherche documentaire effectuée a permis d'identifier le modèle québécois de supervision clinique de Lecomte et Savard (2004) et celui des étapes développementales des compétences tout au long de la vie professionnelle de Rønnestad et Skovholt (2003) comme étant pertinents pour répondre à la question de recherche. Afin de retenir ces deux modèles, des publications telles que des articles scientifiques, essais, thèses ainsi que des livres portant directement sur la supervision clinique et sur le développement des compétences ont été recensés. Étant donné qu'il y a peu d'études sur

le sujet de la supervision clinique auprès les conseillères et conseillers d'orientation (c.o.), la recherche documentaire a ciblé aussi les personnes professionnelles de la relation d'aide comme les psychologues, les psychothérapeutes, les travailleuses et travailleurs sociaux et certaines catégories d'enseignantes et d'enseignants faisant de la supervision auprès de novices. Ainsi, des descriptions de supervision clinique en éducation, en psychologie, en psychothérapie, en psychiatrie ont été incluses.

Pour réaliser et cibler la recherche de textes, les mots clés suivants ont été utilisés parfois seuls et parfois combinés: supervision, clinique, superviseur, *coaching*, mentorat, counseling, compétence, *competence*, formation et éducation, *education*. Les mots clés écrits sans accent ont permis d'élargir la recherche. Le terme codéveloppement n'a pas fait l'objet de recherche.

Cette recherche est réalisée à l'aide des bases de données suivantes disponibles à l'Université de Sherbrooke : EBSCOhost, eBook Collection (EBSCOhost), *Academic Search Complete*, *Business Source Complete*, ERIC, FRANCIS, *Education Research Complete*, PASCAL, *PsycArticles*, *PsycExtra*, *PsycINFO*, Érudit. La période choisie couvrait les années de 2005 à 2013. Le moteur de recherche *Google Scholar* a été utilisé et plusieurs sites internes ont été consultés. Des textes recensés, des études de deuxième main ont été utilisées, ce qui étend la période bibliographique jusqu'aux années 2000.

Des opérateurs de restriction telle que la sélection de Revues académiques (relues par un comité de lecture) ainsi que des dates de publication depuis le 1^{er} janvier 2005 à ce jour ont été appliqués. Conséquemment, la quantité de résultats est passée de plus de 40 000 à une centaine de références. Les références ainsi ciblées, la recherche a été facilitée et les résultats plus près du sujet de cet essai.

2. L'ANALYSE DOCUMENTAIRE

Plusieurs publications, sous forme d'articles dans des revues spécialisées, de thèses, d'essais et de chapitres de livres, ont ainsi été récupérées en plus du livre de Bernard et Goodyear (2014) traitant des fondements de la supervision clinique. Après

une lecture sommaire des résumés, une trentaine de publications ont été retenues. Plusieurs traitaient de *coaching*, mentorat et supervision où il a été jugé bon de les définir pour mieux comprendre les particularités de chacun ce qui a amené à cibler la supervision clinique et plus spécifiquement le modèle de Lecomte et Savard (2004) (premier élément retenu, tableau 3).

Le modèle de Rønnestad et Skovholt (2003) a attiré l'attention par ses descriptions cohérentes et détaillées des étapes de développement de la compétence professionnelle tout au long de la carrière professionnelle (deuxième élément retenu, tableau 3).

De plus, les textes retenus ont fait émerger les difficultés vécues par les personnes professionnelles novices liées à l'intégration de la profession (troisième élément retenu, tableau 3), aux savoirs à développer, au difficile passage de la théorie à la pratique à apprivoiser, aux compétences à posséder et à maîtriser et au doute quant à celles-ci, à la confiance en soi et à l'identité professionnelle fragile et en développement, au stress de performance, à l'exigence de la profession et aux attentes de l'OCCOQ (six compétences à maîtriser) et finalement à la difficulté à demander de l'aide ainsi qu'au manque de soutien organisé.

Tableau 3
Trois principaux éléments retenus et à analyser

Supervision clinique Lecomte et Savard (2004)	Développement de la compétence selon Rønnestad et Skovholt (2003)	Développement de la compétence des c.o. en début de carrière
Rôle de soutien de la personne superviseure : objectif – avantage – contribution – dimensions	Étapes développementales du développement de la compétence professionnelle de novice à expert	Problématique vécu sur le plan du développement des compétences en début de carrière

Pour répondre à la question de recherche de cet essai à savoir : « Que pourrait être l'apport de la supervision clinique pour le développement et le maintien de la compétence en counseling de carrière auprès des conseillers et des conseillères

d'orientation en début de carrière ? », le tableau 3 présente les trois principaux éléments retenus qui seront analysés dans le prochain chapitre.

Dans un premier temps, les étapes développementales de la compétence professionnelle visent à identifier le processus par lequel la personne professionnelle évolue tout au long de sa vie au travail passant de l'aidante naturelle, à l'étudiante, à la professionnelle de novice à experte puis à sénior. De même que les 14 thèmes permettent une compréhension plus approfondie de l'apprentissage et de l'évolution des compétences professionnelles et du rôle de la supervision clinique sur le développement de l'analyse réflexive durant ce cheminement.

Secundo, le modèle intégré de la supervision clinique vise le développement de la compétence par une intégration des modèles combinant les techniques (savoir-faire) et savoir-être, l'expérience subjective ainsi que la qualité de la relation entre les personnes supervisée-cliente et superviseuse-supervisée. Pour favoriser l'intégration de ces aspects, la réflexion sur l'expérience vécue est essentielle et cette approche en supervision clinique offre cette opportunité.

En fait, compte tenu de la problématique vécue par ces novices et des étapes développementales de Rønnestad et Skovholt (2003), le prochain chapitre présente comment le modèle intégré de la supervision clinique de Lecomte et Savard (2004) peut contribuer et favoriser le développement et le maintien de la compétence en counseling de carrière des conseillers et des conseillères d'orientation en début de carrière.

Pour ce faire, une description plus approfondie des trois principaux éléments permettra leur analyse afin de les combiner et mettre en relief le rôle de soutien de la personne superviseuse, de sa contribution au développement de l'analyse réflexive vers l'autosupervision en réponse aux besoins identifiés des conseillères et des conseillers d'orientation en lien avec les étapes développementale de début de carrière.

Finalement, la recherche documentaire sera clôturée par des recommandations quant à l'application et l'intégration de la supervision clinique auprès des es conseillères

et des conseillers d'orientation en début de carrière et répondra ainsi aux visées de l'OCCOQ.

3. LE DÉFI DE RÉALISATION

Il n'y a pas d'études répertoriées sur le sujet de la supervision clinique auprès des conseillères et des conseillers d'orientation. La supervision clinique est établie et documentée dans les domaines de l'enseignement et de l'orientation pour la formation et les stages universitaire, mais pas pour les premières années de l'entrée dans la profession. Pour le domaine de la psychologie, comme mentionné précédemment, la supervision clinique fait partie intégrante de la formation, mais aussi tout au long de la vie professionnelle. Or, le défi de réalisation est de faire des parallèles entre ces domaines d'études traitant de la supervision clinique afin de le transposer au domaine de l'orientation, spécifiquement à la période du début de carrière.

QUATRIÈME CHAPITRE

LA DISCUSSION

La recherche documentaire exposée dans le chapitre précédent met en relief les trois principaux éléments que sont le modèle de la supervision clinique de Lecomte et Savard (2004), les étapes du développement de la compétence de Rønnestad et Skovholt (2003) et la problématique vécue sur le plan du développement des compétences en début de carrière. Le présent chapitre vise à l'intégration de ces trois principaux éléments dans le but de répondre à la question de recherche de cet essai, à savoir : « Que pourrait être l'apport de la supervision clinique pour le développement et le maintien de la compétence en counseling de carrière auprès des conseillers et des conseillères d'orientation en début de carrière ? ».

Dans un premier temps, les trois principaux éléments sont présentés intégrant une description plus approfondie des besoins exprimés des conseillères et conseillers d'orientation et associés à l'étape du début de carrière de Rønnestad et Skovholt (2003). Puis, le modèle de supervision clinique est présenté en s'attardant à l'autosupervision et sa contribution pour le développement de la compétence. Vient ensuite, la description détaillée du rôle de la personne superviseuse relatif à chaque sphère du modèle de supervision clinique et de son apport sur le développement de la compétence de la personne supervisée en soulignant l'importance de ce rôle pour favoriser le croissance de la capacité des personnes professionnelles novices à s'autosuperviser.

Dans un deuxième temps, afin d'aider à la compréhension, l'accent est mis sur la description de l'apport de la supervision clinique pour le développement et le maintien de la compétence en début de carrière par l'exercice d'une pratique axée sur l'analyse réflexive en interaction.

Enfin, les trois principaux éléments sont intégrés dans une figure afin de démontrer concrètement la relation entre la supervision clinique et la réponse aux besoins des conseillères et conseillers d'orientation et à l'étape du début de carrière.

1. LES TROIS PRINCIPAUX ÉLÉMENTS

Avant d'arriver à l'apport de la supervision clinique, le tableau suivant présente une vue d'ensemble des trois principaux éléments retenus. La première section du tableau 4 présente le modèle de supervision clinique de Lecomte et Savard (2004) pour le développement de la compétence. On y retrouve les paramètres fondamentaux du modèle intégré de supervision clinique, les phases d'exploration – compréhension – concrétisation mis en œuvre pour le développement des compétences ainsi que les dimensions relationnelle – réflexive – évaluative de ce processus. Enfin, on retrouve le savoir et le savoir-faire qui sont intégrés dans le savoir-être.

Dans la section du centre, on retrouve les six étapes développementales de Rønnestad et Skovholt (2003) pour le développement de la compétence tout au long de sa vie au travail. Ces étapes développementales passent d'aidante naturelle ou d'aidant naturel à professionnelle ou professionnel sénior. Pour Rønnestad et Skovholt (2003) l'entrée en carrière correspond à l'étape de la personne professionnelle novice, soit l'entrée dans la profession, les années immédiatement après la graduation. Cette période où la personne jouit d'une liberté loin des demandes d'études supérieures et des contraintes de supervision (*Ibid.*) est à la fois grisante et déstabilisante selon ces auteurs. Par ailleurs, le sentiment de ne pas être aussi bien préparée qu'elle l'avait imaginé persiste (*Ibid.*).

Dans la dernière section, on retrouve les besoins des personnes professionnelles débutantes identifiées comme étant les plus importantes dans la problématique de cet essai. Ils font référence à un besoin de se sentir outillé, préparé, confiant et soutenu dans cette période de changement qu'est le passage de la formation à la pratique, ce moment où les acquis et les nouvelles compétences sont à mettre en œuvre au service de la population.

Tableau 4
Présentation des trois principaux éléments retenus

Développement de la compétence par la supervision clinique Lecomte et Savard (2004)	Développement de la compétence à travers 6 étapes Rønnestad et Skovholt (2003)	Développement de la compétence : besoins identifiés en début de carrière
Paramètres fondamentaux <ul style="list-style-type: none"> • But (intention) • Expérience subjective • Comportements professionnels 	Six étapes <ol style="list-style-type: none"> 1. Personne aidante naturelle 2. Étudiante ou l'étudiant débutant 3. Étudiante ou l'étudiant avancé 4. Professionnelle ou le professionnel novice : les années suivant la graduation 5. Professionnelle ou le professionnel expérimenté 6. Professionnelle ou le professionnel sénior : plus de 20 ans d'expérience 	Besoins <ul style="list-style-type: none"> • d'être soutenu – d'apprendre • d'améliorer le processus d'intervention • de confiance en soi sur le plan professionnel • de lier la théorie à la pratique • de s'intégrer dans la profession • de développer l'identité professionnelle • de renforcer et développer ses compétences • de calmer les doutes quant à ses compétences • de répondre aux attentes de l'OCCOQ (six compétences à maîtriser) et aux exigences de la profession • d'accepter de demander de l'aide.
Phases <ul style="list-style-type: none"> • Exploration • Compréhension • Concrétisation 		
Principales dimensions <ul style="list-style-type: none"> • Relationnelle • Réflexive • Évaluative 		
Intégration des savoirs <ul style="list-style-type: none"> • Savoir-être • Savoir-faire • Savoir 		

1.1 Les besoins en début de carrière

On se rappellera que l'entrée en carrière des c.o. se fait sans soutien structuré et organisé pour faire face aux exigences élevées de la profession alors que la confiance est à renforcer et l'identité professionnelle est à développer et consolider. La personne professionnelle novice nouvellement arrivée dans la profession a besoin « de soutien, d'apprendre, d'améliorer le processus d'intervention, de maintenir sa perspective, sa cohésion interne et son organisation pour ne pas perdre pied » (Savard, s.d., p. 13). Cette période d'adaptation génère beaucoup d'anxiété pour plusieurs professionnelles débutantes et professionnels débutants (Rønnestad et Skovholt, 2003). Alors que la personne professionnelle sort à peine de l'université, qu'elle s'attribue un certain pouvoir qu'elle a hâte d'exercer, elle s'aperçoit qu'elle est encore en apprentissage. Sur ce plan, Rønnestad et Skovholt (2003) rapportent que « l'analyse réflexive continue est

une condition *sine qua non* pour un apprentissage optimal ainsi que pour le développement professionnel » (traduction libre¹³).

Durant cette période d'intégration dans la profession, face aux premières difficultés de lier la théorie à la pratique, cette personne en début de carrière se questionne sur ses compétences et a le sentiment de ne pas être suffisamment préparée pour répondre aux attentes de l'OCCOQ et aux exigences de la profession. Elle se retrouve donc souvent seule avec ses besoins de développement et ses doutes par rapport à ses compétences professionnelles. Elle voit alors sa confiance ébranlée. À ce moment, selon Rønnestad et Skovholt (2003), elle cherche à se rassurer en s'appuyant davantage sur l'expertise externe privilégiant une approche didactique de supervision. Par ailleurs, la demande d'aide devient difficile et remet automatiquement en question ses compétences. Ce n'est donc pas étonnant, comme en font état Rønnestad et Skovholt (2003), que cette période soit vécue avec beaucoup d'appréhension.

Au fil du temps, les diverses situations vécues influenceront son apprentissage et forgeront son développement jusqu'à une confiance suffisamment établie pour s'appuyer sur son expertise et ses propres réflexions. Or, avant d'arriver à un tel sentiment de confiance, voire de plénitude, la personne professionnelle novice a quelques étapes à franchir dont celle du début de carrière où les besoins de développement de la compétence sont grands. Ainsi, le début de carrière peut être un moment charnière pour la nouvelle professionnelle ou le nouveau professionnel en quête d'identité.

En réponse à ces besoins de développement de compétence, durant les premières années professionnelles, l'exploration et la compréhension de ce qui se vit est nécessaire pour la personne professionnelle. Afin de bien comprendre et intégrer ces expériences nouvelles, l'apprentissage de l'autosupervision s'avère essentiel.

¹³ Continuous reflection is a prerequisite for optimal learning and professional development at all levels of experience.

1.2 L'autosupervision : processus d'intégration en début de carrière

Le développement de la compétence par la supervision clinique s'opère par le développement de l'autosupervision, l'objectif ultime du processus de supervision clinique (Lecomte et Savard, 2004). Les paramètres fondamentaux de ce modèle permettent justement cette autosupervision favorisant le processus d'intégration en début de carrière tout en offrant une réponse aux besoins identifiés.

Ce processus consiste principalement, pour la personne supervisée, à explorer et comprendre ce qu'elle vit lors de ses entretiens avec une cliente ou un client. Pour la personne supervisée en apprentissage, le développement de l'autosupervision n'est pas une tâche facile. En revanche, l'apprentissage à l'autosupervision lui permet de mettre à jour certaines tensions vécues entre les trois paramètres que sont, les buts visés, l'expérience subjective et les comportements faisant référence respectivement aux intentions – conscience de soi subjective – conscience de soi objective.

Pour Lecomte et Savard (2004) « les liens, les tensions et les interactions » (*Ibid.*, p. 339) entre ces trois pôles « constituent la démarche fondamentale du processus de supervision clinique » (*Ibid.*, p. 339). Or, la compréhension de ce qui se passe entre ces pôles, particulièrement entre l'expérience subjective et les comportements, rappelons-le, aide la personne supervisée à « donner du sens à cette tension incontournable et à l'intégrer entre son expérience observée de comportements professionnels et de leur impact sur les clients et son expérience subjective avec toutes ses composantes » (Lecomte et Savard, 2004, p. 339). Ces auteurs précisent aussi que cette « tension entre une conscience de soi subjective et une conscience de soi objective est une dimension centrale à apprivoiser pour tout intervenant » (p. 339).

D'un autre côté, ce processus d'exploration et de compréhension de ce qui est vécu et l'expérience pluridimensionnelle en relation avec la cliente ou le client a ses bons côtés. Il permet le développement de la réflexion sur l'action. Cette réflexion amène à son tour, à « la conscience réflexive de soi en action » qui « demeure le point

d'ancrage pour l'acquisition de la compétence professionnelle permettant des interventions optimales. » Lecomte et Richard (1997 dans Savard, 1998, p. 66).

Comme il s'agit d'un mouvement continu dans le temps, l'intervenant doit apprendre à vivre en processus continu de réflexion (Karasu, 2001). (Lecomte et Savard, 2004, p. 339).

Ainsi, la personne supervisée en développant l'autosupervision « passe graduellement d'une supervision externe à une supervision interne » (Lecomte et Savard, 2004, p.337) et amène un nouvel éclairage sur les interventions cliniques (*Ibid.*). De surcroît, la personne supervisée voit ses compétences se développer et ses interventions se raffiner, ce qui, calmant ses doutes, aura un effet certain sur le renforcement de sa confiance en soi professionnelle. De leur côté, Rønnestad et Skovholt (2003) l'expliquent ainsi

L'attention se déplace de façon spectaculaire. Au fil du temps, le thérapeute qui, initialement s'appuie sur l'expertise externe comme les théories et les connaissances en cherchant l'avis d'experts et une approche didactique de supervision, progressivement s'appuie sur ses propres expertises et réflexions. (traduction libre¹⁴) Rønnestad et Skovholt (2003 dans Bernard et Goodyear, 2014, p. 43)

Pour mener à bien un tel projet de développement de la compétence par l'autosupervision en début de carrière, il est primordial, pour la personne supervisée, d'être bien accompagnée en supervision clinique. La dimension relationnelle est sérieusement à considérer puisque

L'objectif de la supervision clinique, soit 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, de sa théorie d'usage, de ses expériences d'autorégulation et de régulation interactive et de sa dynamique personnelle pour éclairer ses choix cliniques dans la relation thérapeutique. (Lecomte et Savard, 2004, p.337)

¹⁴ The focus of functioning shifts dramatically over time, from internal to external. During formal training, a person drops an earlier ("lay helper") reliance on an internal and personal epistemology for helping in order to rely on the professionally based knowledge and skills that guide practice.

À ce sujet, Clauw *et al.* (2011a), Serres (2009), Boudreault (2009), Lecomte et Savard (2004) s'entendent pour affirmer que la qualité de la relation est essentielle au climat de confiance pour un processus de supervision efficace. Elle permet d'installer les bases pour la création d'un espace de réflexion (Lecomte et Savard, 2004). C'est ainsi que la personne supervisée se sent plus à l'aise de se dévoiler aidant ainsi la réflexion sur les actions posées (*Ibid.*).

À partir du modèle de supervision clinique de Lecomte et Savard (2004), le prochain tableau expose les objectifs des paramètres, des phases, des dimensions et des savoirs afin d'illustrer pour chacun d'eux, le rôle de la personne superviseuse auprès de la personne supervisée et de l'apport sur le développement de la compétence au regard de l'étape de l'entrée dans la profession de Rønnestad et Skovholt (2003).

Tableau 5

Apport de la supervision clinique pour le développement de la compétence à l'étape de l'entrée en carrière

Modèle de supervision clinique de Lecomte et Savard (2004)	L'étape de la personne professionnelle novice – L'entrée dans la profession – Les années immédiatement après la graduation		
	Objectifs	Rôle de soutien de la personne superviseuse auprès de la personne supervisée	Apport pour le développement de la compétence de la personne supervisée
Paramètres <ul style="list-style-type: none"> • But • Expérience subjective • Comportements professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer et comprendre les tensions entre ce qu'il veut faire (but), ce qu'il fait (comportement) et son vécu (expérience subjective) ainsi que les effets sur le niveau de compétence et d'efficacité perçu par l'intervenante ou l'intervenant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir dans sa recherche d'intégration de sa propre théorie implicite du changement, de sa théorie d'usage, de ses expériences d'autorégulation et de régulation interactive et de sa dynamique personnelle; • S'assurer de bien saisir et surtout de valider l'expérience difficile et souvent déstabilisante des tensions vécues entre les trois pôles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître son expérience discordante entre ces trois pôles; • Éclairer ses choix cliniques dans la relation; • Passer graduellement d'une supervision externe à une supervision interne.
Phases <ul style="list-style-type: none"> • Exploration • Compréhension • Concrétisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer l'expérience pluridimensionnelle en relation avec la cliente ou le client, les enjeux et les difficultés rencontrées; • Comprendre ce qui est vécu par la personne supervisée, sa principale difficulté; • Concrétiser la compréhension de soi en formulant un objectif de développement de sa compétence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider à explorer et à nommer son expérience; • Donner du sens à ses interrogations, établir des liens cohérents et faciliter l'intégration des diverses facettes de l'expérience; • Amener à identifier ses croyances et ses principes organisateurs expliquant ses agirs; • Identifier des options sans perdre de vue que le changement et l'apprentissage sont multidimensionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer son degré de satisfaction, son degré de compétence et son degré de conscience de soi; • Permettre un élargissement de sa conscience de soi en relation avec sa cliente ou son client; • Clarifier ses ressources et ses limites; • Identifier le principal point à améliorer pour augmenter son efficacité en counseling; • S'appuyer sur ses ressources pour faire les apprentissages nécessaires au développement de sa compétence.
Dimensions <ul style="list-style-type: none"> • Relationnelle • Réflexive • Évaluative 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un climat de sécurité et de confiance; • Favoriser la réflexion sur soi en interaction; • Évaluer ses compétences pour favoriser son développement professionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une attitude d'écoute et de compréhension empathique; • S'ajuster à la personne supervisée; • Créer un espace de réflexion; • Créer et maintenir l'alliance de supervision; • Établir les critères d'évaluation clairs, explicites, compris et partagés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre de se dévoiler; • Développer l'analyse sur sa pratique, la conscience réflexive de soi et de l'autre en interaction; • S'entendre explicitement sur les sujets abordés; • Comprendre et accepter les critères d'évaluation; • Recevoir une rétroaction explicite.
Savoirs <ul style="list-style-type: none"> • Savoir-être • Savoir-faire • Savoir 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer les tensions entre les savoirs; • Intégrer les trois savoirs dans la compréhension du processus de régulation de soi en interaction. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posséder des connaissances pratiques et techniques de supervision et démontrer une expertise pédagogique d'intégration des savoir-faire, savoir théorique et savoir-être ; • Explorer et comprendre les tensions entre les besoins d'apprendre, d'améliorer le processus d'intervention tout en maintenant sa perspective, sa cohésion interne et son organisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre que le savoir-être est à la base de la transformation du savoir théorique et du savoir-faire; • Développer progressivement une conscience de la régulation de soi, de la régulation interactive et de ses interventions; • Intégrer les diverses facettes de son expérience vécue; • Améliorer sa compétence en début de carrière.

1.3 Le rôle de la personne superviseuse auprès de la personne professionnelle en début de carrière

Le rôle de la personne superviseuse est spécifiquement d'accompagner la personne supervisée dans ses réflexions sur ses interventions, sa manière de faire, ses intentions, ce qu'elle en pense, comment elle réagit, comment elle se sent, ce qu'elle connaît, ce qu'elle veut apprendre et améliorer. Ce rôle d'accompagnement est à la fois spécifique et complexe. La personne superviseuse, en travaillant spécifiquement au développement de la compétence de la personne supervisée, compose avec toute la complexité d'un être humain. Pour assumer son rôle avec efficacité, plusieurs éléments importants sont à considérer. Elle doit d'abord « 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, dans Lecomte et Savard, 2004, p. 327).

Déjà, ces connaissances lui permettront d'explorer avec la personne supervisée les tensions entre ses divers besoins, de reconnaître « et surtout de valider l'expérience difficile et souvent déstabilisante des tensions vécues entre l'intention, l'intervention et son expérience subjective et de reconnaître son expérience discordante entre ces trois pôles » (Savard, (s.d.), p. 21). Afin de mettre la table pour un tel processus, la personne superviseuse travaillera à établir un espace de réflexion pour la personne supervisée afin qu'elle puisse donner du sens à ses interrogations et établir des liens cohérents (Lecomte et Savard, 2004). Ce faisant la personne supervisée pourra intégrer les diverses facettes de son expérience et améliorer sa compétence au profit de la cliente ou du client (*Ibid.*, p. 327).

Il est aussi de la responsabilité de la personne superviseuse de créer et maintenir l'alliance de travail, de reconnaître ce que vit la personne supervisée et d'ajuster ses interventions au service de celle-ci. L'établissement d'une entente claire sur les objectifs et les modalités des critères d'évaluation favorise cette alliance et, éventuellement, servira à l'élaboration et à la concrétisation du plan d'action.

Ainsi, le fait de définir avec le supervisé les objectifs et les attentes, de préciser les rôles, les fonctions et les modalités de fonctionnement dans la perspective dynamique d'un processus d'apprentissage se réalisant dans un dialogue réflexif intersubjectif, permet un tout autre travail d'intégration. (Lecomte et Savard, 2004, p. 337)

Une fois le cadre de la supervision établi, le travail de réflexion peut donc s'engager sur l'interaction de trois paramètres fondamentaux (Lecomte et Savard, 2004, p. 338). Cependant, sans une attitude bienveillante et empathique, l'alliance peut rester superficielle et affecter le travail de supervision (*Ibid.*). Ces auteurs expliquent que « 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. » (p. 337). Le rôle et la tâche de supervision clinique ne sont pas une mince affaire. Au contraire ils sont très complexes et demandent la considération de plusieurs facteurs. Savard (2009) relève la liste des éléments énumérée par Michels (1994) dont il faut tenir compte

1) le client avec sa problématique, sa dynamique, sa situation de vie et les buts de la relation d'aide; 2) le supervisé avec son niveau de développement, ses compréhensions intellectuelles, ses contretransferts et ses objectifs de carrière; 3) les processus de counseling et de supervision; et 4) le contexte institutionnel et professionnel dans lequel la supervision est réalisée. (Michels, 1994 dans Savard, 2009, p.11)

Intimement lié avec les objectifs des paramètres fondamentaux, ce rôle est donc considérable. La personne superviseure, par son soutien professionnel, accompagnera la personne supervisée dans sa recherche d'intégration de sa propre théorie implicite du changement, de sa théorie d'usage, de ses expériences d'autorégulation et de régulation interactive ainsi que dans la compréhension de sa dynamique personnelle (Lecomte et Savard, 2004). Au final, la personne superviseure favorisera l'élaboration d'objectifs de changement menant à la mise sur pied d'un plan d'action réaliste qui permettra la concrétisation du changement.

Alors, la supervision clinique devient un lieu de réflexion privilégié pour comprendre les tensions vécues et leur donner un sens, ainsi que pour développer et faciliter la conscience réflexive (Lecomte et Savard, 2004, p. 327).

2. L'APPORT DE LA SUPERVISION CLINIQUE À L'ÉTAPE DU DÉBUT DE CARRIÈRE

L'entrée en carrière est une étape tumultueuse pour la nouvelle professionnelle ou le nouveau professionnel. Comme on l'a vu précédemment, durant cette période, la personne professionnelle doit composer avec plusieurs éléments typiques à l'exercice d'une nouvelle profession. Elle doit, entre autres, s'adapter à un nouveau milieu, mettre en œuvre ses acquis en plus de répondre aux exigences de l'OCCOQ et de se conformer au code de déontologie. Cette personne arrive donc dans la profession avec toute sa bonne volonté, ses théories en tête et de grosses responsabilités à assumer auprès de sa clientèle. Qu'à cela ne tienne, sa fierté sous le bras et le chapeau d'expert sur la tête, la conseillère ou le conseiller d'orientation novice devrait savoir comment faire.

Toutefois, rapidement la personne novice se heurte à certaines de ses limites. Tout à coup, les apprentissages faits à l'université s'avèrent difficile à appliquer avec telle ou telle clientèle. Au début, puisqu'elle porte le titre de maître, elle attribue ses écueils à la problématique difficile de la cliente ou du client. Pour remédier à la situation elle cherche des trucs, des conseils pratiques auprès de ses collègues. Ces derniers s'empresseront de lui dire comment s'y prendre dans de tels cas. Dès lors, elle tente, en espérant que cela fonctionne, d'appliquer les conseils reçus, mais devant la difficulté à les mettre à exécution, elle se questionne sur ses compétences, ce qui vient ébranler la personne débutante en quête d'une confiance en soi professionnelle. Il n'est donc pas difficile d'imaginer, comme l'affirment Rønnestad et Skovholt (2003), que plusieurs personnes professionnelles débutantes éprouvent de l'anxiété dans leur travail professionnel.

Entre en jeu le soutien par la supervision clinique. Par ce soutien, la personne supervisée en début de carrière est amenée à prendre conscience de ce qui se passe réellement pour elle, ses peurs, ses croyances, ses difficultés, ses limites et ressources,

de les nommer et d'en comprendre les enjeux. Ensuite, dans une relation de supervision de confiance, elle se sentira libre de s'exprimer. Cette relation permet l'ouverture et, même si la personne supervisée peut être désireuse de s'améliorer, elle peut aussi être craintive devant le changement potentiel amené par ses réflexions sur ses actions. Devant ce dilemme, la personne supervisée oscillera entre l'ouverture et la fermeture (Lecomte et Savard, 2004), mais avec le soutien optimal de la personne superviseure et sa compréhension de ce phénomène, la personne supervisée passera d'une certaine incompréhension de son expérience à une intégration de celle-ci tout en préservant son estime de soi (*Ibid.*).

Ce n'est qu'en arrivant à sentir et à maintenir une certaine estime de soi que l'intervenant peut arriver à vivre et à intégrer des apprentissages déstabilisants. Il arrivera difficilement à mettre en place de tels apprentissages sans le soutien empathique optimal du superviseur. (Lecomte et Savard, 2004, p. 337)

D'ailleurs, Rønnestad et Skovholt (2003) ajoutent qu'en début de carrière, le contact avec la personne superviseure, tout en aidant les clientes et clients, est une source de croissance professionnelle. Ce faisant, la personne supervisée acquerra une meilleure compréhension d'elle-même, et pourra désormais se fier à ses ressources pour faire les apprentissages nécessaires au développement de ses compétences professionnelles et augmenter son efficacité en counseling. Aussi, durant ces années de noviciat, avec un réel engagement dans son évolution, elle intégrera tranquillement sa propre personnalité dans ses interventions (Rønnestad et Skovholt, 2003). Donc, avec un soutien par la supervision clinique, la table est mise pour favoriser l'exploration et la compréhension du vécu de la personne supervisée, ce qui lui permettra d'identifier le principal point à améliorer tout en ciblant un objectif de changement réaliste (Lecomte et Savard, 2004). Doucement, la personne supervisée tend vers la construction de ses connaissances d'avantage basée sur sa propre expérience et analyse réflexive. Ce faisant, la personne supervisée vit une réorientation du soi comme héros vers la personne cliente en tant que héros (Rønnestad et Skovholt, 2003). Au fil du temps, les contributions de la cliente ou du client dans le processus sont mieux comprises et appréciées, et la personne

supervisée adopte une appréciation plus humble et réaliste de sa réelle contribution au processus de changement de sa clientèle (*Ibid.*).

2.1 L'analyse réflexive en interaction

L'exercice d'une pratique axée sur l'analyse réflexive de soi et de l'autre en interaction amène le développement de la compétence. Audétat et Laurin (2010), Serre (2009) et Lecomte et Savard (2004) sont d'accord sur le fait que l'analyse de sa pratique par une réflexion pendant et après l'action favorise la compréhension et permet de planifier des réajustements sur ses interventions futures. Il s'agit « de mettre en œuvre d'une manière intégrative le savoir et le savoir-faire du conseiller d'orientation en s'appuyant sur un savoir être, ce qui constitue son savoir-agir professionnel » (Savard, 2009, p. 10).

En explorant les incontournables tensions entre le savoir théorique (p. ex., « Suis-je bien sûr de bien comprendre ce client ? »), le savoir-faire ou savoir technique (p. ex., « Pourtant, j'ai bien essayé la technique recommandée, mais ça ne marche pas ») et le savoir-être (p. ex., « J'ai mon voyage, je suis découragé, je n'arrive pas à m'en sortir »). (Savard, 2009, p. 10)

L'analyse de sa pratique peut se faire « seul, avec le soutien de collègues ou encore dans le cadre d'une supervision clinique » (Savard, 2009, p. 10). Cependant, afin d'analyser sa pratique en fonction des paramètres fondamentaux, Savard (2009) rappelle que la professionnelle ou le professionnel « doit être attentif à ses buts ou intentions, à ses comportements professionnels, et à son expérience subjective afin d'améliorer l'efficacité de ses interventions auprès de la clientèle. » (p. 12). De plus, elle a à évaluer

1) son degré de satisfaction, en s'interrogeant sur les écarts entre son expérience subjective et les buts poursuivis ou intentions; 2) son degré de compétence, en s'interrogeant sur les écarts entre les buts poursuivis ou intentions et ses comportements professionnels; 3) son degré de conscience de soi, en s'interrogeant sur les écarts entre son expérience subjective et ses comportements professionnels (Savard, 2009, p. 12)

Or, pratiquer seule, l'analyse réflexive manque de rétroaction, en groupe « on se centre généralement sur les comportements professionnels et sur les buts poursuivis

ou intentions, s'occupant peu de l'expérience subjective » (Savard (2009, p. 12) de la personne supervisée, « particulièrement en ce qui a trait à la dimension affective » (*Ibid*, p. 12) pouvant ainsi nuire au développement de la compétence (*Ibid*, p. 12). Comme les besoins sont grands en début de carrière, particulièrement en ce qui a trait à l'identité professionnelle en développement, la prudence est de mise concernant les rétroactions des pairs. En outre, le modèle de supervision de Lecomte et Savard (2004) avec ses paramètres fondamentaux considère justement la personne supervisée dans son ensemble. En ce sens, leur modèle apparaît comme une forme de soutien privilégié pour favoriser l'analyse réflexive.

L'analyse de la pratique réflexive permet au conseiller d'orientation d'explorer, de comprendre et de modifier sa manière d'agir pour arriver à offrir des réponses optimales au client. Cette démarche ouvre de nouvelles perspectives pour envisager et réfléchir son interaction et ses interventions avec la clientèle (Lecomte et Savard, 2004)

En effet, « Outre le soutien qu'offre cette expérience, celle-ci est l'occasion de recevoir une rétroaction explicite, d'observer un modèle de pratique professionnelle et d'accroître la stimulation en vue de développer la compétence professionnelle pour assurer un service de qualité à la clientèle » Savard (1997, dans Savard, 2009, p. 12). De plus, il permet « de considérer les enjeux d'évaluation et d'estime de soi pour le conseiller d'orientation dans son contexte de pratique » (Savard, 2009, p. 11).

3. LA RELATION ENTRE LA SUPERVISION CLINIQUE, LES BESOINS ET LES ÉTAPES

Pour répondre à la question de recherche « Que pourrait être l'apport de la supervision clinique pour le développement et le maintien de la compétence en counseling de carrière auprès des conseillers et des conseillères d'orientation en début de carrière ? », le modèle intégré de supervision clinique de Lecomte et Savard (2004) avec son objectif d'autosupervision combinant les paramètres fondamentaux et soutenu par les phases, les dimensions et l'intégration des savoirs vient contribuer au développement de la compétence à l'étape de l'entrée en carrière défini par Rønnestad et Skovholt (2003). L'intégration des trois éléments que sont le modèle intégré de supervision

clinique de Lecomte et Savard (2004), le modèle des étapes développementales de la compétence professionnelle de Rønnestad et Skovholt (2003) et le développement de la compétence tout au long de la vie professionnelle amène un éclairage de cette contribution comme on peut le constater à la figure 7.

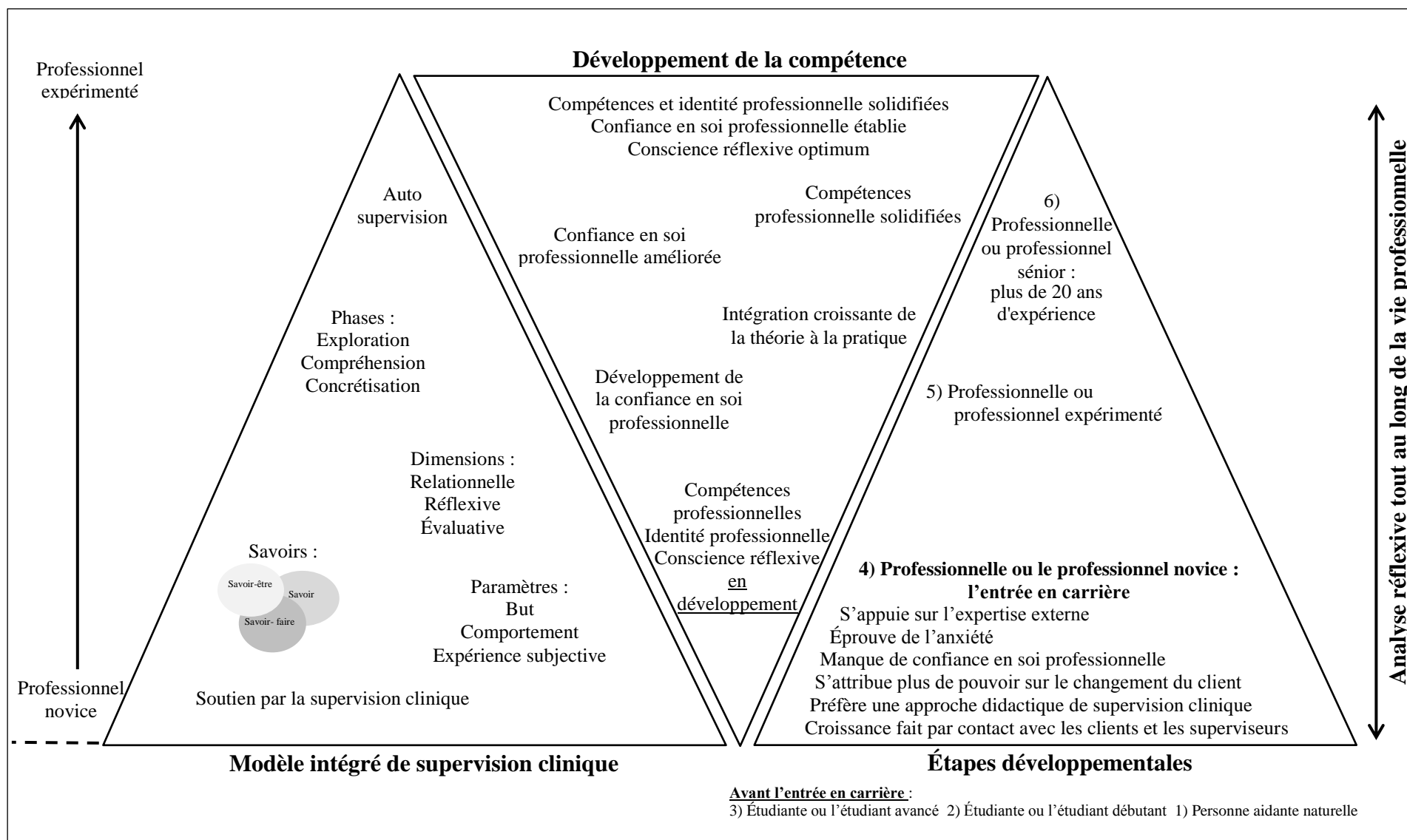


Figure 7 – Supervision clinique et étapes développementales : impacts sur le développement de la compétence en début de carrière

Le premier triangle avec une large base représente la place que peut occuper la supervision clinique en début de carrière pour la personne supervisée. Puis, au fil du développement de l'analyse réflexive, l'autosupervision s'installe à mesure que la personne professionnelle supervisée devient plus expérimentée.

Le deuxième triangle en position inversé représente le développement de la compétence et de la conscience réflexive qui, en début de carrière, est moins développé et l'est davantage lorsque la personne professionnelle supervisée devient plus expérimentée.

Le troisième triangle représente les étapes développementales où en début de carrière les besoins sont grands en termes de soutien et d'aide au développement de l'analyse réflexive et diminuent lorsque la personne professionnelle supervisée devient plus expérimentée.

L'avantage de cette approche est qu'elle permet à la personne professionnelle novice supervisée d'intégrer la théorie à la pratique, de renforcer sa confiance en soi et son identité professionnelle et de calmer l'anxiété. Ce développement passe nécessairement par l'apprentissage de l'analyse réflexive.

CONCLUSION

La présente recherche se veut un essai sur ce que pourrait être l'apport de la supervision clinique pour le maintien et le développement de la compétence des conseillères et des conseillers d'orientation en début de carrière. À ce jour, il n'y a pas de soutien structuré et organisé pour les membres de l'OCCOQ lorsqu'ils intègrent la profession. Pourtant, qui dit changement dit bouleversement et quitter le monde universitaire pour le monde professionnel c'est toute une transition. Le soutien par la supervision clinique touche plusieurs aspects du développement de la personne supervisée. En plus de fournir un soutien, la supervision clinique offre une structure souple de développement à l'intérieure de laquelle la personne supervisée peut se développer en toute confiance.

1. L'APPORT DE CETTE RECHERCHE

Le modèle intégré de la supervision clinique proposé dans cet essai, jumelé à l'étape développementale de l'entrée dans la profession permet d'envisager son apport pour le maintien et le développement de la compétence des conseillères et des conseillers d'orientation en début de carrière. L'application de ce modèle, par des personnes professionnelles séniors durant cette période cruciale d'intégration de la profession, démontre l'efficacité sur le développement de l'analyse réflexive; la base indissociable au développement concret de la compétence en counseling de carrière. Pourtant, bien que le développement de l'analyse réflexive se fasse par le soutien en supervision clinique, à notre connaissance, dans le domaine de l'orientation ce type de soutien ne s'offre pas systématiquement en début de carrière. De surcroît, ce sujet sur l'apport possible de la supervision clinique dans le domaine de l'orientation n'est pas répertorié.

Conséquemment, cet essai est novateur en mettant en lumière ce que pourrait être l'apport du modèle de supervision clinique structuré et organisé à l'étape de l'entrée

en carrière pour venir soutenir concrètement l'atterrissage dans la profession en fournissant un lieu sécurisant en réponse aux besoins évidents des conseillères et des conseillers d'orientation.

1.1 Les limites de cette recherche

La principale limite de cette présente recherche tient dans le fait qu'il n'y a pas d'études sur la supervision clinique dans le domaine de l'orientation. Il y a donc eu une extrapolation des données des études faites du domaine de l'enseignement et de la psychologie au domaine de l'orientation. Par exemple, l'étude de Rønnestad et Skovholt (2003) s'est opérée auprès de psychothérapeutes. Quant au livre sur les fondements de la supervision clinique de Bernard et Goodyear (2014), on ne fait pas mention du domaine de l'orientation.

Une autre limite de cette recherche est que les effets d'une mésentente entre la personne supervisée et la personne superviseuse n'ont pas fait l'objet d'une description approfondie, ce qui aurait permis d'aborder les effets potentiellement négatifs sur le développement de la compétence, de la confiance et de l'identité professionnelle de la personne supervisée.

1.2 Ce qu'éclaire cette recherche

Pour répondre à la question de recherche « Que pourrait être l'apport de la supervision clinique pour le développement et le maintien de la compétence en counseling de carrière auprès des conseillers et des conseillères d'orientation en début de carrière ? », le modèle intégré de supervision clinique de Lecomte et Savard (2004) en ce qui a trait à ses objectifs et au rôle de la personne superviseuse, il est possible d'exposer sa contribution au développement et au maintien de la compétence en le rattachant à l'étape développementale de début de carrière du modèle de Rønnestad et Skovholt (2003).

1.3 Les retombées de la recherche

Cet essai est une amorce pour associer la supervision clinique et ses retombées au domaine de l'orientation.

La supervision clinique est un apport certain sur le développement de la compétence. Qu'elle soit pratiquée en formation ou en pratique d'intervention professionnelle, son but est spécifiquement le développement de la compétence. La plupart des études préconisent un modèle particulier, soit centré sur les connaissances des théories ou des caractéristiques de la personne cliente ou encore centré sur la personne supervisée ainsi que la relation entre la personne aidante et la personne aidée. Cependant, une tendance se dégage à l'effet de combiner plusieurs approches et d'accorder une attention à l'aspect réflexif comme apport au développement de la compétence. Le modèle québécois de supervision clinique proposé par Lecomte et Savard (2004) va exactement dans ce sens en disant que dans le processus pour la conscience de soi réflexive, la personne supervisée passe graduellement de quoi faire à comment faire, d'une position d'imitation d'un modèle à une créativité adaptée à son style d'intervention et devient ainsi une intervenante ou un intervenant habile et efficace.

1.3.1 Pour l'orientation

Depuis l'adoption du projet de loi 21, les nouvelles responsabilités que les conseillères et les conseillers d'orientation doivent assumer et la préoccupation de l'OCCOQ de fournir un service professionnel de qualité, il s'avère que l'utilisation de la supervision clinique pourrait être mis en place pour permettre d'assurer un soutien certes, mais aussi une meilleure protection du public.

L'intégration de la supervision clinique, dès l'entrée dans la profession, comme un moyen usuel disponible pour le développement de la compétence viendrait normaliser ce type de soutien. Ainsi, la nouvelle professionnelle ou le nouveau professionnel de l'orientation pourrait poursuivre son développement en toute quiétude sans nécessairement entretenir un sentiment d'incompétence lorsqu'il demande de

l'aide. Ce type de soutien aide au développement de l'analyse réflexive de soi et, pour être efficace en début de carrière, le développement de l'analyse réflexive de soi dans l'action est nécessaire au développement de la compétence de la personne professionnelle novice et favorise de meilleurs choix cliniques au service de sa clientèle.

2. L'OUVERTURE SUR D'AUTRES VOIES DE RECHERCHE

Dans le futur, d'autres recherches pourraient venir étoffer le sujet de la supervision clinique dans le domaine de l'orientation. Comme on l'a vu, il n'y a pas d'écrit sur ce sujet lié directement à l'orientation en début de carrière. Alors, il serait vraiment intéressant de s'attarder à différencier les objectifs d'intervention des psychologues *versus* ceux des conseillères et conseillers d'orientation et de voir quel type d'accompagnement (coaching, mentorat, supervision clinique) peut démontrer son efficacité en considérant les différences de visées de ces deux professions.

Il pourrait aussi y avoir une recherche approfondie auprès des conseillères et conseillers d'orientation qui ont déjà recours à un soutien par la supervision clinique et d'en évaluer les retombées.

D'autres études pourraient porter sur l'impact de la formation à la supervision clinique, des personnes superviseure versus les personnes superviseuses n'ayant pas reçues de formation à la supervision, sur le développement de la compétence des personnes supervisées.

2.1 Les recommandations

Au terme de cet essai, il est important de laisser quelques pistes de réflexion sur de possible mises en actions pour favoriser le soutien des nouvelles professionnelles et nouveaux professionnels qui commencent l'exercice de la profession de l'orientation :

- Développer la culture de supervision clinique au sein de la profession de l'orientation;
- Faire la promotion des effets connus de la supervision clinique sur le développement de la compétence, de l'analyse réflexive et de l'identité;

- Mettre en place un soutien structuré et organisé de supervision clinique auprès des nouveaux membres de l'OCCOQ;
- Valoriser l'expérience des professionnelles ou professionnels séniors de l'orientation quant à leur potentiel de supervision clinique, transfert de connaissances et au lègue professionnel;
- Offrir de la formation à la supervision clinique auprès des membres séniors de l'OCCOQ;

Il reste que la supervision clinique est un processus complexe et avant de l'instaurer, il pertinent d'en reconnaître la complexité et de s'assurer que le service est offert par des personnes professionnelles expérimentées et formées à la supervision.

En somme, l'apport de la supervision clinique pour les conseillères et conseillers d'orientation est certainement à considérer sérieusement. La supervision clinique opère sur la confiance en soi professionnelle, l'identité professionnelle, le renforcement et le développement des compétences ainsi que sur amélioration du processus d'intervention auprès de la clientèle. La supervision clinique aide la nouvelle professionnelle ou le nouveau professionnel à trouver son chemin à travers le labyrinthe d'une profession complexe à apprivoiser pour le soutenir dans son évolution professionnelle jusqu'à l'atteinte de son autonomie réflexive.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association for Counselor Education and Supervision (ACES). Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.acesonline.net/?s=ethical+guidelines+for+counseling+super-visors&x=0&y=0>>. Consulté le 23 mars 2014.
- Audétat, M.-C. et Laurin, S. (2010). Supervision du raisonnement clinique : Méthodes et outils pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace. *Canadian Family Physician. Le médecin de famille canadien*, 56(mars), 294-296.
- Baron, L et Morin, L. (2010). Le coaching de gestionnaires : mieux le définir pour mieux intervenir. *Gestion*, XXXV(1), 47-55.
- Bernard, J.-M. et Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5^e éd). Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Merrill. (1^{re} éd. 1992).
- Boudreau, P. (2009). Pour un modèle de supervision de type inductif en formation à la supervision de maîtres de stage en éducation physique. *Éducation et Francophonie*, XXXVII(1), 121-139.
- Chao, G.T. (2009). Formal mentoring: Lessons learned from past practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 314–320. American Psychological Association. Michigan State University.
- Clauw, L. Deplus, S. et Philippot, P. (2011). Comment développer les compétences cliniques du psychothérapeute par la supervision? *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, XVI(3), 20-47.
- Clauw, L. Deplus, S. et Philippot, P. (2011). La supervision clinique dans la formation à la pratique psychothérapeutique. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, XVI(3), 3-16.
- Cuerrier, C. (2001). *Le mentorat et le monde du travail : un modèle de référence*. Charlesbourg : Les Éditions de la fondation de l'entrepreneurship.
- Delivré, F. (2004). *Le métier de coach*. Deuxième édition. Éditions d'Organisation. France.
- Fortin, M. F., (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (collaboration J. Gagnon) (2^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation (1^{re} éd. 2006).
- Giroux, M. et Girard, G. (2009). Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie médicale*, 10(3), 193-210.

- Gouvernement du Québec (2012). *Projet de loi 21, Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan*. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif. L'Office des professions du Québec, Québec.
- Lecomte, C. (1997). *Compétence supervision*. Secteur psychologie du counseling. Département de psychologie. Université de Montréal.
- Lecomte, C. et Guillon, V. (2000). Counseling personnel, counseling de carrière et psychothérapie. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 29(1), 117-140.
- Lecomte, C. et Savard, R. (2004). La supervision clinique : Un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. In, T. Lecomte et C. Leclerc (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (p. 315-347). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C. et Savard, R. (2013). *La supervision clinique : processus de réflexion essentiel au développement de la compétence et de l'efficacité professionnelle*. Communication Power Point présenté lors d'une formation au département d'orientation professionnelle à l'université de Sherbrooke, Sherbrooke, 3 avril.
- Lecomte, C., Drouin, M.S., Savard, R. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Marc, E. (2009). Entre supervision et thérapie : Le contre-transfert. *Revue Gestalt* (Sherbrooke), XXXV(1), 157-168.
- Martineau, S., Portelance, L. et Presseau, A. (2010). *Le mentorat comme dispositif de soutien à l'insertion professionnelle des enseignants*. Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE) Laboratoire d'analyse du développement et de l'insertion professionnels en enseignement (LADIPE)
- Mentorat Québec. Code d'éthique des membres de Mentorat Québec. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.mentoratquebec.org/devenir-membre/code-dethique>. Consulté le 08 janvier 2013.
- National Board for Certified Counselors (NBCC). Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.nbcc.org/assets/ethics/nbcc-codeofethics.pdf>>. Consulté le 23 mars 2014.
- Office des professions du Québec, 2012. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, Guide explicatif*. Document téléaccessible à l'adresse <www.opq.gouv.qc.ca/fifileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_septembre_2012.pdf>. Consulté le 24 février 2013.

- Ordre des conseiller et conseillères d'orientation du Québec (2006). *Code de déontologie des membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec*.
- Ordre des conseiller et conseillères d'orientation du Québec (2012). La profession de conseiller d'orientation. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.orientation.qc.ca/LeConseillerOrientation.aspx?sc_lang=fr-CA>. Consulté le 15 janvier 2013.
- Ordre des conseiller et conseillères d'orientation du Québec (2010). Le guide d'évaluation en orientation. En collaboration avec Canadian Education and Research Institute for Counselling (CERIC) Montréal : OCCOQ.
- Ordre des conseiller et conseillères d'orientation du Québec (2010). *Le profil des compétences générales des conseillers d'orientation*. Montréal : OCCOQ.
- Ordre des conseiller et conseillères d'orientation du Québec (2012). *Planification stratégique 2011-2014. 2e orientation stratégique : Consolider et développer les pratiques des conseillers d'orientation pour assurer le bien-être et la sécurité du public* (p. 7). Montréal : OCCOQ
- Ordre des conseiller et conseillères d'orientation du Québec (2011). *Politique de développement des compétences*. Adoptée Bureau du 13 septembre 2003. Modifiée Bureau du 10 décembre 2005. Modifiée OCCOQ : Conseil d'administration du 24 septembre 2011. Bureau et C.A. modifié pour Conseil d'administration et Comité exécutif, janvier 2009.
- Ordre des conseiller et conseillères d'orientation du Québec (2012). *Règlement sur les dossiers, les cabinets de consultation et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec*. Article 6. Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 91).
- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (2004). *Orientation professionnelle et politique publique. Comment combler l'écart*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.oecd.org/dataoecd/33/46/34050180.pdf>>. Consulté le 08 janvier 2013.
- Paquette, S. (2009). *Quête de sens professionnelle: L'intégration de l'identité narrative à une démarche de counseling de carrière*. Essai de maîtrise en orientation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Pelletier, D. (2007). Se développer... une question de survie pour la carrière de conseiller d'orientation. *En pratique*, 1(7), 8.
- Ranjard, P. (2009). Supervision, perfectionnement et formation. *Revue Gestalt* (Montréal), 35(1), 81-97.

- Savard, R. (1998). *Effets d'une formation continue en counseling sur les variables personnelles relatives à la création d'une alliance de travail optimale*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Montréal, Montréal.
- Savard, R. (2009). La pratique réflexive : processus essentiel au développement de notre compétence. *En pratique*, I(10), 9-10.
- Savard, R. (s.d.). *Supervision clinique : counseling (ré)orientation, (ré)insertion, (ré)adaptation*. Baccalauréat en information et orientation professionnelle – Maîtrise en orientation. Recueil de notes. Département d'orientation professionnelle. Faculté de l'éducation. Université de Sherbrooke (2012). Sherbrooke.
- Serres, G. (2009). Analyse de l'activité de supervision au regard de ses effets sur les trajectoires de formation des professeurs stagiaires. *Éducation et francophonie*, XXXVII(1), 107-120.
- Société canadienne de psychologie (2012). *Ethical guideline for supervision in psychology: Teaching, research, practice and administration*. CPA Committee on Ethics Supervision Guidelines Sub-Committee consisting of Jean Pettifor (Chair), Michelle McCarron, Greg Schoepp, Cannie Stark, and Don Stewart.
- The Approved Clinical, Supervisor (ACS). Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.cce-global.org/Downloads/Apps/ACSapp.pdf>>. Consulté le 23 mars 2014.
- Turcotte, M. (2006). La formation continue : une caractéristique du professionnel! *En pratique*, I(6), 2.
- Université de Sherbrooke (2009). *Guide de présentation des documents écrits – Pour les travaux, essais, mémoires et thèses* (4^e éd.). Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation (1^{re} éd. 1995).
- Université de Sherbrooke. (2011). Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains. Sherbrooke : Université de Sherbrooke. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.usherbrooke.ca/accueil/fr/direction/documents-officiels/politiques/>>.
- Verville, R. (2008). Les services offerts par l'Ordre : Les connaissez-vous bien? *En pratique*, I(8), 3.

ANNEXE A

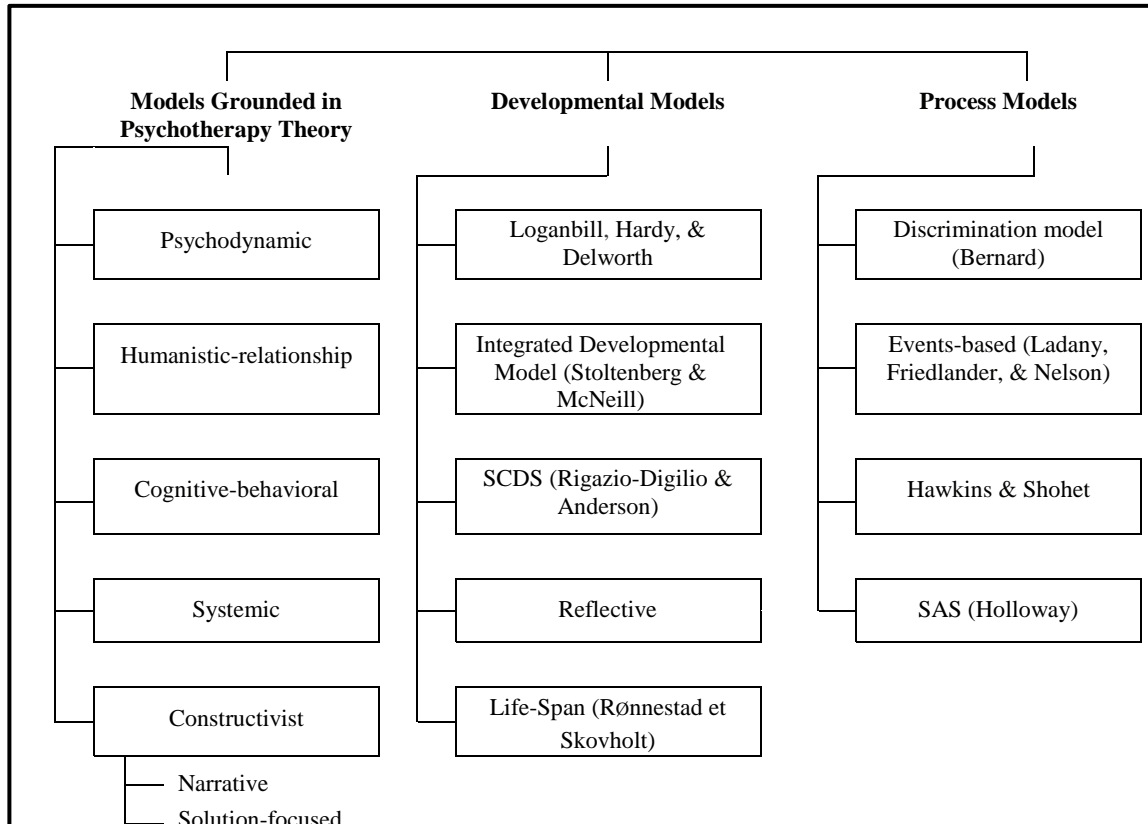
SUPERVISION VERSUS L'ENSEIGNEMENT, LE COUNSELING ET LE CONSEIL

	Similarities	Differences
<i>Teaching</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Both have the purpose of imparting new skills and knowledge. • Both have evaluative and gatekeeping functions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Whereas teaching is driven by a set curriculum or protocol, supervision is driven by the needs of the particular supervisee and his or her clients.
<i>Counseling or Therapy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Both can address recipients' problematic behaviors, thoughts, or feelings. 	<ul style="list-style-type: none"> • Any therapeutic work with a supervisee must be only to increase effectiveness in working with clients. • Supervision is evaluative, whereas counseling is not. • Counseling clients often have a greater choice of therapists than supervisees have of supervisors.
<i>Consultation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Both are concerned with helping the recipient work more effectively professionally. For more advanced trainees, the two functions may become indistinguishable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation is a relationship between equals, whereas supervision is hierarchical. • Consultation can be a one time event, whereas supervision occurs across time. • Consultation is more usually freely sought by recipients than is supervision. • Supervision is evaluative, whereas consultation is not

Supervision versus Teaching, Counseling, and Consultation

Bernard, J.-M. et Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5^e éd). Upper Saddle River, N.J: Pearson/Merrill. (1^{re} éd. 1992). p. 10

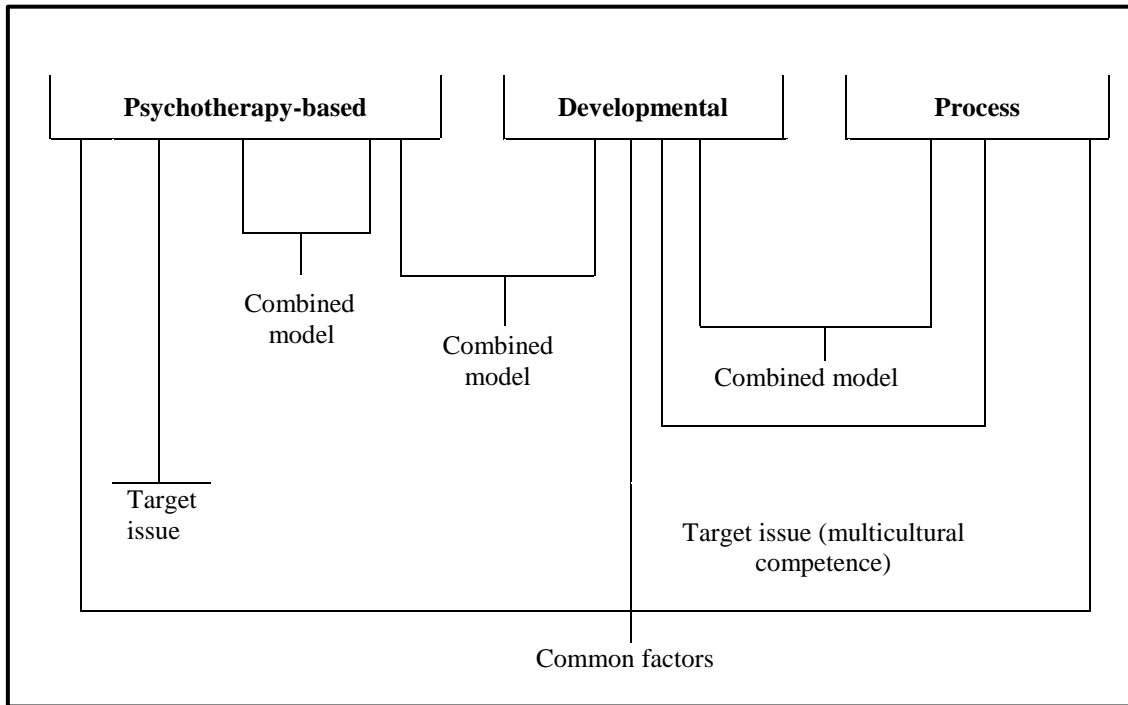
ANNEXE B
PREMIÈRE GÉNÉRATION DE MODÈLES



Major Categories of Clinical Supervision Models

Bernard, J.-M. et Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5^e éd). Upper Saddle River, N.J: Pearson/Merrill. (1^{re} éd. 1992). p. 22

ANNEXE C
DEUXIÈME GÉNÉRATION DE MODÈLES



Second-Generation Supervision Models

Bernard, J.-M. et Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5^e éd). Upper Saddle River, N.J: Pearson/Merrill. (1^{re} éd. 1992). p. 59

ANNEXE D

SIX ÉTAPES DÉVELOPPEMENTALES DE NOVICE À EXPERT ET 14 THÈMES MODÈLE DE RØNNESTAD ET SKOVHOLT (2003)

Phases	Les thèmes
1 Personne aidante naturelle	<p>1. Le développement professionnel implique une intégration croissante du soi professionnel et du soi personnel. À travers le temps, le regard théorique et le rôle professionnel deviennent de plus en plus conformes aux valeurs, croyances et expériences de vie personnelles.</p> <p>2. L'attention se déplace de façon spectaculaire. Au fil du temps, le thérapeute qui, initialement s'appuie sur l'expertise externe comme les théories et les connaissances en cherchant l'avis d'experts et une approche didactique de supervision, progressivement s'appuie sur une expertise interne et sur ses propres réflexions adoptant ainsi un style plus souple et plus confiant.</p>
2 Étudiante ou l'étudiant débutant	<p>3. L'analyse réflexive continue est une condition <i>sine qua non</i> pour un apprentissage optimal ainsi que sur le développement professionnel, et ce, peu importe le niveau d'expérience. Un constat simple, mais ses implications pour la supervision sont considérables. Cela implique, par exemple, que l'analyse réflexive et l'autosupervision devraient être enseignées (cf. Dennin et Ellis, 2003).</p> <p>4. Un réel engagement dans l'apprentissage favorise le processus de développement. Surtout, Rønnestad et Skovholt constatent que, pour la plupart de leurs répondants, l'enthousiasme pour la croissance professionnelle ne tend pas à diminuer avec le temps.</p>
3 Étudiante ou l'étudiant avancé	<p>5. Les changements de la carte cognitive. Les praticiens débutants s'appuient sur l'expertise externe, les praticiens chevronnés comptent sur l'expertise interne. Dès le début, la personne supervisée cherche "à recevoir les connaissances" d'experts et donc préfère une approche didactique de supervision. Plus tard, le développement se déplace de plus en plus en termes de "construction de connaissances" sur la base de leurs propres expériences et analyse réflexive.</p> <p>6. Le perfectionnement professionnel est processus continu, long et lent qui peut également être erratique.</p>
4 Professionnelle ou le professionnel novice : les années suivant la graduation	<p>7. Le développement professionnel se fait tout au long de la vie.</p> <p>8. Plusieurs de professionnels débutants éprouvent beaucoup d'anxiété dans leur travail professionnel. Au fil du temps, l'anxiété est maîtrisée par la plupart.</p> <p>9. Les clients sont une source majeure d'influence et servent de premiers enseignants.</p> <p>10. La vie personnelle influence le fonctionnement et le développement professionnel tout au long de la durée de vie professionnelle. <i>Les modes d'interaction de la famille, les relations avec les pairs, ses propres expériences parentales, l'invalidité chez les membres de la famille, d'autres crises dans la famille, les traumatismes personnels et ainsi de suite influencent la pratique actuelle et le développement à plus long terme de manière à la fois positifs et négatifs. (Rønnestad & Skovholt, 2003, p. 34).</i></p>
5 Professionnelle ou le professionnel expérimenté	<p>11. Les sources d'influences interpersonnelles favorisent davantage le développement professionnel que les sources "impersonnel" d'influence. La croissance se fait par contact avec des clients, des superviseurs, des thérapeutes, la famille et les amis, et (plus tard) les plus jeunes collègues. Rønnestad et Skovholt l'ont constaté lorsqu'ils ont demandé aux thérapeutes d'évaluer l'incidence des différents facteurs sur leur développement professionnel et que ces professionnels ont classés les clients en premiers, les superviseurs en second, leurs propres thérapeutes en troisième et les gens dans leur vie personnelle quatrième.</p> <p>12. Les nouveaux membres dans le domaine professionnel perçoivent avec de fortes réactions affectives les anciens professionnels ainsi que la formation des diplômés. Il est probable que les différences de pouvoir amplifient ces réponses, qui peuvent aller de fortement idéaliser à fortement dévaluer des enseignants et des superviseurs.</p>
6 Professionnelle ou le professionnel senior : plus de 20 ans d'expérience	<p>13. La vaste expérience avec la souffrance contribue à une meilleure reconnaissance, acceptation et appréciation de la variabilité humaine. À travers ce processus, les thérapeutes développent la sagesse et l'intégrité.</p> <p>14. Pour le praticien, il y a une réorientation du soi comme héros vers le client en tant que héros. Au fil du temps, les contributions du client dans le processus sont mieux compris et appréciés, et les thérapeutes adoptent une appréciation plus humble et réaliste de ce qu'ils contribuent réellement au processus de changement. <i>Si ces « coups à l'ego » sont transformés et intégrés à l'expérience du soi du thérapeute ils peuvent contribuer au paradoxe de sentiment accru de confiance et de compétence tout en se sentant moins puissant et plus humble (Rønnestad et Skovholt, 2003, p. 38).</i></p>

Tiré de Rønnestad et Skovholt (2003, dans Bernard et Goodyear, 2014, p. 41-43)

Bernard, J.-M. et Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5^e éd). Upper Saddle River, N.J: Pearson/Merrill. (1^{re} éd. 1992).