

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**SOUTENIR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE CHEZ LES PROFESSIONNELS ŒUVRANT
AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE DIFFICILE EN SANTÉ MENTALE**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
MARIE-CLAUDE VÉZINA**

JUIN 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Martin Caouette

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Martin Caouette

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Annie Paquet

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Cet essai porte sur le soutien à la pratique réflexive des professionnels œuvrant en psychiatrie auprès d'une clientèle dite difficile. Il présente les caractéristiques variées de cette clientèle spécifique selon trois typologies majeures : celles de Koekkoek et al. (2006), de Colson et al. (1985) et de Munich et Allen (2003). Il s'attarde à décortiquer les enjeux relationnels vécus par les cliniciens assignés au suivi de personnes qualifiées de réfractaires dans le domaine de la santé mentale.

À partir de l'analyse de la littérature, cet essai a pour objectif d'identifier les meilleures mesures de soutien à apporter aux professionnels afin de les aider à développer une pratique réflexive propice à l'offre d'une aide efficace et de qualité à la clientèle psychiatrique dite complexe, tout en minimisant les impacts négatifs vécus aux niveaux personnel et professionnel. La recherche met en lumière les émotions vécues par les clients et les cliniciens ainsi que les principaux réflexes relationnels qui en découlent. Les conséquences concrètes observées sur la qualité du lien thérapeutique et sur le suivi qui en découle sont également relevées.

Table des matières

Résumé	iii
Liste des tableaux	v
Remerciements	vi
Problématique.....	7
Les impacts du suivi chez les intervenants	7
L’alliance thérapeutique.....	9
La mentalisation.....	9
La pratique réflexive	11
Cadre conceptuel	13
Qui est la clientèle difficile en santé mentale ?.....	13
Typologie de Koekkoek.....	13
Typologie de Colson.....	15
Typologie de Munich et Allen.....	15
Éléments complémentaires aux typologies.....	17
Méthode.....	18
Résultats	19
Mesures de soutien à la pratique réflexive.....	24
La formation des Professionnels.....	24
La cothérapie	24
La supervision.....	25
Le rôle conseil.....	26
Discussion	28
Conclusion.....	30
Références	31
Appendice A.....	38
Recherche documentaire	38
Appendice B.....	40
Tableau d’échantillonnage	40

Liste des tableaux

Tableaux

Tableau 1	Détails de la typologie des patients difficiles selon Munich et Allen	16
Tableau 2	Résumé des articles scientifiques	20

Remerciements

La réalisation de cet essai a été remise en question à plusieurs reprises. J'ai abandonné le projet par moments, considérant cette dernière étape comme négligeable et minimisant ses impacts, jusqu'au jour où un de mes fils m'a fait remarquer que j'avais fait entrave à mes propres principes en lâchant la serviette à une quinzaine de pages du fil d'arrivée. J'ai pu finaliser cet essai grâce à l'aide et à l'appui de plusieurs personnes.

Tout d'abord, sans l'électrochoc de mes enfants et le désir profond d'être un solide modèle pour eux, je n'y serais pas arrivé. Mathias, Arnaud, Francis et Flavie, vous êtes ma plus grande source d'inspiration. Merci à vous quatre d'exister. J'aimerais remercier chaleureusement Monsieur Martin Caouette pour son expertise, son côté terre-à-terre et sa patience à mon égard. J'aimerais prendre le temps de remercier affectueusement Denis pour toute l'énergie déployée à me soutenir avec amour et bienveillance afin de faciliter l'avancement de mes objectifs. J'aimerais finalement remercier mon précieux entourage, ma famille et mes amis, qui m'ont apporté du soutien tout au long de ce processus d'écriture.

Merci pour vos encouragements et votre confiance, vous m'avez donné l'énergie nécessaire pour finalement accomplir ce projet.

Problématique

Cet essai présente les répercussions vécues par les professionnels impliqués dans l'accompagnement clinique d'une clientèle difficile en santé mentale. Nous expliquons également pourquoi le développement d'une alliance thérapeutique, fondée sur la mentalisation et intégrée à une pratique réflexive, est essentiel pour permettre à ces professionnels de faire face aux divers écueils rencontrés. Nous définissons ensuite ce qui caractérise une clientèle dite difficile. La méthode utilisée pour notre recension des écrits est présentée, celle-ci nous ayant permis de répondre à la question suivante : comment soutenir le développement d'une pratique réflexive chez les professionnels œuvrant en santé mentale auprès d'une clientèle difficile ? Enfin, les résultats de cette recension sont exposés et discutés en vue de formuler des recommandations pour la pratique clinique et la recherche.

Le mode relationnel de la clientèle dite difficile en santé mentale irrite et désarçonne les équipes soignantes (Stigler et Quinche, 2001). Il est documenté que les membres d'une équipe qui œuvrent auprès de cette clientèle sont exposés à diverses difficultés qui perturbent leur pratique et leur état mental. De ce fait, il est important de s'attarder aux caractéristiques des intervenants et de leurs interventions pour mieux comprendre la dynamique relationnelle et orienter le soutien à apporter aux membres de l'équipe clinique.

Les impacts du suivi chez les intervenants

Un cas difficile est en fait une situation où une relation clinique est difficile. Main (1989) avance que la personne en souffrance qui n'arrive pas à s'améliorer se trouve à frustrer son thérapeute et se met à risque de subir « des comportements punitifs de celui-ci déguisés en traitement ». En effet, en plus de provoquer des enjeux contre-transférentiels, le suivi des cas complexes amène au premier plan l'épuisement professionnel : la fatigue émotionnelle, le sentiment de désengagement et un sentiment d'impuissance chez les intervenants (Bouchard et al. 2015). Généralement ponctués de nombreuses impasses et de mouvements d'avancées et de régressions, les progrès thérapeutiques peuvent prendre du temps à émerger, et cela est susceptible d'influencer l'attitude, le sentiment de compétence et de pouvoir du professionnel

(Bessette, 2010). Plus ou moins consciemment, ceux-ci enclenchent un processus cognitif et cherchent à inférer des causes pour expliquer un vécu d'impuissance et d'échec. Dans ces circonstances, les professionnels peuvent avoir tendance au détachement, au maintien d'une certaine distance dans la relation avec le client et à intervenir de façon laxiste (Finfgeld-Connett, 2009; Reyre et al., 2017; Tanzilli et al., 2020). D'autres professionnels développent plutôt des réponses de peur et d'hypervigilance (Tanzilli et al., 2020) ou de surinvestissement dans l'intervention, ce qui est susceptible de contribuer à un épuisement émotionnel (Rose et al., 2019). Enfin, d'autres, par manque d'expérience ou en présence de stress, de signes d'épuisement ou encore confrontés à un refus de collaboration, peuvent avoir tendance à vouloir reprendre le contrôle en adoptant des pratiques plus coercitives (Drolet, 2019; Finfgeld-Connett, 2009; Larue et al., 2009; Reyre et al., 2017).

Pour Hull et Broquet (2007), les caractéristiques de l'intervenant comptent pour beaucoup dans la problématique des cas difficiles en santé mentale. Leur étude, ainsi que celle de Hass et al. (2005), qui portait sur la réalité de la pratique des médecins généralistes avec cette même clientèle, montrent qu'ils étaient généralement plus susceptibles de présenter les caractéristiques suivantes : « colériques et défensifs, fatigués et dépassés ou dogmatiques et arrogants ». Les médecins faisant face à des patients difficiles étaient souvent surmenés et avaient, de plus, « de pauvres habiletés de communication, peu d'expérience et toléraient mal l'incertitude ». Il est possible de croire que, bien que les résultats des études précédentes soient liés aux médecins généralistes, leurs résultats puissent être transférables aux autres professionnels du réseau de la santé qui établissent une relation thérapeutique avec cette même clientèle. Les caractéristiques communes nommées ci-haut affectent la qualité de la relation et abaissent la tolérance aux imprévus et aux obstacles dans les suivis. Inévitablement, les intervenants sont confrontés à plusieurs comportements constituant des menaces au cadre et au processus thérapeutique (Paquin-Boudreau et al., 2021). Ils se retrouvent parfois à adopter un rôle plus actif qui sort du cadre habituel du suivi, et ils sont également confrontés à répétition à des prises de décisions importantes et délicates quant aux démarches à entreprendre auprès du client et à l'intensité des services à lui offrir (Poitras et al., 2019).

Dans une revue des facteurs associés à une réponse négative en psychothérapie, Mohr (1995) souligne que les éléments suivants ont tendance à contribuer à la détérioration de l'état d'un patient au cours d'un suivi : manque d'empathie, sous-estimation de la sévérité du trouble, contre-transfert négatif, mauvaise maîtrise technique, forte centration sur l'interprétation du transfert et désaccords avec le patient au sujet du processus de thérapie. Les travaux d'Ackerman et Hilsenroth (2001) suggèrent que les thérapeutes qui ont tendance à nuire à l'état de leur patient sont « rigides, indécis, critiques, distants, tendus et distraits ».

L'alliance thérapeutique

La qualité de la relation humaine est primordiale dans la prise en charge de cette clientèle spécifique. En effet, tant le domaine clinique que la recherche s'accordent à dire qu'elle est plus déterminante que le volume ou la nature des services offerts (Ungar et al., 2013). L'apport de l'alliance thérapeutique est indéniable, et ce sur plusieurs plans, tant sur les plans de l'adhésion du client au traitement, de la diminution des résistances aux interventions (Kuluski et al., 2017) que dans les moments de crise (Goodman et al., 2020). Les défis à établir un lien de confiance significatif avec la clientèle dite difficile sont bien documentés (Grenier Gauvin et al., 2021; Ligiéro et Gelso, 2002). Bouchard et al. (2015) misent eux aussi sur l'établissement d'une véritable alliance thérapeutique comme moyen phare dans l'intervention en contexte difficile. Ils rapportent qu'une quantité impressionnante d'études démontre une forte association entre l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique et la prédiction de gains ultérieurs pendant le suivi (Castonguay et Beutler, 2006). Ils spécifient qu'outre la complexité de la problématique et les limites de l'expérience professionnelle d'un individu, la construction, la correction continue et le maintien d'une véritable alliance thérapeutique sont probablement les variables les plus importantes à considérer dans l'analyse des patients difficiles.

La mentalisation

L'article de Luyten et al. (2020) porte sur la capacité à interpréter les pensées, émotions, intentions et croyances de soi-même et d'autrui. Des difficultés de mentalisation peuvent être associées à peu d'opportunités d'interaction, à l'abus de substances, à un attachement insécure ou

encore à des rigidités cognitives. Une vision négative de soi peut aussi amplifier les biais perceptifs. De plus, le stress engendré par les pressions sociétales au niveau du rythme de vie ainsi que des états affectifs intenses peuvent altérer de façon significative les capacités de mentaliser des individus pour une période plus ou moins longue, dépendamment de leur sensibilité. Luyten et Fonagy (2015) ont rapporté que l'une de leurs découvertes majeures suggérait que deux facteurs interactifs déterminaient en grande partie la qualité de la mentalisation : le stress ou l'excitation et l'historique d'attachement d'un individu. La notion générale de mentalisation est apparentée à la théorie de l'esprit. La mentalisation possède de solides bases conceptuelles dans les théories psychodynamiques du développement de l'enfant, dont la théorie de l'attachement, la psychologie cognitive et les neurosciences développementales. Il est possible de regrouper les écrits sur la mentalisation des quarante dernières années autour de trois axes, soit : l'axe du développement humain, l'axe des traumatismes interpersonnels et l'axe clinique/psychothérapeutique sur lequel cet essai s'attarde.

Dès la conception de la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), les fondateurs de cette approche ont souligné que la plupart des thérapies basées sur la parole tentaient d'exploiter un phénomène naturel, soit celui de recourir à la mentalisation lorsqu'on ne comprend pas ses propres agirs ou ceux d'autrui (Bateman et Fonagy, 2004). Les êtres humains s'adressent instinctivement à leurs semblables pour mieux se comprendre et comprendre les autres. Une professionnalisation de cette tendance s'opère depuis le 20^e siècle. On observe la création de métiers s'amalgamant à la psychologie qui rassemblent des professionnels aux idéologies différentes, mais qui œuvrent tous à mettre en évidence les états mentaux sous-jacents aux comportements afin de soulager la souffrance des uns et des autres. En psychoéducation, on s'attarde à cibler la fonction du comportement.

De plus, selon les auteurs Debbané et al. (2016), la mentalisation est un agent inhérent aux différents modèles psychothérapeutiques contemporains, et ce, principalement parce qu'elle stimule la confiance d'un individu à considérer les informations qu'on lui communique comme fiables et pertinentes, donc dignes d'être intégrées à sa vie (la confiance épistémique). Du même

coup, cela stimule le désir d'apprendre de son expérience et de s'exposer au monde pour puiser davantage de connaissances et généraliser ses acquis. Cette composante offre à nouveau aux aidés la possibilité d'apprendre de leurs expériences, et cette fois en dehors des séances d'aide. Cet élément de la mentalisation suscite un grand intérêt pour les praticiens de la psychoéducation qui cherchent à exploiter les apprentissages tirés du contenu expérientiel d'un événement vécu afin de généraliser les gains obtenus à d'autres situations.

La pratique réflexive

Wald (2015) définit la pratique réflexive comme un processus métacognitif comprenant la connexion avec les sentiments qui se produisent avant, pendant et après les situations, dans le but de développer une plus grande conscience et compréhension de soi, des autres et des situations. L'objectif est d'informer et d'enrichir les actions, le savoir-être et les relations futures à partir des expériences passées. La pratique réflexive est ciblée comme un élément clé de la formation et du développement de l'identité professionnelle. Il décrit la réflexion comme un processus essentiel pour l'amélioration des pratiques cliniques.

L'intensité affective vécue au contact des clients présentant des difficultés de régulation émotionnelle ainsi que des modes relationnels atypiques est susceptible de provoquer une dérégulation émotionnelle chez le psychothérapeute (Soma et al., 2020). Les études de Muran et Eubanks (2020), ainsi que de Sharp et al. (2020), démontrent que cette intensité dans la relation d'aide peut faire diminuer l'accès aux capacités de mentalisation du psychothérapeute, ce qui peut interférer avec sa capacité à réfléchir et à intervenir de façon sensible et efficace.

Plusieurs recherches montrent que les intervenants les plus efficaces arriveraient à percevoir les impasses thérapeutiques et les ruptures d'alliance. Ceux-ci seraient aussi en mesure d'en tenir compte dans une perspective interactionnelle, d'ajuster leurs interventions aux spécificités du client et de bien gérer leurs réactions contre-transférentielles afin d'éviter les réactions impulsives et inadaptées (Hayes et al., 2018; Larocque et al., 2012; Miller-Bottom et al., 2018; Safran et Muran, 2000).

Dans la conclusion de leur réflexion critique sur les clientèles difficiles, Paquin-Boudreau et al. (2021) suggèrent que les professionnels devraient développer des capacités de mentalisation afin de pouvoir bien se réguler devant des clientèles difficiles qui suscitent généralement des réactions contre-transférentielles massives (Ensink et al., 2013; Maheux et al., 2022; Satran et al., 2020; Sharp et al., 2020). Les recommandations de Bouchard et al. (2015), qui se basent sur les travaux de Koekkoek (2011) ainsi que sur une recension de la documentation et sur des consensus d'experts, abondent en quelque sorte dans le même sens. En effet, ils privilégient auprès de patients difficiles trois stratégies d'intervention directement liées au meilleur contrôle du fonctionnement émotionnel du clinicien. Ils recommandent aux intervenants de prendre un temps pour interpréter et gérer le transfert et contre-transfert dans la relation thérapeutique, de réviser leurs attentes et leurs valeurs ainsi que de conserver une bonne hygiène de vie personnelle.

Selon l'ensemble des auteurs de cette recension, l'encouragement des processus réflexifs chez les intervenants constitue une voie reconnue et significative d'amélioration pour la pratique clinique à venir.

La qualité de l'alliance thérapeutique est reconnue comme un facteur déterminant dans le suivi de cette population, alliance qui est étroitement liée à la capacité des intervenants à réguler leurs propres émotions, une compétence elle-même influencée par leurs aptitudes de mentalisation. Conscients que la pratique réflexive est un outil puissant pour affiner l'approche clinique et renforcer l'alliance thérapeutique, nous nous interrogeons sur les moyens optimaux de soutenir cette pratique auprès des cliniciens concernés.

Notre question de recherche centrale est la suivante : comment soutenir la pratique réflexive des cliniciens affectés aux cas difficiles en santé mentale afin de maximiser leur bien-être et la qualité de leur alliance thérapeutique ?

Cadre conceptuel

Plusieurs modèles cherchent à décrire cette clientèle complexe, mais trois visions d'auteurs reconnus permettent de bien cerner leurs caractéristiques communes. Les typologies de Koekkoek (2006), de Colson (1985) et de Munich et Allen (2003) sont à la base de cette analyse.

Qui est la clientèle difficile en santé mentale ?

Moreau et Ndengeyingoma (2018) se sont attardés à définir, d'une façon générale, la clientèle dite difficile en santé mentale. Leur compréhension de cette clientèle découle d'une recension de la littérature et d'entrevues auprès de divers professionnels de la santé et des services sociaux, qui donnent une représentation intégratrice des caractéristiques communes retenues. Ils parlent d'une clientèle de tout âge présentant de multiples problématiques d'ordre développemental, physiologique, psychologique, social et environnemental. Les auteurs précisent que ce groupe se caractérise par l'adoption de comportements pouvant nuire à leur traitement, à leur réadaptation et à leur rétablissement. Ils sont aussi reconnus comme étant de grands utilisateurs de services, éprouvant des difficultés à trouver une réponse ajustée à leurs besoins au sein du réseau de la santé et des services sociaux. L'identification de cette clientèle comme ayant un profil « multiproblématique » survient précisément lorsqu'elle se retrouve prise au piège d'impasses cliniques et organisationnelles qui entravent l'accès à des services adaptés.

Bouchard et al. (2015) rapportent que, selon plusieurs observateurs, l'étiquette de patient difficile remplit la fonction de rendre explicite un jugement clinique implicite. En fait, les professionnels de la santé mentale posent un jugement sur un patient en le comparant à ce qui est normalement attendu d'un prototype de patient idéal.

Typologie de Koekkoek

Du côté de Koekkoek et al. (2006), quatre principales caractéristiques appuient leur catégorisation de la clientèle en santé mentale dite difficile. La présence d'un retrait social et d'une difficulté à rejoindre ces individus se combine à leurs demandes et à leurs revendications, bien présentes dans leur suivi. Parallèlement, une recherche d'attention et une utilisation de

stratégies de manipulation sont aussi constatées par les professionnels chez ces patients. Ceux-ci cherchent à tester les limites et à franchir les frontières de la relation professionnelle, ce qui peut placer l'intervenant à risque de fautes professionnelles. De surcroît, on relève la présence d'agressivité et de dangerosité. Les cliniciens doivent porter une attention particulière au cadre thérapeutique et doivent le rétablir de façon régulière (Leblanc et al., 2011).

La typologie de Koekkoek et al. (2006) précise trois sous-groupes de la clientèle difficile qu'ils nomment : 1) les non-volontaires aux soins, 2) les ambivalents qui recherchent des soins et 3) les exigeants face à leurs soins. Le premier groupe est formé d'individus atteints de maladies mentales sévères qui ne reconnaissent pas leur maladie et évitent les soins en tenant les intervenants à distance. Ils sont en retrait et se montrent non accessibles. Ils réagissent la plupart du temps de manière agressive aux offres d'aide des cliniciens.

Dans le deuxième groupe, on retrouve des personnes ambivalentes, présentant des diagnostics chroniques moins sévères et des troubles de la personnalité. À leur portrait s'ajoute une habitude bien ancrée de recourir à de graves manifestations comportementales qui perturbent le maintien d'une relation stable et positive avec le personnel soignant. Par exemple, il peut s'agir de se montrer explicitement menaçant et de s'engager dans des comportements violents envers le professionnel (Erickson Cornish et al., 2019; Thibaut et al., 2019). Une dépendance à l'utilisation de comportements autodestructeurs les mène à vaciller entre la revendication de soins et l'opposition à ceux-ci.

Le troisième groupe est composé de personnes exigeantes vivant en majorité avec un trouble grave de la personnalité et réclamant des services, souvent avec une attitude manipulatrice. On souligne que, dans leur conception, elles n'ont besoin que d'une aide ponctuelle pour des éléments bien précis. Il est noté que les individus de ce groupe sont en recherche d'attention et qu'ils ont recours à des conduites chicanières, manipulatrices, agressives et destructrices. Ils peuvent, entre autres, mentir sur la sévérité de leurs symptômes ou sur leur satisfaction (Blanchard et Farber, 2016, 2020).

Typologie de Colson

Pour Colson et al. (1985), quatre groupes de caractéristiques sont associés à la perception d'un patient difficile. Le premier regroupe des clients combinant des symptômes psychotiques et un retrait relationnel. Il est considéré comme le plus dérangent. Dans un deuxième groupe, on retrouve les personnes vivant avec des troubles graves de la personnalité, suivi du groupe des patients dépressifs présentant des comportements suicidaires. Finalement, le quatrième regroupement se compose de patients violents et agités.

Les auteurs précisent qu'au tableau s'ajoutent presque systématiquement deux composantes : la perception de l'équipe clinique que l'état de ces patients ne s'améliore pas et que leur pronostic de changement est sombre.

Typologie de Munich et Allen

Pour la typologie de Munich et Allen (2003), trois types de clients difficiles se distinguent : ceux vivant avec des troubles aigus, ceux vivant avec des troubles sévères et, finalement, ceux évoluant avec des troubles complexes (voir tableau 1). Dans la catégorie des troubles aigus, on retrouve des gens en retrait et détachés qui vivent avec des symptômes psychotiques. On note au premier plan des manifestations d'agitation, d'impulsivité, de violence, d'automutilation et de restrictions alimentaires. Plus récemment, d'autres études bonifient et précisent cette même catégorie. En effet, Grant et Lusk (2015) ainsi que Hagen et al. (2017) dénotent la présence d'enjeux liés à l'urgence et à la sécurité dans l'intervention auprès d'eux. Leurs études soutiennent qu'ils se mettent à risque et présentent des comportements suicidaires ou parasuicidaires qui nécessitent une gestion du risque par les intervenants.

Tableau 1. Détails de la typologie des patients difficiles de Munich et Allen

Patient au trouble aigu	Patient au trouble sévère	Patient au trouble complexe
<ul style="list-style-type: none"> • En retrait, détaché • Symptômes psychotiques • Agitation et violence • Urgence et sécurité • Automutilation • Restrictions alimentaires • Impulsivité 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble sévère de la personnalité • Clivage • Automutilation et purges • Négativité, hostilité et résistance • Provocation et exigences • État suicidaire et dépressif • Fonctionnement global altéré 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiples diagnostics sur plusieurs axes* • Échecs répétés des traitements • Véritable « non-répondant » implicite au traitement • Récalcitrant à tout traitement • Problèmes particuliers • Difficultés de motivation • Troubles organiques • Syndrome du V.I.P.**

* Le terme « axes » réfère ici au système diagnostique multiaxial du DSM-IV : Axe I = troubles cliniques; Axe II = troubles de la personnalité et retard mental; Axe III = affections médicales générales; Axe IV = problèmes psychosociaux et environnementaux; Axe V = évaluation globale du fonctionnement.

** Le syndrome du VIP correspond à une « condition associée à une personne très importante, due au fait qu'elle est très connue ou jouit (ou prétend jouir) d'un haut statut social, ce qui court-circuite le cours normal des soins offerts par un hôpital » (référence : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/V.I.P.+syndrome>)

Dans le groupe des patients vivant avec des troubles sévères, on parle davantage de troubles graves de personnalité avec un fonctionnement global pauvre. Il y a présence d'hostilité, de résistance, de provocation, d'automutilation, de clivage, de négativité, de déprime et d'exigence. On retrouve aussi des composantes liées à des conditions suicidaires. Deux études québécoises, Blanchet et Poitras ainsi que Moreau et Léveillé, réalisées toutes deux en 2018, donnent comme exemple de manifestations des clients vivant avec des troubles sévères de personnalité, qui peuvent recourir aux plaintes professionnelles à répétition pour manifester leurs insatisfactions. L'étude de Thibaut et al., menée en 2019, soulève l'utilisation de multiples insinuations sur la vie personnelle des intervenants pour les déstabiliser.

Pour ce qui est de leur dernière catégorie, elle regroupe les patients évoluant avec des troubles complexes. Ils vivent avec de multiples diagnostics, et ce sur plusieurs axes, ce qui comprend des troubles organiques, des problèmes spéciaux et des composantes narcissiques. Les individus de ce groupe sont qualifiés par les auteurs de véritables non-répondants. Ils sont non motivés et récalcitrants à tout traitement, où ils cumulent les échecs. Précisons que les auteurs font une distinction entre les patients réfractaires, mais ayant des gains dans leur fonctionnement, et ceux qui sont non-répondants aux soins et qui ne s'améliorent pas. Ils suggèrent aussi que les

défis soient différents pour l'équipe soignante, dépendamment de leur contexte de pratique. Le travail dans un cadre intra-hospitalier et celui réalisé par les équipes à l'externe ne se déroulent pas de la même façon, malgré qu'ils traitent le même type de clients. Mais, de façon générale, selon l'étude d'Oldham et al. réalisée en 2012, les patients ont souvent tendance à être moins assidus aux rencontres.

Éléments complémentaires aux typologies

Pour finaliser le portrait des caractéristiques des clients qualifiés de cas difficiles et en appui aux trois typologies précédentes, voici ce que disent des études récentes sur le sujet. Ils partagent que la clientèle difficile est susceptible de présenter des comportements perturbateurs et difficiles à gérer ou à encadrer pour les intervenants (p. ex., de l'impulsivité, de l'hostilité, des comportements d'agression envers elle-même, autrui ou envers l'intervenant, de la désorganisation, de la passivité, etc.) (Aimé et al., 2021; Otis et Maheux, 2021; Poitras et al., 2019). Ils parlent eux aussi de tendances à résister au traitement et à mettre en échec les services traditionnels offerts (Houston et al., 2017; McAlinden et al., 2013; Moreau, 2017; Ndengeyingoma et al., 2018). Ils font l'ajout intéressant d'une nécessité d'une prise en charge sur le plan de l'hébergement et celui de la gestion de la médication en continu et à long terme par le réseau de la santé, précisant que la clientèle jugée difficile se caractérise par une tendance à multiplier les demandes de soins, à nécessiter une grande intensité de services et à utiliser fréquemment les services d'urgence et d'hospitalisation (Moreau, 2017). Ils parlent de la sévérité des symptômes, de la motivation au changement, du style d'attachement et de la capacité à réguler leurs émotions, qui sont associés significativement à des difficultés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique (Rodgers et al., 2010), comme faisant aussi partie du tableau individuel des caractéristiques de la clientèle réfractaire en santé mentale.

Méthode

Afin de cibler les articles les plus contributifs pour répondre à la question centrale de cet essai, une recherche sur les bases de données « Cairn.info, ERIC, PsychINFO, Érudit », via le site de la bibliothèque de l'UQTR, a été effectuée. Par le biais des thésaurus, des mots-clés ont été identifiés pour chacun des concepts suivants : (1) pratique réflexive et mentalisation ; (2) professionnels en relation d'aide ; (3) santé mentale (voir Appendice A : Recherche documentaire). Ces concepts ont été combinés à l'aide de l'opérateur booléen « AND ».

Parmi les résultats, après lecture des titres et des résumés, les doublons ont été retirés et la pertinence des articles a été jugée selon les critères d'inclusion et d'exclusion. Les documents devaient être rédigés en français ou en anglais afin d'éviter des erreurs d'interprétation. Les textes devaient être postérieurs à l'an 2000, afin d'être plus représentatifs des réalités contemporaines, considérant que le domaine de la santé mentale évolue rapidement. Cette contrainte temporelle permettait de préserver une cohérence avec les pratiques et les valeurs actuelles.

Toutes les études visant l'amélioration de la pratique réflexive chez les professionnels utilisant l'alliance thérapeutique dans le cadre de leur travail en santé psychologique ont été jugées admissibles. Un retrait significatif a été effectué pour les documents n'apportant pas de contribution à la bonification de la pratique réflexive, ainsi que pour ceux qui ciblaient le développement des capacités des usagers de services plutôt que celui des intervenants.

Comme illustré dans l'Appendice B, par le tableau d'échantillonnage, la stratégie de recherche documentaire a permis d'identifier 628 références (603 après retrait des doublons). À la suite de la lecture des titres, 37 articles ont été retenus ; pour 6 d'entre eux, il n'a pas été possible de récupérer les fichiers PDF. Après lecture des résumés disponibles, 31 articles ont été conservés. Une lecture plus approfondie a mené à l'exclusion de 20 d'entre eux, pour un total de 11 documents conservés aux fins d'analyse.

Résultats

À la suite de l'analyse des 11 références sélectionnées, des résultats ont émergé, orientant les actions à poser pour bonifier la pratique réflexive auprès des intervenants affectés au suivi d'une clientèle difficile. Cette section inclut un tableau (tableau 2) qui résume la structure et les résultats de chacune des études retenues, ainsi qu'une présentation approfondie des actions et mesures de soutien à la pratique réflexive.

Les professionnels œuvrant auprès de clientèles vulnérables en santé mentale sont confrontés à des risques accrus d'épuisement et de stress traumatique secondaire, ce qui souligne l'importance d'un soutien organisationnel solide et d'une supervision réflexive (Osofsky, 2009 ; Sprang et al., 2011). La pratique réflexive, perçue comme un processus profondément transformateur, favorise à la fois le développement professionnel et le bien-être personnel (Glaze, 2001 ; Curry et Epley, 2020). Lorsqu'elle est enrichie par la mentalisation, elle renforce la capacité des intervenants à comprendre leurs réactions et à offrir des soins centrés sur la personne (Ensink et al., 2013 ; Satran et al., 2020). Par ailleurs, la cothérapie constitue un levier précieux pour soutenir la régulation émotionnelle dans une dynamique intersubjective (Duriez, 2017). Enfin, plusieurs auteurs insistent sur la nécessité de faire évoluer les intervenants au-delà d'une posture professionnelle centrée sur des interventions visant à modifier la conduite du client, pour qu'ils développent une posture réflexive durable (Perrenoud, 2001 ; Vacher, 2015).

Tableau 2. Résumé des articles scientifiques

Référence	Objectifs de l'étude	Méthode	Échantillon	Principaux résultats / Apports
Osofsky J. D. (2009) Perspectives on helping traumatized infants, young children, and their families. <i>Infant mental health journal</i> , 30(6), 673–677.	Reconnaître les défis émotionnels du travail lié au trauma chez les jeunes enfants. Mettre en place des systèmes de soutien aux professionnels.	Revue systématique de la littérature.	Expérience clinique, connaissances dans le domaine de la santé mentale infantile et recherches antérieures.	Risque évident de traumatismes et d'épuisement pour les professionnels. L'importance du soutien aux professionnels à travers la supervision réflexive et l'autosoin pour prévenir l'épuisement et garantir des interventions efficaces. Les intervenants doivent s'attendre à vivre de la confusion et un sentiment d'impuissance. Les systèmes et les politiques doivent également soutenir la main-d'œuvre.
Sprang, G., Craig, C., et Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: a comparative analysis of occupational distress across professional groups. <i>Child welfare</i> , 90(6), 149–168.	Décrire les prédictors du stress traumatique secondaire et de l'épuisement professionnel.	Étude quantitative par sondage.	669 intervenants (<i>Helping professionals</i>). Majorité de TS en protection de l'enfance, incluant d'autres professionnels auprès d'enfants exposés à des traumatismes (USA).	Prévalence du STS et du burnout chez les travailleurs de la protection de l'enfance par rapport à d'autres types de professionnels de la santé comportementale. Prédictors du STS et du burnout : être un homme, être jeune, être hispanique, résider en milieu rural, avoir un manque de participation religieuse. Nécessité de stratégies de soutien ciblées pour les intervenants.
Duriez, N. (2017). Cothérapie et régulation émotionnelle : deux subjectivités valent mieux qu'une ! <i>Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux</i> , 58(1), 55-73.	Explorer et conceptualiser l'apport de la cothérapie, notamment dans la régulation émotionnelle des thérapeutes et des familles.	Réflexion conceptuelle / article théorico-clinique.	La psychologie développementale et des travaux de Gross (1998) + vignette clinique = consultation familiale pour problèmes de communication. M. 54 ans et Mme 53 ans + F. 16 ans G. 14 ans, avec une thérapeute et une cothérapeute.	La cothérapie, par la dynamique intersubjective, favorise un cadre puissant pour la régulation émotionnelle, essentielle à la qualité et à l'efficacité du travail thérapeutique.

Référence	Objectifs de l'étude	Méthode	Échantillon	Principaux résultats / Apports
Curry, A., et Epley, P. (2020). «It Makes You a Healthier Professional»: The Impact of Reflective Practice on Emerging Clinicians' Self-Care. <i>Journal of Social Work Education</i> , 58(2), 291–307.	Examiner la relation entre la pratique réflexive et l'autosoin chez les nouveaux cliniciens. Explorer les avantages perçus de la pratique réflexive pour le bien-être et le développement professionnel des cliniciens.	Recherche qualitative par l'analyse de journaux structurés et des analyses thématiques.	35 étudiants américains de troisième cycle inscrits à un programme de maîtrise en travail social, qui participaient à un cours sur les pratiques d'intervention.	Amélioration de l'autosoin personnel et professionnel. Santé émotionnelle améliorée. Satisfaction, durabilité et longévité au travail accrues. L'intégration de la pratique réflexive dans la formation des cliniciens a un effet positif.
Vacher, Y. (2015). <i>Construire une Pratique Réflexive : Comprendre et Agir</i> . De Boeck Supérieur.	Faire comprendre la pratique réflexive en profondeur et donner les moyens aux professionnels de l'utiliser efficacement dans leur propre contexte.	Ouvrage de synthèse et de théorisation.	Base théorique liée aux travaux de Schön, synthèse critique de la littérature existante, ainsi que sa propre expertise et expérience dans le domaine de la réflexivité appliquée à la pratique professionnelle.	Structuration du concept de pratique réflexive. Importance cruciale de la réflexivité pour le développement professionnel. La pratique réflexive comme compétence développable. Outils et méthodes pour construire sa réflexivité. Intégration de la réflexivité dans la formation et la supervision, ainsi que comme posture professionnelle éthique et responsable.
Perrenoud Philippe. De la pratique réflexive au travail sur l' <i>habitus</i> . In: <i>Recherche & Formation</i> , N°36, 2001. Le praticien réflexif : la diffusion d'un modèle de formation, sous la direction de Léopold Paquay et Régine Sirota. pp. 131-162.	Approfondir la notion de pratique réflexive. Contribuer à la théorisation de la professionnalisation et de la structure de l'apprentissage des adultes.	Article de type théorique et conceptuel, avec réflexion épistémologique et sociologique.	Pratique réflexive et sa professionnalisation, sur les travaux fondateurs de la pratique réflexive, notamment ceux de Donald Schön.	Reconnaît l'importance de la réflexion « dans l'action » et « sur l'action » pour l'apprentissage professionnel. Montre que les schèmes (pensée, perception, jugement, d'action) des professionnels sont incorporés, implicites et quasi-automatiques. Propose que la pratique réflexive doive évoluer vers une auto-analyse critique des dispositions profondes des intervenants. La formation doit permettre aux praticiens de développer une capacité à déconstruire leurs propres <i>habitus</i> , à questionner leurs évidences, leurs routines et leurs biais inconscients.

Référence	Objectifs de l'étude	Méthode	Échantillon	Principaux résultats / Apports
Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N. et Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. <i>Psychotherapy Research</i> , 23(5), 526-538.	Améliorer la fonction réflexive des thérapeutes novices. Comparer l'efficacité d'une formation à la mentalisation par rapport à un groupe témoin. Évaluer si les gains en fonction réflexive se maintiendraient après la formation.	Essai contrôlé randomisé	48 étudiants en psychologie clinique du Québec	La formation à la mentalisation est un moyen efficace d'améliorer la fonction réflexive des thérapeutes novices. Le fait de recevoir une formation clinique traditionnelle pourrait ne pas être suffisant, voire contre-productif pour la fonction réflexive si elle n'inclut pas une composante spécifique axée sur la mentalisation.
Glaze, J. E. (2001). Reflection as a transforming process : Student advanced nurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 34(5), 639-647.	Explorer et comprendre les expériences d'étudiants infirmiers praticiens avancés en lien avec le développement de leurs compétences réflexives.	Recherche qualitative interprétative.	7 étudiantes inscrites à un programme de maîtrise en soins infirmiers avancés au Royaume-Uni.	La réflexion est perçue comme un processus transformateur et mène à une meilleure compréhension de soi et de l'autre. La réflexivité est essentielle pour la gestion de l'incertitude et la prise de décision complexe. La formation à la réflexion est un processus de développement continu qui contribue à la compétence clinique, au bien-être et à la croissance personnelle des praticiennes.
Watkins Jr, C. E. (2020). What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years. <i>Counselling and Psychotherapy Research</i> , 20(2), 190-208.	Synthétiser et analyser les connaissances accumulées au cours des 25 dernières années dans le domaine de la recherche sur la supervision clinique.	Revue systématique des revues de recherche.	Toutes les revues de recherche sur la supervision clinique publiées au cours des 25 dernières années (1995-2020).	Malgré une richesse théorique et un consensus sur son importance, le champ de la recherche sur la supervision clinique manque encore cruellement d'études empiriques rigoureuses pour étayer solidement son efficacité et pour comprendre précisément comment et pourquoi elle fonctionne, soulignant un besoin urgent de recherches plus sophistiquées pour combler ces lacunes.

Référence	Objectifs de l'étude	Méthode	Échantillon	Principaux résultats / Apports
Satran, C., Tsamri, R., Peled, O., Zuker, H., Massalha, L. et Ore, L. (2020). A unique program for nursing students to enhance their mentalization capabilities in relation to clinical thinking. <i>Journal of Professional Nursing</i> , 36(5), 424-431.	Évaluer l'efficacité d'un programme éducatif spécifique et novateur, conçu pour améliorer les capacités de mentalisation des étudiants en soins infirmiers.	Recherche empirique, évaluation d'un programme de type pré-post sur un seul groupe.	31 étudiants inscrits au programme de soins infirmiers en Israël.	Le programme de formation à la mentalisation s'est avéré un moyen efficace d'améliorer la fonction réflexive des étudiants en soins infirmiers et a eu un impact positif sur leur pensée clinique et leur capacité à fournir des soins centrés sur la personne.
Johnston, J., et Paley, G. (2013). Mirror mirror on the ward: Who is the unfairest of them all? Reflections on reflective practice groups in acute psychiatric settings. <i>Psychoanalytic Psychotherapy</i> , 27(2), 170–186.	Explorer et réfléchir aux dynamiques et aux défis qui émergent au sein des groupes de pratique réflexive, spécifiquement dans les milieux psychiatriques aigus (unités de soins psychiatriques de courte durée).	Analyse qualitative et interprétative.	Se fonde sur l'expérience des auteurs en tant que facilitateurs de groupes de pratique réflexive dans un contexte psychiatrique aigu. Leurs constats proviennent des observations, des discussions et des dynamiques qui ont émergé au sein de ces groupes de réflexion, sous un angle psychanalytique.	La pratique réflexive en groupe, en milieu psychiatrique aigu, est un processus complexe et émotionnellement exigeant, mais potentiellement très bénéfique si les dynamiques inconscientes sont reconnues et gérées par un cadre de soutien et un facilitateur compétent.

Mesures de soutien à la pratique réflexive

Forts de la reconnaissance de l'importance de la pratique réflexive dans le développement professionnel des cliniciens, nous abordons ici diverses mesures de soutien qui peuvent favoriser son intégration.

La formation des Professionnels

L'étude de Curry et Epley (2020) souligne l'importance d'engager tous les apprenants dans un processus de réflexion actif et intentionnel. Vacher (2015) parle d'un préalable au développement réel et durable de la pratique réflexive. Il cible, comme principe général, l'actualisation des modèles de pensée des formations des acteurs des métiers de l'humain. La modification de la pratique doit passer par l'amélioration de la professionnalisation via les acteurs et les institutions pour parvenir à former des praticiens réflexifs. La perspective de Perrenoud (2001) positionne la pratique réflexive comme un élément transversal à l'ensemble des composantes de formation, mais aussi comme une habitude à intégrer à la vie quotidienne des praticiens. Pour assurer la transition des apprenants vers le statut de praticien réflexif, il est nécessaire, selon lui, d'offrir un programme clairement orienté vers la pratique réflexive et un contrat de formation tout à fait explicite. Selon plusieurs études, les programmes d'entraînement à la mentalisation lors de la formation des professionnels apparaissent prometteurs et leur intégration est logique pour favoriser la bonification des techniques en relation d'aide (Ensink et al., 2013 ; Glaze, 2001). L'étude d'Ensink et al., réalisée en 2013, conclut que le simple fait de recevoir une formation clinique « traditionnelle » pourrait ne pas être suffisant, voire contre-productif pour la fonction réflexive si elle n'inclut pas une composante spécifique axée sur la mentalisation.

La cothérapie

Selon l'étude de Duriez (2017), la cothérapie est présentée comme un dispositif thérapeutique à deux voix. La cothérapie permet aux intervenants de co-réguler leurs émotions, conscientes et inconscientes, en s'appuyant sur la subjectivité de l'autre. Cela crée un espace plus sécurisant pour accueillir les résonances émotionnelles générées par la relation thérapeutique. La

richesse de la cothérapie repose sur la diversité des histoires personnelles et professionnelles des thérapeutes, qui se soutiennent mutuellement dans l'écoute et l'intervention. Cependant, Duriez insiste sur la nécessité d'une relation de confiance et d'éthique partagée entre les cothérapeutes pour que cette dynamique soit réellement bénéfique.

La supervision

S'appuyant sur les meilleures pratiques soutenues par les ordres professionnels, divers modèles théoriques de supervision ont été élaborés (modèle générique et pyramidal de supervision, le relationnel contextuel et l'éducatif basé sur l'apprentissage). Cependant, ces nombreux modèles, suivant les lignes directrices spécifiques de leurs disciplines, ont fait l'objet de peu de recherches empiriques sur leurs processus, leurs contenus et leurs résultats, et ce, malgré la grande importance accordée à la supervision clinique (Watkins Jr., 2020). À la lumière de ces visions communes, il est impératif que le superviseur, fassent vivre la pratique réflexive dans leur offre de soutien aux intervenants. Étant donné la nature développementale et relationnelle de la mentalisation, un espace réflexif entre professionnels doit être encouragé. Ces espaces peuvent prendre la forme d'une supervision individuelle ou de groupe, d'un codéveloppement, d'une réunion d'équipe ou d'une formation sur les thèmes de la mentalisation ou de la régulation émotionnelle (Ensink et al., 2013 ; Satran et al., 2020). La littérature indique que des rencontres régulières de mentalisation sont essentielles au soutien émotionnel et nécessaires au maintien de la santé psychologique des thérapeutes en santé mentale (Osofsky, 2009 ; Sprang et coll., 2011). Les groupes de mentalisation se concentrent sur l'expérience des professionnels, leurs sentiments à l'égard des patients et sur la dimension morale d'une situation, et non sur la planification des soins du patient (Johnston et Paley, 2013).

La mentalisation permet la réactivation d'une confiance épistémique par le biais d'une rencontre thérapeutique qui donne envie de revivre l'expérience d'être compris et de comprendre le client. Ce système de communication stimule le désir d'apprendre de son expérience et de s'exposer au monde pour puiser davantage de connaissances et généraliser ses acquis. Il ne s'agit

plus seulement de réfléchir à « ce que je fais », mais à « pourquoi je fais ça » et « comment mon histoire et mes dispositions influencent mes actions » (Perrenoud, 2001).

Le rôle conseil

Dans l'exercice de son rôle, le conseiller doit mettre à profit l'expression du vécu des intervenants pour permettre l'évacuation et l'analyse des charges affectives. La visée est une compréhension des aspects psychologiques du patient et l'établissement de liens entre l'expérience de ce dernier et des professionnels. Le défi est de rendre explicites leurs processus, décisions et dynamiques implicites. Dans la première partie d'un groupe de pratique réflexive, il est courant de n'avoir rien d'utile à dire pour éclairer la discussion sur une situation difficile vécue avec un patient. L'emphase doit être mise sur une écoute pleine et entière des défis émotionnels et de l'impuissance thérapeutique, cela implique que l'on puisse entendre, supporter et intégrer l'expérience des autres (Johnston et Paley, 2013).

L'animateur ou encore le conseiller est un récepteur de la douleur des professionnels, qui pourront à leur tour en venir à être réceptifs à la douleur de leurs patients. L'objectif est que le personnel parle entre eux et avec eux, et non en tant qu'individu au sein du groupe avec le conseiller. Le devoir du rôle-conseil est de garder un haut niveau de conscience de soi, et ce, malgré le contact avec les différentes charges émotionnelles du groupe, des sous-groupes ou des intervenants qu'il accompagne. Il est aidant qu'il se demande : « Comment puis-je utiliser mes connaissances et mes compétences pour ajouter de la valeur à ce qu'ils font ou ont déjà fait ? », afin de proposer d'autres alternatives (Johnston et Paley, 2013).

Lorsqu'une période de réflexion est vécue en équipe, la qualité de la dynamique du groupe doit être suffisante pour susciter un intérêt accru pour eux-mêmes, pour la compréhension de leurs collègues, des autres disciplines et de leurs patients. Cette ambiance, favorisant la mentalisation et la régulation des vécus contre-transférentiels, est une responsabilité partagée entre l'employeur et les intervenants des équipes d'intervention interdisciplinaires impliqués (Johnston et Paley, 2013).

On doit s'assurer que les émotions vécues dans le contexte du travail sont reconnues, régulées et mises en sens afin d'atteindre une position de neutralité tant recherchée en relation d'aide et, ultimement, de se sentir libre, dégagé et disposé à l'intervention (Duriez, 2017). Il est important de préserver en tout temps l'essence même du succès de la pratique réflexive : un environnement bienveillant où la vulnérabilité est encouragée et protégée.

Discussion

Parmi la clientèle en santé mentale, la notion de cas difficile tente d'être approfondie par diverses données cliniques probantes, mais demeure peu étudiée de façon empirique. L'étude de la problématique des patients difficiles est d'ordre clinique, éthique, économique et organisationnel. Cette réalité soulève, entre autres, une méconnaissance des besoins de soutien et d'accompagnement découlant de cette problématique.

La réalité professionnelle des intervenants en santé mentale demeure marquée par un ensemble d'enjeux structurels et psychosociaux qui nuisent à la qualité de leurs interventions. Le sous-financement chronique des services d'aide (Sprang et al., 2011), combiné à la difficulté persistante de faire reconnaître la complexité de leur pratique (Johnston et Paley, 2013), met en lumière l'urgence d'un changement idéologique profond et systémique. Ces constats soulèvent la nécessité de repenser les conditions d'exercice des intervenants, non seulement en termes de ressources, mais aussi de reconnaissance institutionnelle de la valeur du travail clinique relationnel.

Par ailleurs, il est déraisonnable de nier l'impact de l'expérience affective des intervenants dans la relation d'aide. Si elle peut introduire des biais dans la compréhension clinique (Laporte et al., 2014), elle peut aussi devenir une source précieuse d'information thérapeutique lorsqu'elle est accueillie et traitée avec rigueur (Lecomte et al., 2004). Cette ambivalence met en relief l'importance d'une approche réflexive intégrée à la pratique clinique quotidienne.

Au cœur de l'intervention auprès d'une clientèle dite difficile, la construction, le maintien et la correction continue de l'alliance thérapeutique représentent des leviers centraux. Les travaux de Maheux et al. (2016) soulignent que la qualité de cette alliance est déterminante, notamment lorsque l'intervenant est conscient des éléments personnels et contextuels qui influencent la relation clinique. À cet égard, la mentalisation se présente comme une compétence clé, favorisant une alliance thérapeutique de qualité ainsi qu'un meilleur parcours évolutif pour les usagers (Berthelin, 2018).

Afin de soutenir ces compétences, les organisations ont tout avantage à mettre en place des mesures structurantes, telles que le travail d'équipe, la cothérapie, la supervision clinique et la formation continue, le tout dans un environnement professionnel sécurisant (Bell et al., 2003 ; Boucher, 2019 ; Fortin, 2014 ; Laporte et al., 2014). De plus, l'accompagnement précoce en formation initiale est identifié comme un facteur déterminant du développement professionnel durable.

Toutefois, des limites méthodologiques entravent encore l'évaluation rigoureuse de certaines approches de soutien. Watkins (2020) note le manque d'outils validés pour mesurer les capacités de mentalisation des intervenants, ce qui rend difficile l'ajustement et l'optimisation des dispositifs de supervision. Malgré cette lacune, la psychoéducation offre un potentiel d'action prometteur. Elle propose un éventail d'interventions psychoéducatives propices au développement réflexif, positionnant le psychoéducateur, en rôle-conseil, comme acteur de transformation dans les équipes cliniques. Ce dernier peut favoriser l'implantation progressive d'une culture de mentalisation, porteuse de bien-être, de sens et de satisfaction professionnelle.

Ainsi, les mesures de soutien présentées dans cet essai s'inscrivent comme des contributions concrètes à l'enrichissement de la pratique psychoéducative. Si le défi de mobilisation peut paraître exigeant, il demeure un levier profondément porteur pour la profession.

Conclusion

Cet essai soutient que le bien-être des intervenants qui, par leur métier, nouent une alliance thérapeutique avec leur patient repose sur l'utilisation de la mentalisation, la mise à disposition de temps réservé ainsi qu'une formation continue sur le développement de la pratique réflexive. Il relève qu'il est de la responsabilité de la société et des institutions de veiller à la valorisation et à l'actualisation d'une pratique réflexive vivante dans les milieux de travail, en particulier pour les intervenants appelés à accompagner une clientèle dite « complexes ».

Ce travail conclut que la mobilisation d'un professionnel en rôle-conseil est une stratégie prometteuse pour bonifier le soutien offert à ces cliniciens. En maximisant le développement et l'utilisation efficace de la pratique réflexive au sein des équipes, nous espérons non seulement favoriser le bien-être des intervenants eux-mêmes, mais également améliorer la qualité de leur alliance thérapeutique. Cette mobilisation requiert l'aménagement d'espaces sécurisants permettant aux intervenants de verbaliser sans contrainte leurs émotions et leurs sentiments relatifs à leur rôle d'aidant, et de recevoir une écoute attentive et empathique.

Cet essai contribue à une compréhension approfondie des situations cliniques et émotionnelles propres aux suivis auprès d'une clientèle dite difficile, ouvrant ainsi la voie à un cheminement mutuellement enrichissant tant pour les intervenants que pour le professionnel en rôle-conseil. Il met en lumière le rôle essentiel du professionnel en fonction-conseil dans l'accompagnement des intervenants, notamment dans la gestion de la relation thérapeutique et l'intégration d'une posture réflexive. Des travaux d'approfondissement sur la clientèle dite difficile en santé mentale sont souhaitables et pourraient contribuer à bonifier le choix de meilleures pratiques cliniques, en vue de mettre en place un soutien de qualité destiné aux intervenants qui les accompagnent. Par ailleurs, des recherches portant sur l'élaboration d'un outil de validation des mesures des capacités de mentalisation chez les thérapeutes pourraient insuffler un nouvel élan à des travaux futurs. Une telle avancée permettrait de mieux orienter les actions visant à soutenir la pratique réflexive des cliniciens intervenant auprès de cas complexes, tout en maximisant leur bien-être et la qualité de leur alliance thérapeutique.

Références

- Ackerman, S. J. et Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185.
- Aimé, A., Gagnon, C., Gagnon Girouard, M.-P., Bégin, C., Poirier, R. et Meilleur, D. (2021). Recension exploratoire des traitements utilisés pour les troubles des conduites alimentaires et des facteurs associés au changement. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 121-143.
- Bateman, A. W., et Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Bell, H., Kulkarni, S., et Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in Society*, 84(4), 463–470. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.131>
- Berthelin, C. (2018). *Analyse de la mentalisation chez des thérapeutes néophytes : la relation avec l’alliance et le changement thérapeutique*. (thèse de doctorat, Université de Genève).
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l’impasse n’est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Blanchard, M. et Farber, B. A. (2016). Lying in psychotherapy: Why and what clients don’t tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(1), 90-112.
- Blanchard, M. et Farber, B. A. (2020). « It is never okay to talk about suicide »: Patients’ reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(1), 124-136.
- Blanchet, J. et Poitras, K. (2018). Les pratiques professionnelles des experts en matière de garde et de droits d’accès. *Revue québécoise de psychologie*, 39(3), 27-49.
- Bouchard, S., Tremblay, G. et Lecompte, Y. (2015). Théories et clinique des patients difficiles selon les professionnels de la santé mentale. Dans *Santé mentale et société, Cas difficiles en santé mentale*. 17-80. Collection À l’affût.

- Boucher, N. (2019). *Enfant dont un parent présente un trouble de personnalité limite: besoins et modes de soutien des professionnels de première ligne* (thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières).
- Castonguay, L. G. et Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University press.
- Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., Deering, D., Jehl, N., Kearns, W., et Spohn, H. (1985). Patterns of staff perception of difficult patients in a long-term psychiatric hospital. *Hospital & community psychiatry*, 36(2), 168–172. <https://doi.org/10.1176/ps.36.2.168>
- Curry, A., et Epley, P. (2020). « It Makes You a Healthier Professional: » The Impact of Reflective Practice on Emerging Clinicians' Self-Care. *Journal of Social Work Education*, 58(2), 291–307. <https://doi.org/10.1080/10437797.2020.1817825>
- Debbané, M., Fonagy, P., et Badoud, D. (2016). De la mentalisation à la *confiance épistémique* : échafauder les systèmes d'une communication thérapeutique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 37(3), 181–195.
- Drolet, C. (2019). *Exploration des motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec : la perception des intervenants* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/22727>
- Duriez, N. (2017). Cothérapie et régulation émotionnelle : deux subjectivités valent mieux qu'une ! *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 58(1), 55-73. <https://doi.org/10.3917/ctf.058.0055>
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N. et Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23(5), 526-538.
- Erickson Cornish, J. A., Smith, R. D., Holmberg, J. R., Dunn, T. M. et Siderius, L. L. (2019). Psychotherapists in danger: The ethics of responding to client threats, stalking, and harassment. *Psychotherapy*, 56(4), 441.
- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide : les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant* (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi).
- Finfgeld-Connett, D. (2009). Model of therapeutic and non-therapeutic responses to patient aggression. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(9), 530-537.

- Glaze, J. E. (2001). Reflection as a transforming process: Student advanced nurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 639-647.
- Goodman, H., Brooks, C. P., Price, O. et Barley, E. A. (2020). Barriers and facilitators to the effective de-escalation of conflict behaviours in forensic high-secure settings: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 1-16.
- Grant, C. L. et Lusk, J. L. (2015). A multidisciplinary approach to therapeutic risk management of the suicidal patient. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 8, 291.
- Grenier Gauvin, N., Poitras, K., Laporte, L. et Desrosiers, L. (2021). Parents présentant un trouble de personnalité limite : perceptions, émotions et travail des intervenants psychosociaux. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 47-67.
- Haas, L. J., Leiser, J. P., Magill, M. K., et Sanyer, O. N. (2005). Management of the difficult patient. *American Family Physician*, 72(10), 2063-2068.
- Hagen, J., Hjelmeland, H. et Knizek, B. L. (2017). Connecting with suicidal patients in psychiatric wards: Therapist challenges. *Death studies*, 41(6), 360-367.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S. et Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496.
- Houston, C., Bala, N. et Saini, M. (2017). Crossover cases of high-conflict families involving child protection services: Ontario research findings and suggestions for good practices. *Family Court Review*, 55(3), 362-374.
- Hull, S. K. et Broquet, K. (2007). How to manage the difficult patient encounters. *Family Practice Management*, 30-34.
- Johnston, J., et Paley, G. (2013). Mirror mirror on the ward: Who is the unfairest of them all? Reflections on reflective practice groups in acute psychiatric settings. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 27(2), 170-186.
<https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/02668734.2013.772535>
- Koekkoek, B., van Meijel, B., et Hutschemaekers, G. (2006). «Difficult patients» in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795-802.
- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B. et Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as «difficult»? A mixed-methods study in community mental health care. *Social Science & Medicine*, 72(4), 504-512.

- Kuluski, K., Ho, J. W., Hans, P. K. et Nelson, M. L. (2017). Community care for people with complex care needs: bridging the gap between health and social care. *International Journal of Integrated Care*, 17(4).
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., et Desrosiers, L. (2014). *Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre*. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347.
- Larocque, C., Savard, R. et Lecomte, C. (2012). Alliance thérapeutique et abandon des traitements de l'obésité. *Obésité*, 7(3), 191-198.
- Larue, C., Dumais, A. Ahern, E., Bernheim, E. et Mailhot, M.-P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446.
- Leblanc, J. S., Renaud, S., Wahbi, A. et Cloutier, J. (2011). Attachement insécure/désorganisé et trouble de personnalité limite : peut-on sortir de l'impasse thérapeutique ? *Santé mentale au Québec*, 36(2), 145-159.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Ligiéro, D. P. et Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., et Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual review of clinical psychology*, 16, 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Luyten, P., et Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366–379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Maheux, J., Ethier, C. et Trépanier, E. (2022). La régulation émotionnelle et la mentalisation chez les professionnels en relation d'aide : compétences émotionnelles et interpersonnelles au coeur de la pratique. *Service social*, 68(1), 67–85. <https://doi.org/10.7202/1089870ar>
- Maheux, J., Normandin, L., Parent, K., Ensink, K., et Sabourin, S. (2016). Activités mentales lors de l'écoute thérapeutique : Établissement de profils et influence de caractéristiques personnelles [Mental activity during therapeutic listening: Profiles and influence of personal characteristics]. *Revue Québécoise de Psychologie*, 37(3), 217–234.

- Main, T. (1989). *The ailment and other psychoanalytic essays* (J. Johns, Éd.). Free Association Books.
- McAlinden, F., McDermott, F. et Morris, J. (2013). Complex patients: social workers' perceptions of complexity in health and rehabilitation services. *Social Work in Health Care*, 52(10), 899-912.
- Miller-Bottomo, M., Talia, A., Safran, J. D. et Muran, J. C. (2018). Resolving alliance ruptures from an attachment-informed perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2), 175.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 2(1), 1-27.
- Moreau, I. (2017). *Analyse des composantes caractérisant la clientèle dite « multiproblématique » dans un contexte d'organisation de services dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Thèse. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 190 p.
- Moreau, I. et Léveillé, S. (2018). Les principales caractéristiques d'une clientèle dite « multiproblématique » au sein du réseau de la santé et des services sociaux. *Revue québécoise de psychologie*, 39(2) 49-64.
- Moreau, I. et Ndengeyingoma, A. (2018). La clientèle à profil « multiproblématique » : mieux la définir pour mieux la servir. *Revue CNRIS*, 9(3), 41-43.
- Munich, R. L., et Allen, J. G. (2003). *Psychiatric and sociotherapeutic perspectives on the difficult-to-treat patient*. *Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*, 66(4), 346-357.
- Muran, J. C. et Eubanks, C. F. (2020). *Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture*. American Psychological Association.
- Ndengeyingoma, A., Moreau, I. et Sauvé, K. (2018). Analyse du concept de « clientèle multiproblématique » dans le RSSS. *Revue québécoise de psychologie*, 39(2), 115-132.
- Oldham, M., Kellett, S., Miles, E. et Sheeran, P. (2012). Interventions to increase attendance at psychotherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 928–939.
- Osofsky J. D. (2009). Perspectives on helping traumatized infants, young children, and their families. *Infant mental health journal*, 30(6), 673–677. <https://doi.org/10.1002/imhj.20236>
- Otis, A-S. et Maheux, J. (2021). Vécu des intervenants et rôle de la régulation émotionnelle face aux comportements difficiles des personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 25-46.

- Paquin-Boudreau, A., Poitras, K., Mathieu, J. et Lemelin, G. (2021). Réflexion critique sur les clientèles difficiles et leurs accès aux services psychosociaux. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 2–24. <https://doi.org/10.7202/1081253ar>
- Perrenoud, P. De la pratique réflexive au travail sur l'*habitus*. In: *Recherche & Formation*, N°36, 2001. Le praticien réflexif : la diffusion d'un modèle de formation, sous la direction de Léopold Paquay et Régine Sirota. pp. 131-162. DOI : <https://doi.org/10.3406/refor.2001.1694>
- Poitras, M. E., Hudon, C., Godbout, I., Bujold, M., Pluye, P., Vaillancourt, V. T., ... et Légaré, F. (2019). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 489-502.
- Reyre, A., Jeannin, R., Largueche, M., Moro, M. R., Baubet, T. et Taieb, O. (2017). Overcoming professionals' challenging experiences to promote a trustful therapeutic alliance in addiction treatment: A qualitative study. *Drug and Alcohol Dependence*, 174, 30-38.
- Rodgers, R. F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L. et Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438.
- Rose, J., Nice, L., Stenfort Kroese, B., Powell, T. et Oyebode, J. R. (2019). The role of relationship reciprocity and self-efficacy on well-being and burnout in clinical psychology trainees. *Clinical Psychology Forum*, 315, 38-48. <https://shop.bps.org.uk/publications/journals-and-periodicals/clinical-psychology-forum-no-315-march-2019.html>
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233-243.
- Satran, C., Tsamri, R., Peled, O., Zuker, H., Massalha, L. et Ore, L. (2020). A unique program for nursing students to enhance their mentalization capabilities in relation to clinical thinking. *Journal of Professional Nursing*, 36(5), 424-431.
- Schafer, S., et Nowlis, D.P. (1998). *Personality disorders among difficult patients. Archives of Family Medicine*, 7(2), 126-129.
- Sharp, C., Shohet, C., Givon, D., Penner, F., Marais, L. et Fonagy, P. (2020). Learning to mentalize: A mediational approach for caregivers and therapists. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3).
- Soma, C. S., Baucom, B. R., Xiao, B., Butner, J. E., Hilpert, P., Narayanan, S., ... et Imel, Z. E. (2020). Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(5), 591-603.

- Sprang, G., Craig, C., et Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: a comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child welfare*, 90(6), 149–168.
- Stigler, M., et Quinche, P. (2001). Le «patient difficile» en crise et sa compétence à se responsabiliser. *Primary Care*, 1, 351-357.
- Tanzilli, A., Gualco, I., Baiocco, R. et Lingiardi, V. (2020). Clinician reactions when working with adolescent patients: The therapist response questionnaire for adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 102(5), 616-627.
- Thibaut, B., Dewa, L. H., Ramtale, S. C., D'Lima, D., Adam, S., Ashrafian, H., ... et Archer, S. (2019). Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ Open*, 9(12).
- Ungar, M., Liebenberg, L., Dudding, P., Armstrong, M. et Van de Vijver, F. J. (2013). Patterns of service use, individual and contextual risk factors, and resilience among adolescents using multiple psychosocial services. *Child abuse & neglect*, 37(2-3), 150-159.
- Vacher, Y. (2015). *Construire une Pratique Réflexive : Comprendre et Agir*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.vachr.2015.01>.
- Wald H. S. (2015). Professional identity (trans)formation in medical education: reflection, relationship, resilience. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(6), 701–706. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000731>
- Watkins Jr, C. E. (2020). What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(2), 190-208. <https://doi.org/10.1002/capr.12287>

Appendice A

Recherche documentaire

Sujet

Comment soutenir le développement d'une pratique réflexive chez les professionnels œuvrant en santé mentale auprès d'une clientèle difficile ?

Plan de concepts

	Concept 1 : Pratique réflexive / mentalisation	Concept 2 : Professionnels en relation d'aide	Concept 3 : Santé mentale	Limites
Mots-clés en français	Mentalisation Pratique réflexive Évolution thérapeutique Introspection Auto-évaluation Connaissance de soi	Intervenant Clinicien Travailleur social Psychologue Psychoéducateur Thérapeute	Santé mentale	Langues : FR / EN Dates : 2001+ Âge : Adulte
Mots-clés en anglais	Reflective practice Self-assessment Self-Evaluation Mentalization Critical reflection Self-Reflection Introspection	Counselors Psychologist Psychotherapist Social worker Social service worker Social Caseworkers Therapists Psychoeducator	Mental health	

Bases de données sélectionnées

PsycINFO (EN), Cairn (FR), Érudit (FR), Academic Search Complete (EN)

Équations de recherche:

Concept 1: “reflective practice*” OR “self-assessment*” OR “Self-Evaluat*” OR Mentaliz* OR “Critical reflecti*” OR “Self-Reflecti*” OR Introspection*

Concept 2: Counselor* OR Psychologist* OR Psychotherapist* OR “Social worker*” OR “Social service worker*” OR “Social Caseworker*” OR Therapist* OR Psychoeducation*

Concept 3: Mental health

Recherche *PsycINFO* et *ASC*:

AB ("reflective practice*" OR "self-assessment*" OR "Self-Evaluat*" OR Mentaliz* OR "Critical reflecti*" OR "Self-Reflecti*" OR Introspection*) AND AB (Counselor* OR Psychologist* OR Psychotherapist* OR "Social worker*" OR "Social service worker*" OR "Social Caseworker*" OR Therapist* OR Psychoeducat*) AND AB "mental health"

Résultats *PsycINFO*: 409 articles

Résultats *Academic Search Complete*: 125 articles

Recherche *Érudit* et *Cairn*:

mentalisation OU "pratique réflexive" OU "évolution thérapeutique" OU introspection OR "auto-évaluation" OU "connaissance de soi"

intervenant* OU clinicien* OU "travailleur social" OU psychologue* OU psychoeducat* OU thérapeute*

Résultats *Érudit* : 58 articles

Résultats *Cairn* : 36 articles

Appendice B

Tableau d'échantillonnage

