

Faculté de santé publique

Perception et place de la réinsertion professionnelle dans les soins du point de vue de soignants d'un hôpital psychiatrique bruxellois : facteurs favorisants et limites.

Mémoire réalisé par
Alice Mullender

Promoteur
Monsieur Pablo Nicaise

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Perception et place de la réinsertion professionnelle dans les soins du point de vue de soignants d'un hôpital psychiatrique bruxellois : facteurs favorisants et limites.

Mémoire réalisé par
Alice Mullender

Promoteur
Monsieur Pablo Nicaise

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Premièrement, je souhaite tout particulièrement remercier mon promoteur monsieur Pablo Nicaise, pour son aide, sa disponibilité et ses précieux conseils durant toute l'élaboration de mon mémoire et ce, malgré cette période compliquée.

Merci aux lecteurs, monsieur Jean-Charles Peeters et monsieur Pierre Smith, pour le temps octroyé à la lecture ainsi qu'à la défense du travail.

Je remercie également les huit professionnels qui ont accepté de m'accorder du temps et répondu à mes différentes questions.

Merci à madame Catherine Bertrand, qui m'a aidée dans le choix du sujet ainsi que dans la réalisation des interviews.

Pour finir, je remercie mes parents et mes proches pour leur soutien et encouragement durant la réalisation de mon mémoire. Je remercie plus particulièrement ma maman ainsi que ma sœur pour leurs relectures.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Introduction	1
Cadre théorique	2
1. Le handicap psychique	2
1.1 Définitions	2
1.2 Prévalence de la maladie mentale.....	2
2. Déterminants sociaux de la maladie	3
2.1 Définition	3
2.2 Les causes de la maladie mentale.....	3
2.3 Sélection sociale et causalité sociale	5
3. Prise en charge thérapeutique du patient	7
3.1 Prise en charge thérapeutique du patient : aspect médical et aspect social.....	7
3.2 Le rétablissement	8
4 L'insertion professionnelle	10
4.1 Limites et obstacles à la réinsertion professionnelle	10
4.2 Le soutien à l'emploi.....	12
4.3 Les Entreprises de Travail Adapté	13
4.4 L'emploi assisté : l'Individual Placement and Support	13
4.5 Méthodes traditionnelles vs emploi assisté	15
5. En Belgique	16
5.1 Carences en matière de soins de santé mentale	16
5.2 Réforme projet 107.....	17
Méthodologie	19
1. Objectif de départ et types d'entretiens	19
2. Choix du lieu et des intervenants	19
2.1 Choix du lieu	19
2.2 Choix des intervenants	19
3. Choix des outils	20
3.1 Guide d'entretien	20
3.2 Élaboration du guide d'entretien	20
3.3 Déroulement des entretiens	20
4. Méthode d'analyse des données	21
4.1 Analyse thématique.....	21
4.2 Analyse interprétative	21
5. Service interrogé	21
5.1 Présentation	21
Analyse thématique	23
1. Institution du Quotidien et sa vision sociale	23
1.1 Institution du Quotidien : journée type.....	23
1.2 Aspect thérapeutique et socio-professionnel au « Quotidien ».....	24
2. Liens avec les patients	26
2.1 Distances thérapeutiques	26
2.2 Sentiments.....	27
2.3 Discussion de leur vie privée	27
2.4 Discussion de leur vie professionnelle.....	28
3. La réinsertion à l'emploi	29

3.1	Le support professionnel et la collaboration.....	29
3.2	Outils de soutien à l'emploi.....	30
3.3	L'accès aux outils de soutien à l'emploi	31
3.4	Types de travail : emploi assisté et emploi traditionnel.....	32
3.5	Difficultés et bénéfices du retour à l'emploi	32
4.	Catégories émergentes.....	34
4.1	Autres types de travail.....	34
4.2	Défauts du soutien à l'emploi.....	35
4.3	Avis sur la question de la prise en charge de la réinsertion professionnelle.....	35
	<i>Analyse interprétative</i>	36
1.	Rapport entre l'aspect socio-professionnel et les soins	36
2.	Quels professionnels s'occupent de l'insertion socio-professionnelle ?.....	36
3.	Le rétablissement.....	38
4.	L'Individual Placement and Support	40
	<i>Discussion</i>	43
1.	Résumé des analyses	43
2.	Limites	44
3.	Perspectives d'amélioration et de recherche	45
	<i>Conclusion</i>	47
	<i>Bibliographie</i>	48
	<i>Annexes.....</i>	52
	Annexe I : Guide d'entretien.....	52
	Annexe 2 : tableau récapitulatif des entretiens	54

Introduction

Le projet initial de ce mémoire consistait en une confrontation entre le point de vue des professionnels et des patients par rapport à la place de la réinsertion professionnelle et son imbrication au sein d'un travail clinique en psychiatrie. Cette étude, prête à être effectuée et ayant été acceptée par le comité éthique de l'hôpital dans lequel nous avons collecté nos informations, a dû être adaptée suite à l'arrivée de la pandémie du Covid-19.

Les objectifs initiaux ont dû être revus, ce qui nous a mené à effectuer nos recherches sur la compréhension de l'articulation qui peut exister entre la réinsertion professionnelle et le travail clinique en psychiatrie du point de vue des cliniciens, indépendamment des patients. En effet, l'aspect social et professionnel est indispensable dans le processus de rétablissement d'un patient afin que celui-ci retrouve une place dans la société et la communauté. Cependant, l'aspect social et l'aspect médical n'étant pas toujours bien délimités dans les soins psychiatriques, et les outils et méthodes d'aide à la réinsertion professionnelle étant nombreux et variés, il est intéressant de comprendre la place que possède la réinsertion professionnelle au sein d'un hôpital psychiatrique de jour.

Comme mentionné ci-dessus, cette réinsertion socio-professionnelle fait partie du processus de rétablissement d'une personne mais il serait utile dans la compréhension du sujet d'expliquer d'avantage ce que représente ce terme si vague qu'est le rétablissement.

Historiquement, c'est aux Etats-Unis et à partir des années 80 que ce mouvement prend de l'ampleur et est mené par des patients et des ex-patient, qui revendiquent les failles du système des soins de santé mentale. Cette notion part du principe que le patient prend une place active dans ses propres soins, pour ainsi se rétablir des symptômes de sa maladie mais surtout, des conséquences sociales liées à ses affectations psychiques. Cela permet au patient de regagner l'estime de soi et le bien-être. Aussi, chaque patient effectue son propre parcours personnel, tous les projets de rétablissement sont donc différents. Cette notion de rétablissement change la vision de guérison par une résignation au modèle purement médical. (FARKAS, 2007)

La réinsertion professionnelle est une facette parmi d'autres du processus de rétablissement. Ce mouvement est bien ancré dans les systèmes de soins psychiatriques anglo-saxons, mais il n'est pas encore vraiment suivi dans le monde francophone jusqu'à présent.

Cadre théorique

1. Le handicap psychique

1.1 Définitions

Afin de mieux comprendre les termes souvent abordés dans ce travail, nous allons commencer par définir les concepts clés tels que « Santé » et « Santé mentale ».

Selon l’OMS, la santé se définit depuis 1946 comme « *Un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité* » (OMS, s. d.)

Aussi, la santé mentale est définie comme étant : « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d’un individu et du bon fonctionnement d’une communauté.* » (La santé mentale, 2018).

Une personne en bonne santé mentale est dès lors définie comme « *une personne capable de s’adapter aux diverses situations de la vie, faite de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Elle est aussi capable d’éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Posséder une bonne santé mentale, c’est parvenir à créer un équilibre entre les différents aspects de sa vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique.* » (Définition de la santé mentale, 2020).

Cette définition positive informe que la santé mentale ne consiste pas seulement en une histoire de présence ou d’absence de maladie ou de souffrance, mais est également en lien avec la réalisation de soi, le bien-être, la participation à la vie en communauté et à la confrontation des tensions de la vie. (Minotte Pascal, 2012)

1.2 Prévalence de la maladie mentale

Il est essentiel de s’intéresser et d’améliorer continuellement la prise en charge des patients atteints d’une maladie mentale lorsque l’on sait que la psychiatrie constitue un enjeu majeur de la santé publique. En effet, selon l’OMS, les problèmes psychiques sont responsables d’une grande part de la morbidité dans le monde. Aussi, cet organisme considère qu’un quart de la population mondiale sera affecté par un trouble mental à un moment de sa vie. Parmi ce quart de population, y est présent un groupe plus restreint qui souffre de problèmes plus sévères et à plus long terme. Par exemple, en novembre 2019, pas moins de 60 millions de personnes étaient

touchées par des troubles affectifs bipolaires et 21 millions de personnes étaient atteintes de schizophrénie ou d'un autre type de psychose. (*Troubles mentaux*, 2019)

Outre le fait que les problèmes de santé mentale sont très présents dans la population mondiale, ils sont surtout très invalidants pour les personnes touchées. En effet, selon la charge mondiale de morbidité (Global Burden of Disease) de 2010, les troubles mentaux ainsi que l'usage de substances sont responsables de 183,9 millions (7,4%) de toutes les années de vie corrigées du facteur invalidité dans le monde. Ces troubles représentaient 8,6 millions d'années de vie perdues (YLL) et 175,3 millions d'années de vie perdues de toutes les années vécues avec invalidité (YLD). Les troubles mentaux sont donc la 5^{ème} cause des années de vie avec invalidité ajustée (après les troubles cardiovasculaires, les troubles infectieux, néonataux et les cancers) mais sont la première cause d'années de vie avec invalidité. (Whiteford et al., 2013) Ces pathologies entraînent les invalidités les plus sévères et les plus fréquentes, ce qui engendre un impact énorme au niveau social.

2. Déterminants sociaux de la maladie

2.1 Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les déterminants sociaux de la santé sont définis comme « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ». (OMS | *Déterminants sociaux de la santé*, s. d.)

2.2 Les causes de la maladie mentale

Les causes de la maladie mentale ne sont pas connues mais on peut aujourd'hui considérer qu'elles sont multiples : biologiques, psychologiques et sociales.

Il existe beaucoup de déterminants sociaux de la maladie mentale mais nous allons nous concentrer sur les plus importants d'entre eux. En effet, en plus de l'aspect psychologique et biologique, les troubles mentaux ont une origine sociale car nous pouvons percevoir une interaction entre les troubles et la place de la personne dans son environnement. Par « environnement », nous entendons les **environnements de vie, sociaux et physiques**. Habiter dans un quartier sans verdure, dans des petits appartements sans confort, même parfois insalubres, sans magasins accessibles peut avoir une influence néfaste sur la santé. Au contraire,

vivre dans une grande maison, à côté d'un parc vert peut apporter un effet positif sur notre santé.

Au niveau de l'**environnement social**, avoir une famille, des amis, des voisins et des proches sur qui compter influence notre bien-être et permet de favoriser une bonne santé mentale. Une personne seule, sans contacts sociaux sera plus à même de développer une pathologie mentale. (Fatfish, s. d.)

Le **niveau d'instruction** est également un déterminant social de la santé mentale. Avoir la possibilité d'accéder à l'enseignement, aux formations, aux stages fait partie de la recette pour garder une bonne santé mentale.

Avoir accès aux **services de santé** rapidement lorsque l'on en ressent le besoin est une chose importante à prendre en compte également.

Posséder un **emploi** et le réaliser dans de bonnes **conditions de travail** est un facteur de bonne santé mentale également. Cependant, lorsque les conditions de travail ne sont pas propices au bon déroulement de l'activité, cela peut nuire à la santé. En effet, prenons pour exemple le fait de devoir effectuer un métier dans des conditions de **stress**. La sécrétion prolongée d'hormones agissant sur le système immunitaire et nerveux lors d'une exposition prolongée au stress et à l'angoisse, peut conduire à un mal-être, à une dépression ou tout autre maladie psychiatrique. (Fatfish, s. d.) (Organisation Mondiale de la Santé, s. d.) (*Social determinants of mental health*, 2014)

Dans certains contextes, **le tabac, l'alcool et la drogue** peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale. Concernant la drogue, on sait qu'elle est principalement utilisée par des personnes connaissant une fracture sociale importante. Effectivement, la drogue est une échappatoire aux situations difficiles de la vie mais ne fait qu'aggraver celles-ci. Aussi, il est connu que la consommation de tabac et d'alcool est liée à un **indice socio-économique faible**, qui est également un déterminant social de la maladie mentale. (Organisation Mondiale de la Santé, s. d.)

De plus, le statut socio-économique est le déterminant social de la maladie mentale le plus marquant. Nous pouvons remarquer que le statut socio-économique est inversement lié aux pathologies mentales. Plus on a un **statut socio-économique** faible, un revenu faible ainsi qu'une situation sociale fragile, plus on a de chances de contracter une maladie mentale. « *Ceux qui sont au plus bas de l'échelle sociale sont au moins deux fois plus exposés au risque de maladie grave ou de décès prématuré que ceux qui sont en haut de l'échelle* ». (Organisation Mondiale de la Santé, s. d.)

L'ensemble de tous ces déterminants sociaux de la santé sont présents tant sous forme de cause, que sous forme de conséquence dans la compréhension des problèmes liés à la santé mentale. (Marie-Eve Carle, 2015). Ce cercle vicieux, semblable au principe « d'œuf ou de la poule », est appelé sélection sociale et causalité sociale.

2.3 Sélection sociale et causalité sociale

2.3.1: L'hypothèse de la sélection sociale

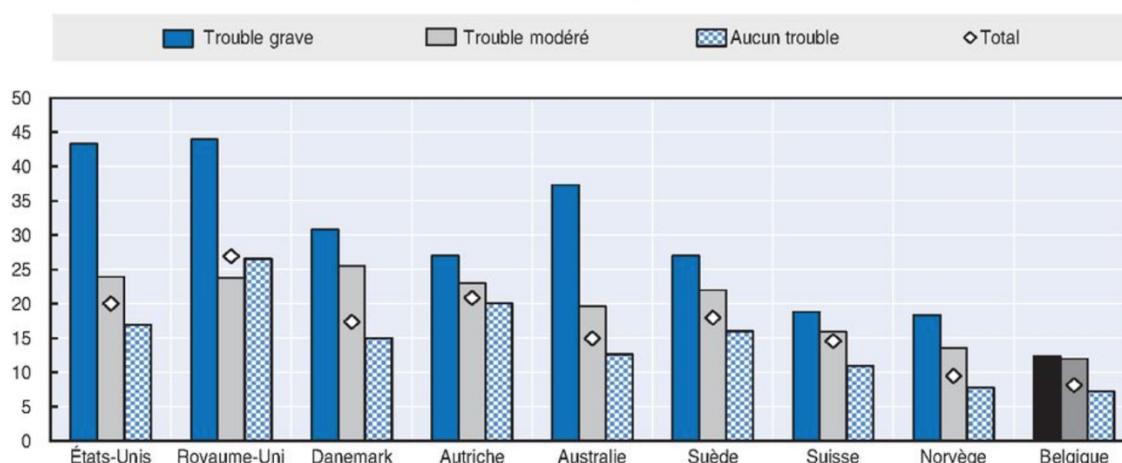
La sélection sociale est une hypothèse selon laquelle l'apparition des troubles mentaux influence négativement le statut socio-économique. C'est-à-dire que les déterminants sociaux seraient les conséquences des troubles mentaux. La présence de problèmes mentaux mettrait en péril la montée dans l'échelle sociale et économique. Par exemple, une personne souffrant de maladie mentale pourrait perdre son emploi, ce qui risquerait d'impacter son statut socio-économique et réduirait sa mobilité sociale. Ceci maintiendrait les classes sociales élevées en haut de la pyramide socio-économique et continuerait à creuser un écart avec les personnes qui vivent avec beaucoup de problèmes de santé. (Tremblay, 2005)

2.3.2 : L'hypothèse de la causalité sociale

A l'inverse de l'hypothèse de la sélection sociale, la causalité sociale affirme que le niveau du statut socio-économique a une répercussion sur la possibilité de contracter une maladie mentale. Plus une personne se situe dans la partie basse de l'échelle sociale, plus elle est à risque de développer un trouble mental. En effet, les conditions de vie dans lesquelles vivent ces personnes ont pour conséquence de les rendre plus vulnérables aux pathologies mentales.(Tremblay, 2005)

2.3.3 : Corrélation entre statut socio-économique et troubles mentaux

Comme nous pouvons le voir sur le tableau ci-dessous, il existe bel et bien une association entre le statut socio-économique (et la pauvreté qui en découle) et les troubles mentaux. Cependant, l'intensité de cette corrélation varie en fonction du pays.



- a. Pourcentage de personnes vivant dans un foyer dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté (fixé à 60 % du revenu médian).

Tableau 1 – Risque de pauvreté des personnes présentant ou non un trouble mental grave ou modéré, dernière année disponible. Reproduit de « Santé mentale et emploi : Belgique » (OCDE, 2013) https://read.oecd-ilibrary.org/employment/sante-mentale-et-emploi-belgique_9789264187597-fr#page1

Ce tableau représente le risque de pauvreté des personnes présentant ou non un trouble mental grave ou modéré. Dans chaque pays représenté, nous pouvons percevoir que le risque de pauvreté est lié à l'intensité des troubles psychiques, à l'exception du Royaume-Uni. Cependant, la différence entre les pourcentages des différentes sévérités de la maladie n'est pas la même partout. En effet, chez nous en Belgique, nous sommes le pays le plus égalitaire entre les trois colonnes. A l'inverse, aux USA et au Royaume-Uni, la différence est énorme.

(Santé mentale et emploi: Belgique, 2013)

Cela nous prouve encore qu'il existe une relation entre les maladies mentales et les caractères sociaux, ce qui nous amène au constat que pour prendre en charge les problèmes de santé mentale, il ne faut pas tenir compte uniquement des déterminants et une prise en charge clinique, mais il faut également mettre en avant la prise en charge sociale de la maladie mentale.

3. Prise en charge thérapeutique du patient

3.1 Prise en charge thérapeutique du patient : aspect médical et aspect social

Classiquement, le secteur médical et le secteur social ont été organisés de manière séparée. La raison principale réside dans un plan organisationnel : le social ne dépend pas des mêmes autorités que le médical. Cette séparation entre les soins médicaux et sociaux engendre un manque de continuité et de coordination dans les prestations cliniques et sociales. Ce clivage engendre des différences de cultures, de terminologies, voire même différents modes de financement. En effet, la prise en charge sanitaire est effectuée d'une part par des professionnels de la santé tels que les médecins psychiatres, infirmiers psychologues et d'autre part la prise en charge sociale est effectuée par des professionnels tels que des formateurs, éducateurs ou assistants sociaux. Une autre conséquence de l'organisation séparée des soins n'est autre que les différences d'objectifs finaux des deux prises en charge : l'aspect sanitaire vise un projet thérapeutique de soins contrairement à l'aspect social qui a comme projet la réinsertion sociale. (Pachoud & Stieffatre, 2005) (Bonsack & Favrod, 2013)

Cependant, à la fin des années 80, suite à l'évolution du secteur de la psychiatrie, aux nécessités économiques, ainsi qu'aux critiques de l'institutionnalisation, certaines structures psychiatriques se modifient et font place à une organisation de soins intégrés et interdisciplinaires. Cette approche considère la personne dans son ensemble en prenant en compte les dimensions biologiques, psychologiques et sociales (Berichel Vincent & Bescond Aude, 2006). Comme nous l'avons vu précédemment, dans une prise en charge pour des problèmes de santé mentale, il est indispensable de tenir compte des aspects sociaux en même temps que les aspects cliniques, vu le lien qu'il existe entre ceux-ci. Traiter l'aspect clinique c'est aussi traiter l'aspect social et professionnel, et non faire une différenciation entre les soins médicaux et sociaux. En effet, tant les acteurs sanitaires que sociaux gravitent autour des patients afin de leur offrir une prise en charge globale et cohérente. Un décloisonnement favorise un approfondissement des compétences et connaissances pour le personnel soignant et permet ainsi de pouvoir lier projet de soins et projet de vie pour le patient, ce qui améliore leur prise en charge globale. (Hubert & Guezennec, s. d.)

Si cette solution au problème d'hétérogénéité et de séparation des deux aspects thérapeutiques a pu voir le jour, c'est en partie grâce à l'apparition du courant de la *réhabilitation* et du *rétablissement*.

Le concept de réhabilitation apparaît dans les années 50-60 aux Etats-Unis lorsque des patients se regroupent afin de mettre en avant les failles du paternalisme médical et de la séparation avec la communauté, dans le but d'une meilleure intégration. Leurs objectifs étaient de s'entraider pour ainsi retrouver une autonomie et réapprendre à vivre dans un environnement et en communauté. Dans ce sens, et dans le but d'une guérison non purement curative mais globale, le modèle de rétablissement a vu le jour. (Bonsack & Favrod, 2013)

3.2 Le rétablissement

Ce mouvement des usagers qui a fait naître la réhabilitation psychosociale, a permis l'apparition du principe de rétablissement dans les années 70-80. (Anthony, 1993)

Dans le modèle du rétablissement, le traitement des conséquences de la maladie prime sur le traitement de la maladie en elle-même. C'est-à-dire que le rétablissement n'a pas pour objectif principal de soigner, de stabiliser une maladie ni d'éliminer les symptômes mais celui d'apprendre au patient à vivre avec son affection, à l'accepter et la gérer. En effet, une personne présentant une maladie mentale peut se rétablir malgré la présence continue de sa maladie. (Jouet, 2016) Cela offre au patient une meilleure estime de soi, une autonomisation et une autodétermination. Cela lui permet également de croire en lui et de retrouver la conviction qu'il possède des capacités de décision et d'action sur sa vie. Il va avoir une participation active dans ses propres soins et sera acteur de son projet de vie. (Jouet, 2016) (E. Deegan, Patricia, 2001)

Le rétablissement peut se faire sans intervention professionnelle. Les professionnels ne sont pas la clé du rétablissement mais sont là pour y contribuer. Cependant, il est nécessaire que le patient puisse compter sur des personnes de confiance, et celles-ci doivent le soutenir, le motiver et croire en lui. Ils doivent être présents pour lui en cas de besoin. Ce soutien social est un principe important de la philosophie.

Dans la même optique, le rétablissement ne se réalise pas uniquement dans des centres de soins, il est important de comprendre que différents lieux extra-sanitaires sont essentiels comme les clubs de sport, les cafés et les différentes activités extra hospitalières.

Selon William Anthony, le rétablissement est défini comme étant « *un processus profondément personnel et unique de changement des attitudes, des valeurs et des sentiments d'une personne, des objectifs, des compétences et/ou des rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et de contribution, même avec les limitations causées par la maladie. Le*

rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans sa vie à mesure que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale. » (Anthony, 1993)

Aussi, Le rétablissement n'a pas pour principe de faire un retour en arrière pour atteindre la vie d'avant la maladie. Selon Patricia Deegan, *le rétablissement n'est pas un retour vers un état antérieur. C'est un parcours pour se renouveler. C'est un parcours de découverte de nos limites, mais aussi un parcours de découverte des possibilités que nos limites ouvrent.* (E. Deegan, Patricia, 2001) Il faut être persuadé que le futur sera meilleur, et ne pas baisser les bras si une recrudescence des symptômes apparaît.

Comme mentionné auparavant, le rétablissement d'une maladie mentale implique un rétablissement des conséquences de la maladie elle-même. Par exemple, les patients atteints de troubles psychiatriques doivent parfois se soigner d'une stigmatisation qu'ils se sont émis à leur égard, ou des effets secondaires négatifs du chômage, des rêves inachevés, ... Le processus du rétablissement est, dans beaucoup de cas, long et complexe et n'évolue pas de manière linéaire. Le processus de rétablissement est profondément personnel, il est différent pour chaque individu. (Anthony, 1993)

Nous avons pu voir que le processus de rétablissement permet au patient une prise en charge bio-psycho-sociale dans son ensemble, et qu'en conséquence, l'insertion sociale est fort présente dans le mécanisme de guérison, contrairement à ce qui se faisait auparavant. L'insertion sociale contient beaucoup de facettes différentes, qui elles, sont toutes soutenues par le rétablissement. Effectivement, le rétablissement comporte une multitude d'onglets que le patient s'appropriera en fonction de son projet personnel de vie. Dans cet ensemble de dimensions que regroupe l'inclusion sociale, nous avons décidé d'étudier la problématique de la réinsertion professionnelle.

4 L'insertion professionnelle

Les personnes atteintes de troubles psychiques souhaitent, comme toute personne, une indépendance et une autonomie financière. En effet, selon l'Institut National de la Santé Mentale, environ 70% des personnes présentant un trouble psychique a comme objectif une insertion ou une réinsertion professionnelle, mais le niveau d'accès à l'emploi est très faible. On estime que le taux d'emploi chez les patients atteints d'une pathologie psychiatrique grave est seulement de 10%. Les patients sont souvent découragés par de nombreux obstacles dans le système actuel (Harnois et al., 2000)

4.1 Limites et obstacles à la réinsertion professionnelle

Bien que le travail incite, généralement, à la création d'une identité et à une stabilisation, ce n'est pas toujours le cas. Celui-ci n'est pas toujours cause de réintégration, mais devient, pour certaines personnes, une source de stress et de désorganisation.

Un premier obstacle assez présent chez les personnes atteintes de troubles psychiques voulant se réinsérer dans la société via le travail réside dans les conséquences de la maladie mentale. En effet, certains symptômes relatifs à la maladie peuvent influencer en mal le comportement au travail de ces personnes. Les déficits cognitifs comme le manque de concentration, la difficulté à entreprendre un projet, la difficulté pour passer d'une action à l'autre peuvent altérer leur relation au travail. D'autres symptômes comme la lenteur, la fatigue, l'instabilité de caractère et de comportement, la difficulté d'adaptation aux changements peut également avoir une influence néfaste sur leur travail. Le marché du travail se voulant productif et rentable, les symptômes évoqués ne correspondent pas à cette mentalité et à cette manière d'agir.

L'instabilité de caractère et de comportement, ainsi que les difficultés d'adaptation aux changements peuvent interférer dans la relation à l'autre et peuvent être mal comprises par les autres travailleurs. Cela peut également mener à une exclusion relationnelle et professionnelle. En outre, les effets secondaires des traitements peuvent conduire à une difficulté de travail : les tremblements, les raideurs, la somnolence peuvent entraver l'efficacité du travailleur et l'handicaper car il ne travaillera plus au même rythme que les autres.

S'insérer dans un milieu professionnel, pour une personne atteinte de troubles psychiques n'est donc pas toujours chose évidente. D'autant plus que le milieu du travail est un domaine avec beaucoup d'exigences et de contraintes comme le temps, la rentabilité, l'efficacité, les

exigences techniques et relationnelles, des conditions physiques et psychologiques difficiles qui accroissent le stress de ces personnes. Ces conditions sont déjà compliquées à gérer pour des personnes sans troubles psychiques, et ces difficultés sont amplifiées chez les personnes peu stables mentalement. (Merhom, 2016) Les échecs que peuvent rencontrer les personnes suite à ces pressions constantes peuvent mener à un mal-être, une impuissance voire une honte, et cela peut aller jusqu'à un arrêt de travail (Bonnet & Arveiller, 2008)

Le travail en lui-même peut être une source d'échec de (ré)insertion professionnelle mais un facteur qui entre également en compte est l'accompagnement que reçoivent ces travailleurs une fois engagés dans l'entreprise. En effet, les personnes psychiatriques nécessitent un soutien adapté et constant et les employeurs n'ont pas souvent le temps ni les compétences pour accueillir et soutenir ce public. (Merhom, 2016) Aussi, « *les employeurs ont peu d'incitations financières à prévenir les troubles mentaux et à garder les personnes qui en sont atteintes* » (OCDE, 2013)

Un autre obstacle que rencontrent les personnes présentant des troubles psychiques sont les représentations sociales et les stéréotypes négatifs qui affluent à leur égard. Les stéréotypes et préjugés sont dus à des idées reçues anciennes sur la maladie, car autrefois, celles-ci étaient vue comme « de la folie ». Ces représentations anciennes mènent à une mauvaise connaissance des caractéristiques de la maladie mentale, à une incompréhension et à une stigmatisation de la part des employeurs, voire à une exclusion.

Dans notre société, les personnes atteintes de troubles psychiques sont vues comme dangereuses et violentes ; ces idées fausses dévalorisent les personnes et leurs capacités de travail ainsi que leurs relations avec les collègues. En effet, ces derniers interprètent mal dès lors les comportements et les actes que peuvent avoir ces personnes et les stigmatisent.

Ces représentations sociales limitent leur réinsertion sociale, et le manque de considération, le sentiment de honte, de culpabilité et d'infériorité peut conduire à un isolement et une exclusion sociale. (Bonnet & Arveiller, 2008)

Après les représentations sociales des collègues et de la société envers les personnes malades, examinons, d'autre part, les représentations sociales que se font les personnes psychiatriques sur le travail. Ces représentations sont également un obstacle à leur réinsertion professionnelle. Si une personne idéalise ou embellit l'image du travail, cette personne pourra être étonnée et perturbée lorsqu'elle s'apercevra que la réalité du terrain n'est pas aussi idyllique que ce qu'elle s'imaginait. Mais si par ailleurs la personne possède une image négative du travail, cela peut réduire sa motivation et son envie de réinsertion professionnelle. Dans le premier cas, la

personne aura un décalage entre ce qu'elle attend du travail et le réel, et dans le second, cela freinera la personne dans sa réinsertion. (Merhom, 2016)

Une autre limite à la réinsertion professionnelle de ces personnes est l'espérance qu'elles ont en leur carrière professionnelle. Soit leur réinsertion est difficile à réaliser dû au fait de leur maladie et symptômes comme déjà décrit, soit elle est difficilement réalisable car la personne possède une vision de déni et ne reconnaît pas son handicap. Certaines personnes refusent un travail proposé car celui-ci n'est pas assez valorisé par la société ou qu'il ne correspond pas à leurs attentes. Il y a là, un fossé entre les compétences réelles de la personne et ses désirs. (Merhom, 2016)

Bien que de nombreux éléments entravent le chemin de la réinsertion professionnelle chez les patients, certains y parviennent à l'aide de plusieurs procédures différentes ; par emploi assisté ou par méthode traditionnelle.

4.2 Le soutien à l'emploi

Le soutien à l'emploi facilite le rétablissement d'une personne présentant une maladie mentale. Il est donc primordial de soutenir les patients qui désirent trouver ou retrouver un équilibre professionnel, afin qu'ils puissent avancer dans leurs parcours de rétablissement. Cela peut être réalisé de plusieurs façons différentes et dans plusieurs lieux différents.

Nous avons vu précédemment qu'il existait deux manières de prise en charge différentes dans les soins psychiatriques ; la prise en charge classique et la prise en charge par le rétablissement. Plusieurs démarches de réinsertion professionnelle se rattachent à la logique de l'approche plus classique comme les centres de réadaptation fonctionnelle (CRF) qui ont comme objectif de rétablir les fonction motrices, sensorielles ou psychiques en effectuant des techniques médicales et paramédicales en fonction des besoins de la personne qu'ils accueillent (*Réadaptation fonctionnelle*, s. d.), ou encore les Entreprises de Travail Adapté que nous allons examiner plus en profondeur. Il existe également des démarches de soutien à l'emploi qui se relient à la logique du rétablissement comme les *job coach*, qui sont des travailleurs qui assistent les personnes présentant un trouble psychiatrique dans leur retour à l'emploi, (« Job Coaching », s. d.) ou encore par la manière que nous allons détailler dans ce travail, l'Individual Placement and Support.

4.3 Les Entreprises de Travail Adapté

Les Entreprises de Travail Adapté (ETA) mettent la personne handicapée au travail de manière à ce que celui-ci soit adapté à sa pathologie. Cette caractéristique principale de l'ETA vient à l'encontre du principe de l'IPS qui rejoint celui du rétablissement, qui consiste à ne pas imposer ou choisir pour le patient, et d'opter pour un emploi compétitif.

L'objectif de ces entreprises est d'accompagner le travailleur dans le but d'une réinsertion future en milieu ordinaire. Ces entreprises doivent « *promouvoir les travailleurs handicapés et leur accession à des emplois dans le milieu ordinaire* » (Raphaël, 2001) Cet objectif rejoint celui de l'IPS mais ce dernier met en évidence le fait qu'une préparation à ce saut dans la vie active ordinaire ne nécessite aucun préparatif. Cependant, la probabilité qu'une personne réintègre un emploi ordinaire après avoir travaillé dans une entreprise de travail adapté est faible. Aussi, le rendement des travailleurs doit être au minimum inférieur ou au même niveau que les deux tiers de la normale. La finalité première de ces entreprises n'est pas la production et la rentabilité mais l'adaptation et la remise au travail pour des personnes atteintes d'une forme de handicap, tout en répondant aux exigences des clients de l'entreprise. (*Les ETA | eweta, 2018*)

Suite à de nombreuses études comparatives, il en est ressorti que le taux d'insertion par la méthode de l'emploi assisté, en particulier l'Individual Placement and Support est au moins deux fois supérieur que le taux obtenu par les méthodes classiques. (Pierrefeu & Pachoud, 2014)

4.4 L'emploi assisté : l'Individual Placement and Support

4.4.1 *Généralités de l'IPS*

L'emploi assisté, en particulier l'Individual Placement and Support est une méthode qui insère les patients psychologiquement handicapés dans le marché du travail compétitif dans la communauté, sans formations ni étapes préalables comme le veut la méthode par ETA, car un des principes fondamentaux de cette approche est de fournir un accès rapide au travail. L'IPS respecte l'autonomie et les préférences individuelles car l'emploi est choisi par le patient en fonction de ses valeurs, ses ressources et intérêts. Cette caractéristique rejoint le principe du rétablissement qui permet aux patients de retrouver un pouvoir de choisir et d'agir, peu importe la persistance des symptômes et des contraintes liées à la maladie.

Aussi, contrairement à la méthode classique que comporte l'ETA, l'Individual Placement and Support ne sélectionne pas uniquement des personnes prêtes à travailler mais offre une chance

à tout patient atteint de maladie mentale qui désire se lancer. Un accompagnement et un suivi continu est effectué par des professionnels durant les différents entretiens mais le patient bénéficie également d'un soutien à long terme après son engagement. Ce soutien peut être d'ordre professionnel mais aussi d'ordre affectif, effectué par des proches ou des personnes de confiance, comme le veut la logique de rétablissement. (Bond et al., 2001) (Deborah R. Becker et al., 2006) (Anthony, 1993) Souvent, le patient essayera plusieurs métiers différents avant de trouver celui qui lui correspondra et celui qu'il désire. (Deborah R. Becker et al., 2006)

4.4.2 Les 6 principes fondamentaux

Le programme de soutien à l'emploi par l'Individual Placement and Support se base sur six principes fondamentaux :

1. Personne n'est exclu : tout usager peut bénéficier d'un programme d'emploi assisté malgré son diagnostic, ses symptômes et son histoire préprofessionnelle. Toute personne désirant un retour à l'emploi peut bénéficier d'un emploi compétitif sans formation préalable. Aucune personne ne peut être exclue de cette possibilité.

2. Intégration de la réhabilitation professionnelle et de la santé mentale : le rétablissement professionnel ainsi que les traitements en santé mentale seront intégrés et collaborants. Il est important que les spécialistes de l'emploi participent aux réunions d'équipe.

3. Un emploi compétitif : les usagers bénéficient d'un emploi compétitif, c'est-à-dire un emploi qui est ouvert à tous (malade comme non malade) et dont le salaire n'est pas inférieur à la normale.

4. Une recherche rapide de travail : le processus d'emploi assisté débute au moment où le patient dit vouloir travailler. Il n'est donc pas question d'évaluations ou formations préalables. Il est important de chercher rapidement un travail car l'usager expérimentera plusieurs métiers avant de trouver le bon. Aussi, cela permet de prouver et montrer aux usagers la motivation et l'envie qu'ont les professionnels de combler leurs désirs de travailler.

5. Un soutien non limité dans le temps : le soutien dure aussi longtemps que l'usager le désire. L'objectif du professionnel est de soutenir le patient tout en aidant le patient à retrouver son indépendance.

6. L'attention portée aux préférences de l'utilisateur : l'utilisateur a le choix du travail qu'il désire effectuer, la nature du soutien à avoir ainsi que le choix d'informer ou non son employeur de sa situation médicale. Les utilisateurs qui choisissent leur travail ont un niveau de satisfaction plus élevé et gardent leur emploi plus longtemps.

Les avantages du modèle de soutien à l'emploi par emploi assisté résident en le fait que les utilisateurs arrivent à travailler dans la communauté, ils se rattachent aux travailleurs non malades et se sentent utiles à la société. Aussi, contrairement aux ETA qui isolent de la société les personnes malades, le fait de travailler dans un métier compétitif permet aux travailleurs sans incapacité de réduire les stigmatisations qu'ils ont à l'égard des personnes psychiatriques et permet de mieux accepter socialement ces personnes. (Deborah R. Becker et al., 2006) (Bond et al., 2001)

4.5 Méthodes traditionnelles vs emploi assisté

Comme déjà mentionné auparavant, de nombreuses études ont permis de découvrir que l'emploi assisté décroche des résultats plus prometteurs que les approches traditionnelles.

Pour exemple, une étude européenne avait comme objectif de déterminer l'efficacité de l'IPS par rapport à la méthode traditionnelle. Il en est ressorti que 55% des patients bénéficiant d'un programme d'Individual Placement and Support sont parvenus à travailler dans un emploi compétitif contre 28% de patients bénéficiant d'un programme d'emploi traditionnel. La méthode par IPS est donc deux fois plus concluante que la méthode traditionnelle. De plus, cette même étude prouve que les patients soutenus par l'approche traditionnelle étaient significativement plus enclins à abandonner et à être réadmis à l'hôpital (45%) que ceux suivis par la méthode IPS (13%). (Burns et al., 2007)

En guise de récapitulatif jusqu'à présent, dans une vision mondiale, nous avons vu que pour prendre en charge des problèmes de santé mentale, il est nécessaire de prendre en compte les déterminants sociaux. Afin d'intégrer l'aspect social dans les soins, il existe deux approches différentes : la méthode plus traditionnelle ou la méthode par le rétablissement. Nous avons également prouvé par des études réalisées que la méthode par rétablissement donnait de meilleurs résultats que la méthode classique, y compris en matière de réinsertion professionnelle. Mais en Belgique, qu'en est-il de tout cela ?

5. En Belgique

5.1 Carences en matière de soins de santé mentale

Un nombre croissant de pays de l'OCDE comme les Etats-Unis ou l'Italie sont fort avancés dans l'approche centrée dans la communauté et dans l'insertion sociale. (OECD, 2012) En Belgique, bien qu'il existe des démarches pour mieux insérer les soins de santé dans la communauté, notre pays n'est pas aussi avancé et a une performance relativement faible en matière de réinsertion sociale. (*Guide vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*, 2010) (OECD, 2012) Nous pouvons illustrer ce propos dans le tableau ci-dessous.

Figure 5. Psychiatric care beds per 100 000 population, 2011

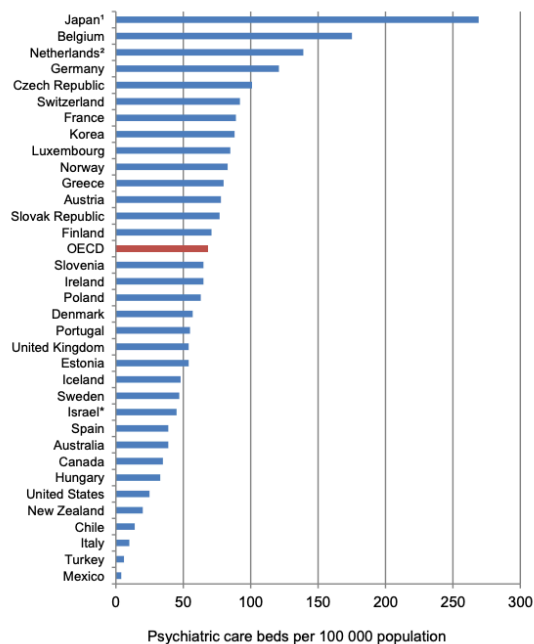


Tableau 2 – *psychiatric care beds per 100.000 population, 2011*. Reproduit de « *Making mental health count* » (OCDE, 2014) <https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>

Nous voyons bien que la Belgique est le deuxième pays de l'OCDE, après le Japon, à avoir le plus de lits psychiatriques. Cela prouve notre avancée peu concluante en matière de désinstitutionnalisation et en conséquence, d'insertion sociale. Pour les personnes possédant des troubles mentaux graves, les soins de santé mentale belges sont encore fortement axés sur les services hospitaliers. Cela engendre une absence de coopération et de coordination entre les différents services. En effet, lorsque les soins sont dispensés à l'extérieur des hôpitaux, la coordination devient plus importante entre les besoins sanitaires et sociaux. (OECD, 2012)

Par ce retard, en Belgique, le rétablissement n'est pas encore une méthode de travail très bien établie, contrairement à certains autres pays de l'OCDE. En effet, en plus de ce manque de désinstitutionnalisation, certains obstacles sont également à pointer. Premièrement, tous les professionnels ne sont pas encore prêts à sauter le pas, en passant d'un milieu de soins très hiérarchique à une vision qui prône l'autonomie et la confiance. Un autre élément à l'encontre d'une pratique axée dans la communauté et une orientation de rétablissement, reste la société stigmatisante à l'égard des personnes possédant un trouble mental. (ZOOM, s. d.)

Il reste donc à travailler et à s'intéresser plus à l'inclusion et au rétablissement, car comme nous l'avons prouvé et en particulier en matière de réinsertion professionnelle, l'approche par le rétablissement (IPS) montre de meilleurs résultats que l'approche classique.

Afin de contrer ces carences en matière de soins de santé mentale, une réforme a été mise en place dans le but d'offrir aux patients les soins les plus adaptés, en évitant l'institutionnalisation et en favorisant les soins dans la communauté et dans leur environnement propre et surtout, dans une visée de rétablissement. (ZOOM, s. d.)

5.2 Réforme projet 107

Suite à cette évolution peu concluante, la Belgique a mis en vigueur une réforme nommée « article 107 : vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et circuits de soins ». Comme dit précédemment, cette réforme a pour but d'axer les soins dans la communauté. C'est-à-dire que la personne atteinte de troubles psychiques va être prise en charge dans son environnement ainsi que son lieu de vie et grâce à un réseau structuré de soins et un accompagnement de professionnels ainsi que son entourage, il va bénéficier de soins continus et adaptés à son problème. (*La réforme (article 107)*, s. d.)

Voici les cinq principaux objectifs retenus dans cette réforme :

1. *« Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic »*
2. *Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques*
3. ***Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale***
Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable

4. *Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible* » (5 fonctions clefs, s. d.)

La méthode classique de l'organisation des soins de santé mentale est toujours en application dans notre pays mais la réforme a pour but de changer ce système. En effet, à travers cette réforme, nous pouvons voir qu'en Belgique l'inclusion sociale devient une priorité, pour espérer obtenir des résultats concluants semblables aux pays anglo-saxons ou l'Italie. Ce changement de pratique est légitime lorsque l'on sait que l'approche par le rétablissement est scientifiquement plus efficace, y compris en matière de réinsertion professionnelle.

Voici donc la question de recherche à laquelle nous allons tenter de répondre :

Perception et place de la réinsertion professionnelle dans les soins du point de vue de soignants d'un hôpital psychiatrique bruxellois ; facteurs favorisants et limites.

Afin de répondre à cette question de recherche, des entretiens qualitatifs feront l'objet de la partie pratique.

Méthodologie

1. Objectif de départ et types d'entretiens

L'objectif du mémoire au départ était de comparer le point de vue des patients et leurs attentes en matière d'insertion sociale et professionnelle et les pratiques qui sont mises en œuvre dans un service psychiatrique de jour. Pour réaliser cela, notre intention était d'interroger des patients et des soignants. Malheureusement, ce travail a dû être réalisé pendant la période de la pandémie du coronavirus et bien qu'ayant déjà préparé le terrain et obtenu l'accord du comité d'éthique de la clinique Fond'Roy, nous n'avons pas pu aller à la rencontre des patients.

Nous avons donc décidé, avec mon promoteur, de réorienter l'étude uniquement sur base du point de vue des soignants. Les entretiens ont été réalisés avec des professionnels à l'hôpital de jour « Le Quotidien » à Fond 'Roy (Bruxelles).

2. Choix du lieu et des intervenants

2.1 Choix du lieu

Nous avons effectué les entretiens dans le service du « Quotidien » de la Clinique Fond'Roy car c'est un service ambulatoire dans lequel les patients sont présents en journée dans le but de bénéficier d'un soutien général. C'est donc un endroit propice pour travailler la question de la réinsertion professionnelle et pertinent par rapport au choix de l'étude.

2.2 Choix des intervenants

2.2.3 Recrutement des participants

Afin de pouvoir sélectionner les intervenants, nous avons eu l'occasion de participer à une réunion d'équipe qui a lieu chaque lundi et jeudi après-midi. J'y ai expliqué mon projet et certains professionnels se sont portés volontaires.

2.2.4 Profil des participants

Pour que l'étude soit représentative et que nous ayons des avis différents sur la question de la réinsertion professionnelle, nous avons sélectionné huit profils professionnels différents que contient l'hôpital de jour : le psychiatre, la directrice paramédicale, une ergothérapeute, une accompagnatrice journalière, une psychologue et une stagiaire psychologue. Aussi, pour avoir

une vue d'ensemble de l'hôpital Fond'Roy, nous avons également interrogé le directeur médical général de cet hôpital.

3. Choix des outils

3.1 Guide d'entretien

Nous avons choisi de réaliser un guide d'entretien semi-directif pour pouvoir mener la personne interrogée vers où nous voulons investiguer, tout en restant flexible et en lui laissant le loisir de nous parler de ce qu'elle désire à propos du sujet évoqué. Cela nous a permis d'avoir accès à des représentations personnelles de chaque soignant.

3.2 Élaboration du guide d'entretien

Grâce au travail d'exploration de la littérature effectué pour l'élaboration du cadre théorique, nous nous sommes rendus compte que certaines thématiques étaient importantes et ce sont celles-ci que nous avons fait apparaître dans le guide d'entretien ; le parcours professionnel, le rapport avec les patients/collègues et la réinsertion professionnelle. Pour chacun des thèmes, nous avons construit deux à trois questions. En-dessous de ces questions, nous avons ajouté des mots-clés pour pouvoir rebondir sur des questions de relance au cas où la réponse de l'interviewé n'est pas celle attendue ou pas assez détaillée. Le lecteur intéressé trouvera en annexe I le guide d'entretien détaillé. (Voir annexe n°1)

3.3 Déroulement des entretiens

Les huit entretiens se sont déroulés entre le 24/02 et le 05/05. Les quatre premiers (stagiaire psychologue, directrice paramédicale, ergothérapeute et infirmière sociale) ont eu lieu avant la période de confinement, et ont donc été effectués en face à face et les quatre derniers (psychiatre, accompagnatrice journalière, psychologue et directeur médical) ont eu lieu pendant le confinement, et ont été effectués par vidéo-conférence. Les entretiens sont individuels, anonymes et semi-directifs. Les entretiens ont duré entre 20 à 45 minutes. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits pour pouvoir effectuer l'analyse.

4. Méthode d'analyse des données

4.1 Analyse thématique

Après avoir retranscrit tous les entretiens manuellement, nous avons réalisé une analyse thématique de ceux-ci. Premièrement, nous avons repris les trois grands thèmes du guide d'entretien comme catégories d'analyse. Ensuite, nous avons lu attentivement toutes les retranscriptions et nous avons classé le contenu du corpus par sous-catégories pour pouvoir faire émerger des ensembles thématiques. A côté de cela, nous avons effectué un arbre de codage avec les catégories et sous-catégories qui ressortaient des entretiens.

A partir de l'arbre de codage et des retranscriptions, nous avons présenté les réponses des différents professionnels en les comparant et pour alimenter leurs propos, nous y avons inséré quelques verbatims.

Dans un second temps, nous avons procédé à l'analyse interprétative des résultats.

4.2 Analyse interprétative

Pour l'analyse interprétative des résultats, nous avons repris les principes clés relatifs à la réinsertion professionnelle expliqués dans la partie théorique du mémoire et nous avons analysé la manière dont les répondants ont abordé ces sujets-là ainsi que leurs différentes pensées à ces propos.

5. Service interrogé

5.1 Présentation

Le Quotidien se présente comme un service ayant pour but d'offrir une prise en charge pluridisciplinaire ambulatoire pour les personnes âgées de plus de 21 ans qui souffrent de troubles psychiatriques. Dans le centre, il y a 70 inscrits mais comme tous les patients ne viennent pas tous les jours, il y a généralement entre 30 et 40 patients dans le centre chaque jour. (CB, communication personnelle. Février 2020).

La thérapie utilisée est principalement psychothérapeutique et est réalisée avec l'entourage du patient et en collaboration avec le réseau psycho-médico-social ambulatoire. L'équipe est pluridisciplinaire et est composée d'un psychiatre, de quatre psychologues, de quatre infirmières, de quatre ergothérapeutes et de trois éducateurs. Aussi, chaque patient bénéficie

d'un référent parmi les 16 professionnels présents dans le centre, ce qui permettra au patient d'avoir un contact plus proche et intime avec un professionnel.

Le suivi de ces patients se réalise de trois manières différentes ; individuel, systémique et de groupe. (*Brochure d'accueil « Le Quotidien » Hôpital de jour pour adultes EPSYLON-Réseau de soins psychiatriques Bruxelles, communication personnelle, s. d.*)

Pour ce qui concerne la durée de séjour, en fonction de chaque situation et de chaque patient, elle peut aller jusqu'à deux ans maximum et le patient peut venir entre une à cinq journées par semaine.

Le but de ce service de jour est de permettre au patient de préserver une insertion sociale tout en maintenant son milieu de vie. (*Fond'Roy - Le Quotidien, s. d.*)

Analyse thématique

Comme déjà précisé, ce que nous cherchons à découvrir à travers ce mémoire est la place que possède la réinsertion professionnelle dans un hôpital psychiatrique de jour et ce qui est mis à disposition afin d'aider les patients dans leur retour à l'emploi.

Sur base des propos des huit professionnels interrogés, nous allons commencer par décrire la vision de ces différents intervenants quant à la place que prend l'aspect socio-professionnel et thérapeutique dans le centre de soins du Quotidien. Un fois leur avis cité et l'importance du social dans l'hôpital de jour relevé, nous parlerons des rapports que les soignants entretiennent avec les patients. Cela permettra de comprendre le contexte dans lequel les professionnels entrent en contact avec les patients, comment ceux-ci abordent le sujet de leur vie privée ainsi que de leur vie professionnelle.

Nous viendrons ainsi à parler du sujet de la réinsertion professionnelle en tant que telle, en abordant les différents professionnels qui s'occupent de cet aspect, leurs rôles ainsi que leur collaboration. Après avoir compris les fonctions des différents professionnels du « Quotidien » dans l'aide à la réinsertion, nous nous intéresserons aux outils et supports qu'ils utilisent pour une aide au retour à l'emploi. Ensuite, nous nous pencherons sur les types d'emplois que vise l'hôpital de jour, et nous terminerons sur un point « post démarche », en relevant les difficultés et les bénéfices qu'apporte une réinsertion professionnelle aux patients psychiatriques.

1. Institution du Quotidien et sa vision sociale

1.1 Institution du Quotidien : journée type

Tous les intervenants à l'exception du psychiatre ont expliqué le déroulement d'une journée type de la même manière. Ils arrivent à 8h30 et déjeunent avec les patients jusqu'à 9h30. A 9h30, c'est le moment de l'accueil lors duquel les patients parlent d'eux-mêmes, expliquent comment s'est passé leur soirée et comment ils se sentent. De 10h à 10h30, les professionnels présents à l'accueil se rassemblent et réalisent un rapide feed-back à propos de ce que leur ont dit les patients. Nous ne connaissons dès lors pas les répercussions de ce feed-back par rapport à la prise en charge de ceux-ci. De 10h30 à 12h se déroule la première activité de la journée. De 12h à 14h s'effectuent régulièrement des réunions d'équipe lors desquelles tous les professionnels discutent ensemble des situations des patients. Pour finir, de 14h30 à 16h, la journée se termine sur la deuxième activité.

Une intervenante a abordé spontanément le fait que la journée des patients est remplie d'activités, mais que le but de celles-ci n'est pas d'occuper les patients et de combler leurs journées, mais c'est de retrouver du plaisir à fonctionner et de (re)trouver des activités qui leur correspondent. Un autre objectif de ces activités est d'aller à la rencontre de l'autre et d'apprendre à fonctionner ensemble pour ainsi se rouvrir au monde et à la communauté.

Le psychiatre, lui, affirme que chaque journée est différente et qu'il n'y a pas de journée type spécifique. Sa journée est rythmée par des entretiens de candidatures de nouveaux patients, il participe aux différentes réunions d'équipe et il réfléchit à l'organisation de l'institution, c'est-à-dire qu'il coordonne l'équipe de l'hôpital de jour, supervise les prises en charge et l'organisation des soins. Il effectue également des rencontres de patients lors desquelles il fait le point par rapport aux objectifs des usagers. Cependant, nous n'en savons pas plus sur la manière des objectifs à évaluer.

1.2 Aspect thérapeutique et socio-professionnel au « Quotidien »

Afin de pouvoir classer les professionnels en fonction de leur degré d'implication thérapeutique ou socio-professionnelle, nous avons choisi les termes « position active » et « position préoccupée ». L'explication de ces termes est illustrée ci-dessous.

1.2.1 *Thérapeutique*

La totalité des professionnels ont un niveau d'implication élevé dans les actes thérapeutiques, ils prennent une position active. Cependant, ceux-ci ne sont pas toujours de la même nature.

L'ergothérapeute, les psychologues et l'accompagnatrice journalière prennent une position thérapeutique active dans les actes thérapeutiques car elles réalisent des activités, des thérapies de groupes et des prises en charge individuelles avec les patients.

L'infirmière sociale, elle, exerce son côté thérapeutique lorsqu'elle effectue des soins infirmiers comme des prises de sang, des intramusculaires ou autre.

Pour finir, le psychiatre et la directrice paramédicale sont responsables des prises en charge thérapeutiques des patients, réalisent les entretiens de candidatures, organisent des rendez-vous lorsqu'un problème médical aigu survient ou disent « faire le point » sur leur séjour à des moments spécifiques. Nous n'en savons pas plus sur la manière dont cela se passe.

1.2.2 Socio-professionnel

1.2.2.1 Position active

Les psychologues ainsi que l'infirmière sociale ont une position active en ce qui concerne les actes socio-professionnels. En effet, les psychologues se disent responsables dans la réinsertion professionnelle en abordant la dimension psychologique et en s'occupant des angoisses et questions relatives à l'emploi des patients ainsi que de leurs liens sociaux. « *Cette question du lien social, elle est tout le temps partout dans notre travail et nous les psy, peut-être qu'on est plus attentifs à apprendre au patient à décortiquer tout ce qui se passe pour qu'il puisse se réapproprier un peu plus les enjeux de ce qui pourrait se passer avec l'autre* » (Interviewé n°5). Les psychologues s'occupent des questions d'ordre affectif et émotionnel dans le sujet de la réinsertion socio-professionnelle, et aident le patient à trouver sa voie. Cependant, la psychologue du centre affirme que son rôle premier est thérapeutique et soignant et que la question du social arrive en second lieu. « *Définir la qualité de mes relations avec les patients, je dirais qu'elle est d'abord thérapeutique et soignante* » (Interviewé n°5) mais affirme également que l'aspect des enjeux psychologiques dans la question de la réinsertion professionnelle fait entièrement partie de son quotidien.

L'infirmière sociale, quant à elle, est le professionnel de référence en ce qui concerne les questions d'ordre socio-professionnel. Elle s'occupe des actes pratiques et administratifs. Par exemple, elle aide les patients à réaliser leurs CV, lettres de motivations,... fait le lien entre les patients et les différentes aides externes comme les job coach, les centres d'orientation, le PHARE (service Bruxellois qui apporte des informations, conseils, explications et intervention financière aux personnes handicapées) et les CPAS.

1.2.2.2 Position préoccupée

L'ergothérapeute, l'accompagnatrice journalière, la directrice paramédicale ainsi que le psychiatre prennent une position dite « préoccupée » en ce qui concerne les actes sociaux-professionnels. En effet, ces quatre professionnels ne réalisent pas eux-mêmes les actes qui mènent à une réinsertion socio-professionnelle mais cherchent à s'informer de l'évolution des projets des patients. Aussi lorsque, via les entretiens ou discussions qu'ils ont avec les patients, les sujets d'ordre socio-professionnel sont abordés, ils écoutent attentivement les patients et transmettent les informations à l'infirmière sociale ou lors des réunions d'équipe.

1.2.3 Synthèse

Dans le centre du « Quotidien », tous les professionnels ont un rôle thérapeutique pour les patients. En plus de ce rôle, les psychologues et l'infirmière sociale jouent un rôle actif dans l'aide à la réinsertion socio-professionnelle. Par contre, l'ergothérapeute, l'accompagnatrice journalière, le psychiatre et la directrice paramédicale sont moins actifs dans la quête de la réinsertion socio-professionnelle mais restent tout de même concernés et attentifs envers ces questions-là.

2. Liens avec les patients

2.1 Distances thérapeutiques

Tous les répondants ont affirmé qu'ils entretiennent une relation et un lien différent avec chaque patient.

2.1.1 Distances professionnelles

Les deux responsables généraux du centre disent avoir une relation avec les patients de type « recadrante », cependant, ils ont chacun une façon propre et différente de mettre du cadre. D'une part, la directrice paramédicale affirme s'occuper de faire respecter le règlement d'ordre intérieur « *Quand ils arrivent, est-ce qu'on amène son chien, est-ce qu'on repart avec un jeu sous le bras ...* » (Interviewé n°4) et d'autre part le psychiatre, lui, dit poser un cadre en jouant le rôle de chef d'orchestre de la prise en charge thérapeutique des patients du centre, sans se substituer aux psychiatres traitants qu'ont les patients à l'extérieur. En effet, selon lui, comme les patients ne resteront pas éternellement au « Quotidien », il insiste pour dire que « *leurs accroches à l'extérieur restent à l'extérieur* » (interviewé n°6)

2.1.2 Proximité

Contrairement aux deux responsables, les autres répondants affirment avoir une certaine proximité avec les patients suite au temps important qu'ils passent avec eux. « *Il faut se dire qu'on les voit tous les jours, qu'on partage quand même leur quotidien, huit heures par jour avec eux, c'est pas rien. On les connaît bien, et donc, il y a un lien qui s'installe* » (Interviewé n°1). Ces intervenants disent également avoir un contact plus proche et plus personnel avec les patients dont ils sont référents mais ne sont pas très explicites sur la façon dont cela se passe.

2.2 Sentiments

La totalité des répondants qui ont abordé le sentiment qu'ils ressentent face à leurs relations avec les patients affirment que les situations de vie des patients leur renvoient parfois des choses douloureuses. En effet, ils sont sans arrêt dans le partage et dans la collaboration, vivent beaucoup de choses fortes avec les patients. Une intervenante a dit ceci : « *C'est du temps où on éprouve réciproquement qu'on est juste des humains ensemble et qu'il n'y a pas de hiérarchie... Qu'on est des humains comme eux, quoi.* » (interviewé n°4) Le fait que les professionnels montrent leurs « faiblesses », cela aide les patients à savoir que tout le monde rencontre des problèmes et des difficultés à un moment de la vie, et les pousse à parler de leur propre vie privée. Ceci étant, excepté l'écoute de ces paroles, les intervenants concernés ne disent rien quant à la manière dont ils vont s'en saisir pour travailler sur les questions de la réinsertion socio-professionnelle.

2.3 Discussion de leur vie privée

Nous pouvons percevoir que selon les professionnels, le lieu et la manière qu'ont les patients pour parler de leur vie privée est différente.

2.3.1 *Moments formels et informels*

Pour les psychologues, les patients leur parlent de leur vie privée principalement lors des entretiens individuels, de famille et de couple, ou lors de groupes de paroles. Tous ces moments sont des moments formels.

Pour les autres professions à vocation plus sociale, les patients vont leur parler de leur vie privée durant les moments informels. Que ce soit au petit déjeuner, au goûter du vendredi ou entre deux activités. Les répondants affirment que les patients ne leur parlent pas spontanément des sujets personnels, et utilisent une technique similaire. Ils s'utilisent eux-mêmes pour questionner cet aspect et en apprendre d'avantage sur le patient. Par exemple, il dira « Tiens, ce weekend j'ai été au musée de l'Afrique. Est-ce que quelqu'un à fait quelque chose de similaire ? ».

Tant lors des moments formels qu'informels, lorsque les professionnels entendent et reçoivent des informations qui relatent les envies et désirs socio-professionnels des patients, ceux-ci vont

en prendre compte et relever l'information pour en discuter avec leurs collègues lors des réunions d'équipe.

2.3.2 *Exception*

Pour le psychiatre du centre, il dit ne pas avoir l'occasion de parler avec les patients de leur vie privée. Pour lui, les patients n'entrent pas dans les détails de leur vie sociale étant donné qu'il les rencontre seulement de manière très ponctuelle. Afin de connaître les détails et les subtilités de la vie des patients, il demande les informations à ses collègues via les réunions d'équipe.

2.4 Discussion de leur vie professionnelle

Pour l'ensemble des répondants, les patients parlent très régulièrement de leur parcours professionnel et de leurs désirs d'emploi. Que ce soit ceux qui ont peur de reprendre, ceux qui ne veulent pas reprendre, ceux qui ont peur de devoir reprendre, ceux qui n'ont jamais travaillé et qui aimeraient se lancer. Ils relèvent également le fait que les patients ont besoin d'aide pour trouver leur voie et se (ré)orienter au niveau professionnel.

Deux d'entre eux ajoutent que les patients parlent de leur travail avec parfois de l'espoir et de l'émotion, mais régulièrement avec de la douleur. En effet, le travail est souvent un lieu qui a fait souffrance, qui a amené des burnouts, des dépressions, des consommations. Certaines personnes se raccrochent en disant « *Moi j'ai envie de travailler, c'est vers ça que j'ai envie d'aller, j'ai envie d'avoir une vie normale* » (interviewé n°1) et d'autres vont dire « *Est-ce que je vais réussir, est-ce que je suis à la hauteur, est-ce que je ne vais pas rechuter ?* » (interviewé n°3). Les professionnels accueillent l'information et vont soit renvoyer les patients vers l'infirmière sociale, soit transmettre les demandes à l'infirmière sociale ou à l'équipe lors des réunions, soit vont s'occuper eux même de répondre à leurs demandes dans la limite de leurs capacités professionnelles. Par exemple, un psychologue abordera les questions de la sphère psychologique comme le problème de l'angoisse ou de l'anxiété. Cependant, il n'y a pas d'organisation de processus pour savoir vers qui se tourner. Chaque professionnel réagit comme bon lui semble.

2.4.1 *Désirs d'emploi*

Pour ce qui est de leur désir d'emploi, deux catégories ressortent de ce qu'avancent les professionnels de santé. Des désirs d'emploi pas toujours réalistes ou au contraire, assez réalistes avec leur situation de vie. Les avis sont très mitigés.

2.4.1.1 Réaliste

Trois intervenants, qui ont globalement moins d'années d'expérience, affirment que les désirs d'emploi des patients sont réalistes par rapport aux problèmes qu'ils rencontrent. En effet, les patients relatent aux professionnels que comme ils sont déjà fragiles psychiquement, ils n'ont pas envie de prendre trop de risques au niveau professionnel. Ils sont aussi parfois pessimistes quant à leurs envies.

2.4.1.2 Non réalistes

Deux intervenants qui possèdent une grande connaissance de la question, au contraire, affirment que les désirs d'emploi des patients ne sont pas toujours réalistes avec leur situation de vie. Ils affirment que les patients ont parfois des sentiments de toute puissance. Par réaliste, les professionnels entendent le fait que les patients ont ou pas les outils pour faire ce dont ils ont envie. Ils sont également attentifs à leurs fragilités liées à la maladie et aux symptômes.

2.4.1.3 Évitement

Trois intervenants n'ont pas répondu à la question car pour eux, ce n'est pas dans leur droit de juger si une envie professionnelle va aboutir ou non.

2.4.1.4 Accord commun

Malgré parfois un certain doute quant à l'aboutissement du projet, ils affirment tous être à l'écoute pour soutenir les patients. Cependant, selon eux, certains professionnels s'occupent plus que d'autres de la question de l'emploi.

3. La réinsertion à l'emploi

3.1 Le support professionnel et la collaboration

3.1.1 *Les professionnels*

Tous les intervenants à l'exception des deux psychiatres affirment que les professionnels qui s'occupent de la question de la réinsertion à l'emploi sont l'infirmière sociale/communautaire, les psychologues ainsi que les référents des patients via des animations d'ateliers, des entretiens individuels ou de famille. Ils avancent également le fait que l'infirmière sociale s'occupe

principalement des côtés plus « pratiques » et administratifs comme aider la personne pour son Curriculum Vitae, remplir les différents papiers, les mettre en contact avec la job coach... Et pour ce qui est des psychologues et des référents, ils s'occupent d'aborder les questions d'ordre affectif, émotionnel ou d'aider le patient à trouver sa voie...

Les psychiatres, eux, affirment que tous les professionnels sans exception s'occupent de la question de la réinsertion à l'emploi. Pour eux, cette thématique-là est un point extrêmement important dans le processus de rétablissement des patients et chaque professionnel se doit de prendre cet aspect en charge. Les autres intervenants n'ont pas abordé l'importance qu'a la réinsertion professionnelle dans le processus de rétablissement à leurs yeux, à l'exception de l'ergothérapeute qui reste frileuse sur ce sujet-là. Son avis est expliqué dans le point 4.3.

3.1.2 La collaboration

L'ensemble des interviewés expliquent qu'il existe plusieurs moments lors desquels ils vont pouvoir échanger leurs questionnements par rapport à cette thématique. Il y a deux réunions d'équipe par semaine, le lundi et le jeudi. Ils vont régulièrement parler de tel ou tel patient en expliquant sa situation, en échangeant le point de vue de chaque soignant, en demandant des conseils sur la manière de faire et sur les outils et supports propices au soutien à l'emploi.

3.2 Outils de soutien à l'emploi

Nous avons demandé aux huit intervenants quelles sont les différentes démarches présentes dans l'hôpital de jour qui aident à la réinsertion professionnelle. Ceux-ci nous ont renseigné sur des pratiques qu'ils réalisent en interne, et sur des aides externes auxquelles ils font appel.

3.2.1 En interne

Cinq répondants sur huit ont parlé de la même pratique que le centre effectue en interne pour aider à la réinsertion professionnelle. Il s'agit de l'activité de groupe « démarche sociale » lors de laquelle chaque personne peut venir avec des demandes et questions concernant un projet qui l'occupe. Par exemple « *Est-ce que je vais perdre mon statut si je reprends le travail ?* ». A partir d'une question posée, tant l'animatrice de l'activité que les autres patients présents peuvent répondre à la question.

Quatre professionnels ont parlé d'un autre outil également présent au « Quotidien » qui est le « Berufsbilder-Test (bb test) ». C'est un outil projectif qui permet d'ouvrir la discussion sur les envies professionnelles des patients.

3.2.2 *En externe*

Selon une intervenante, l'hôpital de jour n'a pas envie d'être un lieu qui remplit toutes les fonctions. L'idée qu'ils ont est donc de s'ouvrir un maximum vers l'extérieur et en particulier pour la question de la réinsertion professionnelle.

Concernant les aides externes auxquelles ils font appel, la plupart des intervenants ont abordé le job coach. C'est un service qui réalise une prise en charge d'insertion professionnelle et de réhabilitation. L'infirmière sociale va parler de cette possibilité d'aide au patient et c'est le patient lui-même qui va devoir se déplacer jusqu'au job coach.

Certains répondants parlent d'un autre support externe auquel le centre fait appel, qui est la démarche qu'ils réalisent vers le CIO (Centre d'Information et d'Orientation) présent à l'UCL. En effet, outre une aide d'orientation professionnelle, cet outil va permettre de décortiquer toute une série de questions comme : pourquoi ont-ils choisi tel métier, pourquoi cela n'a pas fonctionné, qu'est ce qui dépend d'eux, qu'est-ce qui dépend de l'employeur ?...

Deux autres outils ont été cités par une minorité de professionnels : la réalisation d'un statut PHARE pour une réinsertion en Entreprise de Travail Adapté ainsi qu'un accompagnement vers les services sociaux comme le CPAS.

3.3 L'accès aux outils de soutien à l'emploi

3.3.1 *Accord commun*

Selon la totalité des répondants, tous les patients ont droit aux démarches offertes par le centre car ils ont une philosophie et une visée thérapeutique qui est de toujours partir de la demande du patient et de soutenir tous les projets que les patients entreprennent. Ils ont un rôle d'accompagnement. *« Un truc important avec les patients, c'est que symboliquement il ne faut jamais être un pas devant eux. Donc tu dois être derrière eux ou à côté. Moi j'ai pris plein de fois des leçons comme ça, où quand on veut pour eux, on est très souvent à côté de la plaque »...* *« Dire à un patient qu'une reprise de travail ne serait pas adaptée pour lui serait marcher devant lui ».* (Interviewé n°4)

Bien sûr, tous les intervenants affirment également que si, pour eux, c'est peut-être trop tôt, ils vont faire part de leur ressenti et questionner le patient. *« Vous savez que vous pouvez prendre votre temps », « Il vaut mieux prendre un vrai départ que partir dans le monde du travail et faire demi-tour par la suite »*,... (Interviewé n°2). Cependant, les interviewés n'ont pas

expliqué ce qu'ils entendent par « trop tôt ». Les professionnels vont faire part de leurs inquiétudes pour être sûr que le patient envisage tous les aspects de la question.

3.3.2 *Surprises*

Trois professionnels ont ajouté que parfois, l'avancée des projets de réinsertion d'un patient est très surprenant. Ils doutent de certains projets et ceux-ci aboutissent sans problème et au contraire, certains projets qui leur semblent tout à fait réalisables finissent par un échec. « *Nous par exemple on a une dame qui est infirmière et qui a absolument envie de reprendre son métier d'infirmière, cette dame nous semble très perdue mais disons qu'on ne peut pas avoir une attitude de vérité ou de certitude.* (Interviewé n°2)

Il y a toujours une part de surprise.

3.3.3 *Espoir*

Deux répondants ont également expliqué que pour certains patients, le fait de parler du travail sans spécifiquement concrétiser va les aider car cela leur permettra de rester en mouvement. Donc parfois, le professionnel sait au fond de lui que le projet ne se finalisera pas mais ce n'est pas grave. « *C'est un projet qui va rester projet et non arriver à une finalité* » (interviewé n°7)

3.4 Types de travail : emploi assisté et emploi traditionnel

Tous s'accordent à dire que dans l'hôpital de jour, ils n'orientent pas vers un type de travail ou l'autre. Il y a certains patients qu'ils accompagnent vers le PHARE et qui vont réaliser un travail dans une ETA, d'autres qui choisissent un emploi « normal », d'autres encore qui vont reprendre leur ancien travail. C'est toujours au cas par cas et selon les désirs des patients.

3.5 Difficultés et bénéfices du retour à l'emploi

Nous avons terminé les entretiens par une questions concernant les difficultés et les opportunités que rencontrent les patients dans leurs (ré)insertion professionnelle.

3.5.1 *Difficultés*

Plusieurs difficultés reviennent souvent dans ce qu'ont relaté les professionnels. Premièrement, la plupart d'entre eux ont parlé des aspects néfastes du monde du travail dans lequel nous

sommes actuellement. Le stress important, la productivité, la performance, le rythme trop soutenu, l'efficacité que demande le monde du travail n'est pas adaptée aux patients souffrant d'une fragilité mentale.

Deuxièmement, la moitié d'entre eux ont parlé de la lourde médication que prennent généralement les patients et leurs nombreux effets secondaires. Cela entraîne de la fatigue, des troubles de mémoire, des troubles de la concentration qui ne leur permettent pas de travailler comme ils le désirent et comme les employeurs désirent. « *Ils disent souvent : « Je ne suis plus capable de travailler, je ne sais même pas tenir 1H30 en activité ».* » (interviewé n°1)

Troisièmement, la moitié d'entre eux ont également évoqué les craintes que les patients peuvent ressentir. Sont-ils à la hauteur ? Est-ce que le métier va leur convenir ? Il ont beaucoup d'angoisses et de stress quant à la reprise du travail. « *Il y en a qui amènent : Je sens que je ne saurai jamais reprendre le boulot, ou en tout cas ce boulot-là, ça me semble une montagne rien qu'à y penser je me mets dans tous mes états* ». (Interviewé n°6) En effet, beaucoup d'entre eux ont subi une expérience très négative dans leur dernier emploi.

Quatrièmement, une minorité de répondants ont abordé le sujet du trou dans le CV. Que doivent-ils dire à l'employeur ? Doivent-ils parler de leur séjour en psychiatrie ? Doivent-ils mentir ?

Cinquièmement, le sujet de la stigmatisation a été abordé par peu d'intervenants. Le regard de l'autre porté sur le patient est parfois très dénigrant et dérangeant. Ils ne se sentent pas compris. « *Un patient m'a dit : Ceux qui travaillent ont l'impression qu'on a de la chance qu'on nous paye une invalidité et nous on n'arrive plus à retourner au travail et on pense que ceux qui ont du travail ont de la chance. Il y a comme un mur entre les deux, et plus je reste sans travailler, plus le mur devient haut et j'arrive plus à passer de l'autre côté.* » (interviewé n°4)

Les patients ont parfois le visage marqué par la psychiatrie et c'est peu accepté par le monde du travail, et met ainsi le patient dans un climat d'insécurité.

Pour finir, seule une personne a parlé de l'aspect financier. Les patients au chômage et dépendant de la mutuelle bénéficient chaque mois d'un revenu, ce qui leur offre une sécurité. Ils savent que s'ils se remettent au travail, il y a toujours un risque de rechute et si c'est le cas, il n'y aura plus de rentrées financières.

3.5.2 Bénéfices

Tous les répondants ont abordé la question de l'estime de soi et le fait d'avoir une place dans la société, être ancré dans le tissu social. En effet, « *Qu'est-ce que vous faites dans la vie* » est

une des premières questions que l'on demande et qui détermine l'identité d'une personne. « *Moi je suivais un patient qui était à la Troupe du Possible, qui est une troupe de théâtre avec tout des patients qui ont des problèmes psychiques et quand il prenait le taxi et qu'on lui demandait ce qu'il faisait dans la vie il répondait « Je suis comédien », ce qui est vrai. Et il disait « pour moi c'est important que ma famille vienne pour autre chose qu'un entretien de famille, ils viennent me voir au théâtre » » ». (Interviewé n°4)*

De plus, les patients se sentent coupable d'être à l'arrêt, ils se considèrent comme étant un poids pour la société. Cela les pousse également à reprendre le travail.

Aussi, la plupart des professionnels ont parlé de la question financière. Effectivement, le revenu qu'ils obtiennent de la mutuelle est généralement plus restreint que s'ils travaillaient.

Pour finir, une petite moitié a abordé le côté « amusement » et « lien social ». Les patients ont la motivation de reprendre le travail afin de retrouver un environnement social, d'être en contact avec des collègues, de s'épanouir dans un travail qui leur plait et dans lequel ils trouvent un sens.

4. Catégories émergentes

4.1 Autres types de travail

Certains intervenants ont parlé du bénévolat comme type de travail. En effet, certains patients font du bénévolat avant de reprendre le travail pour leur permettre de se remettre dans le bain d'une activité professionnelle, sans autant de contraintes et restrictions qu'un emploi. « *Souvent aussi les patients alors font un bénévolat quelque part pour voir s'ils arrivent à se reconcentrer, à reprendre un rythme et après, ils se relancent dans le travail* » (interviewé n°5)

Pour une intervenante, le fait de faire du bénévolat leur permet de se sentir actif et d'être inscrit dans le tissu social, d'avoir une place dans la société.

Aussi, une intervenante a amené la pair-aidance comme autre type de travail. Elle trouve intéressant le fait de mettre à profit le temps passé en psychiatrie. Elle dit que ce métier trotte déjà dans la tête de certains patients et qu'ils essayent de soutenir cela au maximum.

Cependant, elle affirme que c'est assez compliqué étant donné que ce métier est tout récent. Aussi, être pair-aidant nécessite de pouvoir être suffisamment avancé par rapport à sa maladie et ce n'est pas donné à tout le monde. « *Ce n'est pas anodin d'être en contact avec d'autres*

personnes qui ont le même type de difficultés que la personne a pu rencontrer ». (Interviewé n°6)

4.2 Défauts du soutien à l'emploi

Selon le directeur médical général, actuellement nous nous occupons trop peu de la question de la réinsertion professionnelle et sociale. Ce pilier est trop peu pris en charge dans la manière de voir les soins psychiatriques, ce qui explique la raison pour laquelle beaucoup de patients restent à l'hôpital car ils ne sont plus capables de travailler et/ou n'ont plus de logement, perdent ainsi leurs habilités et capacités.

De plus, il ajoute que toutes ces démarches réalisées dans l'hôpital de jour devraient également être proposées aux patients bien avant, durant leur hospitalisation aigüe ou à long terme.

Aussi, il est bien conscient que beaucoup de démarches d'aide à la réinsertion socio-professionnelle se réalisent dans le centre de jour, mais aimerait renforcer celles-ci, en ayant une approche beaucoup plus intégrée dans les soins. Par exemple, au lieu d'envoyer le patient vers un job coach, il faudrait engager un job coach dans le centre.

Son idée part du principe que c'est le soin qui doit s'adapter au patient et non le patient qui doit s'adapter au soin qu'on lui offre. A partir de la volonté du patient, on va l'accompagner et l'aider à concrétiser ses projets.

4.3 Avis sur la question de la prise en charge de la réinsertion professionnelle

Une intervenante a terminé l'entretien en exprimant son avis sur la question de la réinsertion à l'emploi : « *Moi, je dirais par rapport à la question du travail, nous on est toujours très frileux parce que nous, notre objectif, c'est que le patient se sente mieux, et souvent le travail est source d'angoisse et de stress et donc du coup, on a envie de soutenir le fait qu'il travaille et qu'il retrouve une place dans la société et à la fois on se rend compte que c'est compliqué parce que ça le fragilise des fois.* » (Interviewé n°1)

Analyse interprétative

1. Rapport entre l'aspect socio-professionnel et les soins

Au Quotidien, tous les intervenants s'occupent de l'aspect thérapeutique mais ne s'occupent pas tous de l'aspect socio-professionnel de manière active. En effet, bien qu'il y ait un effort de décloisonnement dans le but d'effectuer une prise en charge globale et interdisciplinaire, certains professionnels comme le psychiatre ou l'ergothérapeute ne s'occupent pas activement de l'aspect socio-professionnel et se contentent de renvoyer le patient vers un acteur considéré comme plus actif dans cette prise en charge. Il réside donc un clivage entre l'aspect socio-professionnel et thérapeutique. Toutefois, lorsque l'on se concentre plus précisément sur l'aspect de la réinsertion professionnelle, la limite entre la fonction thérapeutique et la fonction sociale chez certains acteurs n'est pas toujours bien délimitée, ce qui favorise une prise en charge globale.

2. Quels professionnels s'occupent de l'insertion socio-professionnelle ?

Comme déjà dit auparavant, selon la majorité des intervenants, les professionnels qui s'occupent de manière active de l'insertion socio-professionnelle sont l'infirmière sociale pour ce qui est actes pratiques et administratifs ainsi que les psychologues pour ce qui est de l'affectif. Cependant, la limite entre le rôle thérapeutique des psychologues et leur rôle d'aide à la réinsertion socio-professionnelle n'est pas bien observable. En effet, la totalité des intervenants nous explique que les psychologues ont un rôle à part entière dans la réinsertion socio-professionnelle en effectuant un soutien moral et une aide de réorientation professionnelle, et effectuent également des thérapies individuelles et de groupe classiques. Cela rejoint le fait que le centre essaye de combiner l'aspect thérapeutique et social, et que traiter l'aspect clinique c'est en même temps traiter l'aspect social et professionnel. Par contre, bien qu'on ait du mal à faire une distinction entre l'aspect social et thérapeutique du métier du psychologue, la principale concernée, la psychologue du centre, dit qu'elle a avant tout un lien thérapeutique et soignant avec les patients et que la question du social, qui est très fort présente également, vient en second lieu. Nous pouvons donc analyser que selon les professionnels autres que la psychologue et selon ce que le contexte nous renvoie, le rôle social de la psychologue est englobé dans son rôle thérapeutique mais que pour la psychologue elle-même, une différence entre les deux prises en charge existe. Nous verrons plus loin que ce que les

professionnels entendent par « social » ne se rattache pas forcément au « social » de la pratique du rétablissement.

De plus, il n'y a pas de ligne conductrice dans la démarche à suivre lorsqu'un patient aborde le sujet de la réinsertion professionnelle. En effet, chaque professionnel gère la question comme il l'entend, il va parfois s'en occuper lui-même ou va parfois renvoyer le patient vers l'infirmière sociale.

Aussi, nous émettons l'hypothèse que chaque interviewé prend la prise en charge socio-professionnelle différemment selon son propre point de vue de la question, ce qui pourrait engendrer des différences de prises en charge socio-professionnelles chez les patients. Par exemple, une intervenante a expliqué que par rapport à la question du travail, elle reste « frileuse ». Effectivement, son objectif premier est le bien-être du patient et comme la répondante trouve que le travail est source de stress, d'angoisse et fragilise parfois la personne, la prise en charge de réinsertion professionnelle pourrait être mise à mal. A l'inverse, les psychiatres affirment que la prise en charge de la réinsertion professionnelle est indispensable dans le centre, et qu'elle est même trop peu présente. Nous pouvons donc observer que tous les acteurs du centre n'ont pas la même vision sur le sujet de la réinsertion professionnelle. Cependant, bien que le psychiatre responsable du « Quotidien » affirme indispensable la prise en charge de la réinsertion à l'emploi et que, pour lui, tous les acteurs du centre s'occupent de cette question-là, il affirme également ne pas avoir l'occasion de parler avec les patients de leurs contextes socio-professionnels de manière détaillée. En effet, il apprend les détails de la vie socio-professionnelle des patients via ses collègues lors des réunions d'équipe. Nous pouvons y voir là une certaine contradiction. L'hypothèse que nous pouvons relier à cette contradiction est qu'il est possible qu'il y ait, du point de vue du psychiatre, un décalage entre une vision plus théorique et conceptuelle du rétablissement et la manière dont cela fonctionne dans la pratique. Dans ce sens, il se peut également que le professionnel se trouve encore dans une vision plus classique, où les prises en charge cliniques et sociales sont séparées, mais qu'il tend vers une approche plus axée vers le rétablissement.

3. Le rétablissement

Le rétablissement est une approche par laquelle le patient apprend à vivre avec sa maladie, malgré parfois la persistance de symptômes. C'est un cheminement que le patient va effectuer à sa manière, en découvrant de nouvelles possibilités tout en tenant compte des potentielles limites dues à la maladie, ce qui va permettre d'améliorer l'autonomie du patient et de lui redonner goût à la vie. La définition du rétablissement établie par William Anthony est celle-ci : « *Un processus profondément personnel et unique de changement des attitudes, des valeurs et des sentiments d'une personne, des objectifs, des compétences et/ou des rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et de contribution, même avec les limitations causées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans sa vie à mesure que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale* » (William Anthony, 2020)

L'objectif principal du « Quotidien » est de préserver une insertion sociale et de permettre aux patients une remobilisation de leur potentiel dans le respect du rythme d'évolution de chacun. Le centre de jour du « Quotidien » offre la possibilité aux patients de se reconstruire et d'élaborer des buts et projets personnels à travers diverses activités et soutiens. Le but des activités évoqué par une intervenante c'est de retrouver du plaisir à fonctionner, de retrouver des activités qui leur correspondent et permettent ainsi au patient de se rouvrir au monde et à la communauté. Cela aiderait les patients dans leur cheminement de rétablissement. Cependant, comme énoncé plus haut, ce que les professionnels entendent par « social » ne se rattache pas forcément au « social » entendu par le concept de rétablissement. En effet, on pourrait supposer que les professionnels le voient comme une logique fonctionnelle voire une série de contraintes et de normes à respecter pour vivre dans la société et en société : être en ordre de mutuelle, savoir bien se comporter avec les autres patients, avoir un loisir, devoir trouver un logement... Or, la vision sociale du rétablissement affirme que si le patient désire quelque chose, on va l'aider à réaliser ses envies et projets, peu importe que cela soit réaliste ou pas. Au Quotidien, l'ensemble des professionnels affirment faire part de leur ressenti au patient et le questionnent lorsqu'un projet social ou professionnel leur semble douteux ou peu réaliste. Emettre un avis et questionner le patient en évoquant la possibilité d'échec du projet est contraire au principe du rétablissement. Comme le faisait remarquer une intervenante : « *Un truc important avec les patients, c'est que symboliquement il ne faut jamais être un pas devant eux. Donc tu dois être derrière eux ou à côté. Moi j'ai pris plein de fois des leçons comme ça, où quand on veut pour*

eux, on est très souvent à côté de la plaque... Dire à un patient qu'une reprise de travail ne serait pas adaptée pour lui serait marcher devant lui .

Pour le soignant, ne serait-ce pas « marcher devant eux » que de faire part aux patients de ses réticences personnelles à l'égard du projet? En effet, les patients choisissent leurs préférences et leurs désirs en fonction de leurs propres valeurs, ressources et intérêts. Un autre argument qui se rattache à cette supposition est le côté un peu protecteur des soignants à l'égard des patients. Outre le fait de leur faire part de leurs craintes personnelles, les propos qu'ils tiennent sur le côté stressant et négatif du travail, l'attention qu'ils ont pour que les patients ne retournent pas sans repères dans le milieu du travail ou encore en proposant aux patients des idées susceptibles de leur convenir, illustre une certaine logique de protection et de non-confrontation à la réalité : ces idées viennent à l'encontre du rétablissement selon lequel le patient doit réaliser tout ce qu'il désire et apprendre de ses erreurs lorsqu'un de ses projets n'aboutit pas.

Une autre caractéristique de l'approche par le rétablissement réside dans le fait que les services offerts aux patients doivent être adaptés à chaque personne, adaptés à leurs besoins, à leurs préférences et leur histoire. La logique du rétablissement suppose qu'on parte de la demande du patient et qu'on s'adapte à lui or, dans le cas du « Quotidien », c'est le patient qui doit s'adapter à l'institution. En effet, nous pouvons le constater lorsqu'un interviewé affirme qu'une procédure d'admission est présente dans l'hôpital de jour, et que donc tout patient ne rentre pas toujours dans les conditions d'acceptation. Aussi, dans le rétablissement, le patient est maître de son propre cheminement et de son parcours, mais peut parfois nécessiter de l'aide auprès de professionnels de la santé. Beaucoup de patients ont comme objectif une réinsertion professionnelle dans leur processus de rétablissement. Dans ce cas, le but des professionnels est de comprendre les ressources de chaque patient et de les soutenir, en respectant tous les choix des patients, ce que le « Quotidien » réalise très bien. Cependant, la logique du rétablissement va encore plus loin. Le patient doit être soutenu, mais doit réaliser lui-même s'il est apte ou pas à se confronter de cette façon au milieu du travail. Comme dit auparavant, tous les professionnels n'ont pas la même vision de la réinsertion professionnelle et prennent peut-être parfois un rôle trop paternaliste afin de préserver le patient de certains obstacles que celui-ci pourrait rencontrer. Et en un certain sens, ils pourraient avoir alors une motivation différente à l'égard de chaque patient, en fonction des croyances et réserves émises à l'égard du projet du patient.

4. L'Individual Placement and Support

Comme expliqué dans le cadre théorique, l'Individual Placement and Support est une méthode de remise à l'emploi dont le principe est de fournir un accès rapide sans formation au préalable au marché du travail compétitif. Aussi, avec cette méthode, un accompagnement et un suivi continu est effectué par les professionnels pendant le temps que le travailleur en ressent le besoin, et cette méthode ne sélectionne pas uniquement les travailleurs prêts à travailler. En effet, toute personne désirant se lancer peut bénéficier des aides.

Sur ce dernier point, le centre de jour du Quotidien répond bien à ce principe car la totalité des patients peut avoir accès aux démarches effectuées par les différents professionnels présents. Ils partent toujours de la demande des patients pour leur apporter l'aide qu'ils nécessitent. Cependant, ce principe peut se nuancer car les professionnels émettent toujours leur avis s'ils estiment que la démarche se réalise trop tôt ou si elle n'est pas adaptée au patient. Bien que les patients aient toujours le dernier mot sur leur projet d'emploi, le fait que les professionnels émettent leurs craintes et doutes peut être vu comme une entrave à la pleine autonomie du patient, et pourrait compromettre leur projet. Sur ce principe, vient s'en ajouter un autre : l'attention portée aux préférences de l'utilisateur. Comme dit précédemment, la personne est libre de choisir son projet professionnel et la nature du travail qu'elle désire réaliser, ainsi que le soutien qu'elle veut obtenir. Néanmoins, comme déjà mentionné, un professionnel qui ne croit pas au projet d'emploi d'un usager car considéré comme irréalisable, n'effectuera peut-être pas le même soutien que pour un usager dont le projet semble plus abordable et réaliste.

La recherche rapide de travail est également un aspect que nous pouvons analyser dans la pratique au sein de l'hôpital de jour. En effet, au Quotidien, les patients désirants une réinsertion à l'emploi bénéficient directement d'un panel d'aides apportées par les professionnels de l'hôpital ou des aides extérieures. Par ailleurs, certains professionnels nous ont parlé du bénévolat. Le bénévolat est vu différemment selon les professionnels ; effectivement, pour certains, il est vu comme une alternative à l'emploi afin que le patient retrouve du plaisir dans une activité appréciée auparavant ainsi qu'une place dans la communauté. Pour d'autres, le bénévolat est vu comme une pré-expérience avant de reprendre un chemin purement professionnel. Il est vu comme un test réalisé avant de se réinsérer dans le marché de l'emploi, une manière de reprendre contact avec les obligations diverses que suppose le travail, afin de voir si le patient sera prêt à réintégrer une profession. Vu de la première manière, cela correspond au principe de l'Individual Placement and Support. En effet, selon la majorité des

professionnels, les patients ont les ressources pour se réaliser mais celles-ci sont enfouies sous le poids de ce qu'ils ont vécu « *Il faut voir la personne là où elle en est et l'accompagner dans ce qu'elle est* », « *dans le but d'une remobilisation de leur potentiel* »... Seul un intervenant parle d'une logique de réapprentissage qui ne suit pas la logique du rétablissement. Par contre, vu de la seconde manière, cela vient à l'encontre d'un des principes clés de cette méthode de réinsertion. Effectivement, l'IPS n'exige aucune formation préprofessionnelle pour aller rapidement au contact direct sur le terrain. Selon la façon dont est vu le bénévolat par les différents professionnels, cela correspond ou non, à l'approche de l'Individual Placement and Support.

Un autre principe de l'IPS qui diffère des principes du « Quotidien » est un soutien non limité dans le temps. Il est clair que ce principe est respecté dans la mesure des conditions temporelles du centre de jour. Cependant, la durée maximale d'un séjour au centre étant de deux ans, le travailleur n'obtiendra pas le soutien professionnel de manière illimitée. De plus, si le patient travaille et qu'il n'a donc plus l'occasion de venir tous les jours en centre mais qu'il vient deux jours par semaine, celui-ci sera considéré être dans une phase de transition et ne pourra rester plus que six mois. Ce qui limite encore la durée du soutien professionnel.

Outre la raison temporelle, les professionnels du centre affirment renvoyer le patient vers des aides extérieures telles que les jobs coach ou le CIO lorsque la situation professionnelle du patient sort des capacités des professionnels de l'hôpital. Cela ne correspond pas à la logique du modèle IPS qui nécessite une intégration de la réhabilitation professionnelle dans les centre de santé mentale, ni la logique prônée par le projet 107. En effet, ces deux logiques différentes se rejoignent sur le fait d'intégrer les services de l'aspect social dans l'aspect médical. Bien qu'il y ait un contact présent entre l'infirmière sociale et les différents services extérieurs, ceux-ci ne sont pas intégrés au « Quotidien » et les personnes ressources ne viennent jamais sur le site pour participer aux réunions d'équipes ou pour y effectuer d'autres soutiens.

Sachant que « *la participation des spécialistes de l'emploi aux réunions d'équipes fournit un vecteur de discussion des résultats cliniques et de la réhabilitation pertinentes pour le travail et d'autres besoins de réhabilitation* » (Deborah R. Becker et al., 2006), le fait de ne pas avoir de collaboration plus étroite avec les différents centres d'aide pourrait engendrer un certain handicap à la réinsertion professionnelle du patient. Il faudrait une approche beaucoup plus intégrée et c'est un élément que le directeur général de l'hôpital tenait à cœur de faire ressortir durant son entretien. Pour lui, qui a une vision globale des soins de santé mentale de par son statut de directeur médical général, la prise en charge de la réinsertion professionnelle n'est pas

optimale et trop peu prise en compte par les professionnels ayant moins une vue d'ensemble de la situation. Cependant, cet avis ne semble pas être partagé. Effectivement, une répondante a exprimé que le centre de jour ne veut pas être un lieu qui remplit toutes les fonctions, et qu'ils veulent s'ouvrir un maximum vers des structures d'aides externes.

Discussion

1. Résumé des analyses

Grâce à l'analyse que nous avons réalisée, nous pouvons affirmer que dans le principe, l'hôpital de jour du « Quotidien » tend idéalement au rétablissement.

Nous voyons que certains professionnels sont conscients que l'insertion sociale doit prendre plus de place mais lorsqu'ils expliquent leur manière de faire, certains points se rapprochent encore de l'ancienne méthode dite « classique ». Premièrement l'aspect « social », bien qu'il soit fort présent au jour le jour dans le service, n'est pas vu et utilisé de la manière entendue par la logique du rétablissement. Effectivement, l'aspect social qui transparait dans ce que disent les professionnels est vu plutôt comme une contrainte normative que comme des désirs et besoins que les patients veulent assouvir. Aussi, chez les psychiatres, nous pouvons observer une différence entre ce qu'ils disent vouloir faire et ce qui se passe réellement. Selon eux, chaque professionnel doit prendre en charge la question du social et la réinsertion professionnelle dans un but d'intégration et de rétablissement mais le psychiatre lui-même dit ne pas entrer dans les détails sociaux avec les patients. Cela prouve qu'il est au courant de ce qui se discute dans la littérature scientifique mais que cela ne se manifeste pas encore dans sa pratique. A la différence du psychiatre, selon la plupart des autres professionnels, lorsque l'on se concentre d'avantage sur l'aspect de la réinsertion professionnelle, la limite entre la fonction sociale et la fonction thérapeutique n'est pas toujours bien définie. Nous pouvons déceler là un effort de décroisement dans le but d'effectuer une prise en charge globale et interdisciplinaire. Cependant, dans ce que nous reflètent les différents entretiens ainsi que dans l'analyse effectuée, cette avancée vers une intégration en matière de réinsertion professionnelle n'a pas forcément comme but le rétablissement en tant que tel.

En effet, lorsque l'on compare les caractéristiques de la méthode d'insertion à l'emploi reliée au rétablissement, l'IPS, avec la manière de faire du « Quotidien », certains points ne correspondent pas. La principale différence réside en le fait que les professionnels de l'hôpital de jour ont une approche dans laquelle ils évaluent les capacités des patients plutôt que de permettre à ceux-ci de faire directement l'expérience de ces capacités, ce qui peut être ressenti comme une forme de paternalisme. Bien qu'ils soutiennent coûte que coûte les patients dans les projets qu'ils entreprennent, les professionnels leur font part de leurs avis et

questionnements lorsque le projet de ceux-ci semble douteux ou peu réalisable. De plus, étant donné que selon eux, le milieu du travail est stressant et peut fragiliser le patient, ils ont une tendance protectrice par rapport à la question de l'emploi. Cette manière de faire n'est pas pareille que celle de l'IPS, qui affirme que seul le patient doit se faire son expérience et lui seul doit se rendre compte si un de ses projets n'aboutira pas. Un autre point important qui diffère du principe de rétablissement est que l'hôpital de jour coopère beaucoup avec des aides à la réinsertion professionnelle externes comme des job coach ou le CIO, mais ceux-ci ne sont pas encore intégrés dans le « Quotidien ». Or l'intégration, soutenue par la réforme 107, est un des principes du rétablissement. Si certains points diffèrent avec ceux de l'IPS, d'autres au contraire vont dans son sens. Prenons comme exemple l'exclusion zéro, qui stipule que toute personne désirant travailler a droit au soutien et aux aides offertes par les professionnels de l'hôpital de jour ainsi que la recherche rapide du travail, qui permet aux patients de se réinsérer directement dans un emploi compétitif.

De par cette analyse, nous pouvons dire que l'hôpital de jour tend vers la réforme belge « Article 107 » et donc vers le principe de rétablissement, mais que s'ils désirent pratiquer davantage ce processus et cette manière de prendre soin, quelques aménagements restent encore à prévoir.

2. Limites

La réalisation de mes entretiens n'a pas été chose facile. En effet, deux grosses difficultés se sont fait ressentir. La première a été le délai pour l'acceptation de mon sujet par la Commission Éthique de la Clinique Fond'Roy. Il aura alors fallu quatre mois pour que mon dossier soit accepté par la Commission d'Éthique de l'hôpital.

Malheureusement, une deuxième difficulté est survenue peu de temps après l'accord de mon projet. Effectivement, après avoir reçu le feu vert, j'ai pris contact avec la responsable de l'hôpital de jour « Le Quotidien » pour pouvoir effectuer mes entretiens patients ainsi que deux entretiens professionnels car jusqu'alors, je n'avais réalisé que quatre entretiens professionnels. J'ai donc convenu avec la responsable que je viendrais réaliser mes entretiens durant la semaine du 16 mars 2020. Nous n'avions pas prévu qu'un invité surprise, le COVID-19, viendrait déranger notre organisation.

Voyant que ce virus allait perturber le bon déroulement de mon mémoire pour une durée indéterminée, nous avons convenu avec mon promoteur que je baserais mon mémoire uniquement sur les quatre entretiens soignants effectués avant cette crise sanitaire. Cette

décision a de nombreuses répercussions. D'une part car les entretiens patients représentaient la base de mon mémoire et, suite à leur suppression, le mémoire a dû être adapté et devient bien moins riche qu'espéré. D'autre part, baser un mémoire sur un échantillon de quatre entretiens ne semblait pas très représentatif et valable. J'ai alors contacté la responsable du centre de jour pour lui expliquer la situation et lui dire qu'il me faudrait encore interroger trois autres professionnels : le psychiatre, une psychologue et une accompagnatrice journalière. J'ai également interrogé, avec l'aide de mon promoteur, un huitième professionnel qui est le directeur général médical de l'hôpital.

Ces quatre derniers entretiens ont été réalisés à distance vu la situation sanitaire et les restrictions gouvernementales. Je considère également ceci comme une difficulté car il est bien moins évident de réaliser un entretien par vidéo-conférence qu'en face à face.

Ensuite, en réalisant mon analyse, je me suis rendu compte que je n'avais pas toujours assez creusé les réponses que les professionnels me renvoyaient. Ceci a été une difficulté dans l'écriture de l'analyse thématique, ce qui a pu avoir un impact sur la richesse de l'analyse interprétative.

3. Perspectives d'amélioration et de recherche

Les résultats de l'analyse effectuée semblent montrer qu'il y a une certaine sensibilisation et ouverture à la logique du rétablissement mais dans la pratique, cela n'est pas encore mis en place. Effectivement, il est difficile de changer radicalement la manière de travailler et de voir les choses d'une autre façon. Si l'envie et la motivation y est, quelques petits aménagements seraient à organiser afin de répondre d'avantage à cette logique.

Premièrement, il faudrait que tous les professionnels se mettent d'accord sur les objectifs qu'ils désirent atteindre mais pour cela, l'entière des travailleurs du « Quotidien » doit comprendre et apprendre la logique du rétablissement à l'aide de la littérature, de séminaires ou formations diverses. Effectivement, actuellement en Belgique, cette approche n'est pas encore connue de tous les professionnels de la santé.

Après avoir pris connaissance du modèle, dans un premier temps, il faudrait accueillir l'aspect social comme le veut le patient. Le patient « **veut** pouvoir travailler », « **veut** avoir son logement », « **veut** participer à la vie en société », « **veut** pratiquer son hobby » et non comme une logique fonctionnelle à effectuer pour pouvoir avancer dans la vie et dans la communauté.

Aussi, il serait bien de modifier l'état d'esprit selon lequel il faut protéger le patient des potentiels obstacles qui pourraient le fragiliser, autrement dit, vaincre le côté paternaliste qui existe encore chez certains professionnels. Le patient fera ainsi ses propres expériences et vivra lui-même ses victoires et échecs, ce qui l'aidera à rebondir d'autant plus.

En ce qui concerne l'organisation de l'hôpital de jour en tant que tel, selon la logique du rétablissement et la caractéristique « exclusion zéro », il faudrait éviter les procédures d'admission et accepter toute personne désirant avoir recours à l'hôpital de jour. Toujours dans l'organisation du « Quotidien », mais en se penchant plus particulièrement sur la réinsertion à l'emploi, l'intégration des aides externes devrait être plus présente. Effectivement, il y a une bonne coordination entre l'hôpital de jour et les services d'aide extérieurs mais le rétablissement ainsi que la réforme 107 tendent vers une intégration, en plus d'une coordination. Par exemple, l'idée serait qu'au lieu d'envoyer le patient vers un job coach, celui-ci ait un pied dans l'institution ou idéalement soit engagé par le service, afin qu'il puisse participer aux réunions d'équipes et échanger son avis avec les autres professionnels. S'ils axent leurs objectifs sur la réinsertion à l'emploi allant dans le sens du rétablissement et de l'Individual Placement and Support, ils vont devoir favoriser la remise rapide au travail dans le monde du travail compétitif, sans formation au préalable.

Afin d'obtenir plus de détails quant à la mise en place du modèle de rétablissement au « Quotidien », il serait intéressant de prendre contact avec la Clinique Sans Souci située à Jette qui pratique cette logique de rétablissement depuis maintenant quelques années. Selon cette même idée, il serait intéressant, dans la continuité de ce mémoire, d'effectuer la même étude dans l'hôpital de jour « Sans Souci » afin d'évaluer la réinsertion professionnelle dans un établissement qui pratique le rétablissement.

C'est sur ces pistes d'améliorations que je clôturerai ce mémoire, qui m'a été très riche en apprentissages. En effet, j'ai choisi ce sujet en n'y connaissant pas grand-chose, mais en ayant l'envie de me plonger dans ce monde complexe qu'est la réinsertion socio-professionnelle en psychiatrie. Durant l'élaboration de ce travail j'ai appris beaucoup, j'ai développé des savoirs sur le sujet et j'en ressors avec l'envie de partager mes connaissances.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de comprendre l'articulation qui peut exister entre la réinsertion professionnelle et le travail clinique en psychiatrie du point de vue des cliniciens. Pour ce faire, nous avons choisi comme cas d'étude l'hôpital de jour du « Quotidien » de la Clinique Fond Roy.

Ce que nous pouvons faire ressortir de l'analyse est que dans le principe, l'hôpital de jour du « Quotidien » tend idéalement au rétablissement mais que dans la pratique, il se situe toujours dans l'ancienne méthode dite « classique ». En effet, l'aspect thérapeutique et l'aspect social, bien qu'il existe un effort de décloisonnement, sont encore deux prises en charge trop séparées et un effort d'intégration est donc à fournir. Dans le même sens, la méthode de réinsertion à l'emploi qui correspond au modèle de rétablissement, l'Individual Placement and Support, ne se retrouve pas dans la prise en charge des patients bien que certains critères de cette méthode soient présents.

Cette étude confirme que la méthode classique de l'organisation des soins de santé mentale a toujours cours dans notre pays. Cependant, la réforme belge « Article 107 » qui vise en partie à travailler sur l'inclusion sociale tout en favorisant une intégration, et qui soutient le rétablissement, a comme mission de changer cette vision. Effectivement, nous pouvons voir que l'inclusion sociale est devenue une priorité dans notre pays.

Grâce à l'étude effectuée dans l'hôpital de jour du « Quotidien », nous pouvons émettre l'hypothèse que la théorie conceptuelle du modèle de rétablissement commence à se faire connaître en Belgique mais qu'au niveau de la mise en pratique, quelques efforts restent à fournir. Nous sommes cependant sur la bonne voie...

Bibliographie

- *5 fonctions clefs.* (s. d.). Consulté 21 juillet 2020, à l'adresse <http://www.psy107.be/index.php/fr/2014-09-28-21-32-42/5-sleutelfuncties>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Berichel Vincent, & Bescond Aude. (2006). *Aspect de l'articulation entre sanitaire, medico-social et social en psychiatrie et en santé mentale (patients adultes)*.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Blyler, C. R. (2001). Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services*, 52(3), 313-322. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.313>
- Bonnet, C., & Arveiller, J.-P. (2008). Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques. *L'information psychiatrique, Volume 84(9)*, 835-840.
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : L'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique, Volume 89(3)*, 227-232.
- *Brochure d'accueil « Le Quotidien » Hôpital de jour pour adultes EPSYLON-Réseau de soins psychiatriques Bruxelles.* (s. d.). [Communication personnelle].
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Busschbach, J. van, White, S., & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : A randomised controlled trial. *The Lancet*, 370(9593), 1146-1152. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61516-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61516-5)
- Deborah R. Becker, Gary R. Bond, & Kim T. Mueser. (2006). *Le modèle Individual Placement and Support (IPS) du soutien à l'emploi.* http://www.espace-socrate.com/pdfs/g_ips_chapitre1_introductionausoutienemploi.pdf
- *Définition de la santé mentale.* (2020, mars 5). http://www.plateforme-psysm.be/index.php?option=com_content&view=article&id=3:definition-de-la-sante-mentale&catid=9:le-champ-de-la-sante-mentale&Itemid=2
- E. Deegan, Patricia. (2001). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation, Patricia E. Deegan. *Antenne Lyonnaise du Rev France.* <https://revlyon.wordpress.com/2019/05/02/le-retablissement-en-tant-que-processus->

autogere-de-guerison-et-de-transformation-patricia-e-deegan/

- FARKAS, M. (2007). The vision of recovery today : What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
- Fatfish. (s. d.). *Déterminants sociaux de la santé*. Mouvement Santé mentale Québec. Consulté 16 avril 2020, à l'adresse [//www.mouvementsmq.ca/sante-mentale/determinants](http://www.mouvementsmq.ca/sante-mentale/determinants)
- *Fond’Roy—Le Quotidien*. (s. d.). Consulté 13 avril 2020, à l'adresse <https://www.epsilon.be/index.php/hospitalisations-de-jour/fond-roy-le-quotidien>
- *Guide vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. (2010). https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid-fr/2010_04_26_guide_-_bxl_fr.pdf
- Harnois, G., Gabriel, P., World Health Organization, Noncommunicable Disease and Mental Health Cluster, & InFocus Programme on Skills, K. and E. (2000). *Mental health and work : Impact, issues and good practices*. World Health Organization.
- Hubert, R., & Guezennec, P. (s. d.). *Quels sont les freins à la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ?* 38.
- Job Coaching. (s. d.). *La Traversière*. Consulté 18 avril 2020, à l'adresse <http://www.latraversiere.be/job-coaching/>
- Jouet, E. (2016). L’approche fondée sur le rétablissement : Éducation diffuse et santé mentale. *Le Telemaque*, N° 49(1), 111-124.
- *La réforme (article 107)*. (s. d.).
- *La santé mentale : Renforcer notre action*. (2018). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- *Les ETA | eweta*. (2018). <https://eweta.be/les-eta/>
- Marie-Eve Carle, H. D. (2015). Déterminants sociaux en santé mentale : Histoire et enjeu contemporains. *Le partenaire*, 23(3), 6.
- Merhom, I. (2016). *L’insertion professionnelle des personnes ayant des troubles psychiques et ses principales limites*.
- Minotte Pascal, G. C. (2012). *Handicap mental et Santé mentale*. <http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2019/03/handicap-mental-et-sant%C3%A9-mentale.pdf>
- OCDE. (2013). *Santé mentale et emploi Belgique*.

http://www.reseausantenamur.be/images/pdf/Bibliotheque/2013_OCDE_Sante_Mentale_et_Emploi_Belgique.pdf

- OECD. (2012). *Sick on the Job? : Myths and Realities about Mental Health and Work*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>
- OMS. (s. d.). *Constitution*. Consulté 30 juin 2020, à l'adresse <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
- OMS | *Déterminants sociaux de la santé*. (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 16 avril 2020, à l'adresse https://www.who.int/social_determinants/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (s. d.). *Les déterminants sociaux de la santé*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/238944/E75335.pdf
- Pachoud, B., & Stieffatre, M. N. (2005). Psychopathologie et réinsertion professionnelle. *Cliniques mediterraneennes*, no 72(2), 147-171.
- Pierrefeu, I. de, & Pachoud, B. (2014). L'accompagnement vers et dans l'emploi comme voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. Les ESAT de transition de l'association Messidor. *L'information psychiatrique, Volume 90*(3), 183-190.
- Raphaël, G. (2001). *La réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de maladie mentale*. 85.
- *Réadaptation fonctionnelle*. (s. d.). Service PHARE. Consulté 18 avril 2020, à l'adresse <http://phare.irisnet.be/aides-à-l-inclusion/santé-et-bien-être/réadaptation-fonctionnelle/>
- *Santé mentale et emploi : Belgique*. (2013). OCDE. http://www.reseausantenamur.be/images/pdf/Bibliotheque/2013_OCDE_Sante_Mentale_et_Emploi_Belgique.pdf
- *Social determinants of mental health*. (2014).
- Tremblay, J.-M. (2005, février 2). *Henri Dorvil, Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale. Problèmes sociaux. Tome 3 : Théories et méthodologies de la recherche*. [Text]. texte. http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/inegalites_soc_en_sante/inegalites_soc_en_sante_texte.html
- *Troubles mentaux*. (2019, novembre). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J.

L., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders : Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 382(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

- William Anthony. (2020, mars 5). *Recovery From Mental Illness : The Guiding Vision...*
- *Google Scholar*.
https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Recovery+From+Mental+Illness%3A+The+Guiding+Vision+of+the+Mental+Health+Service+System+in+the+1990s&btnG=
- *ZOOM : SANTÉ MENTALE ET RÉTABLISSEMENT : LA VULNÉRABILITÉ PSYCHIQUE COMME FORCE*. (s. d.). calameo.com. Consulté 21 juillet 2020, à l'adresse
<https://www.calameo.com/read/00177429575c9d7e480b0?authid=p8d2db13REWo>

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Guide d'entretien – Soignants

Bonjour, je m'appelle Alice Mullender et je suis étudiante en deuxième année en master de Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain. Je réalise cette année mon mémoire sur le sujet de la réinsertion professionnelle chez les patients nécessitant des soins psychiatriques. Pour cela, je vais poser une série de questions à sept patients ainsi qu'à cinq professionnels. Ensuite, j'analyserai les similitudes et les différences qui en ressortent. Afin de réaliser l'analyse de tous les entretiens réalisés, il serait préférable pour moi d'enregistrer les entretiens. Etes-vous d'accord avec cela ? Vous pourrez bien entendu obtenir la retranscription de notre entrevue si vous le désirez.

1. Parcours professionnel

- **Parlez-moi de votre parcours professionnel ?**

Mots-clés:

- études ?
- diplôme(s) ?
- fonctions actuelles ?
- rôle dans le service ?
- pourquoi domaine de la psychiatrie ?

2. Rapport avec les patients/collègues

- **Comment décririez-vous la relation que vous entretenez avec vos patients ?**

Mots-clés :

- différences entre les patients ?
- difficultés face aux relations ?
- qu'est-ce que ces relations apportent ?

- **Comment les patients parlent-ils de leur vie sociale ?**

Mots-clés :

- relations familiales, amicales, amoureuses... ?
- activités professionnelles, emploi ?
- désirs d'emploi ?
- retour à l'emploi ?
- expression ?
- prendre en compte les désirs ?
- demandes réalistes ?

- **Quels professionnels s'occupent de répondre à ces demandes ?**

Mots clés :

- quel(s) rôle(s) ?

- collaboration ?
- réunions interdisciplinaires?

3. Réinsertion professionnelle

- **Y a-t-il des démarches présentes dans votre service pour soutenir la réinsertion professionnelle ?**

Mots clés :

Si oui :

- quoi ?
- méthodes pédagogiques ?
- accompagnement ?
- désirs d'emploi des patients ?
- objectifs ?
- pour tous?
- types de professions?
- aide sur le terrain ?
- collaboration externe ?
- tous les acteurs ?
- quoi en plus ? (Si une difficulté est mentionnée)
- difficultés rencontrées ?
- facteurs favorisants rencontrés?

Si non :

- comment faire ?
- quelles méthodes?
- quels objectifs?
- quelles difficultés rencontrées?
- quels facteurs favorisants rencontrés?

Notre entretien touche à sa fin, avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?

Merci pour votre temps. Si vous désirez obtenir la retranscription de l'entretien, faites-le moi savoir.

Annexe 2 : tableau récapitulatif des entretiens

	Profession	Type d'interview	Date de l'interview
Interviewé 1	Ergothérapeute	Face à face	24 février 2020
Interviewé 2	Infirmière sociale	Face à face	24 février 2020
Interviewé 3	Stagiaire psychologue	Face à face	24 février 2020
Interviewé 4	Directrice paramédicale	Face à face	24 février 2020
Interviewé 5	Psychologue	Entretien via Teams	30 avril 2020
Interviewé 6	Psychiatre	Entretien via Teams	30 avril 2020
Interviewé 7	Accompagnatrice journalière	Entretien téléphonique	5 mai 2020
Interviewé 8	Directeur médical général	Entretien via Teams	6 mai 2020