



Rétablissement et inclusion professionnelle : étude évaluative portant sur le dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique

Marie-Gaëlle Marec

► To cite this version:

Marie-Gaëlle Marec. Rétablissement et inclusion professionnelle : étude évaluative portant sur le dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique. Psychologie. Université Paris Cité, 2024. Français. NNT : 2024UNIP7109 . tel-05031277

HAL Id: tel-05031277

<https://theses.hal.science/tel-05031277v1>

Submitted on 11 Apr 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Cité

Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie - ED-450
Centre de Recherches Psychanalyse Médecine et Société (CRPMS)

Rétablissement et Inclusion professionnelle

*Étude évaluative portant sur le dispositif Emploi
Accompagné en France pour les personnes en
situation de handicap psychique*

Marie-Gaëlle Marec

Thèse de doctorat de Recherches en psychanalyse et
psychopathologie

Dirigée par Bernard Pachoud

Présentée et soutenue publiquement le 10 décembre 2024.

Devant un jury composé de :

Bernard Pachoud (PU, Université Paris Cité, directeur de thèse),
Arnaud Plagnol (PU, Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis, rapporteur),
Philippe Spoljar (MCF-HDR, Université de Picardie Jules Verne, rapporteur),
Marion Espitalier (PhD, Université de Nantes, examinatrice),
Fanny Dargent (PU, Université Paris Cité, présidente du jury).



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/fr/>

Titre : Rétablissement et Inclusion professionnelle. Étude évaluative portant sur le dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique.

Résumé : Cette thèse décrit la mise en œuvre effective du dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique de 2018 à 2021. Inspirée de la méthodologie IPS, reconnue à l'échelle internationale pour son efficacité en termes d'insertion en milieu ordinaire, cette pratique est reconnue et valorisée en France par les pouvoirs publics dans l'article 52 de la loi 2016-1088.

Cette étude évaluative porte sur 27 structures médico-sociales réparties sur 25 départements et utilise une approche mixte, alliant méthodes quantitatives et qualitatives. Chaque structure a été caractérisée selon leur degré de fidélité IPS (échelle IPS-25 version Fr.), ce qui a permis l'identification de quatre profils distincts de structures. Leur performance en termes de taux d'insertion professionnelle et de maintien en emploi (au moins 6 mois) des personnes (N=1027) a été mesurée sur 18 mois. Les compétences des conseillers en emploi (N=71) ont été évaluées à l'aide de l'échelle BAKES. Des entretiens collectifs (N=27) ont été conduits auprès des équipes de chaque structure pour interroger les valeurs guidant leur pratique et les leviers d'efficacité identifiés. Une étude longitudinale du devenir des personnes accompagnées a également été menée pour tenter d'apprécier les effets de leur engagement dans le dispositif sur l'évolution de leurs perceptions du monde professionnel, leur qualité de vie subjective et leur rétablissement. Elle repose sur une série d'entretiens téléphoniques (N=173) avec les personnes, en 3 temps (à l'entrée, à 6 mois et à 1 an). Outre le recueil de leurs caractéristiques sociodémographiques, 8 questionnaires à dimensions professionnelles (4) et cliniques (4) leur ont été systématiquement proposés : motivation pour trouver un emploi, obstacles à l'insertion au travail (OITES), alliance de travail entre la personne accompagnée et son conseiller en emploi (WAI), stratégies de recherche d'emploi utilisées ; fonctionnement cognitif perçu (SSTICS), degré de sévérité des symptômes (BSI), bien-être mental (WEMWBS), rétablissement (RAS-24). La disponibilité d'aménagements de postes et de soutiens disponibles sur le lieu de travail des personnes a également été mesurée (WANSS) ainsi que leur qualité de vie au travail (QWL).

Les résultats attestent de la mise en œuvre effective du dispositif, avec un taux d'insertion professionnelle (51%) proche des standards internationaux et un taux de maintien en emploi (62%, au moins 6 mois) similaire à celui observé aux Pays-Bas. Hormis 1 structure, l'ensemble d'entre elles adhèrent à la méthodologie IPS, 16 obtiennent un degré de fidélité « convenable » (moy. = 92/125) et les 10 autres « bon » (moy. = 105/125). Toutefois, elles présentent des difficultés à respecter le principe de l'initiation rapide à la recherche d'un emploi, craignant une rupture de coopération avec les entreprises en cas d'échecs d'insertion. L'intégration à un service de soins n'étant pas le modèle retenu en France pour le dispositif,

certaines structures présentent des difficultés de coopération avec les psychiatres locaux. Le niveau de compétences des conseillers a progressé depuis la période d'expérimentation du dispositif, atteignant un niveau proche de celui de leurs homologues au Canada et aux Pays-Bas. Toutefois, un turnover de conseillers entraînant l'interruption de quelques accompagnements a pu être observé au sein de certaines structures, soulignant la nécessité d'un soutien accru en interne et en externe par l'instauration de supervisions cliniques. Les personnes accompagnées déclarent percevoir leurs symptômes avec une moindre importance à 6 mois et à 1 an (RAS-24). Celles en emploi à 6 mois présentent une augmentation de leur bien-être (WEMWBS), résultat s'inscrivant en cohérence dans le cadre théorique selon lequel, exercer une activité professionnelle satisfaisante en milieu ordinaire est un vecteur potentiel du rétablissement des personnes en situation de handicap psychique.

Mots clefs : santé mentale, Emploi Accompagné, handicap psychique, rétablissement, inclusion professionnelle, recherche évaluative, compétences des conseillers en emploi accompagné, lutte contre la stigmatisation, autonomie, droits humains.

Title : Recovery and vocational inclusion. An Evaluative study of the Supported Employment Program in France for people with severe mental illness.

Abstract : This doctoral thesis describes the effective implementation of the Supported Employment scheme in France for people with severe mental illness from 2018 to 2021. Inspired by the IPS (Individual Placement and Support) model internationally recognized for its effectiveness in helping this population gain access to competitive employment, this practice is endorsed and supported by the French government under Article 52 of Law 2016-1088.

This evaluative study focuses on 27 structures spread across 25 departments and employs a mixed-methods approach, combining quantitative and qualitative data. Each structure was assessed based on its IPS fidelity level (IPS-25 scale, French version) allowing for the identification of four distinct profiles. The performance of these structures in terms of job placement and job retention rates (at least six months) for individuals (N=1027) was measured over an 18-month period. Employment specialists' skills (N=71) were evaluated using the standardized BAKES scale. Group interviews (N=27) were conducted with each structure's team to explore the values guiding their practice and the key drivers of their effectiveness. A longitudinal study of the individuals supported by these programs was also conducted to assess the effects of their participation on their perceptions of the professional world, their subjective quality of life and their recovery process. The study is based on a series of telephone interviews (N=173) with participants at three time points (entry, 6 months,

1 year). In addition to collecting sociodemographic characteristics 8 questionnaires covering professional (4) and clinical (4) dimensions were systematically administered : motivation to find a job, barriers to employment (OITES), working alliance between the participant and his employment specialist (WAI), job search strategies used; perceived cognitive functioning (SSTICS), symptom severity (BSI), mental well-being (WEMWBS), recovery (RAS-24). The availability of job accommodations and workplace supports was also measured (WANSS), along with participants' quality of work life (QWL).

The results confirm the effective implementation of the program, with a job placement rate of 51%, close to international standards, and a job retention rate of 62% (at least six months) similar to that observed in the Netherlands. Except for one structure, all adhered to the IPS model with 16 structures achieving a "fair" fidelity level (mean = 92/125) and the remaining 10 achieving a "good" fidelity level (mean = 105/125). However, difficulties were noted in adhering to the principle of rapid job search initiation, as many feared a breakdown in cooperation with employers in the event of unsuccessful placements. Given that integration with healthcare services is not the chosen model in France for this program, some structures experienced challenges in collaborating with local psychiatrists. The skills of the employment specialists have improved since the experimental phase of the program, reaching a level comparable to that of their counterparts in Canada and the Netherlands. Nevertheless, some structures experienced turnover among employment specialists, leading to the interruption of support for certain participants, highlighting the need for increased internal and external support through clinical supervision. Participants reported perceiving their symptoms as less significant at six months and 1 year (RAS-24). Those employed at six months showed an increase in their mental well-being (WEMWBS), aligning with the theoretical framework that suggests that satisfactory work experience in a competitive setting can be a potential vector of recovery for individuals with severe mental illness.

Keywords : mental health, Supported Employment, severe mental illness, recovery, vocational inclusion, evaluative research, employment specialists' competencies, combating stigma, autonomy, human rights.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance à toutes celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de cette thèse.

Je remercie tout particulièrement mon directeur de thèse, Bernard Pachoud, pour m'avoir fait découvrir le champ spécifique du handicap et ses différents acteurs sur le terrain, ainsi que pour son accompagnement précieux et ses conseils avisés tout au long de ce projet. Je souhaite également remercier Marc Corbière pour son appui méthodologique et pour ses questions constructives, qui ont enrichi mon travail.

Cette recherche n'aurait pu être menée sans l'engagement de toutes les associations participant à l'étude, de leurs équipes de conseillers en emploi, et assurément de toutes les personnes accompagnées, qui ont pu me faire confiance et me témoigner leurs expériences. Je les en remercie chaleureusement.

Je tiens par ailleurs à remercier le Collectif France Emploi Accompagné, qui, depuis sa création, a souhaité promouvoir les activités de recherche au sein de ses associations adhérentes. J'exprime également ma vive reconnaissance envers l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) qui a soutenu financièrement cette recherche. Leur engagement envers la question de l'autonomie des personnes en situation de handicap et des modalités de leur accompagnement, a été déterminante pour la réalisation de ce projet. Je remercie également la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et l'association Nexem¹ sans lesquelles je n'aurais pu réaliser la précédente étude portant sur l'expérimentation du dispositif Emploi Accompagné, un point de comparaison initial et précieux pour apprécier plus finement le déploiement ultérieur du dispositif à l'échelle nationale. A l'aide de ces différents soutiens, les études de terrain et les échanges avec des chercheurs du domaine de divers pays m'ont été rendus possibles.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers mon frère, Pierre-Olivier, mon père, Olivier et mes amis, Mathieu, Nolwenn, ainsi que tant d'autres, pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces années. Enfin, je tiens particulièrement à remercier ma mère, Joëlle Jansé, pour son amour et son soutien inconditionnels, sa mémoire m'accompagne chaque jour.

¹ Organisation professionnelle privée à but non lucratif, issue de la fusion de la Fegapei et du Syneas, représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire.

Avertissement

Cette thèse s'inscrit dans le cadre d'une recherche sur l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique dans le cadre du dispositif Emploi Accompagné en France. L'objectif principal de cette thèse est d'apprécier la mise en œuvre effective de ce dispositif et d'analyser les résultats obtenus par les structures participantes.

Une approche mixte a été utilisée. Il convient de noter que les résultats obtenus sont issus d'un échantillon spécifique et peuvent ne pas être généralisables à d'autres contextes dans lesquels cette pratique est moins expérimentée.

Tous les droits d'auteur concernant les données utilisées dans ce travail, ainsi que les procédures d'anonymisation, ont été respectés. Toute reproduction ou utilisation des éléments de cette thèse doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'auteur.

Liste des principales abréviations

ADAPEI : Association Départementale des Amis et Parents de Personnes handicapées mentales (anciennement Enfants Inadaptés)

AGEFIPH : Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

ANSA : Agence Nouvelle des Solidarités Actives.

APF : Association des Paralysés de France.

ARS : Agence Régionale de Santé.

ARSEAA : Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte.

ASEI : Agir, Soigner, Éduquer, Inclure.

BAKES : *Behaviors Attitudes Knowledge of Employment Specialists.*

CAF : Caisse d'Allocations Familiales.

CAMSP : Centre d'Action Médicale Précoce.

CAT : Centre d'Aide par le Travail.

CDI : Contrat à Durée Indéterminée.

CDD : Contrat à Durée Déterminée.

CEA : Conseiller.ère en Emploi Accompagné.

CFEA : Collectif France Emploi Accompagné.

CIH : Classification Internationale des Handicaps en santé mentale.

CMPP : Centre Médico-Psychopédagogique.

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

CRP : Centre de Réhabilitation Psychosociale.

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques.

DEA : Dispositif d'Emploi Accompagné.

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale.

EA : Emploi Accompagné.

ESAT : Établissement et Services d'Aide par le Travail.

EUSE : *European Union of Supported Employment.*

FIPHFP : Fonds pour l’insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

GEM : Groupe d’Entraide Mutuelle.

GIRPEH : Groupement Interprofessionnel Régional de Promotion de l’Emploi et du Handicap.

IMP : Institut Médico-Pédagogique.

IMPro : Institut Médico-Professionnel.

IPS : *Individual Placement and Support*.

LADAPT : Ligue pour l’Adaptation du Diminué Physique au Travail.

LIFT : Lieu d’Insertion par la Formation et le Travail.

MAS : Maison d’Accueil Spécialisée.

MDPH : Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ORSAC : Organisation Sanatoriale Catholique.

PA : Personnes Accompagnées.

PAS : Prestations d’Appuis Spécifiques.

PMSMP : Période de Mise en Situation en Milieu Professionnel.

PPS : Prestation Ponctuelle Spécifique.

PSHM : Personne en Situation de Handicap Mental.

PSHP : Personne en Situation de Handicap Psychique.

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé.

SAMSAH : Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.

SAVS : Service d’Accompagnement à la Vie Sociale.

SE : *Supported Employment*.

SEA : Service d’Emploi Accompagné.

SESSAD : Service d’Éducation Spéciale et de Soins à Domicile.

SPE : Service Public de l’Emploi.

TSA : Troubles du Spectre Autistique.

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales.

UNAFAM : Union nationales de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique.

Sommaire

Remerciements	4
Avertissement	6
Liste des principales abréviations	7
Sommaire	9
Introduction	15
Première partie : Du rétablissement des personnes en situation de handicap psychique à la mise en œuvre de l'Emploi Accompagné en France	22
Chapitre 1 : Brève histoire des réponses thérapeutiques et sociales mobilisées à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques en Europe et aux Etats-Unis	23
1. De la charité chrétienne au Moyen-Âge à la volonté d'une prise en charge spécifique de la folie à l'ère de la Révolution en France	23
2. Le XIX ^e siècle ou la création de l'asile	27
3. Le XX ^e siècle ou la révolution psychopharmacologique et les services de santé mentale communautaires.....	31
4. Le XXI ^e siècle ou la pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique	38
Chapitre 2 : Le processus de rétablissement	40
1. Contexte de la naissance de la notion de rétablissement : un mouvement militant d'anciens patients de la psychiatrie et de professionnels de la santé aux États-Unis au XX ^e siècle	41
2. La perspective du rétablissement : un changement paradigmatique en santé mentale	44
3. « Processus de rétablissement » ou « processus sublimatoire »	46
4. L'activité professionnelle (en milieu ordinaire de travail), un vecteur potentiel de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique	52
Chapitre 3 : l'Emploi Accompagné, un dispositif favorisant l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique	56
1. Émergence de la méthodologie de référence internationale de la pratique de l'Emploi Accompagné : la méthodologie <i>Individual Placement and Support (IPS)</i>	57
2. La philosophie du modèle IPS et ses 8 principes	60
3. Le conseiller en emploi accompagné et le mode de gouvernance des structures	63
Chapitre 4 : Étude exploratoire portant sur 5 structures porteuses de l'expérimentation nationale Emploi Accompagné	67
1. Différences et convergences notables de 5 dispositifs expérimentaux d'Emploi Accompagné	69
2. Caractéristiques sociodémographiques, taux d'insertion professionnelle, de maintien en emploi et de sortie des dispositifs des personnes accompagnées en situation de handicap psychique.....	73
3. Les compétences mobilisées par les conseillers en emploi accompagné	74
4. Les mesures prises en entreprise pour favoriser l'inclusion professionnelle.....	77
5. Témoignages de personnes accompagnées par le dispositif expérimental Emploi Accompagné	78
Deuxième partie : Méthodologie de l'étude et présentation des échelles utilisées	80
Chapitre 1 : Recueil des situations d'emploi des personnes accompagnées par les structures, leviers d'efficacité identifiés et valeurs guidant leur pratique de l'Emploi Accompagné	80
1. Recueil des données des structures en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées	81
2. Présentation de la méthodologie d'analyse de contenus utilisée pour identifier les valeurs guidant la pratique de l'Emploi Accompagné des structures et les leviers d'efficacité identifiés.....	81
Chapitre 2 : Caractérisation des structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné selon leur degré de fidélité à la méthodologie IPS	83
1. Adaptation au contexte français et traduction de l'échelle de référence internationale (IPS-25) de mesure du degré de fidélité à la méthodologie IPS	83
2. Présentation des items de l'échelle	86
2.1. Items relevant des modalités d'exercice de l'activité des conseillers en emploi accompagné (<i>Staffing</i>)	86
2.2. Items relevant des modalités d'organisation des structures (<i>Organization</i>)	87

2.3. Items relevant des services proposés par les conseillers en emploi accompagné dans le cadre de l'accompagnement (<i>Service</i>)	89
3. Modalités de passation de l'échelle auprès des structures	93
4. Méthodologie utilisée pour l'identification de profils de structures	94
Chapitre 3 : Compétences mobilisées par les conseillers en emploi accompagné.....	94
1. Présentation générale de l'échelle standardisée (BAKES).....	95
2. Présentation des 12 sous-dimensions de l'échelle.....	96
3. Modalités de passation de l'échelle auprès des conseillers en emploi accompagné des structures.....	98
Chapitre 4 : Étude longitudinale menée auprès de personnes accompagnées	99
1. Présentation générale de la passation des questionnaires auprès des personnes accompagnées (N=67) sur une mesure de 3 temps	99
2. Caractéristiques sociodémographiques et diagnostics déclarés par les personnes accompagnées	101
3. Présentation des échelles utilisées relevant du domaine de l'insertion professionnelle	102
3.1. Échelle de motivation des personnes accompagnées pour obtenir un emploi	102
3.2. Échelle des obstacles perçus à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (OITES).....	103
3.3. Échelle des stratégies de recherche d'emploi utilisées.....	105
4. Présentation des échelles d'alliance de travail perçue entre la personne accompagnée et le conseiller en emploi accompagné référent (WAI)	105
5. Présentation des échelles utilisées relevant de l'expérience en entreprise des personnes accompagnées	106
5.1. Échelle des aménagements et des soutiens disponibles en entreprise (WANSS).....	106
5.2. Échelle de qualité de vie (subjective) au travail (QWL).....	108
6. Présentation des échelles cliniques	110
6.1. Échelle de fonctionnement cognitif perçu (SSTICS)	110
6.2. Échelle d'inventaire bref des symptômes et de degré de sévérité (BSI).....	110
6.3. Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburg (WEMWBS).....	111
6.4. Échelle de rétablissement (RAS-24)	112
Troisième partie : Résultats	114
Chapitre 1 : Résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées par les structures et leviers d'efficacité identifiés.....	114
1. Présentation des 27 structures participant à l'étude.....	115
1.1. Présentation générale et distribution géographique	115
1.2. Taille des équipes et volumes d'activité des structures.....	122
2. Taux d'insertion professionnelle et taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) de l'ensemble des personnes accompagnées par les structures.....	122
3. Valeurs guidant la pratique de l'Emploi Accompagné et leviers d'efficacité identifiés par les structures porteuses du dispositif.....	123
3.1. Une restauration du pouvoir d'agir.....	125
3.2. Un degré d'alliance de travail élevé entre la personne accompagnée et le conseiller en emploi accompagné	128
3.3. Un accompagnement professionnel des conseillers en emploi accompagné.....	134
3.4. Une coordination avec le réseau de la personne.....	135
3.5. Une posture éthique	138
Chapitre 2 : Résultats de la passation de l'échelle IPS-25 (version Fr.) des 27 structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné	140
1. Résultats globaux de la passation de l'échelle IPS-25	141
2. Distribution des résultats par item de l'échelle IPS-25 version française	142
2.1. Haute-fidélité et dispersion nulle (2 items).....	144
2.2. Haute-fidélité et faible dispersion (7 items)	146
2.3. Bonne fidélité et faible dispersion (9 items)	153
2.4. Fidélité convenable et dispersion élevée (6 items).....	164
2.5. Faible fidélité (3 items).....	171
Chapitre 3 : Compétences mobilisées par les conseillers en emploi accompagné des structures	177

1.	Caractéristiques sociodémographiques des conseillers en emploi accompagné (CEA)	177
1.1.	Âges et années d'expérience des CEA.....	177
1.2.	Formations et expériences professionnelles antérieures des CEA	178
2.	Résultats de la passation de l'échelle (BAKES)	181
2.1.	Compétences les plus mobilisées (4 sous-dimensions).....	183
2.2.	Compétences fréquemment mobilisées (5 sous-dimensions)	187
2.3.	Compétences les moins fréquemment mobilisées (3 sous-dimensions)	192
Chapitre 4 : Résultats des données de l'étude longitudinale recueillies auprès des personnes accompagnées		196
1.	Caractéristiques sociodémographiques et diagnostics auto-déclarés des personnes accompagnées	197
1.1.	Age, sexe, niveau de diplôme, situation de logement et parcours professionnel antérieur	197
1.2.	Diagnostics déclarés et périodes d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie	199
2.	Résultats de la passation des échelles relevant du domaine de l'insertion professionnelle	202
2.1.	Motivation pour trouver un emploi des personnes accompagnées	202
2.1.1.	Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)	202
2.1.2.	Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2).....	203
2.1.3.	Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)	204
2.1.4.	Récapitulatif	205
2.2.	Obstacles à l'insertion au travail et au sentiment d'efficacité pour les surmonter perçus par les personnes accompagnées (OITES)	206
2.2.1.	Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)	206
2.2.2.	Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2).....	209
2.2.3.	Résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement par le dispositif (temps 3).....	211
2.2.4.	Récapitulatif	213
2.3.	Stratégies de recherche d'emploi utilisées	213
2.3.1.	Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)	214
2.3.2.	Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2).....	214
3.	Alliance de travail perçue entre la personne accompagnée (PA) et le conseiller en emploi accompagné (CEA) référent (WAI).....	216
3.1.	Comparaisons entre les résultats d'alliance de travail obtenus par les PA et par les CEA référents aux 3 temps de l'étude.....	216
3.2.	Évolution des résultats obtenus par chacun des groupes d'acteurs (PA et CEA) au cours des 3 temps de l'étude	217
3.3.	Récapitulatif	219
4.	Résultats de la passation des échelles relevant du domaine de l'insertion professionnelle (effective) et du maintien en emploi.....	220
4.1.	Caractéristiques sociodémographiques des PA (en insertion et en maintien en emploi) et types de postes occupés.....	221
4.2.	Résultats obtenus par les PA en emploi au temps 2 ou au temps 3 (insertion).....	223
4.2.1.	Aménagements et soutiens disponibles en entreprise (WANSS)	223
4.2.2.	Qualité de vie (subjective) au travail (QWL).....	224
4.2.3.	Corrélation entre la qualité de vie (subjective) au travail et les aménagements et soutiens en entreprises disponibles	225
4.3.	Résultats obtenus par les personnes en emploi au temps 2 et au temps 3 (maintien en emploi)	226
4.3.1.	Aménagements et soutiens disponibles en entreprise (WANSS)	226
4.3.2.	Qualité de vie (subjective) au travail (QWL).....	228
4.4.	Récapitulatif	229
5.	Résultats de la passation des échelles cliniques	231
5.1.	Fonctionnement cognitif perçu par la personne (SSTICS)	231
5.1.1.	Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)	232
5.1.2.	Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2).....	232
5.1.3.	Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)	235
5.1.4.	Récapitulatif	237
5.2.	Degré de sévérité des symptômes (BSI).....	237

5.2.1. Résultats obtenus par les PA à l'entrée dans le dispositif (temps 1).....	238
5.2.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2).....	238
5.2.3. Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)	239
5.2.4. Récapitulatif	239
5.3. Bien-être mental (WEMWBS).....	240
5.3.1. Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)	240
5.3.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2).....	241
5.3.3. Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)	243
5.3.4. Récapitulatif	245
5.4. Rétablissement (RAS-24).....	246
5.4.1. Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)	246
5.4.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2).....	247
5.4.3. Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)	249
5.4.4. Récapitulatif	250
6. Récapitulatif des résultats significatifs de la passation des questionnaires auprès des personnes accompagnées	251
Quatrième partie : Typologie identifiée de profils de structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné.....	254
Chapitre 1 : Caractérisation des structures de l'étude selon leur degré de fidélité aux 8 principes du modèle IPS et à certaines de ses spécificités.....	254
1. Analyse de classification par regroupements des dispositifs	255
1.1. Identification de variables pertinentes pour la caractérisation des structures de l'étude	255
1.2. Analyse en composantes principales (ACP) des variables retenues.....	256
1.3. Description des composantes	258
1.4. Identification de profils de dispositifs à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique (ACH)	260
2. Description des 4 profils de dispositifs identifiés.....	262
2.1. Description des profils à l'aide des plans factoriels de l'ACP	262
2.2. Représentation graphique des 4 profils de dispositifs	264
3. Caractéristiques spécifiques (IPS-25) et résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des 4 groupes de dispositifs identifiés	268
3.1. Caractéristiques spécifiques (IPS-25) des 4 groupes de dispositifs.....	268
3.2. Résultats globaux en termes d'insertion professionnelle (à 1 an) et de maintien en emploi des 4 groupes de dispositifs identifiés	271
Chapitre 2 : Compétences mobilisées par les conseillers des 4 groupes de structures identifiés	273
1. Formations initiales et parcours professionnels antérieurs des CEA des 4 groupes de dispositifs identifiés	273
2. Résultats obtenus à l'échelle BAKES par les CEA des 4 groupes de dispositifs identifiés.....	277
Chapitre 3 : Parcours professionnels et évolutions cliniques des personnes accompagnées par les différents groupes de dispositifs identifiés.....	282
1. Caractéristiques sociodémographiques et diagnostics auto-déclarés des PA des groupes de dispositifs identifiés	282
2. Résultats obtenus aux échelles à dimensions professionnelles et cliniques à l'entrée dans le dispositif par les PA des différents groupes de dispositifs identifiés (temps 1)	284
2.1. Résultats obtenus aux échelles à dimensions professionnelles.....	284
2.2. Résultats obtenus aux échelles à dimensions cliniques	286
3. Évolution des résultats obtenus aux différentes échelles entre l'entrée dans le dispositif et après 6 mois d'accompagnement par les PA des différents groupes de dispositifs (temps 2)	287
3.1. Taux d'insertion professionnelle et de sortie (à 6 mois) des PA des différents groupes de dispositifs identifiés	287
3.2. Évolution des résultats obtenus entre l'entrée dans le dispositif et à 6 mois par les PA (toujours) à la recherche d'un emploi au temps 2 des différents groupes de dispositifs.....	288
3.3. Évolution des résultats obtenus entre l'entrée dans le dispositif et à 6 mois par les PA en emploi au temps 2 des différents groupes de dispositifs	291

4. Évolution des résultats obtenus aux différentes échelles entre l'entrée dans le dispositif et à 1 an par les PA des différents groupes de dispositifs (temps 3)	293
4.1. Taux d'insertion professionnelle et de sortie (à 1 an), taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) des PA des différents groupes de dispositifs identifiés.....	293
4.2. Évolution des résultats obtenus aux différentes échelles par les PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 3	295
4.3. Évolution des résultats obtenus aux différentes échelles par les PA en emploi au temps 3	297
4.4. Évolution des résultats obtenus à l'échelle d'alliance de travail et aux différentes échelles cliniques par l'ensemble des PA des différents groupes de dispositifs identifiés	299
5. Aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise, qualité de vie (subjective) au travail des PA des différents groupes de dispositifs	301
5.1. Aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise	301
5.2. Qualité de vie (subjective) au travail.....	304

Chapitre 4 : Dénomination proposée des 4 groupes de dispositifs identifiés 306

1. Fidélité convenable à la méthodologie IPS avec une forte expérience et connaissance de la culture d'entreprise (6 structures).....	306
1.1. « Bon » degré de fidélité dans la mise en œuvre de 5 des 8 grands principes IPS dont 4 de degré « exemplaire » avec une forte attention portée aux préférences et intérêts professionnels des personnes accompagnées.....	307
1.2. Une forte mobilisation de compétences relevant du domaine de la stratégie de recherche d'emploi	309
1.3. Une forte motivation à trouver un emploi des personnes accompagnées et un sentiment élevé d'appartenance à l'entreprise des personnes obtenant un emploi.....	311
2. Fidélité convenable à la méthodologie IPS avec un fort engagement de sensibilisation et de négociation auprès des employeurs (8 structures)	314
2.1. « Bon » degré de fidélité dans la mise en œuvre de 6 des 8 grands principes IPS dont 1 de degré « exemplaire » avec une grande attention portée au développement d'un réseau d'employeurs potentiels	314
2.2. Une forte mobilisation de compétences relevant du domaine de la négociation avec les employeurs	317
2.3. Une augmentation significative du « bien-être » des personnes accompagnées obtenant un emploi au cours de l'étude.....	320
3. Fidélité convenable à la méthodologie IPS avec une attention particulière portée sur les aménagements des modalités de travail des personnes accompagnées (5 structures)	322
3.1. « Bon » degré de fidélité dans la mise en œuvre de 5 des 8 grands principes IPS dont 3 de degré « exemplaire » avec une forte vigilance au regard du nombre de personnes accompagnées par CEA ..	323
3.2. Une forte mobilisation des compétences favorisant la levée de l'auto-stigmatisation des personnes accompagnées	325
3.3. Une augmentation significative de la motivation à trouver un emploi et des aménagements des modalités de travail disponibles sur le lieu de travail des personnes accompagnées	328
4. Bonne fidélité à la méthodologie IPS avec une forte coopération entre les CEA et le coordinateur du dispositif sollicitant l'implication des professionnels partenaires du réseau de la personne accompagnée (7 structures).....	331
4.1. « Bon » degré de fidélité dans la mise en œuvre de 7 des 8 grands principes IPS dont 6 de degré « exemplaire » avec une forte coopération entre les CEA et le coordinateur du dispositif	332
4.2. Une forte mobilisation des compétences relevant de l'implication des professionnels partenaires du réseau de la personne.....	335
4.3. Une augmentation significative des résultats obtenus à l'échelle de rétablissement par les personnes en emploi dès 6 mois d'accompagnement par les dispositifs	337

Cinquième partie : Discussion 342

Chapitre 1 : Comparaisons internationales, les débuts prometteurs du dispositif et des effets notables sur le parcours des personnes accompagnées..... 343

1. Des résultats probants en termes d'insertion professionnelle et de taux de maintien en emploi ..	343
1.1. Un taux d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique proche des standards internationaux IPS	343
1.2. Un taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) supérieur pour les personnes accompagnées par des conseillers en emploi formés à la méthodologie IPS.....	346
2. Une implication accrue des différents acteurs du réseau de la personne accompagnée.....	349
2.1. Une progression du niveau de compétences des conseillers en emploi accompagné	349

2.2. La construction d'un partenariat avec les acteurs de l'entreprise favorisant l'insertion professionnelle et le maintien en emploi des personnes accompagnées	353
2.3. Un rapprochement entre des professionnels du sanitaire et du médico-social impulsé par les conseillers en emploi accompagné.....	355
3. Effets notables de l'accompagnement sur les parcours des personnes accompagnées.....	358
3.1. L'expérimentation d'un lien de confiance sécurisant	358
3.2. Une évolution de l'état de santé des personnes accompagnées.....	364
Chapitre 2 : Limites de l'étude et perspectives d'amélioration de l'évaluation	368
1. Représentativité des structures participant à l'étude.....	368
2. Réflexions sur la validité des données.....	370
3. L'implication d'autres acteurs dans l'évaluation du dispositif Emploi Accompagné.....	372
Conclusion	375
Annexes.....	387
Description de différentes réponses institutionnelles de pays occidentaux au XIX ^e siècle	388
Échelle IPS-25 (IPS-25 Fidelity Scale).....	391
Échelle IPS-25 version française.....	399
Échelle des comportements, attitudes et connaissances des conseillers en emploi accompagné (Behaviors, Attitudes and Knowledge of Employment Specialists Scale - BAKES)	405
Note explicative pour l'échelle BAKES	417
Questionnaire - caractéristiques sociodémographiques	418
Échelle de motivation pour obtenir un emploi	420
Échelle des obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (OITES)	421
Échelle des stratégies de recherche d'emploi utilisées pour obtenir un emploi	428
Échelles d'alliance de travail perçue entre la personne accompagnée et le conseiller en emploi accompagné référent.....	429
Inventaire des aménagements de travail et des soutiens disponibles en entreprise (Work Accommodations and Natural Supports Scale - WANSS).....	431
Échelle d'évaluation de la qualité de vie (subjective) au travail (Quality of Work Life scale - QWL)	437
Échelle de fonctionnement cognitif perçu (Subjective scale to investigate cognition in schizophrenia-SSTICS).....	439
Échelle d'inventaire bref des symptômes et de degré de sévérité (Brief Symptom Inventory - BSI) ...	442
Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburg (Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale - WEMWBS).....	444
Échelle de rétablissement (Recovery Assessment Scale - RAS-24)	445
Ancienneté et modes de conventionnement des structures.....	446
Volume d'activité des structures	447
Formations initiales et complémentaires des conseillers en emploi accompagné des structures	448
Liste des différentes fonctions occupées par les conseillers en emploi avant l'exercice de leur activité au sein des structures	449
Bibliographie	450

Introduction

L'**inclusion professionnelle** des personnes en situation de **handicap psychique** représente un enjeu majeur dans les sociétés contemporaines. Elle est indispensable à la reconnaissance effective de leurs droits fondamentaux, à la lutte contre la stigmatisation et au **respect d'égalité des droits et des chances pour tous les citoyens**.

En France, les droits sociaux des personnes souffrant de troubles psychiques ont évolué corrélativement à la promulgation de lois en faveur des personnes en situation de handicap, précisément depuis la reconnaissance de la situation de « handicap psychique » avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées². Le terme « psychique » figure à l'article 2, lequel précise la définition de ce que « constitue » un handicap :

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant

Comme énoncé dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées³, adoptée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 2006 et ratifiée par la France et l'Union Européenne en 2010, l'**inclusion sociale et professionnelle** des personnes en situation de handicap est un **droit fondamental**. En dépit de dispositions légales visant à favoriser leur insertion professionnelle et de diverses pratiques sociales de soutien à l'emploi déployées pour ce public, le **taux d'intégration professionnel** de ces personnes progresse mais **demeure faible** : en France, en 2023, il atteint 39%⁴ contre 68% pour la population générale. En outre, bien qu'il n'existe, à notre connaissance, aucune statistiques officielles sur le taux d'emploi des personnes selon la nature de leur situation de handicap, comme l'a également souligné le rapport de la Cour de Comptes de novembre 2019 sur l'allocation aux adultes handicapés⁵, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, *Journal officiel de la République française*, 12 février 2005.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647>.

³ Nations Unies, *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, 2006.
<https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>.

⁴ Observatoire de l'emploi et du handicap, *Emploi et chômage des personnes handicapées*, 2024.
<https://www.agefiph.fr/actualites-handicap/parution-du-tableau-de-bord-2023-emploi-chomage-des-personnes-handicapees>.

⁵ Cour des comptes, *L'allocation aux adultes handicapés*, 2019.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lallocation-aux-adultes-handicapes-aah>.

psychiques (Unafam) rapporte, dans son baromètre 2023⁶, que seulement 15% des personnes en situation de handicap psychique occupent un emploi en milieu ordinaire⁷, un taux nettement inférieur à celui de l'ensemble des personnes en situation de handicap (39%), déjà fortement en deçà de celui de la population générale (68%).

Au regard de ces constats, le **dispositif Emploi Accompagné** pour les personnes en situation de handicap psychique, se référant à la méthodologie *Individual Placement and Support*⁸ (IPS), **reconnue à l'échelle internationale** comme *evidence-based practice* pour son **efficacité en matière d'insertion professionnelle** en milieu ordinaire⁹, apparaît comme une réponse pertinente. Inspirée du modèle anglo-saxon « *Place and train* » (placer puis former), cette approche privilégie un accès rapide à l'emploi avec un soutien personnalisé et continu pour le maintien en emploi. Déployée au sein de différents pays¹⁰ depuis le début des années 2000, cette pratique, expérimentée en France en premier lieu par quelques structures médico-sociales militantes, est désormais officiellement **reconnue et soutenue par les pouvoirs publics**, comme l'indiquent l'article 52 de la loi 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels¹¹ et son décret d'application du 29 décembre 2016¹².

Définie et standardisée par ses initiateurs, Robert E. Drake et Deborah Becker, depuis les années 1990 aux États-Unis, la pratique de l'emploi accompagné (selon la méthodologie IPS), repose sur une approche **fondée sur la recherche évaluative**¹³. Cette dernière, qui consiste à analyser systématiquement les résultats d'un programme ou d'une intervention, permet non seulement

⁶ Unafam, *Baromètre*, 2023. <https://www.unafam.org>.

⁷ Parmi les proches concernées des 15 000 familles adhérentes.

⁸ Traduit en français par l'expression « Soutien individualisé dans l'emploi ».

⁹ R.E. Drake, G.R. Bond, D.R. Becker, *Individual Placement and Support : An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, New York ; Oxford University Press ; B. Brinchmann, T. Widding-Havneraas, M. Modini, M. Rinaldi, C.F. Moe, D. Mcdaid, A. L. Park, E. Killackey, S.B. Harvey, & A. Mykletun, « A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. », *Acta psychiatrica Scandinavica*, 2020, 141,3, p. 206–220.

¹⁰ Notamment aux États-Unis (1990), en Angleterre (1998), au Canada (2000), en Suisse (2002), aux Pays-Bas (2003), en Italie (2003, 1 région), en Norvège (2003), en Australie (2005), au Japon (2008), en Nouvelle Zélande (2010), en Espagne (2013, Catalogne), en Belgique (2018).

¹¹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, *Journal Officiel de la République française*, 184, 9 août 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032983213>.

¹² Décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné et au financement du compte personnel de formation des travailleurs handicapés, *Journal Officiel de la République française*, 302, 29 décembre 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033719277/>.

¹³ G.R. Bond, D.R. Becker, R.E. Drake, C.A. Rapp, N. Meisler, A.F. Lehman, M.D. Bell, & C.R. Blyler, « Implementing supported employment as an evidence-based practice. », *Psychiatric services*, Washington, D.C., 2001, 52,3, p. 313–322.

d'en attester la mise en œuvre effective mais également, d'ajuster les pratiques en fonction des résultats obtenus¹⁴.

L'objectif de la présente thèse est de s'inscrire dans cette **dynamique d'évaluation continue** du dispositif. Ainsi, nous proposons de **décrire la mise en œuvre effective du dispositif Emploi Accompagné en France**, en particulier à destination des personnes en situation de handicap psychique, en se référant aux standards du cadre de référence internationale de la méthodologie IPS. Avec une **approche mixte**, intégrant des analyses quantitatives et qualitatives, outre la mesure des résultats de performance des structures en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées, la présente recherche examine les **modalités d'organisation des structures** médico-sociales porteuses du dispositif, identifie les **compétences mobilisées** par les **conseillers en emploi** accompagné, interroge la disponibilité d'aménagements de poste et de soutiens relationnels sur le lieu de travail des personnes et apprécie l'**adhésion des personnes accompagnées** au dispositif ainsi que l'évolution de leur perception du monde professionnel et de leur état de santé.

La pratique de l'emploi accompagné n'aurait pu se développer sans l'émergence du **paradigme de « rétablissement » en santé mentale**. La définition la plus communément admise de cette notion est celle de W. Anthony, psychologue et chercheur dans le domaine de la réhabilitation psychiatrique. Selon ce dernier, le rétablissement est :

*un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie*¹⁵

Ce nouveau paradigme inclut une approche non plus centrée sur la maladie, axée strictement sur l'acte curatif mais sur la personne et son devenir avec une distanciation à l'égard d'un diagnostic porteur d'un préjugé d'incurabilité. Il ne s'agit pas d'une restauration du bien-être due à une rémission complète des troubles mais à un dégagement d'une identité de « malade psychiatrique » et au **recouvrement d'une vie active et sociale en dépit d'éventuelles difficultés résiduelles**¹⁶. Ce changement de paradigme exprime un déplacement d'une « philosophie de traitement de pathologies aiguës » à une « philosophie d'accompagnement des

¹⁴ P.H. Rossi, M.W. Lipsey, & H.E. Freeman, *Evaluation : A systematic approach*, 7th ed., Sage, 2004.

¹⁵ W. Anthony, « Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16, p. 11-23.

¹⁶ B. Pachoud, « La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 2018, 7, p. 165-180.

personnes »¹⁷ dans laquelle est systématiquement intégrée l'**implication des patients en tant que partenaires**. La notion de rétablissement émane du mouvement de contestation initié dans les années 1970 par des associations d'usagers et de professionnels de la psychiatrie aux Etats-Unis, qui dénonçaient une prise en charge vécue comme déshumanisante et revendiquaient la réappropriation des droits civiques des patients. C'est dans ce contexte que la **parole des patients** affirmant la possibilité concrète de leur rétablissement a commencé à se faire entendre, inspirant et orientant des pratiques d'accompagnement de ce public vers leur inclusion sociale et professionnelle en milieu ordinaire. Ultérieurement, les résultats de nombreuses **recherches scientifiques**¹⁸ ont confirmé la possibilité du rétablissement des personnes vivant avec un trouble psychiatrique. Ces avancées ont contribué à une réorganisation des services de santé mentale aux Etats-Unis et dans différents pays¹⁹, et incité les professionnels de santé à orienter leur pratique vers la **prévention** des rechutes et la **perspective du rétablissement**, tout en observant que l'exercice d'une activité professionnelle satisfaisante en milieu ordinaire en était l'un des moyens privilégiés.

Les recherches évaluatives relatives aux interventions dans ce domaine se sont attachées à étudier cette observation et ont attesté de résultats significatifs. Selon les chercheurs du mouvement du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale, exercer une **activité professionnelle satisfaisante** est un des **critères objectifs** du rétablissement²⁰, elle contribue au sentiment de retrouver un contrôle sur sa vie, de parvenir à un accomplissement de soi, grâce

¹⁷ V. Dumez, « Préface », *Santé mentale : guérison et rétablissement*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2015, p.13-16.

¹⁸ C.M. Harding, G.W. Brooks, T. Ashikaga, J.S. Strauss, & A. Breier, « The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I : Methodology, study sample, and overall status 32 years later », *The American journal of psychiatry*, 1987, 144, 6, p. 718-726; K. Ogawa, M. Miya, A. Watarai, M. Nakazawa, S. Yuasa, & H. Utena, « A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan-with special reference to the course of social adjustment », *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 151, 1987, p.758-765; G. Harrison, K. Hopper, T. Craig, E. Laska, C. Siegel, J. Wanderling, K.C. Dube, K. Ganey, R. Giel, W. An Der Heiden, S.K. Holmberg, A. Janca, P.W. Lee, C.A. Leon, S. Malhotra, A.J. Marsella, Y. Nakane, N. Sartorius, Y. Shen, C. Skoda, D. Wiersma, « Recovery from psychotic illness : a 15- and 25-year international follow-up study », *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 178, 2001, p. 506-517 ; R. Warner, « Does the scientific evidence support the recovery model ? » *The Psychiatrist*, 2010, 24, 1, p.3-5.

¹⁹ Department of health and human services, *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. President's New Freedom Commission on Mental Health*, Rockville, Maryland, US, 2003 ; Mental health commission, *Blueprint for mental health services in New Zealand*, Wellington, New Zealand, 1998 ; J. Boardman, A. Currie, H. Killaspy, & G. Mezey, *Social Inclusion and Mental Health*, London, RCPsych Publications, 2010 ; Department of Health and Aged Care, *A national framework for recovery-oriented mental health services : guide for practitioners and providers*, Canberra, Australia, 2013 ; Mental health commission, *A Vision for a Recovery Model in Irish mental health services*, Dublin, Ireland, 2005 ; Commission de la santé mentale du Canada, *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*, Ottawa, Canada, 2015.

²⁰ S.M. Silverstein, & A.S. Bellack, « A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia », *Clinical psychology review*, 2008, 28, 7, p. 1108-1124; J. Boardman, B. Grove, R. Perkins, & G. Shepherd, « Work and employment for people with psychiatric disabilities » *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182, p. 467-468; C. Lloyd & G. Waghorn, « The importance of vocation in recovery for young people with psychiatric disabilities », *The British Journal of Occupational Therapy*, 2007, 70, 2, p. 50-59 ; G. Waghorn, C. Lloyd, & H.W. Tsang, « Vocational rehabilitation for people with psychiatric and psychological disorders », *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 2008.

à la **restauration du pouvoir d'agir** (*Empowerment*) et d'**estime de soi**²¹, notamment permise par un sentiment d'efficacité personnelle accru, la construction d'une identité positive de professionnel compétent et par un sentiment d'appartenance et d'utilité sociale renforcé²². En outre, selon une approche de la psychodynamique du travail, proposée par C. Dejours, l'importance donnée à une « normalité » et aux conditions d'accès au « plaisir au travail » est une voie d'accès au champ clinique de « la santé par le travail »²³. Elle émane de la **reconnaissance par soi-même** de la qualité de son propre travail, soutenue par la dynamique de la **reconnaissance de l'autre** et qui donne accès à la « **construction de relations** avec les autres humains sur le mode de la fraternisation ». Enfin, selon une approche psychanalytique, l'exercice d'une activité professionnelle satisfaisante offre également la possibilité au sujet de se reconnaître dans son œuvre et d'édifier une nouvelle image de soi liée à une réalisation objective, processus faisant écho à celui d'une « reconstruction sublimatoire du Moi »²⁴ décrit par S. de Mijolla-Mellor.

La présente recherche doctorale succède à une première étude exploratoire menée en 2017²⁵, évaluant rétrospectivement (2013-2016) l'expérimentation du dispositif Emploi Accompagné conduite par 5 structures médico-sociales accompagnant des personnes en situation de handicap psychique ou mental. Elle décrit la mise en œuvre effective du dispositif Emploi Accompagné par 27 structures médico-sociales réparties sur 25 départements français, de 2018 à 2021. Toutefois, l'étude longitudinale s'est étendue jusqu'en 2022, en raison de notre souhait d'augmenter l'effectif de participants volontaires, notamment en raison de reports d'entrée dans le dispositif de certaines personnes durant la crise sanitaire Covid-19 ainsi que de la disponibilité de places pour de nouveaux accompagnements au sein de différentes structures.

La présente thèse est structurée en cinq grandes parties. Dans la **première partie**, nous introduisons et définissons le nouveau paradigme du rétablissement en santé mentale, après avoir exploré brièvement l'évolution des réponses thérapeutiques et sociales mobilisées en

²¹ H.L. Provencher, « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques », *Santé mentale au Québec*, 2002, 27, 1, p. 35-64.

²² F.P. Walsh, & A.C. Tickle, « Working towards recovery : the role of employment in recovery from serious mental health problems : a qualitative meta-synthesis », *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2013, 17, 2, p. 35-49.

²³ C. Dejours, « Conditions d'accès au plaisir dans le travail. Ouverture du Cippt 11. 7 octobre 2021. », *Travailler*, 2022, 48, p. 11-28.

²⁴ S. de Mijolla-Mellor, « II. La reconstruction sublimatoire du Moi », *Le choix de la sublimation*, 2009, p. 349-369.

²⁵ B. Pachoud, M.G. Marec, M. Corbière, *Étude évaluative de cinq dispositifs d'emploi accompagné pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental (GPS emploi / Fegapei -Nexem)*, 2017. https://nexem.fr/app/uploads/2017/06/rapport_Nexem_emploi-accompagne_VV_Num.pdf.

Occident à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous précisons également le cadre théorique selon lequel l'exercice d'une activité professionnelle satisfaisante constitue un vecteur potentiel du processus de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique. A la suite, nous présentons l'histoire, les principes fondamentaux et les valeurs de la **méthodologie *Individual Placement and Support* (IPS)**, dont les modalités d'organisation des structures et d'exercice des conseillers en emploi, méthodologie à laquelle se réfère le dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique. Enfin, nous concluons cette première partie par la présentation des principaux résultats et observations issus de l'étude exploratoire.

Dans la **deuxième partie**, nous présentons la **méthodologie mixte**, combinant approches qualitatives et quantitatives, utilisée pour décrire et caractériser la mise en œuvre du dispositif Emploi Accompagné par les 27 structures participant à l'étude. Nous décrivons les méthodes utilisées pour le recueil des différentes données de la présente recherche. Enfin, nous décrivons en détail les échelles standardisées utilisées pour apprécier : le degré de fidélité des structures à la méthodologie IPS, les compétences mobilisées par les conseillers en emploi accompagné, l'évolution des perceptions du monde professionnel et de l'état de santé des personnes accompagnées, ainsi que la qualité de vie (subjective) au travail et la disponibilité des aménagements de poste et des soutiens disponibles sur le lieu de travail des personnes ayant accédé à un emploi au cours de l'étude.

Dans la **troisième partie**, nous exposons les **résultats** obtenus au cours de cette étude. Tout d'abord, nous présentons les structures participantes ainsi que leurs résultats globaux en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées. Ensuite, à l'aide d'une analyse de contenu, nous exposons les valeurs et les leviers d'efficacité de la pratique identifiés par les équipes des structures. Les résultats de la passation de l'échelle IPS-25 permettant la mesure du degré de fidélité des structures à la méthodologie et de l'échelle des compétences mobilisées par les conseillers sont également présentés en détail. Enfin, nous présentons les résultats obtenus aux différentes échelles professionnelles et cliniques aux trois temps de l'étude longitudinale²⁶ menée auprès des personnes accompagnées, de manière globale et aussi en tenant compte de l'évolution de leur situation d'emploi.

Dans la **quatrième partie**, nous proposons une **typologie de structures** porteuses du dispositif Emploi Accompagné en France, identifiée selon leur degré de fidélité aux principes IPS et à

²⁶ à l'entrée dans le dispositif, à 6 mois et à 1 an.

certaines de leurs spécificités. A l'aide d'une analyse de classification, nous avons identifié quatre profils de structures que nous décrivons selon : leurs caractéristiques spécifiques IPS ; leurs résultats de performance en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées ; les compétences mobilisées par leurs conseillers en emploi accompagné ; ainsi que les parcours professionnels et cliniques des personnes accompagnées par les différents groupes de structures, volontaires pour participer à cette étude.

Enfin, dans la **cinquième partie**, nous **discutons** de l'ensemble des résultats obtenus, en les **comparant** notamment avec ceux de l'étude exploratoire, ceux de l'évaluation nationale de l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives (ANSA)²⁷ menée sur la période de l'étude ainsi qu'à d'autres études IPS menées dans différents pays. Nous abordons également des **implications pratiques** de cette étude pour répondre à **certaines difficultés identifiées** au sein de diverses structures. Enfin, nous soulignons les limites de l'étude et proposons des **perspectives d'amélioration pour l'évaluation** du dispositif en France, susceptibles d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes en situation de handicap psychique.

²⁷ ANSA, *Suivi et évaluation du dispositif au 31 décembre 2020*, 2022. <https://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/nouvelle/deploiement-et-evaluation-du-dispositif-emploi-accompagne>; ANSA, *Analyse des organisations et des méthodes d'accompagnement, juin 2021*, 2022. <https://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/nouvelle/deploiement-et-evaluation-du-dispositif-emploi-accompagne>.

Première partie : Du rétablissement des personnes en situation de handicap psychique à la mise en œuvre de l'Emploi Accompagné en France

Dans cette première partie, nous rappelons brièvement, au cours du premier chapitre, les différentes réponses thérapeutiques et sociales mobilisées en Occident à l'égard des personnes considérées comme successivement « atteintes de folie », « insensées », « aliénées », « malades mentales », « malades psychiatriques » et « personnes en situation de handicap psychique ». Nous explicitons ainsi le déplacement opéré d'une approche dite excluante du traitement des personnes souffrant de troubles psychiques à une approche dite inclusive. Cette dernière approche s'appuie notamment sur le nouveau paradigme du « rétablissement » en santé mentale, paradigme que nous présentons au cours du deuxième chapitre, héritier du mouvement de prise de parole d'anciens patients de la psychiatrie et de professionnels de la santé mentale aux Etats-Unis dans les années 1970. De nos jours, l'exercice d'une activité professionnelle « satisfaisante » en milieu ordinaire de travail est reconnu comme un des leviers potentiels du processus de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique. En France, certaines associations médico-sociales accompagnant ce public ont depuis orienté leur pratique vers un accompagnement professionnel des personnes en milieu ordinaire de travail. La pratique de l'emploi accompagné pour les personnes en situation de handicap psychique s'est ainsi développée en France en s'inspirant de la méthodologie américaine *Individual Placement and Support* (IPS), fondée sur la notion de rétablissement. Nous présentons cette méthodologie au cours du troisième chapitre. Enfin, dans le quatrième chapitre, nous présentons les principaux résultats de l'étude exploratoire²⁸ menée dans le cadre de l'expérimentation nationale du dispositif Emploi Accompagné en France, porté par 5 associations médico-sociales entre les années 2013 et 2016.

²⁸ B. Pachoud, M.G. Marec, M. Corbière, *Étude évaluative de cinq dispositifs d'emploi accompagné pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental (GPS emploi / Fegapei –Nexem)*, 2017. https://nexem.fr/app/uploads/2017/06/rapport_Nexem_emploi-accompagne_VV_Num.pdf.

Chapitre 1 : Brève histoire des réponses thérapeutiques et sociales mobilisées à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques en Europe et aux Etats-Unis

Pour contextualiser l'émergence du référentiel théorique de la notion de « rétablissement » dans le champ de la santé mentale et tenter d'en appréhender la définition, nous parcourons brièvement, en premier lieu, l'Histoire de la folie et de la psychiatrie en Occident. Nous suivons notamment l'ouvrage²⁹ de l'historien Claude Quétel qui offre un éclairage approfondi, au cours des siècles, de différentes réponses sociales, théoriques ou thérapeutiques, suscitées par la problématique de la « folie » dans les sociétés occidentales. Ces réponses illustrent diverses représentations de la folie construites par la société selon les époques, conduisant à différentes « prises en charge » des personnes concernées selon les perspectives de « guérison » et l'appartenance sociale de ces personnes. Selon Jean-Luc Roelandt, « la question de l'incurabilité de la folie a traversé les âges et l'histoire, et elle témoigne de comportements et de croyances très variés »³⁰.

1. De la charité chrétienne au Moyen-Âge à la volonté d'une prise en charge spécifique de la folie à l'ère de la Révolution en France

Durant l'**Antiquité**, pour soigner les « fous », Hippocrate et ses continuateurs prescrivaient des méthodes incluant essentiellement des traitements corporels tels que les saignées ou l'incorporation de racines d'ellébore, partant du postulat que la **santé du corps** serait la condition de la possibilité de la **santé de l'âme**³¹. La prise en charge médicale supposait l'existence d'une famille ayant la capacité de rémunérer le médecin et au sein de laquelle la personne pouvait être soignée. Les écrits de l'époque n'abordent guère le sujet de la guérison. Concernant la réponse sociale, selon les historiens, il est plus délicat d'identifier une quelconque prise en charge collective.

²⁹ C. Quétel, *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012.

³⁰ J.-L. Roelandt, « 7. De la psychiatrie à la santé mentale, de la guérison au rétablissement », *Santé mentale : guérison et rétablissement*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2015, p. 63-77.

³¹ C. Quétel, « On a toujours soigné les fous », *Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2014, p. 43-46.

Durant la période **médiévale chrétienne**, la folie est le plus souvent interprétée comme une manifestation du **surnaturel**, résultant d'un don divin ou d'une possession démoniaque. Il n'est ni question de l'individu ni de son environnement. Les récits au sujet des « guérisons miraculeuses » lors de pèlerinages sont nombreux, notamment concernant les personnes dont la **maladie s'est installée depuis peu**. Cette temporalité courte de la « folie » avec « rémission » voire « guérison » sera observée au cours de siècles ultérieurs. Les pèlerinages « thérapeutiques » à l'époque médiévale sont fortement préconisés et peu onéreux. Par ailleurs, l'hôpital chrétien (dans lequel le médecin n'exerce pas), s'appuyant sur les valeurs de charité et d'assistance, est alors conçu pour accueillir les malades, les indigents et les pèlerins. Il ne tarde pas à connaître le **surpeuplement** et oblige à une rotation des personnes accueillies, à leur en limiter l'accès, voire refuser l'hospitalité aux « incurables ».

Si le « fou » importune la société, sa famille, civilement responsable, est contrainte de l'enfermer à domicile ou bien de le placer dans une communauté religieuse si elle en a les moyens financiers. Les fous dits « sans aveu »³² sont quant à eux expulsés des grandes villes. Les fous dits « furieux », considérés comme dangereux ou fauteurs de trouble à l'ordre public, sont enfermés dans des prisons à titre de « précaution ». L'**irresponsabilité civile** est conséquente à l'**assignation à la folie**. Elle est le plus souvent invoquée par les familles lors de procès en « rémission », après une première condamnation à mort. Elle permet en outre à la famille d'obtenir les biens du parent « fou » mis sous séquestre³³. Il est en de même pour les cas de suicide, considérés à cette époque comme des crimes. Cette incapacité civile suscite (déjà) la réaction de quelques médecins³⁴ revendiquant la notion « d'intervalles de temps de lucidité » du fou durant lesquels leurs droits civiques devraient leur être restitués.

Sous l'**Ancien Régime**, selon un discours historique³⁵, l'enfermement ne serait pas tant dû à un fonctionnement idéologique de correction de la Dérison qu'à un fonctionnement pragmatique d'une tentative de lutte contre la **mendicité** en Europe. Depuis la fin du Moyen-Âge, le nombre de personnes errantes rejoignant les grandes villes pour y mendier ne fait que croître. La théologie ancienne de l'aumône laisse progressivement place à une « idéologie nouvelle de l'enfermement »³⁶ envers des mendiants vécus comme menaçants et auxquels la société

³² Non reconnus par qui que ce soit.

³³ Ce qui n'est pas le cas de la coutume anglaise qui protège les biens des insensés.

³⁴ Comme Moïse Maimonide au XII^e siècle.

³⁵ C. Quétel, « L'évangile selon Foucault », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 87-98.

³⁶ C. Quétel, « L'hôpital général », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 99-130.

reproche de vivre sans religion, sans normes sociales. Les édits royaux d'enfermement des mendiants se succèdent au cours du XVI^e siècle tout en posant la question de la distinction entre les mendiants « valides » qui bénéficieraient de l'aumône accordé aux mendiants « non valides ». La création des « hôpitaux des pauvres enfermés », précurseurs de l'Hôpital général dont les villes les plus importantes se dotent au début du XVII^e siècle, servent alors d'établissements d'assistance. Pour autant, le travail y est obligatoire et des punitions corporelles sont exécutées. L'Hôpital général n'est pas une réussite et les moyens financiers manquent malgré quelques dons importants à certaines périodes. En outre, les établissements se dégradent et risquent bientôt de tomber en ruine.

Au milieu du XVIII^e siècle, la volonté de traiter séparément les « valides » et les « non valides » donne lieu à la création de « dépôts de mendicité » comme relais de l'enfermement pour les indigents et de « maisons de force » destinées aux correctionnaires des familles ayant la capacité de payer une pension. Une lettre de cachet demandée au souverain permet le placement dans une maison de force. Les principaux demandeurs sont des particuliers (90% des demandes)³⁷, des familles dont l'honneur serait en danger, et aussi des communautés d'habitants. Toutefois, les familles demandent le placement de leurs insensés dans les mêmes maisons que leurs correctionnaires. Finalement, les « insensés » et les « correctionnaires » résident conjointement au sein des maisons de force³⁸.

A la **fin du XVIII^e** siècle, l'Hôpital général de Paris accueille, en plus de ses résidents, ceux des maisons de force de province dont les familles ne peuvent plus payer la pension. Des **registres d'entrées et de sorties** sont alors tenus, ainsi que des rapports d'inspection. Ils permettent d'obtenir quelques « témoignages de la folie » pendant l'internement. C'est le **comportement** des personnes qui est décrit sur les rapports des **magistrats**, sans restitution d'un quelconque examen clinique effectué par un médecin. Certaines familles demandent la sortie de leur insensé après quelques années. Elle est autorisée, le plus souvent, non pas en raison d'une guérison mais en raison d'un comportement « calme » ou bien encore parce que l'insensé est « capable de retourner dans la société sans inconvénients ». Les insensés considérés comme dangereux ne sont pas autorisés à sortir.

L'administration royale prend acte du fonctionnement peu satisfaisant de l'Hôpital général, des maisons de force et des dépôts de mendicité. L'assistance devient une grande priorité. Le

³⁷ C. Quétel, « Le relais des maisons de force », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 131-164.

³⁸ Les proportions entre les deux populations sont inégales d'un établissement à l'autre et le traitement accordé diffère en fonction du montant des pensions versées par les familles.

courant de la charité laisse place au courant philanthropique. Une inspection générale des hôpitaux civils, des hôpitaux généraux, des maisons de force et des dépôts de mendicité est instituée. Elle dénonce l'état dégradé des bâtiments ainsi que des **mauvaises conditions de vie**. De plus, elle souligne la problématique du **nombre croissant des insensés** dans les hôpitaux généraux auxquels un statut spécifique d'internement devrait être attribué.

En 1785, sur ordre du gouvernement paraît *l'Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés*, c'est le premier acte d'une **prise en charge spécifique de la folie par les pouvoirs publics en France**. Toutefois, les moyens financiers manquent pour appliquer les réformes. A cette période, le « diagnostic » de folie relève du **statut juridique**. Il est défini comme « l'état d'une personne affaibli au point d'ignorer si ce qu'elle fait est bien ou mal » et il en revient au juge d'en attester (et non au médecin). Toutefois, Louis XVI sollicite l'Académie des Sciences au sujet de la réforme des hôpitaux. Jacques-René Tenon³⁹, premier chirurgien de la Salpêtrière, est alors chargé, entre autres, de visiter les hôpitaux en Angleterre, considérés comme modèles en Europe de la prise en charge de la folie.

Au lendemain de la Révolution, les lettres de cachet ont été abolies, l'assistance publique laïcisée incombe désormais à l'État et doit être financée par l'impôt. Un Comité de mendicité composé de philanthropes engagés dans la lutte contre la misère est tenu de « proposer des lois sur l'amélioration des hôpitaux, des maisons de force et des prisons »⁴⁰ à l'Assemblée nationale. Les carences des différents établissements sont à nouveau dénoncées ainsi que leur surpeuplement. Selon le Comité, rien n'a été entrepris jusque-là pour tenter de soigner les fous, la préoccupation première ayant toujours été relative à la **sécurité publique**, contrairement à ce qui est pratiqué dans d'autres royaumes européens, notamment en Angleterre⁴¹. Le Comité préconise (déjà) des **secours à domicile** avec un médecin des pauvres affecté par secteur⁴². Pour autant, nulle nouvelle disposition juridique ne voit le jour concernant la prise en charge des insensés hormis deux dispositions de police permettant de pénaliser ceux qui laisseraient divaguer les insensés. Finalement les dépôts de mendicité continuent de fonctionner en ne changeant que leur nom en « maison de répression » et les maisons de force (religieuses)

³⁹ (1724-1816), membre de l'Académie de médecine puis des sciences.

⁴⁰ C. Quétel, « La Révolution ou le retour à la case départ », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 193-208.

⁴¹ Dès le XVII^e siècle, l'Angleterre est dotée d'un hôpital spécialisé pour les fous, le Bethleem Hospital de Londres, dit le Bedlam. L'apothicaire s'y rend tous les jours et le médecin trois fois par semaine. Toutefois, de nombreux établissements non spécialisés existent en Angleterre comme en France.

⁴² le canton pour les campagnes, deux arrondissements pour les villes.

continuent de fonctionner officieusement⁴³. Seules les pensions privées laïques à Paris devenues « maisons de santé » ont pu rester ouvertes. La situation des insensés ne s'améliore pas et leur **mortalité**⁴⁴ est **élevée** dans les dépôts de mendicité.

La prise en charge des insensés évolue différemment de l'autre côté de la Manche au XVIII^e siècle. En Angleterre, des hôpitaux destinés spécialement aux insensés et gratuits pour les pauvres sont construits. Par ailleurs, l'internement des insensés dans les asiles privés est réglementé. En 1796, un nouvel établissement « La Retraite » est ouvert à l'initiative des quakers. L'établissement accueillent 30 malades et compte 7 salariés qui y exercent conjointement un traitement médical et un traitement moral, il « faut aider le patient à se contrôler lui-même ». Il est question d'éducation, d'autorité et d'un **dialogue adapté à chaque patient**. La *Description de la Retraite* prend une place de modèle pour les futurs aliénistes.

2. Le XIX^e siècle ou la création de l'asile

Les **représentations** de la folie et des possibilités de guérison évoluent en France au début du XIX^e siècle. Pinel (1745-1826), médecin-chef de la Salpêtrière, abolit les méthodes thérapeutiques brutales et tente de « rétablir » un **dialogue avec les insensés**. Il s'inspire notamment des observations de son « surveillant des fous », Pussin, pour proposer de libérer les aliénés de leurs chaînes. Aussi théoricien, il publie en 1800 le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, traité selon lequel la manie serait la folie la plus susceptible de « guérir ». Il prône l'observation de la maladie mentale, suggérant alors d'exercer une « médecine philosophique »⁴⁵ auprès des aliénés. Selon Pinel, la folie trouverait ses origines dans les passions et il propose en conséquence :

la possibilité d'envisager un commerce thérapeutique avec ce sujet, qui sait quelque part son aliénation et se défend contre elle. D'où la visée qui surgit d'un traitement tenant tout entier dans l'élément du rapport de parole

Selon l'historien Claude Quétel, « cette rupture théorique fonde la psychiatrie »⁴⁶. Pinel défend l'exercice d'un traitement thérapeutique humain, tout en insistant par ailleurs sur le « pouvoir

⁴³ Nombreux sont les exemples comme celui du Bon Sauveur de Caen dont la communauté s'est repliée sur d'autres maisons après la libération des pensionnaires de force, l'interdiction des vœux monastiques et la suppression des congrégations religieuses.

⁴⁴ Le taux de mortalité parmi les insensés à Beaulieu est de 57% quand il est de 13% pour les détenus.

⁴⁵ Pinel n'est pas le premier à élaborer cette idée, Daquin (1757-1815), philanthrope et médecin de Chambéry publiait en 1791 *La Philosophie de la folie*, ouvrage insistant sur le recours à la philosophie comme traitement de la folie.

⁴⁶ C. Quétel, « Pinel éponyme », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 247-258.

du médecin » et sur l'importance de son autorité auprès de l'insensé pour la curation de sa folie. Esquirol (1772-1840), élève puis collaborateur et continuateur de Pinel à la Salpêtrière, publie sa thèse en 1805 intitulée *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Il présente au ministre de l'Intérieur en 1818 le rapport *Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer*, qu'il actualise en 1838 et dans lequel il conçoit l'asile comme :

Une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales

Esquirol s'éloigne ensuite de sa conception première du traitement moral de l'individu au cours de sa réflexion théorico-pratique pour donner la place à un traitement moral collectif. Le traitement moral est finalement progressivement délaissé à mesure que le discours organiste de la neuro-psychiatrie progresse. Seul Lasègue (1816-1883), philosophe et médecin, redonne de l'importance au **traitement individuel** et propose de trouver dans le malade lui-même le « principe de guérison »⁴⁷. Il attire aussi l'attention sur les problématiques éventuelles que pourraient soulever différents types de caractère du médecin dans le traitement des malades.

A la suite de ce nouveau débat théorico-pratique au sujet du traitement de la folie, émerge la nécessité de **soigner les insensés** et d'élaborer un nouveau cadre juridique et administratif à leur internement. Il faut d'une part, pouvoir les empêcher de nuire à la société ou à eux-mêmes et aussi d'autre part, pouvoir les soigner. Une longue période de débats s'ouvre alors, notamment au sujet du financement de la prise en charge des aliénés (État, département, commune ou famille). Dans les différents rapports d'inspection sont soulignés la grande diversité et la disparité des établissements d'un département à l'autre, qu'il s'agisse de leurs états, de leurs tailles, de leurs statuts juridiques ou de leurs coûts. De nombreux aliénés sont encore enfermés dans les **prisons** et les dépôts de mendicité.

Il faut attendre la **loi** (de finances) du **14 juin 1838**, dite « Loi des aliénés » pour que chaque département soit tenu de disposer d'un établissement spécialisé pour les aliénés. C'est la création de l'**asile** dont la direction incombe à l'autorité publique. C'est à la fois une loi de police et une loi de bienfaisance⁴⁸. Toutefois, les recommandations médicales des aliénistes ont été peu prises en compte durant la préparation de la loi.

⁴⁷ C. Lasègue, « Questions de thérapeutique mentale », *Annales médico-psychologiques*, cité par J. Postel, « Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle », *L'Évolution psychiatrique*, 1979, 3.

⁴⁸ C. Quétel, « La loi de 1838 sur les aliénés », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 275-294.

La nouvelle réglementation de placement des aliénés fonctionne selon deux modes : « le placement volontaire » ou « le placement ordonné par l'autorité publique »⁴⁹. Pour la première fois, le **médecin** exerce un rôle dans l'internement des aliénés. Le certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement est demandé pour compléter tout dossier d'entrée à l'asile. Par ailleurs, pour chaque établissement, un médecin est choisi par le directeur de l'asile, lui-même nommé par le ministre. Avec le souhait d'éviter des internements abusifs, trois instances doivent s'équilibrer pour les demandes d'internement : préfectorale, judiciaire et médicale.

De nombreux questionnements théorico-pratiques traversent les aliénistes durant plus d'un siècle. Ils se questionnent notamment au sujet de la taille des asiles et du classement des malades à organiser par quartier (plutôt en fonction du comportement que de la nosographie) ou en fonction de la capacité de paiement des familles. De nombreux asiles sont construits à partir de 1852, dont l'asile de Sainte-Anne en 1867, aussi dédié à l'enseignement et à la recherche. Cette dynamique de construction est rendue possible grâce à l'expansion économique du Second Empire, jusqu'à la guerre de 1870.

Concernant la vie quotidienne à l'asile, toute la journée est minutieusement réglée, « guerres et révolutions peuvent passer devant les murs de l'asile sans que le rituel de la vie quotidienne s'en trouve modifié »⁵⁰. Le **travail** y prend une valeur de « travail thérapeutique », pour **distraire** de la « folie ». Toutefois, dans les faits, il s'agit finalement d'un travail effectif de 10 heures par jour, pour une faible rémunération⁵¹. Celles et ceux qui s'y refusent sont menacés de privations voire de sanctions. Par ailleurs, un des « critères objectifs » de sortie est la capacité à travailler pour s'insérer dans la société. C'est le médecin-chef qui juge de cette capacité, lors d'une courte visite, en raison du **nombre important de malades** dont l'état est à évaluer.

Selon la Statistique générale de France⁵², 8,24%⁵³ de guérisons sont comptabilisées pour la période 1856 à 1860 dont 62% de malades internés depuis moins de 6 mois et moins de 10% au-delà de 2 ans. Plus de la **moitié** (53%) des **internés entrants meurent** à l'asile. Concernant l'étude⁵⁴ des dossiers relatifs aux demandes d'internement des placements volontaires (43% des

⁴⁹ Plus tard dit « d'office ».

⁵⁰ C. Quétel, « Les murs de l'asile », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 325-378.

⁵¹ Au Bon-Sauveur de Caen par exemple, en 1867, 68% des hommes et 78% des femmes travaillent à temps complet.

⁵² 2e série t. IV – statistique des asiles d'aliénés pour les années 1854 à 1860.

⁵³ C. Quétel, « L'asile ne guérit pas », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 431-456.

⁵⁴ Les statistiques suivantes ont été établies à l'aide de la construction d'un échantillon suffisamment représentatif des registres d'internement (celui du Bon-Sauveur de Caen pour la période de 1838-1925) avec le concours du professeur Pierre Chaunu pour l'histoire quantitative et du professeur Pierre Morel pour la psychiatrie.

internements), peu d'informations sont données au sujet des antécédents de la personne. En revanche, il y est souvent indiqué que la personne a **abandonné son travail** complété par un constat « d'état d'agitation » décrit par l'environnement social de la personne, sans pour autant le contextualiser.

De même que sous l'Ancien Régime, l'internement émane le plus souvent d'une « folie perturbatrice de l'ordre public » et aussi fréquemment à la suite d'une tentative de suicide. En outre, les « agités dangereux », confondus le plus souvent avec les « agités potentiels », représentent une **vingtaine de meurtriers sur 18 000** admissions. La **demande d'internement** pour folie est le plus souvent justifiée par **une crainte d'un passage à l'acte de l'environnement social** que par un passage à l'acte effectif. Par ailleurs, la **pauvreté** des personnes qui fait l'objet de la plupart des demandes d'internement apparaît déterminante, leurs familles n'ont pas la capacité de s'occuper d'elles à domicile. Le nombre (à nouveau) croissant des demandes d'internement, le plus souvent à l'initiative des familles et des administrations locales, déborde rapidement les capacités d'accueil et les finances publiques. Les **asiles** sont devenus progressivement des lieux d'enfermement dans lesquels sont finalement réunis les **pauvres**, les **criminels** et les **irresponsables**. Selon Jean-Luc Roelandt, « cette proximité pauvreté – criminalité – « folie » allait modeler les représentations sociales pour les siècles à venir »⁵⁵. Très **peu de témoignages de guérisons**, datant de cette époque, ont été retrouvés. Il était probablement préférable de **se taire** au sujet de séjours passés internés à l'asile. L'asile, initialement pensé comme un lieu thérapeutique pour le traitement moral, a finalement produit « de la stigmatisation, de la honte et du silence »⁵⁶. Concernant les motifs de sortie des personnes, ils étaient le plus souvent liés à une baisse de l'agitation de celles-ci, se référant (à nouveau) à leurs comportements.

En 1906, une circulaire ministérielle⁵⁷ oriente vers un « désencombrement » des asiles. Une nouvelle logique de sortie des asiles est alors observée avec les mentions « guéri-essai » ou « guéri-présumé » ou encore « en apparence guéri, ne paraissant pas dangereux et pouvant être sans inconvénient rendu à la liberté »⁵⁸. De nombreuses critiques émanent de la part des anciens aliénés et des aliénistes, constatant l'échec thérapeutique de ces établissements coûteux. Les asiles auraient davantage favorisé l'incurabilité des personnes en **chronicisant leurs troubles**

⁵⁵ J.-L. Roelandt, « 7. De la psychiatrie à la santé mentale, de la guérison au rétablissement », *Santé mentale : guérison et rétablissement*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2015, p. 63-77.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ signée par Georges Clémenceau, ministre de l'Intérieur.

⁵⁸ C. Quétel, « L'asile ne guérit pas », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 431-456.

plutôt que leur guérison. De la seconde moitié du XIX^e siècle aux premières décennies du XX^e, l'internement en réponse à un danger (potentiel) pour la sécurité publique reste privilégié, faute de places et de financements.

Concernant les pays voisins occidentaux⁵⁹, les réponses institutionnelles ont divergé d'un pays à l'autre au cours du XIX^e siècle. Toutefois, ces réponses furent apportées dans le prolongement théorique de Pinel qui « éleva l'insensé à la dignité de malade ». Les observations et activités de recherche de divers réformateurs au sujet de la prise en charge des « aliénés », tels que Pinel, Tuke, Dix ou Chiarugi en Europe ou aux Etats-Unis ont permis un changement de paradigme :

Traités avec humanité, les malades mentaux voient leurs symptômes s'atténuer, leur état évoluer favorablement, et le résultat est beaucoup plus satisfaisant qu'avec l'internement coercitif ou des procédés brutaux⁶⁰

3. Le XX^e siècle ou la révolution psychopharmacologique et les services de santé mentale communautaires

Avant la Première Guerre mondiale, différents courants de pensée et de recherche émergent au sujet de la maladie mentale en Occident. La création de la revue l'Encéphale illustre l'intérêt suscité par ce domaine de recherche en France. Fondée en 1906, elle avait pour objet initial de mieux intégrer la pathologie mentale à la réflexion médicale générale. En 1909, un premier Comité de l'hygiène mentale est fondé aux Etats-Unis à l'initiative d'Adolf Meyer, psychiatre, et de Clifford Beers⁶¹, diplômé de Sciences de l'ingénierie, ancien patient de divers hôpitaux psychiatriques publics ou privés, et dont tous les frères et sœurs avaient perdu la vie au sein d'hôpitaux psychiatriques. Ce Comité a notamment pour objet l'étude de réformes de la législation du traitement des malades mentaux, promouvant la prévention des maladies au-delà des murs de l'hôpital, une bienveillance à l'égard des malades et une confiance dans l'espoir de guérison⁶².

Par ailleurs en France, Émile Durkheim (1858-1917) instaure le courant sociologique en identifiant les spécificités des faits sociaux et propose la notion d'interaction des malades mentaux en conflit avec le milieu social. Minkowski (1885-1972) introduit le courant de

⁵⁹ Pour davantage de détails, se reporter à l'annexe p 362.

⁶⁰ Organisation Mondiale de la Santé, *L'OMS et la Santé Mentale 1949-1961*, Genève, 3, 1962.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258530/OMS-Sante-Mentale-1949-1961-fre.pdf>.

⁶¹ Nous précisons l'implication de cet homme dans l'historique de la notion de rétablissement dans le chapitre suivant.

⁶² A. Meyer, « National mental hygiene : the mental hygiene movement », *The Canadian Medical Association Journal*, 1918, p. 632-634.

l'approche phénoménologique de la maladie mentale. Il prône une attitude de compréhension face au malade qui est dorénavant envisagé comme une personne dans sa globalité.

Toutefois, selon Claude Quétel, c'est l'avènement de la psychanalyse avec le concept de l'inconscient qui marque le développement de la psychiatrie au début du XX^e siècle en Europe. Les symptômes sont alors appréhendés comme conséquences de conflits psychiques méconnus du sujet et trouvant leurs origines dans son histoire infantile. La « cure par la parole », dispositif psychanalytique, peut permettre leur reconnaissance et leur dissolution, notamment lorsqu'il est question de symptômes hystériques ou névrotiques. Bleuler (1857-1939), psychiatre suisse de renommée internationale à Zurich est un des premiers médecins à reconnaître⁶³ Freud (1856-1939). Ce sont notamment ses élèves⁶⁴ qui diffusent la psychanalyse au sein de la psychiatrie ainsi que le neurologue et psychanalyste hongrois Sándor Ferenczi⁶⁵ (1873-1933). Outre les divergences doctrinales, la théorie psychanalytique se déploie en Europe et aux Etats-Unis⁶⁶. Selon Pierre Delion, Freud a engagé la psychiatrie sur une voie différente qui considère le malade mental comme un frère en humanité « capable de s'appuyer sur ses propres ressources et sur celles de sa communauté d'appartenance pour changer de trajectoire destinée »⁶⁷. La relation thérapeutique, conceptualisée par Freud comme « relation transférentielle », offre une possibilité au patient de transformer son existence en profondeur.

Toutefois, avant la Seconde Guerre mondiale, la psychanalyse freudienne s'est essentiellement intéressée aux pathologies névrotiques (névrose hystérique, névrose phobique, névrose obsessionnelle) et aux névroses dites traumatiques de guerre. Le dispositif de la cure-type n'était pas approprié aux pathologies archaïques⁶⁸, pathologies nécessitant des prises en charges différenciées⁶⁹.

Durant la Seconde Guerre mondiale, la famine⁷⁰ cause une importante augmentation du taux de mortalité au sein des hôpitaux psychiatriques surpeuplés, révélant une incapacité de l'institution asilaire à protéger ses malades, hormis quelques exceptions remarquables. L'approche aliéniste est réellement abandonnée, notamment avec l'influence en France de psychiatres résistants

⁶³ Ils codirigent la première revue de psychanalyse fondée par Freud en 1908.

⁶⁴ Karl Abraham (1877-1925), le Suisse Ludwig Binswanger (1881-1966), l'Américain Abraham Arden Brill (1874-1948) et Carl Gustav Jung (1875-1961)

⁶⁵ président de l'Association Internationale de Psychanalyse en 1918.

⁶⁶ Franz Alexander (1891-1964), psychiatre psychanalyste, émigre aux Etats-Unis en 1930 et y fonde à Chicago un Institut de psychanalyse en 1932.

⁶⁷ P. Delion, « Introduction », *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne*, 2011, p. 1-12.

⁶⁸ notamment les psychoses dont la schizophrénie.

⁶⁹ P. Delion, *Urgence de la psychothérapie institutionnelle, Campagne Première*, Paris, 2023, p. 38.

⁷⁰ notamment en raison du manque de nourriture dû aux prélèvements de l'Allemagne.

comme l'illustre l'expérience de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, établissement dans lequel patients, psychiatres et infirmiers ont coopéré et ont pu survivre⁷¹ pendant la Guerre. A l'initiative de François Tosquelles, exilé d'Espagne, psychiatre désaliéniste et formé à la psychanalyse, et de Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste français, les premières conceptions théoriques du mouvement de la psychothérapie institutionnelle ont été pensées au sein de cet établissement. La perspective initiale de ce mouvement était :

de structurer et d'aménager les hôpitaux psychiatriques de façon [à ce] qu'ils soient aptes à pouvoir y pratiquer des psychothérapies véritables⁷²

Ce mouvement de la psychothérapie institutionnelle attire de nombreux psychiatres français dont Jean Oury, interne en psychiatrie à Saint Alban en premier lieu, puis fondateur de la clinique de La Borde. Il s'intéresse particulièrement au champ de la clinique des psychoses et promeut, entre autres, le rôle essentiel des infirmiers et autres intervenants de l'institution au cours de la vie quotidienne des patients dans les soins psychothérapeutiques. Il y élabore le concept de « constellation transférentielle »⁷³. L'analyse institutionnelle est au cœur du dispositif de soins.

La psychothérapie institutionnelle enseigne que toute clinique de la psychose part d'une conception double de l'aliénation : l'aliénation mentale, repérable dans les symptômes psychopathologiques, et l'aliénation sociale touchant l'homme dans son rapport aux groupes qui l'entourent. La première concerne son entrée dans l'ordre du désir, la seconde dans l'ordre du social⁷⁴

Au sein du mouvement de la psychothérapie institutionnelle émerge le concept de la « clinique de l'activité » :

le patient en se livrant à des activités, dont celle du travail, seul et avec les autres, montrait ses ressorts pulsionnels et ainsi un pan de sa psychopathologie que la clinique du sujet couché ne pouvait dévoiler⁷⁵

Le nombre élevé de personnes⁷⁶ souffrant de troubles psychiatriques durant la Seconde Guerre mondiale, à l'instar de la Première, suscite un grand intérêt scientifique au sujet de la recherche internationale de méthodes préventives en psychiatrie en Europe et aux Etats-Unis. Elle prône une nouvelle forme de psychiatrie « sociale », prenant en compte les effets de tensions

⁷¹ notamment en cultivant un potager.

⁷² F. Tosquelles, « La Psychothérapie Institutionnelle : historique », *Éducation et psychothérapie institutionnelle*, Nîmes, Champ social, 2006, p. 31-71.

⁷³ ensemble des soignants qui sont au contact du patient présentant une pathologie archaïque, elle résulte d'un travail collectif au long cours, effectué par l'équipe qui accueille et soigne le patient en question.

⁷⁴ J. Mornet, « Introduction », *Psychothérapie institutionnelle : Histoire & actualité*, Nîmes, Champ social, 2007, p. 11-14.

⁷⁵ P. Delion, « Chapitre 3. Rappel historique », *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne*, 2011, p. 41-104.

⁷⁶ Au sein de la population générale et aussi des soldats.

extrinsèques, avec le déploiement de mesures préventives et curatives visant à adapter l'individu à une existence satisfaisante et utile dans le cadre social.

Au lendemain de la Guerre, la « santé mentale » (*mental health*) apparaît dans les pays anglo-saxons comme le nouveau référentiel théorique et effectif, intégré progressivement dans les politiques publiques et banalisé dans les discours scientifiques et la littérature⁷⁷. En 1946, est créée en Angleterre, la *National Association for Mental Health* (Association nationale pour la santé mentale), en charge de la publication du nouveau journal *Mental Health* tandis qu'aux Etats-Unis est acté le *National Mental Health Act*, finançant, entre autres, le *National Institute for Mental Health*, élevant la santé mentale de la population au rang de priorité fédérale.

En 1948, le premier Congrès international de Santé mentale est organisé à Londres⁷⁸ et donne lieu à la création de la Fédération mondiale pour la Santé mentale. La même année, les projets de préparation de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) défendent l'importance de la santé mentale au même titre de la santé physique. Elle intègre en préambule une définition de la santé appréhendée comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ».

Dès 1949, un comité d'experts de la santé mentale de l'OMS, composés de spécialistes de différents pays⁷⁹, se réunit pour penser et mettre en commun leur expérience et leurs connaissances scientifiques dans la perspective d'élever le niveau de santé mentale des populations, tout en promouvant des méthodes appropriées à la situation locale considérée.

En 1952, en France, une découverte majeure en pharmacologie marque une avancée décisive en psychiatrie pour le traitement des symptômes psychotiques. Jean Delay, professeur de psychiatrie et chef de service à Saint-Anne, et Pierre Deniker, élève de son École, démontrent l'efficacité de la chlorpromazine⁸⁰ sur l'ensemble de ces symptômes⁸¹. Son utilisation est généralisée à la fin des années 1950 dans les institutions psychiatriques et contribue fortement à la désinstitutionalisation.

⁷⁷ C. Doron, « L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psychopolitique », *Pratiques en santé mentale*, 2015, 61, p. 3-16.

⁷⁸ De nombreux psychiatres américains avaient exercé des fonctions de direction dans les services psychiatriques des armées alliées, notamment britanniques.

⁷⁹ 7 ou 8 spécialistes se réunissent par intermittence, choisis parmi une liste d'une centaine d'experts, provenant de 38 différents pays.

⁸⁰ première génération de neuroleptiques.

⁸¹ M. Masson, « Textes 22 et 23. À la découverte des neuroleptiques », *24 textes fondateurs de la psychiatrie Introduits et commentés par la Société Médico-Psychologique*, Armand Colin, 2013, p. 337-355.

Une série de rapports est publiée par le comité d'experts de la santé mentale entre 1949 et 1961⁸², formulant de nombreuses recommandations au sujet du développement des services de psychiatrie. En premier lieu, le comité encourage l'abandon des établissements hospitaliers fermés au profit de services psychiatriques étroitement liés à la vie de la collectivité. Il prône trois niveaux de prophylaxie⁸³ : « la prophylaxie primaire, de type classique, des troubles psychiques ; la prophylaxie secondaire, c'est-à-dire le traitement qui prévient les destructions ultérieures ; et la prophylaxie tertiaire, c'est-à-dire la réadaptation sociale du déficient psychique ».

Dans un rapport datant de 1953⁸⁴, le comité décrit deux modèles de services psychiatriques : soit un hôpital psychiatrique qui étend ses activités au sein de la collectivité, soit une équipe médico-sociale qui traite de tous les problèmes de santé mentale de la collectivité en utilisant l'hôpital comme un de ses instruments. Il souligne, à la suite, que le premier modèle se développe dans les pays ayant déjà un réseau d'hôpitaux psychiatriques existants alors que le second, dont la mise en œuvre serait souhaitable au sein des pays commençant à organiser leurs services psychiatriques, serait susceptible de donner lieu à de meilleurs résultats. Par ailleurs, ils recommandent un traitement à l'hôpital des personnes dans les cas où leur traitement à domicile se révélerait impossible, tels que les épisodes délirants ou les tentatives de suicide. En outre, les spécialistes prônent une « réadaptation », définie comme un effort à mettre en œuvre pour les malades, autant pour les personnes schizophrènes que pour les victimes d'un traumatisme psychique, afin qu'elles soient :

en mesure d'exercer dans la collectivité les activités les plus étendues possibles qui conviennent à leur personnalité, leurs intérêts, leurs aptitudes

Les spécialistes précisent qu'un grand nombre de médecins, notamment au sein des grands centres psychiatriques, ignorent les possibilités qu'offrent la réadaptation aux personnes et insistent sur l'importance d'aider les sujets à conserver ou à retrouver le contact avec la société et une forme d'activité. Pour ce faire, la psychiatrie se doit de coopérer avec le milieu collectif pour instaurer un milieu psycho-social favorable, les « attitudes de la collectivité » influant sur la réussite de l'adaptation des personnes.

Pour que les progrès de la psychiatrie moderne puissent être exploités au maximum, il faut que la société apprenne à collaborer à la prévention des troubles mentaux, au traitement et à la réadaptation des malades. En d'autres termes, la marche en avant ne pourra se poursuivre que si l'attitude de l'opinion

⁸² <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258530/OMS-Sante-Mentale-1949-1961-fre.pdf>.

⁸³ Ensemble des moyens destinés à prévenir l'apparition, la propagation ou l'aggravation des maladies.

⁸⁴ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258530/OMS-Sante-Mentale-1949-1961-fre.pdf>.

publique vis-à-vis des malades mentaux et vis-à-vis de la psychiatrie sociale elle-même évolue dans un sens favorable

Selon le comité, l'hospitalisation de longue durée à l'hôpital psychiatrique est non seulement le traitement le plus coûteux pour la société mais aussi elle exclut définitivement le malade de la société, elle est sans espoir de résultats thérapeutiques et elle aggrave l'état de la personne. C'est la période de l'instauration de la continuité des soins, comprenant, au-delà de la seule consultation avec le psychiatre, le recours à une diversité d'acteurs tels que les psychologues cliniciens, les ergothérapeutes, les assistantes sociales ou les travailleurs sociaux. Des lieux de préparation à la réinsertion dans la vie active des malades sortant de l'hôpital sont prévus, tels que les cliniques relais postcures, les ateliers protégés ou les communautés de travail agricoles ou industrielles.

Cette nouvelle organisation hospitalière est favorisée par les nouvelles découvertes de la psychopharmacologie qui, entre autres, permettent dorénavant de proposer des traitements à durée prolongée aux patients souffrant de psychoses chroniques, en agissant notamment sur des manifestations psychotiques telles que les hallucinations. D'autres traitements tranquillisants, antidépresseurs ou encore de régulation de l'humeur rencontrent à la suite un grand succès. Toutefois, de nombreux patients et psychiatres douteront ultérieurement des effets de ces traitements non associés à une psychothérapie et seront finalement appréhendés par certains comme un « maquillage psychique » ou encore une « camisole chimique ».

Cette nouvelle organisation de l'institution psychiatrique s'écarte du modèle hospitalocentriste et dispose d'un nouveau cadre légal en France, apporté par la circulaire du 15 mars 1960 qui instaure le « Secteur »⁸⁵, organisant les soins selon un découpage géodémographique de 70 000 habitants, secteur proche du domicile du patient. La même équipe médicale prend en charge l'ensemble des structures du secteur, les structures extrahospitalières se développent, permettant ainsi d'assurer la continuité des soins, de la prévention aux soins dits de postcures. La continuité des soins est selon Pierre Delion, une pratique fondamentale de la thérapeutique en psychiatrie, elle est « la condition de possibilité de la relation de transfert⁸⁶ dans le suivi des patients en psychiatrie »⁸⁷.

Entre 1960 et 1980, la moyenne de la durée d'hospitalisation diminue significativement (de 11 mois à 3 mois). Le patient est hospitalisé pour de plus courtes durées en unité de psychiatrie

⁸⁵ définitivement instaurée par la loi du 31 décembre 1985.

⁸⁶ J. Natanson, « L'évolution du concept de transfert chez Freud », *Imaginaire & Inconscient*, 2001, 2, p. 7-19.

⁸⁷ P. Delion, « Introduction » dans *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne*, 2011, p.1-12.

mais à une fréquence nettement supérieure. Ce même constat de l'augmentation du nombre des « réhospitalisations » est aussi observé aux Etats-Unis et dénommé *revolving door phenomenon*. En revanche, une nette progression de la prise en charge des patients est remarquable, en se référant au taux de mortalité des malades psychiatriques en 1984 (1,57%) qui n'est plus d'un niveau comparable à celui enregistré durant la période asilaire (plus de 50%). A partir des années 1970, la psychiatrie connaît une évolution significative, influencée par le contexte socioculturel, notamment marqué par la révolution de mai 1968 remettant en question les institutions traditionnelles, le mouvement de l'antipsychiatrie⁸⁸ critiquant l'utilisation massive de traitements médicamenteux et avec la séparation entre les spécialités de la psychiatrie et de la neurologie. En outre, de nouvelles thérapies comportementales, puis thérapies comportementales et cognitives (TCC) émergent en France à partir des années 1980, avec une approche fondée sur des protocoles standardisés et dont l'objectif est la modification de comportements actuels du patient et de schémas de pensée. Elles proposent une durée de traitement plus courte que les approches précédentes, répondant davantage aux attentes de la société.

Leur adoption est aussi favorisée par l'utilisation d'un système de classification des « troubles mentaux », le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁸⁹ (DSM), importé des États-Unis. Cette classification est diffusée par l'Association Américaine de Psychiatrie pour proposer un langage commun de la psychiatrie au sein des pays occidentaux et pour faciliter l'identification de troubles standardisés tels que l'anxiété, la dépression ou les troubles obsessionnels compulsifs, principaux domaines d'intervention des TCC. Il n'est plus question de symptôme, compris comme l'expression d'un conflit psychique inconscient mais de la description de caractéristiques du ou des troubles du comportement ou de l'humeur, relevant essentiellement d'un modèle biomédical.

Ces évolutions ont contribué au déclin de l'approche psychodynamique et de la psychothérapie institutionnelle au sein de la psychiatrie. Toutefois, cette classification, s'écartant de la psychopathologie clinique, n'a pas été adoptée par tous les pays ni par l'ensemble des psychiatres au sein de chacun des pays, comme c'est le cas en France.

⁸⁸ C. Quétel, « Les antipsychiatries » dans *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 499-538.

⁸⁹ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

4. Le XXI^e siècle ou la pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

En France, l'emploi de l'expression « handicap psychique » au sujet des personnes souffrant de troubles psychiatriques, a, dans un premier temps, été refusé par une majorité de professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale. L'expression « handicap » ne pouvait décrire un potentiel évolutif de l'état de santé de la personne, ne relevant pas du champ de la maladie et pouvant « écarter du soin actif »⁹⁰ des malades.

Au début des années 2000, avec l'évolution de la définition de la notion de handicap, précisée dans la Classification Internationale des Handicaps en santé mentale (CIH)⁹¹ proposée par l'OMS, distinguant les notions de désavantage, d'incapacité et de déficience⁹², les associations de familles de personnes en situation de handicap psychique⁹³ s'approprient cette expression dans une dimension militante. L'objectif est alors de sensibiliser le public et les politiques quant aux carences de la prise en charge thérapeutique et sociale des personnes souffrant de troubles psychiatriques, notamment à la suite de la fermeture accélérée des institutions psychiatriques amorcée dans les années 1980. Les associations déclarent à cette période l'existence de 600 000 personnes souffrant de troubles psychiques⁹⁴ graves dont 90% vivraient dans la cité.

Avec la loi du 11 février 2005-102, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la reconnaissance de la situation de « handicap psychique » a permis une évolution des droits sociaux des personnes souffrant de troubles psychiatriques. L'emploi du terme *psychique* apparaît dans l'article 2 de la loi, définissant ce que « constitue » un handicap :

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant

Les conséquences sociales priment dans la définition du handicap et non plus les maladies. Par ailleurs, les travaux préparatoires de cette loi ont suscité plusieurs propositions « articulées

⁹⁰ M. Cuenot, P. Roussel, « De la difficulté de quantifier le handicap psychique : des classifications aux enquêtes », *Revue française des affaires sociales*, 2009, 1, p. 65-81.

⁹¹ Publiée en 1980, diffusée plus tardivement en France, notamment depuis le colloque international de Nîmes en 1989 portant sur cette classification.

⁹² S. Milano, « Le handicap psychique, d'une loi à l'autre », *Revue française des affaires sociales*, 2009, 1, p. 17-24.

⁹³ Unafam, FNAPSY, Croix Marine.

⁹⁴ Notamment psychotiques.

autour de l'idée qu'il faut rompre avec la logique de la séparation pour proposer une articulation de la psychiatrie avec le médico-social »⁹⁵.

Claude Quétel conclut son œuvre de l'Histoire de la folie, publiée en 2012, en suggérant la présence d'une folie dorénavant « diluée » au sein de la société :

*La folie a été apprivoisée, ou si l'on veut acculturée, jusque dans ses formes lourdes. Quant aux consommateurs de psychotropes, on les étonnerait sûrement en leur disant qu'ils participent eux aussi de la folie. La folie n'est plus, sauf exception, une folie de Grand Guignol, avec ses effrayantes crises hallucinées qui paraîtraient aujourd'hui caricaturales. Il n'y a plus de mur de l'asile, partageant clairement ceux qui sont d'un côté et ceux qui sont de l'autre*⁹⁶

Les récentes études disponibles au sujet de la consommation de psychotropes en France attestent d'une demande et d'un besoin de prise en charge élevés de la souffrance psychique au sein de la société française. En effet, en 2010, selon le rapport d'expertise⁹⁷ de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (afssaps), 20% de la population française a consommé au moins une fois une benzodiazépine⁹⁸ ou apparentée et, selon Le Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)⁹⁹, en 2010, 35,1 % de la population âgée de plus de 15 ans déclarent avoir consommé au moins une fois dans leur vie un médicament psychotrope et 17,8% au cours des 12 derniers mois.

Plus explicite encore, selon le rapport de mars 2023¹⁰⁰ du Haut Conseil de la Famille, de l'enfance et de l'âge, dont les données de santé couvrent la période 2014-2021, la consommation de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent a augmenté de 48,54 % pour les antipsychotiques ; 62,58 % pour les antidépresseurs ; 78,07 % pour les psychostimulants ; 27,7 % pour les anticholinergiques ; 9,48 % pour les dopaminergiques ; 155,48 % pour les hypnotiques et sédatifs.

L'actuel Plan d'action global pour la Santé mentale 2013-2030 de l'OMS poursuit son objectif initial, prenant toujours comme perspective l'amélioration nécessaire de la santé mentale des populations :

⁹⁵ S. Milano, « Le handicap psychique, d'une loi à l'autre », *Revue française des affaires sociales*, 2009, p. 17-24.

⁹⁶ C. Quétel, « Épilogue », *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 579-582.

⁹⁷ Rapport consultable en ligne sur le site : <https://archive.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Medicaments-psychotropes-publication-de-l-expertise-collective-de-l-INSERM-sur-les-consommations-et-les-pharmacodependances-Point-d-information>.

⁹⁸ Molécules agissant sur le système nerveux central et possédant des propriétés anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes et anticonvulsivants à différents niveaux en fonction de leur structure chimique.

⁹⁹ Consultable sur le site : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-consommations-de-medicaments-psychotropes-en-france>.

¹⁰⁰ https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_rapport_13032023.pdf.

L'idéal que poursuit le plan d'action est un monde qui reconnaît l'importance de la santé mentale et la nécessité de la promouvoir, de la protéger et de prévenir les troubles mentaux, un monde où les personnes souffrant de ces troubles peuvent exercer pleinement l'ensemble de leurs droits fondamentaux et accéder en temps utile à des soins et à un soutien social de qualité et culturellement adaptés qui facilitent leur guérison, afin qu'elles puissent jouir du meilleur état de santé possible et participer pleinement à la société et à la vie professionnelle, sans aucune stigmatisation ni discrimination¹⁰¹

Le plan d'action est fondé sur la pleine citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques¹⁰². Pour être citoyen, les individus s'approprient eux-mêmes le « pouvoir de l'être » individuellement et collectivement. Ils exercent un niveau de décision, d'influence et de contrôle sur leur vie et sur les services de santé mentale.

L'empowerment en santé mentale se traduit par la défense des droits fondamentaux, l'égalité de traitement, la participation à l'organisation des soins et à leur évaluation et l'accessibilité à une information sur les troubles et la maladie¹⁰³

C'est l'ensemble de la société qui est concerné par la santé mentale de la population. Elle est aussi corrélée à des facteurs culturels et socio-économiques tels que la précarité, les problématiques de logement ou l'isolement social. Elle implique une série d'acteurs dans la cité avec lesquels la « psychiatrie citoyenne » se doit d'être partenaire.

L'*Empowerment* est indissociable de la notion de rétablissement visant l'amélioration de la qualité de vie de la personne en s'attachant à favoriser son autonomie et son inclusion dans la société.

Chapitre 2 : Le processus de rétablissement

Selon Marianne Farkas, professeure au *Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences* de l'Université de Boston et responsable du Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé en réadaptation psychiatrique :

l'histoire nord-américaine du mouvement en faveur du rétablissement pourrait se résumer à une série de tentatives pour répondre à une situation récurrente d'injustice sociale¹⁰⁴

¹⁰¹ Plan d'action 2013-2030 consultable sur le site : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031029>.

¹⁰² J.L. Roelandt, L. El Ghazi, « Santé mentale et citoyenneté : une histoire française », *L'Information psychiatrique*, 2015.

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ M. Farkas, « L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre » », *Vie sociale*, 2018, 23-24, p. 53-74.

Comme nous l'avons détaillé dans le chapitre précédent, les personnes diagnostiquées comme souffrant de troubles psychiques sévères ont été orientées par les médecins vers différentes structures d'accueil du XVII^e siècle jusqu'aux pratiques actuelles, structures considérées, à leurs époques respectives, comme structures permettant de soigner d'une manière plus humaine qu'à la période précédente.

Dans ce chapitre, nous contextualisons dans une première partie la naissance de la notion de rétablissement. Dans une seconde partie, nous explicitons les incidences sur l'organisation des soins en santé mentale qu'elle soulève. Dans une troisième partie, nous définissons la notion de rétablissement, plus spécifiquement de « processus de rétablissement » à l'aide d'une approche sociocognitive, complétée par une approche psychanalytique. Enfin dans une quatrième partie, nous précisons de quelle manière l'exercice d'une activité professionnelle peut être considéré comme un vecteur potentiel du processus de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique.

1. Contexte de la naissance de la notion de rétablissement : un mouvement militant d'anciens patients de la psychiatrie et de professionnels de la santé aux États-Unis au XX^e siècle

C'est notamment grâce au combat d'anciens patients, d'ex-patients, de « survivants de la psychiatrie »¹⁰⁵ ou des usagers des services de santé mentale, leur dénomination ayant évolué au cours des différentes périodes et revendications, que les personnes concernées se sont progressivement réapproprié leur liberté civique, en **faisant entendre leur voix** et en transmettant le message **de la réelle possibilité de leur rétablissement**.

Avant l'émergence du mouvement des « survivants de la psychiatrie » aux États-Unis dans les années 1970, quelques groupes de personnes ayant vécu des périodes d'internement forcé au sein d'asiles avaient pu se constituer à différentes périodes et dans différents pays. Par exemple, la *Alleged Lunatics' Friend Society*¹⁰⁶ en Grande-Bretagne aux XIX^e siècle, œuvrait déjà pour une plus grande protection contre l'enfermement injustifié, les traitements vécus comme cruels ou encore pour réformer les lois contre la folie. Bien que cette communauté eût des membres influents, ces derniers n'ont pas réussi à susciter un soutien de la part du grand public.

¹⁰⁵ Comme se nomment les personnes les plus militantes aux États-Unis.

¹⁰⁶ N. Hervey, « Advocacy or folly : The alleged lunatics' friend society, 1845-1863 », *Medical History*, 1986, 30, 3, p. 245-275.

Quelques témoignages d'internements forcés au sein d'asiles avaient aussi été publiés dans différents ouvrages aux États-Unis pour dénoncer les traitements subis et pour acquérir davantage de protection et de liberté personnelle. Ce fut le cas par exemple d'Elizabeth Packard internée de force à la demande de son mari dans un asile de l'Illinois ou encore d'Elizabeth Stone dans le Massachussetts. Un peu plus tard, au début du XX^e siècle, c'est un homme d'affaires fortuné, Clifford Beers qui publia en 1908 un livre intitulé *A mind that found itself*, traduit en français par André Maurois en 1951 sous le titre *Raison perdue, raison retrouvée*¹⁰⁷. L'auteur y décrit son vécu de plusieurs mois d'une mélancolie délirante et d'exaltations maniaques accompagnées de mauvais traitements physiques. Ce livre fera l'objet de nombreuses éditions et mènera à la création aux États-Unis en 1909 du Comité national sur l'hygiène mentale pour devenir plus tard l'Association nationale pour la santé mentale.

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale aux États-Unis, comme décrit dans le chapitre précédent¹⁰⁸, avec la santé mentale élevée au rang de priorité fédérale et l'influence des préconisations de l'OMS au sujet des services de psychiatrie¹⁰⁹, les politiques publiques transfèrent une grande partie des patients vers la « communauté ». Les patients peuvent alors être soignés et accompagnés au plus près de leur lieu de vie et de travail, en dehors de l'hôpital. Plusieurs obstacles ont fragilisé ce processus de désinstitutionnalisation, notamment le manque de financement, de dispositifs de soutien, de sensibilisation de la société civile ou encore la croyance de nombreux soignants en l'unique origine biologique des troubles psychiatriques. Des « ex-patients » commencent à s'organiser entre eux, à se réunir régulièrement pour se soutenir mutuellement, pour dénoncer les humiliations subies et faire reconnaître leurs droits.

De nombreux praticiens se questionnent alors au sujet de l'accompagnement des patients psychiatriques souffrant de « limitations fonctionnelles » afin de leur permettre de vivre une existence satisfaisante. Ils débattent autour de la question d'une ré-institutionnalisation de la prise en charge de ces patients. Par ailleurs, différents groupes militants d'usagers se constituent tels que le Réseau contre l'agression psychiatrique, le Front de libération des insensés ou encore le Front de libération des malades mentaux. Ils se positionnent notamment contre le soin sans consentement ou la lobotomie. Le Réseau d'information sur la folie et la Conférence annuelle des droits de l'homme et de l'oppression psychiatrique s'engagent dans la sensibilisation du grand public et contribuent à la croissance du mouvement.

¹⁰⁷ T. Tremine, « Clifford Beers, l'hygiène mentale et l'influence américaine en France dans l'entre-deux guerres. Les prémisses du CMP », *L'information psychiatrique*, 2016, 92, p. 563-566.

¹⁰⁸ Se référer à la p. 32.

¹⁰⁹ Se référer à la p. 33.

En 1978, Judi Chamberlin contribue au mouvement des usagers-survivants et ex-patients, après avoir participé à la fondation des premiers groupes d'entraide. Elle décrit son expérience de la psychiatrie puis hors de la psychiatrie dans son livre *On our own : Patients Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Puis, elle fonde et dirige le *National Empowerment Center*.

De plus en plus de patients des hôpitaux psychiatriques sont orientés vers des lieux alternatifs dans lesquels la vie « en communauté » est privilégiée, c'est-à-dire en « milieu ordinaire » plutôt qu'en institution. De nombreux foyers collectifs et de transition remplacent progressivement l'hébergement hospitalier. Les patients sont accueillis par des agences de réhabilitation professionnelle. Les clubhouses se multiplient¹¹⁰, ils sont des « lieu(x) totalement non médicalisé(s) qui s'appuie(nt) sur les principes de participation et de co-gestion »¹¹¹. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques commencent à accéder au monde professionnel. Des stratégies sont mises en place pour aider les personnes à développer leur propre capacité à agir, philosophie différente de celles des hospitaliers se concentrant davantage sur la réduction des symptômes en ayant principalement recours aux traitements médicamenteux.

En 1977, le gouvernement fédéral des États-Unis crée le système de **soutien communautaire**, avec l'objectif d'aider les personnes souffrant de troubles psychiatriques à s'intégrer socialement et à vivre une vie satisfaisante et enrichissante. Une de ses missions principales est de soutenir les personnes concernées, en s'adressant à elles en tant que personnes plutôt qu'en tant que patients et en valorisant leurs besoins et leurs potentiels. Ce système de soutien communautaire reconnaît aussi le **soutien par les pairs** comme un des éléments essentiels préconisés.

Progressivement, après cette période de revendication de leurs droits et de protestation, une coopération devient possible entre les professionnels de la santé et les usagers afin d'améliorer le système de soins. L'État soutient le développement de programmes alternatifs développés par les usagers. Les instances décisionnelles des institutions psychiatriques intègrent davantage les personnes concernées. De nombreux professionnels de la santé mentale, psychiatres, psychologues, chercheurs et de nombreuses personnalités publiques commencent à déclarer

¹¹⁰ Le premier nommé WANA (*We are not alone*) a été créé aux États-Unis en 1944 tandis que le premier en France n'a ouvert qu'en novembre 2011.

¹¹¹ C. Le Roy-Hatala, C. Battin, S. De Coatpont, J. Cavroy, & C. Bouvet, « En quoi le Clubhouse Paris contribue au rétablissement de personnes vivant avec des troubles psychiques graves ? », *Pratiques en santé mentale*, 2014, 60, p. 23-30.

ouvertement qu'ils ont pu connaître, eux-mêmes, des troubles sévères de santé mentale au cours de leur vie.

De nombreuses recherches¹¹² ont pu démontrer que le rétablissement des personnes vivant avec un trouble psychiatrique est possible. L'étude de l'OMS publiée en 2001 indique qu'1/6 de la cohorte des personnes présentant des troubles psychotiques est complètement guérie (n'ayant plus besoin d'aucun traitement)¹¹³. Celles-ci ont permis de légitimer la parole des usagers et ex-patients et permettre la transformation des services de santé mentale aux États-Unis. Elles ont incité les professionnels à orienter leur pratique vers la prévention des rechutes et la valorisation du rétablissement.

2. La perspective du rétablissement : un changement paradigmatique en santé mentale

La perspective du rétablissement est considérée aujourd'hui par de nombreux acteurs comme un changement de paradigme en santé mentale¹¹⁴. Elle mène à repenser les pratiques et l'organisation des services et annoncerait une étape dans l'histoire de la psychiatrie et des soins en santé mentale.

Le terme de « rétablissement », après avoir été imposé par les usagers qui s'opposaient à une certaine conception de la psychiatrie qu'ils récusent, semble aujourd'hui pouvoir fédérer usagers et praticiens de toutes obédiences autour de projets communs portés par une volonté partagée d'enrichissement, voire de renouvellement des pratiques et des liens unissant les uns et les autres¹¹⁵

Ce changement de paradigme inclut une approche non plus centrée sur la maladie, axée strictement sur l'acte curatif mais sur la personne et son devenir avec une distanciation à l'égard d'un diagnostic porteur d'un préjugé d'incurabilité. Avec le concours d'une dimension

¹¹² C.M. Harding, G.W. Brooks, T. Ashikaga, J.S. Strauss, & A. Breier, « The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I : Methodology, study sample, and overall status 32 years later », *The American journal of psychiatry*, 1987, 144, 6, p. 718-726; K. Ogawa, M. Miya, A. Watarai, M. Nakazawa, S. Yuasa, & H. Utena, « A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan-with special reference to the course of social adjustment », *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 151, 1987, p.758-765; G. Harrison, K. Hopper, T. Craig, E. Laska, C. Siegel, J. Wanderling, K.C. Dube, K. Ganey, R. Giel, W. An Der Heiden, S.K. Holmberg, A. Janca, P.W. Lee, C.A. Leon, S. Malhotra, A.J. Marsella, Y. Nakane, N. Sartorius, Y. Shen, C. Skoda, D. Wiersma, « Recovery from psychotic illness : a 15- and 25-year international follow-up study », *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 178, 2001, p. 506-517 ; R. Warner, « Does the scientific evidence support the recovery model ? » *The Psychiatrist*, 2010, 24, 1, p.3-5.

¹¹³ A.L. Simonnot, N. Gluck-Vanlaer, K. Abe, A.S. Caillat, P. Auby, « Actualités des données sur les modalités évolutives de la schizophrénie », *EMC, Psychiatrie*, 2007.

¹¹⁴ B. Pachoud, « La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 2018, 7, p. 165-180.

¹¹⁵ J. Arveiller, B. Durand, B. Martin, « Avant-propos », *Santé mentale et processus de rétablissement*, 2017, p. 11-12.

expérientielle et d'un processus de réappropriation subjective de sa vie, ce nouveau paradigme comporte une **dimension intrinsèquement éthique**.

Le rétablissement (*recovery*) est entendu comme un mode de « sortie de la maladie mentale », à distinguer de la guérison ou de la rémission qui renverraient quant à elles au retour à un état antérieur connu de la personne. L'expérience de la maladie, de l'épreuve, transforme l'individu. Le rétablissement correspond au devenir de la personne sans pour autant systématiquement caractériser l'évolution de la maladie. Il ne s'agit pas d'une restauration du bien-être due à une rémission complète des troubles mais à un dégagement d'une identité de « malade psychiatrique » et au **recouvrement d'une vie active et sociale en dépit d'éventuelles difficultés résiduelles**. Une disjonction s'opère entre l'évolution de la maladie et le devenir de la personne. Ce constat est établi à la fois par la recherche¹¹⁶ et par l'expérience clinique, les déterminants respectifs de l'évolution de la maladie et du devenir de la personne étant différents.

Le devenir de la personne dépend de causes multifactorielles, l'évolution de la maladie n'est qu'un facteur parmi d'autres. Quant à l'observation clinique, elle peut distinguer des patients ne présentant que de faibles symptômes grâce aux traitements psychotropes mais en grandes difficultés pour retrouver une vie active et sociale, et d'autres patients avec une symptomatologie résiduelle qui parviennent à se stabiliser dans une vie active et autonome. Contrairement au présupposé médical, cette disjonction permet d'appréhender la relative indépendance de la dimension du bien-être subjectif et des aspects psychopathologiques de la maladie mentale¹¹⁷.

La notion de rétablissement exprime un déplacement d'une « philosophie de traitement de pathologies aiguës » à une « philosophie d'accompagnement des personnes »¹¹⁸ dans laquelle est systématiquement intégrée l'**implication des patients en tant que partenaires** et avec la coopération des médecins. Il promeut une logique de partenariat entre les patients, les médecins, les professionnels de la santé, les décideurs et les chercheurs.

La notion de rétablissement soutient une **approche intégrative** « qui impose un profond rééquilibrage, dans l'approche médicale, entre la dimension de la maladie et celles liées à la

¹¹⁶ C.R. Bowie, C. Depp, J.A. Mcgrath, P. Wolyniec, B.T. Mausbach, M.H. Thornquist, J. Luke, T.L. Patterson, P.D. Harvey, & A.E. Pulver, « Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders : a comparison of schizophrenia and bipolar disorder », *The American journal of psychiatry*, 2010, 167, 9, p. 1116-1124.

¹¹⁷ M. Slade, *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*, Cambridge University Press, 2009.

¹¹⁸ V. Dumez, « Préface », *Santé mentale : guérison et rétablissement*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2015, p.13-16.

personne et à son devenir, et par conséquent une transformation des pratiques et de l'organisation des services »¹¹⁹.

Cette approche intégrative fait aujourd'hui partie des principes fondamentaux des politiques de santé mentale dans de nombreux pays occidentaux¹²⁰ : aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, en Australie, en Irlande, au Canada¹²¹.

3. « Processus de rétablissement » ou « processus sublimatoire »

Une des définitions les plus communément admises du processus de rétablissement est la définition proposée par W. A. Anthony¹²², docteur en psychologie, fondateur du centre de réhabilitation psychiatrique de Boston et important contributeur du mouvement en faveur du rétablissement des personnes en situation de handicap psychique. Il définit le processus de rétablissement comme :

un processus personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie

Comme nous l'avons décrit précédemment, la notion de rétablissement en santé mentale est apparue dans un contexte d'émancipation de patients de la psychiatrie luttant pour la reconnaissance de leurs droits civiques et soutenus par des professionnels engagés. Une importante contribution à ce mouvement de recherche est soutenue depuis son commencement par différents patients-chercheurs et par des professionnels de la santé, touchés eux aussi ou non, à un moment de leur vie, par des « troubles psychiques sévères ». Un savoir « expérientiel » nourrit les activités de recherche de ce mouvement. Un exemple illustrant l'importance et la reconnaissance accordée à ce savoir expérientiel est le témoignage de Patricia E. Deegan, Docteure en psychologie, chercheuse et enseignante au sein de différentes

¹¹⁹ B. Pachoud, « La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 2018, 7, p. 165-180.

¹²⁰ T. Greacen, & E. Jouet, « Le rétablissement : contexte international et situation en France », *Santé mentale et processus de rétablissement*, Nîmes, Champ social, 2017.

¹²¹ Department of health and human services, *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. President's New Freedom Commission on Mental Health*, Rockville, Maryland, US, 2003 ; Mental health commission, *Blueprint for mental health services in New Zealand*, Wellington, New Zealand, 1998 ; J. Boardman, A. Currie, H. Killaspy, & G. Mezey, *Social Inclusion and Mental Health*, London, RCPsych Publications, 2010 ; Department of Health and Aged Care, *A national framework for recovery-oriented mental health services : guide for practitioners and providers*, Canberra, Australia, 2013 ; Mental health commission, *A Vision for a Recovery Model in Irish mental health services*, Dublin, Ireland, 2005 ; Commission de la santé mentale du Canada, *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*, Ottawa, Canada, 2015.

¹²² W. Anthony, « Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16, p. 11-23.

universités¹²³. Elle est une « rescapée de la psychiatrie », une des porte-paroles du mouvement de défense des droits des patients aux États-Unis, membre fondatrice du *National Empowerment Center*. Diagnostiquée schizophrène à l'adolescence à la suite d'une première hospitalisation, elle fut alors condamnée à se soigner à l'aide d'antipsychotiques à haute dose pour le reste de sa vie et à « oublier ses rêves ». Après avoir vécu trois hospitalisations, elle témoigne d'un changement de perspective à l'âge de 18 ans lorsqu'une nouvelle pensée la traverse : « je vais devenir le Dr Deegan et changer le système de santé mentale pour que plus personne n'y soit blessé ». Elle a alors trouvé un sens à sa vie lui permettant de s'engager dans son processus de rétablissement.

Son premier discours public au sujet de son expérience de personne « atteinte de maladie mentale » fut l'objet d'un article¹²⁴ repris par la suite dans le monde entier comme référence de témoignage et d'analyse du processus de rétablissement. Selon l'auteure, l'expérience du rétablissement est la **découverte d'une nouvelle image de soi** et d'une **nouvelle raison d'être**. Les personnes ne doivent plus être considérées comme des usagères passives de soins mais comme des actrices de leur rétablissement, devant accepter pour cela de **surmonter le défi** que constitue le « handicap »¹²⁵.

Dans ce dernier article, P. E. Deegan présente son expérience du processus de rétablissement ainsi que celle d'un homme tétraplégique et souligne les similitudes des « étapes » vécues au cours de leurs parcours. En premier lieu, elle décrit l'annonce du diagnostic comme un **effondrement catastrophique** de leur monde, de leurs espoirs et de leurs rêves. Ils seront « malades » ou « handicapés » à vie.

Elle nomme « déni »¹²⁶ la première étape de leur processus de rétablissement, n'ayant pas voulu, ni l'un ni l'autre, se résigner à ce projet de vie. Ce « déni » a laissé ensuite place au désespoir et à l'angoisse. Durant cette période, **aucun espoir ne permettait de s'engager dans la volonté de faire** ou d'accomplir quoi que ce soit, ce qu'elle identifie comme une deuxième étape du processus de rétablissement. Selon P. E. Deegan, c'est le désespoir qui rend invalide et non la maladie ou la lésion, ce qui engendre un grand sentiment d'abandon. C'est un moment

¹²³ notamment à l'École de médecine de Dartmouth et à l'Université de Boston.

¹²⁴ P.E. Deegan, « Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1988, 11, 4, p. 11-19.

¹²⁵ Selon l'auteure, l'expérience vécue de rétablissement peut tout autant concerner les personnes en situation de handicap psychique que les personnes atteintes d'autres formes de handicap.

¹²⁶ Il s'agissait peut-être aussi d'un état de sidération psychique à l'annonce de ce diagnostic, ayant pu être vécu comme une situation traumatique.

critique qui peut durer, selon l'auteure, **toute une vie pour certains et quelques jours pour d'autres**.

« Et puis, arrive la lueur d'espoir, le mystère, la grâce » avec la **possibilité d'être aimé**. Ce qui constitue une troisième étape du processus de rétablissement selon l'auteure. Elle précise que c'est l'amour de leur entourage, des personnes qui n'ont jamais arrêté d'espérer pour eux, qui a permis la poursuite du processus.

Selon P. E. Deegan, cet espoir fut rapidement suivi d'une volonté d'agir, quatrième étape du processus. Elle qualifie de petites victoires les premiers actes simples de courage, tels que la réalisation de simples actes de la vie quotidienne, qui permettent progressivement ensuite de **reprendre de pleines activités**. En dépit de difficultés, ces deux personnes ont reconstruit leur vie sur ce que l'auteure nomme les trois pierres d'angle du rétablissement : l'**espoir**, la **volonté d'agir** et les **actes responsables**.

C'est alors la découverte d'être **capable de faire**, cinquième étape du processus de rétablissement. Il ne s'agit pas ici d'une guérison mais d'une **acceptation de ses propres limites** de mieux en mieux explorées. Selon l'auteure, c'est le « paradoxe du rétablissement » :

en acceptant ce que nous ne pouvons pas faire ou être, nous découvrons ce que nous pouvons être et ce que nous sommes capables de faire

Elle conclut en précisant que le processus de rétablissement est un parcours douloureux dans lequel l'angoisse inhibe dans un premier temps, puis se transforme progressivement en souffrance et mène vers un autre avenir possible. Selon P. E. Deegan, le rétablissement est un **processus non linéaire**, une manière de vivre, un combat.

Différents éléments de ce récit de processus de rétablissement décrit par P. E. Deegan peuvent faire écho au « travail du deuil » et à son dépassement, son issue positive, par la voie « du travail sublimatoire »¹²⁷, décrit par la psychanalyste S. de Mijolla-Mellor :

La représentation sublimée de soi [la découverte d'une nouvelle image de soi] est liée à un projet précis et limité dont la quête elle-même [une nouvelle raison d'être] aura le pouvoir de renvoyer au Moi l'image de lui qu'il a perdue... pour aimer et accepter d'être aimé, il lui faut redevenir aimable à la mesure de l'image idéale à récupérer

Pour émettre cette proposition, S. de Mijolla-Mellor a repris, entre autres, une interrogation de Freud datant de 1923, au sujet du « moyen de sublimation le plus général » qui s'effectuerait

¹²⁷ S. De Mijolla-Mellor, « II. La reconstruction sublimatoire du Moi », *Le choix de la sublimation*, 2009, p. 349-369.

par « l'intermédiaire du Moi »¹²⁸. En outre, elle s'écarte d'une définition de la sublimation strictement limitée à une désexualisation du but (de la pulsion) et à une valorisation sociale de l'objet (comme nous pouvons aussi le retrouver chez R. Roussillon¹²⁹) et envisage que le travail de sublimation peut conduire à la « **reconstruction du Moi dans le Moi** », ce qui peut être illustré par le récit du « **processus de rétablissement** » de P. E. Deegan.

Selon l'expérience clinique, la sublimation (voire les sublimations) ou « travail sublimatoire » est synchronique d'une obligation de renoncement à l'objet (pulsionnel). Il commencerait à s'exercer durant la période de latence induite par le deuil œdipien (au renoncement des objets d'amour œdipiens)¹³⁰, comme issue positive de celle-ci. Le travail sublimatoire offrirait alors un soutien au « travail de latence » parce que le Moi « peut attendre la satisfaction narcissique et l'estime de soi qu'il demanderait en d'autres circonstances à ses objets d'amour ».

Selon S. de Mijolla-Mellor, la voie de la sublimation est susceptible de s'ouvrir comme issue positive possible à tous les moments de désorganisation psychique que peut vivre le sujet au cours de l'évolution de son histoire, par exemple (et pas seulement) lorsqu'il est confronté à une situation de deuil, à l'instar de la période de latence.

P. E. Deegan identifie, au cours de son processus de rétablissement, une période pendant laquelle « aucun espoir ne permettait de s'engager dans la volonté de faire » et qualifie ce moment comme critique, « qui peut durer quelques jours pour certains comme toute une vie pour d'autres ». Cette distinction de temporalité peut faire écho à celle émise par Freud¹³¹ entre le deuil dont le travail peut avoir une issue positive, et certaines formes de mélancolie marquées « d'une condition qui fait défaut dans le deuil normal ou qui transforme celui-ci en deuil pathologique lorsqu'elle vient s'y ajouter ». Dans ce texte, Freud décrit des aspects communs relatifs au deuil et à la mélancolie. D'une part, leur déclenchement est dû « à l'action d'événements de la vie » (ici le diagnostic) et, d'autre part, le deuil et la mélancolie présentent de mêmes traits cliniques :

*Le deuil... comporte le même état d'âme douloureux [que la mélancolie], la perte de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité de choisir quelque nouvel objet d'amour que ce soit, l'abandon de toute activité*¹³²

¹²⁸ S. Freud, « Le moi et le ça », *Œuvres complètes XVI : 1921-1923*, 255-301, Paris, Puf, 1991, p. 255-301.

¹²⁹ R. Roussillon, « Le processus et la capacité sublimatoire », *Revue française de psychanalyse*, 2005, 69, 5, p. 1565-1573.

¹³⁰ S. De Mijolla-Mellor, « I. Travail de deuil et sublimation », *Le choix de la sublimation*, 2009, p. 282-291.

¹³¹ S. Freud, « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, trad. Jean Laplanche, Paris, PUF, 1968, p. 129-151.

¹³² Par ailleurs, Freud isole un trait caractérisant la mélancolie : « la diminution du sentiment d'estime de soi ».

Ces mêmes composantes sont décrites dans ce que P. E. Deegan propose comme « deuxième étape du processus de rétablissement ». C'est à un travail de deuil auquel les deux personnes semblent être confrontées à l'annonce de leur diagnostic de « malades ou handicapés à vie ». En outre, cette annonce est vécue comme un « effondrement de leur monde ». Cet effondrement catastrophique pourrait être entendu, à la lecture de D.W. Winnicott, comme un **effondrement de l'édification du Moi**, isolé dans ce qu'il nomme « la crainte de l'effondrement » dans le vécu de certains de ses analysants (*borderlines*) :

*Le Moi organise des défenses contre l'effondrement de sa propre organisation car c'est bien l'organisation du moi qui est menacée*¹³³

De la crainte d'un effondrement de l'organisation du Moi surgit l'angoisse. L'organisation défensive (image de soi) permettant la « stabilité » du Moi est ébranlée par l'annonce d'un diagnostic impliquant une perte, la **perte d'une image de soi**.

Il s'agirait dans l'expérience décrite par P. E. Deegan, d'un travail de deuil à effectuer en réaction, non pas à la perte d'un objet externe (par exemple, une autre personne aimée) mais à la perte d'un objet interne, d'une partie du Moi, à la suite de l'annonce du diagnostic¹³⁴. Cette perte se rapprocherait des circonstances propices à l'intervention d'un « travail sublimatoire » selon la théorisation de S. de Mijolla-Mellor :

*l'objet perdu n'est pas un objet d'amour selon la dynamique de l'étayage... mais c'est le Moi lui-même sous la forme de son instance primitive omnipotente infantile, telle qu'elle perdure chez l'adulte : le « Moi-idéal »*¹³⁵

Le travail sublimatoire de reconstruction du Moi dans le Moi invoqué correspondrait au remaniement psychique suivant :

Il faut alors substituer au Moi-idéal, qui s'est avéré illusoire, un objet, une activité, une œuvre, que le Moi donnera pour sienne. Il est attendu de cette image nouvelle d'un Moi en devenir qu'elle permette de remplacer non l'objet idéal mais le Moi-idéal

Selon S. de Mijolla-Mellor, après la perte de ce Moi-idéal, le sujet se trouve à un « carrefour » dans lequel « différents choix » possibles s'offrent à lui et le « choix du travail sublimatoire » n'est qu'un « choix » parmi d'autres¹³⁶. Une des particularités du « processus sublimatoire » est la suivante :

¹³³ D.W. Winnicott, « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1975, 11.

¹³⁴ Nous pourrions ajouter, l'annonce d'un pronostic d'incurabilité depuis la parole de l'Autre, ordre symbolique chez Lacan dont le sujet de l'inconscient est déterminé.

¹³⁵ Sous sa forme idéale archaïque.

¹³⁶ tels que le choix de l'inhibition, de l'idéalisation, de l'aliénation, de l'addiction et autres.

Le Moi contraint le Surmoi à l'aimer en renonçant à la forme illusoire du Moi-idéal critiquée par ce dernier et en édifiant par son travail sublimatoire une forme nouvelle du Moi sur le même modèle mais lié à une réalisation objective. C'est en ce sens qu'il me semble que l'on peut comprendre la sublimation comme une érection ou un rétablissement du Moi dans le Moi après que ce dernier ait pu ou ait risqué de faire l'objet d'une perte

Selon P. E. Deegan, la troisième étape de son processus de rétablissement relève d'un « mystère », étape au cours de laquelle apparaît une « lueur d'espoir » avec la « possibilité d'être aimée ». Il est question d'une transformation. Cette étape est « rapidement suivie » de la quatrième, d'une volonté d'agir qui permet progressivement la reprise de pleines activités.

P. E. Deegan mentionne en introduction, avant de présenter son parcours de rétablissement, qu'elle a entrepris un « changement de perspective » lorsqu'une nouvelle pensée l'a traversée (devenir le Dr Deegan). Elle précise qu'elle a alors « trouvé un sens à sa vie lui permettant de s'engager dans son processus de rétablissement ». Nous pouvons identifier ici « l'édification par un travail sublimatoire d'une nouvelle forme du Moi sur le même modèle mais **lié à une réalisation objective** ».

Par ailleurs, selon P. E. Deegan, la poursuite du processus de rétablissement n'aurait pas été possible sans l'amour de ses proches. Ce que nous pouvons rapprocher d'une précision apportée par S. de Mijolla-Mellor :

Pour assurer ce rétablissement, le Moi retrouve et oppose à la situation actuelle ses premières identifications, celles qui ont été pour lui fondatrices des images d'idéal et de la constitution du Surmoi. S'il lui a été alors possible d'établir avec ce dernier une relation qui ne soit pas seulement critique mais aussi de protection et de reconnaissance identificatoire, il peut par la suite y trouver une solution pour répondre à l'angoisse de la perte du Moi-idéal

P. E. Deegan conclut en précisant que le processus de rétablissement est un parcours douloureux dans lequel l'angoisse inhibe dans un premier temps, puis se transforme progressivement en souffrance, et mène vers un autre avenir possible ; qu'il est un processus non linéaire, une manière de vivre, un combat. Cette caractéristique du processus de rétablissement peut être expliquée par l'analyse de S. de Mijolla-Mellor, selon laquelle :

Le processus sublimatoire joue sur la durée, car il n'implique pas que le Moi coïncide d'emblée avec son idéal mais que l'instance critique puisse lui reconnaître de se consacrer tout entier à un tel objectif

Le processus de rétablissement est donc un chemin personnel de transformation de soi qui permet de mener une vie satisfaisante en dépit de limitations dues à une situation de handicap ou à une désorganisation psychique. Selon un savoir expérientiel, il repose sur l'espoir, la

volonté d'agir et les actes responsables. Avec une approche psychanalytique, nous pouvons ajouter qu'il partage avec le « processus sublimatoire » : le rétablissement du Moi dans le Moi après que celui-ci a pu ou a risqué de faire l'objet d'une perte, grâce à une nouvelle image de soi sublimée par la réalisation objective d'une œuvre ou d'une activité.

4. L'activité professionnelle (en milieu ordinaire de travail), un vecteur potentiel de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique

La recherche clinique relative au domaine du « travail » en France s'est en premier lieu davantage attachée aux thèmes de la « souffrance au travail » ou de la « psychopathologie du travail » plutôt qu'aux conditions permettant l'accès au « plaisir au travail »¹³⁷, facteur potentiel de rétablissement en santé mentale. Il était notamment question de répondre aux problématiques de l'organisation du travail et de ses conséquences sur les salariés. Dès les premiers rapports des années 1950 du Comité de l'OMS¹³⁸ précédemment cités, la « situation de travail » était identifiée comme une source possible de souffrance voire de pathologie :

L'hygiène mentale revêt une importance particulière dans l'industrie puisqu'un quart au moins de l'absentéisme s'explique par des perturbations mentales diverses... Le manque de contact social au cours du travail est une des causes de névrose les plus habituelles. La santé mentale des employés de l'industrie est très étroitement tributaire de la qualité des relations humaines qu'ils ont sur leur lieu de travail, de la qualité de l'orientation professionnelle et de l'attitude des cadres. La grandeur de l'usine et l'échelle à laquelle s'effectue le travail peuvent accroître le caractère anonyme de l'effort, facteur d'angoisse pour les employés

Selon les chercheurs¹³⁹ anglo-saxons du mouvement du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale, exercer une activité professionnelle est un des critères objectifs du rétablissement et en constitue un des moyens privilégiés. Selon les auteurs, il est l'un des facteurs contribuant le plus au rétablissement des personnes en situation de handicap

¹³⁷ C. Dejours, « Conditions d'accès au plaisir dans le travail. Ouverture du Cippt 11. 7 octobre 2021. », *Travailler*, 2022, 48, p. 11-28.

¹³⁸ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258530/OMS-Sante-Mentale-1949-1961-fre.pdf>.

¹³⁹ S.M. Silverstein, & A.S. Bellack, « A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia », *Clinical psychology review*, 2008, 28, 7, p. 1108-1124 ; J. Boardman, B. Grove, R. Perkins, & G. Shepherd, « Work and employment for people with psychiatric disabilities », *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182, p. 467-468 ; C. Lloyd & G. Waghorn, « The importance of vocation in recovery for young people with psychiatric disabilities », *The British Journal of Occupational Therapy*, 2007, 70, 2, p. 50-59 ; G. Waghorn, C. Lloyd, & H.W. Tsang, « Vocational rehabilitation for people with psychiatric and psychological disorders », *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 2008.

psychique¹⁴⁰, notamment en raison de l'inclusion de la personne dans la société et de la reconnaissance sociale offertes par l'exercice d'une activité professionnelle.

Les chercheurs ont pu mener de nombreuses études qualitatives auprès de personnes en situation de handicap psychique se considérant rétablies et conclure que : « rétrospectivement, de nombreuses personnes en situation de handicap psychique considèrent que l'emploi est crucial pour leur processus de rétablissement »¹⁴¹. Toutefois, il est possible de se rétablir sans exercer une activité professionnelle, en s'engageant dans d'autres types d'activité et d'accomplissement de soi. Comme le rappelle B. Pachoud, « l'accès à l'emploi n'est pas un but en soi mais un moyen pour progresser dans la démarche de rétablissement »¹⁴².

L'activité professionnelle offre à la personne une identité sociale de « professionnel » qui l'aide à ne plus s'identifier à une image stigmatisante de « malade psychiatrique ». Elle contribue au processus de redéfinition de soi, soutenant en grande partie le processus de rétablissement¹⁴³. Que ce soit pour satisfaire les exigences de l'emploi occupé ou pour surmonter certaines difficultés au travail¹⁴⁴, elle peut aussi participer à l'augmentation du sentiment d'efficacité¹⁴⁵ de la personne. L'exercice d'une activité professionnelle contribue au sentiment de retrouver un contrôle sur sa vie, de parvenir à un accomplissement de soi, grâce à la restauration du pouvoir d'agir (*Empowerment*) et d'estime de soi¹⁴⁶.

Plus récemment, une métasynthèse qualitative¹⁴⁷ a permis d'identifier quatre méta-thèmes hiérarchisés permettant de clarifier et d'enrichir les travaux précédents¹⁴⁸.

Le premier thème est le « sentiment d'efficacité personnelle » contribuant à la restauration de l'estime de soi et au sentiment d'accomplissement de soi. Deux sous-thèmes composent ce

¹⁴⁰ J. Boardman, « Work, employment, and psychiatric disability », *Advances in Psychiatric Treatment*, 2003, 9, p. 327-334; Lloyd C. & Waghorn G., « The importance of vocation in recovery for young people with psychiatric disabilities », *The British Journal of Occupational Therapy*, 2007, 70, 2, p. 50-59.

¹⁴¹ H.L. Provencher, « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques », *Santé mentale au Québec*, 2002, 27, 1, p. 35-64.

¹⁴² B. Pachoud, « Activité professionnelle et processus de rétablissement », *Santé mentale au Québec*, 2017, 42, 2, p. 57-70.

¹⁴³ W.A. Anthony, « Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16, p. 11-23; M. Amering & M. Schmolke, *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities*, John Wiley & Sons, 2009.

¹⁴⁴ M. Corbière, C. Mercier, A. Lesage, « Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental health problems », *Journal of Career Assessment*, 2004, 12, p. 460-478.

¹⁴⁵ A. Bandura, *Self-efficacy: The exercise of control*, New York, NY, W. H. Freeman, 1997.

¹⁴⁶ H.L. Provencher, « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques », *Santé mentale au Québec*, 2002, 27, 1, p. 35-64.

¹⁴⁷ F.P. Walsh, & A.C. Tickle, « Working towards recovery : the role of employment in recovery from serious mental health problems : a qualitative meta-synthesis », *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2013, 17, 2, p. 35-49.

¹⁴⁸ B. Pachoud, « Activité professionnelle et processus de rétablissement », *Santé mentale au Québec*, 2017, 42, 2, p. 65-67.

thème : « le fait de relever les défis du monde du travail » et « l'expérience d'un développement personnel », notamment favorisée par les compétences sociales mobilisées. En outre, ces circonstances permettent, selon les personnes en situation de handicap psychique interrogées, de mettre à distance certains symptômes, tels que l'entente de voix, par la focalisation attentionnelle mobilisée par l'activité professionnelle.

Le second thème est « l'identité », la construction d'une « identité positive » grâce à l'activité professionnelle. Deux sous-thèmes lui sont associés : « le sentiment d'un retour à la normale », induit par une réduction de la situation de dépendance à l'égard d'autrui et un sentiment de fiabilité ; « le passage d'une identité de malade à celle de professionnel compétent ».

Le troisième thème est « le sentiment d'appartenance » dont les deux sous-thèmes associés sont « faire partie d'un monde plus large » et « le développement de relations ». Le sentiment d'inclusion dans le monde du travail élargit le monde des personnes qui ne s'identifient plus strictement au « monde du soin » et se réapproprient un sentiment d'utilité sociale. Les relations sont de nouvelles possibilités d'étayage pour les personnes et elles limitent le risque d'isolement.

Le quatrième thème regroupe « les facteurs liés au travail » associé à trois sous-thèmes : « la structuration de la vie de la personne », « les opportunités financières offertes par l'emploi » et la « nature même de l'emploi ». L'activité professionnelle offre une structuration temporelle des journées, peut favoriser une autonomie financière de la personne et lui permettre d'accéder à de nouveaux loisirs. Elle peut permettre d'améliorer la qualité de vie de la personne.

Au-delà de l'approche sociocognitive identifiant les bénéfices de l'exercice d'une activité professionnelle soutenant le processus de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique, l'approche de la psychodynamique du travail peut apporter quelques éclairages complémentaires.

Selon Christophe Dejours, l'importance donnée à une « normalité » et aux conditions d'accès au « plaisir au travail » est une voie d'accès au champ clinique de « la santé par le travail »¹⁴⁹. Il n'est plus seulement question de psychopathologie et de souffrance, comme peut l'illustrer l'évolution de l'appellation de cette discipline de recherche, de la « clinique du travail » à la « psychodynamique du travail ».

Selon l'auteur, la première voie d'accès au « plaisir au travail » est la reconnaissance par soi-même de la qualité de son propre travail, soutenue par la reconnaissance par l'autre et qui donne

¹⁴⁹ C. Dejours, « Conditions d'accès au plaisir dans le travail. Ouverture du Cippt 11. 7 octobre 2021 », *Travailler*, 2022, 48, p. 11-28.

accès à la « construction de relations avec les autres humains sur le mode de la fraternisation ». Christophe Dejours reprend la théorie de la sublimation de Freud et propose de l'enrichir à l'aide de la clinique du travail. En premier lieu, l'auteur décrit un premier niveau de sublimation de la souffrance en relation avec l'expérience du réel du travail :

Le réel, c'est ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance à la maîtrise. Travailler, c'est d'abord échouer, c'est ensuite avoir l'endurance à l'échec et à la souffrance, jusqu'à ce qu'enfin se forme une familiarisation avec le réel

Nous pouvons rapprocher ce premier niveau de sublimation du « paradoxe du rétablissement » décrit par P. E. Deegan selon lequel « en acceptant ce que nous ne pouvons pas faire ou être, nous découvrons ce que nous pouvons être et ce que nous sommes capables de faire ». Selon Christophe Dejours, le travail implique une transformation du Moi dans cette endurance à l'échec, un enrichissement de la subjectivité par le plaisir de la découverte des pouvoirs du corps :

L'acquisition d'une nouvelle habileté implique une transformation du moi, elle passe par un élargissement de la capacité d'habiter et de mobiliser son propre corps, elle donne aussi accès à de nouveaux registres de sensibilité du moi qui n'existaient pas avant le travail¹⁵⁰

Un deuxième niveau de la sublimation est relatif à la psychodynamique de la reconnaissance, dans l'assignation d'une valeur à une prestation de travail, qui relève d'un jugement d'utilité, d'un jugement de conformité avec les règles de l'art (du métier) et d'un jugement d'originalité. Selon Christophe Dejours, c'est la reconnaissance qui transforme la souffrance en plaisir au travail. Selon l'auteur, le jugement d'utilité porté sur le travail d'une personne légitime sa place dans l'entreprise ou l'institution et le jugement de beauté atteste de son intégration dans une équipe de travail. Ils permettent en outre de ne pas être confronté à la solitude au travail et à la désolation. Ces jugements de reconnaissance portent sur le travail réalisé et non sur la personne propre, « sur le faire et non sur l'être » :

C'est à moi seul que revient la possibilité de rapatrier ces jugements dans le registre de mon identité, de mon parcours personnel, de mon histoire, de ma progression, c'est-à-dire dans le registre de l'accomplissement de soi par le travail au plan éthique, et de l'amour de soi au plan narcissique¹⁵¹

Nous pouvons rapprocher la description du « travail sublimatoire » de S. de Mijolla-Mellor édifiant « une nouvelle forme du Moi sur le même modèle mais lié à une réalisation objective » à celle de la « sublimation à l'aune du travail vivant » de Christophe Dejours, selon laquelle :

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Ibid.

la sublimation à l'aune du travail vivant se traduit par un accroissement du moi et de la subjectivité, et par un accroissement de l'amour de soi. Et l'amour de soi est une condition de la santé mentale

Toutefois, à la différence de Christophe Dejours, selon S. de Mijolla-Mellor, les activités sublimées ne sont pas conditionnées par la reconnaissance du groupe social mais par la « négociation interne du sujet avec son narcissisme et ses instances idéales »¹⁵². En outre, le travail sublimatoire permet au sujet d'y reconnaître son œuvre et donc une image de lui-même :

*Le clinamen sublimatoire n'est représentable que dans la dynamique qui fait tendre la pulsion vers son but, mais il lui ouvre la possibilité du détour par d'autres buts dont la caractéristique commune est de permettre au sujet d'y reconnaître son œuvre et donc une image de lui-même*¹⁵³

D'un point de vue sociocognitif ou d'un point de vue psychanalytique, l'exercice d'une activité professionnelle peut être considéré comme un vecteur potentiel du processus de rétablissement, permettant dans certaines conditions (de travail) une transformation du Moi. Il permet au sujet de se reconnaître dans son œuvre, d'édifier une nouvelle image de soi liée à une réalisation objective.

Chapitre 3 : l'Emploi Accompagné, un dispositif favorisant l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique

Après avoir précisé dans les parties précédentes de quelle manière l'exercice d'une activité professionnelle pouvait permettre de soutenir le processus de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique, nous présentons, dans ce chapitre, le dispositif Emploi Accompagné proposant l'accompagnement dans et vers l'emploi de ce public. Dans une première partie, nous rappelons les origines de la pratique de l'Emploi Accompagné, corrélée à l'émergence de la méthodologie *Individual Placement and Support (IPS)* identifiée comme *based practice* (pratique fondée sur les preuves) dans les pays anglosaxons ; dans une seconde partie, nous présentons la philosophie de ce modèle et ses principes fondamentaux ; enfin, dans une troisième partie, nous précisons les modalités d'exercice de l'activité professionnelle des conseillers en emploi accompagné ainsi que le mode de gouvernance approprié des structures porteuses du dispositif.

¹⁵² S. De Mijolla-Mellor, « Les activités sublimées », *La sublimation*, PUF, 2012, p. 107-108.

¹⁵³ S. De Mijolla-Mellor, « II. La dynamique sublimatoire », *Le choix de la sublimation*, PUF, 2009, p. 89-105.

1. Émergence de la méthodologie de référence internationale de la pratique de l'Emploi Accompagné : la méthodologie *Individual Placement and Support (IPS)*

Avant l'émergence de la méthodologie *Individual Placement and Support (IPS)* au sein du champ du « soutien à l'emploi » (*Supported Employment*) des personnes en situation de handicap psychique, différentes approches nord-américaines de « l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux graves ¹⁵⁴ » s'inscrivent au sein de trois modèles prédominants¹⁵⁵ : les ateliers protégés, la préparation à l'emploi et les législations incitatives ou contraignantes pour recruter des personnes en situation de handicap¹⁵⁶.

Le modèle des « ateliers protégés » était fondé sur la croyance que l'accès à l'emploi en milieu ordinaire de travail des personnes en situation de handicap psychique n'était pas réaliste. Les emplois protégés étaient le plus souvent rémunérés à un niveau inférieur au salaire minimum et les tâches demandées étaient répétitives. Le deuxième modèle, « la préparation à l'emploi », était centré sur la « réadaptation » des personnes. Il s'agissait pour les personnes d'acquérir des compétences sociales ou professionnelles avant la recherche active d'un emploi en milieu ordinaire. Cette période de quelques mois était consacrée au suivi de formations, à un accompagnement à l'orientation professionnelle ou à l'exercice de durée courte d'emplois « de transition ». Le troisième modèle proposait de compenser une perte éventuelle de productivité pour l'entreprise, en offrant des compensations financières aux employeurs recrutant des personnes en situation de handicap.

Au cours des années 1970, la période de désinstitutionalisation¹⁵⁷ se poursuivant, une équipe de praticiens chercheurs¹⁵⁸ de l'hôpital psychiatrique public de Madison¹⁵⁹ souhaite innover dans leur offre de soins avec l'espoir de limiter le nombre de « réhospitalisations » des patients. Les cliniciens proposent l'expérimentation d'un accompagnement « intensif dans la communauté » pour aider les patients à se réinsérer dans la société à leur sortie de l'hôpital et

¹⁵⁴ en français « souffrant de troubles psychiatriques ».

¹⁵⁵ R.E. Clark, G.R. Bond, « Costs and benefits of vocational programs for people with serious mental illness », *Handbook of mental health economics and health policy*, New York, NY, John Wiley and Sons, 1996.

¹⁵⁶ E. Latimer, *Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec. Monographie*, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2008.

¹⁵⁷ Se référer à la p. 33.

¹⁵⁸ L.I. Stein & M.A. Test, « Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation », *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 4, p. 392-397.

¹⁵⁹ dans l'État du Wisconsin.

prévenir d'éventuelles réhospitalisations. L'équipe assurant ce suivi est multidisciplinaire. L'objectif est alors d'aider les patients à améliorer leur qualité de vie en les soutenant : dans la poursuite éventuelle d'un traitement à domicile, dans l'accès à un logement autonome et dans leur réinsertion professionnelle. Les chercheurs ont réalisé plusieurs études expérimentales contrôlées comparant l'évolution de patients bénéficiant de ce soutien intensif dans la communauté à leur sortie de l'hôpital avec celle d'autres patients ne bénéficiant pas de ce suivi. Les études ont révélé, concernant les personnes bénéficiant de cet accompagnement, une réduction du nombre d'hospitalisations, une réduction du nombre de jours d'hospitalisation, une réduction des symptômes et une plus grande satisfaction de vivre. Ce nouveau modèle, nommé *Program of Assertive Community Treatment (PACT)*¹⁶⁰ sera à la suite soutenu et financé dans de nombreux États américains puis dans différents pays anglosaxons¹⁶¹. Ce modèle privilégie le milieu ordinaire de travail. Toutefois, l'accompagnement vers le milieu protégé et le bénévolat sont aussi proposés.

Peu de temps après l'émergence du PACT, au cours des années 1980 aux États-Unis, apparaît un nouveau modèle de « soutien à l'emploi » (*Supported Employment*) pour les personnes présentant une déficience intellectuelle¹⁶². Ce nouveau modèle est pensé pour lutter contre l'exclusion sociale des personnes en situation de handicap, ces dernières travaillant le plus souvent au sein de milieux protégés entretenant ainsi une forme de ségrégation, et dont l'accès ultérieur à un emploi en milieu ordinaire n'est que marginal. Les initiateurs du modèle sont convaincus que les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent travailler en milieu ordinaire de travail si elles bénéficient d'un accompagnement individualisé pérenne¹⁶³, depuis la période d'accès à l'emploi et d'une durée indéterminée¹⁶⁴ tant que la personne le nécessite.

C'est un renversement de principe au sein de l'approche du soutien à l'emploi qui s'opère : il s'agit dorénavant de « placer puis former » (*place-train*) et de ne plus « former puis placer » (*train-place*). L'emploi est déterminé pour la personne (en situation de handicap mental) durant une période d'orientation préalable de deux semaines. Le modèle du soutien à l'emploi

¹⁶⁰ programme de suivi intensif dans la communauté.

¹⁶¹ avec quelques adaptations du modèle.

¹⁶² nommées « personnes en situation de handicap mental » en France.

¹⁶³ P. Wehman, « Supported competitive employment for persons with severe disabilities », *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 1986, 17, 4, p. 24-29.

¹⁶⁴ tant qu'elles le nécessitent pour maintenir leur emploi.

(*Supported Employment*) sera intégré à la suite dans la législation américaine au sein des *Rehabilitation Act Amendments* dès 1986¹⁶⁵.

Cette nouvelle approche de soutien à l'emploi (SE) « placer puis former » pour les personnes en situation de handicap mental inspire des praticiens et chercheurs de la réhabilitation psychiatrique¹⁶⁶. Elle suscite l'émergence de nouveaux programmes SE destinés aux personnes en situation de handicap psychique à la fin des années 1980 aux États-Unis¹⁶⁷. Les chercheurs soutiennent la pertinence de cette approche SE pour ce public¹⁶⁸.

Les principales caractéristiques de ce modèle sont les suivantes¹⁶⁹ :

- les clients¹⁷⁰ sont payés, de préférence au salaire habituel, pour le type de travail effectué ;
- ils occupent un emploi régulier, en contact quotidien avec des employés non handicapés ;
- ils reçoivent un soutien continu après leur embauche ;
- peu de temps passé à l'évaluation du client ou à des activités de préparation ;
- implication du client dans la détermination d'emplois potentiels ;
- soutien dans l'obtention des emplois ;
- recherche d'emplois permanents¹⁷¹, quoique des essais répétés soient considérés acceptables.

Les trois premières caractéristiques ont été reprises au modèle SE pour les personnes en situation de handicap mental et les suivantes sont spécifiques au modèle SE destiné aux personnes en situation de handicap psychique. En outre, les chercheurs se sont inspirés d'un des aspects d'une approche antérieure « d'intégration au travail des personnes en situation de handicap psychique », appartenant au champ de la « préparation à l'emploi », le « *Choose-Get-Keep* »¹⁷². Cette approche favorisait notamment l'examen de différents choix possibles d'emplois selon les préférences et les intérêts de la personne.

¹⁶⁵ H.R.4021 - Rehabilitation Act Amendments of 1986.

¹⁶⁶ G.R. Bond & J. Dincin, « Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency », *Rehabilitation Psychology*, 1986, 31, 3, p. 143-155.

¹⁶⁷ R.E. Drake, « Brief history, current status, and future place of assertive community treatment », *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998, 68, 2, p. 172-175.

¹⁶⁸ V. Mellen & K. Danley, « Special issue : Supported employment for persons with severe mental illness », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1987, 11, 2, p. 3-4.

¹⁶⁹ E. Latimer, *Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec. Monographie*, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2008.

¹⁷⁰ Les personnes en situation de handicap ou les patients sont considérés comme des « clients » dans les pays anglosaxons. Ce terme est utilisé pour connoter un positionnement inclusif, et aussi actif et non passif de la personne.

¹⁷¹ à la différence d'emplois « de transition » de courte durée.

¹⁷² K.S. Danley, E.S. Rogers, K. Macdonald-Wilson, W. Anthony, « Supported employment for adults with psychiatric disability: Results of an innovative demonstration project », *Rehabilitation Psychology*, 1994, 39, 4, p. 269-76.

C'est dans ce cadre, au cours des années 1990, que Deborah Becker et Bob Drake ont conceptualisé un modèle précis et standardisé de soutien à l'emploi (SE) pour les personnes en situation de handicap psychique : le modèle *Individual Placement and Support (IPS)*¹⁷³. Une particularité de ce modèle SE est l'intégration d'un conseiller en emploi à l'équipe clinique, principe aussi présent dans le dispositif de « suivi intensif dans la communauté » (ACT).

L'intérêt suscité par cette pratique dans de nombreux pays tient à la supériorité de son efficacité. La majorité des études comparatives randomisées contrôlées lui reconnaît un taux d'insertion en milieu ordinaire de travail au moins deux fois supérieur à celui obtenu par les pratiques traditionnelles d'aide à l'insertion. Une récente méta-analyse¹⁷⁴ généralise ce résultat d'*evidence-based practice* (pratique fondée sur des preuves) dans différents pays après avoir identifié la supériorité des résultats de cette pratique en termes d'insertion professionnelle parmi 27 essais randomisés contrôlés.

En outre, en 2001, une communauté apprenante IPS (*IPS Learning Community*) incluant trois structures IPS américaines a été créée par les fondateurs et chercheurs du domaine. En 2024, la communauté comprend 26 États américains, la région de Montréal au Canada ainsi que l'Italie, l'Espagne, les Pays-Bas, la Nouvelle Zélande, l'Angleterre et la France. Ce centre d'apprentissage aide les équipes souhaitant mettre en œuvre ce modèle dans leur région ou leur État, en dispensant des formations et des conseils. En outre, les membres de la communauté partagent leur expérience entre eux, de l'implémentation de la méthodologie au suivi de la pratique des structures. Pour progresser dans leur pratique, les membres de la communauté s'appuient notamment sur les mesures de performance des structures en termes d'insertion professionnelle des personnes accompagnées et aussi sur la mesure du degré de fidélité de la structure au modèle IPS, à l'aide d'une échelle de fidélité que nous présenterons de manière détaillée dans la deuxième partie méthodologie.

2. La philosophie du modèle IPS et ses 8 principes

Aux fins de la recherche évaluative, pour savoir dans quelle mesure les pratiques de soutien à l'emploi¹⁷⁵ comparées se réfèrent à la méthodologie IPS, il est apparu nécessaire de spécifier

¹⁷³ R.E. Drake, « A brief history of the individual placement and support model », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 22, 1, p. 3-7.

¹⁷⁴ B. Brinchmann, T. Widding-Havneraas, M. Modini, M. Rinaldi, C.F. Moe, D. Mcdaid, A.L. Park, E. Killackey, S.B. Harvey & A. Mykletun, « A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support », *Acta psychiatrica Scandinavica*, 202, 141, 3, p. 206–220.

¹⁷⁵ « emploi accompagné » en France.

cette pratique. Dans la littérature de recherche contemporaine, ces pratiques se distinguent en fonction du degré d'adhésion des structures à ce modèle et à ses principes, ainsi qu'à leur disposition à être évaluées et positionnées par rapport à ces derniers. Diverses approches de conception et de mise en œuvre de soutien à l'emploi se sont développées dans différentes régions du monde. Marc Corbière a pu en faire le constat au Canada, dans le cadre de son étude comparative portant sur l'implémentation de cette pratique¹⁷⁶ au sein 23 structures réparties sur 52 sites.

La méthodologie IPS de mise en œuvre de l'emploi accompagné (soutien à l'emploi) est définie par 8 principes. Ils servent de repères et de guides au développement de la pratique. Ce modèle ne constitue pas à lui seul une méthode d'accompagnement ni un cahier des charges ou un protocole d'accompagnement. La philosophie IPS accorde aux établissements et en particulier aux conseillers en emploi des latitudes d'adaptation permettant d'ajuster leurs interventions aux besoins spécifiques des personnes ainsi qu'aux particularités du marché du travail de la région au sein de laquelle ils opèrent. Ces principes constituent des balises, tant éthiques que pratiques, destinées à guider l'exercice de l'accompagnement dans et vers l'emploi. Les structures peuvent être caractérisées, selon une approche descriptive et non normative, en se référant à ces 8 principes, enrichis de quelques variables pertinentes, à l'aide d'une échelle de mesure de degré de fidélité¹⁷⁷.

Il est en premier lieu frappant de constater la forte convergence entre les principes qui structurent les programmes de soutien à l'emploi (qu'on qualifie en France d'emploi accompagné), valorisés pour leur efficacité, et les principes des pratiques axées sur le rétablissement¹⁷⁸

Les 8 principes (non hiérarchisés) de la méthodologie IPS sont les suivants :

- (1) « Zéro exclusion ».

Ce principe signifie que le critère d'admission dans le programme est uniquement fondé sur la volonté de la personne en situation de handicap psychique d'exercer un emploi en milieu ordinaire de travail. Aucun autre critère de sélection n'est retenu, ce qui illustre le degré d'exigence éthique de cette approche. Tous les candidats ont le droit d'essayer. L'accès au dispositif Emploi Accompagné n'est pas conditionné par la rémission complète des troubles ni par la perception que pourraient avoir les conseillers de l'aptitude de la personne à travailler.

¹⁷⁶ M. Corbière, N. Lancot, T. Lecomte, E. Latimer, P. Goering, B. Kirsh & T. Kamagiannis, « A pan- Canadian evaluation of supported employment programs dedicated to people with severe mental disorders », *Community Mental Health Journal*, 2010, 46, 1, p. 44-55.

¹⁷⁷ que nous présentons de manière détaillée dans la deuxième partie méthodologie.

¹⁷⁸ B. Pachoud, « Activité professionnelle et processus de rétablissement », *Santé mentale au Québec*, 2017, 42, 2, p. 65-67.

- (2) « L'objectif est l'emploi en milieu ordinaire de travail ».

Ce principe d'insertion en milieu ordinaire de travail répond à l'exigence de donner la priorité à l'inclusion sociale.

- (3) « Initiation rapide à la recherche d'un emploi (en milieu ordinaire) ».

La recherche d'emploi débute rapidement, le plus souvent dès le premier mois suivant l'admission dans le dispositif. Le recours aux évaluations prolongées, aux emplois bénévoles, protégés ou de transition et à d'autres étapes préparatoires sont évités, dans le respect du modèle « placer puis former » (*place and train*).

- (4) « Articulation avec l'équipe de soins ».

Le conseiller en emploi accompagné est en relation étroite avec l'équipe soignante. N'étant pas lui-même clinicien, il est impératif qu'il entretienne une coordination étroite avec les soignants.

- (5) « Respect des préférences et intérêts professionnels de la personne ».

L'attention portée aux attentes et préférences de la personne en matière d'activité professionnelle traduit l'exigence de promouvoir l'autodétermination et le respect du projet de la personne.

- (6) « Ajustement du poste (*job development*) ».

L'ajustement du poste est réalisé en tenant compte des compétences de la personne accompagnée, tout en répondant aux exigences de l'employeur. Cela suppose un travail de prospection auprès des employeurs de la part des conseillers en emploi accompagné, ainsi que l'établissement d'une relation de confiance avec ces derniers.

- (7) « Soutien dans l'emploi continu (sans limitation dans la durée) et individualisé ».

Le conseiller en emploi accompagné poursuit l'offre de ses services aussi longtemps que la personne en exprime le souhait. La continuité du suivi traduit l'engagement du professionnel dans la relation d'aide et atteste à nouveau d'une pratique adaptée au besoin de sécuriser le parcours professionnel de la personne. Elle constitue un gage de sécurité tant pour la personne accompagnée que pour l'employeur.

L'accompagnement est personnalisé, adapté à la singularité de la personne, à son projet et à ses besoins. Il s'agit d'un accompagnement « sur mesure » en ce sens que c'est à l'accompagnant de se conformer aux exigences et aux attentes de la personne, contrairement aux approches traditionnelles qui tendent à imposer à la personne de s'adapter à un cadre proposé.

- (8) « Conseils et soutien apportés aux personnes en matière de prestations sociales ».

L'accès à un emploi en milieu ordinaire peut entraîner la suspension d'allocations sociales, ce qui constitue une prise de risque pour la personne accompagnée. Celle-ci doit être en mesure d'en évaluer les implications et de s'assurer d'un accompagnement adéquat afin de recouvrer ces prestations sociales en cas d'échec de l'insertion professionnelle.

La pratique émergente de l'emploi accompagné, comme le nouveau rôle du « conseiller en emploi accompagné », illustre l'évolution de la philosophie et de l'orientation du secteur médico-social requise par cette approche. Il s'agit de passer d'une culture axée sur la protection et l'assistance, dans laquelle les professionnels imprégnés d'une approche soignante s'efforcent de protéger les personnes en limitant les prises de risque à une culture de l'autonomisation et de l'inclusion sociale. Dans cette nouvelle perspective, les professionnels accompagnent les personnes au sein de la société ordinaire, notamment dans le milieu ordinaire de travail, et doivent eux-mêmes être pleinement intégrés à cet environnement¹⁷⁹. En ce sens l'activité du conseiller en emploi accompagné se déploie au sein de l'entreprise (avec l'accord de la personne) plutôt que dans les bureaux des structures médico-sociales. Par ailleurs, cette pratique ne saurait être efficace sans l'acceptation de prises de risque mesurées, essentielles à la progression de la personne accompagnée.

3. Le conseiller en emploi accompagné et le mode de gouvernance des structures

Comme nous l'avons explicité dans la partie précédente, dans l'approche de l'emploi accompagné, l'accompagnement repose sur un unique intervenant, le conseiller en emploi accompagné. Il prend en charge la personne depuis la demande initiale d'insertion jusqu'à l'accès à l'emploi, et assure un suivi prolongé durant l'ensemble de la période d'activité, en principe pérenne. Il assume un rôle central de coordinateur facilitant l'articulation entre la personne accompagnée, l'entreprise employeuse, l'équipe soignante et les acteurs sociaux concernés¹⁸⁰.

Par ailleurs, de nombreux auteurs ont souligné que l'*empowerment* des personnes accompagnées exige que les accompagnants eux-mêmes disposent de cette liberté d'initiative,

¹⁷⁹ B. Pachoud, M. Corbière, « Accompagnement vers et dans l'emploi », dans N. Franck (Ed.), *Outils de la réhabilitation psychosociale*, Elsevier Masson SAS, Paris, 2016, p. 319-341.

¹⁸⁰ M. Corbière, T. Lecomte, D. Reinhartz, B. Kirsh, E. Latimer, P. Goering, N. Lancot, M. Menear, D. Berbiche, K. Genest, E. Goldner, « Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2017, 205, 4, p. 275-282.

de cette marge de manœuvre, de cette capacité à faire confiance et à prendre des risques mesurés, conditions essentielles pour favoriser l'autonomie des personnes¹⁸¹. En d'autres termes, l'*empowerment* des accompagnants se révèle être une condition sine qua non de l'*empowerment* des personnes accompagnées, notamment en ce qui concerne leur insertion professionnelle.

Promouvoir l'*empowerment* suppose un réajustement des rapports de pouvoir non seulement au sein de la relation d'accompagnement mais également dans le mode de gouvernance des structures qui le mettent en œuvre. Cela implique l'adoption d'un management participatif, la réduction des échelons hiérarchiques ainsi que la participation active des bénéficiaires ou d'anciens bénéficiaires aux instances décisionnelles de ces organisations. À l'inverse, le recours à des experts présente l'inconvénient de perpétuer une relation d'assistance asymétrique risquant de renforcer une posture passive chez les personnes accompagnées. En outre, les structures fortement hiérarchisées soumises à de rigides contraintes organisationnelles tendent à imposer des modèles d'accompagnement planifiés de manière descendante (*top down*). Ces protocoles prescrivent les parcours des personnes accompagnées et s'opposent, par nature, aux exigences d'autonomie, d'initiative et de créativité, composantes essentielles de l'*empowerment* tant des conseillers en emploi accompagné que des personnes accompagnées. Ces mêmes exigences recoupent, en outre, les qualités des professionnels identifiées par la recherche comme étant les facteurs clés de leur efficacité¹⁸².

Étant donné que la pratique de l'emploi accompagné repose essentiellement sur l'intervention du conseiller en emploi accompagné, ses compétences ainsi que la qualité de ses actions constituent des déterminants majeurs de l'efficacité de cette pratique¹⁸³. De nombreuses études soulignent que les disparités entre les résultats en termes d'insertion professionnelle des personnes accompagnées entre les structures sont imputables à la qualité de l'accompagnement, et plus précisément, à certaines compétences spécifiques des conseillers en emploi

¹⁸¹ I. De Pierrefeu & C. Charbonneau (2014), « Deux structures d'insertion professionnelle de format hybride pour personnes avec un trouble mental : les ESAT de transition de Messidor (France) et Accès-Cible SMT (Québec) », *L'Encéphale*, 2014, 40.

¹⁸² M. Corbière, E. Brouwers, N. Lanctôt & J. Van Weeghel, « Employment specialist competencies for supported employment programs », *Journal of occupational rehabilitation*, 2014, 24,3, p. 484-497 ; R.E. Drake, G. Bond & C. Rapp, « Explaining the variance within supported employment programs : Comment on "What predicts supported employment outcomes ?" », *Community Mental Health Journal*, 2006, 42, 3, p. 315-318 ; P. Loisel, M. Corbière, « Compétences requises chez l'intervenant qui facilite le retour ou la réinsertion au travail de personnes à risque d'une incapacité prolongée », *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2011, p.281-306.

¹⁸³ M. Corbière, T. Lecomte, D. Reinharz, B. Kirsh, E. Latimer, P. Goering, N. Lanctot, M. Menear, D. Berbiche, K. Genest, E. Goldner, « Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2017, 205, 4, p. 275-282.

accompagné¹⁸⁴. Ce constat a suscité un essor de recherches consacrées aux comportements et aux attitudes de ces professionnels. Dans la dernière version de leur échelle d'évaluation Corbière et ses collègues¹⁸⁵ identifient 90 comportements, attitudes et connaissances essentielles à la pratique des conseillers. Nous présentons cette échelle de manière détaillée dans la deuxième partie méthodologie.

Certaines de ces compétences se révèlent plus directement corrélées au taux d'accès à l'emploi, tandis que d'autres s'avèrent déterminantes pour le maintien en emploi¹⁸⁶. Pour favoriser l'accès à l'emploi des personnes, l'aptitude du conseiller à établir un lien de confiance et de coopération avec les acteurs de l'entreprise est essentielle ainsi que ses compétences en négociation. Elles lui permettent d'optimiser l'adéquation entre le poste proposé par l'entreprise et les compétences de la personne accompagnée (*job development*). Concernant le maintien en emploi, l'aptitude du conseiller à instaurer une relation de qualité avec le responsable de la personne accompagnée dans l'entreprise facilite la mise en place d'éventuels aménagements de postes. Ces derniers peuvent être nécessaires à la personne pour se maintenir en emploi, tout en restant en adéquation avec les exigences de l'entreprise. La continuité et la réactivité tout au long du suivi, ainsi qu'une connaissance approfondie de la culture d'entreprise pour aider la personne accompagnée à s'y intégrer sont également des facteurs clés de succès¹⁸⁷. En outre de nombreuses recherches soulignent que l'efficacité du conseiller en emploi repose sur son engagement envers cette pratique et son adhésion à ses principes, et en particulier sur la conviction fondamentale selon laquelle l'intégration dans le monde du travail en milieu ordinaire est possible pour les personnes en situation de handicap psychique¹⁸⁸.

Comme nous l'avons déjà précisé dans la partie précédente, il convient de souligner que, dans les pratiques anglo-saxonnes, les conseillers en emploi accompagné ne sont pas recrutés parmi les cliniciens tels que les psychologues ou les infirmiers. Ils proviennent majoritairement du monde de l'entreprise, possédant ainsi une connaissance approfondie de sa culture, de ses

¹⁸⁴ R.E. Drake, G. Bond & C. Rapp, « Explaining the variance within supported employment programs : Comment on "What predicts supported employment outcomes ?" », *Community Mental Health Journal*, 2006, 42, 3, p. 315-318.

¹⁸⁵ M. Corbière, E. Brouwers, N. Lanctot & J. Van Weeghel, « Employment specialist competencies for supported employment programs », *Journal of occupational rehabilitation*, 2014, 24, 3, p. 484-497.

¹⁸⁶ R.E. Drake, G. Bond, D. Becker, *Individual Placement and Support : An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, New York : Oxford University Press, 2012.

¹⁸⁷ M. Corbière, E. Brouwers, N. Lanctot & J. Van Weeghel, « Employment specialist competencies for supported employment programs », *Journal of occupational rehabilitation*, 2014, 24, 3, p. 484-497.

¹⁸⁸ Kt. Mueser Kt. & Sr. McGurk, « Supported employment for persons with serious mental illness : Current status and future directions », *L'Encéphale*, 2014, 40.

exigences et de ses ressources¹⁸⁹. Cela justifie, en outre, la nécessité d'une coordination, lorsque cela s'avère nécessaire, avec l'équipe soignante, étant donné l'absence d'expertise clinique de ces derniers.

Le nombre de personnes accompagnées par un conseiller en emploi est généralement limité à 20 personnes, sans restriction de la durée du suivi, ce qui permet une véritable disponibilité pour un accompagnement intensif durant les périodes les plus délicates de l'insertion et du maintien en emploi, propres à chaque personne accompagnée.

Bien que cette approche s'appuie sur des principes distincts voire parfois opposés à ceux des pratiques traditionnelles, cela ne signifie pas qu'elle s'y oppose en tous points. C'est le cas de l'évaluation initiale des compétences professionnelles de la personne accompagnée, particulièrement mise en exergue dans certaines pratiques traditionnelles, qui n'est pas purement et simplement écartée. Elle s'opère en réalité dans le cadre d'un accompagnement individualisé, in situ, sur le lieu de travail, de manière continue et prolongée, permettant ainsi de saisir la dynamique évolutive des compétences. Ce type d'évaluation des compétences professionnelles est considéré comme le plus pertinent en termes d'employabilité des personnes en situation de handicap psychique¹⁹⁰.

L'Emploi Accompagné illustre le changement de priorité qui caractérise le « paradigme du rétablissement ». Ce paradigme marque le passage d'un objectif principalement médical, la rémission des troubles, à une visée de rétablissement personnel, impliquant le réengagement dans une vie active choisie et de rétablissement social par l'insertion professionnelle. En d'autres termes, il s'agit de substituer à une approche centrée sur la maladie une approche centrée sur la personne et son devenir, notamment sur le plan professionnel.

Prioriser cette perspective de rétablissement, en la considérant véritablement atteignable, exige une nouvelle hiérarchisation des objectifs, laquelle requiert une redéfinition des services et des pratiques d'accompagnement. Pour que les services soient effectivement « axés sur le rétablissement », deux niveaux de transformation s'avèrent nécessaires : d'une part, au niveau organisationnel, une redéfinition des services en fonction de l'objectif prioritaire, ici l'insertion

¹⁸⁹ P. Loisel, M. Corbière « Compétences requises chez l'intervenant qui facilite le retour ou la réinsertion au travail de personnes à risque d'une incapacité prolongée », *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2011, p. 281-306.

¹⁹⁰ M. Busnel, T. Hennion, D. Leguay, V. Paparelle, B. Pollez, *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous. Évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion professionnelle*. Rapport remis aux ministres X. Darcos et N. Morano, 2009. Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_EMPLOYABILITE.pdf

professionnelle et des valeurs inhérentes au rétablissement ; d'autre part, au niveau individuel, une révision de la posture d'accompagnement¹⁹¹.

L'Emploi Accompagné incarne à la fois cette réorientation des structures de soutien à l'insertion professionnelle (des personnes en situation de handicap psychique) et la transformation de l'attitude et de la posture des accompagnants. C'est là l'un des principaux facteurs de l'efficacité de cette pratique qu'il convient d'évaluer tant au niveau de l'organisation des structures qu'à celui des pratiques et postures concrètes d'accompagnement. En outre, l'Emploi Accompagné, en tant que dispositif et pratique concrète d'accompagnement, illustre la conjonction d'un impératif éthique, rendre effectif le droit à l'inclusion sociale, et d'une exigence pragmatique d'efficacité, attestée par l'articulation de cette pratique avec la recherche évaluative. En d'autres termes, l'Emploi Accompagné incarne à la fois une démarche militante, visant à promouvoir l'inclusion sociale et la reconnaissance des droits, et une quête d'optimisation de la pratique, fondée sur l'évaluation et l'intégration des données de la recherche.

En France, cette pratique a tardé à se développer faute de financements dédiés à cette approche. Toutefois plusieurs structures médico-sociales avaient commencé à l'expérimenter, à l'aide de financements temporaires ou à titre d'expérimentation, avant sa reconnaissance de la part des pouvoirs publics exprimée dans l'article 52 de la loi 2016-1088 du 8 août 2016, relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Cinq de ces structures ont souhaité participer à une première étude évaluative exploratoire afin d'apprécier les premières implémentations de la pratique de l'Emploi Accompagné en France. Nous présentons les principaux résultats de cette étude dans le chapitre suivant.

Chapitre 4 : Étude exploratoire portant sur 5 structures porteuses de l'expérimentation nationale Emploi Accompagné

Préalablement à cette thèse doctorale, une première étude exploratoire¹⁹² a été menée pour évaluer rétrospectivement (2013-2016) une expérimentation de l'Emploi Accompagné pour des

¹⁹¹ M. Farkas, C. Gagne, W. Anthony & J. Chamberlin, « Implementing recovery oriented evidence based programs : Identifying the critical dimensions », *Community Mental Health Journal*, 2005, 41,2, p. 141-158 ; M. Farkas, « The vision of recovery today : what it is and what it means for services », *World Psychiatry*, 2007, 6, 2, p.68.

¹⁹² B. Pachoud, M.G. Marec, M. Corbière, *Étude évaluative de cinq dispositifs d'emploi accompagné pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental (GPS emploi / Fegapei -Nexem)*, 2017. https://nexem.fr/app/uploads/2017/06/rapport_Nexem_emploi-accompagne_VV_Num.pdf.

personnes en situation de handicap psychique (N=107), de handicap mental (N=61) ou présentant des troubles du spectre autistique (N=8). Cette étude évaluative portait sur 5 structures médico-sociales porteuses de l'expérimentation, réparties sur 5 différents territoires en France et développant cette pratique depuis au moins trois ans¹⁹³. Ces expérimentations, portées par diverses associations, étaient conduites dans le cadre d'un programme de recherche-action coordonné par Nexem¹⁹⁴ avec les concours financiers des Agences régionales de santé (ARS) concernées, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ainsi que de la Fondation Handicap Malakoff Médéric.

Chaque structure a été caractérisée de façon standardisée à l'aide de l'échelle *Quality of Supported Employment Implementation Scale*¹⁹⁵ (QSEIS), traduite en français pour l'évaluation des dispositifs canadiens¹⁹⁶, en fonction de 7 principes¹⁹⁷ du modèle de référence IPS et d'une série de variables pertinentes relatives à la pratique de l'Emploi Accompagné¹⁹⁸.

La performance de cette pratique a été évaluée de façon rétrospective sur 3 ans (mars 2013 - mars 2016) en termes de taux d'accès à l'emploi (à 6 et à 12 mois) et de durée de maintien en emploi (taux de maintien à 6 et à 12 mois).

Les compétences des conseillers en emploi (N=30) ont fait l'objet, d'une part, d'une étude qualitative menée à l'aide d'entretiens individuels et collectifs conduits auprès des conseillers et des personnes accompagnées ; d'autre part, d'une évaluation standardisée à l'aide de l'échelle *Behaviors, Attitudes, and Knowledge of Employment Specialists* (BAKES)¹⁹⁹, échelle standardisée à nouveau utilisée pour la présente étude²⁰⁰.

Enfin, les aménagements de poste et soutiens disponibles en entreprise, favorisant le maintien en emploi des personnes accompagnées, ont aussi fait l'objet d'une étude qualitative et

¹⁹³ le SIMOT (Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail) de l'Association Route Nouvelle Alsace à Strasbourg ; le CAFAU (Centre d'Accompagnement et de Formation à l'Activité Utile) de l'Association Un Autre Regard à Compiègne ; le SAMO (Service d'Accompagnement en Milieu Ouvert) de l'Association des Papillons Blancs à Dunkerque ; le SEA (Service d'Emploi Accompagné) de l'ADAPEI 33 à Bordeaux ; le SIPB (Service d'Insertion des Papillons Blancs) de l'Association des Papillons Blancs à Bergerac.

¹⁹⁴ Organisation professionnelle des employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire à but non lucratif, née de la fusion de la FEGAPEI et du SYNEAS. La FEGAPEI a piloté cette recherche-action jusqu'à la fin de l'année 2016, dans le cadre du Groupement de Priorité de Santé Emploi (GPS Emploi), lieu de coopération entre les associations expérimentatrices.

¹⁹⁵ G. Bond, J. Picone, B. Mauer, S. Fishbein, & R. Stout, « The Quality of Supported Employment Implementation Scale », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2000, 14, 3, p. 201-212.

¹⁹⁶ M. Corbière, G. Bond, E.M. Goldner & T. Ptasiński, « The fidelity of supported employment implementation in Canada and the United States », *Psychiatric Services*, 2005, 56, 11, p. 1444-1447.

¹⁹⁷ Le 8^e principe ayant été ajouté postérieurement à la création de cette échelle.

¹⁹⁸ cette échelle n'a pas été retenue pour la caractérisation des dispositifs de la présente étude, ce que nous précisons dans la partie suivante.

¹⁹⁹ M. Corbière, V. Neduha, N. Lanctôt N, *Behaviors, Attitudes and Knowledge in Employment Specialists Scale (BAKES)*, Sherbrooke, Canada, Université de Sherbrooke, 2007.

²⁰⁰ présentée de manière détaillée dans la deuxième partie méthodologie.

quantitative. Le volet qualitatif été réalisé à l'aide d'entretiens individuels (N=54) conduits auprès des différents acteurs concernés (personnes accompagnées, employeurs, collègues, conseillers en emploi accompagné) lors de visites en entreprises. Concernant le volet quantitatif, une évaluation standardisée (N=13) a été menée à l'aide de l'échelle *Work Accommodation Natural Support Scale* (WANSS)²⁰¹, échelle standardisée à nouveau utilisée pour la présente étude²⁰².

Nous présentons dans les sous-parties suivantes les observations et les principaux résultats obtenus.

1. Différences et convergences notables de 5 dispositifs expérimentaux d'Emploi Accomagné

Les cinq dispositifs expérimentaux d'Emploi Accomagné, mis en œuvre par différentes associations²⁰³ gestionnaires de structures médico-sociales²⁰⁴, se sont révélés relativement hétérogènes tant par la composition de leur public accompagné que par l'ancienneté de leur expérience dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire de travail, cette variabilité étant notamment liée à l'historique propre à chaque association.

- Le public accompagné.

Le public accompagné par le SIMOT à Strasbourg était composé exclusivement de personnes en situation handicap psychique et celui du SIPB à Bergerac, exclusivement de personnes en situation de handicap mental. Concernant le public accompagné par les trois autres dispositifs, il était constitué à la fois de personnes en situation de handicap psychique et de personnes en situation de handicap mental²⁰⁵ avec une majorité de personnes en situation de handicap psychique pour le CAFAU à Compiègne et une majorité de personnes en situation de handicap mental pour le SEA à Bordeaux et pour le SAMO à Dunkerque.

- L'ancienneté de leur pratique.

Les dispositifs ont démarré leur pratique d'accompagnement des personnes en situation de handicap (psychique ou mental) en milieu ordinaire de travail depuis 1991 pour le SIMOT

²⁰¹ M. Corbière, P. Villotti, T. Lecomte, G. Bond, A. Lesage, E. Goldner, « Work accommodations and natural supports for maintaining employment », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, 37, 2, p. 90-98.

²⁰² présentée de manière détaillée dans la partie méthodologie.

²⁰³ Route Nouvelle Alsace (1980), Un Autre Regard (1996), Les Papillons Blancs de Dunkerque (1961), l'ADAPEI de la Gironde (1958), Les papillons Blancs de Bergerac (1967).

²⁰⁴ initialement fondées au cours du XXe siècle par des personnes militantes des droits humains et de la solidarité, amis et parents des personnes en situation de handicap.

²⁰⁵ Et quelques personnes dont la situation de handicap relevait des troubles du spectre de l'autisme.

(Strasbourg), depuis 2008 pour le CAFAU (Compiègne), depuis 2013 pour le SAMO (Dunkerque) et le SIPB (Bergerac) et depuis 2014 pour le SEA (Bordeaux)²⁰⁶.

En outre, les cinq dispositifs se sont révélés hétérogènes quant à leur volume d'activité (nombre de personnes accompagnées et nombre de conseillers en emploi accompagné) et quant à la situation professionnelle des personnes accompagnées à leur entrée dans le dispositif (en emploi ou non).

- Le volume d'activité : le nombre de personnes accompagnées (PA) et le nombre de conseillers en emploi accompagné (CEA).

71 personnes accompagnées (PA) et 11 conseillers en emploi accompagné (CEA) ont été inclus dans l'étude concernant le SIMOT (Strasbourg) ; 11 PA et 2 CEA pour le SIPB (Bergerac) ; 30 PA et 4 CEA pour le CAFAU (Compiègne) ; 34 PA et 2 CEA pour le SEA (Bordeaux). Par ailleurs, nous avons observé que pour la majorité des dispositifs, les CEA ne consacraient pas toute leur activité à l'Emploi Accompagné et il était difficile d'obtenir avec précision le nombre de personnes accompagnées par CEA (en équivalent temps plein).

- La situation professionnelle des personnes accompagnées à l'entrée dans le dispositif.

Le SEA à Bordeaux et le SIPB à Bergerac proposaient essentiellement un accompagnement pour le maintien en emploi des personnes. Les trois autres dispositifs proposaient un accompagnement à l'insertion professionnelle à des personnes sans emploi à leur entrée dans le dispositif, poursuivi par un accompagnement pour leur maintien en emploi.

Concernant la mise en œuvre de la pratique d'Emploi Accompagné de ces dispositifs expérimentaux, certaines caractéristiques ont pu être mises en évidence à l'aide des résultats obtenus à l'échelle QSEIS de fidélité au modèle IPS.

Les cinq dispositifs ont obtenu un degré de fidélité exemplaire à 3 des principes du modèle IPS :

- Zéro exclusion (I) : (moyenne = 5,00 ; écart-type = 0,00)

Toutes les personnes étaient accueillies dans les dispositifs. Il n'existait aucun critère d'exclusion en lien avec une éventuelle distance à l'emploi, un certain degré de sévérité des symptômes ou d'un certain « niveau de fonctionnement ». Seul « l'engagement volontaire des personnes » était requis et identifié par les dispositifs pour que les personnes puissent être

²⁰⁶De 2007 à 2011, le Service de Prospection, de Placement et de Suivi (SPPS) de l'Adapei 33 travaillait avec une équipe de 7 conseillers en insertion professionnelle pour le développement d'un réseau d'entreprises, le projet de la personne et la consolidation dans l'emploi lorsqu'elle était nécessaire (convention signée avec l'Agefiph). En 2011, cette convention a été remplacée par les prestations ponctuelles spécifiques (PPS), l'activité d'accompagnement des personnes dans le maintien en emploi s'est arrêtée. La participation à l'expérimentation GPS Emploi (objet de l'étude exploratoire) a permis au SPSS renommé SEA de proposer à nouveau un accompagnement de maintien en emploi à partir de 2014 (recrutement de 2 CEA).

accompagnées, « certaines personnes étant soumises à une pression de la part de leur famille, de leur médecin ou d'un service social ».

- Accompagnement individualisé dans l'emploi (VII) : (moyenne = 5,00 ; écart-type = 0,00)

Pour l'ensemble des dispositifs, toutes les personnes accompagnées en emploi recevaient un suivi individualisé pour leur maintien en emploi.

- Accompagnement aux prestations sociales (VIII) : (moyenne = 5,00 ; écart-type = 0,00)

L'ensemble des dispositifs délivraient des conseils et du soutien aux personnes accompagnées en matière de prestations sociales, impactées éventuellement par une situation nouvelle d'emploi.

Quelques disparités ont été observées pour les 2 principe IPS suivants :

- Milieu ordinaire ciblé (II) : (moyenne = 4,80 ; écart-type = 0,45)²⁰⁷

Pour l'ensemble des dispositifs, l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail était encouragée. Cependant, l'un d'entre eux proposait une approche « globale » comportant trois volets : emploi, social et santé. Au cas par cas, d'autres projets pouvaient être soutenus : la création artistique par exemple.

- Attention portée aux préférences des personnes (V) : (moyenne = 4,40 ; écart-type = 0,89).

Pour mesurer le degré de fidélité à ce principe, l'item proposé par l'échelle QSEIS interroge les dispositifs au sujet de la recherche d'emploi individualisée effectuée pour le compte des personnes accompagnées en fonction de leurs préférences et de leurs besoins (symptomatologie) et non en fonction de l'offre de postes immédiatement disponibles sur le marché de l'emploi. Deux des dispositifs n'ont pas obtenu la note maximale à l'item. Cependant, pour certaines personnes, la proposition d'un emploi disponible qui ne relevait pas du domaine professionnel envisagé s'est tout de même conclue par un contrat de travail dont la personne était satisfaite. L'environnement de travail, l'équipe, la satisfaction d'être en activité sont aussi des sources de motivation pour les personnes accompagnées²⁰⁸.

En revanche, la pratique des dispositifs ne relevait pas de la méthodologie IPS à l'égard des 2 principes suivants :

²⁰⁷ 4 des 5 dispositifs ont obtenu la note maximale de 5/5 et un dispositif la note de 4/5.

²⁰⁸ Les dispositifs ne forcent en aucun cas les personnes accompagnées à garder un emploi qui ne leur conviendrait pas.

- Recherche rapide d'un emploi en milieu ordinaire (III) : (moyenne = 2,75 ; écart-type = 0,50)²⁰⁹

Le délai entre l'entrée dans le dispositif et la recherche d'emploi était variable selon les dispositifs, certains dispositifs proposant au préalable des formes de préparation ou de réentraînement au travail.

- Articulation avec les équipes de soins (IV) : (moyenne = 2,00 ; écart-type = 0,00)²¹⁰

Les liens entre les conseillers en emploi avec l'équipe soignante existaient le plus souvent pour les personnes en situation de handicap psychique. Cependant, la fréquence des contacts avec l'équipe de soin était nettement inférieure à celle des pratiques courantes au Canada (N=23 ; moyenne = 3,48 ; écart-type = 1,41)²¹¹. Ces contacts avaient lieu le plus souvent quand ils apparaissaient nécessaires, notamment dans les situations de crise ou de rechute.

Au-delà du degré de fidélité mesuré à ces 7 principes du modèles IPS, la passation de l'échelle QSEIS avait permis d'observer un degré de fidélité élevé à certaines modalités corrélées à ces principes :

- Un accompagnement des dispositifs mis à la disposition des employeurs (moyenne = 5,00 ; écart-type = 0,00) ;
- Le nombre de personnes accompagnées par conseiller en emploi (moyenne = 4,60 ; écart-type = 0,55) ;
- Les modalités de fonctionnement de l'équipe du dispositif : nombre de conseillers en emploi par équipe²¹² (moyenne = 4,80 ; écart-type = 0,45) ; unité professionnelle²¹³ (moyenne = 5,00 ; écart-type = 0,00) ; fréquence des réunions d'équipe du dispositif (moyenne = 4,80 ; écart-type = 0,45)²¹⁴ ;
- Un « *outreach* affirmatif »²¹⁵ (moyenne = 4,60 ; écart-type = 0,89).

²⁰⁹ Cet item concerne 4 dispositifs, le 5^e accompagnant des personnes pour le maintien en emploi exclusivement.

²¹⁰ Nous présentons les résultats obtenus à l'item « fréquence des contacts avec les équipes de soins », retenu pour la caractérisation des dispositifs de la présente étude ainsi que l'étude caractérisant les dispositifs au Canada.

²¹¹ M. Corbière, N. Lanctôt, T. Lecomte, E. Latimer, P. Goering, B. Kirsh, E.M. Goldner, D. Reinharz, M. Menear, J. Mizevich, T. Kamagiannis, « A Pan-Canadian evaluation of supported employment programs dedicated to people with severe mental disorders », *Community Mental Health Journal*, 2010, 46, p. 44-55.

²¹² Au moins 3 conseillers en emploi par équipe pour obtenir la note maximale.

²¹³ Les conseillers fonctionnent comme une unité professionnelle plutôt qu'un groupe de praticiens indépendants.

²¹⁴ Les membres de l'équipe se réunissent au moins une fois par semaine avec le coordinateur.

²¹⁵ « aller vers » la personne accompagnée lorsqu'elle ne donne plus de nouvelles.

En revanche concernant quelques items, la pratique d'accompagnement proposée par les dispositifs s'était révélée davantage hétérogène. Au moins un des dispositifs ne respectait pas la méthodologie proposée par le modèle quand d'autres atteignaient un degré de fidélité de « bon » à « exemplaire ». Il s'agissait des items suivants :

- Items relatifs aux modalités d'exercice de l'activité des conseillers en emploi accompagné : temps des conseillers en emploi dédié exclusivement au dispositif Emploi Accompanyé (et non partagé avec d'autres fonction au sein de l'association), référence unique (un même conseiller référent depuis l'entrée dans le dispositif pour chaque personne accompagnée), temps des conseillers dédié exclusivement à l'accompagnement dans et vers l'emploi des personnes accompagnées (et non à l'accompagnement d'autres problématiques, d'ordre social notamment) ;
- Items relatifs aux modalités d'accompagnement proposées par les conseillers : durée de la phase initiale d'évaluation professionnelle des personnes accompagnées²¹⁶, existence d'activités préprofessionnelles (ou non), planification de carrière à long terme ;
- Items relatifs à l'information, aux échanges entre pairs et à la participation des personnes accompagnées au fonctionnement du dispositif : réunions de présentation du dispositif d'Emploi Accompanyé auprès de personnes susceptibles d'être accompagnées, existence de groupe de parole entre pairs, évaluation de la satisfaction des personnes accompagnées prise en compte pour l'évolution du projet de service du dispositif.

2. Caractéristiques sociodémographiques, taux d'insertion professionnelle, de maintien en emploi et de sortie des dispositifs des personnes accompagnées en situation de handicap psychique

Les principales caractéristiques des personnes accompagnées en situation de handicap psychique étaient :

- un public majoritairement composé d'hommes (69%),
- une moyenne d'âge de 37 ans pour les hommes et de 36 ans pour les femmes,
- un niveau de formation supérieur au baccalauréat pour 43 % des personnes et sans qualification pour 16 % d'entre elles,
- 61 % des personnes vivaient dans un logement autonome,
- 67% des personnes consultaient un psychiatre²¹⁷,

²¹⁶ Incluant la prise de connaissance des préférences de la personne, de son parcours professionnel antérieur, de ses compétences et de ses symptômes. Cette phase initiale requiert 1 semaine selon le modèle.

²¹⁷ au sein d'un CMP, d'un hôpital de jour ou bien un psychiatre en libéral.

- 59 % d'entre elles avaient déjà exercé une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail au cours des 5 précédentes années (durée moyenne de période en emploi = 422 jours) avec une durée moyenne de période sans emploi de près de 3 ans avant l'entrée dans le dispositif.

En termes d'insertion professionnelle, concernant les personnes entrées dans les dispositifs entre les mois de mars 2013 et mars 2016, le taux (brut) d'insertion professionnel des personnes en situation de handicap psychique était de 29% sur la période, avec un délai moyen d'accès à l'emploi de 6,3 mois²¹⁸. Le taux de maintien en emploi à 6 mois de ces personnes était de 52%. 21,5% des personnes accompagnées en situation de handicap psychique sont sorties des dispositifs durant cette période. Les raisons déclarées étaient les suivantes :

- la demande d'accompagnement vers l'emploi venait de la famille et la personne ne souhaitait pas travailler (3 personnes) ;
- une hospitalisation ou un état de santé jugé « trop précaire » (4 personnes) ;
- un arrêt de l'accompagnement par le dispositif à la demande du CMP (2 personnes) ;
- une réorientation en ESAT (3 personnes) ;
- la personne n'a plus donné de nouvelles (3 personnes) ;
- le service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) a demandé une orientation vers une autre structure ;
- une demande d'arrêt d'accompagnement pour un projet de formation ;
- un arrêt sollicité après l'insertion en missions d'intérim.

3. Les compétences mobilisées par les conseillers en emploi accompagné

La passation de l'échelle d'évaluation des comportements, connaissances et attitudes des conseillers en emploi (BAKES) avait permis de comparer les scores obtenus par les conseillers de l'étude (N=24)²¹⁹ à ceux obtenus par les conseillers canadiens (N=49) et hollandais (N=18). Les scores obtenus étaient légèrement inférieurs à ceux observés au Canada ou aux Pays-Bas pour certaines dimensions.

²¹⁸ (écart-type = 5,99).

²¹⁹ dont N=11 concernant les conseillers accompagnant des personnes en situation de handicap psychique.

La moyenne d'âge des conseillers était de 40 ans, 81% étaient des femmes. Ils détenaient des diplômes relevant du secteur social²²⁰, d'un parcours universitaire en sciences humaines et sociales²²¹ ou encore d'une formation commerciale ou de gestion²²². La plupart des conseillers avait exercé auparavant une fonction au sein des secteurs du médico-social ou de l'insertion professionnelle²²³. Quelques conseillers avaient été recrutés à la suite de leurs études.

Concernant les résultats obtenus à l'échelle BAKES par les conseillers du GPS Emploi et par les conseillers canadiens et hollandais, présentés à l'aide du tableau et graphique associé ci-dessous, nous avons constaté des écarts notables²²⁴ pour les quatre dimensions de l'échelle suivantes :

- (7) entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de santé²²⁵,
- (1) travailler sur le terrain pour être en contact avec les personnes accompagnées et définir les aménagements de poste nécessaires²²⁶,
- (8) gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation²²⁷,
- (6) entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les supérieurs hiérarchiques²²⁸.

²²⁰ assistante sociale, éducateurs spécialisés, conseillers en économie sociale et familiale, conseiller.ère en insertion professionnelle, médiateur.rice familial.

²²¹ formations universitaires de niveau II à I en sociologie, sciences du travail, psychologie et sciences de l'éducation, ergonomie, Intégration des Personnes Handicapées et en difficulté, DEUST Intervention Sociale.

²²² BTS commercial, DUT et DEST en informatique de gestion, licence « conception et mise en œuvre de projets culturels ».

²²³ moniteurs d'atelier ESAT, secrétaire médicale, accompagnatrices socio-professionnelles, conseillère technique formation-recherche, aide médico-psychologique, éducateur technique au sein d'un IM Pro, chargés d'insertion professionnelle.

²²⁴ Différence entre les moyennes des scores obtenus ≥ 1 sur une échelle de 7.

²²⁵ écarts de 1,8 à 2,0 points sur 7.

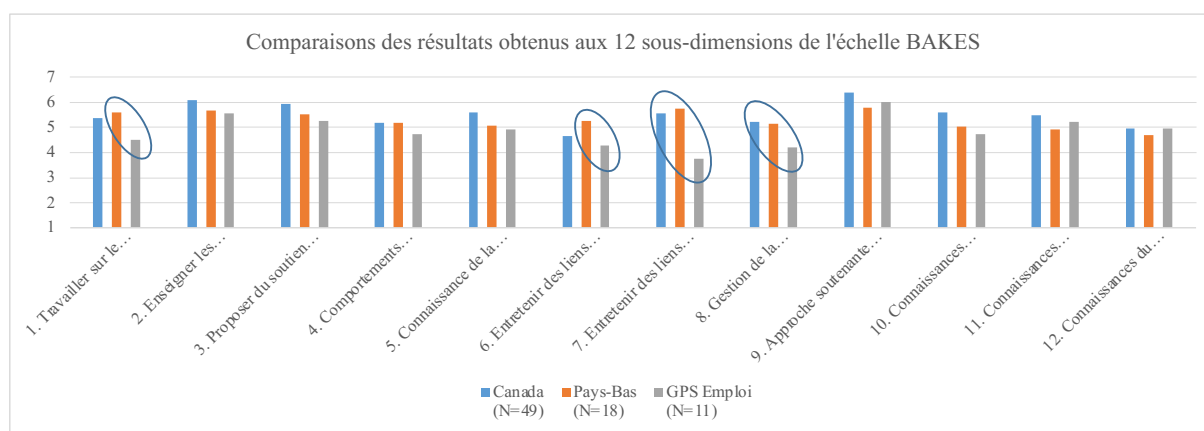
²²⁶ écarts de 0,9 à 1,1 points sur 7.

²²⁷ écarts de 0,9 à 1,0 points sur 7.

²²⁸ écarts de 0,4 à 1,0 points sur 7.

Tableau 1. Résultats obtenus à l'échelle BAKES par les conseillers du GPS Emploi, par les conseillers exerçant au Canada et aux Pays-Bas.

Sous-dimensions de l'échelle BAKES	Canada 2013 (N=49)	Pays-Bas 2013 (N=18)	GPS Emploi 2016 (N=11)
1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires	5,37	5,60	4,50
2. Enseigner les stratégies de recherche d'emploi	6,10	5,68	5,55
3. Proposer du soutien et de l'aide aux PA pour identifier leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail	5,92	5,53	5,27
4. Comportements sociaux et style de vie sain	5,19	5,19	4,74
5. Connaissance de la culture du lieu de travail et adaptation à ce milieu	5,59	5,06	4,91
6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs	4,64	5,26	4,26
7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé	5,55	5,76	3,76
8. Gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation	5,23	5,15	4,21
9. Approche soutenante centrée sur la personne	6,38	5,80	6,00
10. Connaissances cliniques et des services de retour à l'emploi	5,60	5,04	4,74
11. Connaissances relatives au marché du travail	5,49	4,90	5,22
12. Connaissances du droit du travail et des politiques sociales concernant les personnes en situation de handicap	4,96	4,70	4,97



En outre, les entretiens individuels et collectifs menés auprès des conseillers en emploi, interrogeant les compétences et qualités essentielles pour l'exercice pour leur métier, avaient suscité des réponses relatives à la capacité d'établir un lien avec la personne accompagnée.

En premier lieu, les conseillers ont insisté sur l'importance d'établir une « relation de confiance » avec la personne accompagnée dès le début de l'accompagnement et quelle que soit la situation de handicap, à l'aide d'échanges réguliers, par la réactivité, la disponibilité et une absence de jugement de la part du conseiller :

la première période de l'accompagnement est très importante pour une mise en confiance, pour l'écoute, l'approvisionnement, pour entrer en contact avec la personne et pour cerner sa demande globale

En outre, les conseillers avaient observé que leur présence sur le lieu de travail des personnes pouvait aider celles-ci à parler plus librement ou pouvait inviter à une parole davantage spontanée, comme peut l'illustrer l'extrait d'entretien suivant :

Les personnes peuvent se livrer plus facilement sur leur lieu de travail, sur leur situation de travail, quand je suis avec elles. Une personne sur un emploi libre-service va plus facilement échanger, se livrer, quand son esprit va être occupé à une tâche et va plus facilement m'exposer dans quelle relation il est avec son tuteur et son employeur... Ou même personnellement comment cela se passe chez lui, sa femme, les problèmes qu'il peut rencontrer et qui peuvent le déranger pour son activité

Par ailleurs, les conseillers en emploi accompagnés s'accordaient sur l'importance du travail en équipe (de conseillers), notamment pour maintenir une « juste distance » lorsqu'ils étaient confrontés à des situations difficiles et pour obtenir du soutien les uns des autres. Certains avaient formulé le souhait d'une supervision et de la présence régulière d'un psychologue pour mieux appréhender certaines situations.

4. Les mesures prises en entreprise pour favoriser l'inclusion professionnelle

Très peu de questionnaires (échelle standardisée WANSS) avaient été complétés par les personnes accompagnées²²⁹ en situation de handicap psychique au cours de l'étude exploratoire (N=4). Seules quelques tendances avaient pu être identifiées.

La présence du conseiller en emploi sur le lieu de travail de la personne accompagnée était la dimension dont le score était le plus élevé (67%). Aucune des 6 dimensions²³⁰ de l'échelle n'avait obtenu un score global moyen supérieur à 75%, seuil à partir duquel ce type de soutien ou d'aménagement de travail est considéré comme « habituellement disponible ».

Les entretiens menés au sein des entreprises auprès des employeurs, des collègues et des conseillers en emploi des personnes accompagnées ont apporté quelques éclairages complémentaires :

- l'importance de la présence régulière du conseiller sur le lieu de travail de la personne accompagnée, plus intensive les premières semaines ou les premiers mois selon les situations ;

²²⁹ Avec ou sans l'aide de leur conseiller en emploi.

²³⁰ Soutien des parties prenantes, soutien du supérieur hiérarchique et des collègues de travail, formation sur le lieu de travail, flexibilité des horaires de travail, environnement de travail.

- l'importance de la réactivité du conseiller en emploi pour gérer les « situations complexes » ;
- une posture bienveillante à l'égard de la personne accompagnée, bénéficiant à l'ensemble du collectif de travail ;
- un constat et une reconnaissance partagés des progrès de la personne ;
- l'intérêt d'un stage (de 15 jours) dans l'entreprise avant d'envisager un contrat de travail.

5. Témoignages de personnes accompagnées par le dispositif expérimental Emploi Accompagné

21 entretiens ont pu être menés auprès des personnes accompagnées par les différents conseillers des structures participant à l'étude exploratoire. Nous présentons ici quelques éléments complémentaires concernant la satisfaction des personnes accompagnées par les structures²³¹.

Au-delà de la réactivité et de la disponibilité du conseiller en emploi, appréciées par les personnes, c'est également la reconnaissance et l'accueil de la singularité de chaque individu qui sont soulignés.

un point particulier, à mon avis fondamental, c'est que le dispositif n'est pas exclusivement centré sur l'insertion professionnelle. Une structure qui ne serait centrée que sur l'insertion professionnelle, sans se soucier des questions médicales et aussi du bien-être, ne pourrait fonctionner...Il faut prendre en compte cet aspect du bien-être, et les conditions sociales ou économiques dans lesquelles vit la personne accompagnée...s'intéresser aux loisirs de la personne donne des indications sur ses préférences, sa façon de vivre

Par ailleurs, le conseiller en emploi est aussi apprécié par les personnes pour sa fonction de tiers auprès de son environnement et notamment auprès de l'entreprise.

si une personne est en chaise roulante, le handicap est visible et bien défini, il est plus facile à l'entreprise de proposer des aménagements de poste. Dans notre cas, ils sont moins accoutumés aux problématiques qui sont les nôtres, ils ne voient pas quels sont nos problèmes...Le conseiller en emploi accompagné fait l'interface entre l'entreprise et nous, il peut apporter des informations à l'employeur

²³¹ Davantage de restitutions d'entretiens sont consultables : B. Pachoud, M.G. Marec, M. Corbière, *Étude évaluative de cinq dispositifs d'emploi accompagné pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental (GPS emploi / Fegapei –Nexem)*, 2017. https://nexem.fr/app/uploads/2017/06/rapport_Nexem_emploi-accompagne_VV_Num.pdf.

Enfin, les ateliers collectifs proposés par les structures ont offert à certaines personnes accompagnées, notamment les plus isolées, l'opportunité de prendre conscience qu'elles n'étaient pas des « cas isolés », et peut-être s'autoriser alors à penser qu'une insertion professionnelle était possible pour elles.

les services apportés par le dispositif sont multiples... Il y a des ateliers de 5 à 6 personnes, animés par un conseiller, portant sur l'insertion professionnelle, la gestion du stress ... On voit finalement qu'on n'est pas seul... Au départ je me croyais seul à être comme ça

Cette étude exploratoire, conduite entre 2016 et le début de l'année 2017, rétrospectivement sur la période 2013-2016, avait pour objectifs principaux d'attester de la mise en œuvre de l'Emploi Accompagné en France par cinq structures porteuses du dispositif expérimental et d'apprécier les premiers résultats de cette pratique.

A la suite de la publication du décret du 29 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre en France du dispositif Emploi Accompagné, de nombreuses structures médico-sociales ont répondu aux appels à candidatures proposés par les différentes Agences régionales de santé (ARS) en vue du déploiement national du dispositif. Entre septembre 2018 et le mois de juin 2019, nous avons invité à participer à l'étude 86 structures indiquant proposer un accompagnement « Emploi Accompagné », principalement ou exclusivement destiné aux personnes en situation de handicap psychique. Les structures invitées n'étaient pas exclusivement porteuses du dispositif financé par des fonds attribués par des ARS, certaines structures bénéficiaient d'autres types de financements (22% des structures)²³². 44 structures ont répondu favorablement à notre invitation, 27 d'entre elles réparties sur 25 départements ont permis le recueil de données nécessaires pour participer à notre recherche. Les structures financées par les ARS participant à notre étude accompagnent 75% des personnes en situation de handicap psychique accompagnées par l'ensemble des structures financées par les ARS au cours de la période étudiée.

Dans la partie suivante, nous exposons la méthodologie adoptée pour la présente étude évaluative, portant sur 27 structures médico-sociales porteuses du dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique entre 2019 et 2022²³³.

²³² Le plus souvent des fonds européens ou bien encore des fonds propres de l'association porteuse du dispositif.

²³³ Le recueil de données de l'étude longitudinale du devenir des personnes accompagnées s'est poursuivi sur une plus longue période que prévue originellement, notamment en raison de la crise sanitaire.

Deuxième partie : Méthodologie de l'étude et présentation des échelles utilisées

Dans cette deuxième partie, nous présentons la méthodologie multiniveaux, mixte, qualitative et quantitative, permettant de décrire et de caractériser, sous différents aspects, la pratique de l'Emploi Accompagné en France mise en œuvre par les 27 structures participant à l'étude. Nous présentons la méthodologie employée pour le recueil des situations d'emploi des personnes accompagnées permettant de calculer les différents indicateurs en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi (au moins 6 mois) des personnes accompagnées. Une étude qualitative interrogeant les valeurs et les leviers d'efficacité de la pratique identifiés par les structures est également présentée ainsi que l'étude longitudinale auprès des personnes accompagnées.

Par ailleurs, nous décrivons en détail les différentes échelles standardisées utilisées pour apprécier : le degré de fidélité des structures à la méthodologie IPS ; les compétences mobilisées par les conseillers en emploi accompagné ; l'évolution des perceptions du monde professionnel et de l'état de santé déclarées par les personnes accompagnées ; et les aménagements de poste et les soutiens disponibles en entreprise ainsi que la qualité de vie (subjective) au travail des personnes accompagnées ayant accédé à un emploi au cours de l'étude.

Chapitre 1 : Recueil des situations d'emploi des personnes accompagnées par les structures, leviers d'efficacité identifiés et valeurs guidant leur pratique de l'Emploi Accompagné

Dans ce premier chapitre, nous présentons la méthodologie utilisée pour le recueil des données en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées par les structures ainsi que la méthodologie d'analyse de contenu utilisée pour identifier les valeurs guidant leur pratique de l'Emploi Accompagné et les leviers d'efficacité identifiés.

1. Recueil des données des structures en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées

Les structures ont transmis à l'équipe de chercheurs les données anonymisées relatives aux situations d'emploi des personnes accompagnées, sur une période de 18 mois, depuis le début du second semestre 2019 jusqu'à la fin de l'année 2020. Pour ce faire, nous avons demandé aux différentes structures de nous communiquer :

- le nombre total de personnes accompagnées par la structure,
- le nombre de personnes accompagnées ayant été en emploi au moins une journée sur la période,
- le nombre de personnes ayant été en emploi sur une période supérieure ou égale à 6 mois sur la période.

Cette période de 18 mois a été choisie en raison du démarrage récent de la pratique de l'Emploi Accompagné de certaines structures de l'étude (début 2019) et pour permettre une comparaison des résultats avec les données de la recherche internationale (période de 18 mois).

2. Présentation de la méthodologie d'analyse de contenus utilisée pour identifier les valeurs guidant la pratique de l'Emploi Accompagné des structures et les leviers d'efficacité identifiés

27 entretiens ont été menés en visioconférence auprès des différentes structures afin d'identifier les valeurs guidant leur pratique de l'Emploi Accompagné et les leviers d'efficacité observés pour l'inclusion professionnelle des personnes accompagnées en situation de handicap psychique. Pour chacun des entretiens, l'équipe du dispositif était représentée par le directeur et par au moins un des conseillers en emploi accompagné. Les différentes équipes exercent leur pratique de l'Emploi Accompagné sur 25 différents départements français et accompagnent des personnes de toutes catégories d'âge, de trajectoires professionnelles multiples et à différents stades²³⁴ de leur parcours de rétablissement.

Préalablement à la conduite de ces entretiens, un lien de confiance a pu être établi entre l'équipe de recherche et les équipes des structures participant à l'étude. Pour certaines, il s'est construit

²³⁴ Le parcours de rétablissement d'une personne est individuel, sa trajectoire peut ne pas être linéaire.

au cours de leur participation à l'étude exploratoire et pour l'ensemble, au cours des communications de présentation de l'étude et des temps de collecte des données relatives à l'activité du dispositif²³⁵.

Selon L. Bardin²³⁶,

l'analyse de contenu est une méthode très empirique, dépendant du type de « parole » à laquelle on s'attaque et du type d'interprétation que l'on vise...la technique d'analyse de contenu adéquate au domaine et au but recherchés est à réinventer chaque fois ou presque

Pour notre étude, nous avons choisi d'utiliser une méthode d'analyse thématique, catégorielle et fréquentielle. En premier lieu, nous avons recueilli les témoignages des équipes des structures au sujet de leur expérience de la pratique de l'Emploi Accompagné, en posant à chacune des équipes les deux mêmes questions ouvertes, lors des différents entretiens (N=27). Les deux questions étaient les suivantes :

Selon votre expérience de votre pratique de l'Emploi Accompagné, quelles sont les valeurs qui guident votre pratique au quotidien ?

Selon votre expérience de votre pratique de l'Emploi Accompagné, quels sont les leviers d'efficacité que vous avez identifiés ?

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Puis, nous avons relu l'ensemble des retranscriptions, « en laissant venir à soi des impressions, des orientations » à l'aide d'une méthode dite de « lecture flottante », expression choisie par L. Bardin²³⁷.

A l'aide de ces relectures, nous avons effectué le traitement du matériel, opération nommée « codage ». Elle consiste en la division des données en unités d'enregistrement, unités de signification à coder.

Chaque unité de signification constituée à l'étape précédente a à nouveau été « examinée, explorée et décrite de façon à rendre plus explicite sa valeur respective au regard de la discipline du chercheur »²³⁸. En effectuant une classification analogique et progressive des unités, nous

²³⁵ Il s'agit de la collecte des données relatives aux taux d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées, collecte des données relatives à l'échelle BAKES, recrutement de personnes accompagnées souhaitant participer à l'étude, passation de l'échelle d'alliance de travail entre la personne accompagnée et le conseiller en emploi accompagné référent.e.

²³⁶ L. Bardin, « Chapitre II. Définition et rapport avec les autres sciences », *L'analyse de contenu*, Presses Universitaires de France, 2013, p. 30-51.

²³⁷ L. Bardin, « Chapitre premier. Organisation de l'analyse », *L'analyse de contenu*, Presses Universitaires de France, 2013, p. 125-133.

²³⁸ N. Larivière, & M. Corbière, *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2e édition), Québec, Presses de l'Université du Québec, 2020.

avons constitué des groupes de sous-thèmes rassemblés autour de thèmes, eux-mêmes regroupés en *eidos-thèmes*²³⁹.

Chapitre 2 : Caractérisation des structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné selon leur degré de fidélité à la méthodologie IPS

Dans ce deuxième chapitre, nous présentons l'échelle utilisée de mesure du degré de fidélité des structures à la méthodologie IPS, dont les résultats sont exposés dans la troisième partie de cette étude. Puis, nous décrivons la méthodologie employée pour caractériser les structures selon leurs résultats aux différents items de l'échelle, ayant permis l'identification de profils de structures, décrits dans la quatrième partie.

1. Adaptation au contexte français et traduction de l'échelle de référence internationale (IPS-25) de mesure du degré de fidélité à la méthodologie IPS

Afin d'obtenir une caractérisation standardisée des dispositifs participant à notre étude, chacun d'entre eux a été comparé au référentiel international, à l'aide d'une échelle de mesure de fidélité aux principes de la méthodologie IPS (*Individual Placement and Support*).

Deux échelles de fidélité sont disponibles : *IPS Fidelity Scale*²⁴⁰ et *Quality of Supported Employment Implementation Scale* (QSEIS)²⁴¹. La première a été spécifiquement conçue pour mesurer le degré de fidélité des structures à la méthodologie *Individual Placement and Support* (IPS). La seconde, comportant davantage d'items (33 items), a été construite pour caractériser différentes pratiques (dont IPS) d'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique en milieu ordinaire de travail (*Supported Employment*). Ces échelles comportent une série d'items identiques et sont structurées selon 3 mêmes axes : les modalités d'exercice des conseillers en emploi, les modalités d'organisation du dispositif et les services proposés. La structure de l'échelle QSEIS a été empruntée à celle de l'échelle IPS.

²³⁹ C.M. Cara, *Managers' Subjugation and Empowerment of Caring Practices : A Relational Caring Inquiry with Staff Nurses*, Thèse de doctorat, Boulder, University of Colorado, 1997.

²⁴⁰ G. Bond, D. Becker, R.E. Drake & K. Vogler, « A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment », *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 1997.

²⁴¹ R. Bond, J. Picone, B. Mauer, S. Fishbein, & R. Stout, « The Quality of Supported Employment Implementation Scale », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2000, 14, 3, p. 201-212.

Initialement, nous souhaitions faire usage de QSEIS, échelle utilisée pour mesurer le degré de fidélité au modèle IPS des premiers dispositifs d'emploi accompagné déployés aux Etats-Unis (N=144) et au Canada (N=10)²⁴², utilisée de nouveau quelques années plus tard pour caractériser un plus grand nombre de dispositifs canadiens (N=23)²⁴³ et choisie précédemment pour notre étude exploratoire (N=5). Cependant, des échanges avec des chercheurs du domaine et les nombreuses recherches présentées lors de la Conférence de l'*European Union of Supported Employment* en mai 2019, nous ont convaincus que l'échelle de fidélité aux principes de la méthodologie IPS, dans sa dernière version en 25 items²⁴⁴, s'était désormais imposée à l'échelle internationale²⁴⁵ et notamment en Europe, comme l'outil de référence pour la mesure du degré de fidélité des dispositifs d'Emploi Accompanyé à la méthodologie IPS.

Par ailleurs, en 2019, notre équipe de recherche a été sollicitée par l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives (ANSA) afin d'homogénéiser nos outils respectifs d'évaluation de l'Emploi Accompanyé en France²⁴⁶ avec la perspective d'une comparaison ultérieure de résultats. Nous avons alors convenu de concevoir une version française (version Fr.) de l'échelle IPS-25²⁴⁷ avec quelques adaptations.

Cette échelle IPS (version Fr.) est composée de 23 items de l'échelle IPS-25 (dont certains items ont été adaptés au contexte français, comme nous allons le décrire à la suite) et de quatre items supplémentaires. Deux items de l'échelle IPS-25 n'ont pas été conservés pour l'échelle IPS (version Fr.), considérés comme non applicables au contexte français. Le premier permet d'apprécier dans quelle mesure le dispositif d'Emploi Accompanyé est intégré à des équipes de soins²⁴⁸, le second permet d'identifier les liens de coopération des dispositifs avec les conseillers de la réhabilitation professionnelle (pour les personnes en situation de handicap)

²⁴² M. Corbière, G. Bond, E. Goldner, T. Ptasinski, « The Fidelity of Supported Employment Implementation in Canada and the United States » *Psychiatric Services*, 2005, 56, 11, p. 1444-1447.

²⁴³ M. Corbière, N. Lanctôt, T. Lecomte, E. Latimer, P. Goering, B. Kirsh, E.M. Goldner, D. Reinharz, M. Menear, J. Mizevich, T. Kamagiannis, « A Pan-Canadian evaluation of supported employment programs dedicated to people with severe mental disorders », *Community Mental Health Journal*, 2010, 46, p. 44-55.

²⁴⁴ BOND et al. (2012). Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25), *Psychiatric Services*, 63.

²⁴⁵ D. Becker & G. Bond, « Commentary on special issue on individual placement and support (IPS) international », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 202, 43, 1, p. 79-82.

²⁴⁶ L'ANSA a été sélectionnée par la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale) pour évaluer le déploiement des dispositifs d'Emploi Accompanyé financés par les ARS (Agences Régionales de Santé).

²⁴⁷ Ce travail, finalisé en mai 2020, a été réalisé au cours d'une série de réunions avec les chercheurs de l'ANSA (Simon Roussey et Margherita Maestri), en partenariat avec Jérôme Gallois, président du CFEA (Collectif France Emploi Accompanyé) et Marc Corbière (UQAM, Montréal).

²⁴⁸ Ce qui semblait ne pas être le cas en France à notre connaissance lors des réunions de concertation avec l'ANSA.

exerçant dans les programmes de réhabilitation américains (*vocational rehabilitation counselors*).

Les 4 items ajoutés à l'échelle IPS pour caractériser les dispositifs français sont les suivants : « temps consacré par les conseillers à l'exercice de leur mission » (ajout 1) ; « formation préalable des conseillers en emploi accompagné » (ajout 2) ; « interactions avec le Service Public de l'Emploi (SPE) » (ajout 3) et « attention portée au pouvoir d'agir (pairaidance) » (ajout 4).

L'item « temps consacré par les conseillers à l'exercice de leur mission » (ajout 1, item emprunté à QSEIS) permet d'apprécier si les conseillers en emploi accompagné (CEA) disposent du temps nécessaire pour l'exercice de leur fonction (la note maximale est obtenue si le temps de tous les CEA du dispositif est dédié à 100% à l'accompagnement vers l'emploi)²⁴⁹.

L'item « formation préalable des conseillers en emploi accompagné » (ajout 2) permet d'apprécier si les différents conseillers des dispositifs ont reçu une formation spécifique à la pratique de l'Emploi Accompanyé.

Concernant l'ajout 3, le contexte particulier du déploiement de l'Emploi Accompanyé en France oblige les dispositifs (sélectionnés dans le cadre des appels à candidature régionaux) à signer une convention avec au moins un des trois acteurs du Service Public de l'Emploi (SPE). L'ANSA a souhaité apprécier la qualité de leur coopération, l'item « interactions avec le SPE » a été ajouté à cet effet.

L'item « attention portée au développement du pouvoir d'agir » (ajout 4, item emprunté à QSEIS) permet d'apprécier dans quelle mesure les dispositifs mettent à disposition des personnes accompagnées des espaces de parole entre pairs, dans le cadre d'ateliers collectifs au sujet de différents thèmes relatifs à la recherche d'emploi et à l'activité professionnelle, favorisant ainsi la pairaidance entre les personnes accompagnées.

L'échelle IPS (version Fr.) est donc composée de 27 items dont 23 items de l'échelle IPS-25, 2 items de l'échelle QSEIS et de deux items supplémentaires relatifs au contexte français. Toutefois, dans le cadre de cette thèse doctorale, nous avons conservé les 25 items de l'échelle IPS-25 afin d'obtenir un score global de fidélité à la méthodologie IPS des différentes structures participant à l'étude.

Comme indiqué précédemment, l'échelle IPS-25 est structurée selon 3 axes :

²⁴⁹ Au lancement du dispositif en 2017, l'ANSA a constaté que certains CEA consacraient une faible partie de leur temps de travail à cette mission, comme nous avons pu l'observer par ailleurs durant l'étude exploratoire.

- « *staffing* », décrivant les modalités d'exercice de l'activité des conseillers en emploi accompagné (3 items) ;
- « *organization* », décrivant l'organisation du dispositif (8 items) ;
- « *service* », décrivant les services proposés par le dispositif (14 items).

Les 25 items de l'échelle sont indiqués dans le tableau ci-dessous avec leur traduction en français. Le contenu de chaque item est présenté à la suite.

Tableau 2. Traduction en français des items de l'échelle IPS 25.

IPS 25 items	Titre anglais de l'item	Titre français de l'item
1. Staffing 1	Caseload size	Nombre de personnes accompagnées
2. Staffing 2	Employment services staff	Temps consacré par les CEA à l'accompagnement dans et vers l'emploi
3. Staffing 3	Vocational generalists	Référent unique
4. Organization 1	Integration of SE with mental health treatment through team assignment	Intégration du DEA à une équipe de soins
5. Organization 2	Integration of SE with MH treatment through frequent team member contact	Articulation avec les équipes de soins
6. Organization 3	Collaboration between employment specialists and Vocational Rehabilitation counselors	Collaboration avec les conseillers de réhabilitation
7. Organization 4	Vocational unit	Constitution d'une équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec une personne encadrante
8. Organization 5	Role of employment supervisor	Rôle du/de la coordinateur.rice
9. Organization 6	Zero exclusion criteria	Zéro exclusion
10. Organization 7	Agency focus on competitive employment	Focalisation sur l'emploi en milieu ordinaire
11. Organization 8	Executive team support for supported employment	Implication de la Direction Générale de la structure porteuse
12. Service 1	Work incentives planning	Accompagnement à l'accès ou à l'évolution des droits sociaux
13. Service 2	Disclosure	Gestion de la déclaration de la situation de handicap
14. Service 3	Ongoing, work-based vocational assessment	Évaluation professionnelle au fil de l'eau
15. Service 4	Rapid job search for competitive job	Recherche rapide d'un emploi classique
16. Service 5	Individualized job search	Propositions d'emplois correspondant aux préférences des personnes
17. Service 6	Job development - frequent employer contact	Fréquence des contacts avec les employeurs
18. Service 7	Job development - quality of employer contact	Qualité des relations avec les employeurs
19. Service 8	Diversity of job types	Diversité des postes obtenus
20. Service 9	Diversity of employers	Diversité des employeurs
21. Service 10	Competitive jobs	Nature des contrats proposés aux personnes
22. Service 11	Individualized follow-along support	Accompagnement individualisé dans l'emploi
23. Service 12	Time-unlimited follow-along supports	Intensité de l'accompagnement dans l'emploi
24. Service 13	Community-based services	Temps passé par le CEA à l'extérieur de son bureau
25. Service 14	Assertive Engagement and Outreach	Modalités déployées pour "aller vers" la personne

2. Présentation des items de l'échelle

2.1. Items relevant des modalités d'exercice de l'activité des conseillers en emploi accompagné (*Staffing*)

Les trois premiers items de l'échelle décrivent les modalités d'exercice de l'activité des conseillers en emploi accompagné (CEA), préconisées selon la méthodologie IPS.

- L'item 1 concerne le nombre de personnes accompagnées par CEA. Le nombre préconisé est de 20 personnes au maximum.
- L'item 2 permet de décrire le temps dédié strictement à l'accompagnement professionnel des personnes par les CEA et non à des problématiques relevant de la fonction du « *case manager* » (coordinateur de parcours). Aux États-Unis (et aussi en Grande-Bretagne et au Québec), la notion « *case management* » réfère à un modèle d'intervention en psychiatrie, permettant à la personne concernée de se maintenir dans son milieu de vie ordinaire en soutenant son adaptation et en répondant aux besoins courants de la vie quotidienne (dans laquelle s'intègre le traitement psychiatrique)²⁵⁰. En France, il existe des pratiques apparentées dans la psychiatrie de secteur, dispensées le plus souvent par des infirmières ou des travailleurs sociaux. Selon la méthodologie IPS, les CEA n'exercent pas cette fonction (ils ne s'occupent pas de problématiques de logement par exemple) mais sont tenus d'identifier une personne relais au sein du réseau de la personne si nécessaire.
- L'item 3 permet de préciser si le dispositif fonctionne en « référence unique », c'est-à-dire avec un conseiller en emploi accompagné unique pour une même personne qui assure l'ensemble de son suivi, de son accueil dans la structure à son maintien en emploi.

2.2. Items relevant des modalités d'organisation des structures (*Organization*)

Les 8 items suivants de l'échelle décrivent l'organisation et le fonctionnement du dispositif.

- L'item 4 est un item adapté au contexte anglo-saxon, pour lequel une haute fidélité à la méthodologie IPS correspond à un dispositif Emploi Accompanyé intégré à une équipe de soins. Cette caractéristique n'étant pas le mode d'organisation retenu par les tutelles, nous avons choisi de garder cet item pour d'éventuelles comparaisons ultérieures et pour obtenir un score global à l'échelle IPS-25.
- L'item 5 décrit la qualité et la fréquence des contacts avec les équipes de soins, item mieux adapté au contexte français dans lequel certaines structures ont déjà pu créer des liens de coopération avec le secteur médical, notamment pour les personnes accompagnées en situation de handicap psychique. Cet item comprend 5 composantes : l'appui à la réflexion de l'équipe médicale concernant l'entrée dans le dispositif, l'obtention de l'accord de l'équipe soignante ou du médecin traitant avant ou au moment de l'entrée de la personne dans le dispositif, un contact une fois par semaine avec une équipe de soin ou un médecin traitant, une prise de contact avec

²⁵⁰ C. Petitqueux-Glaser, S. Acef & M. Mottaghi, « Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? », *Vie sociale*, 2010, 1, p. 109-128.

le médecin traitant en cas d'observation de certains symptômes, une communication des éléments concernant l'emploi au corps médical pour être intégrés au dossier de la personne.

- L'item 6 est un item adapté au contexte anglo-saxon, comme indiqué précédemment, il décrit les liens de l'équipe du dispositif avec les conseillers de la réhabilitation professionnelle. De même que pour l'item 4, nous avons choisi de garder cet item pour d'éventuelles comparaisons ultérieures et pour obtenir un score global à l'échelle IPS-25.

- L'item 7 permet de décrire la constitution de l'équipe du dispositif. Selon la méthodologie IPS, l'équipe comprend au minimum deux CEA et un coordinateur. Ils se rencontrent toutes les semaines en groupe de supervision pour échanger et proposer des stratégies au sujet des accompagnements des différentes personnes accompagnées par l'équipe. Ils s'entraident lorsque la charge de travail l'exige ou lorsqu'un des conseillers est absent.

- L'item 8 décrit le rôle du coordinateur de l'équipe qui accompagne et forme les CEA tout au long de leur pratique. L'item comprend 5 composantes : le coordinateur dévoue au moins 0,5 jour par semaine et par CEA pour superviser son équipe²⁵¹, il organise des points hebdomadaires pour évoquer des situations individuelles, il accompagne les nouveaux CEA et ceux en difficulté, il dresse régulièrement un bilan du service et définit des objectifs pour l'améliorer, il est chargé de communiquer avec les partenaires (corps médical, SPE, MDPH, financeurs)²⁵².

- L'item 9 est relatif au critère IPS « zéro exclusion ». Selon la méthodologie IPS, toute personne souhaitant travailler a le droit d'être accompagnée sans considération de son éventuelle distance à l'emploi, d'abus de substances, de la présence de comportements violents, de difficultés intellectuelles, de la présence de symptômes ou de son adhésion ou non au traitement. Seule la question de la motivation pour travailler en milieu ordinaire doit être considérée.

- L'item 10 décrit la manière dont le dispositif promeut l'emploi en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap et les stratégies mises en place pour ce faire. L'item comprend 4 composantes²⁵³ : l'entrée dans le dispositif repose sur la volonté des personnes de

²⁵¹ Nous avons simplifié l'énoncé de cette composante. Dans les pays anglo-saxons, dans lesquels la pratique de l'emploi accompagné est développée depuis de plus nombreuses années, le ratio proposé par l'échelle IPS-25 est d'un coordinateur pour 10 CEA et il est précisé que pour les équipes plus réduites comprenant 4 CEA, le ratio est d'un mi-temps pour le coordinateur.

²⁵² Cette dernière composante a été adaptée au contexte français. Dans l'échelle IPS-25 cette composante concerne strictement l'implication du coordinateur dans l'intégration de l'équipe du DEA avec les équipes de soins et sa participation aux réunions médicales.

²⁵³ L'item de l'échelle IPS-25 comprend une composante supplémentaire relative à la promotion de l'emploi accompagné au cours des réunions d'équipes médicales auxquelles les CEA sont intégrés aux Etats-Unis.

travailler en milieu ordinaire, la structure mène des actions de communication auprès des publics cibles au sujet de l'Emploi Accompagné, la structure organise régulièrement (au moins deux fois par an) des partages d'expériences entre les personnes accompagnées, la structure mesure le taux d'emploi en milieu ordinaire de contrats de droits communs (CDI, CDD, alternance) chaque trimestre et partage cette information avec sa direction.

- L'item 11 décrit l'implication de la Direction Générale de la structure porteuse du dispositif d'Emploi Accompagné dans son implémentation et dans sa pérennité. Cet item comprend 5 composantes : le Directeur Général de la structure (et le cas échéant des équipes médico-sociales) a des connaissances sur l'Emploi Accompagné, la démarche qualité du dispositif inclut un réexamen du dispositif sur la base d'une échelle de fidélité la méthodologie, l'existence d'un comité de pilotage ou bien de suivi interne qui se réunit au moins une fois tous les 3 mois pour les nouveaux dispositifs (6 mois pour les dispositifs ayant atteint leur maturité) pour analyser la qualité du dispositif et planifier des actions visant à l'améliorer ou à assurer sa pérennité, le Directeur Général communique régulièrement au sein de la structure pour démontrer la plus-value du dispositif d'Emploi Accompagné lors des six premiers mois et au moins une fois par an ensuite, le service d'Emploi Accompagné présente un bilan de son activité au moins deux fois par an au Conseil d'Administration qui va pouvoir aider le programme à se développer.

2.3. Items relevant des services proposés par les conseillers en emploi accompagné dans le cadre de l'accompagnement (*Service*)

Les 14 items suivants décrivent différents services proposés aux personnes accompagnées par les dispositifs Emploi Accompagné.

- L'item 12 porte sur l'information transmise par les structures quant à l'accès ou l'évolution des droits aux aides sociales des personnes concernées. Selon la méthodologie IPS, les structures sont tenues d'expliquer et d'anticiper les conséquences que peuvent induire une insertion professionnelle aux personnes concernées (accès à l'emploi ou évolution du poste). Elle peut modifier le montant de différentes aides perçues par les personnes telles que l'Allocation Adulte Handicapé, le Revenu de Solidarité Active ou encore les aides au logement. De plus, un appui aux démarches est apporté par le dispositif ou par un spécialiste connu du dispositif.

- L'item 13 porte sur la gestion de la divulgation de la situation de handicap sur le lieu de travail de la personne, plus précisément de sa Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Il ne s'agit pas de divulguer la nature du handicap de la personne mais

bien de discuter avec elle des avantages qu'elle pourrait obtenir grâce à la divulgation de sa RQTH sur son lieu de travail, notamment pour négocier des aménagements de poste. L'item comprend 4 composantes : les CEA n'exigent pas des personnes qu'elles révèlent leur handicap à leur employeur comme condition à leur entrée dans le dispositif, les CEA discutent avec les personnes des avantages et des inconvénients de faire part de sa situation de handicap avant que le sujet ne soit évoqué sur le lieu de travail, les CEA discutent avec la personne de la transmission d'informations particulières les concernant qui peuvent être évoquées avec l'employeur et la manière de les présenter, les CEA discutent régulièrement des modalités et des avantages que pourraient apporter une déclaration de leur situation de handicap avec les personnes qui ne parviennent pas à trouver un emploi durable.

- L'item 14 permet de décrire les modalités de l'évaluation continue des préférences et des compétences professionnelles des personnes accompagnées par les structures. Cette évaluation comprend des entretiens avec la personne permettant d'analyser ses expériences et de découvrir ses préférences. Des mises en situation professionnelles sont proposées à la suite pour compléter ou confirmer cette évaluation. Le profil de la personne est formalisé à l'aide d'un document précisant son degré d'expérience, ses compétences, ses préférences, ses forces et ses besoins d'aménagement. Ce profil permet d'identifier les types de postes et d'environnements professionnels correspondant aux souhaits et aux besoins de la personne. Ce document est complété au fur et à mesure à l'aide de chaque nouvelle expérience professionnelle. Une attention particulière est portée par le CEA sur l'environnement et sur les adaptations nécessaires pour la personne, en se référant aux informations transmises par cette dernière et, si elle en est d'accord, en se référant aux informations transmises par son médecin (si suivi médical), sa famille et ses précédents employeurs.

- L'item 15 permet d'apprécier le délai entre l'entrée de la personne dans le dispositif et son premier entretien avec un employeur potentiel. Selon la méthodologie IPS, un score de haute fidélité pour cet item est obtenu lorsque ce délai est inférieur ou égal à 1 mois.

- L'item 16 est relatif à la recherche individualisée d'emploi proposée par les dispositifs aux personnes accompagnées. Selon la méthodologie IPS, les CEA cherchent des emplois et des contacts avec des employeurs potentiels en fonction des préférences de la personne, ce qu'elle aime faire ou en lien avec ses objectifs personnels et ses besoins, ses possibilités ou sa symptomatologie, plutôt qu'en fonction de l'offre d'emplois disponibles sur le marché du travail.

- L'item 17 permet d'apprécier la fréquence des contacts des CEA avec les employeurs pour la recherche individualisée d'emploi pour les personnes accompagnées. Plus de six rendez-vous par semaine sont préconisés en moyenne, ou bien deux fois plus de rendez-vous que le nombre de personnes accompagnées à la recherche d'un emploi lorsque moins de 3 personnes sont en recherche. Les rendez-vous sont documentés afin de pouvoir être consultés par un autre membre de l'équipe de manière hebdomadaire.
- L'item 18 permet d'apprécier la qualité des contacts des CEA avec les employeurs pour la recherche individualisée d'emploi pour les personnes accompagnées. Les CEA multiplient les visites en personne. Ces visites sont organisées afin de mieux connaître les besoins des employeurs, de leur présenter les avantages que peut leur apporter le dispositif Emploi Accompagné et pour leur proposer les compétences des personnes qu'ils accompagnent en adéquation avec leurs besoins.
- L'item 19 permet d'apprécier la diversité des postes occupés par les personnes accompagnées. Les CEA accompagnent les personnes dans leur recherche individualisée d'emploi. De ce fait, différents types de postes sont occupés par les différentes personnes accompagnées par un même CEA. Il est important de veiller à ce que les emplois obtenus ne soient pas réduits à quelques types de postes, plus faciles à obtenir en raison de l'offre du marché de l'emploi mais qui ne correspondraient pas aux préférences et besoins des personnes.
- L'item 20 permet d'apprécier la diversité des employeurs ayant recruté les personnes accompagnées par le dispositif.
- L'item 21 permet d'apprécier la nature des contrats proposés aux personnes accompagnées par le dispositif. Comme nous l'avons précisé au préalable, les contrats proposés aux personnes concernées doivent être, dans la mesure du possible, des contrats de droit commun : CDI, CDD, contrats en alternance et les contrats par Intérim²⁵⁴.
- L'item 22 concerne l'accompagnement individualisé dans l'emploi des personnes concernées par les structures. Les personnes reçoivent différents types d'accompagnement dans l'emploi en fonction du poste occupé, des préférences et des besoins. Cet accompagnement peut être proposé par différents types de professionnels y compris le corps médical, la famille, les amis, les collègues et notamment le CEA. Il apporte un appui particulier à l'évolution de la carrière professionnelle de la personne. A la demande de la personne, le CEA propose également un

²⁵⁴ L'item a été adapté au contexte français en se référant à la philosophie de la méthodologie IPS. Dans l'item de l'échelle IPS-25, est précisé que les emplois saisonniers et les emplois proposés par des agences de travail temporaire auxquelles d'autres membres de la communauté ont recours sont considérés comme des emplois compétitifs.

soutien à l'employeur, par exemple en mettant en œuvre des actions de sensibilisation du personnel ou d'adaptation du poste de la personne.

- L'item 23 permet de mesurer l'intensité de l'accompagnement proposé par les dispositifs aux personnes accompagnées. Selon le souhait des personnes, les CEA ont des contacts en face à face dans la semaine précédant le début d'un emploi, dans les trois jours suivant le début de l'emploi, chaque semaine pendant le premier mois et au moins une fois par mois pendant un an ou plus, en moyenne, après avoir obtenu un emploi stable²⁵⁵. Les CEA prennent contact avec les personnes dans les trois jours suivant l'annonce de la perte d'emploi.

En France, comme nous l'avons précisé précédemment, la fonction de *case manager* est moins connue et moins dispensée qu'aux États-Unis. Il ne prend pas le relais du dispositif d'Emploi Accompagné lorsque la personne est dite en suivi de type « veille » (c'est-à-dire les périodes pendant lesquelles la personne est en emploi stable et qu'elle ne nécessite pas un accompagnement intensif). Pour cette raison, nous avons ajouté à cet item (en concertation avec l'ANSA) que l'accompagnement est un accompagnement intensif et dégressif. Un protocole est prévu pour réduire ensuite progressivement l'accompagnement, à l'exception des moments de transition pendant lesquels l'accompagnement peut être à nouveau plus important. Dans les situations de crise le CEA est réactif et prend contact avec la personne dans un délai maximum de trois jours après avoir pris connaissance de la situation.

- L'item 24 permet de mesurer le temps passé par les CEA en dehors de leur bureau. Selon la philosophie de la méthodologie IPS, les CEA consacrent une grande partie de leur temps de travail en dehors de leur bureau, lorsqu'ils sont par exemple au sein des entreprises pour de la prospection ou des suivis de personnes en poste ou bien plus généralement, pour rencontrer les personnes dans des lieux informels. L'objectif est d'être au plus près de la personne ou des employeurs potentiels.

- L'item 25 permet de préciser les modalités déployées par les dispositifs pour « aller vers » la personne. Selon la philosophie de la méthodologie IPS, les CEA jouent un rôle proactif, ils sont tenus « d'aller vers » la personne dans le cas où elle ne donnerait plus de ses nouvelles (après une absence à un rendez-vous prévu avec le CEA par exemple ou bien encore si elle ne se rendait pas sur son lieu de travail) et qu'elle n'a pas signifié clairement le souhait d'arrêter l'accompagnement. Ce principe « d'aller vers » peut impliquer des visites au domicile de la

²⁵⁵ Dans l'échelle IPS-25, est précisé de plus, qu'une fois l'emploi stable obtenu, un *case manager* prend le relais de l'accompagnement et informe le CEA en cas d'un nouveau besoin d'accompagnement.

personne. Le CEA documente systématiquement les tentatives d'approches. Il prend contact avec la famille, le cas échéant, si la personne a donné son accord auparavant.

Pour cet item, nous avons retenu 7 composantes (en concertation avec l'ANSA)²⁵⁶ de modalités déployées pour « aller vers » la personne : l'accompagnement ne prend pas fin à la suite de rendez-vous non honorés, l'accompagnement ne prend fin que sur demande explicite de la personne²⁵⁷, le CEA ou une personne de l'équipe tente d'aller à la rencontre de la personne, les tentatives de rencontres vers la personne sont suivies et documentées, le CEA se rend régulièrement près du lieu d'habitation de la personne, ces visites peuvent impliquer d'autres membres de l'équipe en coordination avec le CEA, le CEA prend contact avec la famille (lorsque la personne a donné son accord au préalable).

Dans l'échelle IPS-25, cet item permet de mesurer les stratégies mises en place pour aller vers la personne tant qu'elle n'a pas signifié explicitement le souhait d'arrêter l'accompagnement. Dans la version française, cette composante a été ajoutée, le dispositif Emploi Accompagné n'étant pas intégré à une équipe de soins, il a été pensé préférable d'insister sur cet aspect.

3. Modalités de passation de l'échelle auprès des structures

La passation de l'échelle IPS-25 se déroule lors d'un entretien semi-dirigé d'une durée de deux heures, mené par deux chercheurs auprès du responsable du dispositif et d'au moins un des conseillers en emploi de l'équipe. L'échelle est composée de 25 items, chacun se référant à une caractéristique de la méthodologie IPS (dont les 8 grands principes). Chaque item est noté de 1 à 5 par chacun des chercheurs (inter-juges) selon leur degré de fidélité à la méthodologie : un score de 5 à l'item correspond à une très haute fidélité, une note de 1 correspond à une très faible fidélité. Nous avons décidé pour notre étude d'utiliser le même protocole de passation pour l'échelle IPS-25 (version Fr.) en ajoutant les 4 items précédemment décrits (ajoutés en concertation avec l'ANSA).

La passation de l'échelle auprès des différentes structures s'est déroulée entre le mois de novembre 2020 et le mois de mai 2021. Chaque entretien a été mené en visio-conférence (en raison de la période de crise sanitaire). Les chercheurs ont indiqué qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses, qu'il s'agissait bien de décrire les caractéristiques de chaque site

²⁵⁶ L'échelle IPS-25 n'en prévoit que 6.

²⁵⁷ Composante ajoutée.

dans leur mise en œuvre de l'Emploi Accompagné. Après chaque entretien, les deux chercheurs ont noté séparément leurs échelles respectives pour obtenir à la suite, par concertation, un consensus pour chaque item de l'échelle.

4. Méthodologie utilisée pour l'identification de profils de structures

Afin d'identifier des profils de structures homogènes, partageant un grand nombre de spécificités quant à leur mise en pratique de l'emploi accompagné, nous avons procédé à une classification ascendante hiérarchique (CAH)²⁵⁸ des structures participant à l'étude selon leur degré de fidélité à la méthodologie IPS. La CAH permet de constituer des typologies en regroupant des « classes » d'individus en fonction de leurs similarités sur de multiples dimensions. Dans notre cas, il s'agit d'une typologie de dispositifs d'emploi accompagné (individus) relative à leur degré de fidélité à différentes spécificités de la méthodologie IPS dont les 8 principes.

Pour cela, nous avons procédé auparavant à une analyse en composantes principales (ACP), méthode d'analyse multidimensionnelle permettant de résumer l'information contenue dans des variables quantitatives en « dimensions » aussi nommées « composantes ». Les variables quantitatives retenues pour cette analyse sont les scores obtenus aux différents items de l'échelle IPS-25 (version française) par les différents dispositifs.

La classification ascendante hiérarchique a conduit à la création d'un dendrogramme²⁵⁹ permettant d'identifier les proximités entre les structures selon leurs similarités et de constituer des groupes distincts. L'analyse des corrélations entre les différents groupes de structures (profils) et les composantes identifiées de l'ACP a permis à la suite, de décrire les différents groupes en fonction de leurs caractéristiques identifiées.

Chapitre 3 : Compétences mobilisées par les conseillers en emploi accompagné

Dans ce troisième chapitre, nous présentons l'échelle standardisée utilisée pour l'appréciation des compétences mobilisées par les conseillers en emploi accompagné dans le cadre de leur pratique.

²⁵⁸ nous avons utilisé le logiciel de statistiques SPSS (version 29) pour mener ces analyses.

²⁵⁹ aussi appelé « arbre de classification ».

1. Présentation générale de l'échelle standardisée (BAKES)

Les compétences des conseillers en emploi accompagné (CEA) s'avèrent un des principaux déterminants de l'efficacité de cette pratique, qu'il s'agisse de l'accès à l'emploi comme du maintien en emploi. Afin de compléter les résultats de la caractérisation des dispositifs obtenue à l'aide des résultats de la passation de l'échelle IPS-25 version française, nous avons par ailleurs apprécié les compétences des CEA de l'étude (N=71) à l'aide d'une échelle d'évaluation standardisée.

L'intérêt de recourir à une échelle d'évaluation standardisée est de permettre des comparaisons avec des études similaires utilisant le même instrument de mesure :

- avec les scores de l'étude exploratoire obtenus par les CEA (N=20) du GPS Emploi,
- et avec les scores obtenus dans d'autres pays ayant une expérience plus ancienne de l'emploi accompagné, en l'occurrence ceux des conseillers québécois (N=49) et hollandais (N=18).

Cette approche quantitative repose sur l'échelle d'évaluation des compétences des conseillers en emploi, l'échelle *Behaviors, Attitudes and Knowledge of Employment Specialists*²⁶⁰ (BAKES) dont la version validée en français a été élaborée par Marc Corbière et son équipe au Québec. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation, comportant 90 énoncés, répartis sur 12 dimensions (sous-échelles).

L'échelle a été élaborée à partir d'une revue de la littérature sur l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique et sur des thèmes proches tels que la stigmatisation, le sentiment d'efficacité et le rétablissement. Elle est également fondée sur un travail d'enquête²⁶¹ auprès des professionnels experts de la relation d'aide et de l'accompagnement vers et dans l'emploi qui ont complété et validé cette liste de compétences à l'aide de la méthode Delphi.

Ces compétences sont formulées sous forme d'énoncés décrivant une attitude ou un comportement concret ainsi que des connaissances relatives à ce métier. La consigne donnée au conseiller en emploi est d'évaluer pour chaque énoncé (attitude, comportement ou connaissance) à quel point il adopte cette attitude ou ce comportement, sur une échelle de Likert

²⁶⁰ M. Corbière, V. Neduha, N. Lanctôt N, *Behaviors, Attitudes and Knowledge in Employment Specialists Scale (BAKES)*, Sherbrooke, Canada, Université de Sherbrooke, 2007.

²⁶¹ M. Corbière, E. Brouwers, N. Lanctot & J. Van Weeghel, « Employment specialist competencies for supported employment programs », *Journal of occupational rehabilitation*, 2014, 24, 3, p. 484-497.

en 7 points (de 1 = jamais à 7 = toujours) ou pour les connaissances, d'évaluer s'il en dispose (de 1 = pas du tout à 7 = tout à fait).

Dans sa version actuelle, l'échelle comporte 90 items désignant des compétences, regroupées selon 5 grandes catégories conceptuelles :

- enseigner des aptitudes et stratégies d'anticipation pour obtenir et conserver un emploi,
- enseigner les aptitudes sociales et le contrôle de soi,
- établir des relations avec toutes les parties prenantes, au sein de l'entreprise et avec l'équipe soignante,
- informer les personnes accompagnées des effets de la stigmatisation et développer une approche centrée sur la personne,
- connaître les services, le monde du travail et les politiques sociales en faveur des personnes en situation de handicap.

2. Présentation des 12 sous-dimensions de l'échelle

Une analyse factorielle a été réalisée sur chacune de ces dimensions pour distinguer d'éventuelles sous-catégories, ce qui a permis d'obtenir 12 sous-échelles :

- (1) Travailler sur le terrain pour être en contact avec les personnes et définir les aménagements de postes si nécessaire (12 items).

Cette sous-échelle se compose de 12 items parmi lesquels : assister aux entretiens d'embauche des personnes accompagnées si elles le souhaitent, passer la plupart du temps à l'extérieur des bureaux du service pour échanger avec les personnes accompagnées et les employeurs, contacter les personnes accompagnées pour vérifier leur situation d'emploi (par exemple pour savoir s'ils ont besoin d'aménagements de travail), informer les personnes quant à l'impact de l'obtention d'un emploi sur leurs prestations sociales.

- (2) Enseigner les stratégies de recherche d'emploi (6 items).

Cette sous-échelle se compose de 6 items parmi lesquels : apprendre aux personnes accompagnées diverses stratégies de recherche d'emploi, comment se mettre en valeur, préparer des entretiens d'embauche à l'aide jeux de rôle.

- (3) Proposer du soutien et de l'aide aux personnes pour identifier leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail (6 items).

Cette sous-échelle se compose de 6 items parmi lesquels : aider la personne accompagnée à identifier ses préférences et intérêts professionnels, aider la personne accompagnée à identifier la formation et l'expérience requises pour envisager un nouveau métier.

- (4) Comportements sociaux et style de vie sain (6 items).

Cette sous-échelle se compose de 6 items parmi lesquels : aider les personnes accompagnées à trouver un équilibre entre le travail et les autres activités, indiquer des habitudes de vie saines susceptibles d'aider à obtenir et à conserver un emploi, aider les personnes accompagnées à acquérir des techniques de communication qui les aideront à gérer des conflits dans leur milieu professionnel.

- (5) Connaissance de la culture du lieu de travail et adaptation à ce milieu (6 items)

Cette sous-échelle se compose de 6 items parmi lesquels : suggérer à la personne accompagnée les façons appropriées de se comporter pour l'aider à conserver son emploi, sensibiliser la personne accompagnée sur les conséquences de l'internalisation de la stigmatisation, désamorcer des situations de crise sur le lieu de travail.

- (6) Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs (10 items).

Cette sous-échelle se compose de 10 items parmi lesquels : discuter avec les employeurs de leurs inquiétudes concernant l'embauche d'une personne en situation de handicap psychique, négocier avec l'employeur des aménagements de travail qui pourraient faciliter le maintien en emploi de la personne accompagnée, établir une relation de collaboration étroite avec les employeurs sur le marché du travail, apprendre aux personnes accompagnées quels types d'aménagements de travail pourraient être demandés à leurs employeurs.

- (7) Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé (10 items).

Cette sous-échelle se compose de 10 items parmi lesquels : travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé qui sont impliqués dans le processus de rétablissement de la personne accompagnée, informer d'autres professionnels de l'équipe soignante au sujet des avantages qu'un emploi peut offrir à la personne accompagnée dans son processus de rétablissement, informer les équipes traitantes des personnes accompagnées lorsque est observé des signes précurseurs d'une rechute.

- (8) Gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation (7 items).

Cette sous-échelle se compose de 7 items parmi lesquels : échanger avec la personne accompagnée sur les conséquences de l'autostigmatisation, aider les personnes accompagnées à gérer les préjugés concernant les troubles psychiques auxquels ils peuvent être confrontés,

sensibiliser les personnes accompagnées au sujet de leurs expériences antérieures qui pourraient influencer leurs perceptions du travail (hospitalisation, longue absence sur le marché du travail).

- (9) Approche soutenance centrée sur la personne (8 items).

Cette sous-échelle se compose de 8 items parmi lesquels : maintenir une attitude positive à l'égard de la personne accompagnée concernant son employabilité, écouter attentivement la personne accompagnée et la soutenir tout au long de son processus d'insertion au travail, respecter vos limites personnelles dans l'exercice de votre travail tout en demeurant disponible pour aider les personnes accompagnées, rassurer les personnes accompagnées lorsqu'elles vivent du stress sur leur lieu de travail.

- (10) Connaissances cliniques et des services de retour à l'emploi (11 items).

Cette sous-échelle se compose de 11 items parmi lesquels : connaître l'impact sur les personnes accompagnées d'étiquetages tels que « incurable », « chronique », savoir comment les effets secondaires des traitements se manifestent, comprendre le rôle des divers professionnels œuvrant dans les équipes traitantes et d'accompagnement dans et vers l'emploi, avoir une bonne connaissance des effets secondaires des différents types de médicaments, avoir une bonne connaissance de l'organisation des services de santé mentale.

- (11) Connaissances relatives au marché de travail (5 items).

Cette sous-échelle se compose de 5 items parmi lesquels : connaître le marché du travail local pour pouvoir mettre en rapport les aptitudes et intérêts des personnes accompagnées avec des emplois disponibles, connaître la culture d'entreprise de plusieurs lieux de travail, savoir identifier les compétences transférables à d'autres types d'emploi.

- (12) Connaissances du droit du travail et des politiques sociales concernant les personnes en situation de handicap (3 items).

Cette sous-échelle se compose de 3 items parmi lesquels : avoir connaissances des prestations sociales disponibles, avoir une bonne compréhension des lois relatives aux aménagements de travail et avoir une bonne compréhension des lois relatives à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

3. Modalités de passation de l'échelle auprès des conseillers en emploi accompagné des structures

La version française de l'échelle BAKES a été adressée par mël à chaque conseiller en emploi accompagné depuis le mois de novembre 2019 jusqu'au mois de juin 2021 avec l'objectif de

permettre une plus grande participation des CEA à l'étude. En effet, les critères d'inclusion précisés pour répondre à ce questionnaire étaient :

- d'exercer depuis au moins 1 an en tant que *job coach* / référent en emploi accompagné / conseiller en emploi accompagné ;
- d'accompagner des personnes en situation de handicap psychique.

Les réponses indiquées par écrit par les CEA (N=71) des différents dispositifs ont été renvoyées par mail puis anonymisées pour le traitement et l'analyse des résultats.

Chapitre 4 : Étude longitudinale menée auprès de personnes accompagnées

Concernant les personnes accompagnées, lors de l'étude exploratoire, nous ne disposions pas d'informations à dimensions professionnelles ou cliniques que ce soit à leur entrée dans le dispositif ou au cours de leur accompagnement. Nous ne pouvions apprécier l'homogénéité éventuelle des publics accompagnés par les différents dispositifs, observer une éventuelle évolution de leur perception à l'égard du « monde professionnel » ou encore observer une évolution de leur état clinique au cours de leur accompagnement. C'est pourquoi, dans le cadre de la présente thèse doctorale, nous avons souhaité ajouter un volet concernant l'évolution professionnelle et clinique des personnes accompagnées.

1. Présentation générale de la passation des questionnaires auprès des personnes accompagnées (N=67) sur une mesure de 3 temps

Chaque structure a été invitée à présenter la présente recherche à l'ensemble des personnes accompagnées en situation de handicap psychique entrant dans le dispositif d'Emploi Accompagné à l'aide d'un courrier transmis par nos soins et comprenant un formulaire de consentement. Ce document a été envoyé à l'ensemble des CEA des différents dispositifs au mois de janvier 2019. Il comportait de manière succincte : une présentation du protocole de recherche, son contexte et ses objectifs, sa méthodologie, une présentation du déroulement de la passation, l'information quant au droit de retrait des personnes à tout moment et de l'anonymisation des résultats et enfin de l'obtention d'une gratification pour les personnes pour chacune des passations.

Au fur et à mesure des entrées des personnes concernées dans les différents dispositifs d'Emploi Accompagné de l'étude, depuis le mois de mai 2019 jusqu'au mois de juin 2021, les CEA nous ont transmis les consentements des personnes souhaitant participer à la recherche (N=67) ainsi que leurs coordonnées. Nous avons contacté par téléphone les personnes qui en avaient formulé le souhait à trois reprises :

- au « temps 1 » (N=67), correspondant à la période d'entrée du dispositif de la personne (entre 1 et 2 mois après son entrée²⁶²) ;
- au « temps 2 » (N=56), correspondant à une période de 6 mois après la date de la passation « temps 1 » ;
- au « temps 3 » (N=41), correspondant à une période de 12 mois après la date de passation « temps 1 ».

Lors de ces appels téléphoniques, d'une durée de 45 minutes environ, nous avons recueilli les données sociodémographiques de chacune des personnes ainsi que les réponses aux différents questionnaires de l'étude²⁶³, d'une part à dimensions professionnelles et d'autre part, à dimensions cliniques. Aux temps 2 et 3, comme indiqué sur le schéma ci-dessous, en fonction de l'insertion professionnelle ou non des personnes accompagnées (PA), différents questionnaires, présentés à la suite, leur ont été proposés.

Tableau 3. Schéma représentatif de la passation des questionnaires aux temps 1, 2 et 3.

Temps 1 (N=67)	Temps 2 - PA en emploi (N=18)	Temps 3 - PA en emploi (N=15)
	Temps 2 - PA en recherche d'emploi (N=38)	Temps 3 - PA en recherche d'emploi (N=21)
	Sorties (N=11)	Sorties (N=3)
		Sorties (N=12)

Tableau 4. Liste des questionnaires proposés aux personnes accompagnées au temps 1.

Temps 1
Q1. Questionnaire sociodémographique et diagnostic auto-déclaré
Q2. Echelle de motivation pour trouver un emploi
Q3. Echelle des obstacles perçus à l'insertion et au sentiment d'efficacité pour les surmonter
Q4. Echelle d'alliance de travail perçue par la PA avec le/la CEA
Q5. Echelle des stratégies de recherche d'emploi utilisées
Q6. Echelle de fonctionnement cognitif perçu subjectivement par la personne
Q7. Echelle de degré de sévérité des symptômes
Q8. Echelle de "bien-être mental"
Q9. Echelle de rétablissement

²⁶² Il a été précisé aux CEA de proposer la participation de la recherche à partir du 2^e ou 3^e entretien avec la personne accompagnée.

²⁶³ Questionnaires en annexe p 419.

Au temps 2, pour les personnes toujours à la recherche d'un emploi, les mêmes questionnaires ont été proposés afin d'apprécier d'éventuelles évolutions de la perception des personnes au cours de l'accompagnement.

Pour les personnes en emploi au temps 2, les questionnaires « motivation pour trouver un emploi », « obstacles perçus à l'insertion et au sentiment d'efficacité pour les surmonter » ainsi que « stratégies de recherche d'emploi utilisées » n'ont pas été proposés. Les questionnaires « aménagements de travail disponibles » et « qualité de vie au travail » ont été ajoutés.

Tableau 5. Liste des questionnaires proposés aux personnes accompagnées en emploi au temps 2.

Temps 2 - PA en emploi
Q1. Questionnaire sociodémographique et diagnostic auto-déclaré
Q10. Echelle des aménagements de travail disponibles
Q11. Echelle de la qualité de vie au travail
Q4. Echelle d'alliance de travail perçue par la PA avec le la CEA
Q6. Echelle de fonctionnement cognitif perçu subjectivement par la personne
Q7. Echelle de degré de sévérité des symptômes
Q8. Echelle de "bien-être mental"
Q9. Echelle de rétablissement

Au temps 3, de même que pour le temps 2, nous avons proposé les questionnaires aux personnes accompagnées en fonction de leur situation d'emploi.

2. Caractéristiques sociodémographiques et diagnostics déclarés par les personnes accompagnées

Au début de chaque entretien téléphonique avec les personnes accompagnées, nous avons recueilli les données suivantes :

- leur inscription à l'état civil en tant qu'homme ou femme²⁶⁴ (au temps 1) ;
- leur âge,
- leur niveau de diplôme (au temps 1) ;
- leur situation de logement (aux temps 1, 2 et 3) ;
- des informations quant à leur parcours professionnel antérieur, à savoir si elles ont déjà exercé une activité professionnelle et si oui depuis combien de temps elles étaient sans emploi (au temps 1) ;
- la nature de leur situation de handicap et si elles la connaissaient et souhaitaient l'évoquer, le diagnostic qui leur avait été attribué (au temps 1) ;

²⁶⁴ Aujourd'hui nous proposerions une réponse supplémentaire « autre ».

- des informations quant à une éventuelle hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie, à savoir si elles ont déjà été hospitalisées et si oui pour quelle durée, la fréquence et la dernière date d'hospitalisation (dans les 6 derniers mois ou non aux temps 1, 2 et 3) ;
- si elles consultaient un psychiatre et si oui à quelle fréquence (aux temps 1, 2 et 3).

3. Présentation des échelles utilisées relevant du domaine de l'insertion professionnelle

3.1. Échelle de motivation des personnes accompagnées pour obtenir un emploi

- Présentation de l'échelle

Le questionnaire « motivation pour trouver un emploi » a été créé en 2000 par Corbière, Laisné et Lecomte²⁶⁵ afin de mieux appréhender les facteurs pouvant influencer sur la motivation à obtenir un emploi des personnes en situation de handicap psychique. Une étude ultérieure²⁶⁶ a été menée pour déterminer la validité interne de l'échelle et a pu confirmer des propriétés psychométriques satisfaisantes. Cette étude a été réalisée auprès de deux échantillons de personnes en situation de handicap psychique, le premier composé de personnes inscrites au sein de dispositifs d'Emploi Accompagné (*Supported Employment programs*) au Canada et le second composé de personnes en situation de handicap psychique employées au sein de coopératives sociales²⁶⁷ en Italie.

Le questionnaire est composé de 7 items relevant d'une même dimension conceptuelle permettant de mesurer la motivation des personnes à obtenir un emploi. Chaque item est mesuré à l'aide d'une échelle de Likert en 7 points (de « complètement en désaccord » à « complètement en accord »).

- Modalités de passation

L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), aux personnes toujours à la recherche d'un emploi en temps 2 (N=38) et de même au temps 3 (N=20)²⁶⁸.

²⁶⁵ M. Corbière, F. Laisné & T. Lecomte, *Motivation to find a job scale*, Unpublished manuscript, Université de Sherbrooke, Canada, 2000.

²⁶⁶ P. Villotti, M. Corbière, S. Zaniboni, T. Lecomte, F. Fraccaroli, « Evaluating the motivation to obtain and sustain employment in people with psychiatric disabilities », *Psicologia Sociale*, 2015, p. 55-70.

²⁶⁷ dont l'objet est l'insertion professionnelle des personnes éloignées de l'emploi et en situation de handicap.

²⁶⁸ Une personne a souhaité témoigner au temps 3 au sujet de son accompagnement mais n'a pas souhaité répondre à nouveau aux questionnaires.

3.2. Échelle des obstacles perçus à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (OITES)

- Présentation de l'échelle

Le questionnaire « obstacles à l'insertion au travail et au sentiment d'efficacité pour les surmonter »²⁶⁹ a été conçu avec l'intention de pouvoir être utilisé comme un outil permettant d'aider les personnes en situation de handicap psychique à s'insérer professionnellement. Il a été créé à l'aide d'une équipe de recherche-action au Canada animant 22 groupes thématiques composés de personnes en situation de handicap psychique en démarche d'insertion ou de réinsertion au travail, de personnes en situation de handicap psychique n'envisageant pas de démarche d'insertion, d'employeurs de différentes organisations de tailles variables publiques ou privées. Il a été complété à l'aide de réponses recueillies auprès de responsables de programmes de réinsertion. Une analyse de contenu de ces différents discours ont permis la création de la liste d'obstacles constituant le questionnaire. Il en existe deux versions : une version longue composée de 57 items et une version courte de 33 items. Nous avons choisi la version courte.

- Les 7 sous-dimensions de l'échelle

Le questionnaire est composé de 7 dimensions :

- (1) absence de soutien des acteurs et stigmatisation (6 items)

Cette dimension est composée de 6 items énonçant des obstacles tels que les préjugés des employeurs au sujet de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, leur manque de flexibilité quant aux horaires de travail, le manque de soutien de la part des collègues ou encore le manque d'aide thérapeutique.

- (2) obstacles externes (6 items)

Cette dimension est composée de 6 items énonçant des obstacles tels que le manque d'emplois disponibles dans le domaine professionnel recherché, la compétition sur le marché du travail ou encore des difficultés à trouver un emploi correspondant aux compétences de la personne.

- (3) santé et condition générale (4 items)

²⁶⁹ M. Corbière, C. Mercier, A. Lesage, « Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental health problems », *J Career Assess*, 2004, p. 460–78.

Cette dimension est composée de 4 items énonçant des obstacles tels que le manque d'énergie, le manque de sommeil, le stress relié à la recherche d'un emploi ou encore des difficultés de concentration au travail.

- (4) santé et médicaments (4 items)

Cette dimension est composée de 4 items énonçant des obstacles tels que les effets secondaires dus à la prise de médicaments, à un changement de traitement, à son arrêt ou encore à l'inquiétude quant à la prise de médicaments sur le lieu de travail.

- (5) emploi (6 items)

Cette dimension est composée de 6 items énonçant des obstacles tels que la difficulté de s'ajuster aux exigences d'un nouvel emploi, la difficulté à travailler de façon autonome ou encore la difficulté de respecter des délais imposés.

- (6) motivation et compétences personnelles (4 items)

Cette dimension est composée de 4 items énonçant des obstacles tels qu'une faible motivation, le manque d'expérience de travail, l'indécision face aux différents choix possibles d'emploi ou encore le manque de compétences.

- (7) relations avec autrui (3 items)

Cette sous-dimension est composée de 3 items énonçant des obstacles tels que la difficulté à travailler avec les autres, la difficulté d'entrer en relation avec les autres ou encore la difficulté à s'affirmer face à ses collègues de travail.

- Modalités de passation

Nous avons fait le choix de ne pas proposer tous les items de l'échelle aux personnes accompagnées et de sélectionner les items relatifs aux dimensions (3) à (7), notamment pour ne pas dépasser 45mn de durée de passation pour l'ensemble des questionnaires. De plus, nous nous sommes ainsi concentrés sur les obstacles internes perçus par les personnes accompagnées.

L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), aux personnes toujours à la recherche d'un emploi en temps 2 (N=38) et de même au temps 3 (N=20)²⁷⁰.

²⁷⁰ Une personne a souhaité témoigner au temps 3 au sujet de son accompagnement mais n'a pas souhaité répondre à nouveau aux questionnaires.

3.3. Échelle des stratégies de recherche d'emploi utilisées

- Présentation de l'échelle

Le questionnaire « stratégies de recherche d'emploi utilisées »²⁷¹ est composé de 14 items correspondant à 14 questions à réponses dichotomiques (« oui » ou « non ») répertoriant des stratégies de recherche d'emploi. Pour chaque item, la question posée permet d'apprécier si la personne a utilisé cette stratégie de recherche d'emploi (seule ou avec l'aide du CEA référent) depuis le début de son accompagnement par le dispositif d'emploi accompagné. Les stratégies énoncées sont regroupées en 2 dimensions : les actions préparatoires à la recherche d'emploi (par exemple, préparer son curriculum vitae) et les démarches proactives de recherche d'emploi (par exemple, téléphoner à un employeur pour se présenter).

- Modalités de passation

Le questionnaire sur les stratégies de recherche d'emploi a été proposé à toutes les personnes au temps 1 (N=67), aux personnes à la recherche d'un emploi au temps 2 (N=38) et aux personnes à la recherche d'un emploi au temps 3 (N=20).

4. Présentation des échelles d'alliance de travail perçue entre la personne accompagnée et le conseiller en emploi accompagné référent (WAI)

- Présentation de l'échelle

Le questionnaire « alliance de travail » (*Working Alliance Inventory*)²⁷² est un questionnaire composé de 12 items (dans sa version courte) permettant d'apprécier la qualité de l'alliance de travail perçue entre la personne accompagnée et du conseiller référent. Il a été traduit et validé en français par Corbière et ses collègues²⁷³. Il en existe deux versions : une version « personne accompagnée » permettant d'apprécier la qualité de l'alliance de travail perçue de la part de la personne à l'égard du CEA référent et une version « conseiller en emploi accompagné » permettant d'apprécier celle perçue de la part du CEA référent à l'égard de la personne accompagnée.

²⁷¹ J. Perron, *Questionnaire des comportements de recherche d'emploi*, Université de Montréal, 1998.

²⁷² A. O. Horvath & L.S. Greenberg, « Development and validation of the Working Alliance Inventory », *Journal of Counseling Psychology*, 1989, p. 223–233.

²⁷³ M. Corbière, J. Bisson, S. Lauzon & N. Ricard, « Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 2006, p. 36-45.

- Modalités de passation

A la suite de chaque passation des questionnaires (entretien téléphonique) avec les différentes personnes accompagnées et à chacun des trois temps de l'étude, le conseiller en emploi accompagné référent de la personne a été contacté pour répondre au questionnaire (version conseiller en emploi accompagné) afin d'apprécier les évolutions et les différences éventuelles de perception de la part des deux acteurs.

L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées et aux CEA référents au temps 1 (N=134), au temps 2 (N=102)²⁷⁴ et au temps 3 (N=78)²⁷⁵.

5. Présentation des échelles utilisées relevant de l'expérience en entreprise des personnes accompagnées

5.1. Échelle des aménagements et des soutiens disponibles en entreprise (WANSS)

- Présentation de l'échelle

L'échelle d'évaluation « aménagements de travail et soutiens naturels au travail », version validée en français de la *Work Accommodation and Natural Support Scale* (WANSS)²⁷⁶ a été élaborée en anglais puis en version française par Marc Corbière et ses collaborateurs. Cette échelle, dans sa version courte, comporte 40 énoncés concernant différents types possibles de soutiens et d'aménagements de poste. Ces énoncés peuvent être regroupés en 6 dimensions. Les réponses à ces énoncés sont dichotomiques : ce soutien ou ce type d'aménagement est-il disponible ou non ((oui = 1 ou non = 0), score 1 = moyenne des points pour cet item) ; puis si oui, est-il utile ou non ((oui = 1 ou non = 0, score 2 = moyenne des points pour cet item).

- Les 6 dimensions de l'échelle

L'échelle est composée de 6 dimensions (40 items) :

- (1) Soutien des différentes parties prenantes (6 items).

Cette dimension permet d'apprécier le soutien reçu par la personne accompagnée de son environnement en général par différents acteurs comme par exemple, le soutien reçu des collègues, d'un travailleur plus expérimenté sur le lieu de travail, d'amis ou encore de la famille.

- (2) Présence du conseiller en emploi accompagné (3 items).

²⁷⁴ Cinq CEA en arrêt maladie ou en cours de recrutement qui n'ont donc pas pu répondre au questionnaire.

²⁷⁵ Deux CEA en arrêt maladie ou en cours de recrutement qui n'ont donc pas pu répondre au questionnaire

²⁷⁶ M. Corbière, P. Villotti, T. Lecomte, G. Bond, A. Lesage, E. Goldner, « Work accommodations and natural supports for maintaining employment », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, 37, 2, p. 90-98.

Cette dimension permet d'apprécier la proximité et la présence du conseiller sur le lieu de travail. Les données recueillies sont : la présence (ou non) du conseiller pendant l'entretien d'embauche, la possibilité (ou non) de la visite du conseiller sur le lieu de travail, l'existence (ou non) de rencontres entre le supérieur hiérarchique et le conseiller en emploi accompagné.

- (3) Soutien du supérieur hiérarchique et des collègues de travail (12 items).

Cette dimension permet d'apprécier le soutien reçu par la personne accompagnée de la part du supérieur hiérarchique et des collègues de travail. Elle est composée d'items tels que : le temps accordé (ou non) par le supérieur hiérarchique ou les collègues pour expliquer les tâches à effectuer, un milieu de travail propice (ou non) aux échanges avec les collègues, les retours constructifs concernant le travail de la personne accompagnée de la part de son supérieur hiérarchique ou de ses collègues ou encore la possibilité de partager des tâches de travail avec un ou plusieurs collègues.

- (4) Formation sur le lieu de travail (8 items).

Cette dimension permet d'apprécier la prise en compte (ou non) d'un temps de formation sur le lieu de travail et l'existence (ou non) d'outils mis à la disposition de la personne accompagnée. Elle est composée d'items tels que : l'introduction graduelle (ou non) des tâches propres au poste de la personne, l'accès (ou non) à des documents d'information pour effectuer les tâches du poste, la formation à des outils adaptés au poste ou encore l'accès à des instructions écrites à suivre.

- (5) Flexibilité des horaires de travail (4 items).

Cette dimension permet d'apprécier la flexibilité des horaires de travail accordée à la personne accompagnée. Elle est composée d'items tels que la possibilité de prendre des journées de congé sans solde ou la possibilité de s'absenter pour se rendre à des visites médicales.

- (6) Environnement de travail (7 items).

Cette dimension permet d'apprécier la flexibilité de l'environnement de travail. Elle est composée d'items tels que : la possibilité (ou non) d'assurer une partie du travail depuis son domicile, la possibilité de modifier l'espace de travail ou encore la possibilité de faire évoluer le volume sonore ou l'intensité de la lumière.

- Modalités de passation

Le questionnaire (WANSS) a été proposé aux personnes accompagnées (PA) en emploi depuis au moins 2 mois et ne souhaitant pas, a priori, mettre un terme à leur contrat (N=22) aux temps

2 et 3. De plus, il a été à nouveau proposé aux personnes en emploi au temps 3 qui étaient déjà en emploi en temps 2 (N = 12)²⁷⁷.

5.2. Échelle de qualité de vie (subjective) au travail (QWL)

- Présentation de l'échelle

Nous avons choisi d'utiliser le questionnaire « qualité de vie au travail » (*Quality of work life scale*)²⁷⁸ pour tenter d'apprécier la qualité du « vécu au travail » des personnes accompagnées ayant obtenu un emploi au cours de l'accompagnement. Cette échelle a été construite à l'aide d'entretiens approfondis avec des personnes en situation de handicap psychique et avec pour objectif de comprendre la signification que pouvait donner les personnes concernées à leur « qualité de vie au travail ». Cette échelle propose 4 choix de réponse par item (1 = « tout à fait en désaccord », 2 = « plutôt en désaccord », 3 = « plutôt en accord », 4 = « tout à fait en accord »).

- Les 8 sous-dimensions de l'échelle

L'échelle est composée de 40 énoncés pouvant être regroupés en 8 sous-dimensions, elles-mêmes réunies en 2 dimensions : (A) « aspects intrapersonnels et interpersonnels », correspondant aux 4 premières sous-dimensions citées ci-dessous et (B) « aspects structurels », correspondant aux 4 sous-dimensions suivantes :

- (1) « avoir un sentiment d'appartenance à l'entreprise » (7 items)

Cette sous-dimension est composée de 7 items permettant d'apprécier par exemple, la fierté de la personne de travailler pour l'entreprise dans laquelle elle occupe un poste ou encore l'impression que tous les employés sont traités de la même façon.

- (2) « avoir un sentiment d'être un bon travailleur » (5 items)

Cette sous-dimension est composée de 5 items permettant d'apprécier, par exemple, le sentiment de la personne qu'elle est capable de répondre aux exigences de son supérieur ou encore que ce dernier est satisfait du travail effectué.

²⁷⁷ Trois personnes n'ont pas souhaité répondre à nouveau au questionnaire.

²⁷⁸ N. Lancôt, M. Durand, & M. Corbière, « The quality of work life of people with severe mental disorders working in social enterprises: a qualitative study », *Quality of Life Research*, 21(8), 2011, p. 1415-1423.

- (3) « établir des relations avec les collègues » (6 items)

Cette sous-dimension est composée de 6 items permettant d'apprécier par exemple, le sentiment de la personne d'avoir de bonnes relations avec ses collègues de travail, la confiance qu'elle peut avoir en ses collègues ou encore la présence de conflits avec les collègues de travail.

- (4) « établir des relations avec le supérieur » (6 items)

Cette sous-dimension est composée de 6 items permettant d'apprécier par exemple, la qualité de l'écoute du supérieur perçue par la personne, les encouragements et le soutien apportés par le supérieur ou encore la possibilité de lui demander de l'aide.

- (5) « tâches de travail » (4 items)

Cette sous-dimension est composée de 4 items permettant d'apprécier par exemple, la satisfaction de la personne concernant ses tâches de travail, le plaisir à les réaliser ou bien encore l'ennui engendré par celles-ci.

- (6) « conditions de travail » (4 items)

Cette sous-dimension est composée de 4 items permettant d'apprécier par exemple la satisfaction de la personne concernant sa rémunération, ses horaires de travail ou encore du nombre de jours de congés.

- (7) « environnement de travail » (4 items)

Cette sous-dimension est composée de 4 items permettant d'apprécier par exemple, le sentiment de sécurité de la personne sur son lieu de travail ou encore la possibilité de modifier son espace de travail.

- (8) « organisation du management » (4 items)

Cette sous-dimension est composée de 4 items permettant d'apprécier par exemple, la qualité de l'encadrement reçu par la personne sur son lieu de travail ou encore la perception que les règles de l'entreprise sont justifiées et claires.

- Modalités de passation

L'échelle QWL a été proposée aux personnes accompagnées (PA) en emploi depuis au moins 2 mois et ne souhaitant pas, a priori, mettre un terme à leur contrat (N=22) aux temps 2 et 3. Il a été à nouveau proposé aux personnes en emploi au temps 3 qui étaient déjà en emploi en temps 2 (N =12)²⁷⁹.

²⁷⁹ Trois personnes n'ont pas souhaité répondre à nouveau au questionnaire.

6. Présentation des échelles cliniques

6.1. Échelle de fonctionnement cognitif perçu (SSTICS)

- Présentation générale de l'échelle

Nous avons choisi l'échelle *Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia* (SSTICS)²⁸⁰, développée au Québec par Stip et ses collaborateurs, pour apprécier le degré de plainte (subjective) des personnes accompagnées. L'auteur a construit cette échelle à partir d'un questionnaire comportant des items relevant de différents domaines cognitifs : la mémoire (mémoire de travail et mémoire explicite à long terme), l'attention (attention divisée, distractibilité, vigilance, attention soutenue), le langage et la praxie.

Elle comporte 21 items sous forme de questions concernant notamment des difficultés de mémoire ou de concentration au cours d'activités de la vie quotidienne, auxquelles la personne est invitée à répondre en appréciant la fréquence de sa plainte sur une échelle de Likert en 5 graduations (de 0 : « jamais » à 4 : « très souvent »).

- Modalités de passation

L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), au temps 2 (N=56) et au temps 3 (N=42).

6.2. Échelle d'inventaire bref des symptômes et de degré de sévérité (BSI)

- Présentation générale de l'échelle

Nous avons choisi d'utiliser la version abrégée de l'échelle « inventaire bref des symptômes »²⁸¹ (*Brief Symptom Inventory*) composée de 18 items pour apprécier l'évolution du degré de sévérité des symptômes des personnes accompagnées au cours de leur accompagnement. Cette échelle (BSI-18), créée par Derogatis²⁸² est une version abrégée de l'échelle du même nom comportant 53 items (BSI-53), cette dernière étant elle-même une version abrégée de l'échelle *Symptom Check List SCL-90-R*²⁸³. La BSI-53 conserve la même

²⁸⁰ E. Stip, J. Caron, S. Renaud, T. Pampoulova, & Y. Lecomte, « Exploring cognitive complaints in schizophrenia : the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia », *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 2003, 331-340.

²⁸¹ L.R. Derogatis, *BSI-18: Brief Symptom Inventory 18 - Administration, scoring, and procedures manual*, Minneapolis, NCS Pearson, 2000.

²⁸² L.R. Derogatis, *BSI brief symptom inventory: Administration, scoring, and procedures manual* (4th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1993.

²⁸³ L.R. Derogatis, *The SCL-R-90 Manual I: Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research, 1997.

structure que la SCL-90-R comportant 9 dimensions. La version abrégée que nous avons utilisée comporte les 3 dimensions suivantes : somatisation (6 items), anxiété (6 items) et dépression (6 items). Il n'existe pas de consensus au sujet de cette distinction. Cependant, une méta-analyse²⁸⁴ a permis de soutenir la proposition des 3 dimensions en nuancant d'utiliser ces résultats avec précaution (n'ayant utilisé qu'une carte perceptuelle).

L'échelle propose 5 choix de réponse par item : (0 = « pas du tout » ; 1 = « un peu » ; 2 = « modérément » ; 3 = « beaucoup » ; 4 = « extrêmement »). Elle permet par ailleurs de calculer un indice global correspondant à la moyenne des 3 dimensions et un indice de sévérité des symptômes en ne comptabilisant que les items dont les scores sont supérieurs à 0.

- Modalités de passation

L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), au temps 2 (N=56) et au temps 3 (N=41).

6.3. Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburg (WEMWBS)

- Présentation générale de l'échelle

La *Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale* (WEMWBS)²⁸⁵, échelle de « bien-être mental » a été validée pour la population générale dans différents pays et a aussi été traduite en français et validée pour une population psychiatrique et générale par les équipes du Pr. Nicolas Franck²⁸⁶. Cette échelle, composée de 14 items permet d'apprécier le « bien-être psychologique » de la personne. Elle est fondée sur des thèmes tels que le degré de satisfaction de la personne de ses relations avec les autres, la réalisation de soi, la « gestion du stress » ou encore la réalisation de ses capacités.

L'échelle propose 5 choix de réponse (de 1 = « jamais » à 5 = « tout le temps »). Elle comporte une dimension correspondant au score global.

²⁸⁴ P. Govindasamy, K. Green & A. Olmos, « Meta-analysis of the factor structure of the Brief Symptom Inventory (BSI-18) using an aggregated co-occurrence matrix approach », *Mental Health Review Journal*, 25(4), 2020, p. 367-378.

²⁸⁵ R. Tennant, L. Hiller, R. Fishwick, S. Platt, S. Joseph, S. Weich, J. Parkinson, J. Secker, & S. Stewart-Brown, « The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation », *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 2007, p. 1-13.

²⁸⁶ M. Trousselard, D. Steiler, F. Dutheil, D. Claverie, F. Canini, F. Fenouillet, G. Naughton, S. Stewart-Brown & N. Franck, « Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations », *Psychiatry research*, 245, 2016, p. 282-290.

- Modalités de passation

L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), au temps 2 (N=56) et au temps 3 (N=41).

6.4. Échelle de rétablissement (RAS-24)

- Présentation de l'échelle

La première version de la *Recovery Assessment Scale* (RAS), échelle de rétablissement, a été développée aux Etats-Unis par Giffort et ses collègues²⁸⁷. Les chercheurs se sont appuyés sur une méthodologie de type recherche-action pour analyser les « composantes » du processus de rétablissement de personnes concernées à partir du discours de leurs parcours. Ils ont ainsi construit un questionnaire de 41 items (RAS-41) présentant des qualités psychométriques satisfaisantes. En analysant les facteurs de la structure de cette échelle RAS-41, à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire et d'une à une analyse factorielle confirmatoire, Corrigan et ses collègues²⁸⁸ ont conclu que 24 items étaient suffisants à l'échelle. Les items de la version courte de l'échelle (RAS-24) respectent la même répartition entre les 5 dimensions de l'échelle dans sa version longue (RAS-41). Nous avons choisi d'utiliser cette version courte de l'échelle (RAS-24), traduite et validée en français ²⁸⁹ pour apprécier les éventuelles évolutions des composantes (définies par l'échelle) du processus de rétablissement des personnes accompagnées par les dispositifs. Le questionnaire propose 5 choix de réponse par item (1 = « totalement en désaccord » à 5 = « complètement d'accord »).

- Les 5 dimensions de l'échelle

L'échelle RAS-24 comporte 5 dimensions (identiques à celles de la version longue de l'échelle) :

- (1) « confiance en soi et espoir » (9 items)

Cette dimension comprend des énoncés se référant à l'amour de soi, à l'espoir ou à la capacité à la « gestion du stress ».

²⁸⁷ D. Giffort, A. Schmook, C. Woody, C. Vollendorf & M. Gervain, *Construction of a scale to measure consumer recovery*, Springfield, IL, Illinois Office of Mental Health, 1995.

²⁸⁸ P.W. Corrigan, M. Salzer, R. Ralph & Y. Sangster, « Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale », *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 2004, p. 1034-1041.

²⁸⁹ J. Bisson, J.-F. Pelletier, H.-M. Vasiliadis, A. Lesage & Corrigan, *Traduction française du Recovery Assessment Scale*, Centre de recherche Fernand-Séguin, 2007.

- (2) « volonté de demander de l'aide » (3 items)

Cette dimension comprend des énoncés se référant au souhait et à la capacité de la personne à demander de l'aide aux autres.

- (3) « objectifs et désir de réussir » (5 items)

Cette dimension comprend des énoncés se référant au désir de réussir de la personne et la conviction de pouvoir atteindre ses propres objectifs.

- (4) « appui des autres » (4 items)

Cette dimension permet de prendre en compte l'importance des relations avec autrui dans le processus de rétablissement de la personne, elle comprend des énoncés se référant à la possibilité pour la personne de pouvoir compter sur d'autres personnes.

- (5) « aucune domination des symptômes » (3 items)

Cette dimension comprend des items permettant d'apprécier les éventuelles interférences des symptômes de la personne dans le cours de sa vie.

- Modalités de passation

L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), au temps 2 (N=56) et au temps 3 (N=41).

Troisième partie : Résultats

Comme le soulignait Freud à propos de la méthodologie de l'activité scientifique :

[...] aucune science, même la plus exacte, ne commence par de telles définitions. Le véritable commencement de l'activité scientifique consiste plutôt dans la description de phénomènes, qui sont ensuite rassemblés, ordonnés et insérés dans des relations²⁹⁰

Dans cette troisième partie, nous présentons l'ensemble des résultats obtenus par les différentes structures participant à l'étude (N=27), par les conseillers en emploi accompagné (N=71) et par les personnes accompagnées volontaires pour participer à l'étude (N=67). Dans le premier chapitre, nous présentons succinctement les structures participant à l'étude et leurs résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées, puis les résultats de l'analyse de contenu des différents entretiens menés auprès des directeurs et des conseillers en emploi portant sur les valeurs guidant leur pratique de l'Emploi Accomagné et sur les leviers d'efficacité identifiés pour l'inclusion professionnelle des personnes accompagnées. Dans le deuxième chapitre, nous présentons les résultats obtenus à l'échelle IPS-25 version française qui nous permettront dans la quatrième partie de proposer une caractérisation des structures selon leur degré de fidélité à la méthodologie IPS. Dans le troisième chapitre, nous présentons les résultats obtenus par les conseillers en emploi accompagné à l'échelle des compétences (BAKES) afin d'identifier celles mobilisées à une plus grande fréquence dans l'exercice de leur pratique. Enfin dans le quatrième chapitre, nous présentons les résultats obtenus par les personnes accompagnées aux différentes échelles à dimensions professionnelles et cliniques aux trois mesures de l'étude longitudinale (à l'entrée dans le dispositif, à 6 mois et à 12 mois).

Chapitre 1 : Résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées par les structures et leviers d'efficacité identifiés

Dans ce chapitre, nous présentons les différentes structures participant à l'étude, leurs résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi (au moins 6 mois) des personnes

²⁹⁰ S. Freud, « Pulsions et destins des pulsions », *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 11-43. Texte publié pour la première fois en 1915.

accompagnées ainsi que les résultats de l'analyse de contenu portant sur les valeurs guidant leur pratique de l'Emploi Accompagné et les leviers d'efficacité identifiés par les structures.

1. Présentation des 27 structures participant à l'étude

1.1. Présentation générale et distribution géographique

Les 27 bureaux des structures participant à notre étude sont indiqués sur la carte de France ci-dessous (carrés jaunes) avec leur territoire d'intervention pour chacune des structures. Parmi elles, 18 sont conventionnées et bénéficient d'un financement de l'ARS (en bleu), 3 structures fonctionnent en partenariat avec un dispositif conventionné (en orange), 6 structures sont financées par des fonds propres de leur association porteuse (en rouge).

Certaines structures se sont constituées dès le début de leur activité sous forme de plateforme.

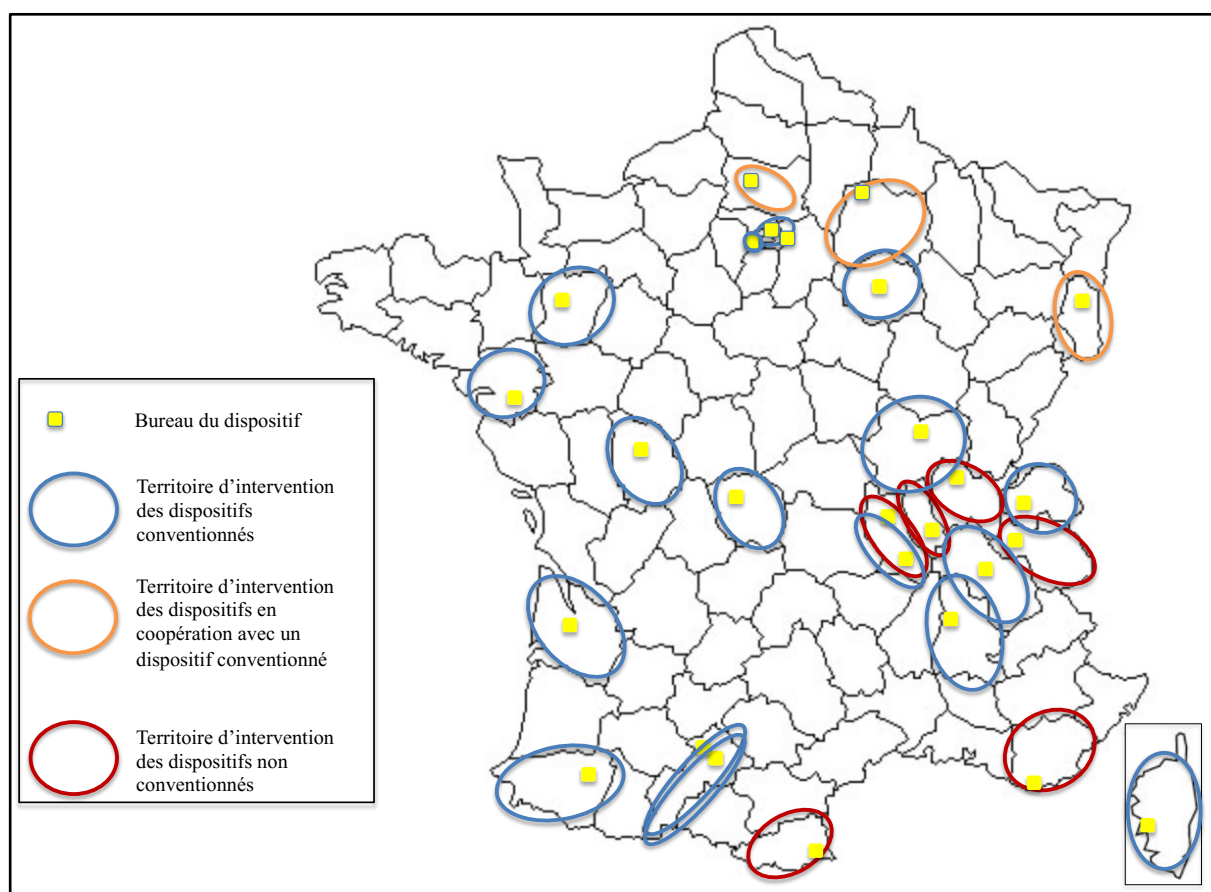


Figure 1. Répartition géographique des dispositifs de l'étude, différenciés selon leur type de financement.

Certaines régions sont davantage représentées que d'autres pour notre étude, telles que la région Auvergne-Rhône-Alpes avec 9 structures ayant accepté d'y participer. D'autres régions comptent moins de structures participantes mais sont tout de même représentées comme la

Nouvelle-Aquitaine avec 4 structures, le Grand-Est avec 3 structures, l'Ile-de-France avec 3 structures, l'Occitanie avec 3 structures, les Pays de la Loire avec 2 structures, les Hauts-de-France avec 1 structure, la Provence-Alpes-Côte-D'azur avec 1 structure, la Bourgogne-France-Comté avec 1 structure et la Corse avec 1 structure. D'autres ne le sont pas telles que la Normandie ou la Bretagne.

Nous présentons succinctement ci-dessous les 27 dispositifs de l'étude ainsi que leur association porteuse²⁹¹ :

- Le dispositif ORSAC Insertion (01), dans le département de l'Ain à Bourg-en-Bresse est porté par l'association du même nom, fondée en 1937. Le dispositif est financé par le Fonds social européen dans le cadre du programme « Emploi et Inclusion » 2014-2020 et a démarré son activité d'emploi accompagné depuis 2018. Il fait partie du groupement expérimental de Messidor sur la méthode IPS²⁹². Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique, en situation de handicap mental ou présentant des troubles du spectre autistique.

- Le dispositif ISATIS Corse (2A, 2B), réparti sur deux sites à Bastia et Ajaccio, est un dispositif régional porté par l'association du même nom²⁹³, créée en 1997. Le dispositif est conventionné, son activité d'emploi accompagné a démarré en 2019. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique.

- Le dispositif LADAPT Aube (10) à Troyes est porté par l'association du même nom, créée en 1929. Le dispositif d'emploi accompagné est conventionné est a commencé son activité depuis 2018. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique, en situation de handicap mental ou présentant des troubles du spectre autistique.

- Le dispositif Form'Adpat 23, dans le département de la Creuse à Guéret, est porté par l'ADAPEI 23. En 2016, le dispositif a accompagné quelques personnes dans le cadre de l'expérimentation nationale de l'Emploi Accompanyé puis a démarré pleinement son activité sous la forme d'un guichet unique (plateforme départementale) en coopération avec l'APAJ et l'ALEFPA au début de l'année 2018. Le dispositif est conventionné. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique.

²⁹¹ Se référer au tableau de présentation des dispositifs participant à l'étude en annexe p. 359.

²⁹² Groupes d'échange de pratiques au sujet de la méthodologie IPS pour toute structure souhaitant mettre en œuvre un dispositif d'Emploi Accompanyé.

²⁹³ Et à l'origine se nommant AZUR UNAFAM.

- Le dispositif Messidor Drôme (26) présent sur deux sites à Valence et à Montélimar est porté par l'association du même nom créée en 1975. Le dispositif d'emploi accompagné a démarré son activité en 2015 grâce à un financement européen puis a été conventionné en 2017. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique. Le dispositif travaille en partenariat avec d'autres associations pour accompagner les personnes en situation d'autres types de handicap.

- Le dispositif Entreprise Inclusive 31, dans le département de la Haute-Garonne (31) à Toulouse est porté par trois associations : l'ASEI, l'APF France et l'ARSEAA. Le dispositif est conventionné, son activité d'emploi accompagné a démarré en 2018. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de tous types de handicaps.

- Le dispositif YMCA (31) de Colomiers, dans le département de la Haute-Garonne est porté par une union d'associations, l'Union Cépière Robert Monnier. L'association œuvre auprès de publics en situation de désinsertion sociale ou en risque de fragilité depuis 1959. Elle gère des établissements sociaux et médico-sociaux. L'activité d'emploi accompagné a débuté en 2018, le dispositif est conventionné depuis la fin de l'année 2017. Les personnes accompagnées présentent tous types de handicaps.

- La plateforme d'emploi accompagné Handamos (33), dans le département de la Gironde à Bordeaux est constituée de 6 associations : l'ARI, L'APAJH 33, L'ADAPEI 33, TRISOMIE 21, L'UGECAM, EPNAC, ADIAPH et l'EPMSD Elie Jambon. La plateforme est conventionnée et aussi financée par les fonds propres des associations. L'activité d'emploi accompagné a commencé en 2019. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique, en situation de handicap mental ou présentant des troubles du spectre autistique.

- Le dispositif Messidor Isère (38) à Saint-Martin-d'Hères est porté par l'association du même nom. Le dispositif d'emploi accompagné a démarré son activité en 2015 grâce à un financement européen puis a été conventionné en 2017. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique. Le dispositif travaille en partenariat avec d'autres associations pour accompagner les personnes en situation d'autres types de handicap.

- Le dispositif LIFT (42), dans le département de la Loire à Saint-Etienne, est porté par l'association Recherches et Formations créée en 2001. Le dispositif d'emploi accompagné est conventionné et a démarré son activité en 2018. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique.

- Le dispositif Messidor Loire (42) à Roanne est porté par l'association du même nom. Le dispositif d'emploi accompagné a démarré son activité en 2015 grâce à un financement européen. Le dispositif n'est pas conventionné. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique. 30% d'entre elles n'ont pas de RQTH, le plus souvent ces personnes accompagnées (sans RQTH) sont des jeunes sortis du système scolaire et sans suivi médical ou bien des personnes sorties de détention.

- Le dispositif Passerelle pour l'emploi (44), dans le département de la Loire-Atlantique est porté par l'ADAPEI 44 créée en 1955 et par le GIRPEH (cap emploi). Le dispositif d'emploi accompagné a démarré son activité en 2018 et est conventionné depuis la fin de l'année 2017. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique, en situation de handicap mental ou présentant des troubles du spectre autistique ou des troubles dys.

- Le dispositif La Permanence du Jard (51), dans le département de la Marne à Bezannes, est porté par l'association les Papillons Blancs en Champagne. Le pôle travail et insertion professionnelle qui porte le dispositif a été créé en 1996 sous la forme d'une expérimentation locale puis développé en 2002 sur toute la Marne. Le dispositif travaille en partenariat avec un dispositif conventionné (LADAPT Aube) depuis 2019. Il est financé en partie par l'ARS, le Fonds social européen et par la MDPH pour des prestations d'évaluation. Les personnes accompagnées sont majoritairement des personnes présentant des troubles du spectre autistique (comme demandé dans l'appel à projet) mais aussi des personnes en situation de handicap psychique ou mental.

- Le dispositif job coach 53, dans le département de la Mayenne (53) est porté par l'association Geist Mayenne à Laval, créée en 1981. Elle gère un ensemble de services médico-sociaux dont un dispositif d'emploi accompagné et 5 groupes d'entraide mutuelle (GEM). L'activité d'emploi accompagné a démarré en 2015. Le dispositif est conventionné depuis la fin de l'année 2017. Il est aussi une structure de formation qui intervient dans le cadre de formations proposées par le CFEA, notamment sur les fondamentaux de l'Emploi Accompanyé. Le dispositif accompagne des personnes en situation de handicap mental, en situation de handicap psychique et plus récemment des personnes présentant des troubles du spectre autistique.

- Le dispositif Passage Pro (60), dans le département de l'Oise à Beauvais est porté par l'association La Nouvelle Forge créée en 1951. Elle gère un ensemble d'établissements sociaux et médico-sociaux. Le dispositif d'emploi accompagné n'est pas directement conventionné

mais coopère avec un dispositif conventionné (le CAFAU) et l'UNAPEI. Il a démarré son activité en 2016 dans le cadre d'une expérimentation. Il fait partie du groupement expérimental de Messidor sur la méthode IPS. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique.

- Le Service emploi accompagné 64, dans le département des Pyrénées-Atlantiques, est réparti sur deux sites, l'un à Pau et le second au Pays basque. Le dispositif d'emploi accompagné est porté par l'ADAPEI 64. Il est conventionné et a démarré son activité en 2018 et est aussi financé par des fonds européens. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique, en situation de handicap mental ou présentant des troubles du spectre autistique, cognitifs ou du comportement. Le dispositif travaille en partenariat avec d'autres associations dont certains conseillers en emploi accompagné sont mis à disposition.

- Le dispositif Cohérence Réseau (66), dans le département des Pyrénées-Orientales à Perpignan est porté par l'association du même nom, créée en 2006 par des professionnels de la santé mentale, des familles et des usagers. Grâce à un financement européen en 2006, elle a pu initier son activité d'emploi accompagné auprès de 10 personnes. Le dispositif est aujourd'hui financé en complément par l'Agefiph et des actions départementales pour un public RSA souffrant de troubles psychiques. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique.

- Le dispositif Santé Mentale Alsace (68) est porté par l'association du même nom à Rouffach, dans le département du Haut-Rhin. L'association créée en 1960 est dédiée exclusivement à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et à leurs proches. Elle gère des établissements médico-sociaux et elle est « marraine » de 2 GEM. Le dispositif d'emploi accompagné a démarré son activité en 2018, il constitue avec trois autres dispositifs la plateforme d'emploi accompagné du Haut-Rhin, chaque dispositif étant davantage spécialisé dans l'accompagnement d'un type de public. Le dispositif n'est pas directement conventionné, il coopère avec un dispositif conventionné.

- Le dispositif Messidor Rhône (69) à Vaulx-en-Velin est porté par l'association du même nom. Le dispositif a démarré son activité en 2018, il n'est pas conventionné. Il est financé entre autres grâce à des mécènes, des assurances ou des fondations. Pour aider au financement du dispositif, il développe par ailleurs une activité de conseil aux entreprises en proposant des interventions dans le cadre des recrutements et plus généralement, l'accompagnement de tout salarié pouvant être en difficulté dans l'entreprise. Des actions de sensibilisation et de formation aux premiers secours en santé mentale sont aussi proposées. Les personnes accompagnées sont

majoritairement des personnes en situation de handicap psychique ou en souffrance psychique, 30% n'ont pas de RQTH. Quelques personnes présentant des troubles du spectre autistique ou en situation de handicap mental sont aussi accompagnées par le dispositif.

- Le dispositif PDIP 71 (Pôle Départemental d'Insertion Professionnelle), dans le département de la Saône et Loire, à Chatenoy-le-Royal, est un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) regroupant trois associations du département : les Papillons Blancs D'entre Saône et Loire, les PEP 71 et la FOL 58. Le dispositif d'emploi accompagné a démarré son activité en 2015 et est conventionné depuis 2018. Il fait partie du groupement expérimental de Messidor sur la méthode IPS. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap mental et en situation de de handicap psychique.

- Le dispositif Espoir 73, dans le département de la Savoie à Francin est porté par l'association du même nom, créée en 1993 par des familles faisant partie de l'UNAFAM pour créer et gérer des services spécialisés pour des personnes en situation de handicap psychique. Elle gère un ensemble d'établissements sociaux et médico-sociaux. Le dispositif d'emploi accompagné est financé par des fonds propres de l'association et a démarré son activité en 2017. Il fait partie du groupement Messidor sur l'expérimentation de la méthode IPS. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique, quelques personnes présentant des troubles du spectre autistique sont accompagnées par une autre association AgirH avec laquelle le dispositif travaille en partenariat.

- Le dispositif Messidor Haute-Savoie (74) à Annecy est porté par l'association du même nom. Le dispositif d'emploi accompagné a démarré son activité en 2015 grâce à un financement européen puis a été conventionné en 2017. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique.

- Le service Les ailes déployées (75) est porté par l'association la Société parisienne d'aide à la santé mentale (SPASM), créée en 1959. Son objectif est de permettre à des personnes sortant de l'hôpital psychiatrique de s'intégrer dans le milieu ordinaire, particulièrement grâce au travail. L'activité d'emploi accompagné a démarré en 2018 par le biais d'un partenariat avec quelques entreprises et depuis 2019, le dispositif est conventionné. Les personnes accompagnées sont en situation de handicap psychique ou présentent des troubles du spectre autistique.

- Le dispositif job coaching Regain (75) est porté par l'ESAT Regain Paris créé en 2002. Le dispositif est conventionné depuis la fin de l'année 2017, l'activité d'emploi accompagné a démarré en 2015 dans le cadre d'une expérimentation. Il fait partie du groupement expérimental

de Messidor sur la méthode IPS. Le public accompagné est majoritairement composé de personnes en situation de handicap psychique, quelques personnes présentent des troubles du spectre autistique.

- Le dispositif Isatis Toulon (83), dans le département du Var est porté par l'association du même nom, créée en 1997 pour accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques dans leur vie quotidienne, sociale et professionnelle. Elle gère un ensemble d'établissements sociaux et médico-sociaux. Le dispositif d'emploi accompagné de Toulon est un dispositif non conventionné, financé par des fonds propres de l'association. La conseillère du dispositif travaille avec les deux autres dispositifs conventionnés de l'association sur deux autres territoires. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique.

- Le service d'emploi accompagné 86, dans le département de la Vienne à Poitiers est porté par l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) créée en 1945 et porte-parole de 121 000 familles. Le dispositif Emploi Accompagné est conventionné et a commencé son activité en 2018. Les personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique, en situation de handicap mental ou des personnes présentant des troubles du spectre autistique.

- Le dispositif de LADAPT Hauts-de-Seine (92) à Chatillon est porté par l'association du même nom. Cette dernière a été créée en 1929 pour que la personne handicapée retrouve sa dignité par une réinsertion dans la société active et professionnelle. Le dispositif d'emploi accompagné a démarré son activité en 2018 et est conventionné depuis la fin de l'année 2017. Le public accompagné est composé de personnes en situation de handicap psychique et de personnes présentant des troubles du spectre autistique, cognitifs ou du développement.

Une grande partie des structures retenues pour cette étude sont parmi les premières en France à avoir mené une expérimentation de l'Emploi Accompagné. Toutes ont la particularité d'avoir déjà acquis une expérience de l'accompagnement vers l'emploi en milieu ordinaire de travail pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental.

1.2. Taille des équipes et volumes d'activité des structures

Le volume d'activité des dispositifs de l'étude²⁹⁴ est très variable d'un dispositif à l'autre, de 7 à 138 personnes accompagnées par dispositif²⁹⁵. De même, nous observons diverses tailles d'équipe au sein des différents dispositifs. L'effectif le plus réduit est d'un conseiller en emploi accompagné (CEA) et le plus important est de 13 CEA.

Concernant le public accompagné, 8 dispositifs (sur 27) accompagnent exclusivement des personnes en situation de handicap psychique ; 14 accompagnent des personnes en situation de handicap psychique, en situation de handicap mental et des personnes présentant des troubles du spectre autistique ; 5 dispositifs accompagnent tous types de situation de handicap.

2. Taux d'insertion professionnelle et taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) de l'ensemble des personnes accompagnées par les structures

Les 27 structures participant à l'étude accompagnent principalement des personnes en situation de handicap psychique. Certaines d'entre elles accompagnent aussi des personnes en situation de handicap mental et des personnes présentant des troubles du spectre autistique.

Les résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi (de 6 mois au moins) sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6. Taux d'insertion professionnelle et taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) de l'ensemble des personnes accompagnées par les structures.

	Handicap psychique		Handicap mental		TSA*
	Etude principale	Etude exploratoire	Etude principale	Etude exploratoire	Etude principale
Etude principale / étude exploratoire					
Nombre de personnes accompagnées	1 027	98	216	30	95
Nombre de personnes ayant travaillé (au moins 1 jour)	527	28	106	9	43
Taux d'insertion	51%	29%	49%	30%	45%
Nombre de personnes ayant travaillé (au moins 6 mois)	325	15	70	6	30
Taux de maintien (au moins 6 mois)	62%	52%	66%	67%	70%

* Troubles du spectre autistique

Entre le mois de juin 2019 et le mois de décembre 2020, soit sur une période de 18 mois, 1027 personnes en situation de handicap psychique, 216 personnes en situation de handicap mental

²⁹⁴ Au 31 décembre 2020.

²⁹⁵ (cf. tableau de présentation du volume d'activité des dispositifs de l'étude en annexe p. 360).

et 95 personnes présentant des troubles du spectre autistique ont été accompagnées par les dispositifs.

Parmi les 1 027 personnes en situation de handicap psychique, 527 ont été en emploi au moins une journée sur la période (51%) et 325 l'ont été pour une durée d'au moins 6 mois consécutifs (62%). Parmi les 216 personnes en situation de handicap mental, 106 ont été en emploi au moins une journée sur la période (49%) et 70 l'ont été pour une durée d'au moins 6 mois consécutifs (66%). Parmi les 95 personnes présentant des troubles du spectre autistique, 43 ont été en emploi au moins une journée sur la période (45%) et 30 l'ont été pour une durée de 6 mois au moins (70%).

Nous pouvons observer que ces résultats sont assez proches en termes de taux d'insertion et de taux maintien en emploi (au moins 6 mois consécutifs) que les personnes accompagnées soient en situation de handicap psychique, en situation de handicap mental ou qu'elles présentent des troubles du spectre autistique.

Le taux d'insertion des personnes en situation de handicap psychique est cependant légèrement supérieur (51%) au taux d'insertion des personnes en situation de handicap mental (49%) et au taux d'insertion des personnes présentant des troubles du spectre autistique (45%).

Le taux de maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique (62%) est légèrement inférieur à celui des personnes en situation de handicap mental (66%) et qu'à celui des personnes présentant des troubles du spectre autistique (70%).

Ces résultats sont nettement supérieurs à ceux observés lors de l'étude exploratoire, notamment concernant le taux d'insertion des personnes accompagnées : pour les personnes en situation de handicap psychique, 51% vs 29% pour le taux d'insertion et 62% vs 52% pour le taux de maintien ; pour les personnes en situation de handicap mental, 49% vs 30% pour le taux d'insertion et 66% vs 67% pour le taux de maintien.

3. Valeurs guidant la pratique de l'Emploi Accompagné et leviers d'efficacité identifiés par les structures porteuses du dispositif

Pour éclairer les résultats obtenus par les structures en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées, nous avons interrogé leurs équipes au sujet de leur pratique de l'Emploi Accompagné. Les entretiens ont été menés en visioconférence avec chaque structure, ces derniers ayant eu lieu pendant la période de la crise sanitaire, entre le mois de novembre 2020 et le mois de mai 2021. Le.la responsable de la structure porteuse du

dispositif Emploi Accompagné et au moins un des CEA de l'équipe du dispositif ont participé à chacun des entretiens (N=27). Ils ont été invités à répondre aux deux questions suivantes :

Selon votre expérience de la pratique de l'Emploi Accompagné, quelles sont les valeurs qui guident votre pratique ?

Selon votre expérience de la pratique de l'Emploi Accompagné, quels sont les leviers d'efficacité que vous avez identifiés ?

Au début de chaque entretien, nous avons précisé qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses et que les résultats seraient anonymisés. Tous les entretiens ont été enregistrés après avoir reçu l'accord des participants. A la suite de nombreuses relectures des témoignages retranscrits, nous avons identifié, au fur et à mesure de ces relectures, des unités de signification. Ces dernières ont été à nouveau examinées, explorées et décrites de façon à rendre plus explicite leurs valeurs respectives au regard de notre discipline. Enfin, nous avons appréhendé les liens entre les unités de signification relevées et les concepts disciplinaires pertinents. Les sous-thèmes ont pu être alors regroupés et associés à un thème et enfin à des *eidos*-thèmes. Le processus d'analyse et d'interprétation des données a favorisé l'émergence de cinq *eidos*-thèmes présentés dans les cinq sous-parties de ce chapitre.

3.1. Une restauration du pouvoir d'agir

Le processus d'abstraction, associé aux verbatim liés aux deux questions de recherche, ayant favorisé l'émergence de l'*eidos*-thème « une restauration du pouvoir d'agir » est illustré dans le tableau ci-dessous. Le nombre d'occurrences est indiqué pour chaque sous-thèmes.

Tableau 7. Restauration du pouvoir d'agir : émergence des sous-thèmes, thèmes et de l'eidos-thème.

Sous-thèmes	Thèmes	<i>Eidos</i> -thèmes
- Conviction (rétablissement) (11) - Autodétermination (10) - Empowerment des usagers (8) - Croire en les ressources de la personne (1) - Participation des personnes aux Assemblées Générales de l'association (membres) (1) - Etre une personne ressource (1) - Aide à la prise de conscience du bénéfice d'un suivi médical de la personne (1) - Responsabiliser la personne (1) - Sortir la personne de son identité de malade (1)	Rétablissement	Restauration du pouvoir d'agir des usagers
- Divulgateur RQTH (28) - Mise en emploi rapide (14) - L'inclusion (9) - Emploi levier du rétablissement (6) - Place and train (3) - Milieu ordinaire (3) - Création d'expériences (1) - Aménagements du poste de travail (1) - Prospection entreprises continue (1)	Emploi en milieu ordinaire - levier du rétablissement	
- Valorisation des réussites de la personne (9) - Croire en les capacités de la personne (7) - Pair-émulation - activités collectives (4) - Aide à la prise de conscience du potentiel de la personne (3) - Emulation cognitive - ateliers de remédiation (1)	Emulation cognitive et subjective	

Selon les témoignages des différentes équipes, pour que la pratique de l'Emploi Accompagné prenne sens, émane en premier lieu, l'importance de la conviction que toute personne peut se rétablir. Avec cette perspective, les conseillers tentent de favoriser « l'autodétermination » et « l'Empowerment » des personnes accompagnées :

Tous les souhaits et projets des personnes sont valables, nous n'avons aucun préjugé sur la validité d'un projet, nous respectons l'autodétermination de la personne, qu'elle puisse être en capacité de faire des choix, c'est pas nous qui allons dire à la personne ce qu'elle doit faire mais on va élaborer avec elle un accompagnement qui va lui permettre de faire émerger des intérêts et des valeurs qui vont lui permettre de s'orienter...ne pas faire à la place de la personne...lui apporter les stratégies.

Croire au rétablissement de la personne, c'est aussi croire en la personne, en ses capacités, l'aider à se décentrer de son identité de malade :

Lui donner confiance, ne pas la freiner, ne pas avoir peur en ses compétences mais croire dans ce qu'elle est capable de faire même si elle n'y croit pas ou peu, ce qui va lui permettre de prendre confiance
C'est arriver à faire prendre conscience à la personne qu'elle a des capacités malgré ce qu'elle a pu vivre jusqu'ici, malgré les croyances qu'elle peut avoir sur elle-même, elle a des capacités dormantes et on est là pour l'aider à développer toutes ses capacités...lui redonner une place qui n'est pas celle d'un malade mais bien celle d'une personne qui a des compétences et qui a des compétences pour travailler, la sortir de cette notion du soin et de cette maladie, sortir la personne de son identité de malade

Toutefois, les conseillers s'identifient aussi comme des « personnes ressources » qui peuvent aider les personnes accompagnées à la prise de conscience du bénéfice d'un suivi médical, notamment lorsqu'elles formulent des plaintes quant à certains symptômes vécus comme invalidant. Certaines d'entre elles ont pu connaître auparavant des expériences d'hospitalisation « vécues comme négatives » et qui les ont menées à s'éloigner d'un suivi médical. Certaines d'entre elles n'osent plus faire la démarche de consulter même lorsqu'elles en ressentent le besoin :

On peut les solliciter aussi si besoin (les psychiatres) pour amener vers le soin des personnes qui seraient désireuses d'y aller

Ce travail de coordination avec le soin sera davantage développé dans la description de l'*eidos*-thèmes « Coordination avec le réseau de la personne ».

L'objectif de l'emploi en milieu ordinaire pour les personnes accompagnées est souhaité par les conseillers en emploi et encouragé comme étant un des leviers du parcours de rétablissement des personnes. La « mise en emploi rapide » permet aux conseillers, de former la personne si nécessaire au moment de la prise de poste, de valoriser ses réussites et de l'aider à prendre conscience de ses acquisitions antérieures, présentes et de ses possibilités d'évolution. Pour ce faire, le conseiller transmet à la personne sa conviction qu'elle détient la capacité de travailler, quand bien même celle-ci n'aurait jamais exercé d'activité professionnelle auparavant. Voici un exemple de parole d'encouragement et de croyance en les capacités de la personne exprimée par un des conseillers avant une mise en (premier) emploi :

Vous êtes compétente, vous avez des compétences et on va vous les montrer en situation d'emploi, vous devez faire confiance à ce que vous êtes... Vous pouvez le faire.

C'est aussi grâce aux échanges avec les psychiatres des personnes accompagnées que les conseillers ont pu identifier l'emploi en milieu ordinaire comme un levier du rétablissement (et réciproquement). Un des conseillers nous a fait part d'une remarque qu'il avait reçue de la part d'un psychiatre, qui avait confirmé ses propres observations quant à l'évolution de personnes qu'il accompagne :

Je ne reconnais pas mes patients, avec vous ce sont des travailleurs autonomes et avant c'étaient des patients dans une dépendance terrible, chez vous ils ne sont pas comme ça... Ils ont une apparence quasiment différente.

Un autre levier d'efficacité de la pratique identifié par les structures participant à l'étude est l'émulation cognitive et subjective sous-tendue par l'accompagnement proposé. Cette émulation peut être favorisée par la valorisation des réussites de la personne, qu'elles soient professionnelles ou non, par la croyance en les capacités de la personne transmises par les conseillers et par la participation à des activités collectives proposées par la structure. Concernant le sous-thème de la valorisation des réussites de la personne, il peut être illustré par cet extrait :

aller au bout de la démarche avec la personne, valoriser des réussites même si ce n'est pas l'emploi, une personne par exemple pendant le confinement qui a aidé une association à donner des repas aux plus démunis

Concernant les activités collectives, elles permettent aussi aux personnes de prendre conscience qu'elles peuvent s'autoriser à prendre une nouvelle place dans un groupe et accèdent alors à une nouvelle position subjective :

Et puis le fait de faire partie des groupes de l'association, elles peuvent être tantôt leader dans un groupe, tantôt suiveur dans un autre, ils apprennent beaucoup les uns des autres, ils sont ressources, ils apprennent beaucoup les uns des autres avec la pair-aidance, ils trouvent une place, ils se disent « là je suis attendu, là je suis respecté »

Grâce à la conviction que le rétablissement est possible pour toute personne, les conseillers en emploi accompagné ouvrent le champ des possibles aux personnes qu'ils accompagnent en les soutenant dans leurs parcours d'accès à l'emploi en milieu ordinaire. Pour ce faire, ils s'appuient sur la valorisation des réussites de la personne antérieures ou en cours, qu'elles soient professionnelles ou non. La « mise en emploi rapide » permet aux conseillers d'aider les personnes accompagnées à la prise de conscience de leurs compétences déjà acquises et

transférables ainsi qu'à de nouvelles possibilités qui s'offrent à elles. Ils se positionnent avant tout en tant que personnes ressources et non en tant qu'experts. Progressivement les personnes accompagnées peuvent évoluer d'une identité de malade à une identité de personne autodéterminée qui peut travailler en milieu ordinaire de travail. La restauration du pouvoir d'agir de la personne est un des *eidos*-thèmes que nous proposons en tant que levier d'efficacité de la pratique de l'Emploi Accompagné identifié par les structures.

3.2. Un degré d'alliance de travail élevé entre la personne accompagnée et le conseiller en emploi accompagné

Le processus d'abstraction, associé aux verbatim liés aux deux questions de recherche, ayant favorisé l'émergence de l'*eidos*-thème « un degré d'alliance de travail élevé entre la personne accompagnée et le conseiller en emploi accompagné » est illustré dans le tableau ci-dessous. Le nombre d'occurrences est indiqué pour chaque sous-thèmes.

Tableau 8. Alliance de travail : émergence des sous-thèmes, thèmes et de l'eidos-thème.

Sous-thèmes	Thèmes	Eidos -thèmes
- Confiance (relation de) (16) - Continuité du lien (7) - Accompagnement individualisé (7) - Accompagnement à durée indéterminée (6) - Réfèrent unique (4) - Authenticité (1)	Lien de confiance	Alliance de travail
- Disponibilité (15) - Adaptabilité (12) - Réactivité du CEA (10) - Souplesse (10) - Proximité - fréquence des contacts (9) - Proximité - Aller vers (9) - Respect de la temporalité de la personne (8) - Ajustement - sur-mesure (7) - Intensité de l'accompagnement (2)	Accompagnement sur-mesure des CEA	
- Posture de coopération (12) - Prise de risque-Principe de réalité étayé (11) - Respect mutuel entre professionnels et bénéficiaires (2) - Soutenir le cadre (holding) (1) - Juste-distance (1) - Maturité relationnelle des CEA (1) - Réciprocité (engagement professionnels - bénéficiaires) (1) - Exemplarité (1) - Non-jugement (1) - Vigilance (1) - Prendre soin (1)	Posture	
- Respect des choix de la personne (11) - Etre à l'écoute (8) - Respect des souhaits de la personne (5) - Capacité d'autocritique du CEA (3) - Bien-être de la personne (1) - Epanouissement de la personne (1) - Personne au centre de l'accompagnement (1)	Respect des préférences et des choix de la personne	
- Engagement des CEA (7) - Motivation (6) - Persévérance (4) - Investissement du CEA (1) - Volonté de bien faire du CEA (1) - Pragmatisme (1) - Ouverture (1) - Audace (1) - Dynamisme (1)	Engagement du CEA	

La relation de confiance entre le conseiller en emploi et la personne accompagnée est un des sous-thèmes le plus souvent cité par les équipes des différentes structures. Cette relation de confiance, développée au fur et à mesure de cet accompagnement individualisé et à durée

indéterminée, encourage la personne à poursuivre son activité. Elle permet aussi de rassurer la personne lorsqu'elle se trouve face à une situation nouvelle, potentiellement anxiogène et inhibante. Les conseillers sont très attentifs à maintenir ce lien de confiance avec les personnes accompagnées :

Une personne qui est partie dans une autre région, qui vit dans sa voiture et plante des légumes, on garde le contact avec elle car on sait que sinon on la perdrait complètement

Il faut que la personne puisse investir la relation pour parler de ses angoisses et c'est plus facile quand elle a qu'un seul référent dans le dispositif sinon la personne se livre moins sur ses angoisses ou autre

C'est aussi grâce à la fréquence des rencontres ou des contacts entre le conseiller et la personne accompagnée que la relation de confiance peut s'instaurer. A certaines périodes de l'accompagnement, notamment au début mais aussi à d'autres périodes qui le nécessitent, la fréquence des contacts peut être égale à plusieurs fois par semaine :

C'est un réel besoin car c'est souvent sans cette fréquence qu'on perd les personnes et que leur projet fonctionne moins bien...s'il n'existe pas cet accompagnement régulier qui crée cette motivation et qui permet à la personne de s'ancrer dans son projet et d'avancer

La proximité induite par la fréquence des contacts entre le conseiller et la personne accompagnée peut aussi être vectrice de motivation :

Le rythme des entretiens très régulier apporte une dynamique sur le plan personnel et sur le plan cognitif, les personnes se remobilisent entretien après entretien, c'est un peu comme en CRP, plus les gens sont en suivi et en accompagnement et plus ils revivent en fait, on a vraiment l'impression qu'il y a quelque chose qui se passe

Cette continuité du lien est aussi favorisée par le temps dont disposent les conseillers en emploi accompagné pour exercer leur fonction, par le nombre limité de personnes accompagnées et par le droit qui leur est accordé d'accompagner les personnes dans leur environnement²⁹⁶. Voici quelques extraits de témoignages illustrant la proximité, la disponibilité, la réactivité et la souplesse autorisées à la pratique des conseillers en emploi accompagné, leur permettant ainsi de proposer un accompagnement « sur-mesure » :

Avec ce dispositif, on peut accompagner les personnes même chez elles pour le télétravail mis en place pendant le confinement, on va là où d'autres n'iront pas ou ne peuvent pas, au cap emploi il n'ont pas le temps

²⁹⁶ A l'extérieur du bureau du conseiller.

On peut apporter des petits plus comme un appel le matin avant de commencer la première journée d'emploi, être disponible pour un appel le midi

Le fait d'aller en entreprise ou dans des lieux informels et pas seulement rester dans le bureau est un vrai avantage, les informations que j'arrive à avoir dans les lieux informels, je n'arrive jamais à les avoir dans un bureau...les personnes vont beaucoup plus se confier dans des lieux extérieurs, informels, ou alors dans la voiture

Cet accompagnement sur-mesure s'attache à respecter la temporalité de la personne :

Car après tout c'est elle qu'on accompagne, c'est à elle de donner le tempo...laisser la place à l'autre...laisser le temps au temps pour la redéfinition du projet qui correspond le mieux à la personne...On essaie de trouver la juste-mesure entre l'objectif d'accès à l'emploi, de ne pas rester trop longtemps sans activité mais d'accompagner la personne sur son chemin avec les étapes qui sont propres à chaque personne, en fonction de chaque individu, les étapes sont très différentes...on doit parfois travailler la mobilité, la santé, le logement et en même temps accéder à l'emploi et on pourrait vivre ces étapes comme des échecs mais on ne les vit pas comme des échecs mais comme des étapes dans le parcours d'accompagnement

La posture de coopération du conseiller en emploi accompagné est un autre des grands leviers d'efficacité de cette pratique, identifié par les structures participant à l'étude. Il s'agit avant tout d'une co-construction avec la personne de son projet et de son parcours professionnel. Comme indiqué précédemment, le conseiller est une personne ressource qui aide la personne accompagnée à sortir d'une identité de malade en soutenant son « autodétermination », « nous on est là pour leur permettre d'avancer et non pas de les guider mais de les tenir sur les rails ». Ce positionnement vise à sortir d'une asymétrie entre une personne le plus souvent appréhendée par son environnement comme « assistée », et une personne qui aurait un rôle d'éducateur ou de tuteur :

Chacun a sa place dans son propre projet, on propose à la fois une expertise, on met au service du projet de la personne cette expertise mais on ne se positionne pas en tant que sachant...le positionnement du conseiller est important, il doit être d'égal à égal, la personne ne doit pas se sentir inférieure ou sentir le conseiller comme supérieur, il faut l'aider à prendre confiance, à développer sa confiance en elle, l'aider à l'amener au même niveau pour avoir un regard d'égal à égal

Selon les conseillers en emploi accompagné, les personnes en situation de handicap psychique entrent le plus souvent dans le dispositif en ayant une faible estime de soi et nécessitent un cadre soutenant²⁹⁷ pour reprendre confiance en elles. De plus, afin de permettre à la personne de

²⁹⁷ Nous développerons ultérieurement la notion de *holding* sous-tendue par la tenue du cadre de l'accompagnement.

s'autoriser à entreprendre une activité qui ne lui paraissait jusque-là plus accessible, le conseiller accompagne à une certaine prise de risque, un « risque encadré ». Les représentations du monde du travail peuvent être « altérées » chez certaines personnes n'ayant pas exercé d'activité professionnelle depuis quelques années ou ayant connu des « expériences douloureuses ». Les nouvelles expériences professionnelles, le plus souvent proposées par le dispositif sous forme de stage au début de l'accompagnement, peuvent aussi permettre aux personnes de se confronter au « principe de réalité ». Cette confrontation est étayée par l'accompagnement des conseillers afin de sécuriser les personnes dans leur prise de risque :

Il faut tout tester pour tous et les accompagner... même un projet qui peut paraître risqué et parfois on a été bien surpris que ça marche et parfois ça ne marche pas mais il faut tester... dans les établissements médico-sociaux il y a beaucoup de personnes qui freinent et qui ont peur de la prise de risque et les familles aussi peuvent freiner...on fait tout pour que la personne puisse essayer un domaine qui lui donne envie et on voit si ça marche, ça permet à la personne d'avoir un recul sur ce qu'elle peut faire ou ne pas faire

Cette prise de « risque encadré » par les personnes accompagnées, motivée par les conseillers en emploi accompagné est favorisée par le respect des choix de la personne et pour ce faire, par l'écoute attentive du conseiller des souhaits et des préférences de la personne :

On les place dans ce qu'ils veulent pour eux...les accompagner à ce qu'ils s'épanouissent, l'alliance elle est aussi créée comme ça

Le conseiller dispose d'une capacité d'autocritique de sa pratique et veille à soutenir le projet de la personne et non le projet qu'il pourrait penser être souhaitable pour la personne :

...suivre les préférences de la personne en se réajustant à chaque fois, c'est la personne qui veut c'est pas moi qui veux... on doit faire attention à se maintenir sur le projet de la personne et qu'il ne devienne pas celui du conseiller

Ce travail d'accompagnement, de maintien du lien, ne peut se faire sans un fort engagement de la part des conseillers, engagement qui est aussi un vecteur de motivation :

on a une forte valeur d'engagement dans l'équipe, de ne pas lâcher les gens, du premier jour où on a eu un contact avec elle et tout au long de son parcours ou alors on passe le relais à quelqu'un, je ne supporte pas que les gens soient baladés ou qu'on les mette dans une case...même quand les personnes ne sont plus dans le dispositif, elles rappellent pour dire où elles en sont, il y a vraiment une continuité de la prise en charge...et quand ils voient (les personnes accompagnées) l'engagement de la conseillère, ça les motive et ils nous disent « elle s'est donnée tellement de mal », ils ont peur de décevoir la conseillère

C'est donc une relation de confiance entre le conseiller en emploi accompagné et la personne accompagnée qui se crée tout au long de l'accompagnement, grâce à l'engagement des conseillers, à leur posture, à l'accompagnement sur-mesure proposé et au respect des choix des préférences de la personne. Nous avons choisi de regrouper ces différents thèmes sous l'*eidos*-thème « Alliance de travail », illustré par ce court extrait de témoignage :

L'alliance de travail, c'est la finesse de la connaissance de la personne et de ce qui va faire lien avec elle et qui fait qu'elle va accrocher

3.3. Un accompagnement professionnel des conseillers en emploi accompagné

Le processus d'abstraction, associé aux verbatim liés aux deux questions de recherche, ayant favorisé l'émergence de l'*eidos*-thème « un accompagnement professionnel des conseillers en emploi accompagné » est illustré dans le tableau ci-dessous. Le nombre d'occurrences est indiqué pour chaque sous-thèmes.

Tableau 9. *Accompagnement professionnel des CEA : émergence des sous-thèmes, thèmes et de l'eidos-thème.*

Sous-thèmes	Thèmes	<i>Eidos</i> -thèmes
- Formation à la méthode IPS (13) - Formation EA (10) - Formation TSA (8) - Formation premiers secours en santé mentale (2) - Formation rétablissement (2) - Formation aux situations de handicap et à leurs répercussions (1) - Formation à la réhabilitation psychosociale (1) - Maîtrise des outils de l'insertion professionnelle (1) - Connaissance du tissu économique local (1) - Capacités de négociation avec les entreprises (1) - Sentiment de légitimité au rôle de médiateur - Approche par les droits (1)	Formation des CEA	Accompagnement professionnel des CEA
- Appui du coordinateur.rice (17) - Groupe d'analyse des pratiques (5) - Soutien de l'équipe (5) - Groupe d'échange de pratiques (4)	Soutien des CEA	
- Créativité des CEA (4) - <i>Empowerment</i> des CEA (3) - Management horizontal (1)	<i>Empowerment</i> des CEA favorisé	

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, la pratique de l'Emploi Accompagné repose en grande partie sur la personne du conseiller en emploi. Il n'est donc pas surprenant que le thème de la formation des conseillers en emploi accompagné soit évoqué par de nombreuses structures comme un des grands leviers d'efficacité de cette pratique. Les formations les plus citées comme aidantes à la pratique de l'Emploi Accompagné sont la formation IPS et la

formation Emploi Accompagné²⁹⁸. Elles permettent aussi à la suite du module de formation de participer à des groupes d'échange des pratiques entre conseillers de différentes structures.

Par ailleurs, les formations juridiques permettent aux conseillers de se sentir davantage « légitimes » pour mener des négociations avec les acteurs de l'entreprise, notamment en termes de négociation d'aménagements de travail souhaités pour les personnes accompagnées :

Avec une bonne formation sur les droits des personnes, on a moins peur de l'entreprise, on arrive à mieux négocier avec une entreprise et se sentir légitime... l'approche par les droits suppose de maîtriser la connaissance des droits pour pouvoir les solliciter et ne pas demander la permission, on revendique des choses légitimes

Pour favoriser de bonnes conditions à cette pratique, les conseillers disposent d'un accompagnement professionnel. Ce dernier s'appuie notamment sur le soutien du coordinateur :

On a des temps d'échange réguliers avec la coordinatrice sur les accompagnements, sur les questionnements que ça vient bousculer chez nous

Les conseillers sont soutenus dans leur pratique tout en bénéficiant d'une grande autonomie dans leur pratique, afin de favoriser leur *Empowerment* :

On a le souci du développement du pouvoir d'agir des CEA, soin qu'on apporte au travail d'accompagnement, le soutien, c'est l'implication de l'équipe dans le travail du soin de son travail, c'est le respect et le soin apportés aux conditions de l'activité de CEA.

Enfin, cet *Empowerment* des CEA est favorisé par un mode de management horizontal de certaines structures porteuses du dispositif :

Le management horizontal et pas vertical favorise la créativité de l'équipe...favoriser l'Empowerment des personnes accompagnées est permis par l'Empowerment des CEA, c'est l'autonomie et la responsabilisation de chacun

3.4. Une coordination avec le réseau de la personne

Le processus d'abstraction, associé aux verbatim liés aux deux questions de recherche, ayant favorisé l'émergence de l'*eidos*-thème « une coordination avec le réseau de la personne » est illustré dans le tableau ci-dessous. Le nombre d'occurrences est indiqué pour chaque sous-thèmes.

²⁹⁸ proposée par le collectif France Emploi Accompagné.

Tableau 10. Coordination avec le réseau de la personne : émergence des sous-thèmes, thèmes et de l'eidos-thème.

Sous-thèmes	Thèmes	Eidos -thèmes
- Promotion de l'EA auprès du sanitaire (8) - Alliance avec le sanitaire (7)	Coordination avec le sanitaire	Coordination avec le réseau de la personne
- Travail en collaboration avec la MDPH - participation aux équipes pluridisciplinaires (4) - Travail en collaboration avec la MDPH - partenariat (2) - Travail en collaboration avec la MDPH - commission partenariale MDPH-SPE-structures médico-sociales (1) - Bonne coordination avec le SPE (2)	Coordination avec la MDPH et le SPE	
- Aller sur le terrain (4) - Implication dans les réseaux économiques (2) - CEA - personne ressource pour l'entreprise (2) - Respect des besoins de l'entreprise (1)	Coordination avec les entreprises - réassurance	
- Attention portée sur l'environnement de la personne (3) - Sensibilisation de l'environnement - famille (3) - Décloisonnement personne-sanitaire-médecine du travail (1) - Coopération personne CEA entreprise (1) - Sensibilisation de l'environnement - entreprise (1)	Décloisonnement de l'environnement de la personne	

Un autre des grands leviers d'efficacité de cette pratique, identifié par les équipes des structures participant à l'étude, est la coordination avec les différents acteurs du réseau de la personne. L'équipe du dispositif est régulièrement en lien avec des acteurs du sanitaire, des acteurs du médico-social, des acteurs des services publics de l'emploi et des acteurs de l'entreprise, évoluant dans l'environnement de la personne accompagnée. Ils souhaitent « décloisonner » ces différentes interventions en initiant une meilleure communication avec les différents acteurs.

Concernant les acteurs du sanitaire, certaines équipes des structures participant à l'étude se rendent dans les CMP ou dans les services de psychiatrie pour présenter le dispositif Emploi Accompagné. Ils prennent contact avec le psychiatre de la personne accompagnée ou le médecin généraliste (avec l'autorisation de la personne) :

Au début de chaque prise en charge, on se met en lien avec le psychiatre qui accompagne la personne pour se présenter et expliquer le dispositif, généralement les personnes l'ont déjà fait en amont mais on crée un premier contact pour après fluidifier les échanges en cas de besoin.

Un travail de coordination entre les différentes structures et les différentes MDPH s'est instauré depuis la création du dispositif (avant pour certaines structures). Dans quelques départements, à titre consultatif, les conseillers en emploi accompagné ont intégré les commissions d'équipes pluridisciplinaires délivrant les orientations Emploi Accomagné aux personnes et statuant sur les entrées ou les sorties des personnes du dispositif :

La question des prescripteurs a été une question dès le début de l'Emploi Accomagné, le désir des ARS que ce soit les MDPH et c'est bien car les équipes pluridisciplinaires jouent un vrai rôle d'évaluation de premier niveau avec un médecin dans l'équipe...et ce qui a été très positif aussi c'est qu'ils ont demandé à ce que les CEA participent aux équipes pluridisciplinaires

Concernant le travail de coordination avec les acteurs de l'entreprise, les conseillers en emploi se déplacent au sein des entreprises, se rendent à différents événements tels que les forums ou salons de l'emploi. L'initiation de ce travail de coordination avec les entreprises permet aussi de rassurer ces dernières et de leur transmettre une meilleure connaissance de la pratique de l'Emploi Accomagné. De plus, les structures leur font part de leur respect des besoins économiques des entreprises au-delà des bénéfices de l'accompagnement pour les personnes accompagnées :

Ce qui compte ce sont les droits de la personne, le droit d'avoir sa place dans la société, le droit d'essayer, c'est faire respecter les devoirs de la personne, accompagner la personne à assumer ses devoirs, faire que les deux mondes se rencontrent, celui de la personne qui cherche un emploi avec ses troubles psychiques et celui de l'entreprise, on est ce lien là, ce maillon là, dans cet environnement qui peut avoir beaucoup de tensions

L'entreprise peut aussi apporter des pistes de réflexion et aider les structures à évoluer dans leurs accompagnements :

La personne est payée car elle a telle fiche de poste et s'engage à bien la faire et comment bien la faire, on est tous ressource, il y a parfois des trouvailles dans l'entreprise qui nous étonnent parce qu'on ne les aurait pas trouvées ...la clef c'est quand les trois partenaires arrivent à se poser ensemble la même question, il y aura des réponses alors qui seront uniques, spécifiques

Que cela concerne les acteurs du sanitaire, du médico-social, du service public de l'emploi ou de l'entreprise, le conseiller en emploi accompagné porte une grande attention à la bonne coordination avec ces différents acteurs dans leurs interventions. Nous avons choisi de nommer

cet *eidos*-thème « coordination avec le réseau de la personne ». Nous tenons au choix de l'utilisation de la conjonction de coordination « avec » et non de l'article défini « de » pour exprimer la nature coopérative et la mise en lien induite par le positionnement du conseiller en emploi accompagné :

On cherche la juste collaboration, que chacun ait sa place, qu'on ne fasse pas ce que font les autres et qu'on puisse se coordonner avec les acteurs autour de la personne.

3.5. Une posture éthique

Le processus d'abstraction, associé aux verbatim liés aux deux questions de recherche, ayant favorisé l'émergence de l'*eidos*-thème « une posture éthique » est illustré dans le tableau ci-dessous. Le nombre d'occurrences est indiqué pour chaque sous-thèmes.

Tableau 11. Éthique : émergence des sous-thèmes, thèmes et de l'*eidos*-thème.

Sous-thèmes	Thèmes	<i>Eidos</i> -thèmes
- Respect de la personne (7) - Équité (6) - Respect de la différence - altérité (4) - Valeurs humanistes (avant tout) (2) - Respect des droits de la personne (2) - Dignité (1)	Respect	Éthique
- Altruisme (7) - Bienveillance (5) - Solidarité (2) - Entre-aide (1)	Solidarité	
- Dimension éthique (2) - Engagement militant (2) - Engagement citoyen (1)	Engagement éthique	
- Apprenance (2) - Intérêt pour la recherche (2) - Evolution des représentations (1) - Questionnement (1) - Evolution de l'association en fonction des besoins du terrain (1)	Réflexivité	

Enfin, selon les équipes des structures participant à l'étude, il serait difficile de témoigner de son expérience de la pratique de l'Emploi Accompagné sans évoquer sa dimension éthique intrinsèque. Les valeurs guidant la pratique de l'Emploi Accompagné sont « des valeurs humanistes avant tout », le respect de la personne, le souci d'équité, le respect de la différence et de l'altérité :

Je ressens le devoir d'apporter du soutien et de l'aide à des personnes moins privilégiées que nous

La pratique de l'Emploi Accompagné ne serait possible sans un engagement solidaire, altruiste et de bienveillant de la part des conseillers en emploi :

Quand les personnes nous disent qu'elles sont heureuses d'arriver à nouveau à se lever le matin, les valeurs elles sont là...voir que les personnes se rétablissent, sont plus heureuses, chaque être humain a des ressources mais il faut des moyens pour les mobiliser, pour le handicap psychique ces ressources sont difficiles à mobiliser par la personne car souvent l'estime de soi est au plus bas et il n'y a rien de plus valorisant que d'arriver à tirer un sourire sur leurs lèvres

Les différentes équipes témoignent de leur engagement militant et/ou citoyen motivant leur pratique :

Cette modalité d'accompagnement est encore nouvelle, il faut être solide sur ses valeurs, en quoi on croit, il y a un côté militant

Gommer les frontières entre le milieu protégé et ordinaire, c'est ce qui sous-tend l'ensemble de nos interventions, tout le monde peut trouver sa place dans une société inclusive...chacun a sa place, chacun peut avoir sa place, on essaie de construire une société inclusive

J'avais pas perçu avant qu'il y avait des personnes qui sont exclues du droit, comment faire pour que le droit des personnes puisse se réaliser, le droit au travail ça a été la continuité, pour moi c'est un engagement citoyen et moins de militant

Enfin, c'est une pratique qui se veut réflexive, en ce qu'elle interroge continuellement les différentes actions et postures des conseillers :

Ça (cette pratique) m'a permis de développer ma propre métacognition pour mieux appréhender le public souffrant de troubles psychiques et dont la pensée même était en souffrance, pour désactiver des freins par rapport à l'emploi, ce public pousse dans ses retranchements et invite à développer notre pensée

C'est la capacité de se remettre en question, d'avoir une posture non préétablie et la capacité à se remettre en question et à jouer le jeu du questionnement réciproque du bénéficiaire, « j'ai une visite ce matin, qu'est-ce qu'il va m'apprendre ? »

Les coordinateurs et directeurs des structures s'attachent aussi à soutenir cette réflexivité des conseillers :

On bouscule les CEA qui ont pensé à un parcours pour une personne en lui demandant : « Mais qu'est-ce qu'elle en dit ? Pourquoi tu penses ça pour elle ? Pourquoi tu dis qu'elle en est pas capable, qu'est-ce qu'elle en dit, elle, de cette prise de risque ? » ... On peut l'accompagner mais on ne peut pas décréter que son choix de vie n'est pas bon pour elle

Selon les équipes, l'intérêt de cette réflexivité est aussi d'être conscient de sa pratique, d'être dans l'ici et maintenant de l'accompagnement :

On est toujours dans la recherche de ce qu'il se passe, de ce qui marche, de ce que les personnes souhaitent, de la compensation qui pourrait aider, de comment faire mieux, on inclut la personne dans cette réflexion...on est toujours dans la compréhension de ce qu'il se passe.

La méthodologie utilisée nous a permis de distinguer cinq grands *eidos*-thèmes parmi les leviers d'efficacité identifiés par les structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné participant à l'étude au sujet de leur pratique : une restauration du pouvoir d'agir, une alliance de travail entre le conseiller en emploi et la personne accompagnée, un accompagnement professionnel des conseillers en emploi accompagné, une coordination avec le réseau de la personne et une posture éthique. La pratique de l'Emploi Accompagné est donc une pratique éthique et réflexive guidée par des valeurs dont l'efficacité repose en grande partie sur la personne du conseiller en emploi engagé et motivé. Ce dernier, convaincu que toute personne peut se rétablir et que son insertion professionnelle accompagnée en milieu ordinaire peut favoriser son rétablissement, il instaure une alliance de travail avec la personne accompagnée en adoptant une posture de coopération. Le conseiller agit en coordination permanente avec les différents acteurs du réseau de la personne et poursuit un objectif de décroisement des différentes interventions proposées à la personne accompagnée. Cette pratique nécessite que les conseillers en emploi accompagné soient soutenus et accompagnés professionnellement tant en interne, par l'équipe de la structure qu'en externe, à l'aide de groupes d'échange des pratiques et d'analyse.

Chapitre 2 : Résultats de la passation de l'échelle IPS-25 (version Fr.) des 27 structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné

Dans ce deuxième chapitre, nous présentons les résultats globaux obtenus par les structures à la passation de l'échelle IPS-25, échelle de mesure du degré de fidélité à la méthodologie IPS. Puis, nous présentons en détails les résultats obtenus à chacun des items de l'échelle IPS-25 version française, regroupés en 5 catégories selon leur degré de fidélité (moyenne des scores obtenus à l'item) et leur dispersion (écart-type), étayés par les réponses qualitatives recueillies au cours de la passation de l'échelle auprès des équipes des différentes structures.

1. Résultats globaux de la passation de l'échelle IPS-25

Pour rappel, l'échelle IPS-25 version Fr. est composée de 23 items de l'échelle IPS-25 et de 4 items ajoutés²⁹⁹. Dans un premier temps, pour obtenir un score global à l'échelle IPS-25 et connaître le degré de fidélité à la méthodologie IPS des différentes structures participant l'étude, nous avons calculé la somme des notes obtenues aux items pour chaque structure.

Une note de 5 attribuée à l'item correspond à un très haut degré de fidélité au modèle et une note de 1 à un faible degré de fidélité. Pour obtenir un score global (total) à l'échelle IPS-25, nous avons attribué une note de 1 aux deux items non adaptés au contexte français (item *organization 1* Intégration à une équipe de soins et *organization 3 Vocational Rehabilitation*).

Le score global maximum à l'échelle IPS-25 est de 125 (avec une note de 5 obtenue à chaque item). Quatre degrés de fidélité sont proposés par l'échelle :

- pour un score compris entre 125 et 115 : le degré « *exemplary IPS fidelity* » est attribué, nous le traduisons par « fidélité exemplaire » ;
- pour un score compris entre 114 et 100 : le degré « *good IPS fidelity* » est attribué, nous le traduisons par « bonne fidélité » ;
- pour un score compris entre 99 et 74 : le degré « *fair IPS fidelity* » est attribué, nous le traduisons par « fidélité convenable » ;
- pour un score inférieur à 74 : est attribué la mention « *Not Supported Employment* », nous la traduisons par « hors emploi accompagné ».

Concernant les dispositifs de l'étude, comme illustré sur le schéma ci-dessous :

- 10 dispositifs obtiennent un score global attribuant le degré « bonne fidélité »,
- 16 dispositifs obtiennent le degré « fidélité convenable »,
- 1 dispositif est très éloigné du modèle de l'Emploi Accomagné³⁰⁰.

²⁹⁹ en concertation avec l'ANSA, comme explicité dans la partie méthodologie et outils utilisés.

³⁰⁰ Renvoyant à la méthodologie IPS.

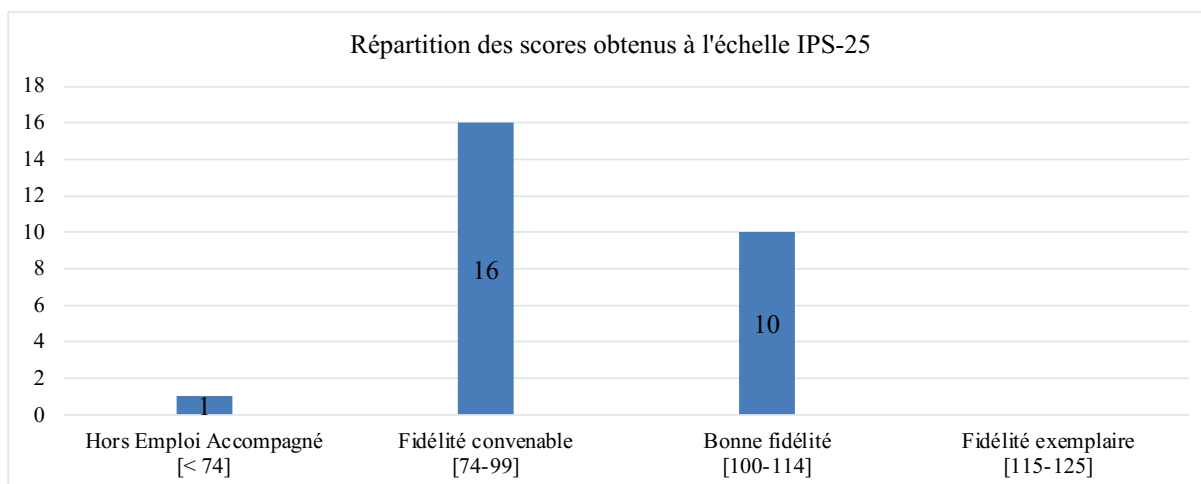


Figure 2. Répartition des scores obtenus par les dispositifs à l'échelle IPS-25.

Hormis un dispositif, l'ensemble des dispositifs participant à notre étude se réfèrent à la méthodologie IPS avec un degré de fidélité convenable pour 16 d'entre eux et un bon degré de fidélité pour les 10 autres. Aucun dispositif ne présente un degré de fidélité exemplaire. Toutefois, ce résultat est à nuancer en raison des 2 items non adaptés au contexte français. Afin de caractériser plus précisément les différents dispositifs, nous allons présenter à la suite les scores obtenus à chacun des items de l'échelle IPS-25 version française (avec ajout de 4 items spécifiques au contexte français) et leur distribution.

2. Distribution des résultats par item de l'échelle IPS-25 version française

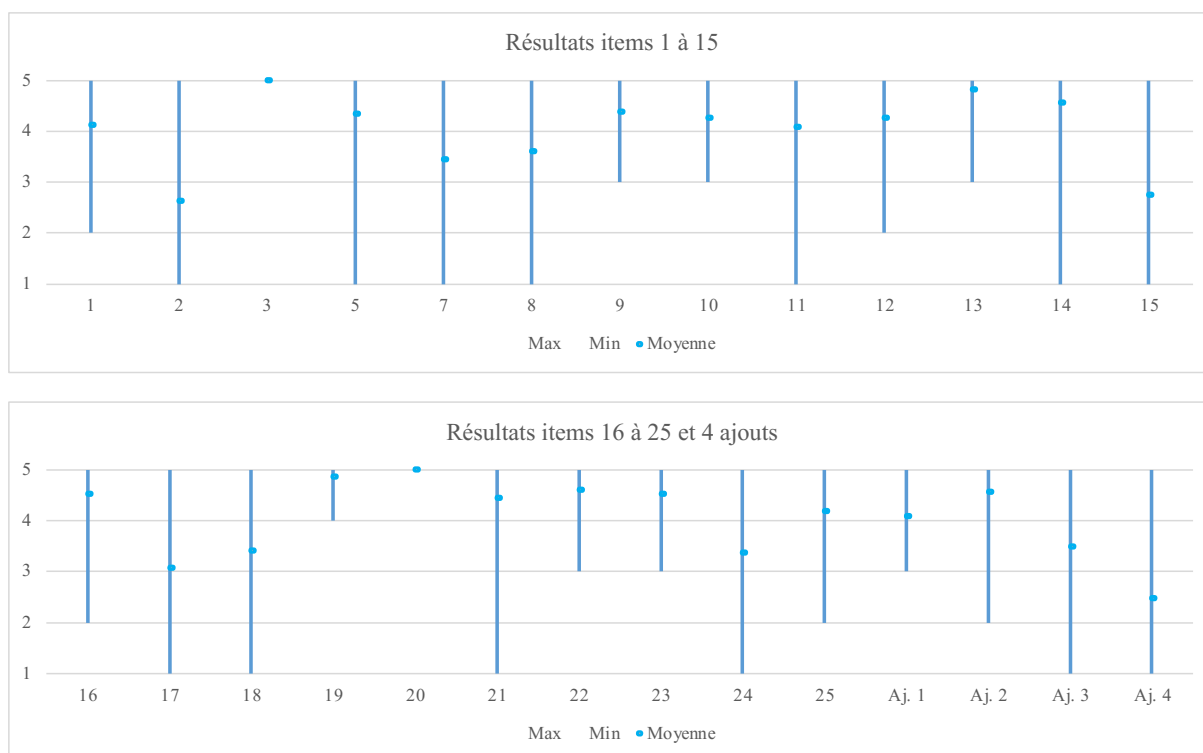
A l'aide du tableau ci-dessous et des illustrations associées, nous présentons les statistiques descriptives relatives aux scores obtenus aux différents items de l'échelle IPS-25 (version Fr.). Nous pouvons observer une relative homogénéité des résultats des structures participant à l'étude (N=27) pour certains des items de l'échelle et des disparités importantes pour d'autres.

Tableau 12. Statistiques descriptives des items de l'échelle IPS-25 (version Fr.).

Items		M* N=27	E-T**	% 1	% 2	% 3	% 4	% 5
Staffing 1	Nombre de personnes accompagnées par CEA - caseload size	4,1	0,8	0,0	3,7	11,1	55,6	29,6
Staffing 2	Temps consacré par les CEA à l'accompagnement dans et vers l'emploi	2,6	1,4	22,2	37,0	11,1	14,8	14,8
Staffing 3	Référent unique	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Organization 1	Intégration à une équipe de soins	1,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Organization 2	Articulation avec les équipes de soins	4,3	1,0	3,7	3,7	3,7	33,3	55,6
Organization 3	Vocational Rehabilitation	1,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Organization 4	Constitution d'une équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec une personne encadrante	3,4	1,5	18,5	3,7	25,9	18,5	33,3
Organization 5	Rôle du coordinateur	3,6	1,6	18,5	11,1	7,4	18,5	44,4
Organization 6	Zéro exclusion	4,4	0,8	0,0	0,0	18,5	25,9	55,6
Organization 7	Focalisation sur l'emploi en milieu ordinaire	4,3	0,8	0,0	0,0	22,2	29,6	48,1
Organization 8	Implication de la Direction Générale de la structure porteuse	4,1	1,2	7,4	3,7	14,8	22,2	51,9
Service 1	Accompagnement dans l'accès ou l'évolution des droits sociaux	4,3	1,1	0,0	11,1	14,8	11,1	63,0
Service 2	Gestion de la déclaration de la situation de handicap	4,8	0,6	0,0	0,0	7,4	3,7	88,9
Service 3	Evaluation professionnelle au fil de l'eau	4,6	1,1	7,4	0,0	3,7	7,4	81,5
Service 4	Recherche rapide d'un emploi classique	2,7	0,9	11,1	18,5	59,3	7,4	3,7
Service 5	Propositions d'emplois correspondant aux préférences des personnes	4,5	0,8	0,0	3,7	11,1	14,8	70,4
Service 6	Fréquence des conctats employeurs	3,1	1,5	18,5	25,9	14,8	11,1	29,6
Service 7	Qualité des relations avec les employeurs	3,4	1,6	22,2	7,4	14,8	18,5	37,0
Service 8	Diversité des postes obtenus	4,9	0,4	0,0	0,0	0,0	14,8	85,2
Service 9	Diversité des employeurs	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Service 10	Nature des contrats proposés aux personnes	4,4	0,9	3,7	0,0	3,7	33,3	59,3
Service 11	Accompagnement individualisé dans l'emploi	4,6	0,6	0,0	0,0	3,7	33,3	63,0
Service 12	Intensité de l'accompagnement dans l'emploi	4,5	0,6	0,0	0,0	3,7	40,7	55,6
Service 13	Temps passé par le CEA à l'extérieur de son bureau	3,4	1,5	18,5	7,4	22,2	22,2	29,6
Service 14	Modalités déployées pour "Aller vers" la personne	4,2	1,1	0,0	11,1	14,8	18,5	55,6
Ajout 1	Temps consacré par les CEA à l'exercice de leur mission	4,1	0,9	0,0	0,0	37,0	18,5	44,4
Ajout 2	Formation préalable des CEA	4,6	0,9	0,0	7,4	7,4	7,4	77,8
Ajout 3	Intéractions avec le SPE	3,5	1,3	11,1	11,1	22,2	29,6	25,9
Ajout 4	Attention portée au développement du pouvoir d'agir (pairaidance)	2,5	1,3	18,5	44,4	0,0	22,2	14,8

* Moyenne

** Ecart-type



Sur les illustrations ci-dessus, les moyennes des scores obtenus par les structures aux différents items de l'échelle sont représentées par des cercles et l'étendue des résultats par un segment.

Nous allons décrire les résultats obtenus aux différents items en fonction de leur degré de fidélité à la méthodologie IPS (score moyen) et de leur dispersion (écart-type). Nous les avons regroupés en cinq catégories :

- haute-fidélité et dispersion nulle (score moyen = 5 et écart-type = 0),
- haute-fidélité et faible dispersion (score moyen > 4,5 et écart type $\leq 1,1$),
- bonne fidélité et faible dispersion ($4 < \text{score moyen} < 4,5$ et écart-type $\leq 1,2$),
- fidélité convenable et dispersion élevée ($3 < \text{score moyen} < 4$ et écart-type $\geq 1,3$),
- faible fidélité (score moyen < 3).

2.1. Haute-fidélité et dispersion nulle (2 items)

Hormis les 2 items non adaptés au contexte français (intégration à une équipe de soins et *vocational rehabilitation*), non représentés sur les illustrations, au moins un des dispositifs de l'étude obtient la note maximum (5) pour chacun des items. Pour 2 d'entre eux, tous les dispositifs obtiennent un score égal à 5, il s'agit :

- de l'item 3 (*staffing 3*) : référent unique,
- et de l'item 20 (*service 9*) : diversité des employeurs.

- L’item 3 (staffing 3) référent unique, selon la philosophie du modèle IPS, le CEA est le référent unique de la personne accompagnée de son accueil dans le dispositif à son maintien en emploi. Toutes les étapes que peut comporter l’accompagnement sont assurées par la même personne : l’accueil, l’engagement, l’évaluation, le placement, le coaching et le suivi, puis un soutien moins intensif³⁰¹.

Pour obtenir une note de 5 à l’item, toutes les composantes sont assurées par le/la même CEA pour chacune des personnes accompagnées (PA)³⁰².

Cette préconisation du modèle IPS est appliquée par l’ensemble des dispositifs interrogés. C’est aussi grâce à cette référence unique que le lien de confiance peut se créer entre le CEA et la personne accompagnée :

il faut que la personne puisse investir la relation pour parler de ses angoisses et c’est plus facile quand elle a qu’un seul référent dans le dispositif sinon la personne se livre moins sur ses angoisses ou autre

De plus, certains dispositifs présentent l’ensemble des CEA de l’équipe à chaque personne accompagnée, à leur entrée dans le dispositif, en plus du CEA référent. Dans le cas où leur référent serait absent, la personne peut alors contacter un autre membre de l’équipe déjà identifié.

- L’item 20 (service 9) diversité des employeurs, selon la philosophie du modèle IPS, les CEA accompagnent les personnes dans l’obtention d’emplois chez différents employeurs, item relevant du principe IPS du respect des choix et des préférences professionnelles de la personne. Pour obtenir une note de 5 à l’item, moins de 15% des personnes accompagnées sont employées chez le même employeur, ce qui est le cas pour l’ensemble des dispositifs de l’étude³⁰³.

Par ailleurs, certains CEA attirent l’attention sur le risque de comparaisons dévalorisantes que pourraient formuler les employeurs à la suite de l’insertion professionnelle de plusieurs personnes accompagnées au sein d’une même entreprise :

toutes les personnes sont dans des entreprises différentes, on reste vigilant même si ce sont des postes séparés car inévitablement il y a des comparaisons qui sont faites et c’est difficile à gérer au moment des bilans, les entreprises font toujours des comparaisons sur la relation, l’inclusion

³⁰¹ Le soutien proposé à plus long terme pouvant à nouveau être sollicité de manière plus intensive si nécessaire.

³⁰² Pour obtenir une note de 4, le/la CEA accompagne les PA sur une partie de son parcours (5 étapes) ; pour une note de 3, entre 1 et 4 étapes ; pour une note de 2, un référent unique est identifié mais va orienter la personne vers d’autres professionnels qui ne sont pas des CEA ; pour une note de 1, en fonction des étapes de l’accompagnement, la PA va être orientée vers différents professionnels qui ne sont pas des CEA.

³⁰³ Pour obtenir une note de 4, entre 29% et 16% des PA sont employées chez le même employeur ; pour une note de 3, entre 39% et 30% ; pour une note de 2, entre 49% et 40% ; pour une note de 1, plus de 50%.

2.2. Haute-fidélité et faible dispersion (7 items)

Nous avons regroupé 7 items dans la catégorie appelée « haute-fidélité et faible dispersion », qui ont pour caractéristiques d'obtenir un score moyen supérieur à 4,5 et un écart-type inférieur ou égal à 1,1. Il s'agit de :

- l'item 19 (*service 8*) diversité des postes obtenus,
 - l'item 13 (*service 2*) gestion de la déclaration de la situation de handicap,
 - l'item 22 (*service 11*) accompagnement individualisé dans l'emploi,
 - l'item 27 (ajout 2) formation préalable des CEA,
 - l'item 14 (*service 3*) évaluation professionnelle au fil de l'eau,
 - l'item 23 (*service 12*) intensité de l'accompagnement dans l'emploi,
 - l'item 16 (*service 5*) propositions d'emplois correspondant aux préférences des personnes.
- L'item 19 (*service 8*) diversité des postes obtenus, mesure la variété des postes proposés à la personne par le/la CEA (score moyen = 4,85 ; écart-type = 0,36). Les CEA accompagnent les personnes dans leur recherche individualisée d'emploi. De ce fait, différents types de postes sont occupés par les différentes personnes accompagnées par un même CEA. Il s'agit ici de porter une attention à ce que les emplois obtenus ne soient pas réduits à quelques types de postes qui seraient plus faciles à obtenir du fait de l'offre du marché de l'emploi et qui ne correspondraient pas aux préférences et besoins des personnes.

Pour obtenir une note de 5, plus de 85% des postes obtenus par les personnes doivent être de nature différente (85% des dispositifs) ; pour une note de 4 (15% des dispositifs), plus de 70%³⁰⁴.

Tableau 13. Résultats de la cotation de l'item « diversité des postes obtenus » (*service 8*).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	0	0	4	23
En pourcentage	0%	0%	0%	15%	85%

Cet item est une des conséquences du principe du respect des préférences et intérêts professionnels de la personne, comme peut l'illustrer le témoignage d'un CEA : « il y a autant d'employeurs que de situations différentes ».

³⁰⁴ Pour obtenir une note de 3, 60% à 69% des postes obtenus sont de nature différente ; pour une note de 2, 50% à 59% ; pour une note de 1, moins de 50%.

- L'item 13 (*service 2*) gestion de la déclaration de la situation de handicap, permet d'apprécier la qualité de la discussion proposée par les CEA auprès des personnes qu'ils accompagnent au sujet des avantages possibles de la divulgation de leur RQTH sur leur lieu de travail, notamment pour négocier des aménagements de poste, sans pour autant les y obliger (score moyen = 4,81 ; l'écart-type = 0,56). L'item comprend 4 composantes :

- les CEA n'exigent pas des personnes qu'elles révèlent leur situation de handicap à leur employeur comme condition à leur entrée dans le dispositif,
- les CEA discutent avec les personnes des avantages et des inconvénients de faire part de leur situation de handicap avant que le sujet ne soit évoqué sur le lieu de travail,
- les CEA discutent avec la personne de la transmission d'informations particulières les concernant pouvant être évoquées avec l'employeur et la manière de les présenter,
- les CEA discutent régulièrement des modalités et des avantages que pourraient apporter une déclaration de leur situation de handicap avec les personnes qui ne parviennent pas à trouver un emploi durable.

Pour obtenir une note de 5 à l'item (89% des dispositifs), les 4 composantes doivent être respectées ; pour une note de 4 (4% des dispositifs), 3 composantes ; pour une note de 3 (7%), 2 composantes³⁰⁵.

Tableau 14. Résultats de la cotation de l'item « gestion de la déclaration de la situation de handicap » (service 2).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	0	2	1	24
En pourcentage	0%	0%	7%	4%	89%

Certains dispositifs souhaitent systématiquement que la personne déclare à l'entreprise sa situation de handicap. Les autres dispositifs respectent toutes les composantes de l'item. D'après les dispositifs interrogés, le plus souvent, les personnes ne souhaitent pas déclarer une situation de handicap dans les premiers temps de l'accompagnement, cette démarche est progressive :

mais progressivement elles y voient le sens, c'est un travail de longue haleine, d'échanges au quotidien... c'est intéressant quand les personnes sont en stage, elles y voient l'intérêt du coup d'en parler, sur les situations de stress notamment... elles ont souffert en entreprise de la non prise en compte de leur différence, aujourd'hui c'est aussi les accompagner à en parler à une certaine mesure, c'est aussi d'y aller à leur rythme, de ce qu'elles peuvent faire, de ce qu'elles peuvent dire, c'est un gros travail au

³⁰⁵ Pour une note de 2, 1 composante ; pour une note de 1, aucune composante.

quotidien d'avancer autour de cette question... pour certaines personnes il est important de l'écrire, pour d'autres la verbalisation va suffire, et c'est quelque chose qui va se négocier au fur et à mesure

Certains dispositifs ont créé un outil « comment parler de sa RQTH à un employeur » pour aider la personne à s'approprier la manière dont elle peut parler de sa situation, d'autres organisent des ateliers collectifs au sujet de ce thème. Le plus souvent, les CEA simulent des entretiens d'embauche avec les personnes pour les aider à aborder cette question et aussi à présenter le CEA à l'employeur. C'est le terme de « compensation » qui est mis en avant et non de « handicap » :

on se met d'accord sur ce qu'on va dire ou non, des besoins de compensation, souvent ça se fait en plusieurs fois car c'est compliqué pour les personnes de dire dès le début en termes simples leurs besoins de compensation, ça vient souvent après les premières expériences en emploi, souvent elles se rendent compte que c'est nécessaire mais ça passe souvent par l'échec pour accepter le dévoilement

L'item 22 (service 11) accompagnement individualisé dans l'emploi, permet d'apprécier l'accompagnement proposé par le dispositif dans l'ensemble du parcours professionnel des personnes. La fréquence des rencontres sur le lieu de travail de la personne dans les mois suivant son embauche et l'attention portée à l'évolution de la carrière de la personne sont appréciées pour la cotation de cet item (score moyen = 4,59 et écart-type = 0,57). Les personnes reçoivent différents types d'accompagnement dans l'emploi en fonction du poste occupé, des préférences et des besoins. Le CEA apporte un appui particulier à l'évolution de la carrière professionnelle de la personne. A la demande de la personne, le CEA propose également un soutien à l'employeur, par exemple en mettant en œuvre des actions de sensibilisation du personnel ou d'adaptation du poste de la personne.

Pour obtenir la note 3 (4% des dispositifs), sauf exception, les employeurs sont rencontrés lors de la prise de poste, dans la majorité des cas, un accompagnement sur la durée est mis en place avec la personne (au moins un rendez-vous par mois) ; sont ajoutées, pour obtenir la note 4 (33% des dispositifs), des visites et des rencontres régulières avec l'employeur (au moins un rendez-vous par trimestre) ; enfin pour obtenir la note 5 (63% des dispositifs), le CEA porte également une attention particulière à faire évoluer la personne dans son poste ou vers un autre emploi³⁰⁶.

Les dispositifs ayant obtenu la note 4 (33% des dispositifs) ont démarré leur activité depuis 2 ou 3 ans et n'ont pas encore eu l'occasion d'accompagner l'évolution de carrière des personnes.

³⁰⁶ Pour obtenir la note 1, la majorité des personnes ne reçoivent pas d'appui particulier une fois en emploi et pour la note 2, sauf exception, les employeurs sont rencontrés lors de la prise de poste.

Tableau 15. Résultats de la cotation de l'item « accompagnement individualisé dans l'emploi » (service 11).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	0	1	9	17
En pourcentage	0%	0%	4%	33%	63%

Certains dispositifs ont pu déjà accompagner des évolutions de carrière comme peut en témoigner cet extrait de réponse :

On accompagne la mise en poste, la période d'essai, toutes les semaines au début, ensuite on appelle et passe dans l'entreprise de manière régulière toutes les 2-3 semaines, ça dépend de l'intégration, ça peut être ensuite tous les mois, 2 mois...même si tout va bien on fait des bilans réguliers avec l'entreprise... au début du contrat l'accompagnement est plus soutenu et rapproché, on échange régulièrement avec les bénéficiaires et l'entreprise, certaines personnes vont monter en compétences et être formées en interne dans l'entreprise pour pouvoir postuler sur d'autres postes, par exemple une personne est entrée en tant qu'équipière et elle est passée formatrice au bout de 3 ans, ça été mis en place avec l'employeur

- L'item 27 (ajout 2) formation préalable des CEA, permet d'apprécier l'existence d'un socle commun de formation parmi les CEA au sujet de l'Emploi Accompagné (score moyen = 4,56 et écart-type = 0,93).

Pour obtenir la note de 5 (78% des dispositifs), la totalité des CEA ont reçu une formation spécifique en formation initiale ou en formation continue sur l'Emploi Accompagné, cette formation a été complétée par des formations spécifiques à certaines situations de handicap ; pour obtenir la note de 4 (7% des dispositifs), la totalité des CEA ont reçu une formation spécifique en formation initiale ou en formation continue sur l'Emploi Accompagné, cette formation a été complétée pour certains par des formations spécifiques à certaines situations de handicap ; pour obtenir la note de 3 (7% des dispositifs), la totalité des CEA ont reçu une formation lors des premiers mois de leur activité ; pour obtenir une note de 2 (7%), la majorité des CEA ont reçu une formation lors des premiers mois de leur activité³⁰⁷.

Tableau 16. Résultats de la cotation de l'item « formation préalable des CEA » (ajout 2).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	2	2	2	21
En pourcentage	0%	7%	7%	7%	78%

Dans l'ensemble, les CEA ont reçu une formation sur l'Emploi Accompagné (EA) et sur d'autres thèmes relatifs aux différentes situations de handicap (78% des dispositifs). Pour certains dispositifs les CEA ou une partie des CEA de l'équipe n'avaient pas encore assisté aux

³⁰⁷ Pour obtenir une note de 1, la majorité des CEA n'a pas reçu de formation spécifique à l'Emploi Accompagné.

journées de formation, néanmoins celles-ci étaient programmées dans les mois suivants la passation.

Les différents thèmes de formation suivants ont été mentionnés par les CEA des dispositifs de l'étude au moment de la passation de l'échelle : « méthode IPS », « Emploi Accompagné », « les troubles du spectre autistique », « premiers secours en santé mentale », « rétablissement », « les situations de handicap et leurs répercussions », « la réhabilitation psychosociale », « la maîtrise des outils de l'insertion professionnelle », « la connaissance du tissu économique local », « les capacités de négociation avec les entreprises », « sentiment de légitimité au rôle de médiateur », « approche par les droits ».

- L'item 14 (service 3) évaluation professionnelle au fil de l'eau, permet d'apprécier la manière dont les dispositifs prennent connaissance des préférences professionnelles des personnes, de leurs capacités et de leurs besoins en termes de compensations³⁰⁸, en actualisant régulièrement ou non leur « profil professionnel » (score moyen = 4,56 ; écart-type = 1,12). Cette évaluation comprend des entretiens avec la personne permettant d'analyser ses expériences et de découvrir ses préférences. Des mises en situation professionnelles sont proposées à la suite pour compléter ou confirmer cette évaluation. Le profil de la personne est formalisé à l'aide d'un document précisant son degré d'expérience, ses compétences, ses préférences, ses forces et ses besoins d'aménagement. Ce profil permet d'identifier les types de postes et d'environnements professionnels correspondant aux souhaits et aux besoins de la personne. Ce document est complété au fur et à mesure à l'aide de chaque nouvelle expérience professionnelle. Une attention particulière est portée par le CEA à l'environnement de travail et aux adaptations nécessaires pour la personne en se référant aux informations transmises par cette dernière et, si elle en est d'accord, en se référant aux informations transmises par son médecin (si suivi médical), sa famille et ses précédents employeurs.

Pour obtenir une note de 5 à l'item (82% des dispositifs), l'évaluation des préférences se fonde sur un ou plusieurs entretiens et sur une mise en emploi rapide des personnes sur un ou plusieurs postes, ces expériences en emploi alimentent un profil régulièrement mis à jour avec la personne ; pour une note de 4 (7%), ce travail ne donne pas particulièrement lieu à une mise à jour de ce profil ; pour une note de 3 (4%), un appui est apporté à la recherche d'emploi sans systématiquement s'intéresser aux préférences et expériences de la personne³⁰⁹ ; pour une note

³⁰⁸ Les termes « capacités » et « compensations » sont issus de la traduction de l'échelle, les termes « compétences » et « aménagements » seraient davantage appropriés à la philosophie du modèle IPS.

³⁰⁹ Pour une note de 2, l'évaluation se fonde sur une démarche progressive de mise en activité passant par du bénévolat, des longs stages ou des périodes en ESAT.

de 1 (7%), l'évaluation se fonde sur une série de tests de type test d'intelligence, ce qui ne correspond pas à la philosophie de la méthodologie IPS.

Tableau 17. Résultats de la cotation de l'item « évaluation professionnelle au fil de l'eau » (service 3).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	2	0	1	2	22
En pourcentage	7%	0%	4%	7%	82%

Selon les équipes des structures participant à l'étude, c'est aussi au cours de ces entretiens de réactualisation de l'expérience professionnelle de la personne accompagnée et de son vécu des différentes situations que se tisse un lien de confiance entre la personne accompagnée et le référent :

tout au long de l'accompagnement on monte un plan d'action réactualisé régulièrement... au fur et à mesure on travaille la question du lien, de la confiance, au fur et à mesure des entretiens pour chaque personne

Certains dispositifs précisent, par ailleurs, que c'est aussi au cours de cette période d'évaluation professionnelle « au fil de l'eau » que peut s'instaurer un lien de confiance avec le tuteur en entreprise, ce qui permettra ensuite à la personne d'être davantage soutenue dans son autonomisation professionnelle :

on va questionner ce qui a posé problème dans les situations professionnelles passées et ce qui a été aidant... on a une grille qu'on a construite avec différentes variables qu'on va aller questionner, c'est l'évaluation contextuelle sur le poste, on va constater ce qui pose problème ou pas et avec la personne on va noter et imaginer des compensations sur un document qui appartient à la personne et avec l'accord de la personne, on le partage avec son tuteur pour que chaque constat puisse avoir une solution, ce qui va permettre à la personne d'être autonome sur le poste et au tuteur d'apprendre comment la personne fonctionne, ça autonomise leur relation

- L'item 23 (service 12) intensité de l'accompagnement dans l'emploi, permet d'apprécier si l'accompagnement est proposé dans la durée et si un protocole est mis en place par les dispositifs pour réduire ensuite progressivement l'accompagnement (score moyen = 4,52 ; écart-type = 0,58).

Pour obtenir la note de 3 (4% des dispositifs), les CEA ont un rendez-vous en présentiel avec au moins la moitié des personnes accompagnées dans les 4 premiers mois suivant la prise de poste ; pour obtenir la note de 4 (41%), les CEA ont un rendez-vous en présentiel au moins une fois par semaine dans le mois suivant la prise de poste et, en moyenne, si la personne est d'accord, au moins une fois par mois pendant l'année qui suit la prise de poste ; pour obtenir la note de 5 (56%), un protocole est prévu pour réduire ensuite progressivement

l'accompagnement, si l'emploi est perdu, le CEA prend contact dans les 3 jours après avoir eu connaissance de la situation³¹⁰.

Tableau 18. Résultats de la cotation de l'item « intensité de l'accompagnement dans l'emploi » (service 12).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	0	1	11	15
En pourcentage	0%	0%	4%	41%	56%

Certains dispositifs précisent que leur activité est trop récente pour avoir pensé à un protocole permettant de réduire l'intensité de l'accompagnement après une année en emploi. D'autres précisent que certaines entreprises sont rassurées par l'accompagnement du dispositif quand bien même la situation de la personne est stabilisée dans l'entreprise. C'est aussi l'autonomisation de la personne qui est souhaitée par les dispositifs une fois que celle-ci est stabilisée en emploi :

l'accompagnement s'estompe au fur et à mesure...quand ça se passe bien, la personne nous sollicite moins, elle s'autonomise, elle développe d'autres activités...on peut aider des personnes à se détacher de l'association, on estompe les rendez-vous si tout se passe bien pour éviter de créer une dépendance

L'item 16 (service 5) propositions d'emplois correspondant aux préférences des personnes

permet d'apprécier si les dispositifs proposent des offres d'emploi en ayant recours à une démarche proactive ciblée auprès des employeurs plutôt que principalement en fonction de l'offre disponible sur le marché de l'emploi (score moyen = 4,52 ; écart-type = 0,85). Selon le modèle IPS, les CEA recherchent des opportunités d'emploi et des contacts avec des employeurs potentiels en fonction des préférences de la personne, de ce qu'elle aime faire ou en lien avec ses objectifs personnels et ses besoins, ses possibilités ou sa symptomatologie.

Pour obtenir une note de 5 (70% des dispositifs), plus de 90% des contacts employeurs doivent provenir d'une démarche proactive ciblée de la part des CEA ; de 75% à 90% pour une note de 4 (15% des dispositifs) ; de 50 à 75% pour une note de 3 (11%) ; entre 25% et 50% pour une note de 2 (4%)³¹¹.

Tableau 19. Résultats de la cotation de l'item « propositions d'emplois correspondant aux préférences des personnes » (service 5).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	1	3	4	19
En pourcentage	0%	4%	11%	15%	70%

³¹⁰ Pour obtenir la note de 2, les CEA ont un rendez-vous en présentiel avec moins de la moitié des personnes dans les 4 premiers mois suivant la prise de poste ; pour une note de 1, pas de rendez-vous en face à face dans le mois suivant la prise de poste.

³¹¹ Moins de 25% pour une note de 1.

Certains CEA précisent qu'ils ont recours à l'offre disponible sur le marché de l'emploi si le projet de la personne est de travailler quel que soit le poste proposé :

des personnes peuvent arriver avec un besoin urgent de travailler quel que soit le domaine donc ça peut être utile dans ce cas, on utilise les deux leviers avec un démarchage en fonction des projets

Les dispositifs les plus proactifs en démarchage reconnaissent une plus grande efficacité à se présenter physiquement directement aux employeurs :

on va spontanément se balader pour voir s'il y a des offres sur les devantures, discuter avec les personnes dans les commerces ou autres pour savoir s'il y a des postes possibles pour les personnes...on pousse les personnes à se déplacer, si elles ont vu une offre sur un site elles doivent y aller aussi pour se présenter, elles ont du mal à y aller seules mais on propose à chaque fois de les accompagner... ça les invite à se présenter, franchir la porte, de temps en temps même je reste à l'extérieur car elles sont moins gênées et on débriefe après

L'intérêt du démarchage physique en entreprise de la part du CEA est aussi de préparer l'entreprise à un meilleur accueil de la personne :

Souvent le CEA présente l'Emploi Accompagné puis le candidat, ça fonctionne bien, on obtient une meilleure compréhension de l'entreprise et ensuite ça prépare à l'arrivée de la personne, ça aide à la déstigmatisation car ils ont beaucoup d'apriori, ils ne distinguent pas toujours le handicap psychique et le handicap mental par exemple

2.3. Bonne fidélité et faible dispersion (9 items)

Nous avons regroupé 9 items dans la catégorie appelée « bonne fidélité et faible dispersion », qui ont pour caractéristiques d'obtenir un score moyen compris entre 4 et 4,5 et un écart-type inférieur ou égal à 1,2. Il s'agit de :

- l'item 21 (*service 10*) nature des contrats proposés aux personnes,
- l'item 9 (*organization 6*) zéro exclusion,
- l'item 5 (*organization 2*) articulation avec les équipes de soins,
- l'item 10 (*organization 7*) focalisation sur l'emploi en milieu ordinaire,
- l'item 12 (*service 1*) accompagnement dans l'accès ou l'évolution des droits sociaux,
- l'item 25 (*service 14*) modalités déployées pour « Aller vers » la personne,
- l'item 1 (*staffing 1*) nombre de personnes accompagnées par CEA,
- l'item 11 (*organization 8*) implication de la Direction Générale de la structure porteuse,
- l'item 26 (ajout 1) temps consacré par les CEA à l'exercice de leur mission.

- L’item 21 (service 10) nature des contrats proposés aux personnes permet de mesurer la part des emplois proposés aux personnes en milieu ordinaire et en milieu protégé par les dispositifs (score moyen = 4,44 avec un écart-type de 0,89). Comme nous l’avons précisé au préalable, les contrats proposés aux personnes concernées doivent être, dans la mesure du possible, des contrats de droit commun : CDI, CDD, contrats en alternance et les contrats par Intérim.

Pour obtenir une note de 5 (59% des dispositifs), plus de 95% des emplois obtenus sont de nature de droit commun ; pour une note de 4 (33% des dispositifs), entre 85% et 95% sont de nature de droit commun ; pour une note de 3 (4%), entre 75% et 84% ; pour une note de 1 (4%), moins de 65%³¹².

Tableau 20. Résultats de la cotation de l’item « nature des contrats proposés aux personnes » (service 10).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	1	0	1	9	16
En pourcentage	4%	0%	4%	33%	59%

Il peut arriver que certaines personnes travaillant en ESAT soient orientées par les MDPH vers l’Emploi Accompagné et s’aperçoivent assez rapidement qu’elles préféreraient leur précédente situation. D’autres encore, ont besoin de l’expérience en emploi pour se rendre compte qu’elles ne souhaitent finalement pas travailler :

certaines personnes nous disent après quelques essais "le travail n'est pas pour moi un levier de rétablissement" et préfèrent aller vers autre chose, les GEM par exemple, certaines personnes ont trop de pression de la société ou de la famille pour travailler, essayer permet aussi à la personne d'avoir des expériences pour le dire, pour assumer de ne pas travailler, le principal est que la personne se sente mieux avec sa pathologie dans la vie

L’item 9 (organization 6) zéro exclusion, permet d’apprécier si les dispositifs accueillent les personnes en tenant compte ou non de critères d’exclusion, s’ils accueillent les personnes quelle que soit leur situation (score moyen = 4,37 ; écart-type 0,79). Selon la méthodologie IPS, toute personne souhaitant travailler a le droit d’être accompagnée sans considération de son éventuelle distance à l’emploi, d’abus de substances, de la présence de comportements violents, de difficultés intellectuelles, de la présence de symptômes ou de son adhésion ou non au traitement. Seule la question de la motivation pour travailler en milieu ordinaire doit être considérée.

Pour obtenir une note de 3 (18% des dispositifs), quelques personnes sont considérées comme non capables d’accéder au dispositif d’emploi accompagné compte tenu de leur distance à

³¹² Pour une note de 2, entre 65% et 74%.

l'emploi ; pour une note de 4 (26%) aucune sélection n'est appliquée à l'entrée, si un emploi prend fin, un autre emploi est proposé indépendamment du nombre d'échecs ou de la raison de ces échecs ; pour une note de 5 (56% des dispositifs) est ajouté, l'entrée en emploi accompagné peut être encouragée par le corps médical³¹³.

Tableau 21. Résultats de la cotation de l'item zéro exclusion (organization 6).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	0	5	7	15
En pourcentage	0,0%	0%	18%	26%	56%

Quelques dispositifs participant à l'étude appliquent quelques critères d'exclusion ou d'inclusion :

- certains préfèrent réorienter les personnes vers d'autres dispositifs lorsqu'elles n'ont pas d'idée précise de ce qu'elles souhaitent exercer comme métier, pour définir leur projet professionnel ou bien lorsqu'ils estiment que le degré de sévérité de la pathologie de la personne requiert un accompagnement de la réhabilitation psychosociale ;
- d'autres accompagnent les personnes à la condition qu'elles acceptent que le dispositif intervienne en entreprise ;
- certains précisent que la MDPH est déjà le lieu de sélection des personnes et qu'ils accueillent systématiquement toutes les personnes orientées (dans la limite des places disponibles), par ailleurs, certaines MDPH orientent à la condition d'un suivi en psychiatrie de la personne concernée ;
- d'autres se réfèrent au principe de subsidiarité selon lequel les personnes ont pu déjà utiliser tous les outils de droit commun.

Certains dispositifs se sont posé la question de la condition de l'existence ou non d'un suivi en psychiatrie et considère que l'accompagnement vers le soin fait aussi partie de leur accompagnement :

de façon globale dans le service, on s'est demandé s'il fallait conditionner notre accompagnement par l'existence d'un suivi psy... une personne qui arrive sans suivi mais qu'on accompagne vers le soin ça fait aussi partie de notre accompagnement...durant l'accompagnement et ses expériences elle va pouvoir prendre conscience de ses fragilités pour son projet professionnel, on va pouvoir travailler avec la personne du bénéfice de la reconnaissance de son trouble psy et d'un suivi psy...il faut accompagner fortement mais pas que ce soit une condition

³¹³ Pour une note de 2, de nombreuses personnes orientées sont considérées comme non capables d'accéder au dispositif d'Emploi Accompanyé ; pour une note de 1, il existe un référentiel au sein de la structure qui exclue certaines personnes.

- L'item 5 (*organization 2*) articulation avec les équipes de soins permet d'apprécier la qualité et la fréquence des contacts entre les CEA et les médecins des personnes en situation de handicap psychique (score moyen = 4,3 ; écart-type = 1,0). Cet item comporte 5 composantes :

- l'appui à la réflexion de l'équipe médicale concernant l'entrée d'une personne dans le dispositif (un médecin pouvant conseiller à une personne d'entrer dans le dispositif),
- l'obtention de l'accord de l'équipe soignante ou du médecin traitant avant ou au moment de l'entrée de la personne dans le dispositif,
- des contacts une fois par semaine avec une équipe de soin ou un médecin traitant pour évoquer la situation d'une ou de plusieurs personnes accompagnées,
- la prise de contact avec le médecin traitant en cas d'observation de certains symptômes,
- la communication des éléments concernant l'emploi au corps médical pour être intégrés au dossier.

Pour obtenir une note de 5 (55% des dispositifs), au moins 4 composantes doivent être respectées ; pour obtenir une note de 4 (33%), au moins 3 composantes ; une note de 3 (4%), au moins 2 composantes ; une note de 2 (4%), au moins 1 composante ; une note de 1 (4%), aucune composante.

Tableau 22. Résultats de la cotation de l'item « articulation avec les équipes de soins » (*organization 2*).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	1	1	1	9	15
En pourcentage	4%	4%	4%	33%	55%

Certains dispositifs ont réussi à obtenir une bonne coopération avec le corps médical, pour d'autres cette coopération est encore très difficile :

On a aucun contact avec le sanitaire, dans le département, le sanitaire reste très confidentiel...pour appeler un psychiatre et dire que telle personne ne va pas très bien en ce moment, je n'ai aucune légitimité, ils ne nous reconnaissent pas

Beaucoup s'accordent sur le fait que la coopération demandée est très variable d'un médecin à l'autre :

certaines ne sont pas trop convaincus et d'autres si, ça dépend des psychiatres, les jeunes psychiatres qui croient au rétablissement par le travail accompagnent la démarche et ont envie de travailler avec les autres dispositifs et puis d'autres restent dans leur vision clinique et collaborent peu

D'autres dispositifs ont développé des liens avec le secteur sanitaire à l'aide de liens historiques entre l'association porteuse et l'hôpital psychiatrique, matérialisés par une convention. D'autres

encore ont réussi à encourager le centre hospitalier du territoire à être un de leur partenaire dès le début de l'activité du dispositif :

le lien est très soutenu, généralement la personne est accompagnée par notre partenaire le centre hospitalier ou le centre de réhabilitation sociale donc on assiste à des réunions de synthèse, on échange des mels avec les psychologues, ça fonctionne très bien, c'est très important à la fois pour eux et à la fois pour nous...au départ on échangeait surtout avec l'assistante sociale et aujourd'hui avec le centre de réhabilitation on a vraiment toute l'équipe médicale aussi

D'autres dispositifs ont pu créer du lien avec le secteur sanitaire mais sont confrontés à la désertification des spécialistes de la psychiatrie sur leur territoire :

On assiste à 5 ou 6 synthèses par an avec les CMP...sinon quand ça va moins bien on appelle les psychiatres, les infirmiers référents ou le médecin traitant... un de nos CEA travaillait dans un SAVS avant, il avait créé beaucoup de liens avec le centre hospitalier spécialisé, les CMP locaux, il avait la charge de travailler avec des CMP pour des évaluations mais on est de plus en plus confronté à la désertification des spécialistes de la psychiatrie

- L'item 10 (organization 7) focalisation sur l'emploi en milieu ordinaire permet d'apprécier les actions mises en place par les dispositifs pour faciliter l'accès des personnes au milieu ordinaire de travail (score moyen = 4,26 ; écart-type = 0,81). L'item comporte cinq composantes :

- l'entrée dans le dispositif repose sur la volonté des personnes à travailler en milieu ordinaire,
- la structure mène des actions de communication auprès des publics cibles sur l'EA,
- la structure organise régulièrement (au moins deux fois par an) des partages d'expériences entre les personnes accompagnées,
- la structure mesure le taux d'emploi en milieu ordinaire sur des contrats de droits communs (CDI, CDD, Alternance) chaque trimestre et partage cette information avec sa direction.

Pour obtenir la note de 5 (48% des dispositifs), 4 composantes doivent être observées ; pour une note de 4 (30% des dispositifs), 3 composantes ; pour une note de 3 (22%) ; 2 composantes³¹⁴.

³¹⁴ Pour une note de 2, 1 composante ; pour une note de 1, aucune composante n'est observée.

Tableau 23. Résultats de la cotation de l'item « focalisation sur l'emploi en milieu ordinaire » (organization 7).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	0	6	8	13
En pourcentage	0%	0%	22%	30%	48%

La plupart des dispositifs n'ayant pas obtenu la note de 5 à l'item sont des dispositifs qui n'ont plus la capacité d'accueillir de nouvelles personnes. De plus, ils disposent déjà d'une liste d'attente et ne communiquent donc pas auprès de publics cibles pour cette raison.

En revanche, d'autres dispositifs poursuivent leur communication auprès des publics, en organisant par exemple des permanences au sein de l'hôpital psychiatrique pour présenter le dispositif aux personnes, aux familles et aux professionnels.

Des « cafés citoyens » ou des goûters sont aussi organisés par certains dispositifs pour permettre aux personnes accompagnées d'échanger entre elles et avec les autres personnes accompagnées par d'autres structures de l'association porteuse. D'autres dispositifs ont commencé à proposer des échanges durant la période de crise sanitaire en « cafés confinés » par visioconférence puis ont poursuivi les rencontres en présentiel avec des « cafés déconfinés ».

Plus généralement, les dispositifs se présentent régulièrement auprès de leurs partenaires (SPE, MDPH, SAVS, SAMSAH) et lors de forum entreprises ou événements des acteurs économiques locaux.

- L'item 12 (service 1) accompagnement dans l'accès ou l'évolution des droits sociaux permet d'apprécier la qualité de l'accompagnement proposé par les dispositifs dans l'accès ou l'évolution des droits sociaux des personnes, de l'incidence d'une insertion professionnelle sur l'évolution éventuelle de leurs aides sociales (score moyen = 4,26 ; écart-type = 1,10). Selon le modèle IPS, les dispositifs sont tenus d'expliquer et d'anticiper les conséquences que peuvent induire une insertion professionnelle aux personnes concernées (accès à l'emploi ou évolution du poste). Elle peut modifier le montant de différentes aides perçues par les personnes telles que l'Allocation Adulte Handicapé, le Revenu de Solidarité Active ou encore les aides au logement. De plus, un appui aux démarches est apporté par le dispositif ou par un spécialiste connu du dispositif.

Pour obtenir une note de 2 (11% des dispositifs), des informations sont données à la personne sur les lieux où elle peut se renseigner ; pour une note de 3 (15%), une discussion est organisée avec chaque personne accompagnée sur l'évolution des droits liée à l'entrée en emploi ou l'évolution de son poste ; pour une note de 4 (11%), une discussion est organisée avec un spécialiste de l'accès au droit avant l'entrée en emploi ou l'évolution de son poste ; pour une

note de 5 (63%), une discussion est organisée avec un spécialiste de l'accès au droit avant l'entrée en emploi, cette discussion inclut des conseils et un appui aux démarches³¹⁵.

Tableau 24. Résultats de la cotation de l'item « accompagnement dans l'accès ou l'évolution des droits sociaux » (service 1).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	3	4	3	17
En pourcentage	0%	11%	15%	11%	63%

Pour cet item, nous pouvons observer que certains dispositifs présentent des difficultés à apporter des réponses précises aux personnes accompagnées quant à l'évolution possible de leurs prestations sociales dans le cas d'une insertion professionnelle de la personne ou d'une évolution de son poste. Les CEA de certains dispositifs ne sont pas formés à ce domaine et ne sont pas parvenus à coopérer avec un spécialiste partenaire. Par ailleurs, sur certains territoires (ce n'est pas le cas pour d'autres), les CEA ne peuvent pas toujours compter sur les compétences spécifiques du domaine du handicap des professionnels de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) :

c'est pas simple cette AAH³¹⁶ à accompagner, déjà nous on n'y connaît pas grand-chose alors les personnes accompagnées encore moins et puis la CAF ne nous aide pas, on n'est pas spécialiste, si on a un problème on demande aux assistantes sociales qui nous disent de se tourner vers la CAF et quand on les appelle ils ne sont pas capables de nous répondre ce que va engendrer l'obtention de tel emploi pour une personne sur son AAH, c'est tellement compliqué que du coup on n'a jamais de réponse

D'autres dispositifs disposent d'au moins un spécialiste au sein de leur équipe qui peut alors répondre à toutes ces questions, notamment lorsqu'un.ne des CEA exerçait auparavant d'autres fonctions au sein d'un cap emploi par exemple ou en tant qu'assistante sociale.

Parmi les dispositifs ne rencontrant pas de difficultés à proposer cet accompagnement, en plus d'être formés dans ce domaine, certains ont mis en place une « veille » au sein de leur équipe pour être informés au plus tôt des évolutions des différentes aides sociales et des contrats de travail :

gérer les contrats aidés, mobiliser les différentes aides comme la lourdeur du handicap, savoir qui sont les interlocuteurs, les aides pour la formation professionnelle...c'est à la charge de tout le monde mais c'est aussi dans les temps de supervision que la coordinatrice débloque les situations car elle sait quels partenaires peuvent être mobilisés pour y répondre ou telle aide à mobiliser à tel endroit...toutes ces aides changent souvent et nécessitent une veille sur ces infos... pas question qu'un CEA présente un

³¹⁵ Pour une note de 1, la question de l'accès aux droits n'est pas abordée par le dispositif.

³¹⁶ Allocation Adulte Handicapé.

contrat aidé qui n'existe plus depuis 1 an par exemple...on se remet bien à niveau tous ensemble de tout ce qui a évolué en supervision

L'item 25 (service 14) modalités déployées pour « Aller vers » la personne permet d'apprécier les actions entreprises par les dispositifs pour aller à la rencontre d'une personne lorsqu'elle n'a pas signifié le souhait d'arrêter l'accompagnement et qu'elle ne donne plus de ses nouvelles (score moyen = 4,19 ; écart-type = 1,08). Selon la philosophie de la méthodologie IPS, les CEA jouent un rôle proactif, ils sont tenus « d'aller vers » la personne dans le cas où elle ne donnerait plus de ses nouvelles (après une absence à un rendez-vous prévu avec le CEA par exemple ou bien encore si elle ne se rendait pas sur son lieu de travail) et qu'elle n'a pas signifié expressément le souhait d'arrêter l'accompagnement. Ce principe « d'aller vers » peut impliquer des visites au domicile de la personne. Le CEA documente systématiquement les tentatives d'approche. Il prend contact avec la famille, le cas échéant, si la personne a donné son accord auparavant. L'item comporte 6 composantes :

- l'accompagnement ne prend pas fin à la suite de rendez-vous non honorés ou à une date fixe ;
- l'accompagnement ne prend fin qu'à la demande explicite de la personne ;
- le.la CEA ou quelqu'un de l'équipe tente d'aller à la rencontre de la personne ;
- les tentatives de rencontres vers la personne sont suivies et documentées ;
- le.la CEA se rend régulièrement dans un lieu où habite la personne, ces visites peuvent impliquer d'autres membres de l'équipe ;
- le.la CEA prend contact avec la famille (lorsque la personne a donné son accord au préalable).

Pour obtenir une note de 5 (56% des dispositifs), les 6 composantes sont observées ; pour une note de 4 (19%), 5 composantes ; pour une note de 3 (15%), 4 composantes ; pour une note de 2 (11%), 3 composantes³¹⁷.

Tableau 25. Résultats de la cotation de l'item « modalités déployées pour « Aller vers » la personne » (service 14).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	3	4	5	15
En pourcentage	0%	11%	15%	19%	56%

L'ensemble des dispositifs engage au moins trois des actions mentionnées ci-dessus. Par ailleurs, certains dispositifs précisent que cette situation ne leur est pas arrivée ou bien d'autres

³¹⁷ Pour une note de 1, 2 composantes ou moins sont observées.

très rarement. Certains d'entre eux considèrent que les personnes qui ne répondent plus aux appels et aux courriers sont des personnes qui ne souhaitent plus être accompagnées par le dispositif.

Parmi les dispositifs se déplaçant au domicile des personnes en cas d'absence de réponse de leur part et dont les partenaires ne disposent pas d'informations supplémentaires à leur sujet, certains ont élaboré et mis en place un « plan de prévention du mieux-être ». Dans ce dernier est écrit en accord avec la personne à l'entrée du dispositif, qu'en cas de non-réponse de sa part, le dispositif peut contacter la personne indiquée en cas d'urgence et si le dispositif n'obtient aucune nouvelle de la part du réseau de la personne (famille, corps médical ou autres partenaires sociaux), un membre du dispositif peut se déplacer chez la personne. Il ne s'agit pas ici d'être intrusif mais bien de s'assurer que la personne ne s'effondre pas dans l'isolement.

- L'item 1 (staffing 1) nombre de personnes accompagnées par CEA mesure le ratio mentionné (score moyen = 4,11 ; écart-type = 0,75). Le nombre préconisé par le modèle IPS est de 20 personnes au maximum.

Pour obtenir une note de 5 à l'item (30% des dispositifs), 20 personnes au maximum sont accompagnées par chaque CEA ; pour une note de 4 (56%) entre 21 et 25 personnes, pour une note de 3 (11%) entre 26 et 30 personnes et pour une note de 2, entre 31 et 40 personnes³¹⁸.

Tableau 26. Résultats de la cotation de l'item « nombre de personnes accompagnées par CEA » (staffing 1).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	1	3	15	8
En pourcentage	0%	4%	11%	56%	30%

30% des dispositifs respectent le nombre maximum de 20 personnes accompagnées (PA) par CEA. 56 % déclarent un nombre de PA compris entre 21 et 25 par CEA, notamment les dispositifs ayant démarré leur activité avant 2019³¹⁹. En effet, au moment de la passation de l'échelle, un certain nombre de personnes accompagnées par les dispositifs sont déjà en « maintien en emploi » et « stabilisées » en emploi et ne nécessitent plus la même intensité d'accompagnement, accompagnements dits en « veille ».

Par ailleurs, de nombreux dispositifs, notamment ceux dont la pratique est plus ancienne, nous ont fait part de leur inquiétude quant à la reprise de certains accompagnements dits « en veille » qui pourraient demander aux CEA un temps dédié plus intensif à l'avenir.

³¹⁸ Pour une note de 1, plus de 40 personnes.

³¹⁹ à l'aide de fonds européens ou des fonds propres de l'association.

C'est un point sensible pour les dispositifs de pouvoir s'assurer que les CEA puissent réagir rapidement en cas de reprise d'un accompagnement. Par exemple, des personnes accompagnées depuis plusieurs années peuvent ne plus nécessiter d'un accompagnement (ou bien simplement d'un appel téléphonique trimestriel ou moins) et être considérées par les dispositifs comme relevant d'un accompagnement de type « veille », puis à la suite d'un événement personnel, d'un changement d'organisation au sein de l'entreprise ou autres, demander un accompagnement à nouveau intensif :

le dispositif ne sollicite pas la personne ni l'entreprise mais reste disponible s'il y a un besoin, on ne mobilise pas la personne ou l'entreprise s'ils ne viennent pas nous solliciter mais actent pendant la sortie pour veille qu'ils restent disponibles (les CEA), il arrive qu'ils (les CEA et les personnes concernées) déjeunent ensemble de temps ou temps ou prennent un café pour voir un peu où ils en sont sans pour autant un retour à l'accompagnement actif

A ce jour, même pour les dispositifs ayant commencé leur pratique de l'Emploi Accompagné depuis plusieurs années (au moins 5 ans), le cas où de nombreuses personnes réactiveraient leur accompagnement intensif au même moment n'est pas arrivé mais il n'est pas à exclure. Cette inquiétude peut être illustrée par le témoignage suivant :

les trois dernières années, la moitié des sorties ont été en emploi, on assure la veille mais officiellement elles ne sont pas dans les effectifs et peuvent revenir quand elles le souhaitent... il y a la file active et la file veille qui n'est pas comptée dans la file active, ce qui permet d'accueillir davantage de personnes... toujours en questionnement tout de même car si on avait beaucoup de retours en même temps, ça pourrait être complexe car de plus en plus de personnes sont en veille, c'est pas encore arrivé depuis 5 ans, mais là on a eu deux retours en même temps pour un accompagnement complet, c'est la première fois... il faut qu'on clarifie car on est sur un ratio de 1 CEA pour 16-17, notre ratio est plus faible que d'autres car les personnes en veille ne sont pas prises en compte... pour le moment il n'y a pas une position claire dans les textes sur le ratio et sur les veilles, c'est compliqué car certaines personnes demandent un suivi intensif plusieurs années

Dans le modèle anglo-saxon, c'est le *case manager*, comme évoqué précédemment, qui prend le relais de l'accompagnement lorsque les personnes sont en accompagnement de type « veille ». Ils peuvent prévenir certaines situations anxiogènes pour la personne et en informer les CEA.

- L'item 11 (organization 8) implication de la Direction Générale de la structure porteuse permet d'apprécier son implication dans l'amélioration et la pérennité du dispositif (score moyen = 4,07 ; écart-type = 1,24). Cet item comporte 5 composantes :

- la Direction Générale de la structure a des connaissances sur l'Emploi Accompagné,

- la démarche qualité du dispositif inclut un réexamen du dispositif à l'aide d'une échelle de fidélité au modèle tous les ans,
- l'existence d'un comité de suivi interne se réunissant au moins une fois tous les 3 mois pour les nouveaux dispositifs (6 mois pour les plus anciens) pour analyser la qualité du dispositif et planifier des actions visant à l'améliorer ou à assurer sa pérennité,
- le directeur communique régulièrement au sein de la structure pour démontrer la plus-value du dispositif d'Emploi Accompagné lors des 6 premiers mois et au moins une fois par an ensuite,
- le service emploi accompagné présente un bilan de son activité (par exemple les résultats en matière d'insertion et de maintien dans l'emploi) au moins deux fois par an au Conseil d'Administration.

Pour obtenir une note de 5 à l'item (52% des dispositifs), 5 composantes doivent être observées ; pour une note de 4 (22%), 4 composantes ; pour une note de 3 (15%), 3 composantes ; pour une note de 2 (4%), 2 composantes ; pour une note de 1 (7%), 1 composante.

Tableau 27. Résultats de la cotation de l'item « implication de la Direction Générale de la structure porteuse » (organization 8).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	2	1	4	6	14
En pourcentage	7%	4%	15%	22%	52%

La moitié des dispositifs disposent d'une Direction Générale de l'association porteuse très impliquée dans le développement de l'Emploi Accompagné. Elles ont beaucoup contribué, de plus, à la création de partenariats avec l'ensemble des acteurs locaux tels que les MDPH, le SPE, le corps médical et les services sociaux.

- L'item 26 (ajout 1) temps consacré par les CEA à l'exercice de leur mission, permet d'apprécier le temps strictement dédié à l'accompagnement dans l'emploi des personnes accompagnées par les CEA (score moyen = 4,07 ; écart-type = 0,92). Selon la philosophie de la méthodologie IPS, le temps d'activité de l'ensemble des CEA du dispositif est dédié à 100% à l'accompagnement vers l'emploi des personnes.

Pour obtenir une note de 5 (44% des dispositifs), le temps des CEA est strictement dédié à cette activité ; pour une note de 4 (19% des dispositifs), plus de 80% de leur temps y est dédié ; pour une note de 3 (37% des dispositifs), plus de 60% de leur temps y est dédié³²⁰.

³²⁰ Pour une note de 2, entre 30% et 60% ; pour une note de 1, moins de 30%.

Tableau 28. Résultats de la cotation de l'item « temps consacré par les CEA à l'exercice de leur mission » (ajout 1).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	0	0	10	5	12
En pourcentage	0%	0%	37%	19%	44%

Une grande partie des dispositifs disposent d'une équipe dont le temps d'activité est strictement dédié à l'Emploi Accompagné (EA). D'autres, notamment pour des raisons de financement du dispositif, ont réparti l'activité des CEA entre l'accompagnement EA et l'accompagnement en ESAT ou encore l'accompagnement des Prestations d'Appuis Spécifiques (PAS), anciennement Prestations Ponctuelles Spécifiques (PPS).

2.4. Fidélité convenable et dispersion élevée (6 items)

Nous avons regroupé 6 items dans la catégorie appelée « fidélité convenable et dispersion élevée », qui ont pour caractéristiques d'obtenir un score moyen compris entre 3,0 et 4,0 et un écart-type supérieur ou égal à 1,3. Il s'agit de :

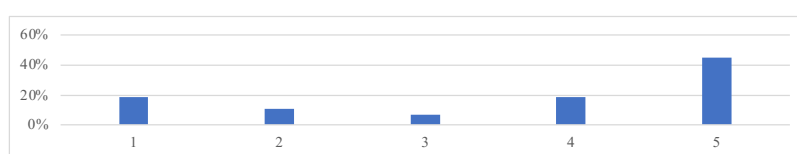
- l'item 8 (*organization 5*) rôle du coordinateur,
 - l'item 28 (ajout 3) interactions avec le SPE,
 - l'item 7 (*organization 4*) Constitution d'une équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec une équipe encadrante,
 - l'item 18 (*service 7*) qualité des relations avec les employeurs,
 - l'item 24 (*service 13*) temps passé par le.la CEA à l'extérieur de son bureau,
 - l'item 17 (*service 6*) fréquence des contacts employeurs.
- L'item 8 (*organization 5*) rôle du coordinateur permet de préciser l'existence ou non d'un coordinateur exerçant au sein de l'équipe du dispositif et si tel est le cas, de préciser quelles missions lui ont été confiées (score moyen = 3,59 ; écart-type = 1,60). L'item comporte 5 composantes :
- le coordinateur dévoue au moins 0,5 jour par semaine et par CEA pour superviser son équipe,
 - il organise des points hebdomadaires pour évoquer des situations individuelles,
 - il accompagne les nouveaux CEA et ceux en difficulté,
 - il dresse régulièrement un bilan du service et définit des objectifs pour l'améliorer,

- il a la charge de communiquer avec les partenaires (corps médical, SPE, MDPH, financeurs).

Pour obtenir une note de 5 (45% des dispositifs), 5 composantes doivent être observées ; pour une note de 4 (18,5%), 4 composantes ; pour une note de 3 (7%), 3 composantes ; pour une note de 2 (11%), 2 composantes ; pour une note de 1 (18,5%), une composante (ou bien le dispositif ne dispose pas d'un coordinateur).

Tableau 29. Résultats de la cotation de l'item « rôle du coordinateur » (organization 5).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	5	3	2	5	12
En pourcentage	18,5%	11%	7%	18,5%	45%



Les dispositifs ayant obtenu la note de 1 sont des dispositifs dans lesquels l'équipe n'est constituée que d'un CEA et dont le dispositif ne dispose pas d'un coordinateur.

Concernant les dispositifs ayant obtenu une note entre 2 et 4, il s'agit notamment de structures dont les composantes des missions du coordinateur sont réparties entre les fonctions du coordinateur et du directeur de la structure ou bien encore, le coordinateur exerce d'autres missions au sein de l'association porteuse du dispositif.

Parmi les dispositifs ayant obtenu la note de 5 à l'item, le plus souvent, le coordinateur en fonction était anciennement un des premiers CEA de l'équipe. Ces personnes, expérimentées, transmettent leur expérience et sont à même de prévenir d'éventuelles difficultés que pourraient rencontrer les CEA. Elles facilitent aussi la création de liens entre les CEA et les différents acteurs. Le coordinateur accompagne les CEA avec la même disponibilité et réactivité dont font preuve les CEA auprès des personnes qu'ils accompagnent :

faut le faire ou le partager un certain temps pour pouvoir imaginer le management idéal de ses équipes...remettre l'institution au service du professionnel et pas l'inverse, toujours repositionner le responsable...on ne doit pas manquer à l'appel le jour où il y a une tension, les CEA sont en autonomie, en responsabilité mais si un partenaire n'est pas correct, une entreprise qui déborde par exemple, il faut pouvoir recadrer et que le CEA se sente totalement soutenu par l'institution, on a la même disponibilité pour eux que pour leurs personnes accompagnées

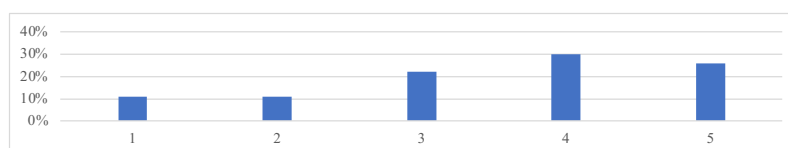
Par ailleurs, le positionnement non hiérarchique du coordinateur envers les CEA, conséquence de l'organisation sous forme de management horizontal, est identifié comme un facteur facilitant la cohésion d'équipe.

- L’item 28 (ajout 3) interactions avec le SPE permet d’apprécier la qualité des liens entre le dispositif et le SPE (score moyen = 3,48 ; écart-type = 1,31). Comme précisé précédemment, en France, les équipes des dispositifs d’Emploi Accompagné coopèrent avec les services publics de l’emploi (Cap Emploi, Pôle Emploi et les Missions locales). Ces derniers accompagnent des personnes en situation de handicap dans leur insertion professionnelle, les personnes accompagnées par les dispositifs EA sont le plus souvent inscrites au sein de ces services. De plus, ces acteurs peuvent apporter une aide aux CEA quant à la recherche d’emplois correspondant aux préférences des personnes.

Pour obtenir la note de 5 (26% des dispositifs), le SPE et le dispositif accompagnent conjointement les situations individuelles auprès des employeurs potentiels ; pour obtenir une note de 4 (30% des dispositifs), des rencontres sont organisées régulièrement pour évoquer les situations individuelles et rechercher des postes correspondant ; pour obtenir une note de 3 (22%), des rencontres régulières sont organisées pour collecter des offres d’emploi ; pour une note de 2 (11%), des rencontres régulières sont organisées à l’occasion de comités de suivi du dispositif ; pour une note de 1 (11%), très peu de rencontres ont lieu ou bien le dispositif et le SPE ne disposent que d’une convention.

Tableau 30. Résultats de la cotation de l’item « interactions avec le Service Public de l’Emploi » (ajout 3).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	3	3	6	8	7
En pourcentage	11%	11%	22%	30%	26%



L’articulation des liens entre le SPE et les dispositifs est inégale sur le territoire national. De plus, les dispositifs de l’étude ont le plus souvent rencontré des difficultés, dans un premier temps, pour coopérer avec les acteurs du SPE. Cependant, une grande partie des CEA recherchent systématiquement à rencontrer la personne référente de la personne concernée au sein du SPE. La coopération peut être variable en fonction des personnes au sein d’un même service.

Pour les dispositifs ayant réussi à organiser des rencontres régulières avec les acteurs du SPE pour échanger au sujet des personnes accompagnées, nous retrouvons une coopération déjà existante grâce à des liens historiques avec l’association porteuse du dispositif. Par ailleurs, un

autre facteur évoqué par les différentes équipes facilitant cette coopération est le recrutement d'un CEA anciennement salarié d'un cap emploi.

Lorsque ce n'est pas le cas, pour pallier ces difficultés, certains dispositifs organisent des permanences dans les locaux du SPE pour présenter régulièrement le dispositif d'Emploi Accompagné et organiser des réunions avec les différents conseillers. Le taux de renouvellement du personnel pouvant être élevé dans certains services, de part et d'autre, présenter le dispositif régulièrement semble faciliter une bonne coordination de ces acteurs.

D'autres dispositifs ont trouvé un appui auprès des psychologues du travail de Pôle Emploi pour faciliter les échanges avec les référents du SPE. C'est au cours de la période de la crise sanitaire que des réunions en visioconférence ont été instaurées entre certains dispositifs et les psychologues de Pôle Emploi pour aider les personnes en souffrance pendant le confinement :

on passe surtout par les psychologues du travail de Pôle Emploi tous les 2 mois en visio collectives, ça se passe très bien... on a développé avec eux des prestations "repandre confiance" pour les personnes qui ont développé des troubles pendant le confinement...on travaille très en lien grâce aux psychologues du travail avec qui ça se passe très bien

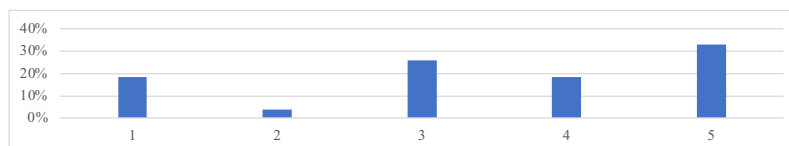
Enfin, depuis que le SPE est prescripteur de l'orientation Emploi Accompagné pour les personnes en situation de handicap, les contacts ont été facilités pour certains dispositifs.

- L'item 7 (organization 4) constitution d'une équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec une équipe encadrante permet d'apprécier l'organisation et la taille de l'équipe du dispositif (score moyen = 3,44 ; écart-type = 1,48). Les membres de l'équipe se rencontrent toutes les semaines en groupe de supervision pour échanger et proposer des stratégies au sujet des accompagnements de l'ensemble des personnes accompagnées par l'équipe. Ils s'entraident lorsque la charge de travail l'exige ou lorsqu'un des conseillers est absent.

Pour obtenir une note de 5 à l'item (33% des dispositifs), l'équipe est constituée d'au moins 2 CEA à temps plein et d'un coordinateur, ils organisent entre eux une supervision hebdomadaire concernant les personnes accompagnées, les stratégies et les pistes d'emploi sont partagées, ils s'entraident lorsque la charge de travail l'exige ; pour obtenir une note de 4 (18,5%), deux ou trois réunions par mois sont organisées ; pour une note de 3 (26%), les CEA ont le même coordinateur avec qui ils discutent individuellement des situations des personnes accompagnées chaque semaine ; pour une note de 2 (4%), les CEA ont le même coordinateur ; pour une note de 1, les CEA sont isolés ou seulement 1 CEA constitue l'équipe du dispositif.

Tableau 31. Résultats de la cotation de l'item « constitution d'une équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec une personne encadrante » (organization 4).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	5	1	7	5	9
En pourcentage	18,5%	4%	26%	18,5%	33%



Près d'un quart des dispositifs de l'étude disposent d'une équipe de taille réduite, ne disposent pas de coordinateur ou n'organisent pas de réunions collectives d'équipe pour échanger, s'entraider, au sujet des différentes situations des personnes concernées.

Pour pallier ce manque d'échanges entre CEA ou de la présence d'un coordinateur lors de réunions de supervision, certains dispositifs se sont regroupés pour mettre en place des réunions de supervision entre différents CEA isolés de différents dispositifs. Pour certains, ils sont portés par la même association et pour d'autres, d'associations différentes qui mutualisent ces supervisions.

Parmi les dispositifs de taille convenable, composée d'au moins 2 CEA et d'un coordinateur se réunissant régulièrement pour échanger et s'entraider, certains invitent, de plus, des intervenants extérieurs pour leur apporter quelques éclairages complémentaires. Il s'agit notamment de travailleurs sociaux pour les questions de logements par exemple, de médecins, de psychologues, de neuropsychologues ou plus généralement, de tout spécialiste pouvant apporter des éclairages complémentaires.

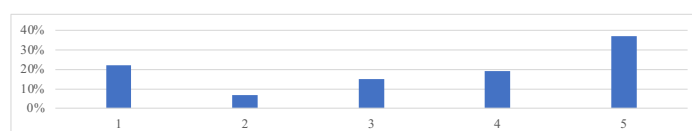
- L'item 18 (service 7) qualité des relations avec les employeurs permet d'apprécier la qualité des contacts entre les CEA et les employeurs potentiels concernant la recherche individualisée d'emploi pour les personnes accompagnées. Les CEA multiplient les visites en personne auprès des employeurs. Ces visites sont organisées pour connaître leurs besoins en recrutement et pour leur présenter les avantages que peut leur apporter le dispositif d'Emploi Accompagné. Ces visites ont pour objectif de pouvoir proposer aux employeurs la candidature de personnes accompagnées dont les compétences sont recherchées pour combler leurs besoins en recrutement (score moyen = 3,41 ; écart-type = 1,60).

Pour obtenir une note de 5 (37% des dispositifs), les CEA multiplient les visites planifiées à l'avance chez des employeurs pour mieux connaître leurs besoins, présenter les bénéfices du dispositif EA et mettre en avant les compétences des personnes correspondant aux besoins de l'employeur ; pour obtenir la note 4 (19%), les CEA rencontrent régulièrement les employeur

pour décrire les compétences des personnes et solliciter des entretiens avec les personnes accompagnées ; pour obtenir une note de 3 (15%), les CEA se tiennent au courant des ouvertures de postes des entreprises et proposent l'aide du dispositif et des candidats ; pour obtenir une note de 2 (7%), les CEA contactent les employeurs pour s'enquérir des opportunités d'emploi et les partagent avec les personnes qu'ils accompagnent ; pour obtenir une note de 1 (22%), les CEA rencontrent les employeurs quand il s'agit de présenter une personne pour une offre d'emploi.

Tableau 32. Résultats de la cotation de l'item « qualité des relations avec les employeurs » (service 7).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	6	2	4	5	10
En pourcentage	22%	7%	15%	19%	37%



Les dispositifs ne consacrent pas tous le même temps à démarcher les entreprises, créer du lien avec des employeurs potentiels et présenter les bénéfices de l'Emploi Accompagné aux entreprises. Certains dispositifs préfèrent ne pas faire de « démarchage à vide » lorsqu'ils n'ont pas de candidats à proposer. La raison évoquée est de ne pas disposer de candidat au moment auquel l'entreprise en souhaiterait, de décevoir un employeur potentiel qui ne les contacterait plus à la suite pour de nouvelles opportunités et de perdre ainsi du temps, de la disponibilité pour l'accompagnement des personnes en emploi.

Certains dispositifs ont recruté « un chargé de relations entreprises » pour les premiers contacts de prospection, cette personne contacte en moyenne 30 entreprises par semaine. D'autres dispositifs s'appuient sur les référents de cap emploi qui leur transmettent régulièrement les nouvelles offres disponibles.

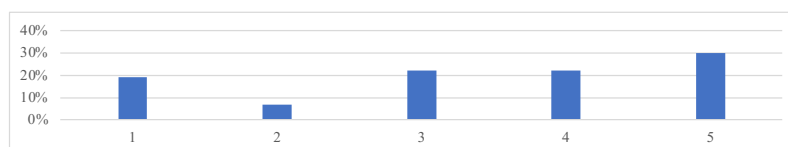
- L'item 24 (service 13) temps passé par le CEA à l'extérieur de son bureau permet d'apprécier le temps passé par les CEA en dehors de leur bureau au cours de leur activité (score moyen = 3,37 ; écart-type = 1,47) ; lorsqu'ils se trouvent par exemple au sein des entreprises pour de la prospection ou pour l'accompagnement de personnes en poste ou encore pour rencontrer les personnes de manière moins formelle. L'objectif est d'être au plus près de la personne ou des employeurs potentiels.

Pour obtenir une note de 5 (30% des dispositifs), les CEA passent plus de 65% de leur temps en dehors de leur bureau ; pour une note de 4 (22%), entre 50% et 64% ; pour une note de 3

(22%), entre 40% et 49% ; pour une note de 2 (7%), entre 30% et 39% ; pour une note de 1 (19%), moins de 30%.

Tableau 33. Résultats de la cotation de l'item « temps passé par le CEA à l'extérieur de son bureau » (service 13).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	5	2	6	6	8
En pourcentage	19%	7%	22%	22%	30%



Les équipes des différents dispositifs ne respectent pas toutes le principe du « aller vers » la personne. Certains CEA travaillent essentiellement dans leur bureau. D'autres, au contraire, consacrent une plus grande partie de leur temps d'activité à l'extérieur de leur bureau, le plus souvent en entreprises mais aussi dans des lieux plus informels pour aller à la rencontre des personnes au plus près de leur domicile ou de leur lieu de travail. Le temps consacré « à l'extérieur du bureau » peut aussi varier d'un CEA à l'autre en raison des différentes postures d'accompagnement adoptées envers les personnes. Certains CEA, pour rassurer les personnes angoissées lors des premiers jours d'une prise de poste, peuvent par exemple, proposer de les accompagner lors de leurs trajets effectués de leur domicile jusqu'à l'entreprise.

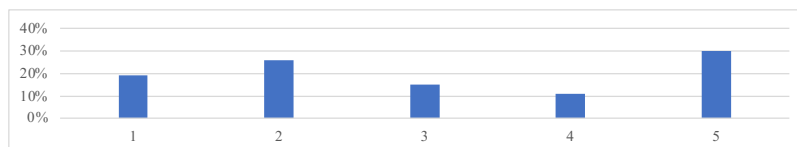
- L'item 17 (service 6) fréquence des contacts employeurs permet d'apprécier la fréquence des contacts entre les CEA et les employeurs pour la recherche individualisée d'emploi des personnes accompagnées (score moyen = 3,07 ; écart-type = 1,54).

Pour obtenir un score de 5 à l'item (30% des dispositifs), plus de six rendez-vous par semaine sont organisés en moyenne³²¹, les rendez-vous sont documentés afin de pouvoir être consultés par un autre membre de l'équipe de manière hebdomadaire ; pour obtenir une note de 4 (11% des dispositifs), plus de cinq rendez-vous par semaine sont organisés et sont documentés afin de pouvoir être consultés de manière hebdomadaire ; pour obtenir une note de 3 (15%), plus de quatre rendez-vous sont organisés et documentés afin de pouvoir être consultés mensuellement ; pour obtenir une note de 2 (26%), entre deux et quatre rendez-vous sont organisés, il n'existe pas de document de suivi ; pour une note de 1 (19%), moins de deux rendez-vous sont organisés.

³²¹ ou bien deux fois plus de rendez-vous que le nombre de personnes accompagnées étant à la recherche d'un emploi si le nombre de personnes concernées est égal ou inférieur à trois.

Tableau 34. Résultats de la cotation de l'item « fréquence des contacts avec les employeurs » (service 6).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	5	7	4	3	8
En pourcentage	19%	26%	15%	11%	30%



La moitié des dispositifs ont constitué un « fichier entreprises partagé » que les CEA complètent au fur et à mesure de leur activité, lorsqu'ils démarchent des entreprises, lorsqu'ils accompagnent une personne en stage, plus généralement lors de tous contacts avec des employeurs. Ce fichier est partagé lors des réunions de supervision. Ces dispositifs ont plus de 4 rendez-vous par semaine avec des entreprises.

En revanche, l'autre moitié des dispositifs de l'étude ont peu de contacts avec les entreprises et ne documentent pas les rendez-vous.

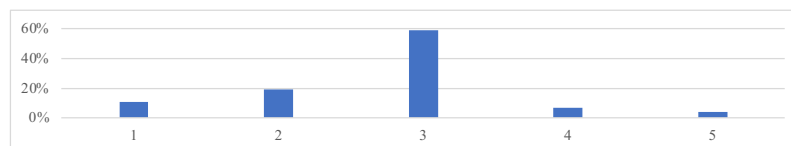
2.5. Faible fidélité (3 items)

Enfin, nous avons regroupé 3 items dans la catégorie appelée « faible fidélité », ils ont pour caractéristique d'obtenir un score moyen inférieur à 3,0. Il s'agit de :

- l'item 15 (*service 4*) recherche rapide d'un emploi classique,
 - l'item 2 (*staffing 2*) temps consacré par les CEA à l'accompagnement dans et vers l'emploi,
 - l'item 29 (ajout 4) attention portée au développement du pouvoir d'agir (pairaidance).
- L'item 15 (*service 4*) recherche rapide d'un emploi classique permet d'apprécier le délai entre l'entrée de la personne dans le dispositif et son premier entretien avec un employeur potentiel. Selon la méthodologie IPS, un score de haute fidélité pour cet item est obtenu lorsque ce délai est inférieur ou égal à 1 mois (score moyen = 2,74 ; écart-type = 0,90).
- Pour obtenir une note de 5 à l'item (4% des dispositifs), ce délai est inférieur ou égal à 1 mois ; pour obtenir une note de 4 (7%), ce délai est compris entre 1 et 2 mois ; pour une note de 3 (59%), ce délai est compris entre 2 et 5 mois ; pour obtenir une note de 2 (19%), ce délai est compris entre 5 et 9 mois ; pour une note de 1 (11%), ce délai est supérieur à 9 mois.

Tableau 35. Résultats de la cotation de l'item « recherche rapide d'un emploi classique » (service 4).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	3	5	16	2	1
En pourcentage	11%	19%	59%	7%	4%



59% des dispositifs obtiennent la note 3 à l'item. Cette note correspond à un délai moyen de 2 à 5 mois pour qu'une personne accompagnée obtienne un premier entretien d'embauche. Tous s'accordent sur le fait que ce délai est très variable d'une personne à l'autre.

Certains dispositifs considèrent que les personnes accompagnées ne sont pas « prêtes » avant ce délai en raison de leur distance à l'emploi ou de leurs capacités à chercher un emploi :

ça peut être plus ou moins long, les personnes qui ont bénéficié d'autres dispositifs auparavant arrivent plus prêtes et donc c'est plus rapide... c'est du cas par cas, certaines personnes arrivent avec un CV, une lettre de présentation, elles doivent juste se préparer à des entretiens, pour d'autres, ça peut prendre 1 an ou même plus

D'autres dispositifs évoquent d'autres raisons comme le logement ou l'absence d'accompagnement social :

tout dépend de la situation de la personne quand elle arrive...si elle peut accéder directement à un emploi ou si la personne est sans logement, sans suivi... c'est difficile de donner une moyenne c'est très individuel...ça peut être 15 jours et pour d'autres 3 mois ou 6 mois

Par ailleurs, certains dispositifs accompagnant un public jeune déclarent que le délai est plus long pour ces personnes qui sont le plus souvent peu expérimentées et peu autonomes :

c'est plus difficile et plus long pour les jeunes qui n'ont pas beaucoup d'expérience et qui peuvent être immatures psychoaffectivement...beaucoup de jeunes vivent chez leurs parents, qui peuvent ne pas être présents ou bien trop présents, on ne sait pas toujours mais leur niveau d'autonomie est assez bas ce qui peut rendre le parcours très long

- L'item 2 (staffing 2) temps consacré par les CEA à l'accompagnement dans et vers l'emploi permet d'apprécier le temps d'activité des CEA dédié strictement à l'accompagnement professionnel des personnes et non à des problématiques d'ordre social, relevant davantage de la fonction de coordinateur de parcours³²² (score moyen = 2,63 ; écart-type = 1,39). Selon la méthodologie IPS, les CEA n'exercent pas cette fonction, ils ne s'occupent pas de

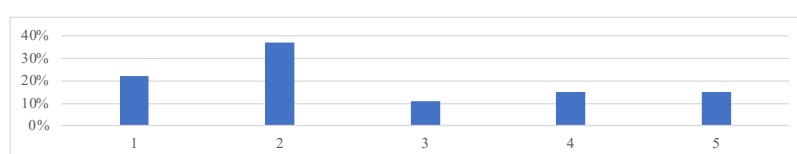
³²² Case manager.

problématiques de logement par exemple mais sont tenus d'identifier et de contacter une personne relais dans le réseau de la personne si nécessaire.

Pour obtenir une note de 5 à l'item (15% des dispositifs), plus de 95% du temps des CEA est strictement dédié à l'accompagnement professionnel ; pour obtenir une note de 4 (15% des dispositifs), entre 90% et 95% de leur temps y est dédié ; pour une note de 3 (11% des dispositifs), entre 75% et 89% ; pour une note de 2 (37% des dispositifs), entre 60 et 74% ; pour une note de 1 (22%), moins de 60%.

Tableau 36. Résultats de la cotation de l'item « temps consacré par les CEA à l'accompagnement dans et vers l'emploi » (staffing 2).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	6	10	3	4	4
En pourcentage	22%	37%	11%	15%	15%



Le rôle du CEA est considéré de manière différente selon les dispositifs. De plus l'absence de *case manager* demande aux CEA d'identifier des personnes relais dans le réseau de la personne pour accompagner les différentes problématiques d'ordre social. Par ailleurs, les publics accompagnés par les différents dispositifs ne présentent pas tous le même degré de difficultés sociales.

Certains dispositifs de notre étude ont pu trouver ces relais auprès d'assistantes sociales, de personnes au sein des CMP, de travailleurs sociaux de l'association de la structure porteuse ou encore auprès des curateurs et ont obtenu la note de 5 :

on ne s'inquiète pas que du travail mais aussi de la vie de tous les jours, on est aussi vu comme quelqu'un qui peut aider aussi sur ces aspects, orienter, trouver des réponses... quand la CEA est arrivée, elle a beaucoup orienté de personnes vers des SAVS ou SAMSAH car les personnes sont arrivées très seules et depuis des mois ou des années, elles étaient passées à travers les mailles du filet

Un des dispositifs dispose d'un « référent projet de vie » au sein de son équipe, ce qui permet de proposer un accompagnement social aux personnes qui le souhaitent, en plus de l'accompagnement du « référent professionnel ».

D'autres dispositifs ont pu trouver ces relais pour certaines personnes et non pour d'autres, ils prennent alors en charge cet aspect de l'accompagnement :

on intervient sur les questions de logement, de santé, parfois sur des questions de mobilité, de savoir-être relationnel au-delà de la dimension de l'accompagnement professionnel en entreprises et aussi budgétaire... en général on est plutôt en coordination avec un passage de relais mais pour certaines personnes il n'y a pas d'autres partenaires donc c'est au CEA de le faire, le relais peut prendre du temps aussi pour expliquer la situation, accompagner, expliquer la situation, c'est une sorte de "tuilage"

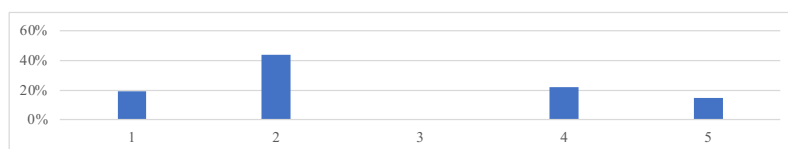
D'autres dispositifs indiquent appréhender l'accompagnement des personnes comme un accompagnement global et ne font pas appel à d'autres personnes relais ou alors assistent systématiquement aux différents rendez-vous d'assistance sociale avec les personnes.

- L'item 29 (ajout 4) attention portée au développement du pouvoir d'agir (pairaidance) permet d'apprécier dans quelle mesure les dispositifs ont recours à la pairaidance ou à la pair-émulation grâce à l'organisation de rencontres entre personnes accompagnées (score = 2,48 ; écart-type = 1,25).

Pour obtenir la note de 5 à l'item (15% des dispositifs), des rencontres collectives sont organisées entre personnes accompagnées au moins une fois par semaine et des temps collectifs sont organisés pour que les personnes puissent agir sur le fonctionnement du dispositif ; pour obtenir une note de 4 (22%), des rencontres collectives sont organisées entre personnes accompagnées au moins une fois par semaine ; pour une note de 3 (0%), au moins une fois par mois ; pour une note de 2 (44%), des rencontres collectives sont organisées occasionnellement, pour une note de 1 (19%), aucune activités ne sont organisées.

Tableau 37. Résultats de la cotation de l'item « attention portée au développement du pouvoir d'agir (pairaidance) » (ajout 4).

Cotation	1	2	3	4	5
Nombre de dispositifs (N=27)	5	12	0	6	4
En pourcentage	19%	44%	0%	22%	15%



L'organisation de rencontres collectives régulières entre personnes accompagnées n'est pas très développée parmi les dispositifs de l'étude. Cependant, un grand nombre des structures interrogées ont conscience de l'importance des échanges entre pairs, notamment depuis la période de confinement pendant laquelle ils ont pu expérimenter l'organisation de ces rencontres en visioconférence.

Néanmoins, certains dispositifs organisent régulièrement des ateliers collectifs autour de sujets tels que la recherche d'emploi, la préparation aux entretiens, la gestion de la divulgation de son

handicap. Ces ateliers sont aussi des occasions pour les personnes d'échanger entre elles à la suite.

Quelques-uns organisent régulièrement des rencontres dédiées aux échanges entre personnes accompagnées, le plus souvent dans des lieux informels tels que des cafés, des parcs ou encore au restaurant. Ces rencontres permettent de (re)donner de l'espoir aux personnes concernées et d'accroître ainsi leur motivation :

les rencontres entre « job coachés » c'est intéressant pour les nouveaux car souvent ils n'y croient pas beaucoup même avec un CEA et finalement d'avoir le témoignage des anciens, le partage d'expérience tel que « bah si moi j'ai déjà eu 4 entretiens » ... ils repartent gonflés à bloc

Parmi les dispositifs organisant chaque semaine des rencontres entre personnes accompagnées en présentiel ou en visioconférence, certaines sont co-animées par une personne concernée et ce, à la demande des participants. Un des dispositifs de l'étude a intégré un pair-aidant au sein de son équipe, salarié de l'association, qui accueille et accompagne les personnes accompagnées en coordination avec les autres membres de l'équipe.

En résumé, comme indiqué dans le tableau récapitulatif ci-dessous, les dispositifs de l'étude obtiennent (en moyenne) des scores de degré de fidélité convenables à très hauts pour 24 items des 27 items de l'échelle IPS version française.

Les équipes des structures participant à l'étude respectent la plupart des principes de la méthodologie de référence internationale IPS. Un CEA unique accompagne les personnes tout au long de leur parcours, selon leurs besoins, de leur recherche d'emploi à leur maintien en emploi et pour certains, à leur évolution professionnelle. Les CEA coopèrent avec les différents acteurs du réseau de la personne, qu'ils exercent au sein du corps médical, du service public de l'emploi, de l'entreprise ou des services sociaux. Une attention particulière est portée aux préférences et aux intérêts professionnels de la personne.

Cette pratique est rendue possible, entre autres, grâce au nombre limité de personnes accompagnées par les CEA, au niveau de formation initiale et continue élevé (des CEA) et à la constitution d'équipes soutenant d'organisation managériale horizontale, dont la plupart bénéficient d'un.ne coordinateur expérimenté disponible et réactif.

Concernant les items à moindre scores ou bien à dispersion élevée, certains résultats peuvent être expliqués par une pratique plus récente de certains dispositifs. Ces derniers dont les CEA sont moins formés pour certains, moins expérimentés pour d'autres ou encore isolés, peuvent

rencontrer quelques difficultés pour coopérer avec les différents acteurs du réseau de la personne accompagnée.

Concernant le score de l'item « recherche rapide d'un emploi en milieu ordinaire », il ne semble pas être corrélé à l'ancienneté du dispositif ni à l'expérience ou à la formation des CEA mais peut-être à la « prise de risque », vécue par les dispositifs, d'une première insertion professionnelle qui ne serait pas durable. La difficulté d'observer ce principe par les dispositifs pourrait émaner de leur inquiétude quant à la possible déception de l'entreprise d'une insertion non réussie et par conséquent, pour le dispositif, d'une rupture de coopération avec les entreprises.

Tableau 38. Récapitulatif de la répartition des items en fonction de leur degré de fidélité au modèle IPS.

Haute fidélité et dispersion nulle	Haute fidélité et faible dispersion	Bonne fidélité et faible dispersion	Fidélité convenable et dispersion élevée	Faible fidélité	Non adapté au contexte français
2 items	7 items	9 items	6 items	3 items	2 items
score moyen =5 écart-type = 0	score moyen > 4,5 écart type ≤ 1,1	4 < score moyen <4,5 écart-type ≤ 1,2	3 < score moyen < 4 écart-type ≥ 1,3	score moyen < 3	
- référent unique - diversité des employeurs	- diversité des postes obtenus - gestion de la déclaration de la situation de handicap - accompagnement individualisé dans l'emploi - formation préalable des CEA - évaluation professionnelle au fil de l'eau - intensité de l'accompagnement dans l'emploi - propositions d'emploi correspondant aux préférences des personnes	- nature des contrats proposés aux personnes - zéro exclusion - articulation avec les équipes de soins - focalisation sur l'emploi en milieu ordinaire - accompagnement dans l'accès ou l'évolution des droits sociaux - modalités déployées pour "Aller vers" - nombre de personnes accompagnées par CEA - implication de la Direction Générale de la structure porteuse - temps consacré par les CEA à l'exercice de leur mission	- rôle du de la coordinateur.rice - interactions avec le SPE - constitution d'une équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec encadrement - qualité des relations avec les employeurs - temps passé par le la CEA à l'extérieur de son bureau - fréquence des contacts employeurs	- recherche rapide d'un emploi en milieu ordinaire - temps consacré par les CEA dans et vers l'emploi - attention portée au développement du pouvoir d'agir (pairaidance)	- intégration à une équipe de soins - <i>vocational rehabilitation</i>

Chapitre 3 : Compétences mobilisées par les conseillers en emploi accompagné des structures

Après avoir étudié l'organisation des différents dispositifs, les services proposés par leurs conseillers en emploi accompagné (CEA) et leurs modalités d'exercice, nous nous sommes intéressés aux compétences mobilisées par les CEA dans le cadre de leur activité. Comme présentée dans la partie méthodologie, cette approche quantitative repose sur la passation de l'échelle d'évaluation des comportements, connaissances et attitudes des conseillers en emploi, version validée en français de la *Behaviors, Attitudes and Knowledge of Employment Specialists*³²³ (BAKES).

1. Caractéristiques sociodémographiques des conseillers en emploi accompagné (CEA)

En introduction à la passation du questionnaire d'auto-évaluation, les conseillers en emploi accompagné (CEA) sont invités à renseigner en premier lieu quelques informations sociodémographiques les concernant : leur date de naissance, leur sexe inscrit à l'état civil³²⁴, la date de leur début d'exercice en tant que CEA, leur formation (diplômes et formations complémentaires relatives à l'Emploi Accomagné), leur expérience professionnelle antérieure.

1.1. Âges et années d'expérience des CEA

Comme présenté sur le tableau ci-dessous, au moment de la passation du questionnaire³²⁵, l'âge moyen des CEA est de 42,5 ans et ils exercent (en tant que CEA) depuis 2,3 ans en moyenne. 76% se déclarent « femme » et 24% « homme ».

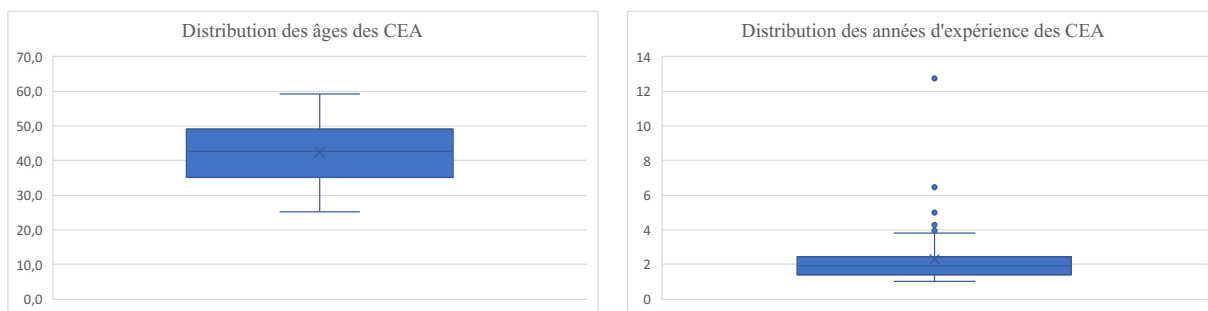
Tableau 39. Caractéristiques sociodémographiques des CEA (âge et nombre d'années d'expérience en tant que CEA).

N=71	Moyennes	Ecart-types	Minimum	Maximum
Age (en années)	42,5	8,5	25,3	59,3
Expérience en tant que CEA (en années)	2,3	1,7	1	12,7

³²³ M. Corbière, V. Neduha, N. Lancôt N, *Behaviors, Attitudes and Knowledge in Employment Specialists Scale (BAKES)*, Sherbrooke, Canada, Université de Sherbrooke, 2007.

³²⁴ Aujourd'hui, nous aurions ajouté les catégories « non binaire » et « autre ».

³²⁵ lors de l'année 2020 et jusqu'à mai 2021 pour les CEA en début d'exercice pour respecter le critère d'inclusion d'au moins une année d'activité en tant que CEA.



50% des CEA des dispositifs de l'étude sont âgés de 35 à 49 ans. Le plus jeune a 25 ans et le plus âgé a 59 ans. Concernant leur nombre d'années d'expérience en tant que CEA, 50% des CEA exercent depuis une durée de 1,4 ans à 2,3 ans. 4 CEA sont nettement plus expérimentés que l'ensemble des CEA de l'étude.

1.2. Formations et expériences professionnelles antérieures des CEA

Les différentes formations déclarées³²⁶ par les CEA des dispositifs de l'étude sont variées et relèvent de différents secteurs d'activité ou appartiennent à diverses disciplines universitaires, comme illustré sur le graphique ci-dessous.

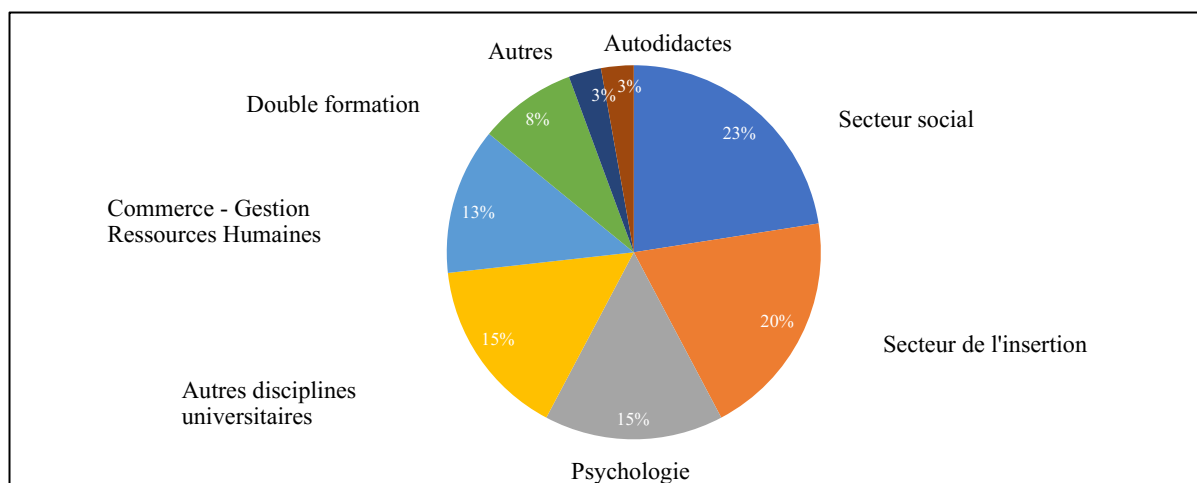


Figure 3. Répartition des CEA selon leur domaine de formation initiale

Une part importante des CEA de l'étude (23%) a reçu une formation relevant du secteur social, quasiment équivalente à celle ayant reçu une formation relevant du secteur de l'insertion (20%). Un nombre non négligeable de CEA ont suivi un enseignement en psychologie (15%) ou d'une autre discipline universitaire (15%) ou encore relevant du domaine du commerce (13%).

³²⁶ (cf. détail des formations initiales et complémentaires des CEA des dispositifs en annexe p.358)

Par ailleurs, 33% des CEA ont déclaré avoir reçu une formation IPS ou sur les fondamentaux de l'Emploi Accompagné. Parmi les 71 CEA ayant complété le questionnaire, 29 CEA ont communiqué individuellement les résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi (au moins 6 mois consécutifs) des personnes qu'ils accompagnent³²⁷. Parmi ces 29 CEA, 10 ont déclaré avoir reçu une formation IPS ou la formation sur les fondamentaux de l'Emploi Accompagné³²⁸.

En termes de taux d'insertion professionnelle des personnes accompagnées, les résultats communiqués par les CEA ayant reçu une formation IPS (N=10) et par ceux ne l'ayant pas reçue (N=19) apparaissent relativement proches, comme illustrés sur les boîtes à moustache ci-dessous. Concernant le groupe de CEA ayant reçu une formation IPS (N=10), la moyenne des taux d'insertion professionnelle des personnes accompagnées est de 50,1% ; pour le second groupe (N=19), elle est de 48,1%. La différence entre les deux moyennes n'est pas significative.

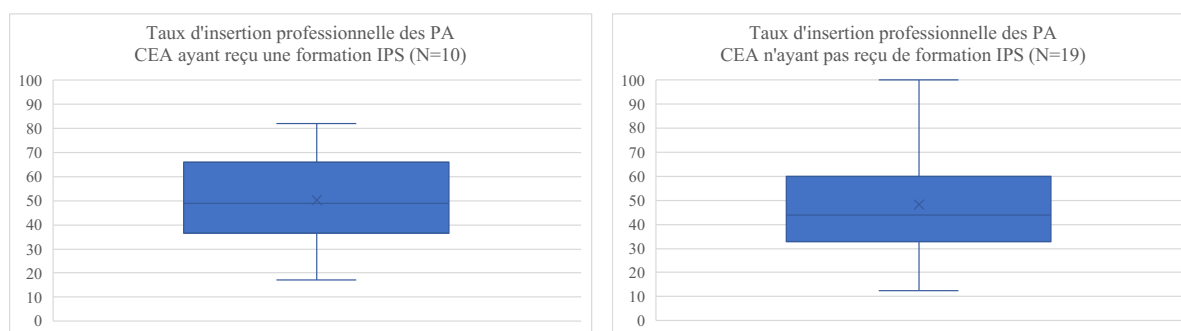


Figure 4. Comparaison des taux d'insertion professionnelle des PA selon la formation des CEA (IPS)

En revanche, concernant les taux de maintien (au moins 6 mois consécutifs) des personnes accompagnées par les CEA, à l'aide des graphiques ci-dessous, nous pouvons observer un écart plus important entre les moyennes des deux groupes de CEA. Elle est égale à 74,6% pour le premier et à 55,4% pour le second. La différence est significative entre les moyennes des deux groupes de CEA [$t(27) = 1,827$; $p = 0,04$].

³²⁷ Certains dispositifs ont souhaité ne communiquer que les résultats globaux de l'équipe de CEA et non les résultats individuels (anonymisés).

³²⁸ Formation dispensée par le collectif France Emploi Accompagné dont les formateurs ont pour la plupart reçu une formation IPS.

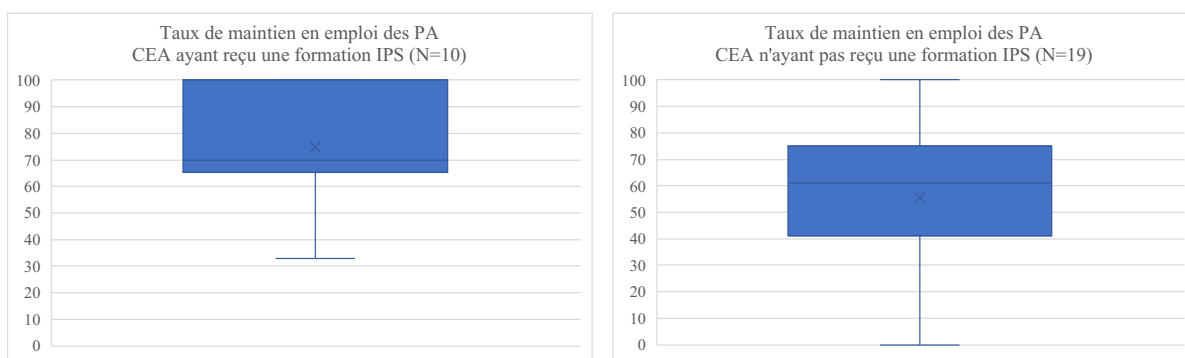


Figure 5. Comparaison taux de maintien des PA selon la formation des CEA (IPS)

Les parcours professionnels antérieurs des différents CEA de l'étude sont, de même que leurs formations initiales, relativement variés. Les fonctions occupées précédemment³²⁹ par les CEA ont été exercées principalement : au sein d'établissements médico-sociaux (69%), le plus fréquemment en ESAT³³⁰ ; au sein du Service Public de l'Emploi (48%) ; dans le secteur de l'entreprise (27%) ; au sein de centres de formation professionnelle (20%) et au sein d'agences d'intérim (7%). Un grand nombre des CEA de l'étude, 44% d'entre eux, ont exercé différentes activités au sein de ces différents secteurs, comme illustré sur le graphique ci-dessous.

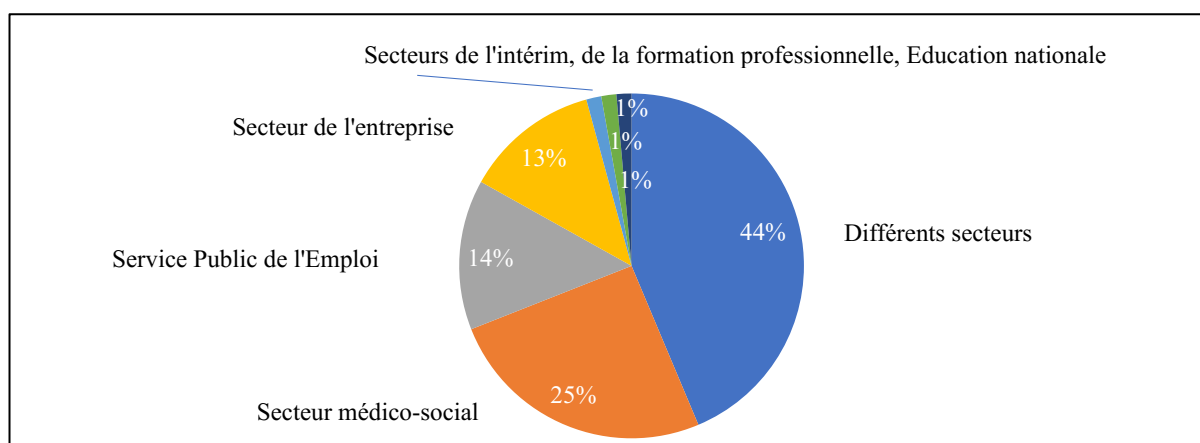


Figure 6. Répartition des CEA selon leurs expériences antérieures professionnelles (par secteur d'activité)

Les CEA des différentes structures participant à l'étude (N=71) ont reçu des formations initiales variées et ont exercé auparavant au sein de différents secteurs d'activité. Parmi les 71 CEA, 29 ont communiqué les résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi (au moins 6 mois consécutifs) des personnes qu'ils accompagnent. Parmi ces 29 CEA, 10 ont reçu une formation IPS. Le taux moyen de maintien en emploi des personnes que ces derniers

³²⁹ (cf. voir la liste des postes précédemment occupés en annexe p.357).

³³⁰ 57%.

accompagnent est significativement supérieur à celui du groupe de CEA n'ayant pas reçu de formation IPS.

2. Résultats de la passation de l'échelle (BAKES)

Après avoir décrit les caractéristiques sociodémographiques des 71 conseillers en emploi accompagné (CEA) ayant accepté de répondre à l'ensemble du questionnaire d'auto-évaluation, nous allons décrire à la suite les résultats obtenus aux différents items de l'échelle BAKES.

Comme indiqué précédemment dans la présentation de l'échelle, les compétences mobilisées pour l'exercice de l'activité de CEA sont formulées sous forme d'énoncés décrivant différentes actions relatives à ce métier. Les CEA évaluent pour chaque énoncé à quelle fréquence ils engagent cette action, sur une échelle de Likert en 7 points³³¹. De plus, en suivant le même principe, les CEA auto-évaluent leurs différentes connaissances relatives au métier de CEA³³².

Ce sont des réponses qualitatives qui sont quantifiées dans les résultats présentés à la suite. Par exemple, un score moyen égal à 4,5 serait à comprendre comme se situant entre les réponses « moyen » et « assez bien » (pour les connaissances), ce qui pourrait faire perdre de l'information. En revanche, en calculant ce score, il est possible de comparer les items entre eux et de savoir quelles sont les compétences ou connaissances les plus ou moins mobilisées par les CEA participant à l'étude.

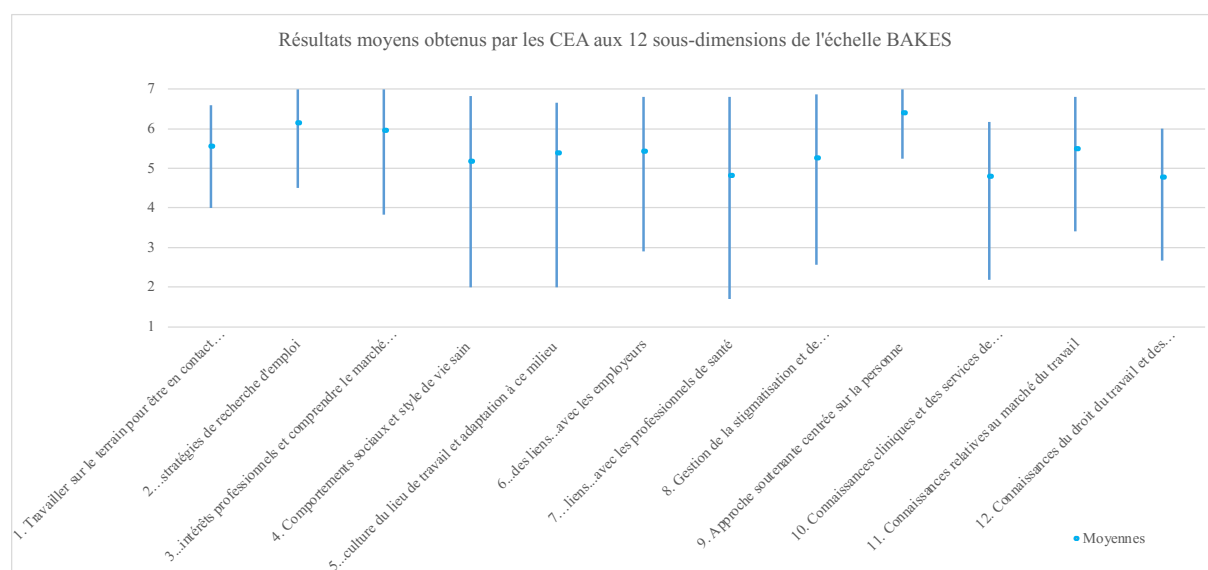
Dans le tableau ci-dessous, nous présentons les résultats obtenus aux 12 sous-dimensions de l'échelle. Sur le graphique à la suite, nous illustrons les résultats en indiquant les moyennes des scores obtenus aux différentes sous-dimensions par des ronds et les étendues par des segments.

³³¹ 1 = « jamais », 2 = « très rarement », 3 = « rarement », 4 = « parfois », 5 = « souvent », 6 = « très souvent » et 7 = « toujours ».

³³² 1 = « pas du tout », 2 = « très peu », 3 = « un peu », 4 = « moyen », 5 = « assez bien », 6 = « très bien » à 7 = « tout à fait ».

Tableau 40. Résultats obtenus par les CEA aux 12 sous-dimensions BAKES.

Sous-dimensions de l'échelle BAKES	Moyennes	E-T	Min	Max
1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires	5,55	0,64	4,00	6,58
2. Enseigner les stratégies de recherche d'emploi	6,15	0,58	4,50	7,00
3. Proposer du soutien et de l'aide aux PA pour identifier leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail	5,95	0,69	3,83	7,00
4. Comportements sociaux et style de vie sain	5,17	0,84	2,00	6,83
5. Connaissance de la culture du lieu de travail et adaptation à ce milieu	5,38	0,82	2,00	6,67
6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs	5,42	0,85	2,90	6,80
7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé	4,82	1,06	1,70	6,80
8. Gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation	5,25	0,79	2,57	6,86
9. Approche soutenante centrée sur la personne	6,39	0,41	5,25	7,00
10. Connaissances cliniques et des services de retour à l'emploi	4,80	0,77	2,18	6,18
11. Connaissances relatives au marché du travail	5,48	0,64	3,40	6,80
12. Connaissances du droit du travail et des politiques sociales concernant les personnes en situation de handicap	4,77	0,84	2,67	6,00



Les scores moyens obtenus sont supérieurs à la note de 5³³³ (sur 7) pour 9 sous-dimensions de l'échelle. Toutefois, certaines sous-dimensions présentent des scores dont la dispersion et l'étendue sont plus élevées. Nous avons choisi de les regrouper en trois catégories pour les décrire : les 4 sous-dimensions obtenant un score moyen élevé³³⁴ et de faible dispersion³³⁵, révélant les compétences les plus mobilisées par les CEA ; les 5 sous-dimensions obtenant un

³³³ Correspondant à « souvent » pour les compétences et à « assez bien » pour les connaissances.

³³⁴ 5,5 < score moyen < 6,4.

³³⁵ 0,4 < écart-type < 0,7.

score moyen intermédiaire³³⁶ avec une plus forte dispersion³³⁷, révélant les compétences fréquemment mobilisées par les CEA et les 3 dimensions obtenant un score moyen plus faible³³⁸ et avec une plus forte dispersion³³⁹, révélant les compétences moins fréquemment mobilisées par les CEA.

2.1. Compétences les plus mobilisées (4 sous-dimensions)

Les compétences les plus mobilisées par les CEA de l'étude correspondent aux items des 4 sous-dimensions de l'échelle obtenant un score moyen élevé ($6,4 > \text{score moyen} > 5,5$) et une faible dispersion (écart-type $< 0,7$). Elles sont les suivantes :

- « Approche soutenante et centrée sur la personne » (sous-dimension 9),
 - « Enseigner les stratégies de recherche d'emploi » (sous-dimension 2),
 - « Proposer du soutien et de l'aide aux personnes pour identifier leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail » (sous-dimension 3),
 - « Travailler sur le terrain pour être en contact avec les personnes accompagnées et définir les aménagements de poste nécessaires » (sous-dimension 1).
- La sous-échelle 9, « Approche soutenante et centrée sur la personne » (score moyen = 6,39 ; écart-type = 0,41) est composée de 8 items dont les scores moyens obtenus sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

D'après les résultats déclarés à ces items, les CEA semblent faire preuve de soutien, d'empathie et d'une écoute attentive envers les personnes accompagnées (PA). Ils sont vecteurs d'espoir quant à leur réinsertion professionnelle et respectent le principe IPS du respect des choix et des préférences de la personne.

Toutefois, les items 8, 19 et 71 présentent des scores moins élevés (< 6) et notamment des écarts-types et des étendues plus importants ($\text{étendue}_8 = 6$, $\text{étendue}_{19} = 5$ et $\text{étendue}_{71} = 6$) que les autres items de cette sous-échelle. Il s'agit d'items relatifs à la posture adoptée par le/la CEA qui semble différente concernant une « juste-distance » à proposer dans le lien créé avec les personnes accompagnées et concernant l'accompagnement des expériences vécues comme anxiogènes par les personnes, notamment au moment de leur insertion.

³³⁶ $5,2 < \text{score moyen} < 5,5$.

³³⁷ $0,6 < \text{écart-type} < 0,8$.

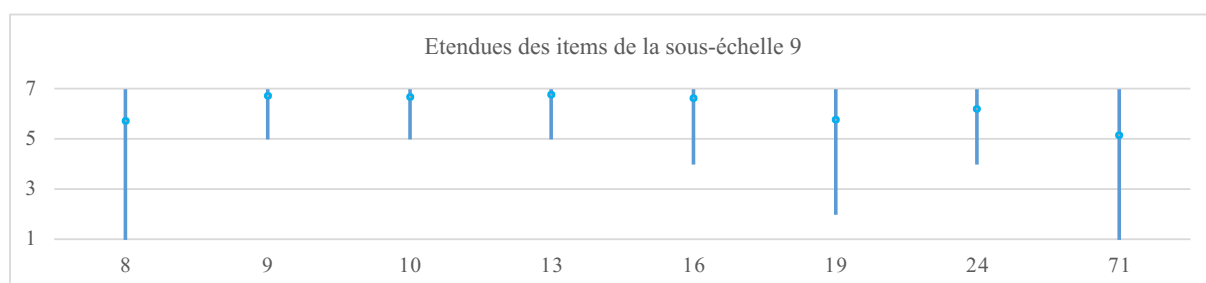
³³⁸ Score moyen = 4,8.

³³⁹ $0,8 < \text{écart-type} < 1,1$.

Plus particulièrement, l'item 19 souligne l'importance de la vigilance demandée aux CEA de maintenir des limites entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle tout en restant disponibles et réactifs pour les personnes accompagnées (nous avons relevé un taux de 32% de départs de CEA³⁴⁰ de leur dispositif pendant la période de l'étude).

Tableau 41. Résultats obtenus aux 8 items de la sous-échelle 9 « Approche soutenante et centrée sur la personne ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
8...démontrez de la sensibilité face aux difficultés personnelles des PA notamment celles relatives à la santé mentale?	5,75	1,35	1	7
9...utilisez des habiletés de relations interpersonnelles pour travailler avec les PA, telles que l'écoute et l'empathie?	6,73	0,53	5	7
10...maintenez une relation de soutien auprès des PA pour les aider à s'insérer avec succès sur le marché du travail?	6,68	0,55	5	7
13...écoutez attentivement les PA et les soutenez tout au long de leur processus d'insertion au travail?	6,77	0,45	5	7
16...Maintenez une attitude positive vis-à-vis des PA quant à leur potentiel d'être embauché.e.s ?	6,63	0,64	4	7
19...respectez vos limites personnelles dans l'exercice de votre travail, tout en demeurant disponible pour aider les PA ?	5,79	1,16	2	7
24...soutenez les PA dans leur processus de prise de décision quand ils choisissent un type d'emploi et ce quelque soit l'emploi ciblé?	6,23	0,85	4	7
71...rassurez les PA lorsqu'il.elle.s vivent du stress lors de leur insertion au travail ?	5,19	1,55	1	7



- La sous-échelle 2, « Enseigner les stratégies de recherche d'emploi » (score moyen = 5,95 ; écart-type = 0,69) est composée de 6 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

D'après les réponses déclarées par les CEA, ils enseignent les stratégies de recherche d'emploi aux personnes accompagnées en respectant leurs besoins et leurs préférences et les préparent aux entretiens d'embauche par des mises en situation³⁴¹.

Toutefois, pour les items 1, 60 et 62 les écarts-types et les étendues sont plus importants (étendue₁ = 4, étendue₆₀ = 6, étendue₆₂ = 4). D'un CEA à l'autre, comme nous l'avons présenté

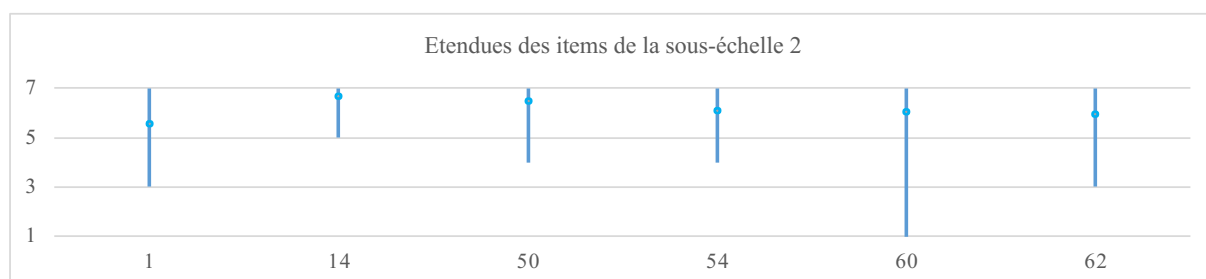
³⁴⁰ Ce ratio a été calculé à partir du nombre de CEA contactés pour répondre au questionnaire « alliance de travail » avec les personnes accompagnées, résultats que nous présenterons au chapitre suivant.

³⁴¹ jeux de rôle.

dans la partie précédente décrivant les parcours professionnels antérieurs des CEA, certains ont pu exercer au sein de différents secteurs d'activité et d'autres non, en entreprise ou non. Cela pourrait expliquer, par exemple, une plus grande facilité pour certains à transmettre leurs expériences et leurs compétences en matière de négociation avec des employeurs potentiels. Il pourrait aussi s'agir d'une différence de posture adoptée par les CEA, certains d'entre eux négociant systématiquement des aménagements de travail auprès des employeurs potentiels pour le compte des personnes qu'ils accompagnent.

Tableau 42. Résultats obtenus aux 6 items de la sous-échelle 2 « Enseigner les stratégies de recherche d'emploi ».

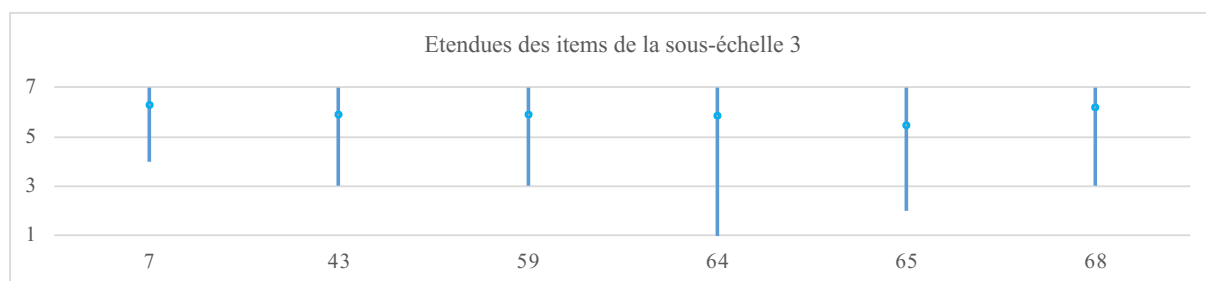
Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
1...utilisez vos connaissances et vos expériences pour effectuer une sélection d'emplois qui correspond aux besoins des PA?	5,59	1,18	3	7
14...utilisez diverses stratégies de recherche d'emploi pour aider les PA dans leur insertion au travail (ex. offres sur internet, petites annonces classées) ?	6,68	0,58	5	7
50...montrez aux PA comment utiliser des stratégies de recherche d'emploi (ex. envoyer un curriculum vitae, contacter un employeur) ?	6,52	0,69	4	7
54...faites des mises en situation pour préparer les PA à des entretiens d'embauche?	6,10	0,96	4	7
60...montrez aux PA comment se vendre et comment négocier avec de potentiels employeurs ?	6,04	1,05	1	7
62...tenez compte du marché du travail actuel pour aider les PA à réaliser leurs objectifs de travail ?	5,96	1,16	3	7



- La sous-échelle 3, « Proposer du soutien et de l'aide aux personnes pour identifier leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail » (score moyen = 6,15 ; écart-type = 0,58) est composée de 6 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous. D'après les réponses déclarées à cette sous-dimension, les CEA proposent un soutien aux personnes accompagnées pour identifier leurs intérêts professionnels. Concernant le soutien apporté pour comprendre le marché du travail, nous pouvons observer des items avec des écart-types et des étendues plus importants, notamment pour les items 64 et 65 (étendue₆₄ = 6, étendue₆₅ = 5). Ces écarts pourraient aussi être expliqués par les expériences antérieures différentes des CEA et de ce fait, de leurs connaissances propres du marché du travail et des attentes des employeurs.

Tableau 43. Résultats obtenus aux 6 items de la sous-échelle 3 « Proposer du soutien et de l'aide aux personnes pour identifier leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
7...aidez les PA à identifier les avantages et inconvénients de divers emplois ?	6,31	0,86	4	7
43...évaluez les expériences de travail antérieures des PA et les utilisez pour formuler des objectifs de travail ?	5,93	1,14	3	7
59...aidez les PA à identifier la formation et l'expérience requises pour envisager un nouveau métier?	5,90	1,12	3	7
64...donnez aux PA des exemples concrets concernant les attentes des employeurs (ex. productivité, travail d'équipe)?	5,87	1,05	1	7
65...aidez les PA à identifier des obstacles internes et externes (ex. manque de compétences, taux de chômage) qui pourraient gêner l'atteinte de leurs objectifs de travail ?	5,46	1,39	2	7
68...aidez les PA à identifier leurs intérêts et préférences reliés au travail ?	6,21	0,94	3	7

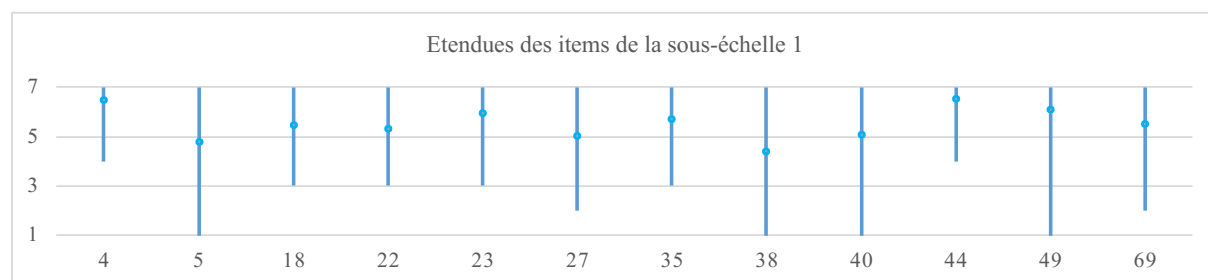


- La sous-échelle 1, « Travailler sur le terrain pour être en contact avec les personnes accompagnées et définir les aménagements de poste nécessaires » (score moyen = 5,55 ; écart-type = 0,64) est composée de 12 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

D'après les réponses déclarées par les CEA aux items de la sous-échelle 1 concernant le « travail sur le terrain » et les aménagements de postes, les résultats obtenus aux items 5, 27, 38, 40, 49 et 69 présentent des écarts-types et des étendues importants (étendue₅ = 6, étendue₂₇ = 5, étendue₃₈ = 6, étendue₄₀ = 6, étendue₄₉ = 6, étendue₆₉ = 5). Certains CEA ne semblent pas être en mesure d'aider les personnes à quitter un emploi convenablement lorsque cela est nécessaire. Le temps de travail passé par les CEA à l'extérieur de leur bureau pour rencontrer les personnes ou les employeurs varie d'un CEA à l'autre (résultat cohérent avec celui observé à l'échelle IPS-25). De plus, certains CEA semblent rencontrer davantage de difficultés pour se rendre le lieu de travail des personnes accompagnées ou bien alors ne le proposent pas, que ce soit pour les accompagner lors des entretiens d'embauche, pour sensibiliser les équipes et identifier avec les personnes accompagnées des collègues susceptibles de les aider ou encore pour demander des aménagements de travail aux employeurs.

Tableau 44. Résultats obtenus aux 12 items de la sous-échelle 1 « Travailler sur le terrain pour être en contact avec les personnes accompagnées et définir les aménagements de poste nécessaires ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
4...suivez de près le processus de maintien en emploi des PA lorsqu'il.elle.s ont obtenu un emploi ?	6,48	0,77	4	7
5...aidez les PA à quitter leur emploi convenablement lorsque c'est nécessaire ?	4,82	1,94	1	7
18...encouragez les PA à obtenir un emploi le plus rapidement possible après s'être inscrit.e.s au dispositif d'Emploi Accompagné ?	5,51	1,11	3	7
22...informez les PA quant à l'impact de l'obtention d'un emploi sur leurs avantages sociaux reliés à leur situation de handicap ?	5,32	1,24	3	7
23...explorez avec les PA les options de transport et les itinéraires possibles pour aller et revenir du travail ?	5,97	1,12	3	7
27...passez la plupart de votre temps de travail en dehors de votre bureau pour rencontrer les PA et les employeurs?	5,04	1,22	2	7
35...évaluez l'environnement de travail pour déterminer s'il correspond aux besoins des PA ?	5,75	1,09	3	7
38...aidez les PA à identifier un collègue de travail qui pourrait les parrainer dans un nouvel emploi ?	4,41	1,68	1	7
40...participez aux entretiens d'embauche des PA quand vous avez leur autorisation ?	5,08	1,87	1	7
44...Recontactez les PA lorsqu'il.elle.s ne donnent plus signe de vie ?	6,55	0,82	4	7
49...Contactez les PA pour vérifier leur situation d'emploi (ex. ont-il.elle.s besoin d'accommodements de travail) ?	6,11	1,05	1	7
69...Apprenez aux PA quels types d'accommodements de travail il.elle.s pourraient demander à leur employeur (ex. rendez-vous avec un médecin, heures de travail flexibles) ?	5,54	1,05	2	7



2.2. Compétences fréquemment mobilisées (5 sous-dimensions)

Les comportements, connaissances et attitudes fréquemment mobilisées par les CEA correspondent aux items des 5 sous-échelles obtenant un score moyen convenable ($5,2 < \text{score moyen} < 5,5$) avec une plus importante dispersion ($0,6 < \text{écart-type} < 0,8$). Les sous-dimensions sont les suivantes :

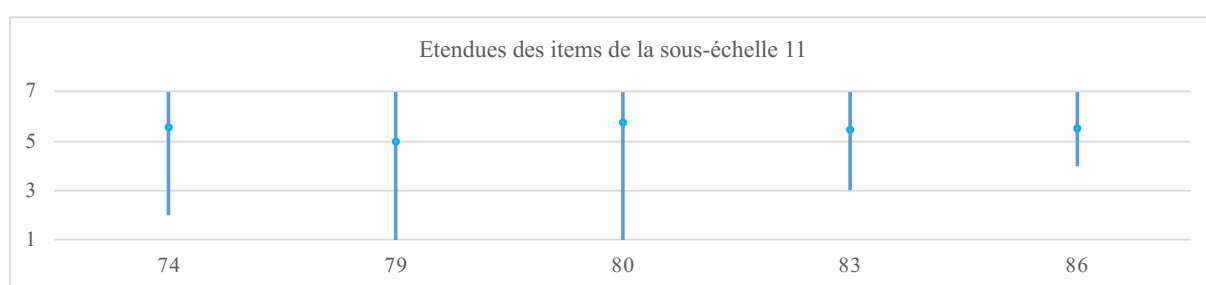
- « Connaissances relatives au marché du travail » (sous-dimension 11),
- « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs » (sous-dimension 6),

- « Connaissance de la culture du lieu de travail et adaptation à ce milieu » (sous-dimension 5),
- « Gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation » (sous-dimension 8),
- « Comportements sociaux et style de vie sain » (sous-dimension 4),
- La sous-échelle 11, « Connaissances relatives au marché du travail » (score moyen = 5,48 ; écart-type = 0,64) est composée de 5 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

D'après les réponses déclarées, les CEA disposent de bonnes connaissances relatives au marché du travail, notamment des divers métiers et de leurs compétences requises. Toutefois, certains CEA (25%) déclarent ne pas détenir une bonne connaissance de la culture d'entreprise de différentes organisations et de différents secteurs d'activité³⁴².

Tableau 45. Résultats obtenus aux 5 items de la sous-échelle 11 « Connaissances relatives au marché du travail ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
74...savez identifier quelles sont les compétences des PA qui pourraient être transférées à d'autres types emplois ?	5,58	0,86	2	7
79...connaissiez la culture d'entreprise (ex. climat de travail, organisation du travail) de nombreuses entreprises et de divers secteurs de travail ?	5,01	0,99	1	7
80...comprenez comment les pratiques de gestion d'entreprise peuvent avoir un impact négatif sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale (ex. le nombre d'heures de travail requis, les normes de productivité) ?	5,76	0,93	1	7
83...connaissiez le marché du travail actuel afin de faire correspondre les habiletés et intérêts des PA aux postes disponibles ?	5,51	0,81	3	7
86...avez une bonne connaissance des divers métiers et emplois ?	5,55	0,71	4	7



- La sous-échelle 6, « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs » (score moyen = 5,42 ; écart-type = 0,85) est composée de 10 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

³⁴² Réponses déclarées de « pas du tout » à « moyen ».

D'après les réponses déclarées à cette sous-échelle, les CEA entretiennent des liens de collaboration avec les employeurs, notamment pour mettre en valeur les compétences de personnes accompagnées auprès d'employeurs potentiels (item 17).

Les items 11 et 55 présentant des scores moyens plus faibles (3,99 et 5,04) et des écarts-types plus élevés (>1,7). Ces items sont relatifs d'une part, à la sensibilisation des employeurs par les CEA sur l'envie et la possibilité pour les personnes en situation de handicap psychique de travailler³⁴³ et d'autre part, à l'implication des « superviseurs »³⁴⁴ sollicitée par les CEA sur le lieu de travail de la personne pour l'aider à se maintenir en emploi.

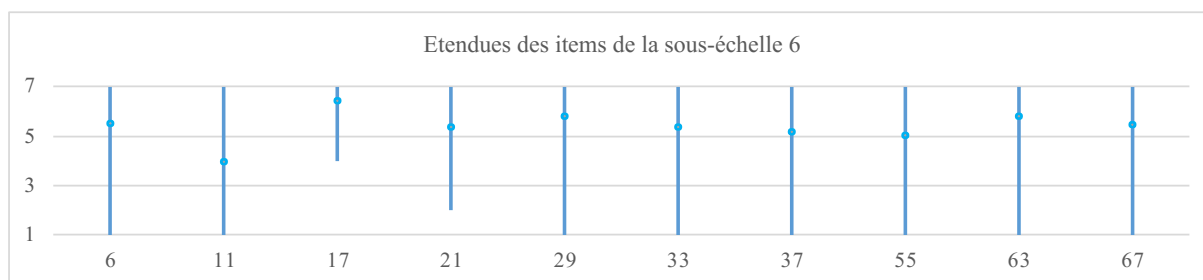
Par ailleurs, certains CEA semblent présenter davantage de difficultés que d'autres à négocier avec les employeurs des aménagements de travail pour le compte des personnes accompagnées.

Tableau 46. Résultats obtenus aux 10 items de la sous-échelle 6 « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
6...établissez et maintenez une relation de confiance avec les employeurs sur le marché du travail ?	5,54	1,18	1	7
11...informez les employeurs des résultats d'études qui démontrent que la majorité des personnes en situation de handicap psychique veulent et sont capables de travailler ?	3,99	1,74	1	7
17...mettez en valeur les PA et leurs habiletés auprès d'employeurs potentiels ?	6,45	0,79	4	7
21...établissez une collaboration étroite avec les employeurs sur le marché du travail afin d'aider les PA à obtenir un emploi ?	5,39	1,13	2	7
29...négociez des aménagements de travail possibles avec les employeurs si les PA en éprouvent le besoin ?	5,83	1,30	1	7
33...facilitez une discussion directe avec les PA et leur employeur au sujet de situations problématiques qui pourraient avoir lieu au travail?	5,37	1,34	1	7
37...discutez avec les employeurs de leurs inquiétudes concernant le fait d'engager une PA en situation de handicap psychique ?	5,20	1,43	1	7
55...impliquez les superviseurs sur le lieu de travail des PA pour faciliter leur maintien en emploi ?	5,04	1,75	1	7
63...informez les employeurs des aménagements de travail qui pourraient être mis en place pour aider les PA ?	5,85	1,18	1	7
67...collaborez avec les employeurs afin de modifier les tâches de travail lorsque les PA rencontrent des difficultés?	5,51	1,42	1	7

³⁴³ 25% des CEA déclarent à cet item « jamais », « très rarement » ou « rarement ».

³⁴⁴ Traduit aussi du québécois par « managers de proximité » ou « supérieurs immédiats ».



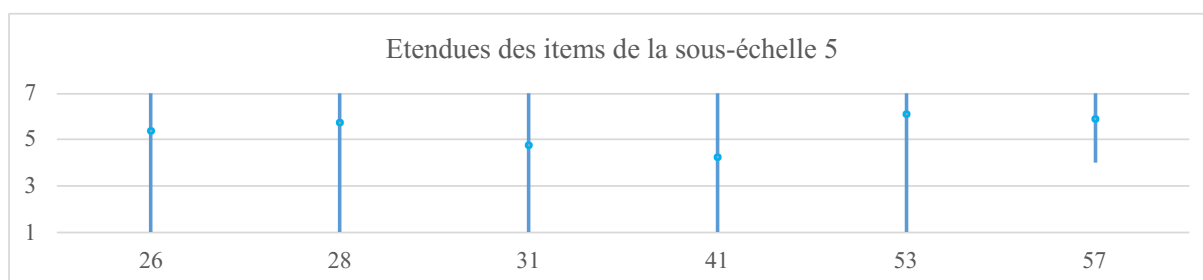
- La sous-échelle 5, « Connaissance de la culture du lieu de travail et adaptation à ce milieu » (score moyen = 5,38 ; écart-type = 0,82) est composée de 5 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

D'après les résultats déclarés, les CEA ont des connaissances de la culture du lieu de travail et de « l'adaptation à ce milieu », notamment en ce qui concerne les habiletés sociales comme « être ponctuel » ou « être respectueux ».

En revanche, il paraît moins fréquent pour certains CEA d'encourager les personnes accompagnées à créer des liens avec leurs collègues de travail (item 41) ou bien d'anticiper et de « désamorcer » des situations anxiogènes pour les personnes sur leur lieu de travail (item 31).

Tableau 47. Résultats obtenus aux 5 items de la sous-échelle 5 « Connaissance de la culture du lieu de travail et adaptation à ce milieu ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
26...utilisez des stratégies de résolution de problèmes avec les PA pour les aider à gérer les conflits qui pourraient se produire sur leur lieu de travail ?	5,39	1,43	1	7
28...enseignez aux PA, si nécessaire, les codes de conduite, la tenue vestimentaire et de présentation de soi en milieu de travail ?	5,77	1,34	1	7
31...désamorcez des situations de crises avec les PA dans leur milieu de travail ?	4,80	1,59	1	7
41...encouragez les PA à développer des relations amicales avec leurs collègues de travail ?	4,28	1,85	1	7
53...suggeriez aux PA les bonnes façons de se comporter pour garder leur emploi (ex. être ponctuel, être respectueux) ?	6,14	1,22	1	7
57...aidez les PA à gérer des éléments stressants sur le lieu de travail (ex. normes de productivité, relations de travail) ?	5,92	0,89	4	7

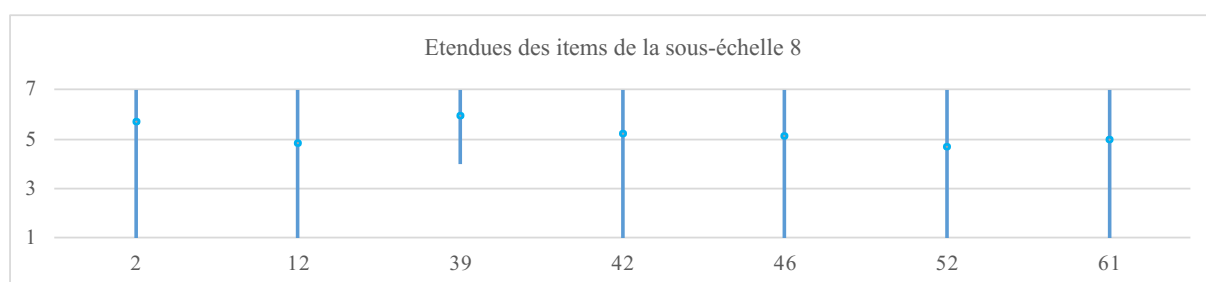


- La sous-échelle 8, « Gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation » (score moyen = 5,25 ; écart-type = 0,79) est composée de 7 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

D'après les réponses déclarées, les CEA de l'étude identifient très fréquemment avec les personnes accompagnées les avantages et les inconvénients de divulguer leur condition d'être « en situation de handicap » en milieu de travail. En revanche les réponses données sont plus hétérogènes concernant la sensibilisation des personnes accompagnées au sujet des conséquences de l'autostigmatisation dont elles pourraient pâtir.

Tableau 48. Résultats obtenus aux 7 items de la sous-échelle 8 « Gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
2...aidez les PA à gérer les préjugés à l'égard de leur situation de handicap psychique auxquels ils pourraient faire face ?	5,75	1,20	1	7
12...sensibilisez les PA à l'importance d'avoir un emploi pour leur permettre d'acquérir une identité socioprofessionnelle ?	4,86	1,29	1	7
39...identifiez avec les PA les inconvénients et les avantages qui résultent de la divulgation de leur situation de handicap en milieu de travail ?	5,99	1,05	4	7
42...sensibilisez les PA à propos de l'impact de la peur des préjugés sur leur confiance en eux lors de leur insertion au travail ?	5,25	1,30	1	7
46...sensibilisez les PA à comment les reproches, critiques des collègues pourraient affecter leur fonctionnement au travail ?	5,13	1,21	1	7
52...sensibilisez les PA aux conséquences de l'internalisation de la stigmatisation (« s'autostigmatiser ») ?	4,73	1,55	1	7
61...sensibilisez les PA à comment les expériences antérieures (hospitalisations, longue absence du marché du travail) pourraient influencer leurs perceptions du travail ?	5,01	1,49	1	7



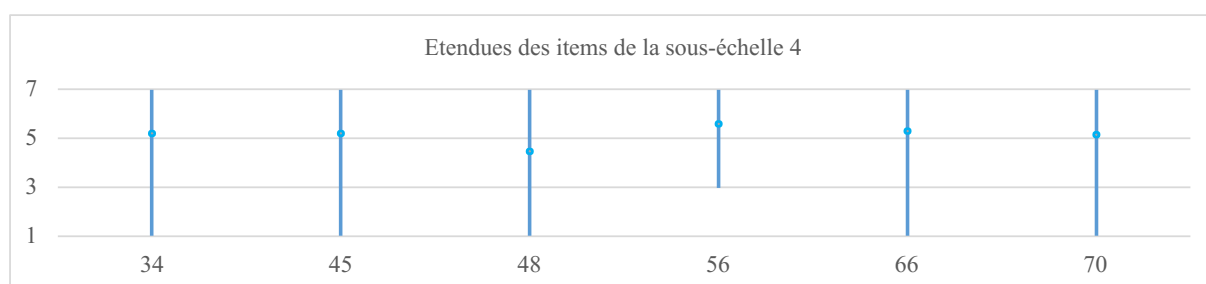
- La sous-échelle 4, « Comportements sociaux et style de vie sain » (score moyen = 5,17 ; écart-type = 0,84) est composée de 6 items dont les scores moyens sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

D'après les réponses déclarées, les CEA aident les personnes accompagnées à améliorer leurs habiletés sociales (item 56) et notamment sur leur lieu de travail (item 66). En revanche, les résultats sont plus hétérogènes quant à l'aide portée par les CEA à la gestion des symptômes des personnes accompagnées (score moyen = 4,48 et écart-type = 1,40) et à l'obtention d'un

équilibre entre l'activité professionnelle et d'autres activités (telles que de loisir ou sportives). Une partie des CEA semblent davantage encourager les personnes accompagnées à adopter des « comportements sociaux » leur permettant d'améliorer leurs « habiletés sociales » qu'à les encourager à engager différentes actions leur permettant une plus grande implication relationnelle.

Tableau 49. Résultats obtenus aux 6 items de la sous-échelle 4 « Comportements sociaux et style de vie sain ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
34...enseignez des habitudes de vie saines qui aideront les PA à obtenir et à maintenir leur emploi (ex. sommeil, nutrition, exercices physiques) ?	5,23	1,35	1	7
45...aidez les PA à comprendre comment leurs activités en dehors du travail (ex. famille, loisirs) pourraient avoir un impact sur leur insertion au travail ?	5,21	1,43	1	7
48...aidez les PA à gérer efficacement les difficultés liées à leur situation de handicap psychique (ex. changement de médicaments, gestion des symptômes) ?	4,48	1,40	1	7
56...aidez les PA à améliorer leurs habiletés sociales?	5,61	0,90	3	7
66...enseignez aux PA des habiletés de communication qui les aideront à gérer des conflits dans leur milieu de travail ?	5,32	1,19	1	7
70...aidez les PA à trouver un équilibre entre le travail et les activités hors travail (ex. implication dans la communauté, loisirs, famille) ?	5,20	1,32	1	7



2.3. Compétences les moins fréquemment mobilisées (3 sous-dimensions)

Les comportements, connaissances et attitudes les moins fréquemment mobilisés par les CEA de l'étude correspondent aux items des 3 sous-dimensions de l'échelle obtenant les scores moyens les plus faibles (score moyen = 4,8) et avec une dispersion plus importante ($0,8 < \text{écart-type} < 1,1$). Elles sont les suivantes :

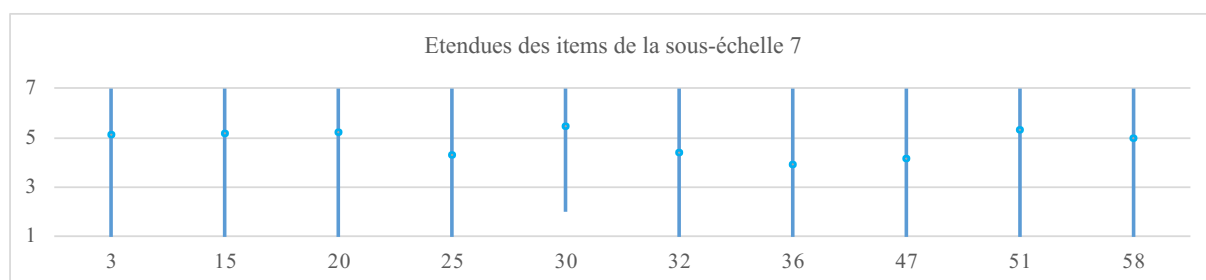
- « Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé » (sous-dimensions 7),
- « Connaissances cliniques et des services de retour à l'emploi » (sous-dimension 10),
- « Connaissances du droit du travail et des politiques sociales » (sous-dimension 12).

- La sous-échelle 7, « Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de santé » (score moyen = 4,82 ; écart-type = 1,06) est composée de 10 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

D'après les réponses déclarées par les CEA, les pratiques de coopération entre les CEA et les professionnels de santé semblent hétérogènes (résultat cohérent avec les résultats obtenus à l'échelle IPS-25). Une grande partie des CEA établissent une relation de travail avec les équipes traitantes, notamment en les tenant informées au sujet de l'accompagnement qu'ils proposent aux personnes. En revanche, nous pouvons observer une plus grande hétérogénéité des résultats obtenus concernant les pratiques des CEA dans l'implication des professionnels de santé dans le soutien à l'insertion professionnelle de la personne.

Tableau 50. Résultats obtenus aux 10 items de la sous-échelle 7 « Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
3...travaillez en collaboration avec une équipe multidisciplinaire (ex. case manager, psychiatre) ?	5,14	1,46	1	7
15...établissez une relation de travail avec les professionnels de la santé qui suivent les PA (ex. équipe traitante, docteur) ?	5,20	1,24	1	7
20...réferez les PA à un professionnel de la santé lorsque vous observez que les effets secondaires des médicaments interfèrent avec leur fonctionnement ?	5,25	1,87	1	7
25...rencontrez d'autres professionnels de l'équipe traitante afin de coordonner et d'intégrer les services d'Emploi Accompagné au traitement ?	4,31	1,69	1	7
30...fournissez des informations au sujet de votre dispositif d'Emploi Accompagné à des équipes traitantes ?	5,46	1,42	2	7
32...informez d'autres professionnels de l'équipe traitante au sujet des avantages qu'un emploi peut offrir aux PA dans leur processus de rétablissement ?	4,41	1,57	1	7
36...informez les professionnels de l'équipe traitante de comment ils peuvent aider à soutenir les PA dans leur insertion au travail ?	3,93	1,62	1	7
47...rencontrez des professionnels de l'équipe traitante pour vous aider à gérer des situations difficiles avec les PA ?	4,20	1,69	1	7
51...travaillez en collaboration avec d'autres professionnels de la santé qui sont impliqués dans le processus de rétablissement des PA ?	5,32	1,45	1	7
58...avisez les équipes traitantes des PA lorsque vous observez des signes précurseurs d'une rechute (ex. troubles psychiques, abus de substance) ?	4,99	1,80	1	7

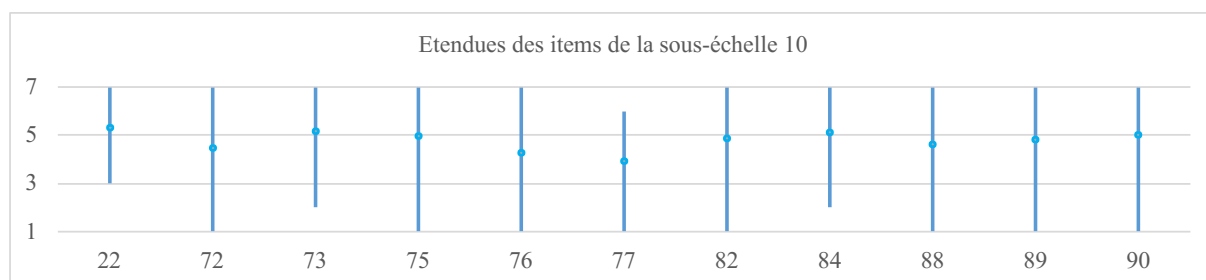


- La sous-échelle 10, « Connaissances cliniques et services de retour à l'emploi » (score moyen = 4,80 ; écart-type = 0,77) est composée de 11 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

Les items obtenant les scores moyens les plus élevés à cette sous-dimension sont les items relatifs à la connaissance des services de retour à l'emploi. Les items obtenant les résultats moyens les plus faibles sont relatifs aux connaissances cliniques et notamment pharmacologiques. Les CEA semblent majoritairement ne pas disposer de bonnes connaissances des effets secondaires des médicaments (antipsychotiques ou antidépresseurs) et de leurs éventuelles manifestations.

Tableau 51. Résultats obtenus aux 11 items de la sous-échelle 10 « Connaissances cliniques et services de retour à l'emploi ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
22...informez les PA quant à l'impact de l'obtention d'un emploi sur leurs avantages sociaux reliés à leur situation de handicap ?	5,32	1,24	3	7
72...pouvez faire la distinction entre les effets secondaires des traitements psychiatriques des PA (ex. faible niveau d'énergie) et le manque de motivation à obtenir un emploi ?	4,52	1,35	1	7
73...connaissiez les situations de handicap psychique et leurs impacts sur la capacité d'obtenir et de maintenir un emploi ?	5,20	1,04	2	7
75...pouvez distinguer les symptômes des situation de handicap psychique du stress inhérent à l'insertion au travail ?	4,97	1,11	1	7
76...savez comment les effets secondaires des médicaments peuvent se manifester chez les PA ?	4,30	1,22	1	7
77...avez une bonne connaissance des effets secondaires de différents types de médicaments (ex. antidépresseur, antipsychotiques) ?	3,94	1,19	1	6
82...avez une bonne compréhension de la structure organisationnelle du système de santé mentale et les services qui lui sont affiliés ?	4,90	1,04	1	7
84...comprenez le rôle des divers professionnels œuvrant dans les équipes traitantes et de retour à l'emploi ?	5,13	0,94	2	7
88...savez comment les troubles concomitants peuvent affecter le fonctionnement des PA (ex. problèmes de santé mentale et abus de substance) ?	4,63	1,35	1	7
89...connaissiez l'impact de l'étiquetage sur les PA (ex. « incurable », « chronique ») ?	4,83	1,44	1	7
90...avez une bonne connaissance des différences entre les programmes de soutien à l'emploi et d'autres programmes d'insertion au travail (ex. emploi de transition, programmes préparatoires à l'emploi) ?	5,04	1,20	1	7

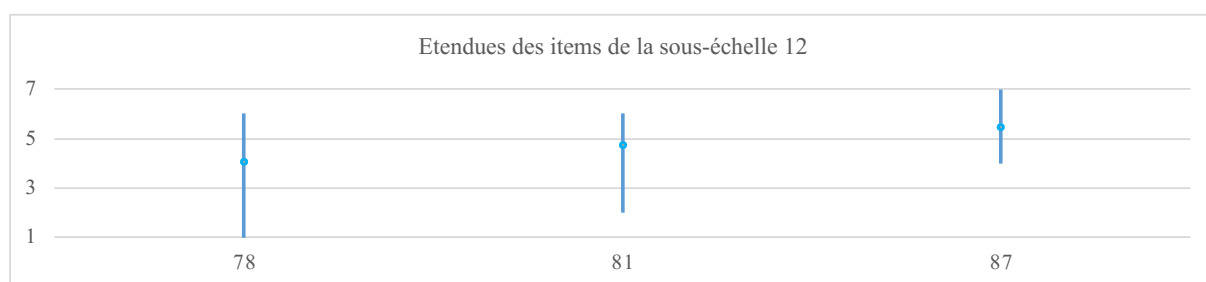


- La sous-échelle 12, « Connaissances du droit du travail et politiques sociales » (score moyen = 4,77 ; écart-type = 0,84) est composée de 3 items dont les scores moyens sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

D'après les réponses déclarées, les CEA semblent avoir de bonnes connaissances quant aux lois et mesures relatives à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. En revanche, ils semblent être moins renseignés au sujet de l'évolution des différentes aides sociales (résultat cohérent avec les résultats de l'échelle IPS-25) ou au sujet des lois relatives aux aménagements de travail.

Tableau 52. Résultats obtenus aux 3 items de la sous-échelle 12 « Connaissances du droit du travail et des politiques sociales ».

Items : Est-ce-que vous...	Moyennes	Ecart-types	Min.	Max.
78...connaissiez les différentes aides sociales disponibles pour les PA ?	4,10	1,54	1	6
81...avez une bonne compréhension des lois d'aménagements de travail ?	4,75	0,95	2	6
87...avez une bonne compréhension des lois et mesures relatives à l'insertion au travail des personnes en situation de handicap ?	5,48	0,71	4	7



Dans l'ensemble, les résultats obtenus à l'échelle des comportements, connaissances et attitudes par les conseillers en emploi accompagné (CEA) participant à l'étude (N=71) sont élevés. Comme nous avons pu le décrire en début de chapitre, les CEA sont expérimentés et ont bénéficié de nombreuses formations au sujet de la pratique de l'Emploi Accomagné. Toutefois ces résultats proviennent de données auto-déclaratives (et subjectives) et les réponses ont pu faire l'objet de biais de désirabilité sociale. Cependant, les résultats obtenus aux 12 sous-échelles sont comparables entre eux. Ils apportent quelques informations quant aux compétences et connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA et présentent une hétérogénéité dans la mise en œuvre de certaines pratiques pouvant révéler quelques difficultés. Certains CEA semblent se rendre moins fréquemment sur le lieu de travail des personnes, que ce soit pour les accompagner lors des entretiens d'embauche ou pour sensibiliser les équipes.

En outre, certains CEA semblent présenter davantage de difficultés pour négocier des aménagements de travail avec les employeurs pour le compte des personnes accompagnées.

Par ailleurs, dans la philosophie du modèle IPS, un des grands principes de ce dispositif, comme nous l'avons indiqué précédemment, est que l'équipe du dispositif d'Emploi Accompagné est intégrée à l'équipe de soins. Ce n'est pas le dispositif mis en œuvre en France. Les résultats obtenus aux différents items de l'échelle soulignent la difficulté du travail de coopération de certains CEA avec les professionnels de santé. Il ne paraît pas surprenant que les CEA disposent de moins de connaissances cliniques et pharmacologiques que celles relatives aux stratégies de recherche d'emploi par exemple. Celles-ci pourraient être transmises lors de réunions de synthèse ou de réunions cliniques régulières³⁴⁵. Ces réunions sont aussi une occasion pour les CEA d'informer les équipes de soin de la manière dont elles pourraient soutenir le projet d'insertion professionnelle des personnes accompagnées et de les impliquer.

Chapitre 4 : Résultats des données de l'étude longitudinale recueillies auprès des personnes accompagnées

Dans ce quatrième chapitre, nous présentons les résultats de l'étude longitudinale, relatifs aux réponses recueillies auprès des personnes accompagnées (N=67), ayant souhaité participer à l'étude, aux différents questionnaires à dimensions professionnelles et cliniques. L'étude est réalisée sur une mesure de trois temps : le temps 1 correspond à la période d'entrée dans le dispositif de la personne accompagnée (PA), entre 0 et 2 mois (au cours des premières semaines d'accompagnement) ; le temps 2 (N=56) correspond à une période de 6 mois postérieure au temps 1 ; le temps 3 (N=42) à une période de 12 mois postérieure au temps 1.

³⁴⁵ Ce qui est déjà le cas pour certains CEA de l'étude.

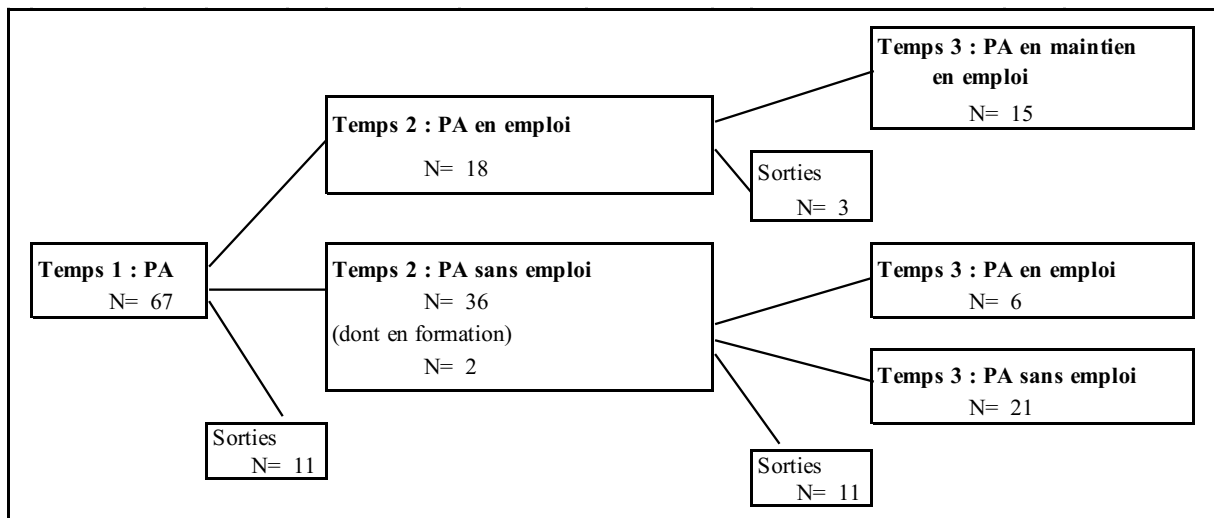


Figure 7. Schéma représentatif du déroulement de la passation des questionnaires.

1. Caractéristiques sociodémographiques et diagnostics auto-déclarés des personnes accompagnées

1.1. Age, sexe, niveau de diplôme, situation de logement et parcours professionnel antérieur

Parmi les 67 personnes accompagnées composant notre échantillon, 44 d'entre elles (65,7%) sont déclarées « homme » à l'état civil. L'âge moyen des personnes à l'entrée dans le dispositif est de 37,8 ans, la plus jeune a 21 ans et la plus âgée 58 ans ; 50% d'entre elles sont âgées de 29 à 47 ans.

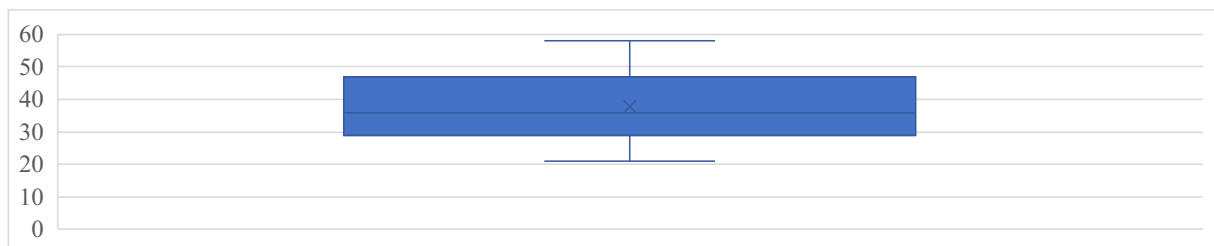


Figure 8. Répartition des personnes accompagnées selon leur âge.

Le niveau de diplôme le plus représentatif de l'échantillon est le niveau V (37%) correspondant à un Brevet d'études professionnelles (BEP) ou à un Certificat d'aptitudes professionnelles (CAP). 19% des personnes n'ont pas obtenu de diplôme, 18% ont un niveau de diplôme au-delà de trois années d'études supérieures (dont la moitié de niveau de 5 années d'études supérieures), 13% ont obtenu un diplôme de niveau III (2 années d'études supérieures), 12% ont un diplôme niveau IV (Baccalauréat général ou professionnel).

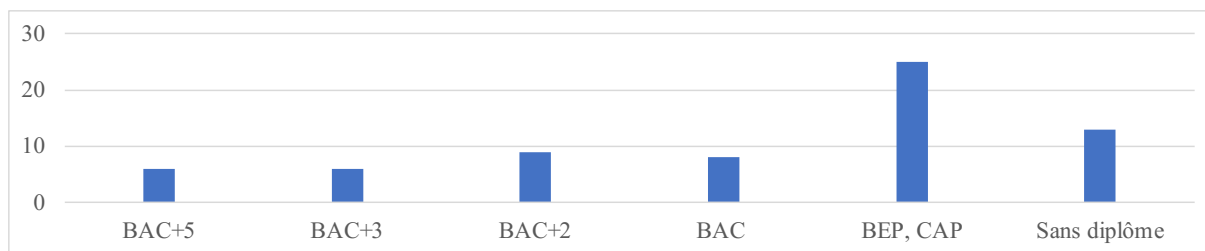


Figure 9. Répartition des personnes accompagnées selon leur niveau de diplôme.

A titre indicatif, plus de la moitié des personnes ayant obtenu un diplôme de niveau III (2 années d'études supérieures) sont en emploi 6 mois après leur entrée dans le dispositif. La plus grande part des personnes quittant le dispositif durant les 6 premiers mois d'accompagnement détiennent un niveau de diplôme équivalent à 5 années d'études supérieures. De plus, les personnes de niveau BAC+2 et BAC+3 obtiennent de meilleurs taux d'insertion professionnelle à 6 mois et de plus faibles taux de sortie.

Tableau 53. Taux d'insertion professionnel et taux de sortie à 6 mois des personnes accompagnées selon leur niveau de diplôme.

Niveau de diplôme	Nbre. de PA en T1 (N=67)	Nbre. de PA en emploi en T2 (N=18)	Tx. Inesrtion (en %)	Tx. Sorties (en %)	PA à la recherche d'un emploi en T2 (en %)	Total
BAC+5	6	1	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
BAC+3	6	2	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
BAC+2	9	5	55,6%	11,1%	33,3%	100,0%
BAC	8	1	12,5%	12,5%	75,0%	100,0%
BEP, CAP	25	6	24,0%	24,0%	52,0%	100,0%
Sans diplôme	13	3	23,1%	23,1%	53,8%	100,0%
Total	67	18	26,9%	16,4%	56,7%	100,0%

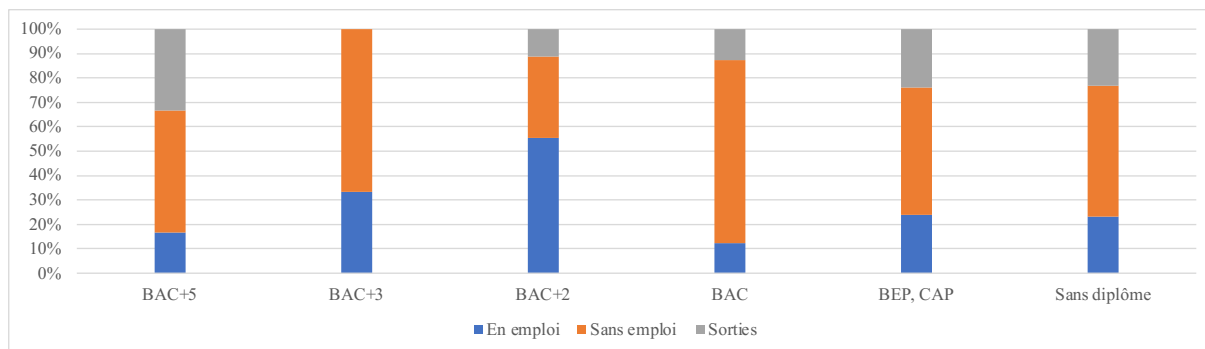


Figure 10. Répartition des PA (en %) en emploi, sans emploi ou sorties du dispositif à 6 mois selon le niveau de diplôme.

Au temps 1, correspondant à l'entrée dans le dispositif des personnes accompagnées, la majorité d'entre elles vivent seules (51%), 28% vivent chez leurs parents, 15% en couple et 6% en foyer. Après une période de 6 mois d'accompagnement par le dispositif, 19% des personnes qui vivaient chez leurs parents disposent d'une nouvelle situation de logement (seules ou en colocation), 33% après 1 an.

Concernant le parcours professionnel des personnes avant leur entrée dans le dispositif d'Emploi Accompagné, 94% d'entre elles avaient déjà exercé une activité professionnelle pour une durée moyenne de 6,6 ans et pour la majorité pour une période de 2 à 10 ans.

46% des personnes étaient sans emploi depuis moins d'un an avant leur entrée dans le dispositif, 17% depuis une période de 1 an à 2 ans, 19% de 2 à 5 ans et 17% depuis plus de 5 ans. A 6 mois, le taux d'insertion professionnelle des personnes sans activité depuis une période de moins de 2 ans avant l'entrée dans le dispositif (42%) est un peu plus élevé que celui des personnes sans emploi depuis une période de plus de 2 ans (30%).

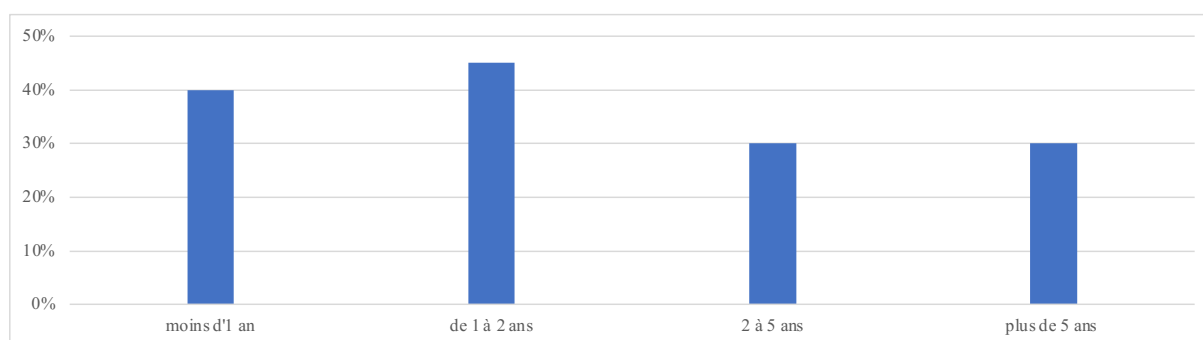


Figure 11. Répartition des personnes accompagnées en emploi au temps 2 selon le nombre d'années sans emploi avant l'entrée dans le dispositif.

1.2. Diagnostics déclarés et périodes d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie

Les personnes accompagnées dites « en situation de handicap psychique » n'ont pas toutes connaissance de leur diagnostic médical (psychiatrique). En effet, 45% d'entre elles (30 personnes sur 67) déclarent ne pas le connaître, 19% se déclarent schizophrènes, 16% déclarent un diagnostic de dépression majeure, 12% un trouble bipolaire et 7% des troubles anxieux.

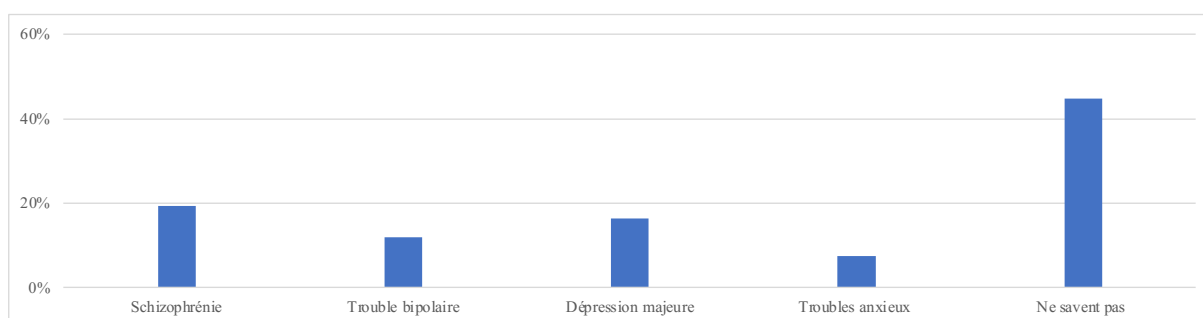


Figure 12. Répartition des diagnostics déclarés par les personnes accompagnées à leur entrée dans le dispositif.

Concernant les taux d'insertion professionnelle et les taux de sortie à 6 mois des personnes accompagnées selon leur diagnostic déclaré, nous pouvons observer à l'aide du tableau ci-dessous que les personnes obtenant les meilleurs taux d'insertion sont les personnes ayant

déclaré des troubles anxieux (60%) ou un diagnostic de schizophrénie (36%). Les personnes déclarant une dépression majeure obtiennent le taux de sortie le plus élevé (27%) et les personnes déclarant des troubles anxieux le plus faible (0%).

Tableau 54. Taux d'insertion professionnel et taux de sortie à 6 mois des personnes accompagnées selon leur diagnostic déclaré.

Diagnostic	Schizophrénie	Trouble bipolaire	Dépression majeure	Troubles anxieux	Ne savent pas	Total
Nombre de PA en T1	13	8	11	5	30	67
Nombre de PA en T2	11	7	8	5	25	56
Nombre de sorties	2	1	3	0	5	11
en %	15%	13%	27%	0%	17%	16%
En emploi en T2	4	2	2	3	7	18
en %	36%	29%	29%	60%	29%	33%
Sans emploi en T2	7	5	5	2	17	36
en %	64%	71%	63%	40%	68%	64%

Pour le calcul du taux d'insertion, nous n'avons pas comptabilisé les deux personnes en formation (déclarées en dépression majeure et « ne savent pas »).

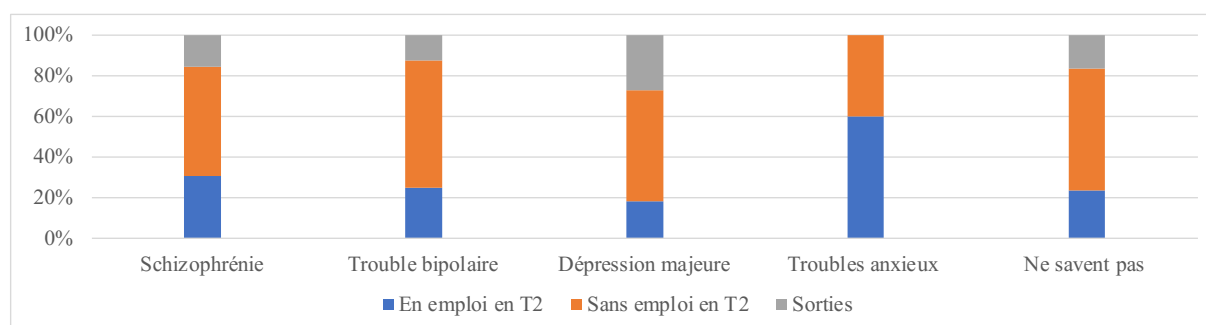


Figure 13. Taux d'insertion et taux de sorties à 6 mois des personnes accompagnées selon leur diagnostic déclaré.

Pour tenter d'apporter quelques informations complémentaires quant aux diagnostics déclarés par les personnes accompagnées par les structures, nous leur avons demandé si elles avaient déjà connu une période d'hospitalisation dans un service de psychiatrie et si oui, à quelle fréquence, quelles en avaient été les durées et enfin si elles avaient été hospitalisées dans les 6 derniers mois précédant leur entrée dans le dispositif. 56% avaient déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie dont 2 personnes (5%) durant les 6 mois précédant leur entrée dans le dispositif. En termes de fréquence, 50% d'entre elles avaient connu plus de trois périodes d'hospitalisation, 21% d'une à trois périodes et 29% une seule.

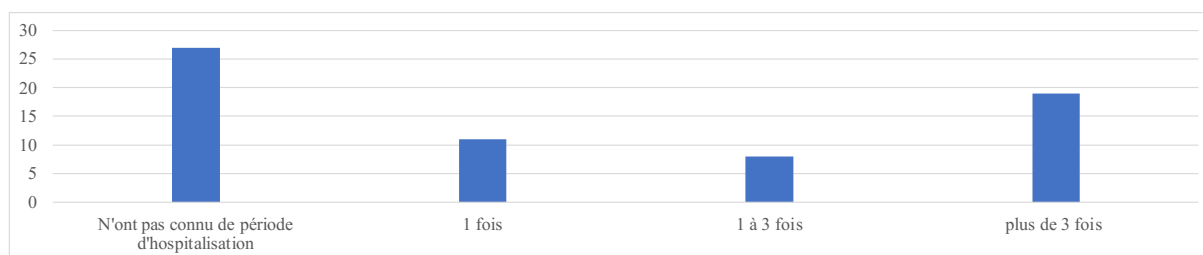


Figure 14. Répartition des personnes accompagnées selon le nombre de périodes d'hospitalisation vécues au sein d'un service de psychiatrie.

En durée cumulée, 24% d'entre elles avaient été hospitalisées plus de 12 mois, 13% de 7 à 12 mois, 21% de 4 à 6 mois, 37% de 1 à 3 mois et 5% pour une durée cumulée inférieure à 1 mois.

Le taux d'insertion professionnelle à 6 mois est égal à 33% pour les personnes ayant connu une période d'hospitalisation avant l'entrée dans le dispositif et aussi pour celles n'en ayant pas connu (10 personnes sur 30 (33%) ayant connu une période d'hospitalisation avant l'entrée dans le dispositif sont en emploi et 8 personnes sur 24 (33%) pour celles n'en ayant pas connu)³⁴⁶.

Enfin, parmi les 67 personnes accompagnées, 63% d'entre elles consultaient un psychiatre à leur entrée dans le dispositif, 47,8% avec une fréquence mensuelle.

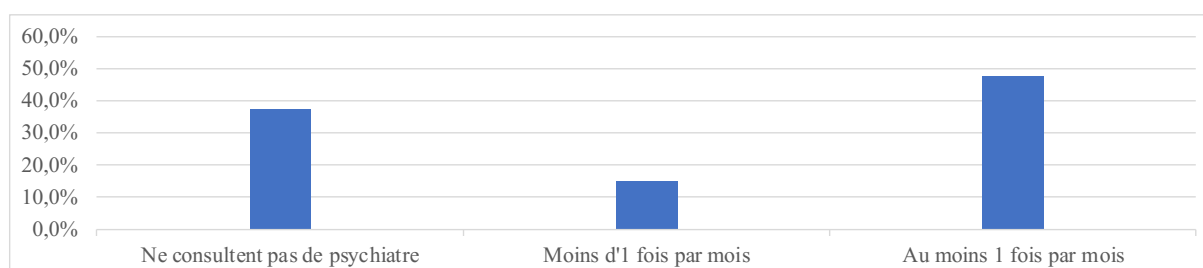


Figure 15. Répartition des PA selon la fréquence de consultation d'un psychiatre à l'entrée du dispositif.

La répartition des personnes accompagnées selon la fréquence de consultation d'un psychiatre évolue au cours du temps de l'étude. Nous pouvons observer un nombre légèrement plus élevé de PA consultant un psychiatre à une fréquence mensuelle après 6 mois d'accompagnement par le dispositif.

³⁴⁶ les 2 personnes en formation au temps 2 (à 6 mois) n'ont pas été comptabilisées dans ce calcul.

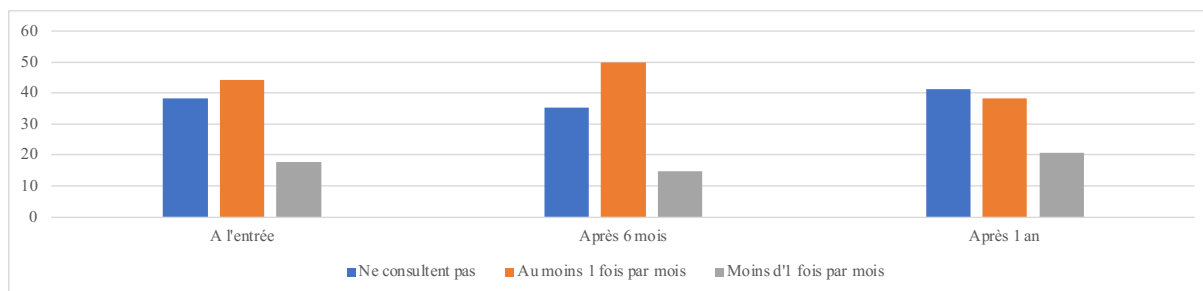


Figure 16. Répartition des personnes accompagnées selon la fréquence de consultation d'un.e psychiatre aux 3 temps de l'étude.

Par ailleurs, parmi les 30 personnes qui ne connaissent pas (ou ne souhaitent peut-être pas communiquer leur diagnostic), 34% ont déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie et 59% ne consultent pas de psychiatre.

Parmi les 13 personnes se déclarant schizophrènes, 85% ont déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie et seule une personne ne consulte pas de psychiatre.

2. Résultats de la passation des échelles relevant du domaine de l'insertion professionnelle

2.1. Motivation pour trouver un emploi des personnes accompagnées

L'échelle de motivation pour trouver un emploi a été proposée à toutes les personnes interrogées à l'entrée dans le dispositif (temps 1, N=67), aux personnes toujours à la recherche d'un emploi après une période de 6 mois d'accompagnement (temps 2, N=38) et après une période d'1 an (temps 3, N=20)³⁴⁷. L'échelle est composée de 7 items dont les scores sont mesurés de 1 à 7 sur une échelle de Likert (de 1=complètement en désaccord à 7= complètement en accord).

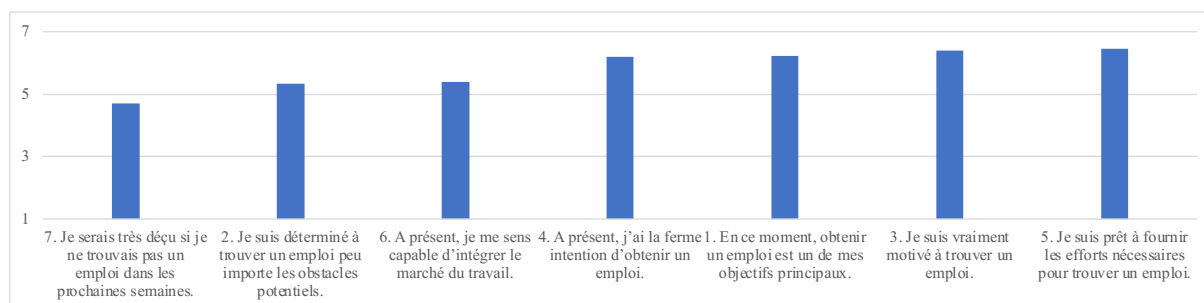
2.1.1. Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)

Au temps 1 (N=67), la moyenne des scores globaux obtenus à l'échelle est de 5,8 sur 7 avec un écart-type de 1,0. Nous pouvons observer des écarts entre les moyennes des scores obtenus à chacun des items ainsi que pour leurs écarts-types, les résultats sont présentés par ordre croissant dans le tableau et graphique associé ci-dessous.

³⁴⁷ Une personne a souhaité témoigner au temps 3 au sujet de son accompagnement mais n'a pas souhaité répondre à nouveau aux questionnaires.

Tableau 55. Résultats de la passation de l'échelle de motivation à trouver un emploi par les personnes accompagnées au temps 1 (N=67).

Items	Moyennes	Ecart-types
7. Je serais très déçu.e si je ne trouvais pas un emploi dans les prochaines semaines.	4,7	2,0
2. Je suis déterminé.e à trouver un emploi peu importe les obstacles potentiels.	5,3	1,6
6. A présent, je me sens capable d'intégrer le marché du travail.	5,4	1,6
4. A présent, j'ai la ferme intention d'obtenir un emploi.	6,2	1,3
1. En ce moment, obtenir un emploi est un de mes objectifs principaux.	6,2	1,2
3. Je suis vraiment motivé.e à trouver un emploi.	6,4	1,1
5. Je suis prêt.e à fournir les efforts nécessaires pour trouver un emploi.	6,5	1,0
Score global (sur 7)	5,8	1,0



De plus, en effectuant des comparaisons multiples à l'aide du test de Bonferroni (après ANOVA) permettant de comparer toutes les moyennes des items entre elles, les moyennes obtenues aux items 7, 2 et 6 sont significativement inférieures aux moyennes obtenues aux items 4,1,3 et 5 (respectivement $p < 0,001$, $p \leq 0,014$ et $p \leq 0,031$).

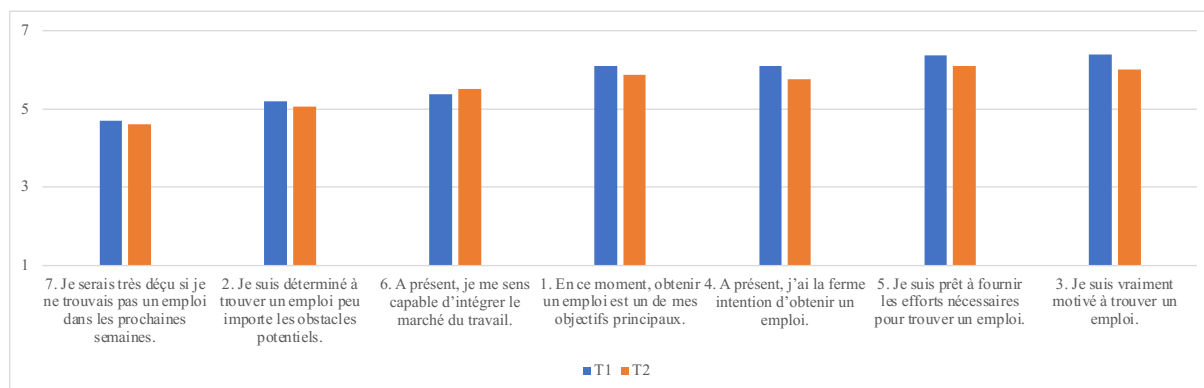
2.1.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2)

Au temps 2 (N=38), la moyenne des scores globaux obtenus à l'échelle est de 5,6 avec un écart-type de 1,5. Elle est quasiment identique à celle des scores obtenus au temps 1 par ces mêmes personnes toujours accompagnées et à la recherche d'un emploi en temps 2 (score moyen temps 1= 5,5) et avec un écart-type plus important (écart-type au temps 1=1,1).

En effectuant à nouveau des comparaisons multiples à l'aide du test de Bonferroni (après ANOVA), la moyenne obtenue à l'item 7 est significativement inférieure à celles obtenues aux items 4,1,3 et 5 ($p \leq 0,038$). Ce qui n'est plus le cas pour les moyennes des items 2 et 6 en les comparant à celles des autres items (comme observé au temps 1).

Tableau 56. Résultats de la passation de l'échelle motivation à trouver un emploi par les personnes accompagnées aux temps 1 et 2 (N=38).

Items	Temps 1		Temps 2	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
7. Je serais très déçu si je ne trouvais pas un emploi dans les prochaines semaines.	4,7	2,1	4,6	2,0
2. Je suis déterminé à trouver un emploi peu importe les obstacles potentiels.	5,2	1,7	5,1	1,7
6. A présent, je me sens capable d'intégrer le marché du travail.	5,4	1,7	5,5	1,8
1. En ce moment, obtenir un emploi est un de mes objectifs principaux.	6,1	1,3	5,9	1,6
4. A présent, j'ai la ferme intention d'obtenir un emploi.	6,1	1,4	5,8	1,6
5. Je suis prêt à fournir les efforts nécessaires pour trouver un emploi.	6,4	1,0	6,1	1,4
3. Je suis vraiment motivé à trouver un emploi.	6,4	1,1	6,0	1,6
Score global (sur 7)	5,5	1,1	5,6	1,5



Les moyennes des scores obtenus au temps 2 sont légèrement inférieures à celles de scores obtenus temps 1 hormis pour l'item 6 « à présent, je me sens capable d'intégrer le marché du travail ».

Par ailleurs, en distinguant les personnes en emploi au temps 2 (N=18) des personnes sans emploi (N=36), nous n'observons pas, rétrospectivement, de différence significative entre les moyennes des scores obtenus au temps 1 par les personnes composant ces deux différents échantillons.

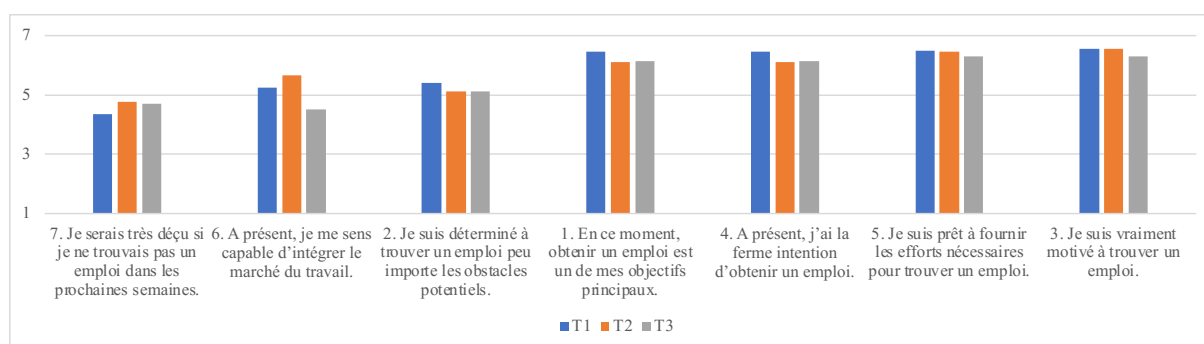
2.1.3. Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)

Au temps 3 (N=20), nous pouvons observer à l'aide du tableau ci-dessous, que la moyenne des scores globaux obtenus par les personnes au temps 3 (5,60) est légèrement inférieure à celles des scores globaux obtenus aux temps 1 (5,85) et au temps 2 (5,81) et avec un écart-type plus important au temps 3 (différence non significative). L'évolution la plus importante entre les scores moyens obtenus par item entre les différentes mesures est celui de l'item « à présent je me sens capable d'intégrer le marché du travail » entre le temps 2 (score moyen = 5,65 ; écart-type = 1,60) et le temps 3 (score moyen = 4,50 ; écart-type = 2,06). Le test statistique n'est pas significatif, nous observons tout de même une tendance ($p=0,067$).

En effectuant à nouveau des comparaisons multiples à l'aide du test de Bonferroni (après ANOVA), la moyenne obtenue à l'item 6 « A présent, je me sens capable d'intégrer le marché du travail » est significativement inférieure à celles obtenues aux items 4,1,3 et 5 ($p \leq 0,040$).

Tableau 57. Résultats de la passation de l'échelle motivation à trouver un emploi par les personnes accompagnées aux temps 1, 2 et 3 (N=20).

Items	Temps 1		Temps 2		Temps 3	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
7. Je serais très déçu si je ne trouvais pas un emploi dans les prochaines semaines.	4,35	2,16	4,75	2,02	4,70	2,25
6. A présent, je me sens capable d'intégrer le marché du travail.	5,25	1,62	5,65	1,60	4,50	2,06
2. Je suis déterminé à trouver un emploi peu importe les obstacles potentiels.	5,40	1,47	5,10	1,68	5,10	2,02
1. En ce moment, obtenir un emploi est un de mes objectifs principaux.	6,45	0,94	6,10	1,37	6,15	1,31
4. A présent, j'ai la ferme intention d'obtenir un emploi.	6,45	0,89	6,10	1,29	6,15	1,14
5. Je suis prêt à fournir les efforts nécessaires pour trouver un emploi.	6,50	0,83	6,45	0,89	6,30	1,13
3. Je suis vraiment motivé à trouver un emploi.	6,55	0,89	6,55	1,00	6,30	1,13
Score global (sur 7)	5,85	0,89	5,81	1,12	5,60	1,17



2.1.4. Récapitulatif

Les personnes composant notre échantillon présentent un niveau élevé de motivation à trouver un emploi et ce, aux trois temps de l'étude. L'item 7 « je serais très déçu si je ne trouvais pas un emploi dans les prochaines semaines » obtient la moyenne la plus faible aux temps 1 et 2 et elle est significativement inférieure à celles des 4 items obtenant les moyennes les plus élevées (ce qui est aussi le cas au temps 1 pour les deux autres items aux moyennes les plus faibles). Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce résultat est relatif au fait que les CEA, « vecteur de motivation » sont partagés quant à la mise en pratique du principe IPS « recherche rapide d'un emploi ».

En distinguant les personnes en emploi au temps 2 des personnes sans emploi, nous n'observons pas de différence significative entre les moyennes des scores obtenus au temps 1 par les personnes composant ces deux différents échantillons.

Entre les temps 2 et 3, le score moyen de l'item « à présent je me sens capable d'intégrer le marché du travail » diminue. Le test n'est pas significatif. Cependant, nous observons une tendance ($p = 0,067$). De plus, la moyenne des scores obtenus à cet item est significativement inférieure à celles des 4 items obtenant les moyennes les plus élevées (items 1, 4, 5 et 3). Après

1 an d'accompagnement par le dispositif et sans obtention d'un emploi par la personne accompagnée, nous pouvons supposer que son sentiment d'efficacité pour intégrer le marché du travail diminue.

2.2. Obstacles à l'insertion au travail et au sentiment d'efficacité pour les surmonter perçus par les personnes accompagnées (OITES)

L'échelle des obstacles à l'insertion au travail et au sentiment d'efficacité pour les surmonter a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), aux personnes toujours à la recherche d'un emploi en temps 2 (N=38) et de même au temps 3 (N=20)³⁴⁸.

L'échelle, dans sa version courte, est composée de 33 items. Pour notre étude, nous avons choisi de sélectionner les items relatifs aux obstacles internes (21 items) relatifs aux sous-dimensions suivantes : santé et condition générale (4 items), santé et médicaments (4 items), emploi (6 items), motivation et compétences (4 items), relation avec autrui (3 items).

Pour chaque obstacle (item) répertorié, est demandé à la personne accompagnée si celui-ci représente un obstacle à son insertion professionnelle dans sa situation actuelle. S'il n'est pas perçu comme un obstacle le score obtenu à l'item est égal à 1 et s'il représente un obstacle, il est demandé de préciser à la personne avec quelle intensité il est perçu (de 2 = faible obstacle à 7 = très fort obstacle). A la suite de chaque obstacle questionné, dans le cas où celui-ci représente un obstacle pour la personne dans sa situation actuelle, une question additionnelle est posée pour apprécier dans quelle mesure la personne se sent capable de surmonter cet obstacle. La personne évalue sa réponse grâce à une note de 1 à 7 (1= pas du tout capable à 7= tout à fait capable).

2.2.1. Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)

Nous pouvons lire sur le graphique ci-dessous, représentant les résultats des items regroupés par sous-dimensions, les différents obstacles perçus par les personnes accompagnées indiqués par ordre croissant d'importance. Le classement des obstacles perçus des moins importants aux plus importants pour les personnes de l'échantillon au temps 1 (N=67) est le suivant : « santé et médicaments »³⁴⁹, « motivation et compétences », « relations avec autrui », « emploi » et « santé et condition générale ». La moyenne des scores obtenus à la dimension « santé et

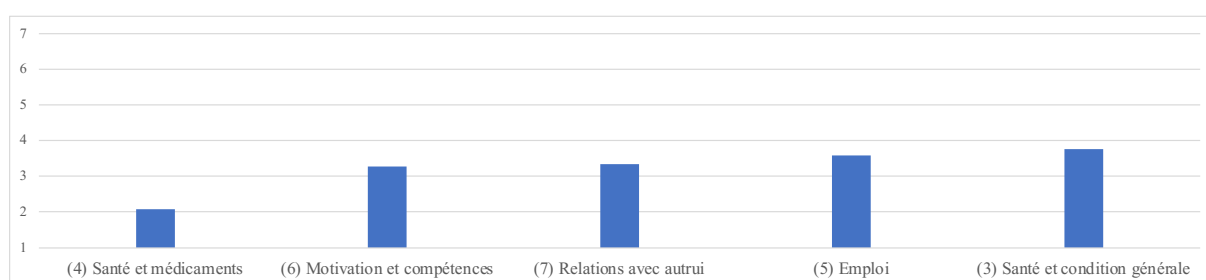
³⁴⁸ Une personne a souhaité témoigner au temps 3 au sujet de son accompagnement mais n'a pas souhaité répondre à nouveau aux questionnaires.

³⁴⁹ Pour cette sous-dimension N=57, 20 personnes ne prenant pas de traitement médicamenteux.

médicaments » est significativement inférieure à celles des scores obtenus autres dimensions ($p < 0,001$).

Tableau 58. Résultats de la passation de l'échelle des obstacles à l'insertion au travail par les personnes accompagnées au temps 1 (N=67).

Sous-dimensions OITES	Moyennes	Ecart-types
(3) Santé et condition générale	3,76	1,50
(4) Santé et médicaments	2,24	1,44
(5) Emploi	3,59	1,56
(6) Motivation et compétences	3,28	1,55
(7) Relations avec autrui	3,33	1,83



Pour préciser ces résultats, nous allons présenter ci-dessous les items ayant obtenu les scores moyens les plus élevés et ceux ayant obtenu les scores les plus faibles.

Les items ayant obtenu les scores moyens les plus élevés (score moyen > 4) sont les suivants :

- la pression liée à l'emploi occupé (par exemple, respecter les délais imposés, avoir une certaine productivité), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi » (score moyen = 4,04) ;
- le stress lié à la recherche d'emploi, appartenant à la sous-dimension (3) « santé et condition générale » (score moyen = 4,10) ;
- une faible capacité de rendement au travail (par exemple, ne pas être capable d'exécuter les tâches de travail aussi rapidement que les collègues), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi » (score moyen = 4,22).

Les items ayant obtenus les scores moyens les plus faibles (score moyen $< 2,5$) sont les suivants :

- des inquiétudes quant à la prise de médicaments sur le lieu de travail, appartenant à la sous-dimension (4) « santé et médicaments » (score moyen = 1,66) ;
- l'arrêt de la prise de médicaments, appartenant à la sous-dimension (4) « santé et médicaments » (score moyen = 2,21) ;
- les effets dus à un changement de médicaments, appartenant à la sous-dimension (4) « santé et médicaments » (score moyen = 2,40).

Concernant les réponses relatives à la partie du questionnaire « sentiment d'efficacité pour surmonter les obstacles », les items ayant obtenus les scores les plus faibles sont les suivants :

- les conditions de travail (par exemple avoir des responsabilités), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi » ;
- s'affirmer face à ses collègues de travail (par exemple, exprimer son point de vue face à ses collègues, mettre des limites aux demandes provenant des collègues), appartenant à la sous-dimension (7) « relations avec autrui » ;
- la pression liée à l'emploi occupé (ex. respecter les délais imposés, avoir une certaine productivité), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi ».

En dernière question du questionnaire, est demandé à la personne si elle souhaite ajouter un obstacle qui n'aurait pas été mentionné dans la liste des obstacles à l'insertion au travail. 37 personnes (sur 67) ont répondu ne pas avoir d'obstacle à ajouter. 30 personnes (45%) ont souhaité ajouter un obstacle. Certains obstacles avaient été énoncés dans la liste initiale, nous faisons le choix de les mentionner pour souligner leur importance pour les personnes accompagnées. Nous les listons ci-dessous par ordre de fréquence.

L'obstacle le plus fréquemment mentionné à cette question est le « stress au travail », qu'il s'agisse de l'angoisse liée à la passation de l'entretien d'embauche ou bien à la pression ressentie au sein de l'organisation de travail. Ce premier obstacle peut être illustré par les témoignages suivants :

moi ce qui me stresse beaucoup c'est l'entretien d'embauche, je perds mes moyens... je manque de confiance en moi, j'ai peur de l'entourage qui me met la pression... quand il y a des objectifs chiffrés, ça me met la pression, je suis beaucoup moins opérationnel... il faut s'adapter très vite quand on prend un poste, il faut être rapide pour effectuer les tâches, ça me stresse

Le second est « la peur du regard des autres ». Cet obstacle peut être illustré par les témoignages suivants :

j'ai peur du regard des autres, j'ai peur d'être mise en avant dans les files d'attentes par exemple... j'ai peur de prendre la parole en public... j'ai peur du ressenti corporel dans le milieu professionnel, j'ai peur du contact avec les autres qui peuvent augmenter les émotions, j'ai peur qu'on me voit trembler

Le troisième est « l'agressivité sur le lieu de travail », obstacle qui peut être illustré par les témoignages suivants :

j'ai peur de me faire engueuler... j'ai peur des ordres trop brusques... j'ai une angoisse de la critique et des mauvais rapports avec les collègues... j'ai peur des gens pas sympas

Le quatrième est « la timidité » (inhibition) de la personne concernée, obstacle qui peut être illustré par les témoignages suivants :

je suis extrêmement timide, je n'arrive pas à demander des explications quand je ne comprends pas...j'ai peur des rapports avec la hiérarchie...j'ai peur de l'oral, des messages téléphoniques, du coup je cherche beaucoup mes mots, parfois j'ai même du mal à dire ce que je veux dire

Enfin deux autres obstacles ont été mentionnés par quelques-unes des personnes accompagnées. Les questions pouvant émaner de l'entourage proche de travail au sujet du handicap de la personne peuvent la déstabiliser, craignant d'être à la suite stigmatisée.

Le temps de trajet entre le domicile et le lieu de travail de la personne est vécu par certaines comme un obstacle important, non pas en raison de la distance ou du temps accordé lors du trajet mais en raison de l'appréhension de l'utilisation de transports en commun et de la proximité avec des personnes inconnues.

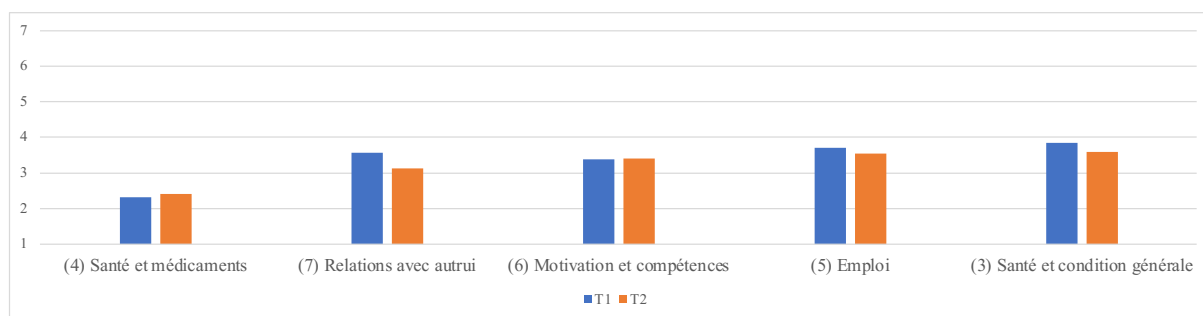
2.2.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2)

Au temps 2 (N=38), les résultats obtenus aux sous-dimensions de l'échelle des obstacles à l'insertion au travail perçus par les personnes respectent un ordre différent de celui obtenu au temps 1 : (4) santé et médicaments, (7) relations avec autrui, (6) motivation et compétences, (5) emploi, (3) santé et condition générale. En effet, la dimension « relations avec autrui » est perçue avec une moindre importance que la dimension « motivation et compétences », ce qui était l'inverse au temps 1. La moyenne des scores obtenus à la dimension « santé et médicaments » est significativement inférieure à celles obtenues aux autres dimensions ($p \leq 0,030$).

Entre les temps 1 et les temps 2, les scores moyens des sous-dimensions « santé et médicaments » et « motivation et compétences » augmentent légèrement alors que ceux des sous-dimensions « relations avec autrui », « emploi » et « santé et condition générale » diminuent, comme présentés sur le graphique ci-dessous. Aucun test n'est significatif.

Tableau 59. Résultats de la passation de l'échelle des obstacles à l'insertion au travail par les personnes accompagnées aux temps 1 et 2 (N=38).

Sous-dimensions OITES	Temps 1 (N=38)		Temps 2 (N=38)	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
(3) Santé et condition générale	3,84	1,54	3,59	1,60
(4) Santé et médicaments	2,33	1,61	2,42	1,14
(5) Emploi	3,70	1,64	3,55	1,31
(6) Motivation et compétences	3,38	1,75	3,41	1,57
(7) Relations avec autrui	3,56	1,83	3,12	1,78



Les tests statistiques ne sont pas significatifs entre les temps 1 et 2 par sous-dimension. En revanche, ils le sont pour 3 items de l'échelle³⁵⁰ :

- une faible capacité de rendement au travail [$t(25) = 2,282$; $p = 0,016 < 0,05$], appartenant à la sous-dimension (5) « emploi » dont la moyenne des scores au temps 2 est significativement inférieure à celle du temps 1 ;
- la difficulté d'entrer en relation avec les autres [$W=0$; $p=0,034$; $n=18$], appartenant à la sous-dimension (7) « relations avec autrui » dont la médiane³⁵¹ des scores au temps 2 est significativement inférieure à celle du temps 1 ;
- s'affirmer face à ses collègues de travail [$W=0$; $p=0,046$; $n=14$], appartenant à la sous-dimension (7) « relations avec autrui » dont la médiane des scores au temps 2 est significativement inférieure à celle du temps 1.

Ces trois obstacles sont donc perçus avec une plus faible intensité au temps 2 qu'au temps 1.

Les obstacles perçus par les personnes comme les plus importants au temps 2 (score moyen > à 4) sont les suivants :

- la difficulté de faire face à des changements fréquents dans votre futur emploi (par exemple au niveau des horaires, des tâches de travail), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi » (score moyen = 4,15) ;
- le manque de compétences (par exemple, pas beaucoup d'expériences dans le domaine professionnel ciblé), appartenant à la sous-dimension (6) « motivation et compétences » (score moyen = 4,23) ;
- la pression liée à l'emploi occupé (par exemple, respecter les délais imposés, avoir une certaine productivité), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi » (score moyen = 4,42).

³⁵⁰ Pour ce calcul, nous avons supprimé les scores =1, c'est-à-dire lorsque l'item n'est pas un obstacle pour les personnes.

³⁵¹ Test non- paramétrique.

Les obstacles les moins importants sont les mêmes obstacles qu'au temps 1, ils appartiennent à la sous-dimension (4) « santé et médicaments ».

Concernant les réponses relatives à la partie du questionnaire « sentiment d'efficacité pour surmonter les obstacles », les items ayant obtenus les scores les plus faibles au temps 2 sont les suivants :

- la pression liée à l'emploi occupé (par exemple, respecter les délais imposés, avoir une certaine productivité), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi » ;
- les effets secondaires de la prise de médicaments, appartenant à la sous-dimension (4) « santé et médicaments » ;
- les conditions de travail (par exemple, responsabilités, tâches à remplir), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi ».

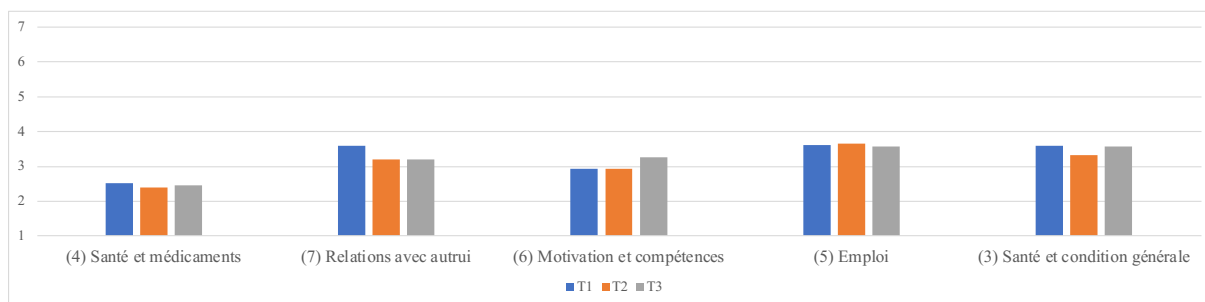
Par ailleurs, rétrospectivement, en distinguant les personnes en emploi au temps 2 des personnes sans emploi, aucune différence n'est statistiquement significative entre les moyennes des scores obtenus par dimension au temps 1 entre ces deux différents échantillons.

2.2.3. Résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement par le dispositif (temps 3)

Entre les temps 1, 2 et 3, pour les personnes toujours accompagnées au temps 3 et à la recherche d'un emploi (N=20), les résultats obtenus aux sous-dimensions « santé et médicaments », « emploi » et « santé et condition générale » fluctuent faiblement. Ils augmentent pour la sous-dimension « motivation et compétences » et diminuent pour la sous-dimension « relations avec autrui ». La moyenne des scores obtenus à la dimension « santé et médicaments » est significativement inférieure à celles obtenues aux autres dimensions ($p \leq 0,003$).

Tableau 60. Résultats de la passation de l'échelle des obstacles à l'insertion au travail par les personnes accompagnées aux temps 1 et 2 et 3 (N=20).

Sous-dimensions OITES	Temps 1 (N=20)		Temps 2 (N=20)		Temps 3 (N=20)	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
(3) Santé et condition générale	3,58	1,60	3,32	1,78	3,56	1,56
(4) Santé et médicaments	2,52	1,86	2,38	1,36	2,46	1,50
(5) Emploi	3,62	1,87	3,66	1,60	3,56	1,78
(6) Motivation et compétences	2,93	1,59	2,92	1,60	3,25	1,54
(7) Relations avec autrui	3,59	1,88	3,20	1,91	3,19	2,10



Les tests statistiques ne sont pas significatifs entre les temps 1 et 3 par sous-dimension. En revanche, ils le sont pour 2 items de l'échelle³⁵² :

- l'indécision face aux différents choix possibles d'emploi [$t(19) = -1,949$; $p = 0,03$], appartenant à la sous-dimension (3) « santé et condition générale » dont la moyenne des scores obtenus au temps 3 est significativement supérieure à celle des scores obtenus au temps 1 ;
- s'affirmer face à ses collègues de travail [$W=0$; $p= 0,04$; $n=9$], appartenant à la sous-dimension (7) « relations avec autrui » dont la médiane des scores obtenus au temps 3 est significativement inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 ;

Les items perçus comme les obstacles les plus importants à l'insertion au travail par les personnes accompagnées toujours à la recherche d'un emploi au temps 3 sont les suivants :

- le stress relié à la recherche d'emploi, appartenant à la sous-dimension (3) « santé et condition générale » (score moyen = 4,15) ;
- une faible capacité de rendement au travail (par exemple, ne pas être capable d'exécuter les tâches de travail aussi rapidement que les collègues), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi » (score moyen = 4,80).

Concernant les réponses relatives à la partie du questionnaire « sentiment d'efficacité pour surmonter les obstacles », les items ayant obtenus les scores les plus faibles en temps 3 sont les suivants (score moyen <4) :

- la pression reliée à l'emploi occupé (par exemple, respecter les délais imposés, avoir une certaine productivité), appartenant à la sous-dimension (3) « santé et condition générale » ;
- les conditions de travail (par exemple, avoir des responsabilités), appartenant à la sous-dimension (5) « emploi ».

³⁵² Pour ce calcul, nous avons supprimé les scores =1, c'est-à-dire lorsque l'item n'est pas un obstacle pour les personnes.

2.2.4. Récapitulatif

Nous observons peu d'évolution quant à l'importance perçue des obstacles à l'insertion au travail par les personnes accompagnées au cours de l'étude (aucun test n'est significatif par dimension entre les trois temps de l'étude).

Parmi les différentes dimensions de l'échelle³⁵³, les obstacles relatifs à la dimension « santé et médicaments » sont perçus avec une moindre importance que ceux relatifs aux autres dimensions et ce, aux trois temps de l'étude (tests significatifs). Les obstacles relatifs aux dimensions « santé et condition générale »³⁵⁴ et « emploi » semblent être perçus comme les plus importants. En distinguant les personnes en emploi au temps 2 de celles sans emploi, la distribution des scores obtenus au temps 1 ne diffèrent pas entre ces deux différents échantillons.

Toutefois, l'importance perçue de certains obstacles par les personnes accompagnées diminue au cours de la première année d'accompagnement, notamment pour les obstacles relatifs à la dimension « relation avec autrui ». Il s'agit des suivants : « s'affirmer face à ses collègues de travail » entre les temps 1 et 2 [$W=0$; $p=0,046$; $n=14$] et entre les temps 1 et 3 [$W=0$; $p=0,40$; $n=9$] ; « la difficulté d'entrer en relation avec les autres » entre les temps 1 et 2 [$W=0$; $p=0,034$; $n=18$] ; « une faible capacité de rendement au travail » entre les temps 1 et 2 [$t(25) = 2,282$; $p = 0,016 < 0,05$].

2.3. Stratégies de recherche d'emploi utilisées

Le questionnaire sur les stratégies de recherche d'emploi a été proposé à toutes les personnes au temps 1 ($N=67$), aux personnes toujours à la recherche d'un emploi au temps 2 ($N=38$) et aux personnes à la recherche d'un emploi au temps 3 ($N=20$).

Le questionnaire est composé de 14 items correspondant à des stratégies de recherche d'emploi utilisées par la personne accompagnée ou par le/la CEA pour le compte de la personne, depuis le début de l'accompagnement. Les réponses sont dichotomiques (« oui » ou « non »).

³⁵³ Santé et condition générale, santé et médicaments, emploi, motivation et compétences, relations avec autrui.

³⁵⁴ la fatigabilité ressentie par la personne, des difficultés pour dormir, des difficultés de concentration ou de « gestion du stress ».

2.3.1. Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)

Les personnes contactées au temps 1 (N=67), en moyenne 1,5 mois³⁵⁵ après leur entrée effective dans le dispositif, ont formulé avoir déjà eu recours à une utilisation importante de différentes stratégies de recherche d'emploi : 94% des personnes ont préparé leur curriculum vitae, 90% ont parlé de leur recherche d'emploi à de la famille ou à des amis, 82% ont consulté les offres d'emploi et 70% ont posé des questions à leur CEA au sujet de stratégies de recherche d'emploi à mettre en œuvre.

En revanche, d'autres stratégies ont été moins utilisées : 7,5% ont utilisé une lettre de recommandation d'un ancien employeur, 12% ont rencontré un cabinet de recrutement privé, 18% ont parlé de leur recherche d'emploi à un ancien employeur.

Tableau 61. Résultats de la passation du questionnaire « stratégies de recherche d'emploi utilisées » par les personnes accompagnées au temps 1 (N=67).

Avez-vous...	Oui
1. ... posé des questions à votre CEA au sujet de stratégies de recherche d'emploi ?	70,1%
2. ... parlé à vos amis ou de la famille de votre recherche d'emploi ?	89,6%
3. ... parlé à un de vos précédents employeurs de votre recherche d'emploi ?	17,9%
4. ... préparé votre CV ?	94,0%
5. ... envoyé votre CV à une ou plusieurs entreprises ?	67,2%
6. ... consulté les offres d'emploi ?	82,1%
7. ... rencontré un centre d'information et d'insertion professionnel public ?	43,3%
8. ... rencontré un cabinet de recrutement privé ?	11,9%
9. ... rempli un formulaire de candidature à un emploi pour une entreprise ?	31,3%
10. ... téléphoné à un employeur pour vous présenter ?	41,8%
11. Vous êtes-vous présenté directement à un employeur ?	37,3%
12. ... utilisé une lettre de recommandation d'un de vos anciens employeurs pour trouver un emploi ?	7,5%
13. ... utilisé votre réseau personnel (amis, famille, etc.) pour trouver un emploi ?	26,9%
14. Etes-vous allé à un ou plusieurs entretiens d'embauche ?	46,3%

2.3.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2)

En distinguant les résultats des personnes en emploi au temps 2 (N=18) de ceux des personnes toujours à la recherche d'un emploi au temps 2 (N=36)³⁵⁶, rétrospectivement, nous pouvons observer quelques différences quant aux stratégies utilisées par ces personnes (et leur CEA) au temps 1.

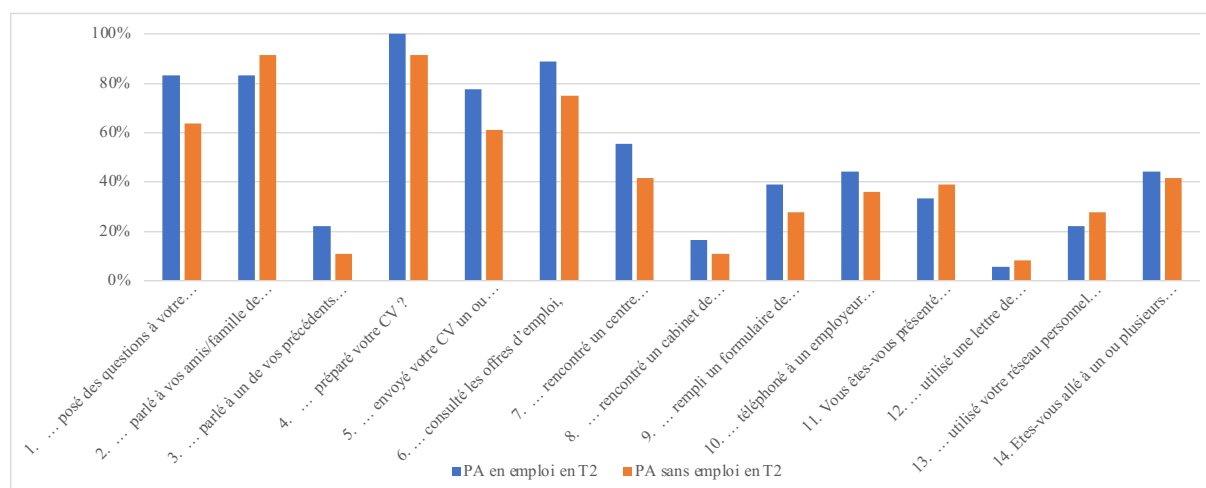
³⁵⁵ La recherche a été proposée aux personnes après 2 ou 3 rendez-vous avec leur CEA, confirmant ainsi a minima leur volonté d'entrer dans le dispositif et permettant la création d'un lien de confiance avec le CEA.

³⁵⁶ 2 personnes étant en formation, nous n'avons pas pris en compte leurs résultats pour ce calcul.

Nous pouvons observer sur le tableau ci-dessous et graphique associé que certaines stratégies ont été davantage utilisées ou du moins plus tôt au cours de l'accompagnement (au temps 1), par les personnes en emploi au temps 2.

Tableau 62. Résultats de la passation du questionnaire « stratégies de recherche d'emploi utilisées » au temps 1 par les personnes accompagnées en emploi et sans emploi au temps 2.

Avez-vous...?	T2 en emploi (N=18)	T2 sans emploi (N=36)
1. ... posé des questions à votre CEA au sujet de stratégies de recherche d'emploi ?	83,33%	63,89%
2. ... parlé à vos amis/famille de votre recherche d'emploi ?	83,33%	91,67%
3. ... parlé à un de vos précédents employeurs de votre recherche d'emploi ?	22,22%	11,11%
4. ... préparé votre CV ?	100,00%	91,67%
5. ... envoyé votre CV une ou plusieurs entreprises ?	77,78%	61,11%
6. ... consulté les offres d'emploi ?	88,89%	75,00%
7. ... rencontré un centre d'information et d'insertion professionnel public ?	55,56%	41,67%
8. ... rencontré un cabinet de recrutement privé ?	16,67%	11,11%
9. ... rempli un formulaire de candidature à un emploi pour une entreprise ?	38,89%	27,78%
10. ... téléphoné à un employeur pour vous présenter ?	44,44%	36,11%
11. Vous êtes-vous présenté directement à un employeur ?	33,33%	38,89%
12. ... utilisé une lettre de recommandation d'un de vos anciens employeurs pour trouver un emploi ?	5,56%	8,33%
13. ... utilisé votre réseau personnel (amis, famille, etc.) pour trouver un emploi ?	22,22%	27,78%
14. Etes-vous allé à un ou plusieurs entretiens d'embauche ?	44,44%	41,67%



Les stratégies davantage utilisées par les personnes en emploi au temps 2 sont les suivantes : « avoir posé des questions au sujet des stratégies de recherche d'emploi à son sa CEA » (+19%) ; « avoir envoyé son curriculum vitae à une ou plusieurs entreprises » (+17%) ; « avoir consulté les offres d'emploi » (+14%) ; « avoir rencontré un centre d'information et d'insertion professionnel public, par exemple pôle emploi ou cap emploi » (+14%).

De plus, en distinguant les personnes ayant été en emploi au moins un jour entre les temps 1 et 2 des personnes n'ayant pas été en emploi nous obtenons des résultats significatifs pour 3 items de l'échelle :

- « avez-vous posé des questions à votre conseiller au sujet de stratégies de recherche d'emploi ? » [$\chi^2=4,611, p=0,032$] ;

- « avez-vous envoyé votre CV à une ou plusieurs entreprises ? » [$\chi^2=4,506, p=0,034$] ;
- « avez-vous consulté les offres d'emploi ? » [$\chi^2=3,881, p=0,049$].

Nous observons que les personnes ayant obtenu un emploi (au moins un jour ou davantage) durant les 6 mois suivant l'entrée dans le dispositif étaient plus nombreuses à avoir mis en place ces trois stratégies dès les premières semaines de leur accompagnement.

3. Alliance de travail perçue entre la personne accompagnée (PA) et le CEA référent (WAI)

L'échelle « Alliance de travail » (WAI)³⁵⁷ permet d'apprécier d'une part, le degré d'alliance de travail perçue par une personne accompagnée (PA) à l'égard du conseiller en emploi accompagné (CEA) référent et d'autre part, celui perçue par le CEA à l'égard de la personne qu'il accompagne. L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées et à leur CEA au temps 1 (N=132)³⁵⁸, au temps 2 (N=106)³⁵⁹ et au temps 3 (N=76)³⁶⁰.

L'échelle est composée de 12 items (côtés de 1=jamais à 7=toujours). Elle existe en deux versions. Une première se réfère aux perceptions de la personne accompagnée à l'égard du CEA et la seconde à celles du CEA à l'égard de la personne qu'il accompagne. Par exemple, l'item 1 se formule de la manière suivante : « Mon conseiller en emploi accompagné et moi, nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer ma situation » et « Monsieur ou Madame X et moi, nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer sa situation ».

3.1. Comparaisons entre les résultats d'alliance de travail obtenus par les PA et par les CEA référents aux 3 temps de l'étude

En comparant les scores³⁶¹ obtenus par les personnes accompagnées et par les CEA référents, nous observons que les moyennes des scores obtenus par les PA sont légèrement supérieures à celles des scores obtenus par les CEA aux trois temps de l'étude. La médiane³⁶² des scores

³⁵⁷ *Work Alliance Inventory*.

³⁵⁸ Un CEA en arrêt maladie prolongé ou en cours de recrutement.

³⁵⁹ Trois CEA en arrêt maladie prolongé ou en cours de recrutement.

³⁶⁰ Trois CEA en arrêt maladie prolongé ou en cours de recrutement.

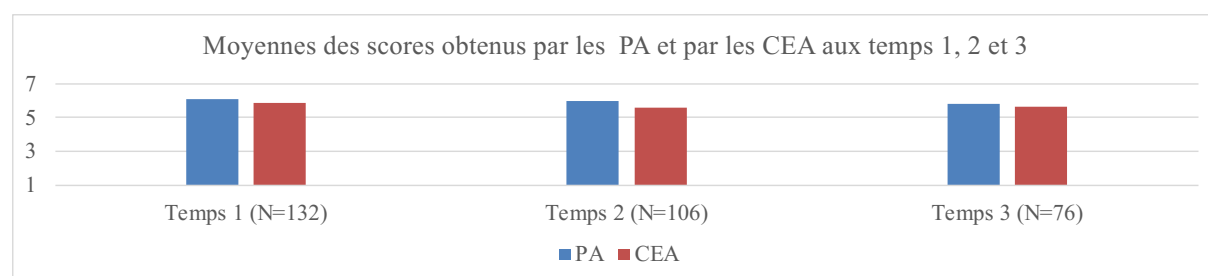
³⁶¹ Pour ce calcul du score global de l'échelle et les suivants, les variables se référant aux 2 items formulés par des phrases négatives ont été recodées de manière inversée pour que la réponse correspondant au score le plus élevé soit égal à 7.

³⁶² Test non paramétrique pour échantillons appariés.

obtenus par les PA est significativement supérieure à celle des scores obtenus par les CEA au temps 2 [$W=0$; $p < 0,010$; $n=53$].

Tableau 63. Résultats de la passation de l'échelle d'alliance de travail perçue de la part des personnes accompagnées et de la part des conseillers en emploi aux temps 1, 2 et 3.

Temps	Alliance perçue par les PA		Alliance perçue par les CEA	
	Scores moyens	Ecart-types	Scores moyens	Ecart-types
Temps 1 (N=132)	6,07	0,93	5,87	0,60
Temps 2 (N=106)	6,00	1,00	5,60	0,78
Temps 3 (N=76)	5,79	1,32	5,63	0,87



3.2. Évolution des résultats obtenus par chacun des groupes d'acteurs (PA et CEA) au cours des 3 temps de l'étude

La moyenne des scores obtenus par les CEA (N=52) au temps 2 (5,59) est inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 (5,85). La comparaison entre les médianes est significative [$W=0$; $p=0,037$; $n=52$]³⁶³. La moyenne des scores obtenus par les PA au temps 2 (5,99) est de même inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 (6,13). En revanche, la comparaison entre les médianes n'est pas significative.

En distinguant les personnes en emploi au temps 2 (N=17) de celles qui ne le sont pas (N=33)³⁶⁴, rétrospectivement, la moyenne des scores obtenus par les CEA à l'égard des PA sans emploi (N=33) au temps 2 (5,44) est inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 (5,84). La comparaison entre les médianes est significative [$W=0$; $p=0,013$; $n=33$]. A l'égard des personnes ayant obtenu un emploi en temps 2 (N=17), la moyenne des scores obtenus par les CEA au temps 2 (5,85) est inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 (5,89). La comparaison entre les médianes n'est pas significative.

Concernant le degré d'alliance de travail perçu par les personnes accompagnées à l'égard des CEA, la moyenne des scores obtenus par les personnes en emploi (N=17) au temps 2 (6,06) est inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 (6,34). La comparaison entre les médianes n'est

³⁶³ 1 CEA en arrêt maladie prolongé.

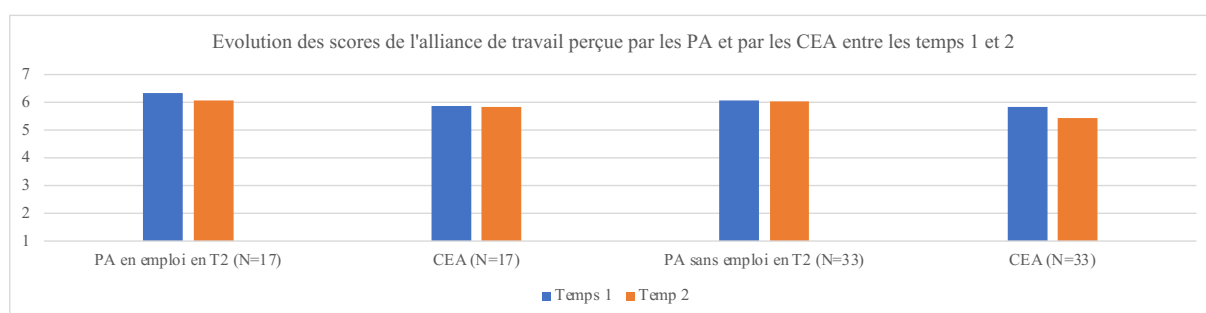
³⁶⁴ Nous n'avons pas pris en compte les résultats des personnes pour lesquelles le CEA n'a pas pu répondre au questionnaire dans les temps de l'étude.

pas significative et elle ne l'est pas aussi pour les personnes toujours à la recherche d'un emploi en temps 2 (N=33).

Par ailleurs, la comparaison entre la médiane des scores obtenus au temps 1 par les PA en emploi au temps 2 et celle des scores obtenus au temps 1 par les PA sans emploi au temps 2 n'est pas significative.

Tableau 64. Résultats de la passation de l'échelle d'alliance de travail perçue de la part des PA et de leurs CEA aux temps 1 et 2.

	Ensemble des PA en T2 (N=52)		PA en emploi en T2 (N=17)		PA sans emploi en T2 (N=33)	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temp 2	Temps 1	Temp 2
Scores moyens PA (écart-type)	6,13 (0,88)	5,99 (1,01)	6,34 (0,69)	6,06 (0,74)	6,09 (0,94)	6,03 (1,09)
Scores moyens CEA (écart-type)	5,85 (0,63)	5,59 (0,79)	5,89 (0,45)	5,85 (0,57)	5,84 (0,71)	5,44 (0,85)

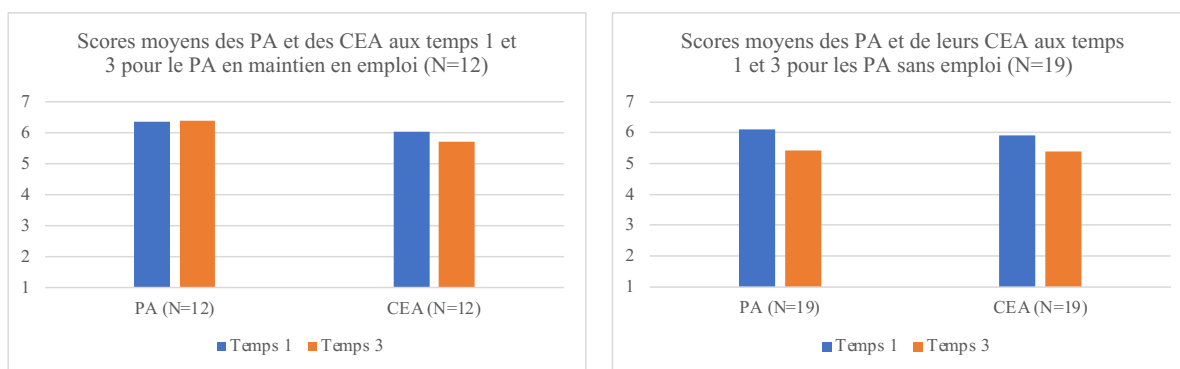


Pour l'ensemble des personnes accompagnées au temps 3 (N=36), les scores moyens obtenus au temps 3 sont inférieurs à ceux obtenus au temps 1 que ce soit de la part des PA ou de leurs CEA. Les comparaisons entre les médianes ne sont pas statistiquement significatives.

En distinguant les PA en emploi au temps 2 et au temps 3 (N=12) des PA sans emploi au temps 2 et au temps 3 (N=19), les moyennes des scores obtenus au temps 3 sont inférieures à celles des scores obtenus au temps 1 hormis celle des scores obtenus par les PA en emploi au temps 2 et au temps 3 (score T1=6,34 et score T3=6,38). Les tests ne sont pas significatifs concernant les PA en emploi que ce soit de la part des PA ou des CEA. En revanche, pour les PA sans emploi aux temps 2 et 3, la médiane des scores obtenus par les PA au temps 3 est significativement inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 [$W=0$; $p=0,033$; $n=19$], il en est de même pour la médiane des scores obtenus par les CEA au temps 3, significativement inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 [$W=0$; $p=0,045$; $n=19$].

Tableau 65. Résultats de la passation de l'échelle d'alliance de travail perçue de la part des PA et de leurs CEA aux temps 1 et 3.

	Ensemble des PA en T3 (N=36)		PA en emploi en T2 et en T3 (N=12)		PA sans emploi en T2 et en T3 (N=19)	
	Temps 1	Temps 3	Temps 1	Temps 3	Temps 1	Temps 3
Scores moyens PA (écart-type)	6,11 (0,93)	5,74 (1,34)	6,34 (0,71)	6,38 (0,74)	6,10 (1,09)	5,42 (1,61)
Scores moyens CEA (écart-type)	5,92 (0,64)	5,61 (0,88)	6,01 (0,42)	5,70 (0,53)	5,91 (0,75)	5,39 (1,08)



3.3. Récapitulatif

De manière générale, concernant notre échantillon, les personnes accompagnées perçoivent à l'égard des CEA un degré d'alliance de travail légèrement supérieur à celui des CEA à leur égard et ce, aux trois différents temps de l'étude. Le test statistique est significatif à 6 mois [$W=0$; $p < 0,010$; $n=53$].

Le degré d'alliance de travail perçu par les CEA à l'égard des PA après 6 mois d'accompagnement est inférieur à celui perçu au cours des premières semaines [$W=0$; $p=0,037$; $n=52$], notamment à l'égard des personnes sans emploi à 6 mois [$W=0$; $p=0,013$; $n=33$]. Le degré d'alliance de travail perçu par les PA à l'égard des CEA ne semble pas évoluer, que les personnes aient obtenu un emploi ou non à 6 mois (tests non significatifs).

Concernant l'accompagnement des PA n'ayant pas obtenu d'emploi au cours des 3 temps de l'étude, le degré d'alliance de travail perçu après 1 an d'accompagnement est inférieur à celui perçu au cours des premières semaines d'accompagnement, de la part des PA [$W=0$; $p=0,033$; $n=19$] et des CEA [$W=0$; $p=0,045$; $n=19$].

Nous pouvons supposer que le degré d'alliance de travail perçu par les CEA est maintenu au même niveau au cours de la première année d'accompagnement à l'égard des personnes obtenant un emploi au cours de cette période. En revanche, à l'égard des PA n'obtenant pas d'emploi, nous constatons un niveau de degré plus faible à 6 mois et à 1 an qu'au cours des premières semaines d'accompagnement.

Nous pouvons supposer que le degré d'alliance de travail perçu par les PA est maintenu au même niveau au cours des 6 premiers mois de l'accompagnement, que la personne obtienne un emploi ou non. En revanche, les personnes n'obtenant pas d'emploi au cours de la première année d'accompagnement perçoivent un degré d'alliance de travail plus faible après 1 an d'accompagnement qu'au cours de leurs premières semaines d'accompagnement.

4. Résultats de la passation des échelles relevant du domaine de l'insertion professionnelle (effective) et du maintien en emploi

Les questionnaires relatifs d'une part, aux aménagements de travail et aux soutiens disponibles en entreprise et d'autre part, à la qualité de vie (subjective) au travail, ont été proposés aux personnes en emploi au temps 2 et aux personnes en emploi au temps 3. Nous avons choisi de proposer 2 échantillons pour analyser ces résultats, un premier regroupant les personnes en emploi pour la première fois au temps 2 ou au temps 3 et depuis au moins 2 mois (N=22) et un autre échantillon regroupant les personnes en emploi au temps 2 et au temps 3 (N=12)³⁶⁵. Nous avons choisi de composer ainsi le premier échantillon afin d'obtenir un plus grand nombre de résultats d'aménagements disponibles et de qualité de vie subjective au travail pour les personnes ayant réussi à minima une insertion professionnelle³⁶⁶. Nous l'avons nommé de ce fait « insertion ». Concernant la composition du second échantillon, nous l'avons proposée ainsi afin d'apprécier les aménagements et soutiens disponibles et la qualité de vie subjective au travail des personnes s'étant maintenues en emploi au moins 6 mois. De ce fait, nous avons nommé ce second échantillon « maintien ».

L'échelle utilisée des aménagements et soutiens disponibles en entreprise (WANSS), dans sa version courte, comporte 40 énoncés concernant différents types possibles de soutien et d'aménagements de poste. Ils sont regroupés en 6 dimensions :

- (1) le soutien de l'entourage (6 items),
- (2) la présence du/de la CEA sur le lieu de travail (3 items),
- (3) le soutien du supérieur hiérarchique et des collègues (12 items),
- (4) la formation sur le lieu de travail (8 items),
- (5) la flexibilité des horaires (4 items),
- (6) l'environnement de travail (7 items).

Les réponses à ces énoncés sont dichotomiques : ce soutien ou ce type d'aménagement est disponible ou non ((oui = 1 ou non = 0), score 1 = moyenne des points pour cet item) ; puis si oui, est-il utile ou non ((oui = 1 ou non = 0, score 2 = moyenne des points pour cet item).

³⁶⁵ Trois personnes n'ont pas souhaité répondre à nouveau à ce même questionnaire.

³⁶⁶ Personnes ayant un contrat de travail depuis au moins 2 mois au moment de l'entretien téléphonique et ne souhaitant pas (a priori) y mettre un terme.

L'échelle de la qualité de vie (subjective) au travail est aussi composée de 40 énoncés pouvant être regroupés en 8 sous-dimensions, elles-mêmes réunies autour de deux dimensions principales : (A) « aspects intrapersonnels et interpersonnels », correspondant aux 4 premières sous-dimensions citées ci-dessous (de 1 à 4) et (B) « aspects structurels »³⁶⁷, correspondant aux 4 sous-dimensions à la suite (de 5 à 8). Les 8 sous-dimensions de l'échelle sont les suivantes :

- (1) « avoir un sentiment d'appartenance à l'entreprise » (7 items),
- (2) « avoir un sentiment d'être un bon travailleur » (5 items),
- (3) « établir des relations avec les collègues » (6 items),
- (4) « établir des relations avec le supérieur hiérarchique » (6 items),
- (5) « tâches de travail » (4 items),
- (6) « conditions de travail » (4 items),
- (7) « environnement de travail » (4 items),
- (8) « organisation du management » (4 items).

Cette échelle paire propose 4 choix de réponse par item (1 = tout à fait en désaccord, 2 = plutôt en désaccord, 3 = plutôt en accord, 4 = tout à fait en accord).

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des PA (en insertion et en maintien en emploi) et types de postes occupés

77% des personnes accompagnées (PA) de notre premier échantillon « insertion » (N=22) sont des hommes, ils sont 75% concernant le second échantillon « maintien » (N=12).

La moyenne d'âge est de 36,9 ans pour le premier échantillon et 38,6 ans pour le second (37,8 ans pour l'ensemble). La répartition du nombre de personnes par niveau de diplôme est représentée sur les graphiques ci-dessous pour chacun des échantillons :

³⁶⁷ de l'environnement de travail.

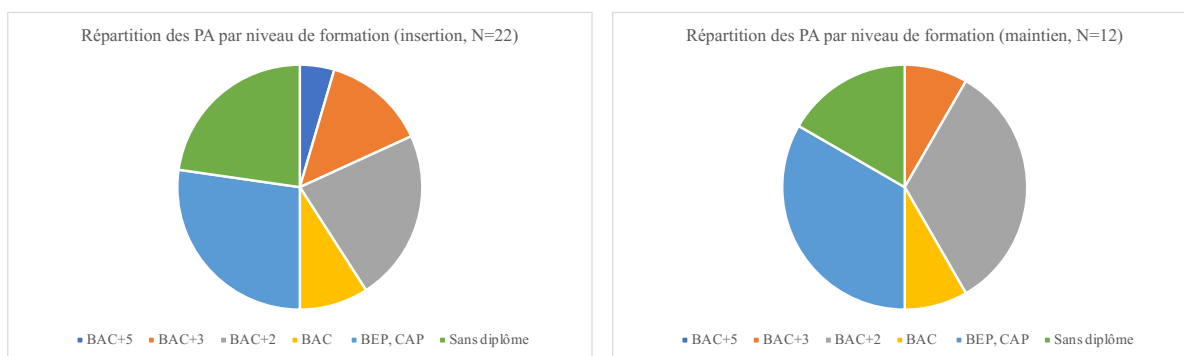


Figure 17. Répartition des personnes accompagnées en emploi selon leur niveau de formation.

Tous les niveaux de diplôme sont représentés au sein du premier échantillon « insertion » avec une prépondérance de personnes de niveaux « BAC+2 », « BEP, CAP » et de personnes « sans diplômes ». Au sein de l'échantillon « maintien », tous les niveaux de diplôme sont représentés à l'exception des personnes de niveau « BAC+5 ». Ce second échantillon est composé majoritairement de personnes de niveaux « BAC+2 », « BEP, CAP ».

La répartition du nombre de personnes en fonction de leur éloignement de l'emploi (nombre d'années sans emploi avant l'entrée dans le dispositif) est représentée sur les graphiques ci-dessous pour chacun des échantillons :

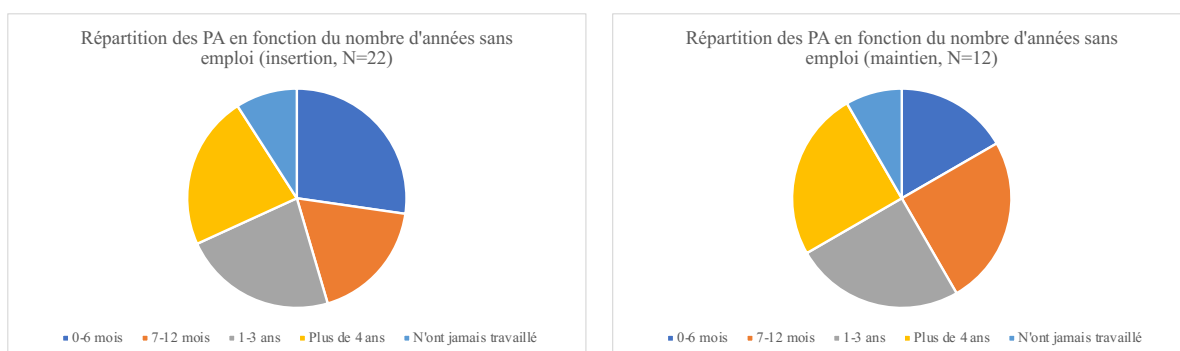


Figure 18. Répartition des personnes accompagnées en emploi selon leur nombre d'années d'expérience professionnelle antérieure.

Les deux échantillons sont composés de personnes plus ou moins éloignées de l'emploi dont une part plus faible de personnes n'ayant jamais travaillé avant l'entrée dans le dispositif³⁶⁸.

A titre indicatif, les différents types de postes occupés sont présentés sur le graphique ci-dessous :

³⁶⁸ et tout de même représentées dans cet échantillon alors qu'elles ne comptent que pour 0,6% de l'échantillon globale au temps 1 (4 personnes sur 67).

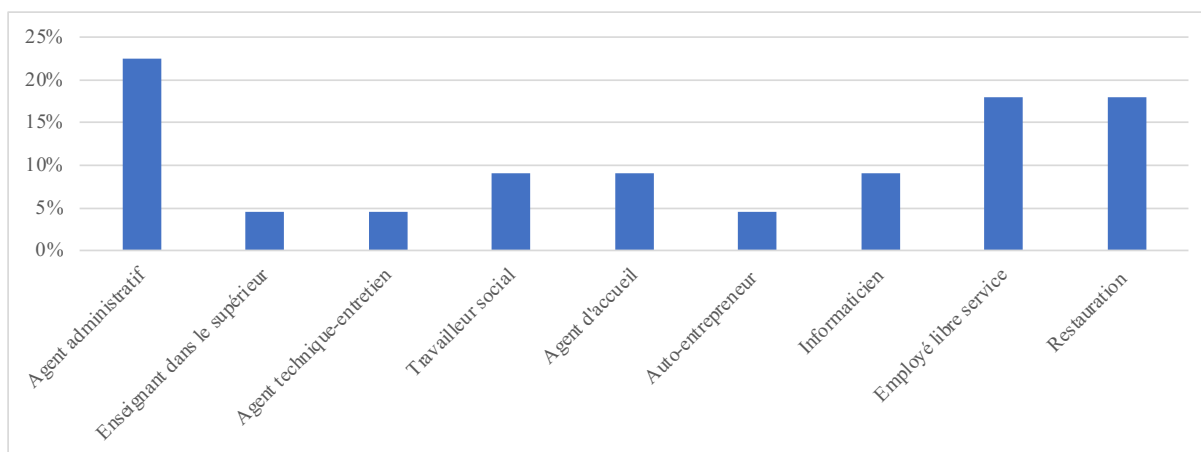


Figure 19. Répartition des personnes accompagnées selon le type de poste occupé.

Les postes occupés par les personnes accompagnées sont variés, trois catégories sont davantage représentées dans notre échantillon : les agents administratifs, les employés libre-service et les agents de la restauration.

4.2. Résultats obtenus par les PA en emploi au temps 2 ou au temps 3 (insertion)

4.2.1. Aménagements et soutiens disponibles en entreprise (WANSS)

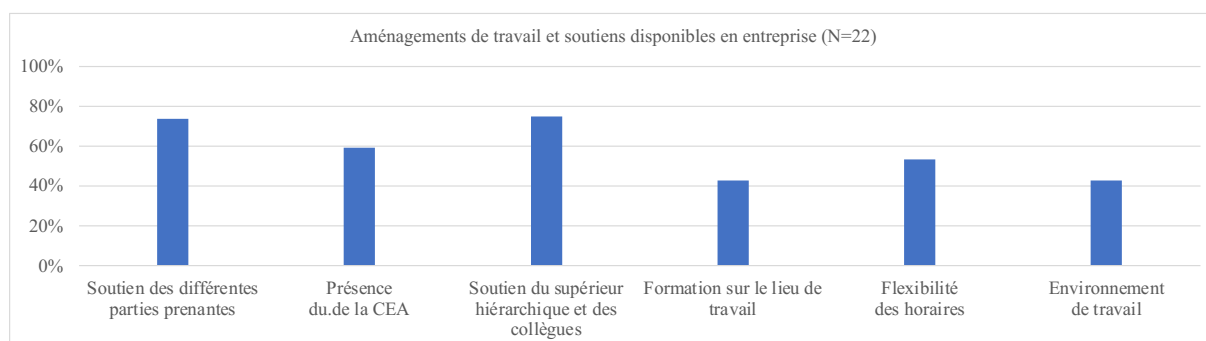
Au début de la passation du questionnaire des aménagements et soutiens disponibles en entreprise, une première question est posée à la personne accompagnée, à savoir si elle ou son.ssa CEA a demandé à l'entreprise ou l'organisation recrutant la personne, un ou plusieurs aménagements de travail. A cette question, 5 personnes (22%) ont répondu positivement. Les réponses énoncées sont les suivantes :

j'ai demandé un temps partiel... j'ai demandé de travailler de nuit car il y a moins de monde dans la salle et je peux trouver une meilleure position... j'ai demandé d'être dans une équipe de trois personnes maximum... j'ai demandé de pouvoir assister à des rendez-vous médicaux... j'ai demandé à ne pas porter de charges trop lourdes.

Nous pouvons observer sur le graphique ci-dessous, représentant les résultats des personnes de l'échantillon « insertion » (N=22), que la dimension obtenant le score le plus élevé pour les personnes en emploi est la dimension « soutien du supérieur hiérarchique et des collègues » (75,0%) et les plus faibles sont les dimension « formation sur le lieu de travail » (42,6%) et « environnement de travail » (42,9%). En regroupant les trois premières dimensions en une que nous pouvons appeler « soutien relationnel » et les trois suivantes en une dimension « modalités de travail », la moyenne de la première (69,2%) est supérieure à la seconde (46,3%), cette différence est statistiquement significative [$t(42) = 4,312 ; p < 0,001$].

Tableau 66. Résultats de la passation du questionnaire « aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise » des personnes accompagnées en emploi au temps 2 ou 3.

Dimensions WANSS	Disponibilité (N=22)
(1) Soutien des différentes parties prenantes (6 items)	73,5%
(2) Présence du/de la CEA (3 items)	59,1%
(3) Soutien du supérieur hiérarchique et des collègues (12 items)	75,0%
(4) Formation sur le lieu de travail (8 items)	42,6%
(5) Flexibilité des horaires (5 items)	53,4%
(6) Environnement de travail (6 items)	42,9%



De plus, si nous observons les résultats de chaque item de l'échelle, certains aménagements ou soutiens sont disponibles pour plus de 80% des personnes accompagnées :

- « est-ce que votre environnement de travail vous apporte de l'aide quand vous en avez besoin ? » (87,0%) ;
- « recevez-vous de la reconnaissance de la part de votre supérieur immédiat pour le travail que vous réalisez ? » (82,6%) ;
- « est-ce que vos collègues prennent le temps pour vous expliquer les tâches à réaliser ? » (82,6%) ;
- « est-ce que votre supérieur prend le temps pour vous expliquer les tâches à réaliser ? » (82,6%) ;
- « avez-vous la possibilité de partager les tâches de votre emploi avec au moins un collègue de travail ? » (82,6%).

La majorité de ces items relèvent du soutien relationnel. Par ailleurs, concernant la question complémentaire associée à chaque item en cas de disponibilité de celui-ci « est ce que cet aménagement ou soutien est utile ou non ? », les réponses sont positives pour plus de 80% des PA pour chacun des items.

4.2.2. Qualité de vie (subjective) au travail (OWL)

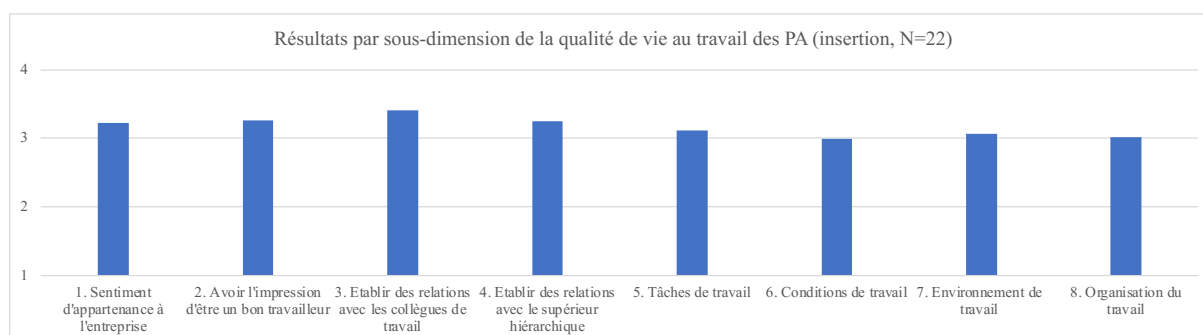
Concernant la qualité de vie (subjective) au travail des personnes du premier échantillon « insertion » (N=22), nous pouvons observer, sur le tableau et graphique associé ci-dessous,

des scores moyens par sous-dimension supérieurs à 3,0 sur 4. Le score moyen obtenu le plus élevé est celui de la sous-dimension « établir des relations avec les collègues de travail » (score moyen = 3,40) et le plus faible est celui obtenu à la sous-dimension « conditions de travail » (score moyen = 2,99).

Par ailleurs, nous pouvons observer que tous les scores moyens appartenant à la première dimension (A) « aspects intrapersonnels et interpersonnels » (regroupant les 4 premières sous-dimensions) sont plus élevés que ceux de la seconde (B) « aspects structurels » (regroupant les 4 sous-dimensions suivantes). Le score moyen de la première dimension (A) égal à 3,28 est significativement supérieur au score moyen de la seconde dimension égale à 3,05 [$t(42) = 1,956$; $p = 0,029$].

Tableau 67. Résultats de la passation du questionnaire « qualité de vie au travail » des personnes accompagnées en emploi au temps 2 ou 3.

Sous-dimensions	Scores moyens	E.-T.
1. Sentiment d'appartenance à l'entreprise	3,23	0,47
2. Avoir l'impression d'être un bon travailleur	3,26	0,42
3. Etablir des relations avec les collègues de travail	3,40	0,42
4. Etablir des relations avec le supérieur hiérarchique	3,24	0,70
5. Tâches de travail	3,11	0,68
6. Conditions de travail	2,99	0,52
7. Environnement de travail	3,07	0,49
8. Organisation du travail	3,01	0,54

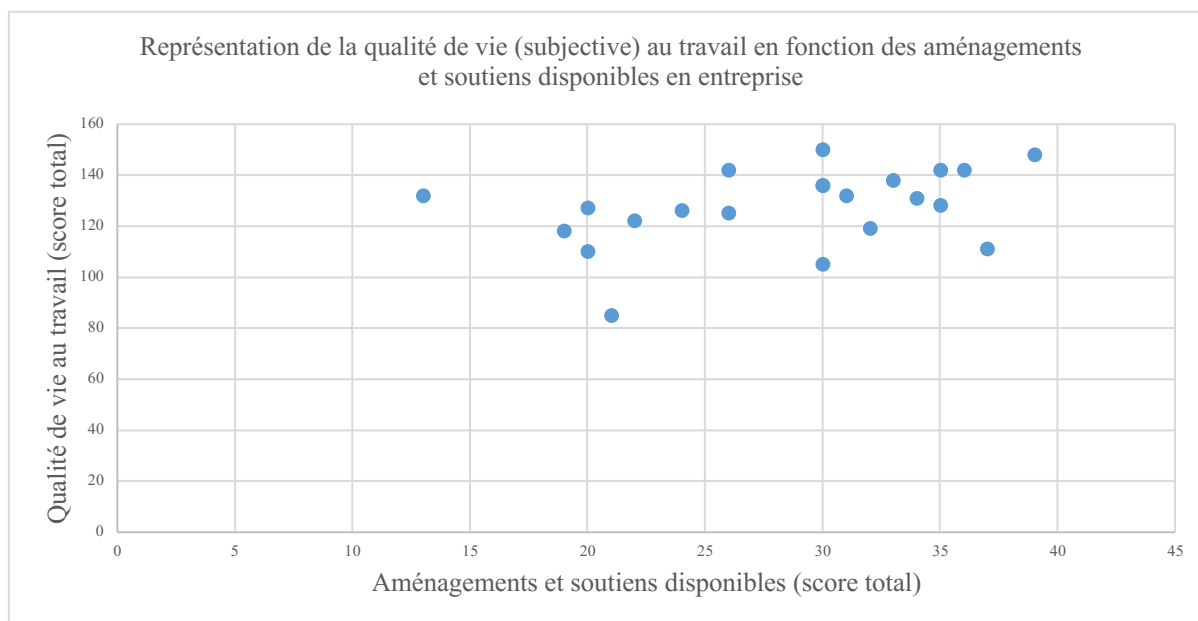


Ces résultats complètent les résultats des réponses précédentes relatives au questionnaire des aménagements et soutiens disponibles en entreprise. Les personnes accompagnées de notre échantillon « insertion » sont davantage satisfaites par les aspects intrapersonnels et interpersonnels procurés par leur activité professionnelle, soutiens les plus disponibles sur leur lieu de travail.

4.2.3. Corrélation entre la qualité de vie (subjective) au travail et les aménagements et soutiens en entreprises disponibles

Pour tenter d'appréhender l'existence d'une relation entre les deux variables « qualité de vie (subjective) au travail » et « aménagements et soutiens disponibles en entreprise », nous

présentons ci-dessous le graphique en nuage de points associé à ces deux variables. Les points représentent la position de chacune des PA avec son score au questionnaire des aménagements et soutiens disponibles en abscisse et son score au questionnaire de la qualité de vie au travail en ordonnées.



Les points ne semblent pas être dispersés au hasard dans le plan et suivre une bande de la section centrale du graphique et montant en diagonale jusqu'à la partie inférieure droite (hormis une personne éloignée du nuage de points). Nous pouvons supposer que plus les aménagements et soutiens sont disponibles en entreprise, plus la qualité de vie (subjective) au travail augmente. Le coefficient de corrélation de Pearson est significatif ($p=0,039$) et positif ($r=0,385$), il existe une relation linéaire positive entre les deux variables dont l'effet est de taille moyenne.

4.3. Résultats obtenus par les personnes en emploi au temps 2 et au temps 3 (maintien en emploi)

4.3.1. Aménagements et soutiens disponibles en entreprise (WANSS)

Selon les résultats obtenus par les personnes composant l'échantillon « maintien » ($N=12$)³⁶⁹, représentés sur le graphique ci-dessous, la dimension obtenant le score le plus important au temps 2 est, de même que pour les résultats des personnes composant l'échantillon « insertion », la dimension « soutien du supérieur hiérarchique et des collègues » (80,6%) et les plus faibles

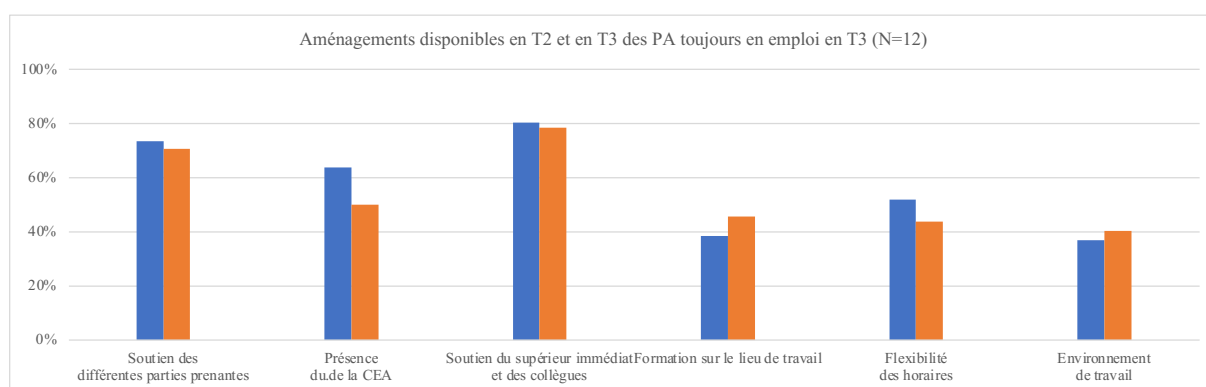
³⁶⁹ Trois personnes n'ont pas souhaité répondre à nouveau à ce questionnaire.

sont les résultats obtenus aux dimensions « environnement de travail » (36,9%) et « formation sur le lieu de travail » (38,5%).

De plus, concernant ce second échantillon « maintien », le résultat moyen obtenu à la dimension « présence du. de la CEA sur le lieu de travail » au temps 2 (63,9%) est supérieur à celui obtenu au temps 2 par les personnes du premier échantillon « insertion » (59,1%). Par ailleurs, pour les personnes toujours en emploi au temps 3, la présence du. de la CEA sur le lieu de travail est moins importante au temps 3 qu'au temps 2 (-13,9%).

Tableau 68. Résultats de la passation du questionnaire « aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise » des personnes accompagnées en emploi aux temps 2 et 3.

Dimensions WANSS	Temps 2 (N=12)	Temps 3 (N=12)
(1) Soutien des différentes parties prenantes	73,6%	70,8%
(2) Présence du. de la CEA	63,9%	50,0%
(3) Soutien du supérieur hiérarchique et des collègues	80,6%	78,5%
(4) Formation sur le lieu de travail	38,5%	45,8%
(5) Flexibilité des horaires	52,1%	43,8%
(6) Environnement de travail	36,9%	40,5%



De même que pour l'échantillon « insertion », si nous regroupons les 3 premières dimensions en une sous l'appellation « soutien relationnel » et les 3 suivantes en une dimension « modalités de travail », la moyenne des scores de la première est plus élevée que celle de la seconde au temps 2 (score_{soutien} = 72,7% ; score_{modalités} = 53,3%) et aussi au temps 3 (score_{soutien} = 66,4% ; score_{modalités} = 43,4%). La différence entre les moyennes des deux scores est statistiquement significative au temps 2 [$t(11) = 3,678$; $p = 0,002$] et au temps 3 [$t(11) = 4,007$; $p = 0,001$].

Par ailleurs, la moyenne des scores obtenus à la dimension « soutien relationnel » au temps 2 (72,7%) est plus élevée que celle des scores obtenus au temps 3 (66,4%) ; cependant, la différence n'est pas significative. En revanche elle l'est entre les temps 2 et 3 pour la dimension « modalités de travail » dont la médiane des scores obtenus au temps 3 est significativement inférieure à celle de scores obtenus au temps 2 [$W=0$; $p = 0,015$; $n=12$].

De plus, si nous observons les résultats obtenus à chaque item de l'échelle, trois aménagements de travail ou soutiens sur le lieu de travail sont disponibles au temps 2 pour l'ensemble des personnes (100%) de l'échantillon « maintien » :

- « est-ce que votre supérieur prend le temps pour vous expliquer les tâches à réaliser ? » ;
- « est-ce que votre CEA peut vous rendre visite sur votre lieu de travail ? » ;
- « recevez-vous de la reconnaissance de la part de votre supérieur immédiat pour le travail que vous réalisez ? ».

L'ensemble de ces items relèvent du soutien relationnel mis à la disposition des personnes accompagnées sur leur lieu de travail.

4.3.2. Qualité de vie (subjective) au travail (QWL)

Concernant la qualité de vie (subjective) au travail des personnes du second échantillon « maintien » (N=12), nous pouvons observer, sur le tableau et graphique associé ci-dessous, des scores moyens par sous-dimension supérieurs à 3,0 sur 4 pour 6 sous-dimensions et inférieurs à 3,0 pour 2 sous-dimensions.

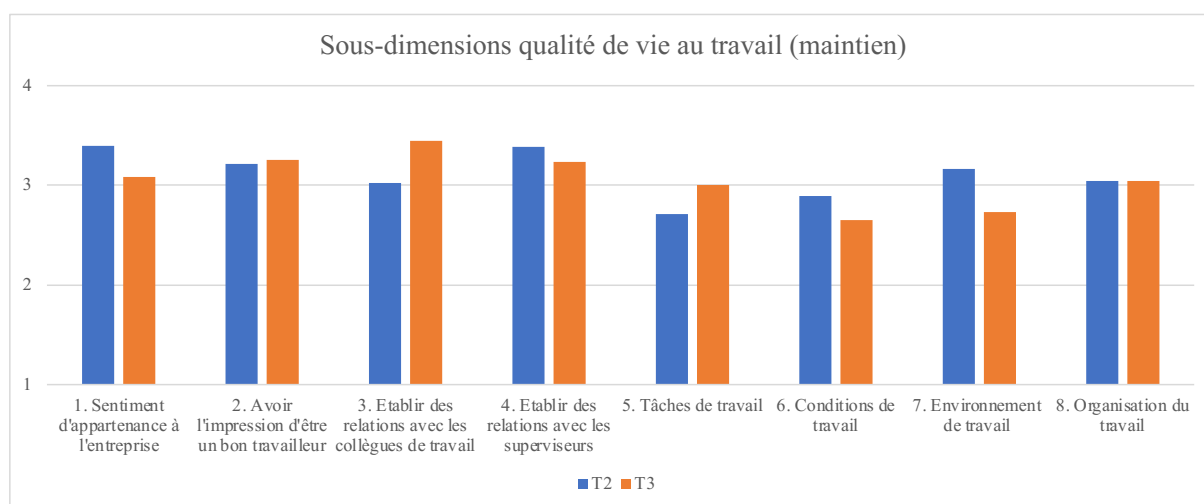
Au temps 2, les scores moyens les plus élevés (score moyen = 3,39) sont ceux obtenus aux sous-dimensions « établir des relations avec le supérieur hiérarchique » et « sentiment d'appartenance à l'entreprise » et au temps 3, le score moyen obtenu le plus élevé est celui de la sous-dimension « établir des relations avec les collègues de travail » (score moyen = 3,44).

Concernant les dimensions obtenant les scores les plus faibles, il s'agit au temps 2 des sous-dimensions « tâches de travail » (score moyen = 2,71) et « conditions de travail » (score moyen = 2,90) et au temps 3, des sous-dimensions « conditions de travail » (score moyen = 2,65) et « environnement de travail » (score moyen = 2,73).

De même que pour l'échantillon « insertion », le score moyen obtenu à la dimension (A) « aspects intrapersonnels et interpersonnels » (score moyen = 3,26) est supérieur à celui de la dimension (B) « aspects structurels » (score moyen = 2,95) au temps 2. Il en est de même au temps 3 (score moyen _A = 3,25 et score moyen _B = 2,85). Les différences entre les moyennes sont statistiquement significatives au temps 2 [$t(22) = 2,250$; $p = 0,017$] et au temps 3 [$t(22) = 2,098$; $p = 0,024$].

Tableau 69. Résultats de la passation du questionnaire « qualité de vie au travail » des personnes en emploi aux temps 2 et 3.

Sous-dimensions	Temps 2 (N=12)		Temps 3 (N=12)	
	Scores moyens	E.-T.	Scores moyens	E.-T.
1. Sentiment d'appartenance à l'entreprise	3,39	0,41	3,08	0,67
2. Avoir l'impression d'être un bon travailleur	3,22	0,38	3,25	0,34
3. Etablir des relations avec les collègues de travail	3,03	0,37	3,44	0,46
4. Etablir des relations avec les superviseurs	3,39	0,49	3,24	0,43
5. Tâches de travail	2,71	0,37	3,00	0,75
6. Conditions de travail	2,90	0,55	2,65	0,64
7. Environnement de travail	3,17	0,48	2,73	0,62
8. Organisation du travail	3,04	0,46	3,04	0,62



De plus, nous pouvons observer des différences entre les résultats obtenus à chaque sous-dimension entre les temps 2 et 3. Les différences sont significatives entre les temps 2 et 3 pour la sous-dimension « environnement de travail » [$t(11) = 2,508$; $p = 0,015$] dont la moyenne des scores obtenus au temps 3 est significativement inférieure à celle de scores obtenus au temps 2 et pour la sous-dimension « établir des relations avec les collègues de travail » [$W=0$; $p = 0,07$; $n=12$] dont la médiane des scores obtenus au temps 3 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 2.

4.4. Récapitulatif

Nous avons proposé 2 échantillons pour l'analyse des résultats relatifs aux aménagements et soutiens disponibles en entreprise et à la qualité (subjective) de vie au travail. Le premier, nommé « insertion », est composé de personnes ayant obtenu un emploi au cours de la période de l'étude (au temps 2 ou au temps 3) et ce, depuis une durée a minima de 2 mois³⁷⁰ (N=22) et

³⁷⁰ et ne souhaitant pas a priori mettre fin à leur contrat de travail à court terme.

le second, nommé « maintien » (N=12)³⁷¹, est composé de personnes intégrées professionnellement depuis une période de plus de 6 mois (au temps 2 et au temps 3).

Les scores moyens obtenus au questionnaire relatif aux aménagements et soutiens disponibles en entreprise révèlent des résultats statistiquement significatifs, les « soutiens relationnels » sont davantage disponibles que les aménagements des « modalités de travail ». Ces résultats sont significatifs pour les 2 échantillons et ce, pour les deux temps pour l'échantillon « maintien ».

Les scores moyens obtenus au questionnaire relatif à la qualité de vie (subjective) au travail révèlent aussi des résultats statistiquement significatifs, les « aspects intrapersonnels et interpersonnels » sont les aspects dont les personnes sont les plus satisfaites. Ces résultats sont, de même, significatifs pour les 2 échantillons et ce, pour les deux temps pour l'échantillon « maintien ». En outre, il existe une relation significative et positive entre les scores obtenus aux deux questionnaires.

Concernant les résultats des personnes de l'échantillon « maintien » au questionnaire relatif aux aménagements et soutiens disponibles, le score moyen obtenu à la dimension « modalités de travail » au temps 3 est significativement inférieur à celui obtenu au temps 2, ce n'est pas le cas pour la dimension « soutien relationnel ». Concernant les résultats obtenus au questionnaire relatif à la qualité de vie (subjective) au travail, le score moyen obtenu à la sous-dimension « environnement de travail »³⁷² après une période en emploi d'au moins 6 mois (au temps 3) est significativement inférieur à celui obtenu au cours des premières semaines suivant l'insertion (au temps 2). En revanche, la moyenne des scores obtenus à la sous-dimension « établir des relations avec les collègues de travail »³⁷³ au temps 3 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 2.

Que ce soit pour l'un ou l'autre des échantillons, les personnes accompagnées en emploi au cours de notre étude obtiennent davantage de soutiens relationnels sur leur lieu de travail qu'elles ne bénéficient d'aménagements de modalités de travail, et elles en sont les plus satisfaites.

³⁷¹ 12 personnes ont accepté de répondre à nouveau à ces questionnaires.

³⁷² Appartenant à la dimension « modalités de travail ».

³⁷³ Appartenant à la dimension « aspects intrapersonnels et interpersonnels ».

Tableau 70. Récapitulatif des tests statistiques relatifs aux aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise, et de la qualité de vie (subjective) au travail des personnes accompagnées.

Comparaisons	Echantillon "insertion" (N=22), temps 2 ou 3 (T2 ou T3)		Echantillon "maintien" (N=12), temps 2 et 3 (T2 et T3)	
	Aménagements et soutiens disponibles en entreprise	Qualité de vie (subjective) au travail	Aménagements et soutiens disponibles en entreprise	Qualité de vie (subjective) au travail
Comparaisons entre dimensions	sc. moy. "soutien" > sc. moy. "modalités" [t (42) = 4,312 ; $p < 0,001$]	sc. moy. "aspects intra et interpersonnels" > sc. moy. "aspects structurels" [t (42) = 1,956 ; $p = 0,029$]	sc. moy. T2 "soutien" > sc. moy. T2 "modalités" [t (11) = 3,678 ; $p < 0,001$]	sc. moy. T2 "aspects intra et interpersonnels" > sc. moy. T2 "aspects structurels" [t (22) = 2,250 ; $p = 0,017$]
			sc. moy. T3 "soutien" > sc. moy. T3 "modalités" [t (11) = 4,007 ; $p = 0,001$]	sc. moy. T3 "aspects intra et interpersonnels" > sc. moy. T3 "aspects structurels" [t (22) = 2,098 ; $p = 0,024$]
Comparaisons entre T2 et T3			sc.moy. Temps 2 "soutien" > sc. moy. Temps 3 "soutien" non significatif	sc. moy. T2 "aspects intra et interpersonnels" > sc. moy. T3 "aspects intra et interpersonnels" non significatif
			sc.moy. Temps 2 "modalités" > sc. moy. Temps 3 "modalités" [W=0 ; $p = 0.015$; n=12]	sc. moy. T2 "aspects structurels" < sc. moy. T3 "aspects structurels" non significatif

5. Résultats de la passation des échelles cliniques

5.1. Fonctionnement cognitif perçu par la personne (SSTICS)

L'échelle *Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia* (SSTICS), dont l'utilisation peut être élargie à l'ensemble de la population, permet d'apprécier le degré de la plainte subjective de la personne au sujet d'éventuels troubles cognitifs. Elle comporte 21 items relevant de différents domaines cognitifs :

- la mémoire épisodique (7 items), la mémoire sémantique (2 items), la mémoire de travail (2 items) ;
- l'attention (5 items) ;
- les fonctions exécutives (3 items) ;
- le langage (1 item) ;
- la praxie (1 item).

Les items se présentent sous forme de questions relatives à différents types de troubles cognitifs³⁷⁴ éventuellement rencontrés au cours des deux semaines précédant l'entretien. Il est demandé à la personne d'y répondre en fonction de son vécu et d'en apprécier sa fréquence sur une échelle de Likert en 5 graduations (de 0 : « jamais » à 4 : « très souvent »). L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), au temps 2 (N=56) et au temps 3 (N=39).

³⁷⁴ Par exemple : « Avez-vous de la difficulté à vous souvenir du nom de vos médicaments ? ».

5.1.1. Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)

Au temps 1, nous pouvons observer à l'aide du tableau et graphique associé ci-dessous, des scores moyens plus élevés pour les sous-dimensions « mémoire de travail » (score moyen = 1,85) et « attention » (score moyen = 1,60) pour l'ensemble de l'échantillon (N=67).

La quasi-totalité (96%) des personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude déclarent avoir rencontré des troubles cognitifs relevant de la dimension « attention » au cours des 2 semaines précédant l'entretien. Très peu de personnes (9%) ont déclaré avoir connu des troubles relevant de la dimension « praxie » (coordination gestuelle).

Afin d'apprécier le degré de sévérité des troubles par dimension cognitive, dans un second temps, nous avons comptabilisé uniquement les réponses positives déclarées par les personnes accompagnées (scores par item > 0). Les scores moyens par dimension ainsi obtenus les plus élevés sont ceux relatifs aux sous-dimensions « langage »³⁷⁵ (score moyen = 2,34) et « mémoire de travail » (score moyen = 2,18).

Par ailleurs, la sous-dimension « attention » est le domaine cognitif dont le plus grand nombre de personnes accompagnées (PA) de notre échantillon perçoit des symptômes (96% des personnes).

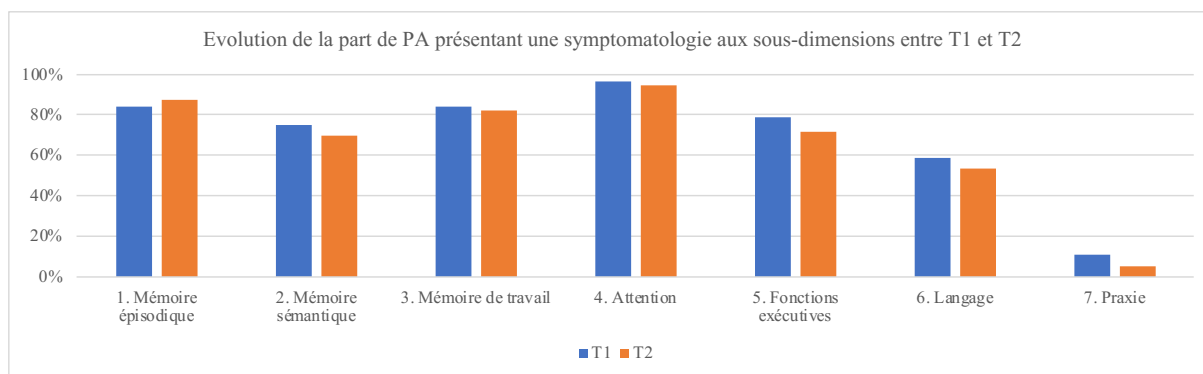
Tableau 71. Résultats par sous-dimension de l'échelle SSTICS des personnes accompagnées au temps 1 (N=67).

Sous-dimensions	1. Mémoire épisodique	2. Mémoire sémantique	3. Mémoire de travail	4. Attention	5. Fonctions exécutives	6. Langage	7. Praxie
Scores moyens	0,81	1,21	1,85	1,60	1,06	1,43	0,15
Ecart-types	0,66	1,08	1,27	0,94	0,96	1,40	0,58
% des PA avec symptômes	85%	75%	85%	96%	79%	61%	9%
Scores moyens des PA avec sympt.	0,95	1,62	2,18	1,68	1,34	2,34	1,67

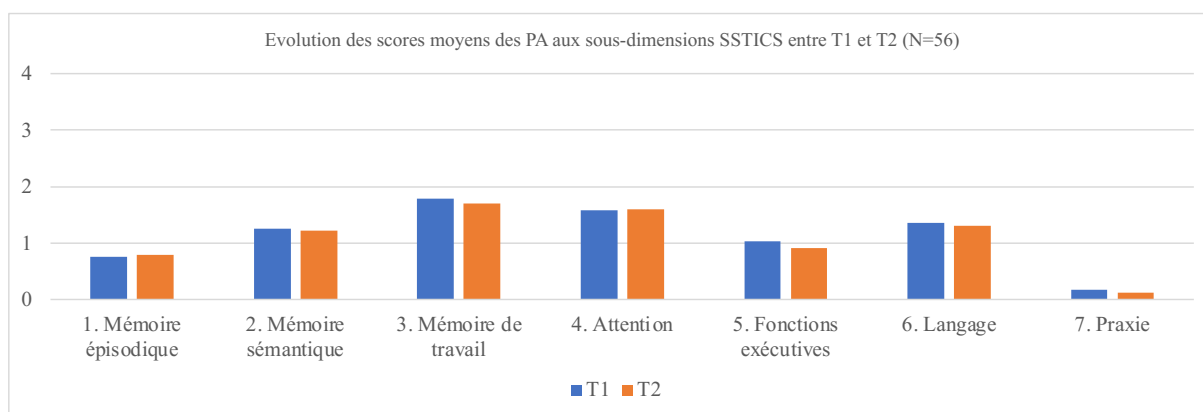
5.1.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2)

Nous pouvons observer, à l'aide du graphique ci-dessous, que les pourcentages des personnes présentant des symptômes relatifs aux différentes dimensions évoluent faiblement entre les temps 1 et 2.

³⁷⁵ Item : Éprouvez-vous de la difficulté à trouver vos mots, faire des phrases, comprendre le sens des mots ou les prononcer ou même nommer des objets ?



De même, nous pouvons observer à l'aide du graphique ci-dessous une très faible évolution des scores moyens par sous-dimension entre les temps 1 et 2 pour l'ensemble des personnes de notre échantillon toujours accompagnées au temps 2 (N=56).

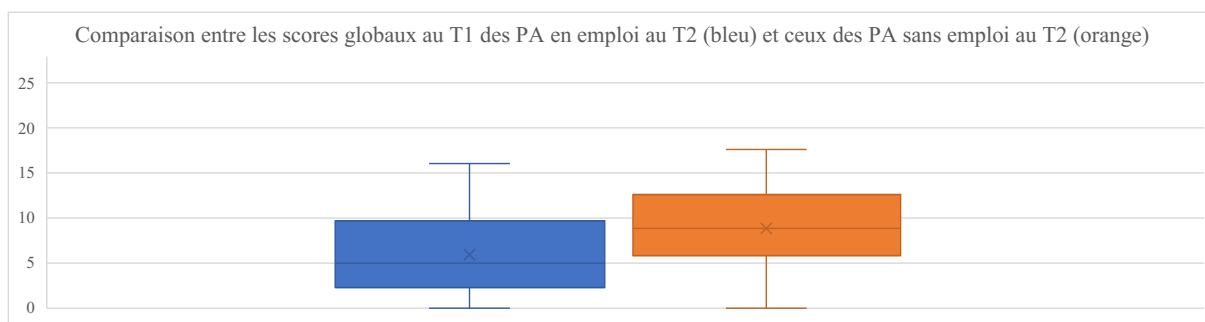


En distinguant les personnes en emploi au temps 2 (N=18) de celles qui ne le sont pas (N=36)³⁷⁶, nous observons, rétrospectivement, un score global moyen³⁷⁷ obtenu au temps 1 par les personnes accompagnées en emploi au temps 2 (score_{t1}=5,9) inférieur au score global moyen obtenu au temps 1 par les personnes sans emploi au temps 2 (score=8,9). La différence entre les moyennes est significative [$t(52) = -2,356, p = 0,011$]³⁷⁸. Les personnes accompagnées n'ayant pas accédé à un emploi au temps 2 percevaient leurs symptômes au temps 1 à un degré plus élevé que les personnes accompagnées ayant accédé à un emploi au temps 2.

³⁷⁶ 2 scores de personnes en formation n'ont pas été comptabilisés dans ce calcul.

³⁷⁷ Somme des scores moyens des 7 dimensions.

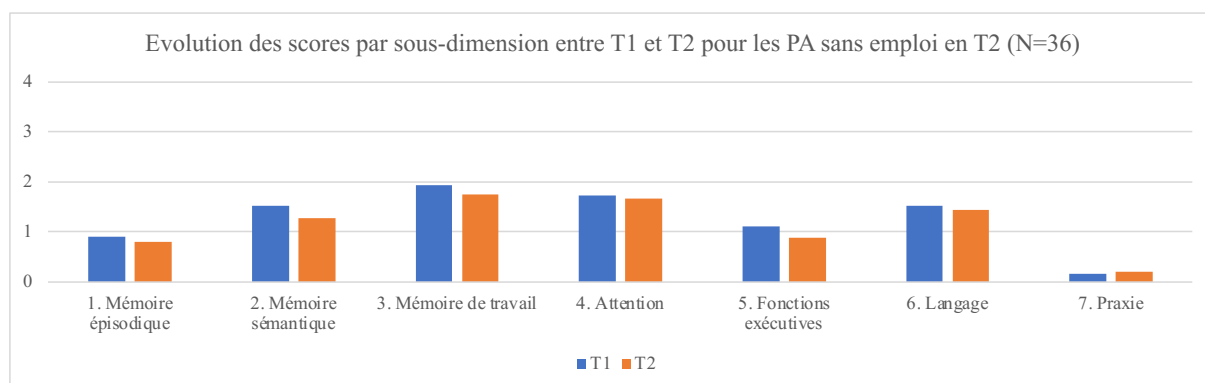
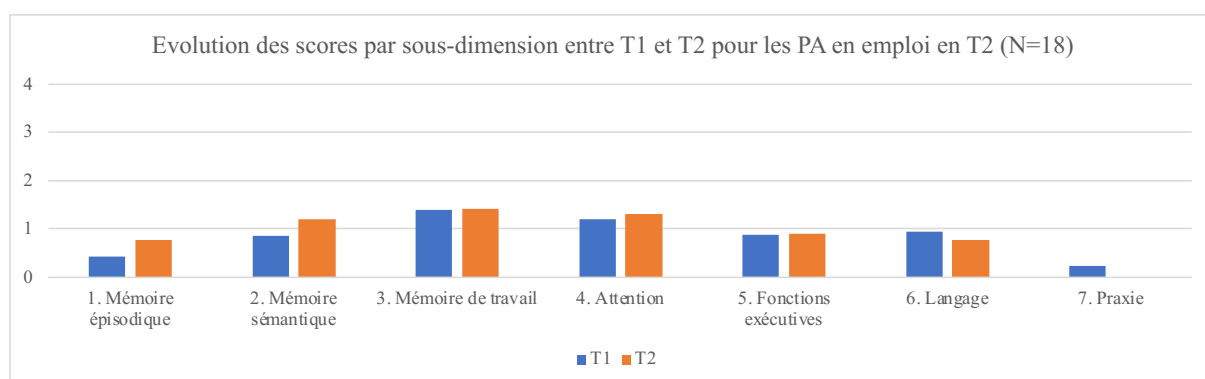
³⁷⁸ De plus, ces résultats sont significatifs pour les sous-dimensions « mémoire épisodique » [$t(52) = -2,741 ; p = 0,004$] et « attention » [$t(52) = -2,005 ; p = 0,025$].



Les comparaisons des scores obtenus par sous-dimension entre les temps 1 et 2 pour ces mêmes différents échantillons (en emploi ou non au temps 2) ne révèlent pas de différences significatives. Nous pouvons observer de très légères évolutions représentées sur les graphiques ci-dessous.

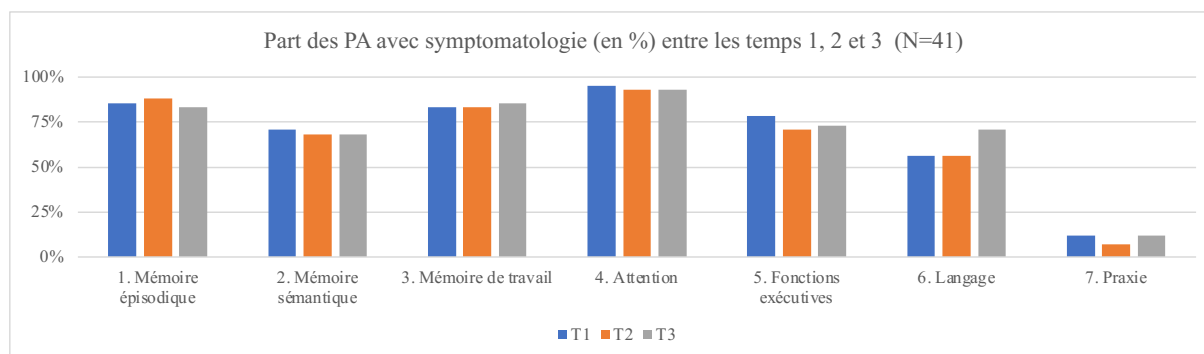
Tableau 72. Évolution des résultats entre les temps 1 et 2 par sous-dimension SSTICS des PA sans emploi au temps 2 (N=36) et des PA en emploi au temps 2 (N=18).

Dimensions	PA sans emploi en T2 (N=36)		PA en emploi en T2 (N=18)	
	Score moy. T1	Score moy. T2	Score moy. T1	Score moy. T2
1. Mémoire épisodique	0,9	0,8	0,4	0,8
2. Mémoire sémantique	1,5	1,3	0,9	1,2
3. Mémoire de travail	1,9	1,7	1,4	1,4
4. Attention	1,7	1,7	1,2	1,3
5. Fonctions exécutives	1,1	0,9	0,9	0,9
6. Langage	1,5	1,4	0,9	0,8
7. Praxie	0,2	0,2	0,2	0,0
Score global	8,9	8,0	5,9	6,3



5.1.3. Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)

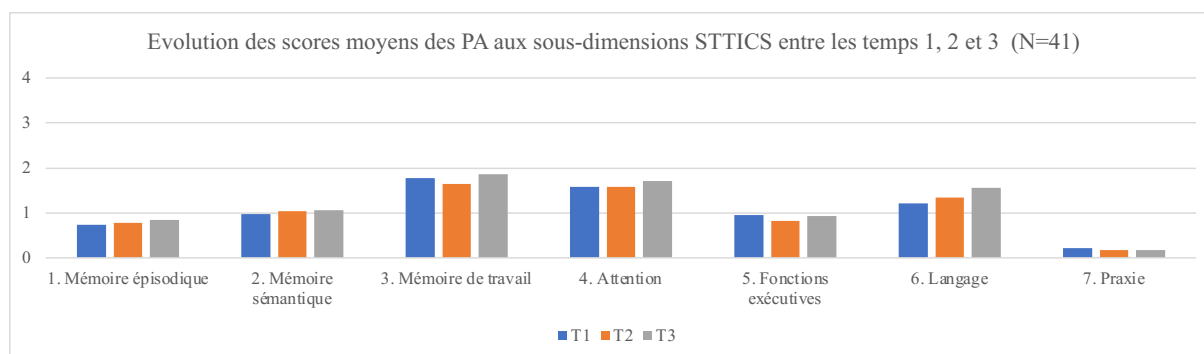
Entre les temps 1, 2 et 3, le pourcentage de personnes déclarant une symptomatologie relative aux différents domaines cognitifs (par sous-dimension) fluctuent très faiblement, excepté pour la sous-dimension « langage » (+15%).



Concernant les scores moyens obtenus par sous-dimension entre les temps 1, 2 et 3, nous observons de faibles évolutions. Les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 73. Évolution des résultats entre les temps 1, 2 et 3 par sous-dimensions SSTICS des personnes accompagnées (N=41).

Dimensions	Sc. moy. T1	Sc. moy. T2	Sc. moy. T3	% avec sympt. T1	% avec sympt. T2	% avec sympt. T3
1. Mémoire épisodique	0,74	0,79	0,86	85%	88%	83%
2. Mémoire sémantique	0,98	1,05	1,07	71%	68%	68%
3. Mémoire de travail	1,77	1,63	1,85	83%	83%	85%
4. Attention	1,59	1,59	1,72	95%	93%	93%
5. Fonctions exécutives	0,95	0,82	0,94	78%	71%	73%
6. Langage	1,22	1,34	1,56	56%	56%	71%
7. Praxie	0,22	0,17	0,17	12%	7%	12%



En distinguant les personnes en maintien en emploi (N=14)³⁷⁹ des personnes sans emploi aux temps 2 et 3 (N=17), nous observons à nouveau de faibles évolutions entre les temps 1 et 3 pour l'ensemble des sous-dimensions pour ces deux échantillons.

³⁷⁹ en emploi au temps 2 et aussi au temps 3.

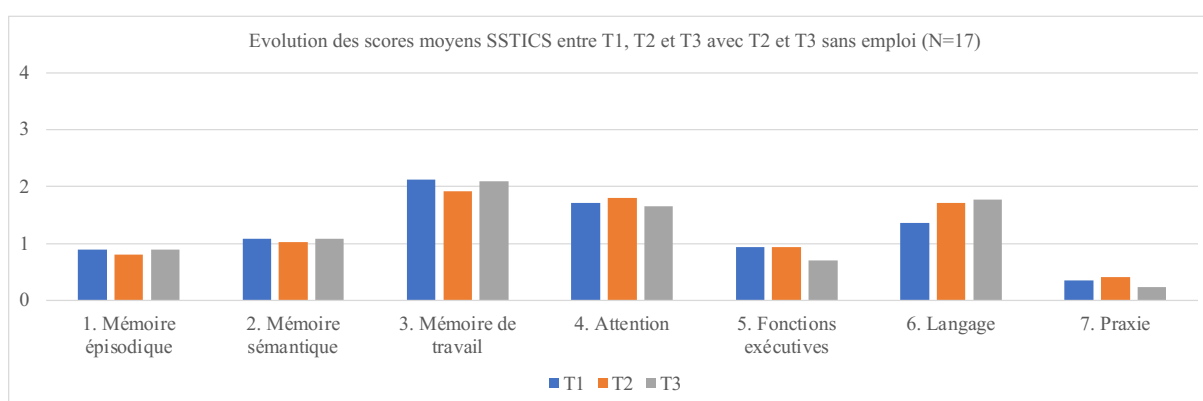
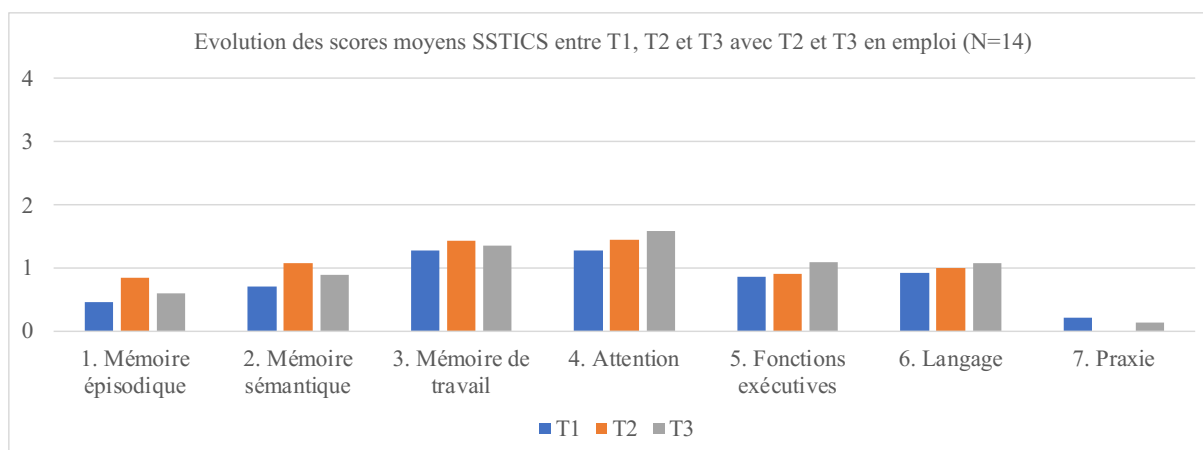


Tableau 74. Évolution des résultats entre les temps 1, 2 et 3 par sous-dimension SSTICS des PA en emploi aux temps 2 et 3 (N=14) et des PA sans emploi aux temps 2 et 3 (N=17).

Dimensions	PA en emploi en T2 et en T3 "en maintien" (N=14)			PA sans emploi en T2 et en T3 (N=17)		
	Temps 1	Temps 2	Temps 3	Temps 1	Temps 2	Temps 3
1. Mémoire épisodique	0,47	0,84	0,61	0,89	0,80	0,90
2. Mémoire sémantique	0,71	1,07	0,89	1,09	1,03	1,09
3. Mémoire de travail	1,29	1,43	1,36	2,12	1,91	2,09
4. Attention	1,27	1,44	1,59	1,72	1,80	1,65
5. Fonctions exécutives	0,86	0,90	1,10	0,94	0,94	0,71
6. Langage	0,93	1,00	1,07	1,35	1,71	1,76
7. Praxie	0,21	0,00	0,14	0,35	0,41	0,24

Si nous comparons, rétrospectivement, les résultats obtenus au temps 1 par les deux groupes de personnes accompagnées « en maintien en emploi » et « sans emploi »³⁸⁰, le degré de plainte subjective relative aux différents domaines cognitifs de l'échelle était plus élevé (en moyenne) pour les personnes appartenant au groupe « sans emploi ». La différence n'est pas statistiquement significative entre les moyennes des scores globaux³⁸¹ des personnes des deux échantillons. En revanche elle l'est pour les sous-dimensions « mémoire épisodique » [$t(29) = -2,013$; $p = 0,027$] et « mémoire de travail » [$t(29) = -1,728$; $p = 0,047$].

³⁸⁰ ni au temps 2 ni au temps 3.

³⁸¹ On observe tout de même une tendance [$t(29) = -1,1611$; $p = 0,059$].

5.1.4. Récapitulatif

Les résultats observés au sujet de l'évolution de la plainte (subjective) des personnes accompagnées relatives aux différents domaines cognitifs étudiés (la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, le langage et la praxie) évoluent très faiblement au cours des 3 temps de l'étude.

Rétrospectivement, la moyenne des scores globaux obtenus à l'entrée dans le dispositif (au temps 1) par les personnes obtenant un emploi au cours des 6 premiers mois d'accompagnement est significativement inférieure à celle obtenue à l'entrée dans le dispositif (au temps 1) par les personnes n'ayant pas obtenu d'emploi au temps 2 [$t(52) = -2,356, p = 0,011$]. De plus, la moyenne des scores obtenus au temps 1 par les personnes en maintien en emploi au temps 3 est significativement inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 par les personnes sans emploi³⁸² concernant les sous-dimensions « mémoire épisodique » [$t(29) = -2,013 ; p = 0,027$] et « mémoire de travail » [$t(29) = -1,728 ; p = 0,047$].

5.2. Degré de sévérité des symptômes (BSI)

L'échelle « inventaire bref des symptômes »³⁸³ (BSI) utilisée permet d'apprécier l'évolution du degré de sévérité de différents symptômes vécus par les personnes accompagnées au cours de leur accompagnement. Elle comporte 18 items (symptômes) regroupés en 3 dimensions : « somatisation » (6 items), « anxiété » (6 items) et « dépression » (6 items). Il est demandé à la personne de répondre aux différentes questions interrogeant le ressenti ou non d'un symptôme³⁸⁴ au cours des deux semaines précédant l'entretien et d'en apprécier l'intensité. L'échelle propose 5 choix de réponse par item (de 0 = « pas du tout » à 4 = « extrêmement »). L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), au temps 2 (N=56) et au temps 3 (N=41). Les résultats obtenus à l'échelle BSI permettent de calculer un indice global correspondant à la moyenne des scores des 3 dimensions et un indice de sévérité des symptômes en ne comptabilisant que les items dont les scores sont supérieurs à 0.

³⁸² au temps 2 et au temps 3.

³⁸³ L.R. Derogatis, *BSI-18: Brief Symptom Inventory 18 - Administration, scoring, and procedures manual*, Minneapolis, NCS Pearson, 2000.

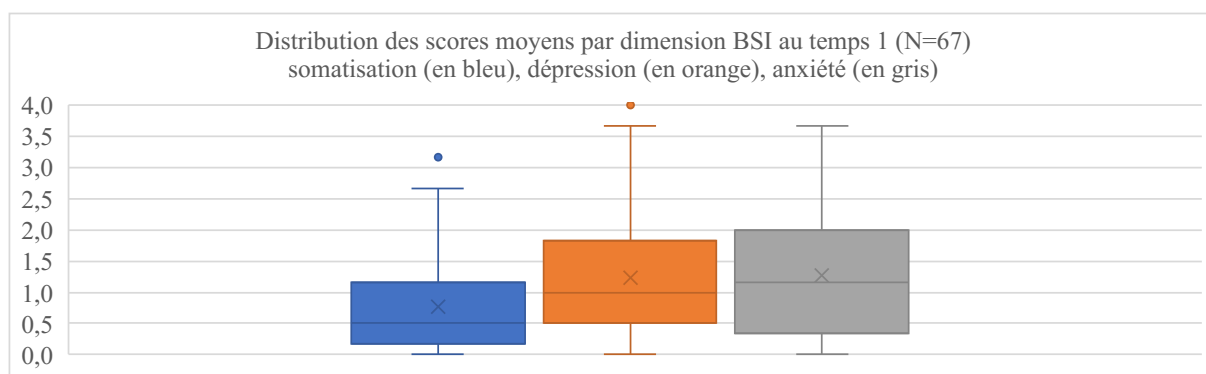
³⁸⁴ tels que « nausées ou maux d'estomac », « avoir le cafard » ou « vous sentir tellement agité que vous ne pouvez pas tenir en place ».

5.2.1. Résultats obtenus par les PA à l'entrée dans le dispositif (temps 1)

Nous présentons dans le tableau et graphique associé ci-dessous les résultats obtenus par les personnes accompagnées à l'échelle BSI à l'entrée dans le dispositif (temps 1). Nous observons que les personnes déclarent présenter davantage de symptômes liés à de l'anxiété ou de la dépression qu'à de la somatisation (test de Kruskal-Wallis pour somatisation-anxiété et somatisation-dépression, $p = 0,001$).

Tableau 75. Résultats par dimension (BSI) des personnes accompagnées au temps 1 (N=67).

Temps 1 (N=67)	Indice global		Indice de sévérité	
Dimensions	Scores moyens	Ecart-types	Scores moyens	Ecart-types
Somatisation	0,77	0,7	1,85	0,7
Dépression	1,23	0,9	1,98	0,8
Anxiété	1,27	1,0	2,05	0,7
Score moyen global	1,09	0,8	1,95	0,6



Par ailleurs, au temps 1, l'item « 5. sentiment de solitude » obtient le score le plus élevé parmi les items de l'échelle (score moyen = 1,7 sur 4).

5.2.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2)

Au temps 2 (à 6 mois), concernant les 56 personnes toujours accompagnées par les dispositifs, nous constatons de faibles évolutions entre les résultats globaux obtenus aux temps 1 et 2. Seuls les résultats obtenus par les personnes accompagnées relatifs à la dimension « anxiété » diminuent entre les temps 1 et 2. Le score moyen obtenu à la dimension « anxiété » au temps 2 (1,08) est inférieur à celui obtenu au temps 1 (1,31). Toutefois, la différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 76. Évolution des résultats entre les temps 1 et 2 (BSI) des personnes accompagnées (N=56).

Dimensions	Temps 1 (N=56)		Temps 2 (N=56)	
	Scores moyens	Ecart-types	Scores moyens	Ecart-types
Somatisation	0,78	0,8	0,75	0,8
Dépression	1,24	0,9	1,19	1,1
Anxiété	1,31	1,0	1,08	1,0
Score moyen global	1,11	0,8	1,00	0,8

En distinguant les personnes en emploi au temps 2 (N=18) des personnes sans emploi au temps 2 (N=36)³⁸⁵, les différences entre les scores moyens obtenus au temps 1 et ceux obtenus au temps 2 ne sont pas significatives.

Tableau 77. Évolution des résultats entre les temps 1 et 2 (BSI) des PA en emploi (N=18) et des PA sans emploi (N=36) au temps 2.

	Somatisation		Dépression		Anxiété		Score global	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
PA sans emploi en T2 (N=36)	0,70	0,74	1,23	1,29	1,37	1,10	1,10	1,04
PA en emploi en T2 (N=18)	0,72	0,61	1,06	0,77	1,06	0,91	0,94	0,76

5.2.3. Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)

Après 1 an d'accompagnement par le dispositif, nous constatons peu d'évolution entre les scores moyens globaux et par dimension entre les temps 1, 2 et 3 pour l'ensemble des personnes accompagnées (N=41), pour les personnes en maintien en emploi (N=14) et pour celles sans emploi au temps 2 et au temps 3 (N=17).

Tableau 78. Évolution des résultats entre les temps 1, 2 et 3 (BSI) des personnes accompagnées (N=41)

	Ensemble des PA (N=41) au temps 3				PA en emploi en T2 et T3 (N=14)				PA sans emploi en T2 et T3 (N=17)			
	Soma.	Dépr.	Anxi.	Sc. Glob.	Soma.	Dépr.	Anxi.	Sc. Glob.	Soma.	Dépr.	Anxi.	Sc. Glob.
T1	0,77	1,19	1,26	1,07	1,8	2,0	2,0	1,9	0,72	1,30	1,18	1,07
T2	0,77	1,17	1,11	1,00	1,7	1,9	2,0	1,9	0,72	1,30	1,18	1,07
T3	0,82	1,11	1,08	1,00	1,7	1,9	1,8	1,8	0,71	1,14	1,03	0,96

5.2.4. Récapitulatif

Selon les résultats obtenus à l'échelle BSI, les personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude (N=67) déclarent présenter peu de symptômes liés à de la somatisation, de la dépression ou de l'anxiété.

³⁸⁵ 2 personnes en formation ne sont pas prises en compte pour ces calculs.

Nous observons peu d'évolution du degré de sévérité des symptômes pour l'ensemble des personnes au cours des trois temps de l'étude, qu'elles exercent ou non une activité professionnelle au cours de la première année d'accompagnement.

5.3. Bien-être mental (WEMWBS)

L'échelle de « bien-être mental », traduite en français et validée pour une population psychiatrique et générale par les équipes du Pr. Nicolas Franck³⁸⁶, est composée de 14 items « positifs »³⁸⁷ permettant d'apprécier le « bien-être psychologique » de la personne. Cette échelle est fondée sur des thèmes tels que la satisfaction de la personne de ses relations avec les autres, la réalisation de soi ou encore de la gestion du « stress ». Il est demandé à la personne de répondre aux différentes questions en fonction de ce qu'elle a ressenti au cours des deux semaines précédant l'entretien. L'échelle propose 5 choix de réponse par item (de 1= « jamais » à 5 = « tout le temps »). Elle est composée d'une seule dimension correspondant au score global. L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), au temps 2 (N=56) et au temps 3 (N=41).

5.3.1. Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)

Au temps 1 (à l'entrée dans le dispositif), 75% des personnes accompagnées obtiennent un score supérieur à 42 sur 70 points (score moyen = 47,4 ; écart-type = 8,5). A titre indicatif, la moyenne de référence est de 51,0 (avec un écart-type de 7,3) pour la population générale en Grande-Bretagne³⁸⁸ et pour une population usagère de « soins en santé mentale » elle est égale à 34,9 (avec un écart-type de 13,8)³⁸⁹. Par ailleurs, un score inférieur ou égal à 40 est considéré par ces études comme indiquant l'existence d'une dépression majeure pour la personne, un score compris entre 40 et 44 indiquerait un risque de dépression à court terme et un score supérieur à 60 renseignerait un niveau de « bien-être mental » élevé pour la personne. Nous présentons ci-dessous les scores des personnes de notre échantillon en fonction de ces catégories.

³⁸⁶ M. Trousselard, D. Steiler, F. Dutheil, D. Claverie, F. Canini, F. Fenouillet, G. Naughton, S. Stewart-Brown N. & Franck, « Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations », *Psychiatry research*, 245, 2016, p. 282–290.

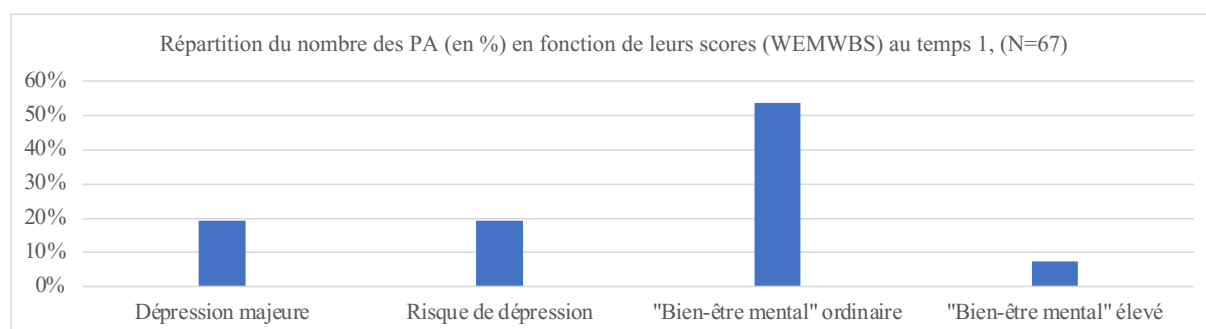
³⁸⁷ Phrases affirmatives telles que « je me suis senti utile » ou « ma pensée était claire ».

³⁸⁸ R. Tennant, L. Hiller, R. Fishwick, S. Platt, S. Joseph, S. Weich, J. Parkinson, J. Secker, & S. Stewart-Brown, « The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation », *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 2007, p. 1-13.

³⁸⁹ M. Bass, M. Dawkin, S. Muncer, S. Vigurs & J. Bostock, « Validation of Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) in a population of people using Secondary Care Mental Health Services », *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 25(4), 2016 p. 323–329.

Tableau 79. Résultats (WEMWBS) des personnes accompagnées au temps 1 (N=67).

	Dépression majeure	Risque de dépression	"Bien-être mental" ordinaire	"Bien-être mental" élevé
Scores compris entre	14-40	41-44	45-59	60-70
% des PA (N=67)	19%	19%	54%	7%



En se référant à ces catégories, près de 40% des personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude vivaient ou étaient à risque de déclarer prochainement une « dépression majeure »³⁹⁰, une majorité (54%) d'entre elles vivaient avec un niveau convenable de « bien-être mental » et 7% avec un niveau élevé.

5.3.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2)

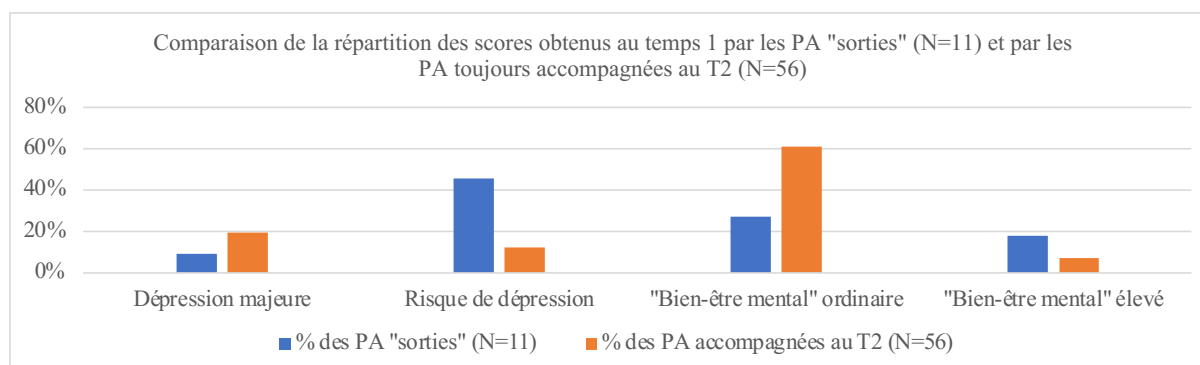
La moyenne des scores obtenus au temps 2 (à 6 mois) est légèrement supérieure à la moyenne des scores obtenus au temps 1 (48,6 > 47,4) avec un écart-type plus élevé (10,0 > 8,5).

Si nous comparons, rétrospectivement, les scores obtenus au temps 1 des personnes sorties des dispositifs entre les temps 1 et 2 (N=11) et ceux des personnes toujours accompagnées au temps 2 (N=56), les moyennes des scores des 2 échantillons sont égales (48,0). En revanche la répartition des scores par catégorie est différente entre les personnes toujours accompagnées et les personnes sorties. Comme indiqué sur tableau et graphiques associés ci-dessous, 32% des personnes toujours accompagnées par les dispositifs au temps 2 avaient obtenu au temps 1 des scores correspondant aux catégories « dépression majeure » et « risque de dépression » alors que 55% des personnes sorties des dispositifs avaient obtenu des scores correspondant à ces catégories (test du Chi-deux significatif, $p=0,023$).

Tableau 80. Comparaison des résultats (WEMWBS) obtenus au temps 1 par les PA « sorties » (N=11) au temps 2 et par les personnes toujours accompagnées au temps 2 (N=56).

	Dépression majeure	Risque de dépression	"Bien-être mental" ordinaire	"Bien-être mental" élevé
Scores compris entre	14-40	41-44	45-59	60-70
% des PA "sorties" (N=11)	9%	45%	27%	18%
% des PA accompagnées au T2 (N=56)	20%	13%	61%	7%

³⁹⁰ Dans la littérature anglo-saxonne et québécoise, l'expression « dépression majeure » se distingue de la « dépression passagère » qui s'apparente à un état de déprime.



Entre les temps 1 (à l'entrée du dispositif) et 2 (à 6 mois), les scores moyens obtenus par les personnes toujours accompagnées au temps 2 (N=56) évoluent peu. Concernant la répartition des pourcentages de PA au sein des 4 catégories prédéfinies, nous observons une légère augmentation du pourcentage de personnes obtenant un score correspondant à un niveau de « bien-être mental » élevé.

Tableau 81. Évolution des résultats par catégorie entre les temps 1 et 2 (WEMWBS) des personnes accompagnées au temps 2 (N=56).

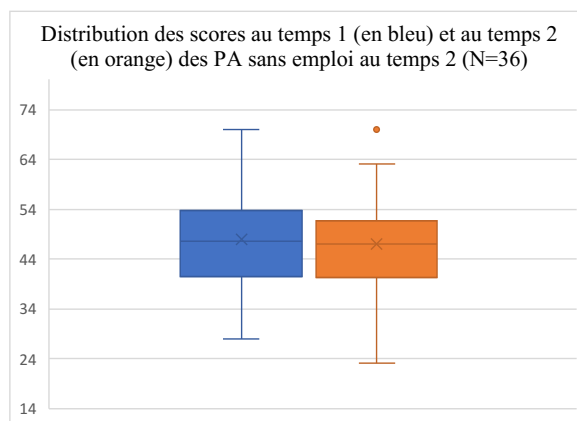
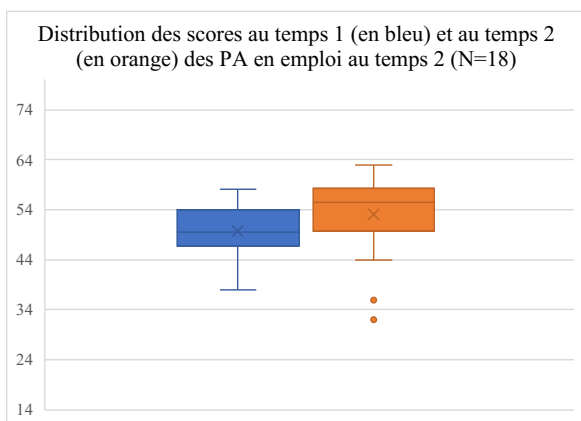
	Dépression majeure	Risque de dépression	"Bien-être mental" ordinaire	"Bien-être mental" élevé
Scores compris entre	14-40	41-44	45-59	60-70
% des PA (N=56) au temps 1	20%	13%	61%	7%
% des PA (N=56) au temps 2	21%	13%	54%	13%

En distinguant les personnes en emploi au temps 2 (N=18) de celles qui ne le sont pas (N=36)³⁹¹, nous observons pour les premières un score moyen plus élevé au temps 2 (53,05) qu'au temps 1 (49,7). La médiane des premières est significativement supérieure à celle des secondes [$W=0$; $p = 0,039$; $n=18$]. Ce qui n'est pas le cas pour les personnes sans emploi (N=36) entre le temps 1 et 2.

Tableau 82. Évolution des résultats entre les temps 1 et 2 (WEMWBS) des PA en emploi au temps 2 (N=18) et des PA sans emploi au temps 2 (N=36).

	PA en emploi au temps 2 (N=18)		PA sans emploi au temps 2 (N=36)	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Scores moyens	49,7	53,1	47,9	47,0
Écarts-types	5,5	8,3	9,7	10,2

³⁹¹ Les résultats des 2 personnes en formation au temps 2 n'ont pas été comptabilisés dans ces calculs.



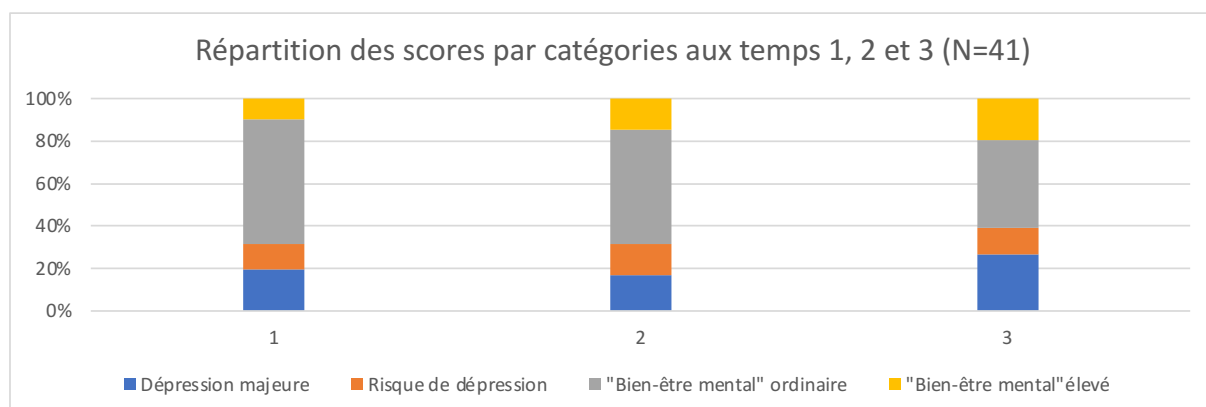
5.3.3. Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)

Nous observons, à l'aide du tableau ci-dessous, une faible évolution des scores moyens obtenus entre les temps 1, 2 et 3 par les personnes toujours accompagnées par les structures au temps 3 (N=41).

Toutefois, nous observons à l'aide du tableau et graphique associé ci-dessous une évolution de la répartition des PA entre les différentes catégories de l'échelle selon les scores obtenus aux 3 temps de l'étude. Entre les temps 1 et 3, nous constatons une augmentation de 7% du nombre de PA obtenant un résultat relevant de la catégorie « dépression majeure » et une augmentation de 10% du nombre de PA obtenant un résultat relevant de la catégorie « bien-être mental » élevé.

Tableau 83. Évolution des résultats entre les temps 1, 2 et 3 (WEMWBS) des personnes accompagnées au temps 3 (N=41).

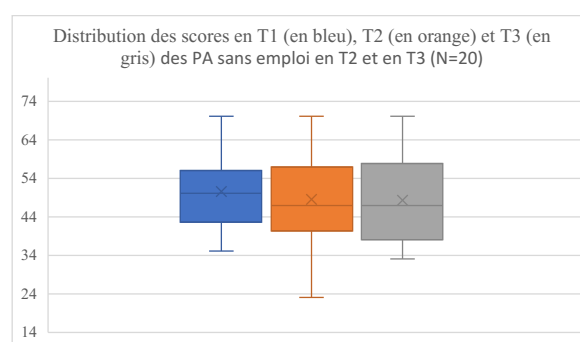
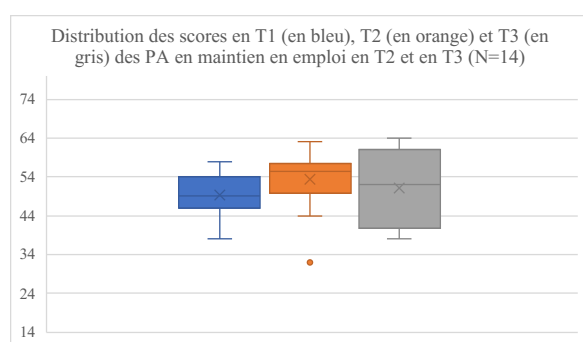
N=41	Temps 1	Temps 2	Temps 3
Dépression majeure	20%	17%	27%
Risque de dépression	12%	15%	12%
"Bien-être mental" ordinaire	59%	54%	41%
"Bien-être mental" élevé	10%	15%	20%
Scores moyens	48,7	49,6	48,8
Ecart-types	9,4	10,0	10,1



En distinguant les personnes en maintien en emploi aux temps 2 et 3 (N=14) des personnes sans emploi au temps 2 et au temps 3 (N=20), nous observons une légère augmentation des scores moyens pour les premières et une légère diminution pour les secondes entre les temps 1 et 3. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Par ailleurs, pour les personnes en maintien en emploi, la moyenne des scores obtenus n'augmente pas de manière linéaire entre les temps 1 et 3, elle augmente entre les temps 1 et 2 puis diminue entre les temps 2 et 3 (tout en restant supérieure à celle du temps 1).

Tableau 84. Évolution des résultats entre les temps 1, 2 et 3 (WEMWBS) des PA en maintien en emploi (N=14) et des PA sans emploi (N=20) aux temps 2 et 3.

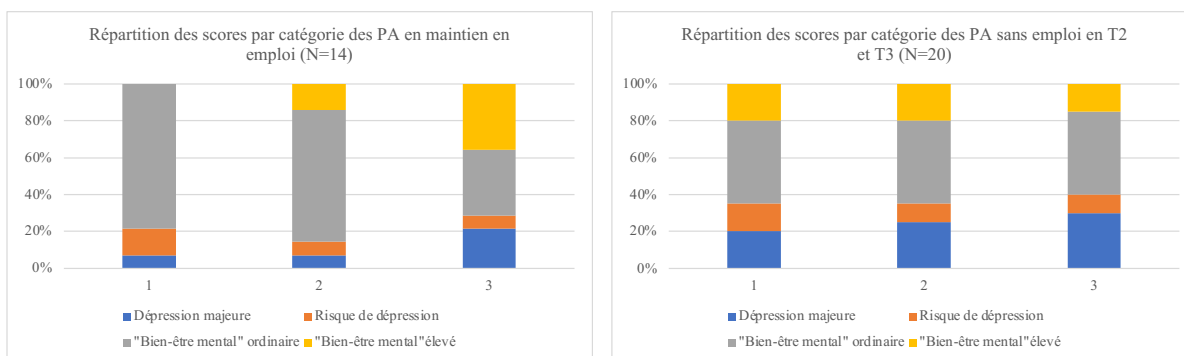
	Temps 1		Temps 2		Temps 3	
	Scores moyens	E.-T.	Scores moyens	E.-T.	Scores moyens	E.-T.
PA en maintien (N=14)	49,21	5,5	53,43	7,7	51,21	9,2
PA sans emploi (N=20)	50,50	10,0	48,55	11,5	48,35	11,1



Les écarts-types entre les temps 1, 2 et 3 augmentent pour les 2 échantillons et notamment pour les PA en maintien en emploi. En comparant la répartition des scores obtenus par les PA selon les catégories de l'échelle, nous observons des évolutions entre les 3 temps pour les PA en maintien en emploi et très peu pour les PA sans emploi. Concernant les PA en maintien en emploi, le pourcentage de personnes obtenant un score correspondant à la catégorie « bien-être mental élevé » augmente de 36% entre les temps 1 et 3 et celui des personnes obtenant un score correspondant à la catégorie « dépression majeure » augmente de 14% entre les temps 1 et 3.

Tableau 85. Évolution des résultats entre les temps 1, 2 et 3 (WEMWBS) des PA en maintien en emploi (N=14) et des PA sans emploi (N=20) aux temps 2 et 3.

	PA en maintien en emploi (N=14)			PA sans emploi en T2 et T3 (N=20)		
	Temps1	Temps 2	Temps 3	Temps1	Temps 2	Temps 3
Dépression majeure	7%	7%	21%	20%	25%	30%
Risque de dépression	14%	7%	7%	15%	10%	10%
"Bien-être mental" ordinaire	79%	71%	36%	45%	45%	45%
"Bien-être mental" élevé	0%	14%	36%	20%	20%	15%



5.3.4. Récapitulatif

A l'entrée dans le dispositif, en se référant aux catégories prédéfinies³⁹² par les auteurs de l'échelle, près de 40% des personnes accompagnées (n=67) vivaient ou étaient à risque de déclarer prochainement une « dépression majeure »³⁹³, une majorité (54%) d'entre elles ressentaient un niveau convenable de « bien-être mental » et 7% un niveau élevé. Par ailleurs, 32% des personnes toujours accompagnées par les dispositifs au temps 2 avaient obtenu au temps 1 des scores correspondant aux catégories « dépression majeure » et « risque de dépression » alors qu'elles étaient 55% parmi les personnes sorties des dispositifs au cours des 6 premiers mois d'accompagnement.

Après une période de 6 mois d'accompagnement, les scores moyens obtenus par l'ensemble des personnes (N=56) évoluent peu (entre les temps 1 et 2). Il en est de même concernant la répartition des scores obtenus par les personnes entre les 4 catégories prédéfinies. En revanche, en distinguant les personnes en emploi au cours des 6 premiers mois d'accompagnement (au temps 2, N=18) de celles qui ne le sont pas (N=36)³⁹⁴, nous avons observé pour les premières un score moyen plus élevé au temps 2 (53,1) qu'au temps 1 (49,7)³⁹⁵.

Après une période d'1 an d'accompagnement, les scores moyens de l'ensemble des personnes toujours accompagnées par les dispositifs (N=41) évoluent peu entre les trois temps. En distinguant les personnes en maintien en emploi aux temps 2 et 3 (N=14) des personnes sans emploi au temps 2 et au temps 3 (N=20), les scores moyens des premières augmentent légèrement et ceux des secondes diminuent (entre les temps 1 et 3). Ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

³⁹² « dépression majeure », « risque de dépression », « bien-être mental ordinaire » et « bien-être mental élevé ».

³⁹³ Dans la littérature anglo-saxonne et québécoise, l'expression « dépression majeure » se distingue de la « dépression passagère » qui s'apparente à un état de déprime.

³⁹⁴ Les résultats des 2 personnes en formation au temps 2 n'ont pas été comptabilisés dans ces calculs.

³⁹⁵ La médiane des scores obtenus au temps 2 est significativement supérieure à celle des scores obtenus au temps 1 [$W=0$; $p = 0,039$; $n=18$], ce qui n'est pas le cas pour les personnes sans emploi (N=36).

En outre, concernant les PA en maintien en emploi aux temps 2 et 3, le pourcentage de personnes obtenant un score correspondant à la catégorie « bien-être mental élevé » augmente de 36% entre les temps 1 et 3 et celui des personnes obtenant un score correspondant à la catégorie « dépression majeure » augmente de 14% entre les temps 1 et 3.

5.4. Rétablissement (RAS-24)

Nous avons choisi d'utiliser la version courte de l'échelle de rétablissement (RAS-24), traduite et validée en français³⁹⁶. Les 24 items de l'échelle relèvent de 5 dimensions :

- (1) « confiance en soi et espoir » (9 items),
- (2) « volonté de demander de l'aide » (3 items),
- (3) « objectifs et désir de réussir » (5 items),
- (4) « appui des autres » (4 items),
- (5) « aucune domination des symptômes » (3 items).

L'échelle propose 5 choix de réponse par item³⁹⁷ (1= « totalement en désaccord » à 5= « complètement d'accord »). L'échelle a été proposée à toutes les personnes interrogées au temps 1 (N=67), au temps 2 (N=56) et au temps 3 (N=41).

5.4.1. Résultats obtenus par les PA à leur entrée dans le dispositif (temps 1)

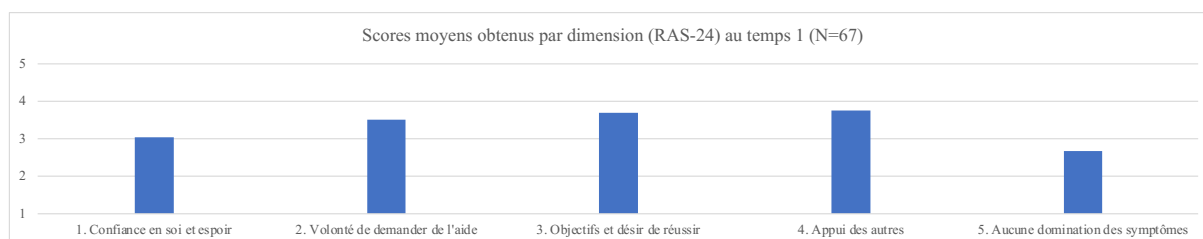
A l'aide du tableau et graphique associé ci-dessous, nous observons que les personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude (N=67) obtiennent, à leur entrée dans le dispositif, des scores moyens supérieurs à 3,00 pour l'ensemble des dimensions hormis pour la dimension (5) « aucune domination des symptômes » (score moyen = 2,67 ; écart-type = 1,19).

Tableau 86. Résultats par dimension (RAS-24) des personnes accompagnées au temps 1 (N=67).

Dimensions RAS-24	Scores moyens	Ecart-types
1. Confiance en soi et espoir	3,04	0,77
2. Volonté de demander de l'aide	3,51	1,19
3. Objectifs et désir de réussir	3,70	0,98
4. Appui des autres	3,75	1,04
5. Aucune domination des symptômes	2,67	1,19

³⁹⁶ J. Bisson, J.-F. Pelletier, H.-M Vasiliadis, A. Lesage & Corrigan, Traduction française du Recovery Assessment Scale, Centre de recherche Fernand-Séguin, 2007.

³⁹⁷ Par exemple « je demande de l'aide quand j'en ai besoin ».



En effectuant des comparaisons appariées entre les résultats obtenus à chaque dimension, nous observons des tests significatifs pour l'ensemble des comparaisons comprenant la dimension (5) « aucune domination des symptômes » dont la médiane des scores obtenus est inférieure à celles obtenues aux autres dimensions de l'échelle ($p \leq 0,006$).

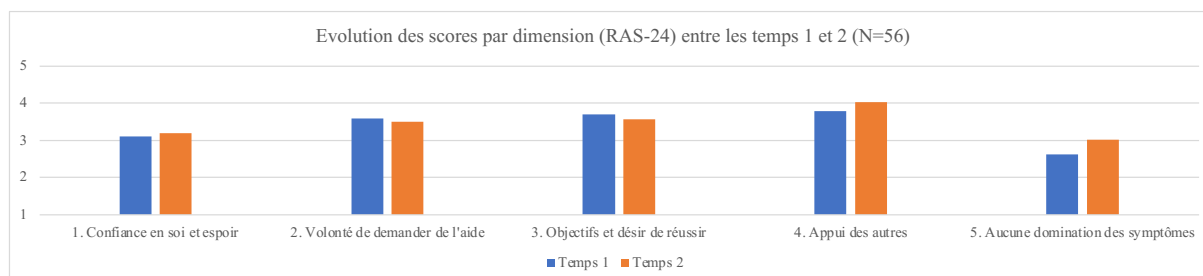
Par ailleurs, la médiane des scores obtenus à la dimension (1) « confiance en soi et espoir » est aussi inférieure ($p \leq 0,015$) à celles des scores obtenus aux 3 autres dimensions.

5.4.2. Évolution des résultats obtenus par les PA après 6 mois d'accompagnement (temps 2)

A l'aide du tableau et graphique associé ci-dessous, nous observons peu d'évolution entre les temps 1 et 2 des scores moyens obtenus aux 4 premières dimensions de l'échelle par l'ensemble des personnes toujours accompagnées au temps 2 (N=56). En revanche, la médiane des scores obtenus au temps 2 à la dimension « aucune domination des symptômes » est significativement supérieure à celle des scores obtenus au temps 1 [$W=0$; $p=0,045$; $n=56$].

Tableau 87. Évolution entre les temps 1 et 2 des résultats par dimension (RAS-24) des personnes accompagnées (N=56).

Dimensions RAS-24	Temps 1 (N=56)	Temps 2 (N=56)
	Scores moyens (E.-T.)	Scores moyens (E.-T.)
1. Confiance en soi et espoir	3,09 (0,79)	3,19 (0,81)
2. Volonté de demander de l'aide	3,58 (1,06)	3,51 (1,01)
3. Objectifs et désir de réussir	3,69 (0,98)	3,56 (1,09)
4. Appui des autres	3,78 (1,01)	4,02 (0,87)
5. Aucune domination des symptômes	2,63 (1,22)	3,01 (1,09)



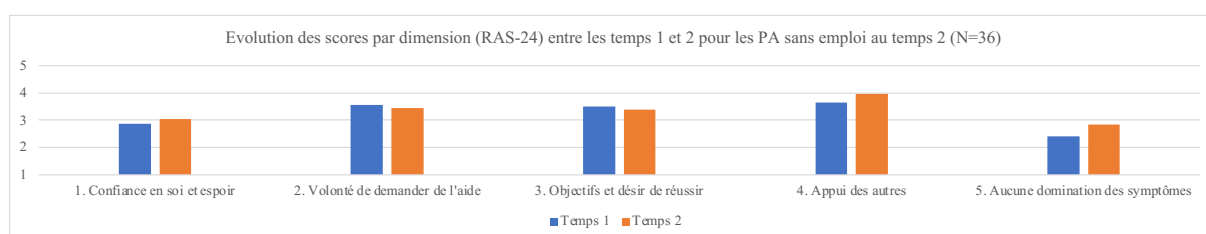
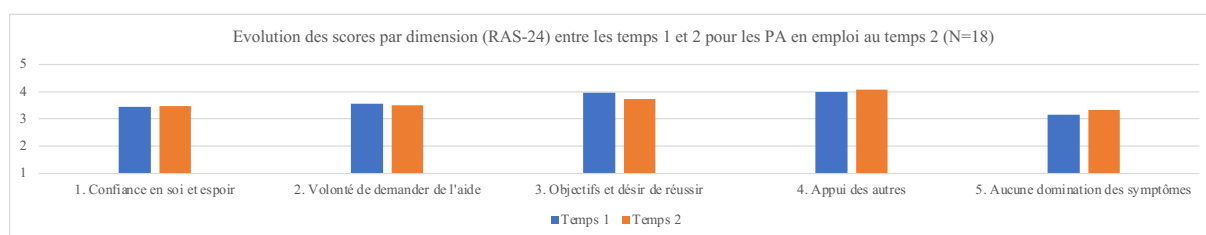
En distinguant au temps 2, les personnes en emploi (N=18) des personnes sans emploi (N=36)³⁹⁸, nous observons, à l'aide du tableau et graphiques associés ci-dessous, quelques différences entre les scores obtenus par les personnes composant les 2 différents échantillons.

Tout d'abord, rétrospectivement, nous pouvons observer que la moyenne des scores obtenus à certaines dimensions au temps 1 par les PA en emploi au temps 2 étaient supérieures à celles des scores obtenus au temps 1 par les PA sans emploi au temps 2. C'est le cas pour la dimension (1) « confiance en soi et espoir » (3,46 > 2,86). La différence est significative [$t(52) = -2,678$; $p = 0,005$]. Il en est de même pour la dimension (5) « aucune domination des symptômes » [$U=0$; $p = 0,040$; $n=52$].

En comparant les résultats obtenus entre les temps 1 et 2 par dimension et par échantillon, nous observons peu d'évolution des scores obtenus par les PA en emploi au temps 2 (N=18). En revanche, concernant les PA sans emploi au temps 2 (N=36), nous observons une amélioration du score obtenu à la dimension (5) « aucune domination des symptômes » entre le temps 1 (2,41) et le temps 2 (2,84). La médiane de scores obtenus au temps 2 est significativement supérieure à celle des scores obtenus au temps 1 [$W=0$; $p = 0,045$; $n=36$].

Tableau 88. Évolution entre les temps 1 et 2 des résultats par dimension (RAS-24) des PA en emploi (N=18) et des PA sans emploi (N=36) au temps 2.

Dimensions RAS-24	PA en emploi en T2 (N=18)		PA sans emploi en T2 (N=36)	
	Sc. moy. (E.-T.) T1	Sc. moy. (E.-T.) T2	Sc. moy. (E.-T.) T1	Sc. moy. (E.-T.) T2
1. Confiance en soi et espoir	3,46 (0,73)	3,47 (0,75)	2,86 (0,75)	3,04 (0,83)
2. Volonté de demander de l'aide	3,57 (1,10)	3,52 (0,99)	3,56 (1,07)	3,46 (1,03)
3. Objectifs et désir de réussir	3,97 (0,99)	3,74 (1,13)	3,50 (0,98)	3,38 (1,08)
4. Appui des autres	3,99 (0,97)	4,08 (0,97)	3,66 (1,05)	3,96 (0,84)
5. Aucune domination des symptômes	3,15 (1,29)	3,33 (1,25)	2,41 (1,16)	2,84 (0,94)



³⁹⁸ Les résultats de 2 personnes en formation ne sont pas pris en compte pour ce calcul.

5.4.3. Évolution des résultats obtenus par les PA après 1 an d'accompagnement (temps 3)

Concernant l'ensemble des personnes toujours accompagnées au temps 3 (N=41), nous observons peu d'évolution entre les 3 temps de l'étude des scores obtenus aux différentes dimensions de l'échelle, hormis à la dimension (5) « aucune domination des symptômes ». Le score moyen obtenu à cette dernière au temps 3 (3,15) est supérieur à celui obtenu au temps 1 (2,67). La médiane des scores obtenus au temps 3 est significativement supérieure à celle des scores obtenus au temps 1 [$W=0$; $p = 0,017$; $n=41$].

Tableau 89. Évolution entre les temps 1, 2 et 3 des résultats obtenus par dimension (RAS-24) par les personnes accompagnées (N=41).

Dimensions RAS-24	Temps 1	Temps 2	Temps 3
	Sc. moy (E.-T.)	Sc. moy (E.-T.)	Sc. moy (E.-T.)
1. Confiance en soi et espoir	3,12 (0,92)	3,17 (0,88)	3,23 (1,09)
2. Volonté de demander de l'aide	3,55 (1,06)	3,52 (0,99)	3,66 (1,21)
3. Objectifs et désir de réussir	3,70 (1,03)	3,59 (1,13)	3,46 (1,26)
4. Appui des autres	3,76 (1,08)	4,05 (0,86)	3,77 (1,05)
5. Aucune domination des symptômes	2,67 (1,27)	3,02 (1,08)	3,15 (1,31)

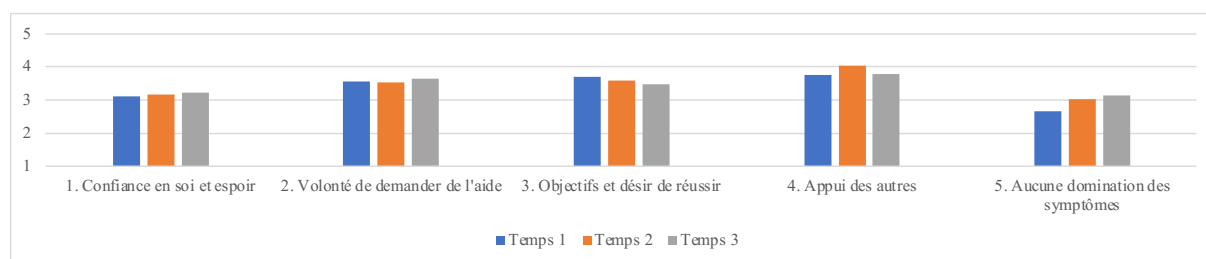


Figure 20. Évolution entre les temps 1, 2 et 3 des scores obtenus par dimension (RAS-24) par les personnes accompagnées (N=41).

En distinguant les personnes en maintien en emploi (N=14) des personnes sans emploi aux temps 2 et 3 (N=17), nous observons à l'aide du tableau et graphiques associés ci-dessous, de faibles évolutions entre les temps 1 et 3 des scores moyens obtenus aux différentes dimensions par les personnes composant ces deux échantillons.

Toutefois, concernant les PA en emploi aux temps 2 et 3, les scores obtenus à la dimension (3) « objectifs et désir de réussir » diminuent entre les temps 1 et 3, la médiane des scores obtenus au temps 3 est significativement inférieure à celle obtenue au temps 1 [$W=0$; $p = 0,026$; $n=14$].

Tableau 90. Évolution entre les temps 1, 2 et 3 des résultats obtenus par dimension (RAS-24) par les PA en emploi (N=14) et par les PA sans emploi (N=17) au temps 2 et 3.

Dimensions RAS-24	PA en emploi en T2 et en T3 (N=14)			PA sans emploi en T2 et en T3 (N=17)		
	Sc. moy. (E.-T.) T1	Sc. moy. (E.-T.) T2	Sc. moy. (E.-T.) T3	Sc. moy. (E.-T.) T1	Sc. moy. (E.-T.) T2	Sc. moy. (E.-T.) T3
1. Confiance en soi et espoir	3,26 (0,91)	3,29 (0,84)	3,45 (1,03)	3,22 (1,00)	3,25 (0,92)	3,36 (0,92)
2. Volonté de demander de l'aide	3,36 (0,80)	3,10 (0,95)	3,71 (0,79)	3,80 (1,12)	3,73 (1,06)	3,96 (1,06)
3. Objectifs et désir de réussir	3,91 (1,20)	3,67 (1,25)	3,51 (1,13)	3,84 (1,02)	3,79 (1,10)	3,81 (1,10)
4. Appui des autres	3,84 (0,93)	3,98 (0,79)	3,70 (0,79)	3,69 (1,28)	4,13 (0,77)	3,90 (0,77)
5. Aucune domination des symptômes	2,57 (1,08)	2,95 (1,26)	3,10 (1,37)	2,75 (1,41)	3,04 (1,03)	3,47 (1,03)

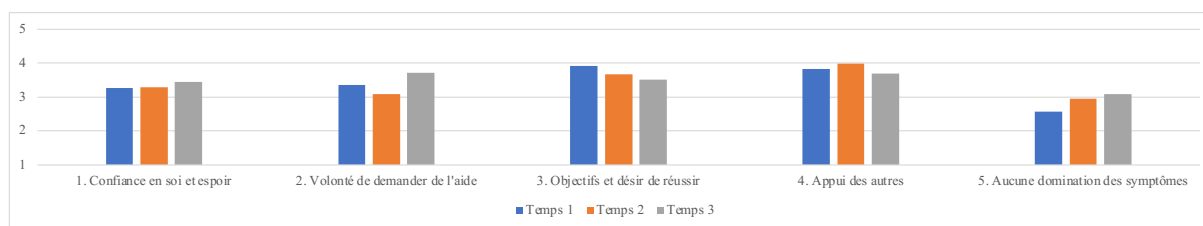


Figure 21. Évolution entre les temps 1, 2 et 3 des scores obtenus par dimension (RAS-24) par les PA en emploi en T2 et en T3 (N=14).

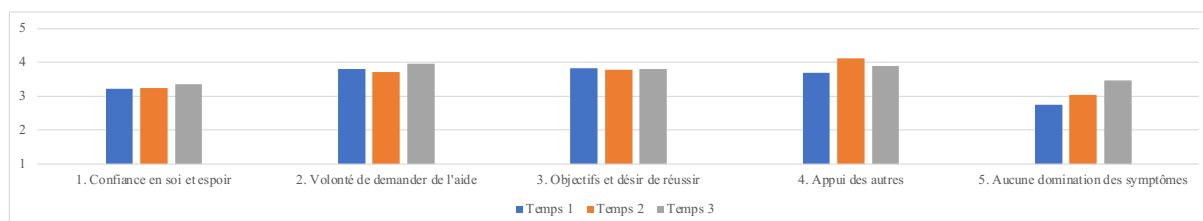


Figure 22. Évolution entre les temps 1, 2 et 3 des scores obtenus par dimension (RAS-24) par les PA sans emploi en T2 et T3 (N=17).

5.4.4. Récapitulatif

Les résultats obtenus à l'échelle de rétablissement (RAS-24) par les personnes accompagnées par les dispositifs de notre étude révèlent quelques évolutions quant à leur vécu au regard de leurs symptômes.

A l'entrée dans le dispositif des PA (au temps 1, N=67), parmi les 5 dimensions composant l'échelle³⁹⁹, la médiane des scores obtenue à la dimension (5) « aucune domination des symptômes » est inférieure à celles des autres dimensions ($p \leq 0,006$).

Après une période de 6 mois d'accompagnement (au temps 2), les résultats révèlent peu d'évolution entre les temps 1 et 2 des scores obtenus par dimension pour l'ensemble des PA (N=56), hormis pour la dimension (5) dont la médiane des scores obtenus au temps 2 est supérieure à celle des scores obtenus au temps 1 [$W=0$; $p=0,045$; $n=56$] et n'est plus significativement inférieure à l'ensemble des autres dimensions de l'échelle.

En distinguant au temps 2, les PA en emploi (N=18) des PA sans emploi (N=36)⁴⁰⁰, le score moyen obtenu à la dimension (5) par ces dernières augmente entre le temps 1 et le temps 2 [$W=0$; $p=0,045$; $n=36$]. Par ailleurs, la médiane des scores obtenus au temps 1 à la dimension (5) par les PA en emploi au temps 2 s'avère supérieure à celle des scores obtenus au temps 1 par les PA sans emploi au temps 2 [$U=0$; $p=0,040$; $n=52$]. Il en est de même pour la dimension (1) « confiance en soi et espoir » [$t(52) = -2,678$; $p=0,005$].

³⁹⁹ (1) « confiance en soi et espoir », (2) « volonté de demander de l'aide », (3) « objectifs et désir de réussir », (4) « appui des autres » et (5) « aucune domination des symptômes ».

⁴⁰⁰ Les résultats des 2 personnes en formation n'ont pas été pris en compte pour ce calcul.

Après une période d'1 an d'accompagnement (au temps 3), les résultats révèlent à nouveau peu d'évolution des scores obtenus par dimension par l'ensemble des PA (N=41), hormis pour la dimension (5) dont la médiane des scores au temps 3 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 1 [$W=0$; $p = 0,017$; $n=41$].

En distinguant les PA en maintien en emploi (N=14) des PA sans emploi au temps 2 et 3 (N=17), les résultats révèlent peu d'évolution des scores obtenus entre les temps 1 et 3 par dimension hormis à la dimension (3) « objectifs et désir de réussir » dont la médiane des scores obtenus au temps 3 par les PA en maintien en emploi est significativement inférieure à celle des scores obtenus au temps 1 [$W=0$; $p = 0,026$; $n=14$].

La plupart des personnes accompagnées par les structures participant à l'étude, qu'elles s'insèrent ou non professionnellement au cours de la première année de leur accompagnement, perçoivent leurs symptômes de manière moins contraignante après un an d'accompagnement.

6. Récapitulatif des résultats significatifs de la passation des questionnaires auprès des personnes accompagnées

Les résultats de l'étude longitudinale menée auprès des personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude (N=67) ne révèlent pas de résultats significatifs quant à l'existence de variables prédictives (qualitatives ou quantitatives) concernant l'obtention ou non d'un emploi au cours de l'accompagnement.

Nous avons observé une certaine homogénéité des résultats obtenus par les personnes accompagnées. Elles présentent un niveau élevé de motivation à trouver un emploi et ce, aux trois temps de l'étude. Le degré d'alliance de travail perçu entre les personnes accompagnées et le CEA référent est de même élevé aux trois temps de l'étude de la part de chacun des acteurs. Enfin, la plupart des personnes accompagnées par les dispositifs de notre étude ne déclarent pas présenter un haut degré de sévérité de symptômes.

Toutefois, nous observons tout de même, rétrospectivement, quelques distinctions parmi les personnes accompagnées au moment de leur entrée dans le dispositif, entre celles qui obtiennent un emploi au cours des 6 premiers mois de leur accompagnement et celles qui n'en obtiennent pas :

- Le degré de plainte (subjective) relatif aux domaines cognitifs étudiés (la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, le langage et la praxie) des personnes accompagnées à l'entrée dans le dispositif était (rétrospectivement) plus faible pour les

personnes obtenant un emploi au cours des 6 premiers mois d'accompagnement que pour les personnes n'y parvenant pas.

- Le degré de confiance en soi et d'espoir étaient de niveau plus élevé et la domination des symptômes⁴⁰¹ était vécue avec une moindre importance de la part des personnes accompagnées obtenant un emploi au cours des 6 premiers mois.

Les comparaisons observées entre les résultats obtenus à l'entrée dans le dispositif des personnes (au cours des premières semaines d'accompagnement), à 6 mois d'accompagnement et à 1 an, révèlent quelques évolutions :

- La domination des symptômes est vécue avec une moindre importance par les personnes après 6 mois d'accompagnement qu'à leur entrée dans le dispositif et aussi à 1 an⁴⁰².
- Les obstacles à l'insertion au travail « s'affirmer face à ses collègues de travail », « la difficulté d'entrer en relation avec les autres » et « une faible capacité de rendement au travail », sont perçus avec une moindre importance par les personnes après 6 mois d'accompagnement par le dispositif.
- Le degré de « bien-être mental » des personnes, apprécié selon la satisfaction de leur relation aux autres, la réalisation de soi ou encore la gestion de leur « stress », augmente pour les personnes ayant obtenu un emploi au cours des 6 premiers mois de leur accompagnement (ce qui n'est pas le cas pour les personnes sans emploi).
- La conviction de pouvoir atteindre ses objectifs et le désir de réussir diminue significativement après 1 an d'accompagnement pour les personnes n'ayant pas obtenu d'emploi.
- Le sentiment d'être capable d'intégrer le marché du travail semble s'affaiblir pour les personnes n'ayant pas obtenu d'emploi après 1 an d'accompagnement⁴⁰³.

En outre, les résultats observés concernant l'alliance de travail entre les personnes accompagnées et les CEA (référents) apportent quelques compléments.

- Les personnes accompagnées de notre échantillon perçoivent un degré d'alliance de travail à l'égard des CEA à un niveau plus élevé à 6 mois d'accompagnement⁴⁰⁴ que les CEA à leur égard, qu'elles s'insèrent ou non professionnellement.

⁴⁰¹ Dimension (5) de l'échelle RAS-24.

⁴⁰² En comparant les résultats à 1 an d'accompagnement et à l'entrée dans le dispositif. Nous n'avons pas constaté d'évolution significative entre 6 mois et 1 an d'accompagnement.

⁴⁰³ Tendance ($p = 0,067$).

⁴⁰⁴ Ce qui est aussi le cas à l'entrée dans le dispositif et à un an mais le test statistique n'est significatif qu'à 6 mois.

- Le degré d'alliance de travail perçu par les CEA à l'égard des PA n'obtenant pas d'emploi dans les 6 premiers mois est de niveau plus faible à 6 mois qu'au cours des premières semaines d'accompagnement. Ce qui n'est pas le cas pour les PA à leur égard et pour lesquelles le degré d'alliance de travail est maintenu au même niveau au cours de l'accompagnement, excepté pour les personnes n'ayant pas obtenu d'emploi après 1 an d'accompagnement.

D'après ces résultats, nous pouvons souligner qu'au cours de l'accompagnement proposé par les structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné participant à l'étude, les symptômes éprouvés par les personnes sont vécus de manière moins contraignante par une majorité d'entre elles.

Après une période de 6 mois d'accompagnement, les PA toujours à la recherche d'un emploi perçoivent certains obstacles à l'insertion au travail avec une moindre importance, notamment ceux relatifs à la relation avec autrui. Les personnes insérées professionnellement au cours des 6 premiers mois de l'accompagnement déclarent un degré de « bien-être mental » plus élevé à 6 mois qu'à leur entrée dans le dispositif.

Le degré d'alliance de travail perçu de la part des CEA à l'égard de personnes accompagnées semble évoluer au cours des 6 premiers mois d'accompagnement à l'égard de certaines personnes⁴⁰⁵.

Par ailleurs, les résultats obtenus au questionnaire relatif aux aménagements et soutiens disponibles en entreprise révèlent des résultats statistiquement significatifs, les « soutiens relationnels » sont davantage disponibles que les aménagements des « modalités de travail ».

Concernant la qualité de vie (subjective) au travail des personnes accompagnées, les personnes accompagnées sont davantage satisfaites des « aspects intrapersonnels et interpersonnels » que des « aspects structurels »⁴⁰⁶. En outre, il existe une relation linéaire significative et positive entre les scores obtenus aux deux questionnaires.

⁴⁰⁵ dont nous n'avons pu identifier de caractéristiques communes au sein de notre échantillon.

⁴⁰⁶ Modalités de travail.

Quatrième partie : Typologie identifiée de profils de structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné

Cette quatrième partie de notre étude se concentre sur l'identification et la caractérisation de profils des structures selon leur degré de fidélité aux principes du modèle IPS et à certaines de ses spécificités. Nous présentons également les compétences des conseillers en emploi les plus mobilisés au sein des différents groupes identifiés ainsi que les résultats obtenus au cours de l'étude longitudinale auprès des personnes accompagnées.

Chapitre 1 : Caractérisation des structures de l'étude selon leur degré de fidélité aux 8 principes du modèle IPS et à certaines de ses spécificités

Pour tenter d'identifier des profils de dispositifs homogènes, partageant un grand nombre de spécificités quant à leur mise en pratique de l'Emploi Accompagné, nous avons procédé à une classification ascendante hiérarchique (CAH)⁴⁰⁷ des dispositifs de notre étude selon leur degré de fidélité au modèle IPS. La CAH permet de constituer des typologies en regroupant des « classes » d'individus en fonction de leurs similarités sur de multiples dimensions. Dans notre cas, il s'agit d'une typologie de dispositifs d'emploi accompagné (individus) relative à leur degré de fidélité à différentes spécificités du modèle IPS dont les 8 principes.

Pour cela, nous avons procédé auparavant à une analyse en composantes principales (ACP), méthode d'analyse multidimensionnelle permettant de résumer l'information contenue dans des variables quantitatives en « dimensions » aussi nommées « composantes ». Les variables quantitatives retenues pour cette analyse sont les scores obtenus aux différents items de l'échelle IPS-25 (version française) par les différents dispositifs.

La classification ascendante hiérarchique a conduit à la création d'un dendrogramme⁴⁰⁸ permettant d'identifier les proximités entre les dispositifs selon leurs similarités et de constituer des groupes distincts de dispositifs. L'analyse des corrélations entre les différents groupes de

⁴⁰⁷ Nous avons utilisé le logiciel de statistiques SPSS (version 29) pour mener ces analyses.

⁴⁰⁸ arbre de classification.

dispositifs (profils) et les composantes identifiées de l'ACP a permis à la suite, de décrire les différents profils en fonction de leurs caractéristiques identifiées.

1. Analyse de classification par regroupements des dispositifs

1.1. Identification de variables pertinentes pour la caractérisation des structures de l'étude

En premier lieu, il nous importe que les variables correspondant aux 8 principes IPS (principes fondés sur des preuves⁴⁰⁹), contribuent dans leur ensemble à la caractérisation et à la constitution des profils des dispositifs de notre étude. En effet, nous souhaitons pouvoir décrire les profils de dispositifs au regard de la mise en pratique de ces différents principes. Pour rappel, il s'agit des items de l'échelle IPS-25 (version française) suivant :

- *Organization 6* : « zéro exclusion » ;
- *Organization 7* : « milieu ordinaire ciblé » ;
- *Service 4* : « recherche rapide d'un emploi (en milieu ordinaire) » ;
- *Organization 2* : « articulation avec les équipes de soins⁴¹⁰ » ;
- *Service 3* : « attention portée aux préférences des personnes » ;
- *Service 7* : « développement d'un réseau d'employeurs potentiels »⁴¹¹ ;
- *Service 11* : « accompagnement individualisé dans l'emploi (sans limite de temps) » ;
- *Service 1* : « accompagnement à l'accès ou à l'évolutions des droits sociaux⁴¹² ».

Les analyses descriptives menées sur les autres items de l'échelle⁴¹³ nous permettent d'écarter de l'analyse les items dont la distribution est nulle (*Staffing 3*⁴¹⁴ et *Service 9*⁴¹⁵) et les items dont nous considérons la distribution des scores comme faible (écart-type < 0,6) avec une

⁴⁰⁹ R. Drake, G. Bond, D. Becker, *Individual placement and support: an evidence-based approach to supported employment*, New York, Oxford University Press (coll. « Evidence-based practices series »), 2012.

⁴¹⁰ Comme précisé dans la partie méthodologie se référant à l'échelle IPS-25 (version française), nous avons choisi cet item et non l'item *organization 1* « intégration à une équipe de soins ».

⁴¹¹ « *job development* » les CEA développent un réseau d'employeurs permettant des propositions d'ajustements de postes entre les besoins des employeurs et les compétences et préférences des personnes accompagnées.

⁴¹² Pour rappel, cette variable, représentant un des 8 principes IPS, permet d'apprécier l'accompagnement proposé par le dispositif quant à l'évolution éventuelle des droits aux différentes aides sociales des personnes en cas d'obtention d'un emploi notamment.

⁴¹³ Se référer à la p. 143.

⁴¹⁴ CEA référent (unique).

⁴¹⁵ Diversité des employeurs.

surreprésentation des scores sur 2 ou 3 notes (*Service 2, Service 8, Service 12*⁴¹⁶). A la suite de cette première exploration des données, nous avons testé différentes possibilités d'ajout de variables (parmi celles non écartées) à celles correspondant aux 8 principes IPS avec pour objectif d'obtenir une analyse en composantes principales captant la plus grande variabilité et une classification ascendante hiérarchique conduisant à l'émergence de groupes de dispositifs les plus distincts les uns des autres, composés de dispositifs homogènes en termes de degré de fidélité aux principes du modèle IPS.

Ces différents essais ont permis de retenir les 4 variables supplémentaires suivantes :

- *Staffing 1* : « nombre de personnes accompagnées par CEA » (*caseload size*) ;
- *Organization 4* : « équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec une personne encadrante » (travail collaboratif entre CEA) ;
- *Organization 5* : « rôle du/de la coordinateur.rice » (accompagnement des CEA) ;
- *Service 5* : « recherche d'emploi individualisée » (démarche proactive auprès d'employeurs potentiels en fonction des préférences des personnes).

1.2. Analyse en composantes principales (ACP) des variables retenues

L'analyse en composantes principales (ACP) est une méthode d'analyse multidimensionnelle dont une des finalités est de résumer l'information contenue dans des variables quantitatives en dimensions. Elle permet de réduire le nombre de variables à l'étude en éliminant l'information redondante et en concentrant l'information retenue sur un nombre réduit de variables nouvelles appelées « composantes » (dimensions).

Avant de procéder à l'ACP, nous devons vérifier les postulats concernant l'existence de corrélations entre les variables et la significativité du test de sphéricité de Bartlett.

Nous pouvons observer à l'aide du tableau ci-dessous, matrice de corrélation des 12 variables, que les variables sont bien corrélées entre elles. De plus le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < 0,0001$), ce qui indique que les corrélations ne sont pas toutes égales à 0.

⁴¹⁶ Respectivement « gestion de la divulgation de la situation de handicap », « diversité des postes obtenus », « accompagnement dégressif sans limite de durée ».

Tableau 91. Matrice de corrélation des 12 variables retenues.

	O. 2	O. 6	O. 7	S. 1	S. 5	S. 4	S. 11	S. 3	O. 5	S. 7	St. 1	O. 4
O. 2	1	0,032	0,126	-0,012	0,604	0,270	-0,291	0,412	0,160	0,080	-0,205	0,208
O. 6	0,032	1	0,204	-0,337	0,333	-0,130	0,176	0,193	0,063	-0,215	-0,137	0,183
O. 7	0,126	0,204	1	0,051	0,299	0,043	0,153	0,216	0,380	0,182	-0,112	0,381
S. 1	-0,012	-0,337	0,051	1	0,098	-0,202	-0,193	-0,028	0,304	0,398	0,151	0,188
S. 5	0,604	0,333	0,299	0,098	1	0,333	-0,023	0,615	0,388	0,008	0,027	0,423
S. 4	0,270	-0,130	0,043	-0,202	0,333	1	0,085	0,338	0,217	0,129	0,044	0,321
S. 11	-0,291	0,176	0,153	-0,193	-0,023	0,085	1	0,426	0,148	-0,064	0,109	0,086
S. 3	0,412	0,193	0,216	-0,028	0,615	0,338	0,426	1	0,260	0,019	0,015	0,287
O. 5	0,160	0,063	0,380	0,304	0,388	0,217	0,148	0,260	1	0,052	-0,121	0,861
S. 7	0,080	-0,215	0,182	0,398	0,008	0,129	-0,064	0,019	0,052	1	-0,263	0,132
St. 1	-0,205	-0,137	-0,112	0,151	0,027	0,044	0,109	0,015	-0,121	-0,263	1	-0,220
O. 4	0,208	0,183	0,381	0,188	0,423	0,321	0,086	0,287	0,861	0,132	-0,220	1

Après avoir vérifié ces deux postulats, nous pouvons choisir le nombre de facteurs à extraire permettant d'expliquer la plus grande partie possible de la variance spécifique des variables. Le tableau des valeurs propres ci-dessous permet d'identifier quels facteurs (composantes) détiennent une valeur propre initiale supérieure à 1, considérée par convention⁴¹⁷ comme indiquant que le facteur est significatif.

Tableau 92. Tableau des valeurs propres.

Composante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Total	3,255	1,848	1,480	1,327	1,105	0,981	0,703	0,574	0,265	0,197	0,166	0,098
% de la variance	27,128	15,396	12,332	11,060	9,210	8,174	5,857	4,785	2,211	1,641	1,385	0,820
% cumulé	27,128	42,524	54,855	65,915	75,126	83,300	89,157	93,942	96,153	97,795	99,180	100,000

Le premier facteur permet d'expliquer à lui seul 27,13% de la variance totale des 12 variables de l'analyse, les 5 premiers facteurs mis en commun en expliquent 75,13% avec une valeur propre supérieure à 1. De plus, le test d'accumulation de variance⁴¹⁸ permet d'observer l'évolution des valeurs propres en fonction de leur ordre d'extraction en les représentant sur un graphique nommé « éboulis des valeurs propres » ou « tracé d'effondrement ». Nous avons réalisé ci-dessous ce type graphique des 12 valeurs propres de l'ACP.

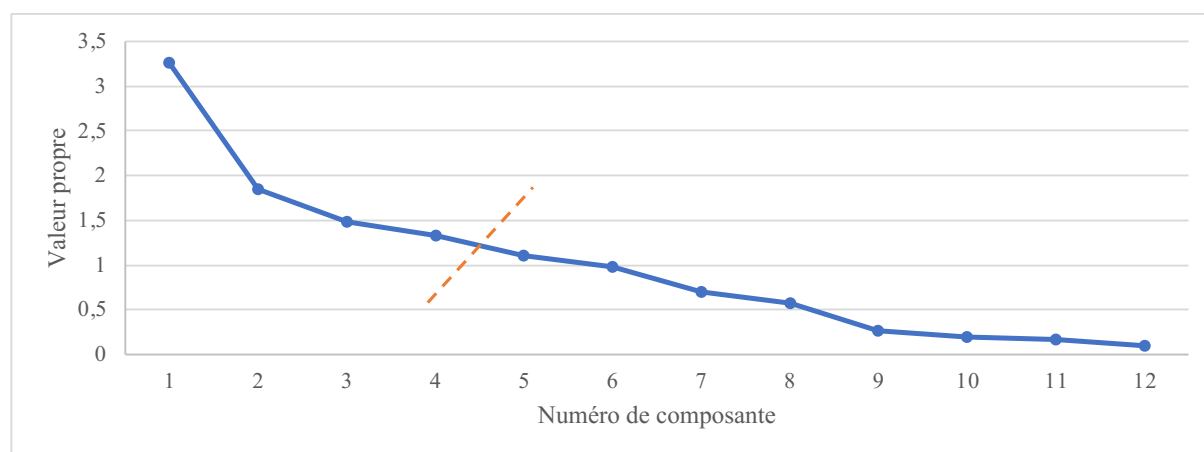


Figure 23. Tracé d'effondrement.

⁴¹⁷ Critère de Kayser.

⁴¹⁸ De Cattell.

Comme nous l'avons observé sur le tableau des valeurs propres, les 5 premières composantes détiennent une valeur propre supérieure à 1 et sont donc significatives. De plus, à l'aide du tracé d'effondrement ci-dessus, nous pouvons observer une rupture (légère) de la pente à partir du quatrième facteur (rupture indiquée en pointillés). Cette localisation sur le graphique, aussi appelée « rupture du coude de Cattell » est un critère préconisant de retenir les facteurs se situant en amont de cette rupture de pente, l'information ajoutée par les facteurs représentés à la suite étant peu pertinente. Nous choisissons donc de retenir les 4 premiers facteurs (ou composantes) pour notre analyse⁴¹⁹.

1.3. Description des composantes

Nous nous intéressons à présent à la matrice des composantes (tableau ci-dessous) pour identifier la combinaison de variables la plus associée à chacune des 4 composantes. Cette matrice indique la « saturation » (corrélation) de chaque variable avec chacune des composantes. Plus la valeur absolue de la saturation est élevée (comprise entre -1 et +1), plus la variable contribue à expliquer la composante. Nous avons surligné pour chaque variable sa saturation la plus forte parmi les différentes corrélations avec les composantes extraites. Par exemple, sur la première ligne du tableau ci-dessous, pour la variable « *organization 2* », la saturation la plus forte est celle associée à la composante 3 (-0,711). De plus, le signe du coefficient de corrélation indique le sens de la corrélation entre les variables, similaire (positif) ou opposé (négatif). En reprenant notre exemple, le signe de la saturation (-0,711) est négatif, il signifie que la variable « *organization 2* » est corrélée fortement et négativement à la composante 3.

Tableau 93. Matrice des composantes.

Variables	Composantes			
	1	2	3	4
<i>Organization 2</i>	0,551	0,041	-0,711	-0,099
<i>Organization 6</i>	0,280	-0,585	0,150	-0,486
<i>Organization 7</i>	0,532	0,048	0,335	-0,230
<i>Service 1</i>	0,120	0,769	0,163	0,268
<i>Service 5</i>	0,791	-0,141	-0,329	0,087
<i>Service 4</i>	0,464	-0,086	-0,292	0,389
<i>Service 11</i>	0,179	-0,480	0,589	0,311
<i>Service 3</i>	0,679	-0,344	-0,113	0,321
<i>Organization 5</i>	0,740	0,258	0,399	0,004
<i>Service 7</i>	0,173	0,633	-0,010	-0,052
<i>Staffing 1</i>	-0,191	-0,150	0,085	0,763
<i>Organization 4</i>	0,792	0,208	0,305	-0,115

En effectuant cette analyse pour chacune des variables, nous pouvons observer qu'il existe :

⁴¹⁹ Représentant 66% de la variance totale.

- une forte⁴²⁰ corrélation positive entre la composante 1 et les variables *service 5*, *service 3*, *organization 5* et *organization 4* ;
- une forte corrélation positive entre la composante 2 et les variables *service 1* et *service 7* et une corrélation négative modérée⁴²¹ avec la variable *organization 6* ;
- une corrélation positive modérée entre la composante 3 et la variable *service 11* et une corrélation négative forte avec la variable *organization 2* ;
- une corrélation positive forte entre la composante 4 et la variable *staffing 1*.

Le tableau ci-dessous indiquent les variables les plus corrélées à chacune des 4 composantes avec le libellé de l’item associé à chaque variable. Nous avons distingué en bleu les principes du modèle IPS et en noir les variables ajoutées. Nous observons que la variable *service 4* correspondant au principe (III) « recherche rapide d’un emploi », ne sature pas sur les 4 composantes retenues.

Tableau 94. Description des composantes selon leurs corrélations avec les variables retenues.

		Composante 1	Composante 2	Composante 3	Composante 4
Corrélations fortes	positives ($r \geq 0,6$)	- Equipe dédiée avec une personne encadrante (<i>organization 4</i>) - Rôle du/de la coordinateur.rice (<i>organization 5</i>) - Recherche d'emploi individualisée (<i>service 5</i>) - Attention portée aux préférences des PA (V) (<i>service 3</i>)	- Accompagnement à l'accès ou à l'évolution des droits sociaux (VIII) (<i>service 1</i>) - Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) (<i>service 7</i>)		- Nombre de PA par CEA (<i>Staffing 1</i>)
	négatives ($r \geq - 0,6$)			- Articulation avec les équipes de soins (IV) (<i>organization 2</i>)	
Corrélations modérées	positives ($r = 0,6$)			- Accompagnement individualisé dans l'emploi (VII) (<i>service 11</i>)	
	négatives ($r = - 0,6$)		- Zéro exclusion (I) (<i>organization 6</i>)		

Une corrélation avec la composante 1 indique de fortes valeurs pour les variables « équipe dédiée avec une personne encadrante » (*organization 4*), « rôle coordinateur » (*organization 5*), « recherche d'emploi individualisée » (*service 5*) et « attention portée aux préférences des personnes accompagnées (V) » (*service 3*).

Une corrélation avec la composante 2 indique de fortes valeurs pour les variables « accompagnement à l’accès ou à l’évolution des droits sociaux (VIII) » (*service 1*), « développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) » (*service 7*) et de faibles valeurs pour la variable « zéro exclusion » (*organization 6*).

⁴²⁰ $> 0,7$.

⁴²¹ Corrélation proche de 0,6.

Une corrélation avec la composante 3 indique de faibles valeurs pour la variable « articulation avec les équipes de soins (IV) » (*organization* 2), et dans une moindre mesure, des valeurs élevées pour la variable « accompagnement individualisé dans l'emploi (VII) » (*service* 11).

Une corrélation avec la composante 4 indique de fortes valeurs pour la variable « nombre de personnes accompagnées par CEA » (*staffing* 1).

1.4. Identification de profils de dispositifs à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique (ACH)

Après avoir extrait les composantes et identifié les combinaisons de variables leur étant associées, nous avons distingué des groupes de dispositifs à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique, permettant à la suite, d'analyser les corrélations entre les différents groupes de dispositifs et les différentes composantes.

La classification est une méthode qui utilise un algorithme itératif permettant de regrouper peu à peu les individus (ici les dispositifs) de telle sorte que la variabilité intra-classe reste la plus faible possible et la variabilité inter-classe la plus grande⁴²². Cette méthode permet de distinguer des « classes » (groupes) de dispositifs les plus distinctes les unes des autres et composées chacune de dispositifs homogènes⁴²³.

La classification conduit à produire une arborescence (dendrogramme ci-dessous) permettant de mettre en évidence les liens hiérarchiques entre les groupes de dispositifs.

⁴²² Méthode d'agrégation de Ward.

⁴²³ plus homogènes entre eux au sein d'un même groupe de dispositifs.

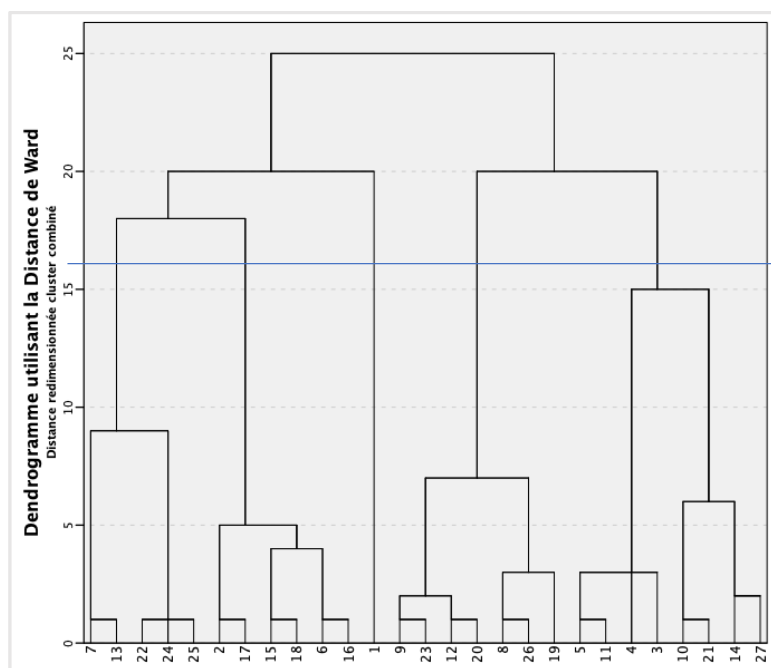


Figure 24. Dendrogramme.

Nous avons tracé une ligne bleue sur le dendrogramme indiquant la partition choisie pour distinguer les profils de dispositifs. Elle coupe 5 « branches » de l'arborescence et permet d'identifier 5 groupes de dispositifs partageant des caractéristiques communes (selon leur degré de fidélité aux spécificités du modèle IPS). Le dispositif n°1, situé proche du centre sur l'axe des abscisses sera décrit à titre indicatif⁴²⁴, notamment au cours de la description des groupes de dispositifs en fonction des plans factoriels de l'ACP (sous-partie suivante). Nous retenons pour notre analyse les 4 autres groupes de dispositifs comme principaux profils de dispositifs⁴²⁵ :

- un groupe composé de 5 dispositifs (n°7, 13, 22, 24, 25)⁴²⁶ ;
- un groupe composé de 6 dispositifs (n°2, 17, 15, 18, 6, 16) ;
- un groupe composé de 7 dispositifs (n°9, 23, 12, 20, 8, 26, 19)
- un groupe composé de 8 dispositifs (n°5, 11, 4, 3, 10, 21, 14, 27).

⁴²⁴ il représente à lui seul une classe distincte des autres dispositifs.

⁴²⁵ Cette partition nous a semblé être la plus pertinente pour caractériser les dispositifs de notre étude après différents essais d'ajouts de variables à celles correspondantes aux 8 principes IPS pour l'ACP.

⁴²⁶ Les n° de dispositifs ont été attribués au hasard pour respecter l'anonymisation des données des dispositifs.

2. Description des 4 profils de dispositifs identifiés

2.1. Description des profils à l'aide des plans factoriels de l'ACP

La projection graphique des différents dispositifs de l'étude (nuage de points) sur différents plans factoriels de l'ACP⁴²⁷ permet d'apprécier visuellement les associations entre les différents groupes de dispositifs identifiés et les différentes composantes de l'ACP.

Sur le graphique ci-dessous, les dispositifs sont représentés en fonction des 2 premières composantes, celles captant la plus grande part de variabilité totale (42,5%). L'axe des abscisses correspond à la composante 1 et l'axe des ordonnées à la composante 2. Les 6 dispositifs appartenant au groupe 2 sont représentés en gris, les 8 dispositifs appartenant au groupe 3 sont représentés en jaune, les 5 dispositifs appartenant au groupe 4 sont représentés en bleu et les 7 dispositifs appartenant au groupe 5⁴²⁸ sont représentés en verts. A titre indicatif, le dispositif n°1 est représenté en rouge.

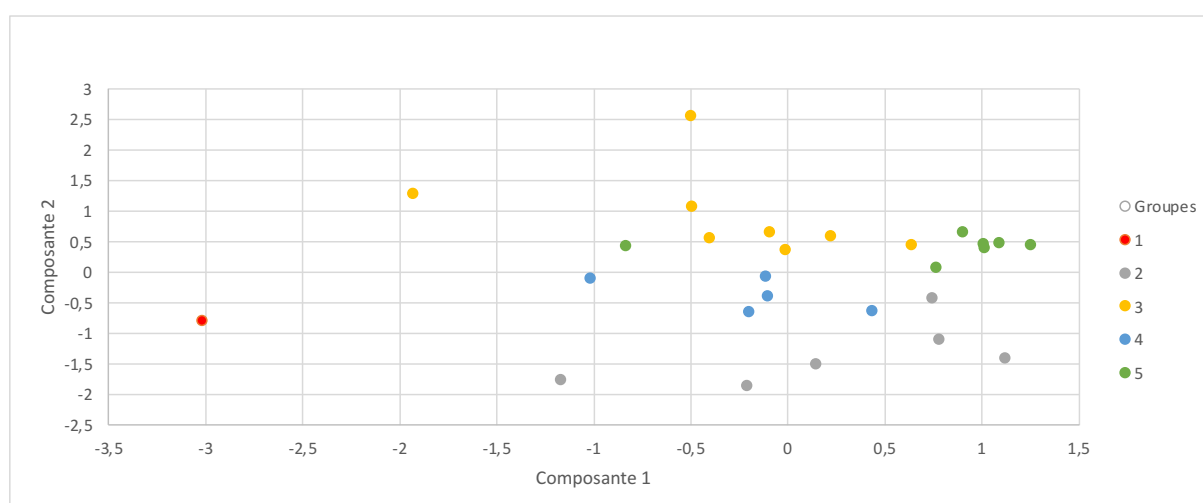


Figure 25. Projection graphique des groupes de dispositifs identifiés sur le plan factoriel (Composante 1, Composante 2).

Sur la projection graphique des différents groupes de dispositifs sur le plan factoriel (composante 1, composante 2), les dispositifs appartenant au groupe 5 représentés en vert sur la partie droite du graphique apparaissent se distinguer des autres groupes de dispositifs et être associés positivement à la composante 1⁴²⁹. Nous pouvons alors identifier que les dispositifs appartenant au groupe 5 ont plutôt tendance à présenter de fortes valeurs pour les variables corrélées à la composante 1 (« équipe dédiée avec une personne encadrante », « rôle du

⁴²⁷ dont chacun des axes représente une des composantes.

⁴²⁸ Nous avons conservé la numérotation utilisée par le logiciel SPSS.

⁴²⁹ Hormis un dispositif du groupe, nous tenterons de préciser cet écart à l'aide des données qualitatives.

coordinateur », « recherche d'emploi individualisée » et « attention portée aux préférences des personnes »). Le dispositif 1, représenté à l'extrême gauche du graphique est quant à lui corrélé fortement et négativement à la composante 1. Les autres groupes de dispositifs ne semblent pas se différencier selon la composante 1.

Concernant la position des différents groupes de dispositifs en fonction de l'axe de la composante 2, nous constatons que les dispositifs appartenant au groupe 3 (représentés en jaune) apparaissent dispersés sur la partie supérieure du graphique et alors corrélés positivement à la composante 2. Nous observons la tendance inverse pour les dispositifs appartenant au groupe 2 (représentés en gris) dispersés sur la partie inférieure du graphique et alors corrélés négativement à la composante 2. Cela signifie que les dispositifs du groupe 3 ont tendance à présenter de fortes valeurs pour les 2 variables « information de l'évolution des aides sociales⁴³⁰ » et « développement d'un réseau d'employeurs potentiels » et de faibles valeurs pour la variable « zéro exclusion ». Inversement, les dispositifs appartenant au groupe 2 ont tendance à présenter de faibles valeurs pour les variables « information de l'évolution des aides sociales » et « développement d'un réseau d'employeurs potentiels » et de fortes valeurs pour la variable « zéro exclusion ». De même que pour les dispositifs du groupe 2, le dispositif 1 est associé négativement à la composante 2.

Sur le graphique ci-dessous, les dispositifs sont représentés en fonction des composantes 1 et 3 (39,4% de la variabilité totale expliquée).

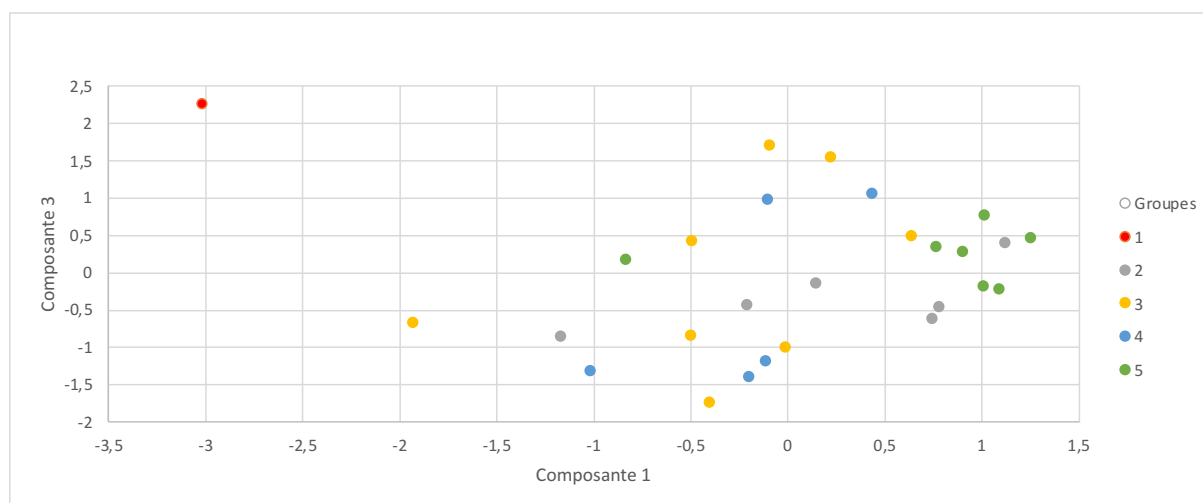


Figure 26. Projection graphique des groupes de dispositifs identifiés sur le plan factoriel (Composante 1, Composante 3)

⁴³⁰ Pour rappel, cette variable, représentant un des 8 principes IPS, permet d'apprécier l'accompagnement proposé par le dispositif quant à l'évolution éventuelle des droits aux différentes aides sociales des personnes en cas d'obtention d'un emploi notamment.

Sur cette projection graphique, nous retrouvons les mêmes conclusions que précédemment concernant la corrélation des dispositifs du groupe 5 avec la composante 1 ainsi que celle concernant le dispositif 1. De plus, le dispositif 1 est fortement corrélé et positivement à la composante 3, correspondant à une faible valeur pour la variable « articulation avec les équipes de soins » (*organization 2*) et dans une moindre mesure à une valeur élevée pour la variable « accompagnement individualisé dans l'emploi » (*service 11*).

Sur le graphique ci-dessous, les dispositifs sont représentés en fonction des composantes 1 et 4 (38,2% de la variabilité).

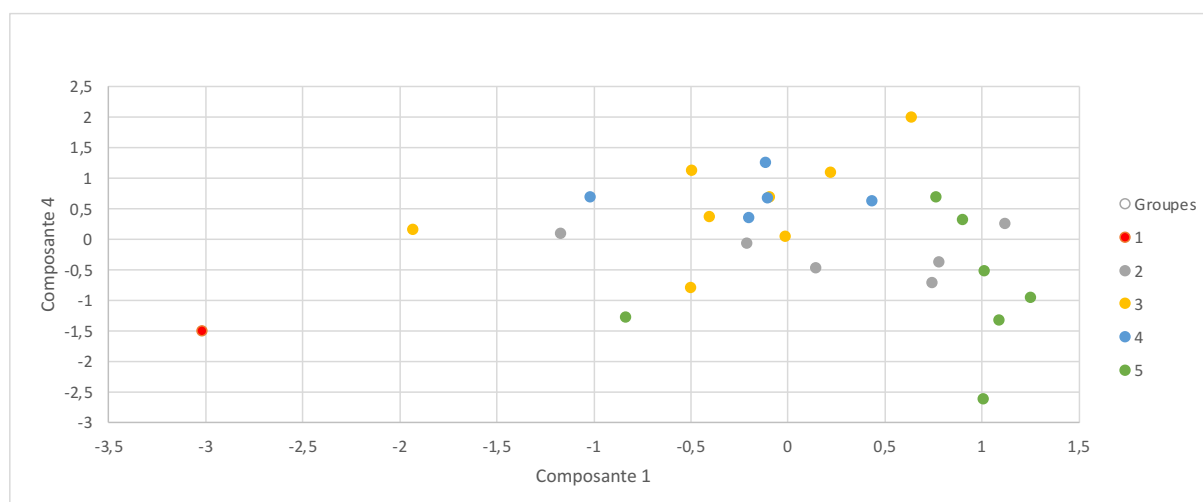


Figure 27. Projection graphique des groupes de dispositifs identifiés sur le plan factoriel (Composante 1, Composante 4).

Sur cette projection graphique, nous retrouvons les mêmes conclusions que précédemment concernant les corrélations avec la composante 1 des dispositifs des groupes 5 et 1.

Concernant les associations avec la composante 4, les dispositifs appartenant au groupe 4 (représentés en bleu) apparaissent être liés positivement à la composante 4. Cela signifie que les dispositifs du groupe 4 ont tendance à présenter de fortes valeurs pour la variable « nombre de personnes accompagnées par CEA » (*staffing 1*). A l'inverse, le dispositif 1 et les dispositifs du groupe 5 semblent corrélés négativement avec la composante 4, ce qui correspond à de faibles valeurs pour cette dernière variable.

2.2. Représentation graphique des 4 profils de dispositifs

Afin de percevoir visuellement les principales différences entre les 4 groupes de dispositifs identifiés selon leur degré de fidélité au modèle IPS, nous avons réalisé un graphique pour chacun des groupes de dispositifs en représentant la moyenne des scores obtenues à chacune

des variables retenues pour l'ACP. Chacune des combinaisons de variables corrélées aux composantes est indiquée par une étoile de couleur différente.

Comme nous pouvons l'observer sur les représentations graphiques ci-dessous, le groupe 2 semble présenter des caractéristiques communes avec le groupe 4 et le groupe 3 avec le groupe 5⁴³¹.

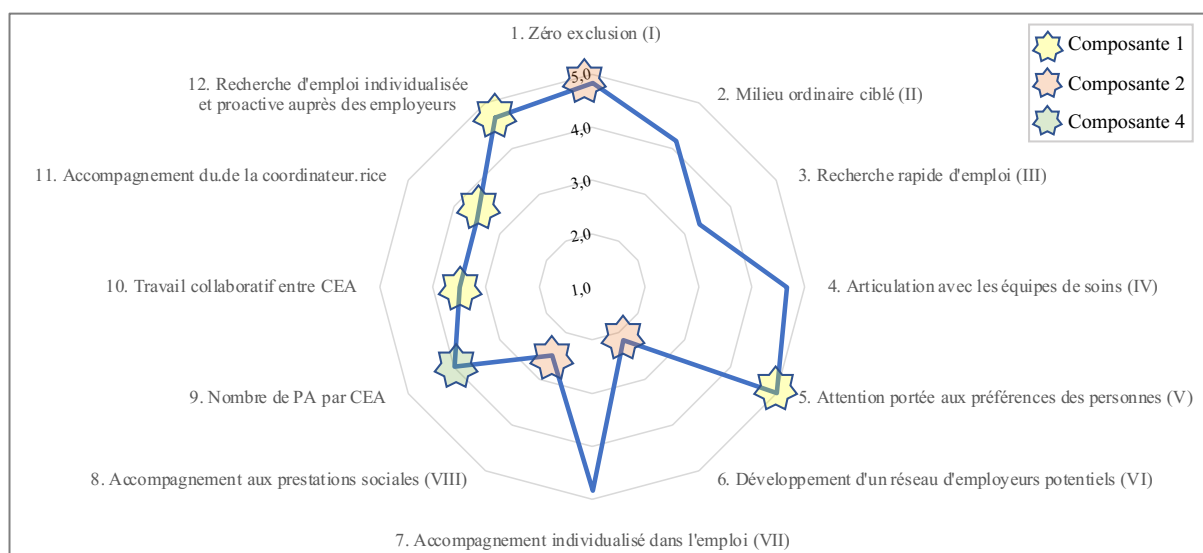


Figure 28. Représentation graphique des dispositifs du groupe 2 (dispositifs n°7, 13, 22, 24, 25) selon leur degré moyen de fidélité au modèle IPS.

Les dispositifs appartenant au groupe 2 sont caractérisés par une corrélation négative avec la composante 2, ce qui indique de fortes valeurs pour la variable « zéro exclusion » et de faibles valeurs pour les variables « accompagnement aux prestations sociales (VIII) » et « développement d'un réseau d'employeurs potentiels ».

⁴³¹ Ce résultat est cohérent avec le dendrogramme de la classification hiérarchique dans lequel les groupes 2 et 4 se distinguent des groupes 3 et 5.

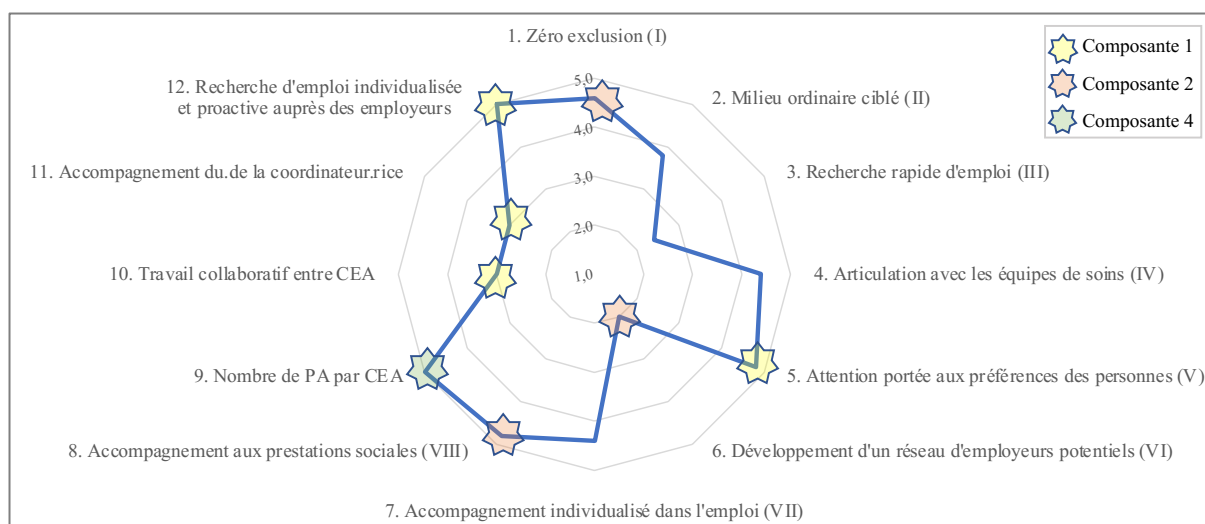


Figure 29. Représentation graphique des dispositifs du groupe 4 (dispositifs n°2, 17, 15, 18, 6, 16) selon leur degré moyen de fidélité au modèle IPS.

Les dispositifs appartenant au groupe 4 sont caractérisés par une corrélation positive avec la composante 4, ce qui indique de fortes valeurs pour la variable « nombre de personnes accompagnées par CEA ».

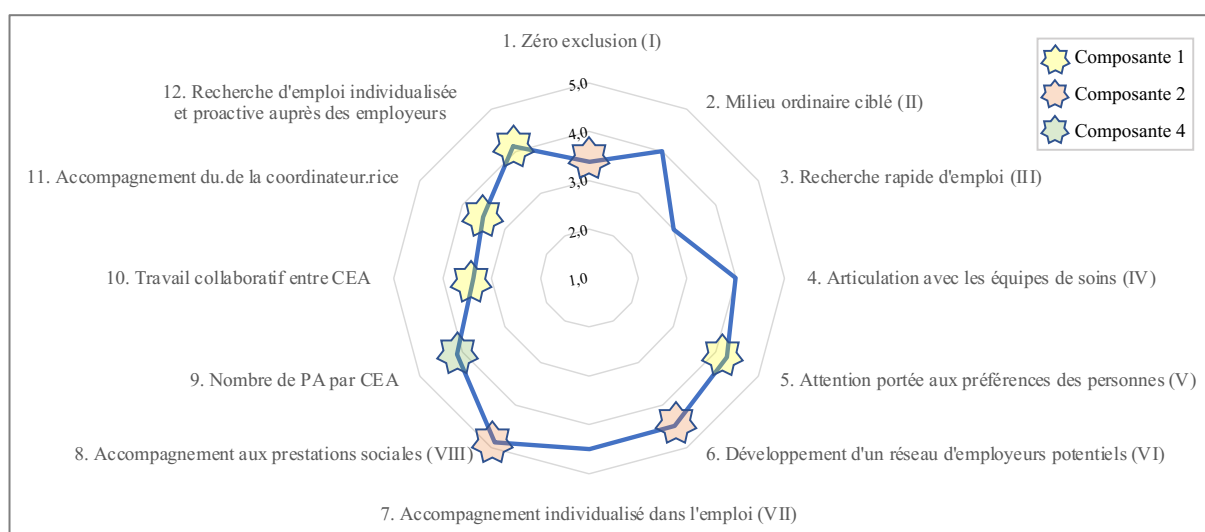


Figure 30. Représentation graphique des dispositifs du groupe 3 (dispositifs n°5, 11, 4, 3, 10, 21, 14, 27) selon leur degré moyen de fidélité au modèle IPS.

Les dispositifs appartenant au groupe 3 sont caractérisés par une corrélation positive avec la composante 2, ce qui indique de fortes valeurs pour les variables « accompagnement aux prestations sociales (VIII) » et « développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) » et de faibles valeurs pour la variable « zéro exclusion ».

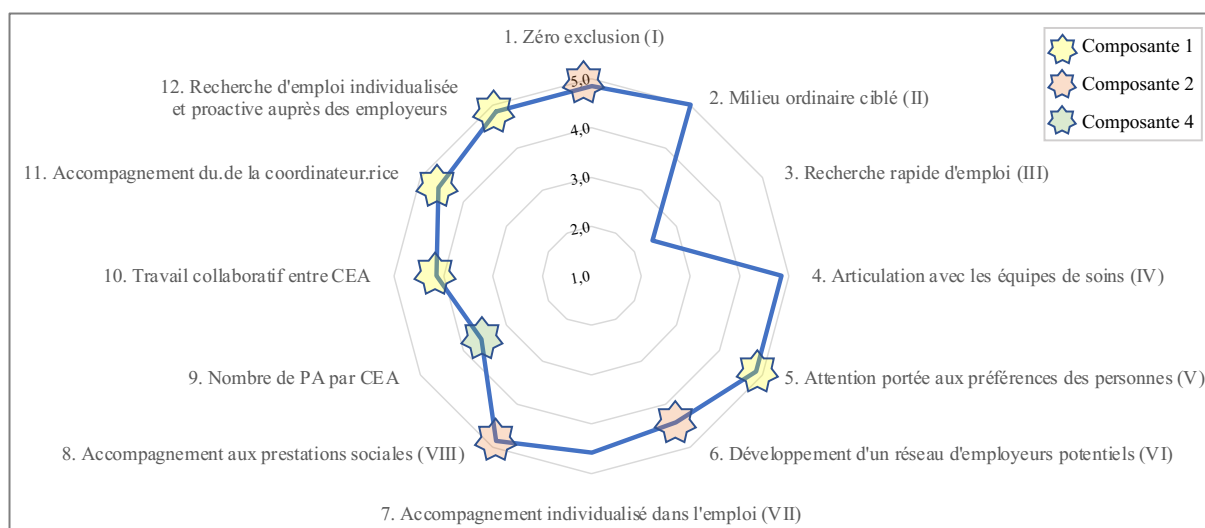


Figure 31. Représentation graphique des dispositifs du groupe 5 (dispositifs n°9, 23, 12, 20, 8, 26, 19) selon leur degré moyen de fidélité au modèle IPS.

Les dispositifs appartenant au groupe 5 sont caractérisés par une corrélation positive avec la composante 1, ce qui indique de fortes valeurs pour les variables « attention portée aux préférences des personnes (V) », « travail collaboratif entre CEA », « accompagnement du coordinateur », « recherche d'emploi individualisée et proactive auprès des employeurs ». Ils sont en outre caractérisés par une corrélation négative avec la composante 4, indiquant de faibles valeurs pour la variable « nombre de PA par CEA ».

A titre indicatif, nous représentons ci-dessous le graphique correspondant aux résultats obtenus par le dispositif 1.

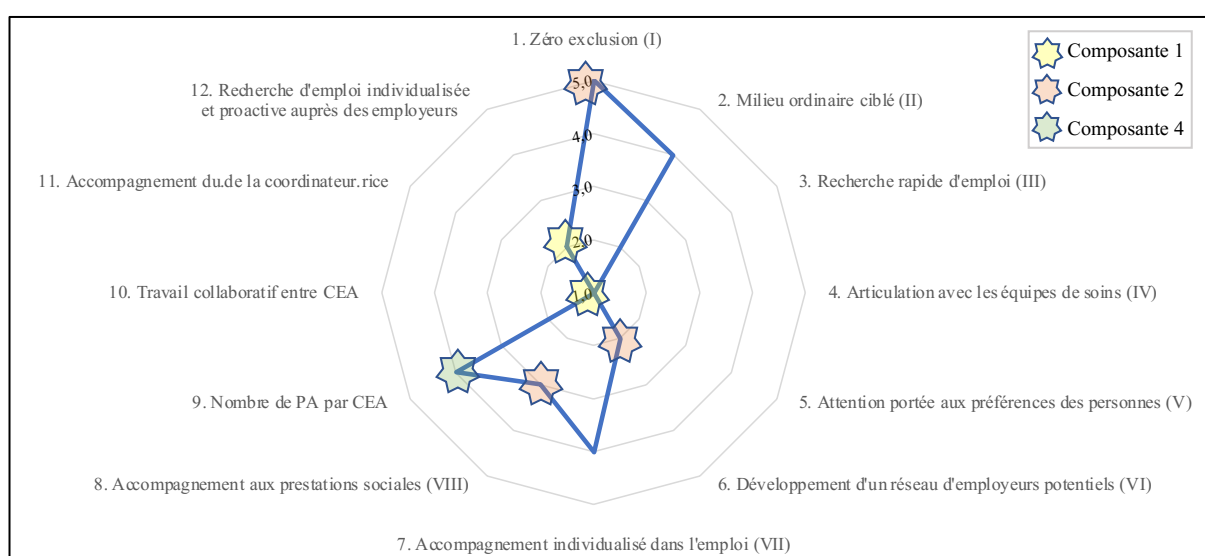


Figure 32. Représentation graphique du dispositif 1 selon son degré de fidélité au modèle IPS.

Le dispositif 1 est fortement corrélé et négativement avec les composantes 1, 2, 4 et positivement avec la composante 3. Ce qui correspond à de faibles valeurs pour l'ensemble des

variables retenues pour l'ACP hormis pour l'item « zéro exclusion » et « nombre de personnes accompagnées par CEA ». Par ailleurs, il est le dispositif n'ayant pas obtenu un score suffisant à l'échelle IPS-25 pour être considéré comme relevant de la pratique de l'Emploi Accompagné.

3. Caractéristiques spécifiques (IPS-25) et résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des 4 groupes de dispositifs identifiés

3.1. Caractéristiques spécifiques (IPS-25) des 4 groupes de dispositifs

Sur le tableau ci-dessous, nous présentons les moyennes, médianes et écarts-types des résultats obtenus à chacune des variables retenues pour l'ACP (représentées graphiquement précédemment) par les différents groupes de dispositifs⁴³². Nous avons indiqué en gras et bleu les variables dont les tests de comparaisons entre les valeurs centrales sont significatifs⁴³³.

Tableau 95. Moyennes des scores obtenus par les 4 groupes de dispositifs identifiés aux 12 variables retenues de l'ACP.

Variables retenues pour l'ACP	Groupe 2			Groupe 3			Groupe 4			Groupe 5			D1
	Moy.	Méd.	E.-T.	Moy.	Méd.	E.-T.	Moy.	Méd.	E.-T.	Moy.	Méd.	E.-T.	
1. Zéro exclusion (I)	4,83	5,00	0,41	3,38	3,00	0,52	4,60	5,00	0,55	4,86	5,00	0,38	5
2. Milieu ordinaire ciblé (II)	4,17	4,00	0,75	4,00	4,00	0,93	3,80	4,00	0,84	5,00	5,00	0,00	4
3. Recherche rapide d'emploi (III)	3,33	3,00	1,03	3,00	3,00	0,54	2,40	3,00	0,89	2,43	3,00	0,79	1
4. Articulation avec les équipes de soins (IV)	4,67	5,00	0,52	4,00	4,00	1,07	4,40	4,00	0,55	4,86	5,00	0,38	1
5. Attention portée aux préférences des personnes (V)	5,00	5,00	0,00	4,25	5,00	1,49	4,80	5,00	0,45	4,86	5,00	0,38	1
6. Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI)	2,17	1,50	1,60	4,50	5,00	0,76	2,00	1,00	1,41	4,43	5,00	0,79	2
7. Accompagnement individualisé dans l'emploi (VII)	4,83	5,00	0,41	4,50	5,00	0,76	4,40	4,00	0,55	4,57	5,00	0,54	4
8. Accompagnement aux prestations sociales (VIII)	2,50	2,50	0,55	4,88	5,00	0,35	4,80	5,00	0,45	4,86	5,00	0,38	3
9. Nombre de PA par CEA	4,00	4,00	0,00	4,13	4,00	0,64	5,00	5,00	0,00	3,57	4,00	0,98	4
10. Travail collaboratif entre CEA	3,50	3,50	1,52	3,38	4,00	1,60	3,00	3,00	1,41	4,14	5,00	1,22	1
11. Accompagnement du/de la coordinateur.rice	3,50	3,50	1,52	3,50	4,00	1,60	3,00	4,00	1,87	4,57	5,00	1,13	1
12. Recherche d'emploi individualisée et proactive auprès des employeurs	4,67	5,00	0,82	4,13	4,00	0,84	5,00	5,00	0,00	4,86	5,00	0,38	2

En effectuant tests de comparaisons entre les résultats des 4 groupes de dispositifs identifiés, 4 tests se révèlent être significatifs.

- Accueil de toutes les personnes sans exclusion (I)

La valeur centrale des scores obtenus à la variable « zéro exclusion (I) »⁴³⁴ par les dispositifs du groupe 3 est significativement inférieure à celle obtenue par les dispositifs du groupes 2 ($p < 0,001$), du groupe 4 ($p = 0,011$) et du groupe 5 ($p < 0,001$). Il peut arriver aux dispositifs du groupe 3 de sélectionner les accompagnements des personnes en fonction de quelques critères

⁴³² La colonne intitulée « D1 » indique les résultats obtenus par le dispositif n°1.

⁴³³ Les résultats obtenus aux items de l'échelle IPS-25 ne suivant pas une loi normale, nous avons effectué le test (non paramétrique) de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants entre les groupes 2, 3, 4 et 5.

⁴³⁴ Test de Kruskal-Wallis, $p < 0,001$.

prédéfinis. Parmi ces critères, certains dispositifs du groupe 3 ont précisé⁴³⁵ ne pas accompagner les personnes « non suffisamment autonomes » ou dont le projet professionnel n'était pas encore assez finalisé :

quand la personne a besoin d'une autre personne pour travailler avec elle par exemple, on pense que le milieu protégé est plus adapté... quand la personne n'a pas de logement stable ou que la situation est trop complexe... quand on reçoit les fiches de liaison de cap emploi, on réfléchit en équipe si la situation correspond à une mise en situation rapide en emploi ou pas, il nous arrive de réorienter ces personnes vers d'autres dispositifs... si la personne ne sait vraiment pas ce qu'elle veut faire, une PAS⁴³⁶ serait plus adaptée, on prend en charge la partie vraiment vers l'emploi...on repère si la personne a déjà un accompagnement SAVS ou SAMSAH pour savoir si la personne est déjà autonome ou pas

- Milieu ordinaire ciblé (II)

La valeur centrale des scores obtenus à la variable « milieu ordinaire ciblé (II) »⁴³⁷ par les dispositifs du groupe 5 est significativement supérieure à la valeur centrale obtenue par les dispositifs du groupe 4 ($p = 0,010$), du groupe 3 ($p = 0,017$) et du groupe 2 ($p = 0,047$). Les dispositifs du groupe 5 développent notamment, davantage de stratégies de communication au valorisant l'emploi en milieu ordinaire auprès de publics cibles et de partenaires, par exemple, lors de présentations du dispositif au sein de GEM, de centres de formation, de missions locales, de CMP ou d'établissements du SPE.

- Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI)

La valeur centrale des scores obtenus à la variable « développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) »⁴³⁸ par les dispositifs du groupe 3 est significativement supérieure à celles obtenues par les dispositifs du groupe 4 ($p = 0,007$) et du groupe 2 ($p = 0,011$), celle obtenue par les dispositifs du groupe 5 est significativement supérieure à celles obtenues par les dispositifs du groupe 4 ($p = 0,012$) et par les dispositifs du groupe 2 ($p = 0,019$). Les dispositifs des groupes 3 et 5 déclarent développer davantage leur réseau d'employeurs potentiels que les dispositifs des groupes 2 et 4. Certains dispositifs des groupes 2 et 4 ont précisé souhaiter s'y impliquer davantage, d'autres ne plus s'investir dans le développement d'un réseau d'employeurs potentiels en raison d'un réseau déjà existant, d'autres, par manque de temps ou bien encore en raison de la non-adéquation de la temporalité entre la présentation du dispositif et les besoins de l'entreprise.

⁴³⁵ Lors des entretiens de passation de l'échelle IPS-25 version française.

⁴³⁶ Prestation d'Appui Spécifique

⁴³⁷ Test de Kruskal-Wallis, $p = 0,034$.

⁴³⁸ Test de Kruskal-Wallis, $p = 0,005$.

- Accompagnement aux prestations sociales (VIII)

La valeur centrale des scores obtenus à la variable « accompagnement aux prestations sociales (VIII) »⁴³⁹ par les dispositifs du groupe 2 est significativement inférieure à celles obtenues par les dispositifs des autres groupes ($p < 0,001$). Les dispositifs du groupe 2 expriment des difficultés à accompagner les personnes au sujet de l'évolution éventuelle de leurs prestations sociales. Les dispositifs des autres groupes réussissent davantage à collaborer avec les organismes spécialisés (CAF) pour obtenir cet accompagnement ou bien disposent en interne de personnes spécialistes.

- Nombre de personnes accompagnées par CEA

La valeur centrale des scores obtenus à la variable « nombre de personnes accompagnées par CEA »⁴⁴⁰ par les dispositifs du groupe 4 est significativement supérieure à celles obtenues par les dispositifs du groupe 5 ($p < 0,001$), du groupe 2 ($p < 0,008$) et du groupe 3 ($p < 0,018$). Les dispositifs du groupe 4 parviennent à ne pas dépasser le nombre de 20 accompagnements de personnes par CEA. De nombreux dispositifs présentent davantage de difficultés à maintenir effective cette préconisation du modèle IPS en raison notamment de la liste d'attente de personnes souhaitant être accompagnées par les dispositifs d'Emploi Accompagné.

Sur le tableau ci-dessous, nous présentons les résultats obtenus par groupe de dispositifs aux autres items de l'échelle IPS-25 (version Fr.). Les tests de comparaisons de ces variables entre les groupes de dispositifs ne sont pas significatifs. Nous présentons ces résultats comme élément de comparaison ultérieur, notamment avec les résultats obtenus à l'échelle BAKES par les CEA des différents groupes de dispositifs.

⁴³⁹ Test de Kruskal-Wallis, $p < 0,001$.

⁴⁴⁰ Test de Kruskal-Wallis, $p = 0,008$.

Tableau 96. Tableau 92. Résultats obtenus aux autres items de l'échelle IPS-25 (version française) par les 4 groupes de dispositifs identifiés.

Items IPS-25 (version française)		Groupe 2 (N=6)			Groupe 3 (N=8)			Groupe 4 (N=5)			Groupe 5 (N=7)			D1
		Moy.	Méd.	E.-T.	Moy.	Méd.	E.-T.	Moy.	Méd.	E.-T.	Moy.	Méd.	E.-T.	
St. 2	Tps. consacré par les CEA à l'accompagnement prof. / pb. sociales	3,00	2,50	1,67	3,25	3,00	1,39	2,20	2,00	1,30	2,14	2,00	1,07	1
St. 3	Référent.e unique	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	0,00	5
O. 8	Implication de la Direction Générale de la structure porteuse	4,67	5,00	0,82	3,75	3,50	1,17	4,40	4,00	0,55	4,14	5,00	1,46	1
S. 2	Gestion de la déclaration de la situation de handicap	5,00	5,00	0,00	4,50	5,00	0,93	4,80	5,00	0,45	5,00	5,00	0,00	5
S. 6	Fréquence des contacts avec les employeurs	2,33	2,00	1,51	3,63	3,50	1,30	2,40	2,00	1,67	3,86	4,00	1,35	1
S. 8	Diversité des postes obtenus	5,00	5,00	0,00	4,75	5,00	0,46	5,00	5,00	0,46	4,86	5,00	0,00	4
S. 9	Diversité des employeurs	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	0,00	5,00	5,00	0,00	5
S. 10	Nature des conctrats proposés aux personnes	4,83	5,00	0,41	4,50	4,50	0,54	4,80	5,00	0,45	4,29	5,00	0,45	1
S. 12	Intensité de l'accompagnement dans l'emploi	4,83	5,00	0,41	4,63	5,00	0,52	4,00	4,00	0,71	4,57	5,00	0,54	4
S. 13	Temps passé par le la CEA à l'extérieur de son bureau	3,67	4,00	1,51	3,38	3,00	1,30	2,60	2,00	1,82	3,86	4,00	1,46	2
S. 14	Modalités déployées pour "aller vers" la personne	4,33	5,00	1,21	4,00	4,00	1,07	4,00	4,00	1,00	4,29	5,00	1,25	5
Aj. 1	Temps consacré par les CEA à l'exercice de leur mission	4,33	5,00	1,03	3,88	4,00	0,84	4,00	4,00	1,00	4,00	4,00	1,00	5
Aj. 2	Formation préalable et continue des CEA	4,67	5,00	0,82	4,38	5,00	1,06	4,40	5,00	1,34	4,71	5,00	0,76	5
Aj. 3	Coordination avec le Service Public de l'Emploi	3,00	3,50	1,67	3,50	3,50	1,20	3,00	3,00	1,23	4,43	5,00	0,79	2
Aj. 4	Activités collectives proposées aux personnes accompagnées	2,50	2,00	1,38	1,88	2,00	0,64	2,40	3,00	0,89	3,29	3,00	1,70	2

Nous pouvons observer pour certains items, quelques écarts entre les résultats obtenus par les différents groupes de dispositifs :

- les CEA des dispositifs du groupe 3 semblent consacrer moins de temps à l'accompagnement de problématiques d'ordre social (en plus de l'accompagnement vers et dans l'emploi) au cours de leurs accompagnements⁴⁴¹ que les CEA des dispositifs des autres groupes,
- la Direction Générale de la structure porteuse du dispositif semble davantage impliquée dans la mise en œuvre du dispositif d'Emploi Accompagné parmi les dispositifs du groupe 2 que parmi les autres groupes de dispositifs⁴⁴²,
- la fréquence des contacts avec les employeurs (à l'initiative des CEA) semble plus importante parmi les dispositifs des groupes 3 et 5 que parmi les dispositifs des groupes 2 et 4,
- les CEA des dispositifs des groupes 2 et 5 semblent passer plus de temps à l'extérieur de leur bureau que les CEA des dispositifs des groupes 3 et 4,
- les dispositifs du groupe 5 semblent collaborer plus aisément avec le SPE que les autres dispositifs des autres groupes.

3.2. Résultats globaux en termes d'insertion professionnelle (à 1 an) et de maintien en emploi des 4 groupes de dispositifs identifiés

Les tableaux ci-dessous résume les principales caractéristiques des différents groupes de dispositifs identifiés et indique la moyenne des scores globaux obtenus à l'échelle IPS-25 et

⁴⁴¹ En recourant par exemple à d'autres spécialistes de l'accompagnement social.

⁴⁴² et notamment que les dispositifs du groupe 3.

IPS-25 (version française), les moyennes des taux d'insertion professionnelle (à 1 an) et la moyenne des taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) de chacun des groupes de dispositifs.

Tableau 97. Caractéristiques spécifiques et résultats obtenus aux échelles IPS-25 et IPS-25 (version Fr.).

Groupes de dispositifs	Caractéristiques spécifiques	Scores IPS-25 (moyennes)	Scores IPS-25 (Fr.) (moyennes)
Groupe 2 (N=6)	1. Zéro exclusion (I) (valeurs fortes)	96,8 / 125	109,3 / 135
	6. Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) (valeurs faibles)		
	8. Accompagnement aux prestations sociales (VIII) (valeurs faibles) valeur centrale significativement inférieure à celles des groupes 4, 3 et 5		
Groupe 3 (N=8)	1. Zéro exclusion (I) (valeurs faibles) valeur centrale significativement inférieure à celles des groupes 2, 4 et 5	96 / 125	105,2 / 135
	6. Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) (valeurs fortes) valeur centrale significativement supérieure à celles des groupes 2 et 4		
	8. Accompagnement aux prestations sociales (VIII) (valeurs fortes)		
Groupe 4 (N=5)	9. Nombre de PA par CEA (valeurs fortes) valeur centrale significativement supérieure à celles des groupes 2, 3 et 5	93,4 / 125	107,6 / 135
Groupe 5 (N=7)	2. Milieu ordinaire ciblé (II) valeur centrale significativement supérieure à celles des groupes 2, 4 et 3	102 / 125	116,4 / 135
	5. Attention portée aux préférences des personnes (V) (valeurs fortes)		
	6. Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) valeur centrale significativement supérieure à celles des groupes 2 et 4		
	10. Travail collaboratif entre CEA (valeurs fortes)		
	11. Accompagnement du/de la coordinateur.ice (valeurs fortes)		
	12. Recherche d'emploi individualisée et proactive auprès des employeurs (valeurs fortes)		

Tableau 98. Résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des groupes de dispositifs identifiés.

	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Total
Nombre de dispositifs	6	8	5	7	26
Nombre de personnes accompagnées HP*	268	282	124	334	1008
Insertion (nombre de personnes HP*)	152	158	59	152	521
Taux d'insertion (à 1 an)	56,72%	56,03%	47,58%	45,51%	51,69%
Maintien (nombre de personnes HP*)	117	97	33	72	319
Taux de maintien en emploi (à 6 mois)	76,97%	61,39%	55,93%	47,37%	61,23%

* en situation de handicap psychique

En comparant les moyennes obtenues à l'échelle IPS-25 par les différents groupes de dispositifs deux à deux, seule la moyenne des scores obtenue par les dispositifs du groupe 5 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 4 [$t(10) = -2,113$; $p = 0,030$].

De même, en comparant les moyennes obtenues à l'échelle IPS-25 (version française), seule la moyenne obtenue par les dispositifs du groupe 5 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 4, [$t(10) = -2,434$; $p = 0,018$]. Nous observons quelques tendances supplémentaires :

- la moyenne des scores obtenue par les dispositifs du groupe 5 est supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 2 [$t(11) = -1,638$; $p = 0,065$] ;

- la moyenne des scores obtenue par les dispositifs du groupe 5 est supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 3 [$t(13) = -1,721$; $p = 0,054$].

Par ailleurs, concernant les comparaisons entre les moyennes des taux d'insertion professionnelle et des taux de maintien en emploi des différents groupes de dispositifs, seule la moyenne des taux de maintien en emploi des dispositifs du groupe 2 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 5 [$t(11) = 2,335$; $p = 0,020$]. De plus, nous n'observons pas de corrélation significative entre le score obtenu à l'échelle IPS-25⁴⁴³ et le taux d'insertion professionnel d'une part ni entre le score obtenu à l'échelle IPS-25 et le taux de maintien en emploi d'autre part.

Les résultats obtenus par les groupes 2, 3 et 4 à l'échelle IPS-25 semblent cohérents avec les résultats obtenus en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi. Ce qui n'est pas le cas pour les résultats des dispositifs du groupe 5, obtenant en moyenne le score le plus élevé à l'échelle IPS-25 (102/125) et des résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi en deçà des dispositifs des autres groupes, notamment en termes de taux de maintien en emploi (à 6 mois).

Chapitre 2 : Compétences mobilisées par les conseillers des 4 groupes de structures identifiés

Afin de compléter cette caractérisation des dispositifs de l'étude, nous nous sommes intéressés aux résultats obtenus à l'échelle BAKES par les différents conseillers en emploi accompagnés des différents groupes de dispositifs identifiés.

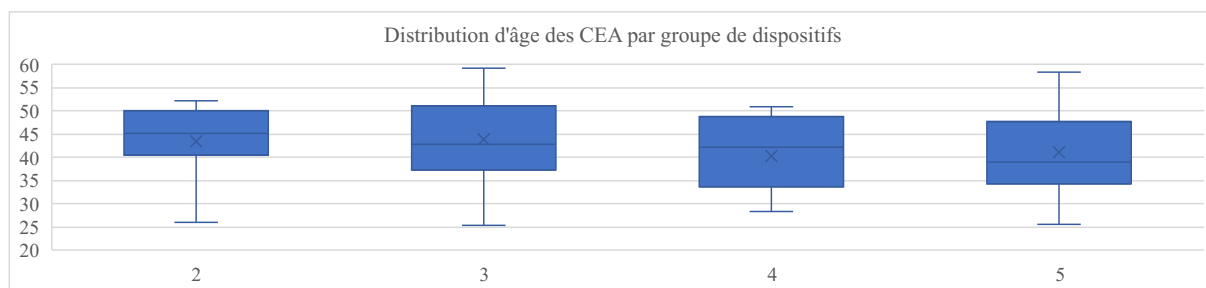
1. Formations initiales et parcours professionnels antérieurs des CEA des 4 groupes de dispositifs identifiés

Nous pouvons observer à l'aide du tableau et du graphique associé ci-dessous que les distributions d'âge des CEA entre les groupes de dispositifs apparaissent homogènes. Les moyennes d'âge des CEA par groupe de dispositifs présentent de faibles écarts entre elles. Le test de comparaison des moyennes n'est pas significatif.

⁴⁴³ Initiale ou version française.

Tableau 99. Distribution d'âge des CEA par groupe de dispositifs identifiés.

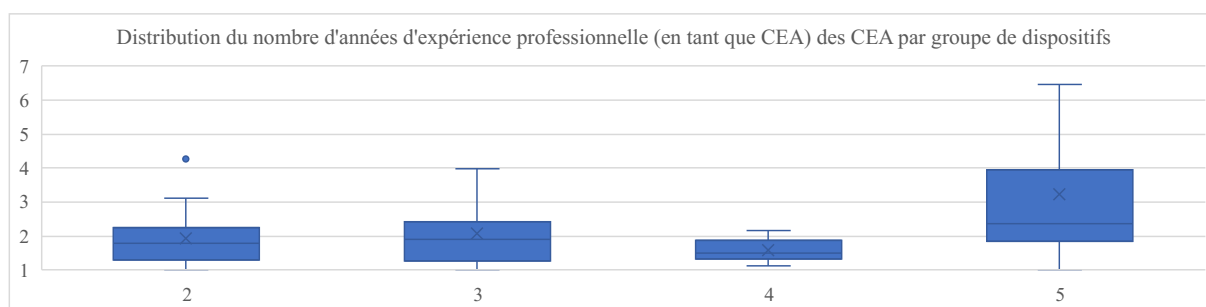
Groupe de dispositifs	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Groupe 2 (N=16)	43,48	8,02	26,04	52,17
Groupe 3 (N=24)	43,84	8,54	25,29	59,30
Groupe 4 (N=11)	40,34	8,50	28,42	50,88
Groupe 5 (N=20)	41,14	9,14	25,57	58,29



Concernant la distribution du nombre d'années d'expérience professionnelle antérieure des CEA (en tant que CEA) par groupe de dispositifs, nous pouvons constater à l'aide du tableau et graphique associé ci-dessous une certaine homogénéité entre les moyennes d'années d'expérience des CEA des dispositifs des groupe 2 et 3. La moyenne des CEA des dispositifs du groupe 5 est la plus élevée (3,2 ans) et celle des dispositifs du groupe 4, la plus faible (1,6 ans). L'ANOVA entre les moyennes des groupes de dispositifs est significative ($p = 0,013$) et les tests de comparaisons multiples révèlent un test significatif : la moyenne d'années d'expérience (en tant que CEA) des CEA des dispositifs du groupe 5 est significativement supérieure à celle des CEA des dispositifs du groupe 4 ($p = 0,018$).

Tableau 100. Distribution du nombre d'années d'expérience professionnelle (en tant que CEA) des CEA par groupe de dispositifs identifiés.

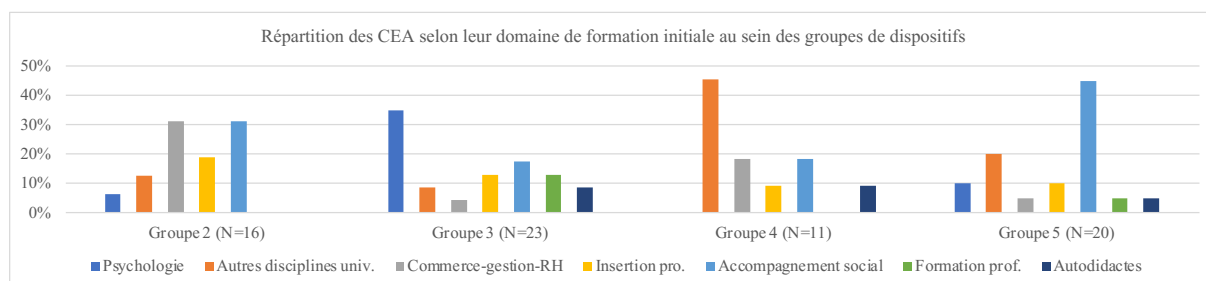
Groupe de dispositifs	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Groupe 2 (N=16)	1,95	0,90	1,00	4,28
Groupe 3 (N=24)	2,09	0,99	1,01	4,42
Groupe 4 (N=11)	1,58	0,32	1,13	2,15
Groupe 5 (N=20)	3,24	2,62	1,02	12,74



Par ailleurs, nous pouvons observer, à l'aide du tableau et graphique associé ci-dessous, quelques différences quant aux formations initiales des CEA des différents groupes de dispositifs.

Tableau 101. Répartition (en %) des CEA en fonction de leur domaine de formation initiale par groupe de dispositifs.

Groupes de dispositifs	Psychologie	Autres disciplines universitaire	Gestion RH	Insertion professionnelle	Accompagnement social	Formation professionnelle	Autodidactes
Groupe 2 (N=16)	6,3%	12,5%	31,3%	18,8%	31,3%	0,0%	0,0%
Groupe 3 (N=24)	37,5%	8,3%	4,2%	12,5%	16,7%	12,5%	8,3%
Groupe 4 (N=11)	0,0%	45,5%	18,2%	9,1%	18,2%	0,0%	9,1%
Groupe 5 (N=20)	10,0%	20,0%	5,0%	10,0%	45,0%	5,0%	5,0%



Les formations initiales des CEA sont variées au sein des différents groupes de dispositifs identifiés. Les répartitions du nombre de CEA selon le domaine de formation initiale diffèrent entre les groupes.

Les CEA des dispositifs du groupe 2 ont majoritairement reçu des formations relevant des domaines de la gestion d'entreprise et des ressources humaines (31,3%), des domaines relevant de l'accompagnement social (31,3%) et dans une moindre mesure, de l'insertion professionnelle (18,8%). Les CEA des dispositifs du groupe 2 comptent parmi eux le plus grand nombre de CEA ayant reçu une formation relevant de la gestion d'entreprise (56% de l'ensemble des CEA des différents groupes).

Les CEA des dispositifs du groupe 3 ont majoritairement reçu une formation en psychologie⁴⁴⁴ (37,5%), représentant 75% des CEA des différents groupes ayant suivi cette formation.

Les CEA des dispositifs du groupe 4 ont majoritairement reçu des formations relevant d'autres disciplines universitaires (45,5%) telles que les sciences de l'éducation, la sociologie, le droit ou encore l'ergonomie ; représentant 38,5% de l'effectif total.

Les CEA des dispositifs du groupe 5 ont majoritairement reçu des formations délivrant des diplômes d'État⁴⁴⁵ relevant du domaine de l'accompagnement social (45%) ; représentant (aussi) 45% de l'effectif total.

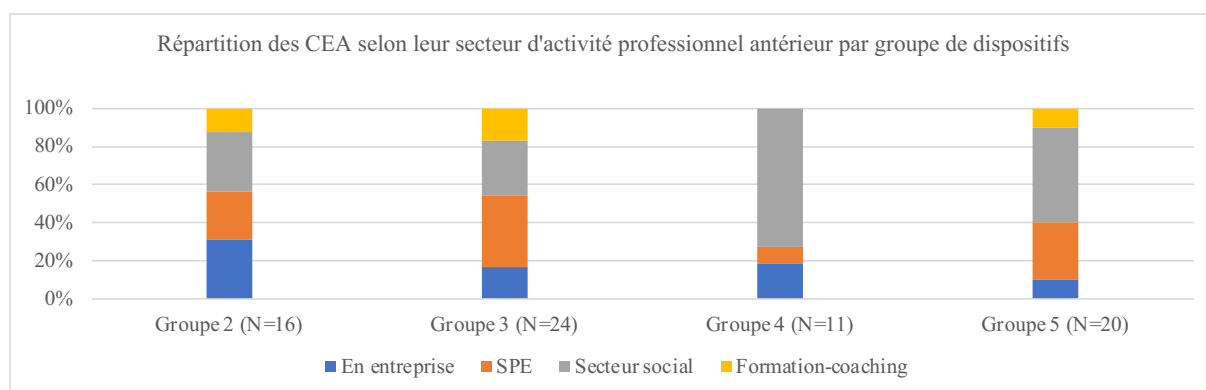
⁴⁴⁴ Sont comptabilisées pour ce calcul les formations en psychologie de niveau master professionnel attribuant le titre de psychologue (clinicien.ne ou du travail).

⁴⁴⁵ Éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale familiale, assistante sociale.

Concernant le secteur d'activité des expériences professionnelles antérieures des CEA⁴⁴⁶ des différents groupes de dispositifs, nous pouvons observer à l'aide du tableau et graphique associé ci-dessous, différentes répartitions du nombre des CEA en fonction de leur activité professionnelle antérieure au sein des différents groupes. Les 4 secteurs d'activité professionnelle identifiés au sein desquels les CEA ont exercé au cours de leurs parcours professionnels antérieurs sont : le secteur de l'entreprise, le SPE, le secteur social et la formation professionnelle ou *coaching*. Les secteurs d'activité les plus représentés au sein de chaque groupe de dispositifs sont indiqués en gras dans le tableau ci-dessous.

Tableau 102. Répartition (en %) des CEA en fonction de leur secteur d'activité professionnelle antérieur par groupe de dispositifs.

Groupes de dispositifs	En entreprise	SPE	Secteur social	Formation-coaching
Groupe 2 (N=16)	31,3%	25,0%	31,3%	12,5%
Groupe 3 (N=24)	16,7%	37,5%	29,2%	16,7%
Groupe 4 (N=11)	18,2%	9,1%	72,7%	0,0%
Groupe 5 (N=20)	10,0%	30,0%	50,0%	10,0%



Les répartitions du nombre de CEA en fonction de leur secteur d'activité professionnelle antérieur⁴⁴⁷ au sein des groupes 2 et 3 semblent relativement homogènes en comparaison avec celles des groupes 4 et 5.

De plus, parmi les dispositifs du groupe 2 ; nous pouvons observer que 31,3% des CEA ont exercé auparavant une activité professionnelle au sein d'une entreprise ; ils représentent 38,5% de l'ensemble des CEA ayant déjà exercé en entreprise. Parmi les dispositifs du groupe 3 ; 37,5% des CEA ont exercé auparavant au sein du SPE ; représentant 45,0% de l'ensemble des CEA ayant exercé auparavant au sein du SPE. Parmi les dispositifs des groupes 4 et 5 ; les CEA ont majoritairement exercé auparavant dans le secteur de l'accompagnement social, 72,7% parmi les CEA du groupe 4 et 50% parmi les CEA du groupe 5.

⁴⁴⁶ Certains CEA ont exercé auparavant au sein de différents secteurs d'activité, nous avons comptabilisé l'expérience la plus significative.

⁴⁴⁷ Nous avons comptabilisé dans ce calcul l'expérience professionnelle antérieure la plus significative du CEA lorsqu'il a exercé auparavant au sein de ces différents secteurs d'activité.

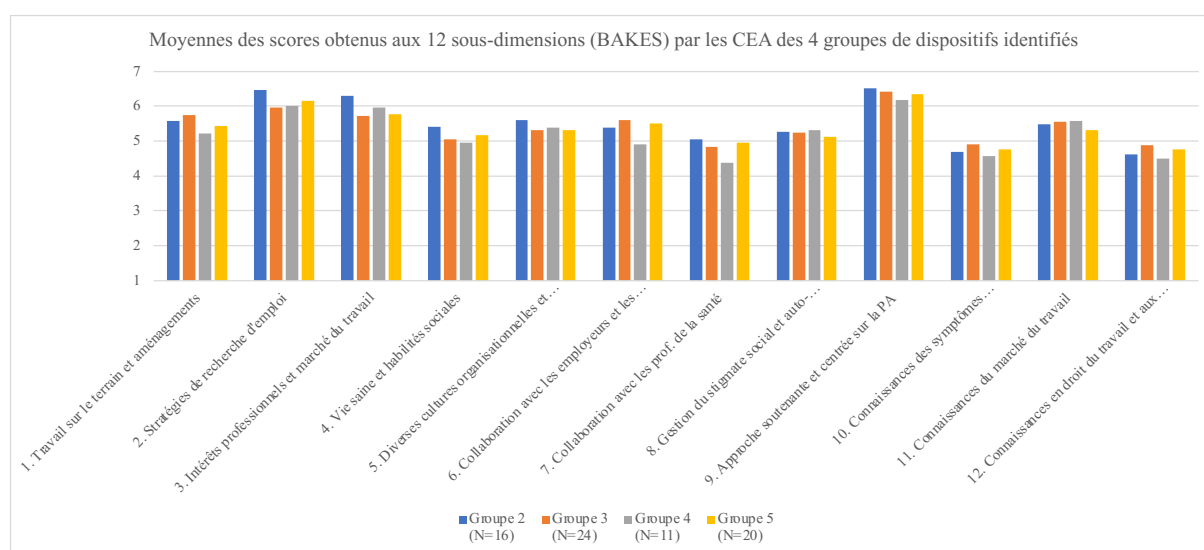
2. Résultats obtenus à l'échelle BAKES par les CEA des 4 groupes de dispositifs identifiés

Le tableau ci-dessous présente les résultats moyens obtenus aux 12 sous-dimensions de l'échelle BAKES (échelle des comportements, connaissances et attitudes des CEA) obtenus par chacun des groupes de dispositifs identifiés ainsi que leur score moyen global⁴⁴⁸. Nous avons indiqué à nouveau, à la suite, les résultats en termes d'insertion professionnelle (à 1 an) et de maintien en emploi (au moins 6 mois) pour chacun des groupes de dispositifs. La moyenne la plus élevée obtenue à chacune des sous-dimensions par les différents groupes de dispositifs est indiquée en gras et en bleu lorsque le test statistique est significatif.

Tableau 103. Résultats BAKES par sous-dimension et résultats en termes d'intégration professionnelle des 4 groupes de dispositifs identifiés.

Dimensions BAKES	Groupe 2 (N=16)*	Groupe 3 (N=23)*	Groupe 4 (N=11)*	Groupe 5 (N=20)*
1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires	5,58	5,75	5,20	5,44
2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi	6,46	5,95	6,00	6,16
3. Fournir du soutien et de l'aide aux PA pour bien cerner leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail	6,30	5,73	5,97	5,78
4. Offrir du soutien aux PA pour adopter des comportements de vie saine et de meilleures habilités sociales	5,40	5,03	4,95	5,16
5. Enseigner et montrer aux PA comment s'adapter aux diverses cultures organisationnelles et au marché du travail	5,59	5,32	5,38	5,30
6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires (RH etc.)	5,38	5,61	4,90	5,50
7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé	5,06	4,82	4,36	4,94
8. Enseigner aux PA comment gérer et dépasser le stigmate social ainsi que l'auto-stigmatisation	5,27	5,23	5,31	5,13
9. Adopter une approche soutenante et centrée sur la PA	6,51	6,42	6,18	6,35
10. Avoir des connaissances relatives aux symptômes psychiatriques et aux services de soin et de réinsertion professionnelle	4,69	4,90	4,57	4,76
11. Avoir des connaissances relatives au marché du travail	5,48	5,55	5,58	5,31
12. Avoir des connaissances relatives au droit du travail et aux politiques handicap	4,63	4,88	4,48	4,77
Score Global BAKES	495 / 630	490 / 630	467 / 630	484 / 630
Taux d'insertion professionnelle à 1 an	56,7%	56,0%	47,6%	45,5%
Taux de maintien en emploi (au moins 6 mois)	76,9%	61,4%	55,9%	47,4%

* Nombre de CEA



⁴⁴⁸ Pour rappel, l'échelle BAKES comporte 90 items notés de 1 à 7 dont le score global maximum est égal à 630.

Les scores globaux obtenus à l'échelle BAKES par les CEA des différents groupes de dispositifs semblent davantage corrélés aux résultats obtenus en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi que ne le sont les résultats obtenus à l'échelle IPS-25. En examinant la corrélation entre les deux variables « score BAKES » et « taux d'insertion professionnelle »⁴⁴⁹, nous observons une relation linéaire significative positive et modérée (à forte) [$r = 0,613$; $p < 0,001$]. Il existe de même une relation linéaire significative positive et davantage modérée entre les variables « score BAKES » et « taux de maintien en emploi »⁴⁵⁰ [$r = 0,486$; $p = 0,006$].

Nous pouvons constater que les dispositifs du groupe 2 obtiennent en moyenne les taux d'insertion professionnelle (56,7%) et de maintien en emploi (75,6%) les plus élevés et la moyenne des scores globaux la plus élevée à l'échelle BAKES (495/630). A cette dernière échelle (BAKES), ces dispositifs obtiennent les moyennes les plus élevées aux 6 sous-dimensions suivantes : « 2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi » ; « 3. Fournir du soutien et de l'aide aux PA pour bien cerner leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail » ; « 4. Offrir du soutien aux PA pour adopter des comportements de vie saine et de meilleures habiletés sociales » ; « 5. Enseigner et montrer aux PA comment s'adapter aux diverses cultures organisationnelles et au marché du travail » ; « 7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé » ; « 9. Adopter une approche soutenante et centrée sur la PA ».

Les dispositifs du groupe 3 obtiennent en moyenne les taux d'insertion professionnelle (56,0%) et de maintien en emploi (61,4%) les plus élevés après ceux des dispositifs du groupe 2 et la seconde moyenne la plus élevée des scores globaux obtenus à l'échelle BAKES (490/630). A cette dernière échelle (BAKES), ces dispositifs obtiennent les moyennes les plus élevées aux 4 sous-dimensions suivantes : « 1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires » ; « 6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires » ; « 10. Avoir des connaissances relatives aux symptômes psychiatriques et aux services de soins et de réinsertion professionnelle » ; « 12. Avoir des connaissances relatives au droit du travail et aux politiques handicap ».

Par ailleurs, les CEA des dispositifs du groupe 4 obtiennent le score moyen le plus élevé à 2 sous-dimensions de l'échelle : « 11. Avoir des connaissances relatives au marché du travail »

⁴⁴⁹ Ce taux correspond à celui obtenu par l'ensemble de l'équipe du dispositif et non par chacun des CEA, certains dispositifs n'ayant communiqué que leurs résultats globaux.

⁴⁵⁰ Il en est de même pour le taux de maintien en emploi.

et « 8. Enseigner aux personnes accompagnées comment gérer et dépasser le stigmate social ainsi que l'auto-stigmatisation ».

Seule l'ANOVA effectuée sur la sous-dimension « 2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi » est significative ($p = 0,043$). Cependant, en comparant deux-à-deux les résultats obtenus par les différents groupes aux 12 sous-dimensions de l'échelle BAKES, nous obtenons quelques résultats significatifs relatifs 6 sous-dimensions suivantes :

- Sous-dimension 1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les personnes accompagnées et définir les aménagements de poste nécessaire

La moyenne obtenue par les dispositifs du groupe 3 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 4 [$t(33) = 2,356$; $p = 0,012$] et à celle obtenue par les dispositifs du groupe 5 [$t(42) = 1,944$; $p = 0,029$]. Les CEA des dispositifs du groupe 3 déclarent travailler sur le terrain à une plus haute fréquence que les CEA des dispositifs des groupes 4 et 5.

- Sous-dimension 2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi

La moyenne obtenue par les dispositifs du groupe 2 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 3 [$t(38) = 2,635$; $p = 0,006$]⁴⁵¹, à celle obtenue par le groupe 4 [$t(25) = 2,464$; $p = 0,010$] et à celle obtenue par le groupe 5 [$t(34) = 1,971$; $p = 0,028$]. Les CEA des dispositifs du groupe 2 déclarent enseigner et montrer des stratégies de recherche d'emploi aux personnes accompagnées à une plus haute fréquence que les CEA des dispositifs des autres groupes.

- Sous-dimension 3. Fournir du soutien et de l'aide aux personnes accompagnées pour bien cerner leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail

La moyenne obtenue par les dispositifs du groupe 2 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 3 [$t(38) = 2,363$; $p = 0,012$] et à celle obtenue par les dispositifs du groupe 5 [$t(34) = 2,977$; $p = 0,003$]. Les CEA des dispositifs du groupe 2 déclarent soutenir davantage les PA dans l'élaboration et l'identification de leurs intérêts professionnels ainsi qu'une aide à la compréhension du marché du travail que ne le déclarent les CEA des dispositifs des groupes 3 et 5.

- Sous-dimension 6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires (RH etc.)

⁴⁵¹ cette comparaison significative a aussi été observée à la suite de l'ANOVA.

La valeur centrale obtenue par les dispositifs du groupe 3 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 4 ($p = 0,043$)⁴⁵². Les CEA des dispositifs du groupe 3 déclarent entretenir davantage de liens de collaboration avec les employeurs que les CEA des dispositifs du groupe 4.

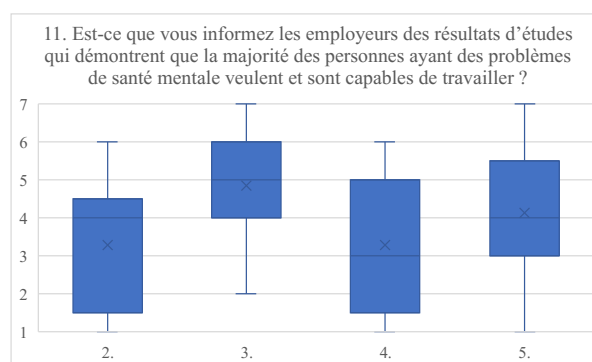
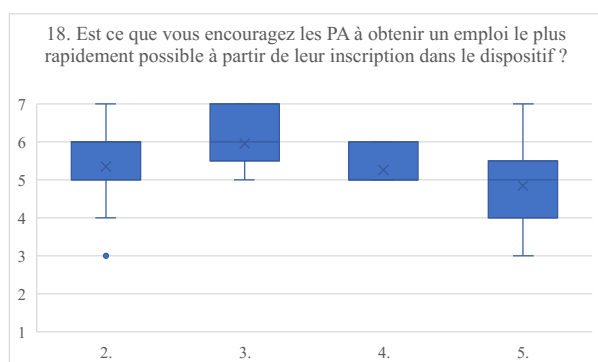
- Sous-dimension 7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé

La moyenne obtenue par les dispositifs du groupe 2 est supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 4 [$t(25) = 1,691$; $p = 0,052$]⁴⁵³. Les CEA des dispositifs du groupe 2 déclarent entretenir davantage de liens de collaboration avec les professionnels de la santé que les CEA des dispositifs du groupe 4.

- Sous-dimension 9. Adopter une approche soutenante et centrée sur la personne accompagnée

La moyenne obtenue par les dispositifs du groupe 2 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 4 [$t(25) = 1,949$; $p = 0,031$]. Les CEA des dispositifs du groupe 2 déclarent adopter une approche soutenante et centrée sur la personne à une plus haute fréquence que les CEA des dispositifs du groupe 4.

Pour tenter de distinguer davantage encore les groupes de dispositifs identifiés, nous avons effectué des tests de comparaisons de distribution pour chaque item de l'échelle, deux tests de Kruskal-Wallis se révèlent être significatifs, indiquant une distribution différente significative entre les groupes de dispositifs. Nous avons représenté sur les graphiques ci-dessous les différentes distributions obtenues par les groupes de dispositifs à ces deux items 11 et 18 de l'échelle BAKES.



⁴⁵² Test de Kolmogorov-Smirnov pour échantillons indépendants.

⁴⁵³ Ce résultat est une tendance.

- Item 18. Encouragements à la recherche rapide d'un emploi en milieu ordinaire.

La distribution des résultats obtenus à l'item 18. « Est-ce que vous encouragez les personnes accompagnées à obtenir un emploi le plus rapidement possible à partir de leur inscription dans le dispositif ? » est significativement différente entre les groupes ($p < 0,001$). La valeur centrale obtenue par les dispositifs du groupe 3 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 4 ($p = 0,032$) et à celle obtenue par les dispositifs du groupe 5 ($p < 0,001$). La valeur centrale des dispositifs du groupe 2 est significativement supérieure à celle des dispositifs du groupe 5 ($p = 0,019$). Les dispositifs des groupes 2 et 3 semblent davantage encourager la « recherche rapide d'un emploi » des personnes accompagnées que ne le font les dispositifs des groupes 4 et 5⁴⁵⁴.

- Item 11. Sensibilisation auprès des employeurs des résultats d'études scientifiques portant sur le souhait et la possibilité des personnes en situation de handicap psychique de travailler.

La distribution des résultats obtenus à l'item 11. « Est-ce que vous informez les employeurs des résultats d'études qui démontrent que la majorité des personnes ayant des problèmes de santé mentale veulent et sont capables de travailler ? »⁴⁵⁵ est significativement différente entre les groupes ($p = 0,048$). La valeur centrale obtenue par les dispositifs du groupe 3 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 2 ($p = 0,020$) et à celle obtenue par les dispositifs du groupe 4 ($p = 0,026$). Sur le graphique représentant les distributions des réponses obtenues à cet item, nous pouvons observer que les distributions des groupes 2 et 4 et celles des groupes 3 et 5 apparaissent respectivement relativement homogènes entre elles. Les CEA des dispositifs des groupes 3 et 5 informent davantage les employeurs au sujet des résultats d'étude portant sur le souhait et la possibilité de travailler en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap psychique.

⁴⁵⁴ Ce résultat est cohérent avec celui obtenu à la variable de l'échelle IPS-25 interrogeant le même principe IPS de la « recherche rapide d'un emploi en milieu ordinaire ».

⁴⁵⁵ La langue canadienne utilise le terme « handicap mental » pour désigner ce que la langue française nomme « handicap psychique », la correspondance entre les termes « personne en situation de handicap psychique » et « problèmes de santé mentale » a été précisée aux CEA français.

Chapitre 3 : Parcours professionnels et évolutions cliniques des personnes accompagnées par les différents groupes de dispositifs identifiés

Pour compléter cette caractérisation des dispositifs de l'étude, nous nous sommes intéressés aux résultats obtenus aux différentes échelles à dimensions professionnelles et cliniques par les personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) des différents groupes de dispositifs identifiés (groupe 2, N=17 ; groupe 3, N=18 ; groupe 5, N=14 ; groupe 4, N=9)⁴⁵⁶. Bien qu'il ne s'agisse pas de l'ensemble des personnes accompagnées par groupe de dispositifs, la participation à cette recherche a été proposée dans les mêmes conditions auprès des personnes accompagnées par l'intermédiaire de chaque dispositif. Nous avons distingué les résultats obtenus par les PA selon les groupes de dispositifs identifiés pour tenter d'affiner plus encore les spécificités de mise en œuvre de la pratique de l'Emploi Accompagné par les différents groupes de dispositifs. Cette distinction permet par ailleurs de préciser certaines caractéristiques IPS des groupes de dispositifs déjà identifiées à l'aide des échelles IPS-25 et BAKES (comportements, connaissances et attitudes des CEA).

1. Caractéristiques sociodémographiques et diagnostics auto-déclarés des PA des groupes de dispositifs identifiés

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques sociodémographiques des personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude des différents groupes de dispositifs identifiés.

⁴⁵⁶ N=58, au temps 1, pour l'ensemble de l'échantillon des PA ayant souhaité participer à l'étude. Certains dispositifs ont présenté cette recherche aux personnes accompagnées ainsi que l'invitation à y participer mais n'ont finalement pas souhaité ou pu participer aux autres volets de l'étude dont la passation de l'échelle IPS-25. Nous obtenons alors un échantillon de taille un peu plus faible au temps 1 de PA pour cette caractérisation des dispositifs de l'étude que pour le volet « expérience de l'Emploi Accompagné des personnes accompagnées » (N=67).

Tableau 104. Caractéristiques sociodémographiques des PA par les différents groupes de dispositifs identifiés.

		Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5
		(N=17)	(N=19)	(N=8)	(N=14)
Sexe	hommes	58,8%	57,9%	100,0%	64,3%
	femmes	41,2%	42,1%	0,0%	35,7%
Age		36,5	42,4	33,5	37,5
Niveau de diplôme	sans diplôme	29,4%	31,6%	25,0%	7,1%
	CAP	23,5%	21,1%	25,0%	50,0%
	BAC, BAC+2, BAC+3	35,3%	47,4%	37,5%	21,4%
	BAC+5	11,8%	0,0%	12,5%	21,4%
Situation de logement	chez les parents	23,5%	21,1%	25,0%	28,6%
	avec le.la conjoint.e	17,6%	10,5%	12,5%	7,1%
	seul.e	29,4%	57,9%	25,0%	57,1%
	dans un foyer	29,4%	10,5%	37,5%	7,1%
Expérience professionnelle	ont déjà travaillé	94,1%	89,5%	87,5%	100,0%
	n'ont jamais travaillé	5,9%	10,5%	12,5%	0,0%
Durée sans emploi	moins d'1 an	47,1%	21,1%	62,5%	50,0%
	1 à 2 ans	11,8%	42,1%	12,5%	14,3%
	2 à 5 ans	17,6%	10,5%	0,0%	7,1%
	plus de 5 ans	23,5%	26,3%	25,0%	28,6%
Diagnostic auto-déclaré	schizophrénie	23,5%	10,5%	50,0%	21,4%
	trouble bipolaire	5,9%	21,1%	12,5%	14,3%
	dépression majeure	23,5%	10,5%	12,5%	21,4%
	troubles anxieux	5,9%	5,3%	0,0%	7,1%
	ne savent pas	41,2%	52,6%	25,0%	35,7%
Hospitalisation en psychiatrie	oui	52,9%	52,6%	75,0%	78,6%
	non	47,1%	47,4%	25,0%	21,4%
Consultation d'un.e psychiatre	au moins 1 fois par mois	35,3%	47,4%	62,5%	71,4%
	moins d'1 fois par mois	17,6%	5,3%	12,5%	21,4%
	ne consultent pas	47,1%	47,4%	25,0%	7,1%

L'échantillon des personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 4 est composé d'hommes exclusivement, ils sont 64% parmi les PA des dispositifs du groupe 5 et moins de 60% pour les dispositifs des groupes 2 et 3. La moyenne d'âge des PA des dispositifs du groupe 4 est la plus faible (33,5 ans) et celle des PA du groupe 3 la plus élevée (42,4 ans). La moyenne d'âge de l'échantillon des PA des dispositifs du groupe 4 est significativement inférieure à celle des PA du groupe 3 [$t(25) = -1,956$; $p = 0,031$].

Nous n'observons pas d'écarts importants entre les différents groupes de dispositifs quant à la répartition du nombre de personnes accompagnées selon leur niveau de diplôme, leur situation de logement ou encore selon leur expérience professionnelle antérieure. Toutefois, les personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude des dispositifs du groupe 4 sont proportionnellement plus nombreuses à être sans activité professionnelle depuis une période inférieure à 1 an (62,5%).

La part des PA participant à l'étude ayant déjà connu au moins une hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie est plus importante parmi les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 (78,6%) et du groupe 4 (75,0%) que parmi celles accompagnées par les dispositifs du groupe 2 (52,9%) et du groupe 3 (52,6%). Elles sont plus nombreuses à consulter un psychiatre parmi les personnes accompagnées des dispositifs des groupes 5 et 4.

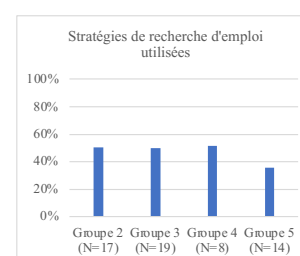
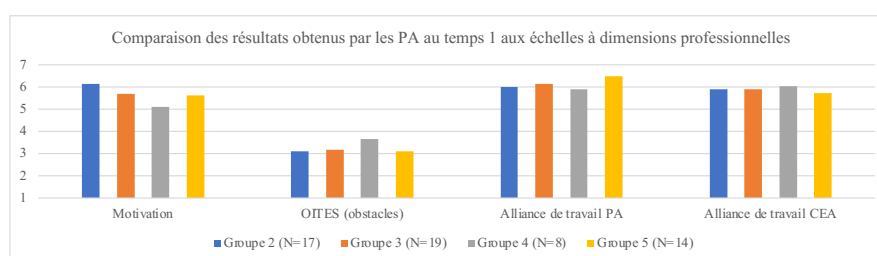
2. Résultats obtenus aux échelles à dimensions professionnelles et cliniques à l'entrée dans le dispositif par les PA des différents groupes de dispositifs identifiés (temps 1)

2.1. Résultats obtenus aux échelles à dimensions professionnelles

Nous présentons à l'aide du tableau ci-dessous les moyennes des résultats obtenus aux différents questionnaires à dimensions professionnelles par les personnes accompagnées des groupes de dispositifs identifiés. Il s'agit des résultats obtenus au temps 1, à l'entrée dans le dispositif.

Tableau 105. Résultats obtenus au temps 1 aux différentes échelles professionnelles par les PA des différents groupes de dispositifs identifiés.

	Motivation (score / 7)		OITES (obstacles insertion) (score / 7)		Alliance de travail PA (score / 7)		Alliance de travail CEA (score / 7)		Stratégies utilisées (recherche d'emploi) (en %)	
	Moyennes	E.-T.	Moyennes	E.-T.	Moyennes	E.-T.	Moyennes	E.-T.	Moyennes	E.-T.
Groupe 2 (N=17)	6,14	0,63	3,09	1,17	6,01	1,11	5,91	0,62	50,42%	0,15
Groupe 3 (N=19)	5,71	1,01	3,18	0,99	6,13	0,82	5,92	0,65	50,00%	0,15
Groupe 4 (N=8)	5,12	1,08	3,67	0,88	5,91	0,90	6,06	0,51	51,79%	0,17
Groupe 5 (N=14)	5,63	1,19	3,09	1,32	6,48	0,59	5,73	0,63	35,71%	0,19



Les PA par les dispositifs du groupe 2 semblent être les plus motivées à trouver un emploi à leur entrée dans le dispositif d'Emploi Accompagné. Elles obtiennent la moyenne la plus élevée à l'échelle de motivation (6,14) et la plus faible est obtenue par les PA des dispositifs du groupe 4 (5,12). La moyenne obtenue par les PA des dispositifs du groupe 2 est significativement supérieure à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 4 [$t(23) = 2,981$; $p = 0,003$].

Concernant l'échelle des obstacles à l'insertion au travail perçus par les personnes, la moyenne obtenue par les PA des dispositifs du groupe 4 (3,67) est supérieure à celles obtenues par les PA des autres groupes de dispositifs. Les différences entre les moyennes de chacun des groupes ne sont pas significatives.

Les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 déclarent avoir utilisé moins de stratégies de recherche d'emploi (au temps 1) que les personnes accompagnées par les autres

groupes de dispositifs⁴⁵⁷. La moyenne la plus faible obtenue à l'échelle des stratégies de recherche d'emploi est celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 5 (35,71% de stratégies de recherche utilisées). Elle est significativement inférieure à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 2 [$t(29) = 2,407; p = 0,011$], à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 3 [$t(31) = 2,439; p = 0,010$] et à celle obtenue par les dispositifs du groupe 4 [$t(20) = 2,011; p = 0,029$]. Ce résultat est cohérent avec celui obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 5 à l'item 18 de l'échelle BAKES « Encouragements à la recherche rapide d'un emploi en milieu ordinaire », les CEA des dispositifs du groupe 5 ayant obtenu un score significativement inférieur à ceux des dispositifs des groupes 2 et 3. Il l'est aussi avec les résultats obtenus à l'item « recherche rapide d'un emploi » de l'échelle IPS-25 à laquelle la moyenne obtenue par les dispositifs du groupe 5 est inférieure à celle obtenue par les dispositifs des groupes 2 et 3.

Concernant le degré d'alliance de travail perçu par les PA d'une part et par les CEA d'autre part, les moyennes obtenues par les différents groupes de dispositifs présentent de faibles écarts. Les différences entre les moyennes obtenues par chacun des acteurs des différents groupes de dispositifs ne sont pas significatives.

Par ailleurs, nous observons pour les dispositifs du groupe 5 un écart légèrement plus important entre la moyenne obtenue par les PA (6,48) et celle obtenue par les CEA (5,73) en comparaison des écarts obtenus entre les deux acteurs des autres groupes de dispositifs. Cette différence entre le degré d'alliance de travail perçu par les PA et les CEA des dispositifs du groupe 5, par dyade personne accompagnée-CEA référent, est significativement supérieure à celle des dispositifs du groupe 2 [$t(29) = -1,932; p = 0,032$], du groupe 3 [$t(30) = -1,802; p = 0,041$] et du groupe 4 [$t(20) = -2,431; p = 0,012$].

De plus, nous constatons que les dispositifs du groupe 4 sont les seuls à présenter des scores de degré d'alliance de travail perçu (en moyenne) plus importants de la part des CEA (6,06) que de la part des PA (5,91).

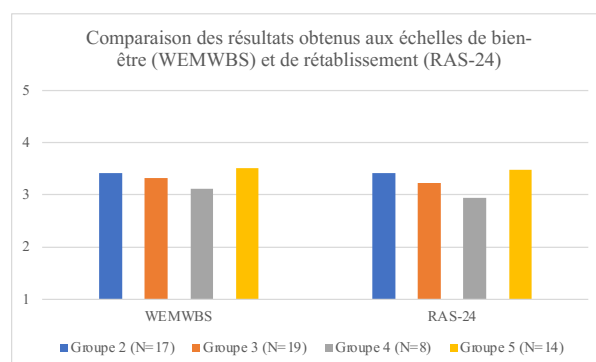
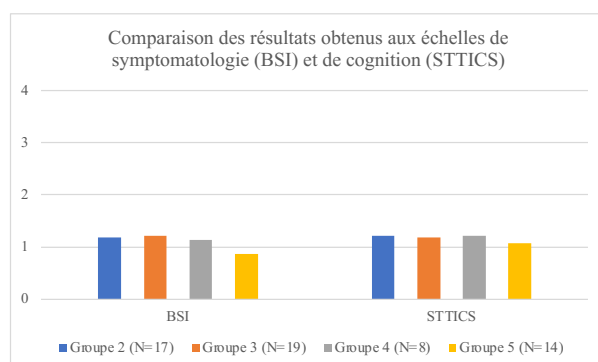
⁴⁵⁷ Il s'agit des différentes stratégies de recherche d'emploi utilisées depuis l'entrée dans le dispositif et le premier entretien téléphonique de passation des questionnaires, en moyenne 1,5 mois après leur entrée dans le dispositif.

2.2. Résultats obtenus aux échelles à dimensions cliniques

Nous présentons à l'aide du tableau ci-dessous les moyennes des résultats obtenus par les personnes accompagnées aux différents questionnaires à dimensions cliniques selon les groupes de dispositifs identifiés. Il s'agit des résultats obtenus au temps 1, à l'entrée dans le dispositif.

Tableau 106. Résultats obtenus par les PA au temps 1 aux différentes échelles cliniques selon les différents groupes de dispositifs identifiés.

	BSI (symptomatologie) (score / 4)		STTICS (cognition) (score / 4)		WEMWBS (bien-être) (score / 5)		RAS-24 (rétablissement) (score / 5)	
	Moyennes	E.-T.	Moyennes	E.-T.	Moyennes	E.-T.	Moyennes	E.-T.
Groupe 2 (N=17)	1,18	0,74	1,21	0,66	3,42	0,62	3,42	0,59
Groupe 3 (N=19)	1,21	0,80	1,18	0,60	3,33	0,63	3,23	0,76
Groupe 4 (N=8)	1,13	0,71	1,21	0,64	3,11	0,52	2,94	0,76
Groupe 5 (N=14)	0,87	0,70	1,06	0,67	3,52	0,66	3,49	0,70



Concernant les résultats obtenus par les personnes accompagnées aux différentes échelles cliniques (BSI, STTICS, WEMWBS, RAS-24), nous observons peu de différences entre les moyennes obtenues par les personnes accompagnées des différents groupes de dispositifs, notamment pour les échelles BSI et STTICS.

Les PA des dispositifs du groupe 5 obtiennent d'une part, des résultats (en moyenne) légèrement inférieurs à ceux obtenus par les PA des autres groupes de dispositifs aux échelles BSI et STTICS, indiquant respectivement le degré de symptomatologie et de difficultés cognitives perçus et d'autre part, des résultats (en moyenne) légèrement supérieurs pour les échelles de « bien-être » et de rétablissement. Les PA des dispositifs du groupe 4 obtiennent des résultats inférieurs aux autres PA des autres groupes de dispositifs aux échelles de « bien-être » et de rétablissement. Les différences entre les moyennes obtenues par les PA des différents groupes de dispositifs ne sont pas significatives pour l'ensemble des échelles cliniques. Nous pouvons cependant observer une tendance, la moyenne des PA des dispositifs du groupe 4 à l'échelle de rétablissement (RAS-24) est inférieure à celle des dispositifs du groupe 5 [$t(20) = -1,714$; $p = 0,051$].

3. Évolution des résultats obtenus aux différentes échelles entre l'entrée dans le dispositif et après 6 mois d'accompagnement par les PA des différents groupes de dispositifs (temps 2)

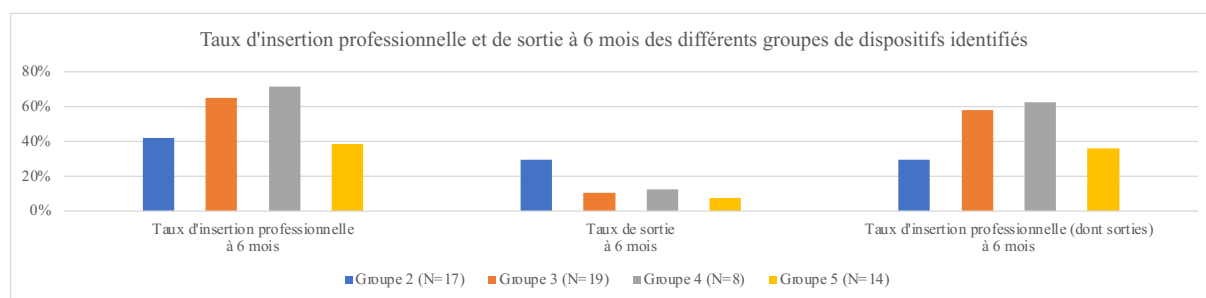
Nous nous sommes ensuite intéressés aux différences éventuelles entre les évolutions des résultats obtenus par les PA entre le temps 1 (à l'entrée dans le dispositif) et le temps 2 (après 6 mois d'accompagnement) des différents groupes de dispositifs, en distinguant les PA (toujours) à la recherche d'un emploi des PA en emploi au temps 2.

3.1. Taux d'insertion professionnelle et de sortie (à 6 mois) des PA des différents groupes de dispositifs identifiés

Nous présentons sur le tableau ci-dessous les résultats en termes d'insertion professionnelle (à 6 mois) des personnes accompagnées⁴⁵⁸ des différents groupes de dispositifs identifiés ainsi que les taux de sortie (à 6 mois) des personnes accompagnées entre les temps 1 et 2.

Tableau 107. Taux d'insertion professionnelle et de sortie (à 6 mois) des PA ayant souhaité participer à l'étude selon les groupes de dispositifs identifiés.

	Entrées (temps 1)	Sorties à 6 mois (entre les temps 1 et 2)		Après 6 mois d'accompagnement (temps 2)				
	Nbre. de PA	Nbre. de PA sorties	Taux de sortie à 6 mois	Nbre. de PA (au temps 2)	Nbre. de PA en emploi	Nbre. de PA ayant été en emploi (au moins 1 jour)	Taux d'insert. à 6 mois (dont sorties)	Taux d'insert. à 6 mois
Groupe 2	17	5	29,4%	12	4	5	29,4%	41,7%
Groupe 3	19	2	10,5%	17	5	11	57,9%	64,7%
Groupe 4	8	1	12,5%	7	3	5	62,5%	71,4%
Groupe 5	14	1	7,1%	13	3	5	35,7%	38,5%
Total	58	9	15,5%	49	15	26	44,8%	53,1%



Les 4 premières colonnes sur la partie gauche du graphique ci-dessus représentent le taux d'insertion professionnelle à 6 mois⁴⁵⁹ des PA ayant souhaité participer à l'étude selon les groupes de dispositifs identifiés. Les 4 colonnes suivantes représentent les taux de sortie des

⁴⁵⁸ ayant souhaité participer à l'étude.

⁴⁵⁹ Taux d'insertion professionnelle à 6 mois = Nombre de PA ayant été en emploi au moins 1 jour entre les temps 1 et 2 / Nombre de personnes toujours accompagnées au temps 2.

PA des dispositifs durant les 6 premiers mois d'accompagnement (entre les temps 1 et 2). Les 4 dernières colonnes représentent les taux d'insertion professionnelle à 6 mois des PA selon les groupes de dispositifs, en prenant en compte le nombre de PA sorties des dispositifs entre les temps 1 et 2⁴⁶⁰.

Selon ces données recueillies au cours de l'étude longitudinale auprès des personnes accompagnées, les PA des dispositifs des groupes 3 et 4 ont été plus nombreuses (proportionnellement) à avoir été en emploi au moins 1 jour au cours des 6 premiers mois d'accompagnement. Par ailleurs, nous observons un taux de sortie des PA (ayant souhaité participer à l'étude) au cours des 6 premiers mois d'accompagnement plus élevé parmi les dispositifs du groupe 2 (29%) que parmi les dispositifs des autres groupes (proches de 10%). 3 personnes (sur 5) sorties des dispositifs du groupe 2 étaient des personnes accompagnées par un CEA en arrêt maladie de longue durée lors des premiers mois d'accompagnement de ces personnes. En prenant en compte l'ensemble des personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude, dont les PA sorties au cours des 6 premiers mois d'accompagnement, le taux d'insertion professionnel à 6 mois des PA par les dispositifs du groupe 2 est le plus faible.

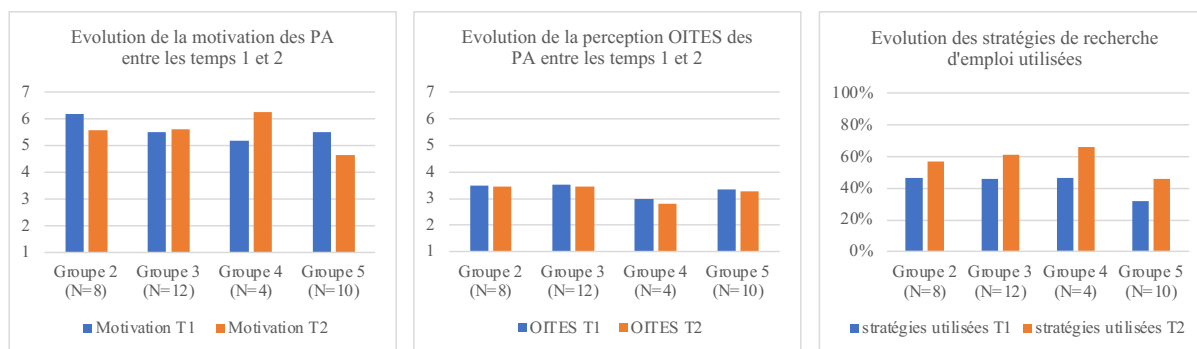
3.2. Évolution des résultats obtenus entre l'entrée dans le dispositif et à 6 mois par les PA (toujours) à la recherche d'un emploi au temps 2 des différents groupes de dispositifs

Nous présentons à l'aide du tableau ci-dessous les moyennes des résultats obtenus aux différents questionnaires à dimensions professionnelles par les PA étant toujours à la recherche d'un emploi, 6 mois après leur entrée dans le dispositif.

Tableau 108. Évolution entre les temps 1 et 2 des résultats obtenus par les PA aux différentes échelles professionnelles selon les différents groupes de dispositifs.

	Motivation (score / 7)					OITES (obstacles insertion) (score / 7)					Stratégies utilisées (recherche d'emploi) (en %)				
	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	
Groupe 2 (N=8)	6,18	0,86	5,57	1,38	-0,61	3,48	1,29	3,47	0,84	-0,01	46,43%	0,17	57,14%	0,16	11%
Groupe 3 (N=12)	5,52	0,99	5,61	1,18	0,09	3,54	1,10	3,44	1,01	-0,10	45,83%	0,14	61,31%	0,13	15%
Groupe 4 (N=4)	5,18	0,95	6,25	0,27	1,07	2,99	1,19	2,82	1,06	-0,17	46,43%	0,19	66,07%	0,18	20%
Groupe 5 (N=10)	5,49	1,35	4,66	1,94	-0,83	3,36	1,37	3,26	1,41	-0,10	32,14%	0,16	45,71%	0,22	14%

⁴⁶⁰ Taux d'insertion professionnelle (dont sorties) à 6 mois = Nombre de PA ayant été en emploi au moins 1 jour entre les temps 1 et 2 / Nombre de PA entrées au temps 1.



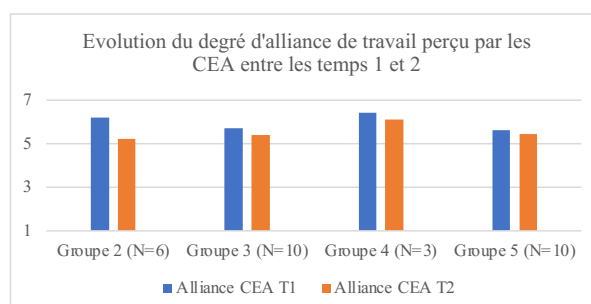
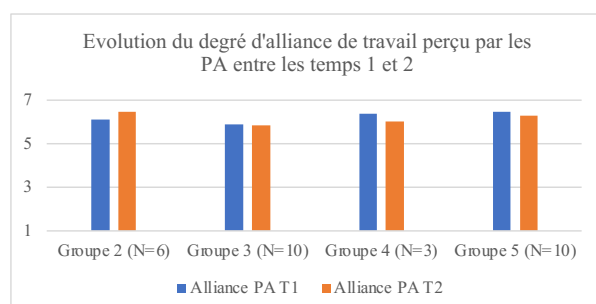
Concernant les résultats obtenus à l'échelle de motivation par les PA des différents groupes de dispositifs, nous observons quelques évolutions entre les résultats obtenus au temps 1 et au temps 2, notamment pour les dispositifs des groupes 4 et 5. En effet, la moyenne obtenue à l'échelle de motivation au temps 2 (à 6 mois) par les PA des dispositifs du groupe 3 est quasiment égale à celle obtenue au temps 1, celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 2 est légèrement inférieure au temps 2 qu'au temps 1. Les différences ne sont pas significatives. En revanche, la moyenne obtenue au temps 2 par les PA des dispositifs du groupe 4 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 1 [$t(3) = 2,535$; $p = 0,043$] et la moyenne obtenue au temps 2 par les PA des dispositifs du groupe 5 est significativement inférieure à celle obtenue au temps 1 [$t(9) = -2,068$; $p = 0,034$]. Nous constatons une augmentation significative de la motivation des PA des dispositifs du groupe 4 et une diminution significative de la motivation des PA des dispositifs du groupe 5 entre les temps 1 et 2 pour les personnes étant toujours à la recherche d'un emploi au temps 2.

Concernant les résultats obtenus à l'échelle des obstacles perçus à l'insertion au travail par les PA des différents groupes de dispositifs, peu d'évolution peuvent être constatées entre les temps 1 et 2 pour l'ensemble des groupes de dispositifs. Concernant les stratégies de recherche d'emploi utilisées, quel que soit le groupe de dispositifs, les PA ont déclaré avoir utilisées davantage de stratégies de recherche d'emploi au temps 2 qu'au temps 1. La valeur centrale des résultats obtenus à l'échelle au temps 2 par les PA des dispositifs du groupe 2 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 1 ($p = 0,047$). La moyenne obtenue au temps 2 par les PA des dispositifs du groupe 3 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 1 [$t(11) = -3,120$; $p = 0,005$], de même pour les PA du groupe 5 [$t(9) = -1,912$; $p = 0,044$]. En comparant deux à deux les résultats obtenus au temps 2 par les différents groupes de dispositifs, seule la moyenne obtenue par les dispositifs du groupe 3 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 5 [$t(20) = 2,054$; $p = 0,027$].

Nous présentons à présent ci-dessous les moyennes des résultats obtenues aux échelles d'alliance de travail de la part de chacun des acteurs, personnes accompagnées et CEA, aux temps 1 et 2 (concernant les personnes toujours à la recherche d'un emploi au temps 2).

Tableau 109. Évolution entre les temps 1 et 2 du degré d'alliance de travail perçu de la part des PA et des CEA selon les différents groupes de dispositifs identifiés.

	Alliance de travail PA (score /7)					Alliance de travail CEA (score/7)				
	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	
Groupe 2 (N=6)	6,11	0,82	6,47	0,52	0,36	6,19	0,56	5,21	0,97	-0,98
Groupe 3 (N=10)	5,87	0,90	5,85	0,65	-0,02	5,69	0,72	5,37	1,12	-0,32
Groupe 4 (N=3)	6,36	0,34	6,00	1,00	-0,36	6,39	0,73	6,08	0,46	-0,31
Groupe 5 (N=10)	6,44	0,67	6,27	0,88	-0,17	5,63	0,72	5,43	0,46	-0,20



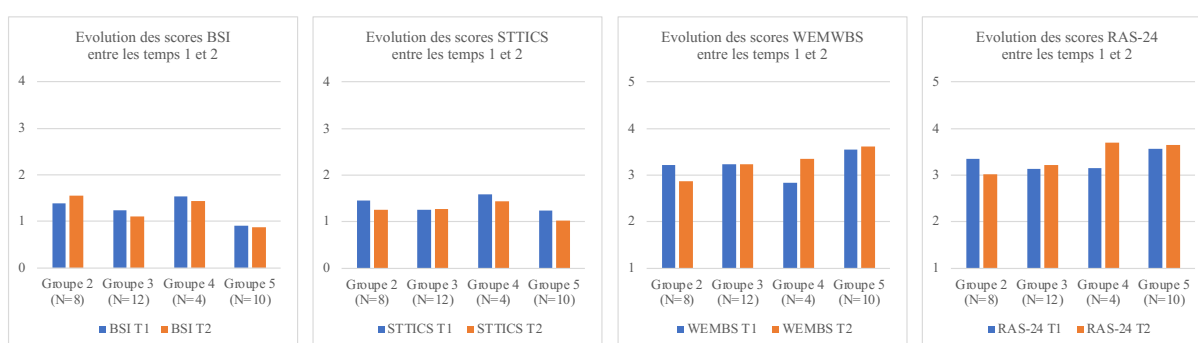
Le degré d'alliance de travail perçu de la part des PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 2 n'évolue pas de manière significative entre les temps 1 et 2 quel que soit le groupe de dispositifs identifié. En revanche, le degré d'alliance de travail perçu de la part des CEA à l'égard des PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 2 semble diminuer de manière plus importante concernant les CEA des dispositifs du groupe 2 entre les temps 1 et 2 (-0,98). La moyenne obtenue au temps 2 est significativement inférieure à celle obtenue au temps 1 [$t(5) = 2,732$; $p = 0,021$].

Par ailleurs, nous pouvons observer que les effectifs des « dyades PA-CEA » ne correspondent pas aux effectifs des précédentes échelles. En effet, concernant les dispositifs du groupe 2, deux dyades sont manquantes sur 8 (25%) ; pour les dispositifs du groupe 3, deux dyades sont manquantes sur 12 (17%) ; pour les dispositifs du groupe 4, une dyade est manquante sur 4 (25%) ; pour les dispositifs du groupe 5, aucune dyade n'est manquante (0%). Les dyades manquantes sont dues à des périodes d'arrêt maladie ou de départs de CEA qui n'ont pu être remplacés pendant quelques mois durant la période de l'étude. Pour certaines PA des dispositifs des groupes 2, 3 et 4, l'accompagnement a été « suspendu », ce qui n'est pas le cas pour les PA des dispositifs du groupe 5.

Nous présentons à présent ci-dessous les résultats obtenus aux échelles cliniques aux temps 1 et 2 par les PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 2 des différents groupes de dispositifs.

Tableau 110. Évolution entre les temps 1 et 2 des résultats obtenus aux échelles cliniques par les PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 2 selon les différents groupes de dispositifs.

	BSI (symptomatologie) (score / 4)					STTICS (cognition) (score / 4)					WEMWBS (bien-être) (score / 5)					RAS-24 (rétablissement) (score / 5)				
	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	
Groupe 2 (N=8)	1,38	0,87	1,56	1,05	0,18	1,46	0,72	1,26	0,75	-0,20	3,21	0,74	2,87	0,63	-0,34	3,35	0,68	3,02	0,75	-0,33
Groupe 3 (N=12)	1,24	0,84	1,11	0,63	-0,13	1,25	0,51	1,27	0,70	0,02	3,24	0,67	3,24	0,60	0,00	3,13	0,63	3,22	0,51	0,09
Groupe 4 (N=4)	1,53	0,77	1,44	0,37	-0,09	1,58	0,69	1,43	0,35	-0,15	2,84	0,33	3,34	0,16	0,50	3,15	0,59	3,69	0,49	0,54
Groupe 5 (N=10)	0,91	0,79	0,88	0,94	-0,03	1,23	0,67	1,02	0,71	-0,21	3,54	0,76	3,61	0,76	0,07	3,57	0,83	3,65	0,85	0,08



Nous observons peu d'évolution entre les résultats obtenus aux temps 1 et 2 par les PA des différents groupes de dispositifs. Aucun test⁴⁶¹ n'est significatif hormis celui relatif aux résultats obtenus par les PA des dispositifs du groupe 2 entre les temps 1 et 2 à l'échelle de rétablissement (RAS-24). La moyenne obtenue au temps 2 par les PA des dispositifs du groupe 2 est significativement inférieure à celle obtenue au temps 1 [$t(7) = -1,983$; $p = 0,044$]. Par ailleurs, nous observons une tendance entre les résultats obtenus aux temps 1 et 2 par les PA des dispositifs du groupe 4 à l'échelle de « bien-être », pour lesquelles la moyenne des résultats obtenue au temps 2 est supérieure à celle obtenue au temps 1 [$t(3) = 2,312$; $p = 0,052$].

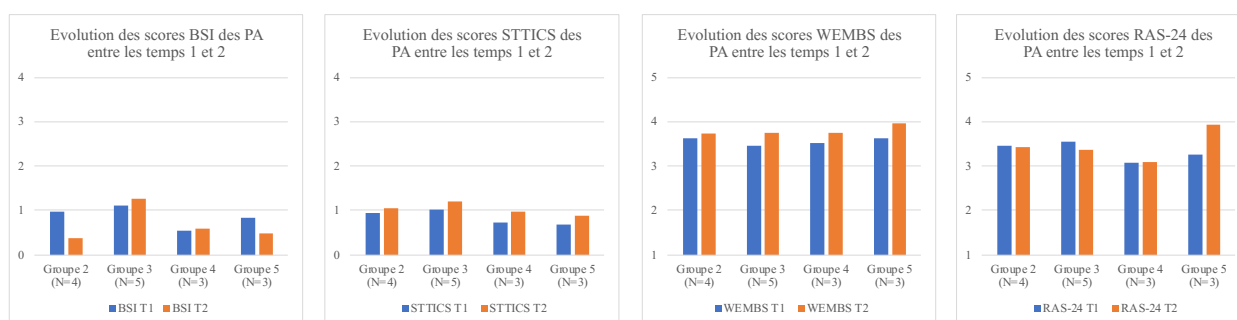
3.3. Évolution des résultats obtenus entre l'entrée dans le dispositif et à 6 mois par les PA en emploi au temps 2 des différents groupes de dispositifs

Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus aux différentes échelles cliniques par les personnes accompagnées en emploi au temps 2 des différents groupes de dispositifs.

⁴⁶¹ Test de Wilcoxon pour échantillons liés.

Tableau 111. Évolution entre les temps 1 et 2 des résultats obtenus aux échelles cliniques par les PA en emploi au temps 2 selon les différents groupes de dispositifs.

	BSI (symptomatologie) (score / 4)					STTICS (cognition) (score / 4)					WEMWBS (bien-être) (score / 5)					RAS-24 (rétablissement) (score / 5)				
	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	
Groupe 2 (N=4)	0,97	0,53	0,38	0,11	-0,59	0,94	0,72	1,05	0,66	0,11	3,63	0,53	3,75	0,81	0,12	3,46	0,80	3,44	0,02	-0,02
Groupe 3 (N=5)	1,12	0,84	1,27	1,41	0,15	1,02	0,83	1,20	0,77	0,18	3,47	0,46	3,76	0,89	0,29	3,56	1,09	3,38	1,18	-0,18
Groupe 4 (N=3)	0,55	0,25	0,59	0,42	0,04	0,73	0,21	0,97	0,55	0,24	3,52	0,61	3,76	0,54	0,24	3,08	0,76	3,10	0,55	0,02
Groupe 5 (N=3)	0,83	0,53	0,48	0,35	-0,35	0,68	0,73	0,89	0,57	0,21	3,64	0,26	3,98	0,11	0,34	3,26	0,17	3,94	0,32	0,68



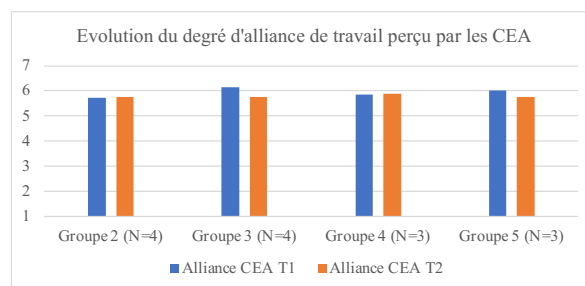
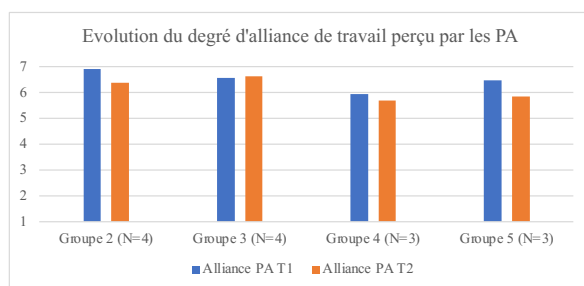
Nous observons peu d'évolution des résultats obtenus entre les temps 1 et 2 par les PA en emploi selon les groupes de dispositifs pour l'ensemble des échelles hormis une augmentation des résultats obtenus à l'échelle de rétablissement (RAS-24) par les PA (en emploi au temps 2) des dispositifs du groupe 5. La moyenne obtenue au temps 2 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 1 [$t(2) = 5,986$; $p = 0,013$]⁴⁶².

Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus par les PA et les CEA à l'échelle de degré d'alliance de travail perçue par chacun des acteurs, aux temps 1 et 2 pour les PA en emploi au temps 2.

Tableau 112. Évolution entre les temps 1 et 2 des résultats obtenus aux échelles d'alliance de travail perçue par les PA en emploi au temps 2 et par les CEA des différents groupes de dispositifs.

	Alliance de travail PA					Alliance de travail CEA				
	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		T2-T1
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.		Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	
Groupe 2 (N=4)	6,90	0,13	6,35	0,53	-0,55	5,73	0,68	5,75	0,82	0,02
Groupe 3 (N=4)	6,56	0,42	6,6	0,38	0,04	6,13	0,37	5,75	0,58	-0,38
Groupe 4 (N=3)	5,94	1,18	5,69	0,94	-0,25	5,86	0,34	5,89	0,24	0,03
Groupe 5 (N=3)	6,44	0,35	5,83	0,71	-0,61	6,03	0,21	5,75	0,79	-0,28

⁴⁶² Condition de normalité vérifiée avec le test de Shapiro-Wilk.



Nous pouvons observer que les effectifs sont différents (à nouveau) entre ceux de la passation des échelles d'alliance de travail et ceux des précédentes échelles. Une dyade est manquante pour les dispositifs du groupe 3 en raison d'un CEA en cours de remplacement.

Concernant les résultats obtenus à l'échelle, le degré d'alliance de travail semble être maintenu à un niveau élevé aux temps 1 et 2 quel que soit le groupe de dispositif identifié. Aucune différence n'est significative entre les temps 1 et 2.

4. Évolution des résultats obtenus aux différentes échelles entre l'entrée dans le dispositif et à 1 an par les PA des différents groupes de dispositifs (temps 3)

Nous nous sommes ensuite intéressés à l'évolution des résultats obtenus par les PA ayant souhaité participer à l'étude entre l'entrée dans le dispositif et après 1 an d'accompagnement (entre les temps 1 et 3) selon les groupes de dispositifs identifiés.

4.1. Taux d'insertion professionnelle et de sortie (à 1 an), taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) des PA des différents groupes de dispositifs identifiés

Nous présentons sur le tableau ci-dessous les résultats en termes d'insertion professionnelle (à 1 an) et de maintien en emploi (au moins 6 mois) des personnes accompagnées⁴⁶³ des différents groupes de dispositifs identifiés ainsi que les taux de sortie (à 1 an) des PA⁴⁶⁴.

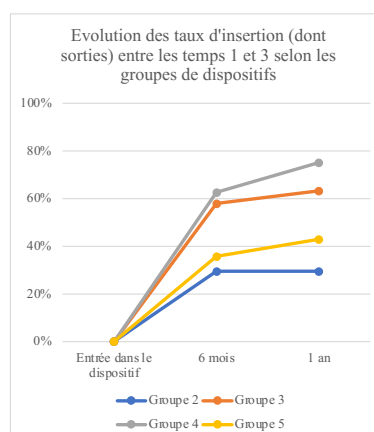
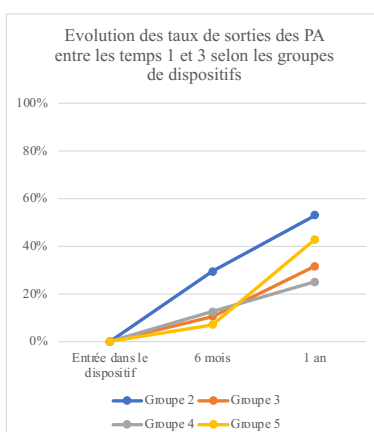
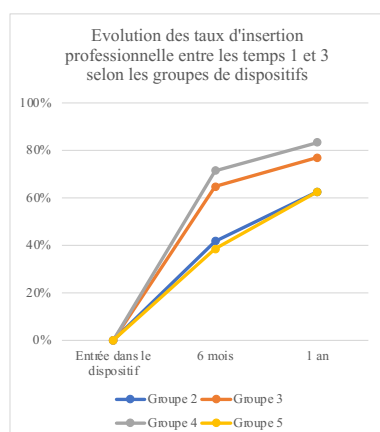
⁴⁶³ ayant souhaité participer à l'étude.

⁴⁶⁴ durant la première année d'accompagnement (entre les temps 1 et 3).

Tableau 113. Taux d'insertion professionnelle et de sortie (à 1 an), taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) des PA selon les groupes de dispositifs identifiés.

	Entrées (temps 1)	Sorties à 1 an (entre les temps 1 et 3)		Après 1 an d'accompagnement par le dispositif (temps 3)							
	Nbre. de PA	Nbre. de PA sorties	Taux de sortie à 1 an	Nbre. de PA (temps 3)	Nbre. de PA en emploi en T2 ou T3	Taux d'insert. à 1 an (dont sorties)	Nbre. de PA en emploi en T2 ou T3 (non sorties)	Taux d'insert. à 1 an	Nbre. de PA en emploi au temps 2 (min. 1j.)	Nbre. de PA en maintien en emploi (temps 3)	Taux de maintien en emploi
Groupe 2	17	9	52,9%	8	5	29,4%	5	62,5%	5	3	60,0%
Groupe 3	19	6	31,6%	13	12	63,2%	10	76,9%	11	4	36,4%
Groupe 4	8	2	25,0%	6	6	75,0%	5	83,3%	5	2	40,0%
Groupe 5	14	6	42,9%	8	6	42,9%	5	62,5%	5	3	60,0%
Total	58	23	39,7%	35	25	43,1%	25	71,4%	26	12	46,2%

Nous observons des taux de sortie à 1 an (des PA par les dispositifs) différents selon les groupes identifiés. 52,9% des PA⁴⁶⁵ des dispositifs du groupe 2 ; 42,9% des PA des dispositifs du groupe 5 ; 31,6% des PA des dispositifs du groupe 3 et 25,0% des PA des dispositifs du groupe 4 sont sorties des dispositifs durant la première année d'accompagnement⁴⁶⁶.



En calculant le pourcentage du nombre de PA ayant été en emploi au moins 1 jour durant la première année d'accompagnement sur le nombre de personnes toujours accompagnées par les dispositifs après 1 an d'accompagnement (au temps 3), le taux d'insertion professionnel à 1 an des PA (ayant souhaité participer à l'étude) des dispositifs du groupe 2 est égal à 62,5% ; celui du groupe 3 est égal à 76,9% ; celui du groupe 4 est égal à 83,3% et celui du groupe 5 est égal à 62,5%. En considérant le nombre de personnes sorties des dispositifs dans le mode de calcul du taux d'insertion professionnel (à 1 an), en d'autres termes, le nombre de personnes total ayant souhaité participer à l'étude au temps 1, le taux d'insertion professionnel (à 1 an) des PA des dispositifs du groupe 2 est égal à 29,4% ; celui du groupe 3 est égal à 63,2% ; celui du groupe 4 est égal à 75,0% et celui du groupe 5 est égal à 42,9%.

⁴⁶⁵ ayant souhaité participer à l'étude.

⁴⁶⁶ entre les temps 1 et 3.

Par ailleurs, nous pouvons observer à l'aide des graphiques ci-dessus, que la plus grande part des PA obtenant un emploi, durant la première année d'accompagnement par le dispositif, y accède lors des 6 premiers mois. Concernant les sorties des dispositifs des PA, la temporalité est différente selon les groupes. Les PA des dispositifs des groupes 3 et 5 sont proportionnellement plus nombreuses à sortir des dispositifs durant le second semestre de l'accompagnement (que durant le premier) alors que les taux de sortie des dispositifs des groupes 2 et 4 sont davantage linéaires au cours de la première année d'accompagnement.

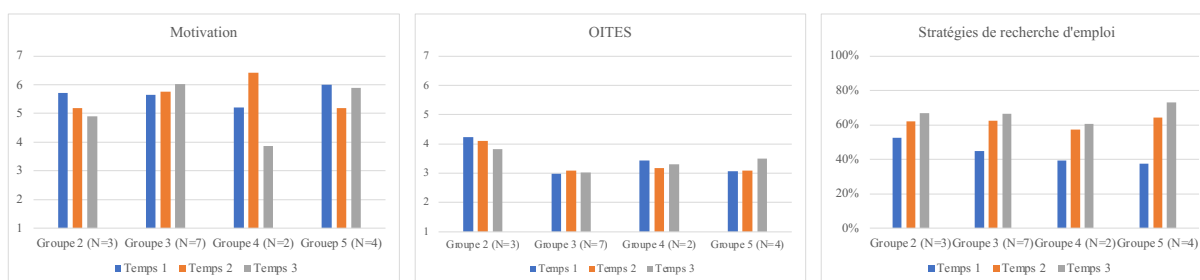
Enfin, le taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) des PA ayant souhaité participer à l'étude est égal à 60% pour les PA des dispositifs des groupes 2 et 5, à 40% pour les PA des dispositifs du groupe 4 et à 36,4% pour les dispositifs du groupe 3.

4.2. Évolution des résultats obtenus aux différentes échelles par les PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 3

Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus aux différentes échelles à dimensions professionnelles par les personnes accompagnées toujours à la recherche d'un emploi après 1 an d'accompagnement (temps 3) des différents groupes de dispositifs identifiés.

Tableau 114. Évolution entre les temps 1 et 3 des résultats obtenus aux échelles à dimensions professionnelles par les PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 3.

	Motivation (score / 7)						OITES (obstacles insertion) (score / 7)						Stratégies utilisées (recherche d'emploi) (en %)					
	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=3)	5,71	1,17	5,19	1,75	4,90	1,58	4,22	1,21	4,10	0,87	3,83	1,19	52,4%	0,08	61,9%	0,21	66,7%	0,29
Groupe 3 (N=7)	5,65	0,90	5,76	0,99	6,02	0,64	2,99	1,22	3,10	1,28	3,03	1,47	44,9%	0,18	62,2%	0,16	66,3%	0,18
Groupe 4 (N=2)	5,21	1,11	6,43	0,00	3,86	0,81	3,43	0,07	3,17	0,71	3,31	1,65	39,3%	0,15	57,1%	0,20	60,7%	0,15
Groupe 5 (N=4)	6,00	0,82	5,18	1,26	5,89	1,24	3,06	1,97	3,08	1,99	3,49	1,74	37,5%	0,16	64,3%	0,13	73,2%	0,07



La « motivation à trouver un emploi » des PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 3 semble diminuer pour les personnes accompagnées par les dispositifs des groupes 2⁴⁶⁷ et 4 et se maintenir à un haut degré pour les PA des groupes 3 et 5. Les obstacles perçus à l'insertion

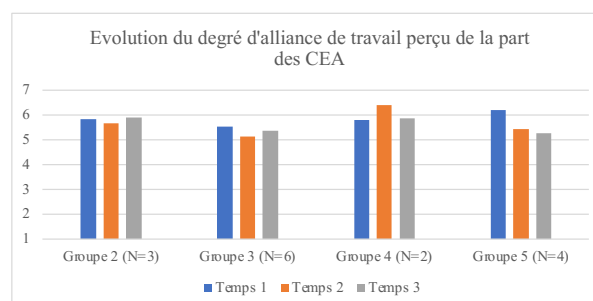
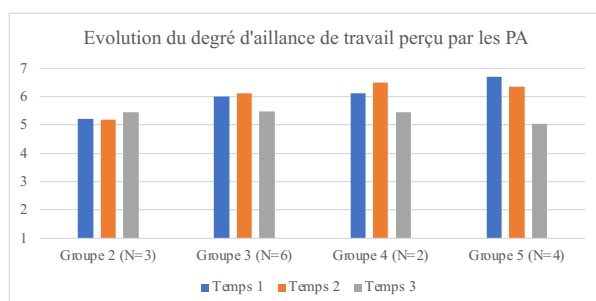
⁴⁶⁷ N=3 pour les PA des dispositifs du groupe 2 et non N=4 pour ces échelles, une personne était en formation et non à la recherche d'un emploi entre les temps 1 et 3.

au travail par les PA des différents groupes de dispositifs fluctuent faiblement entre les temps 1 et 3, quel que soit le groupe de dispositifs identifié. Concernant les stratégies de recherche d'emploi utilisées par les PA, leur utilisation augmente entre les temps 1 et 3 pour l'ensemble des groupes de dispositifs. Nous observons, à nouveau, que les PA par les dispositifs du groupe 2 déclarent avoir utilisé davantage de stratégies de recherche d'emploi dès le temps 1, au cours des premières semaines d'accompagnement. Après 6 mois d'accompagnement par les dispositifs (et aussi après 1 an), les PA semblent avoir utilisé autant de différentes stratégies de recherche d'emploi, quel que soit le groupe de dispositifs identifié.

Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus entre les temps 1 et 3 à l'échelle d'alliance de travail perçue de la part des PA et de la part des CEA, concernant les PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 3.

Tableau 115. Évolution entre les temps 1 et 3 des résultats obtenus par les PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 3 et par leur CEA référent à l'échelle d'alliance de travail.

	Alliance de travail perçue de la part des PA						Alliance de travail perçue de la part des CEA					
	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=3)	5,22	1,11	5,19	1,32	5,44	0,83	5,83	0,96	5,67	0,66	5,89	0,63
Groupe 3 (N=6)	6,00	0,95	6,11	0,38	5,49	0,34	5,54	0,91	5,13	1,24	5,36	1,41
Groupe 4 (N=2)	6,13	0,41	6,50	0,71	5,46	1,12	5,79	0,29	6,42	0,35	5,88	0,53
Groupe 5 (N=4)	6,71	0,26	6,33	0,62	5,04	2,33	6,21	0,60	5,44	0,51	5,25	0,71



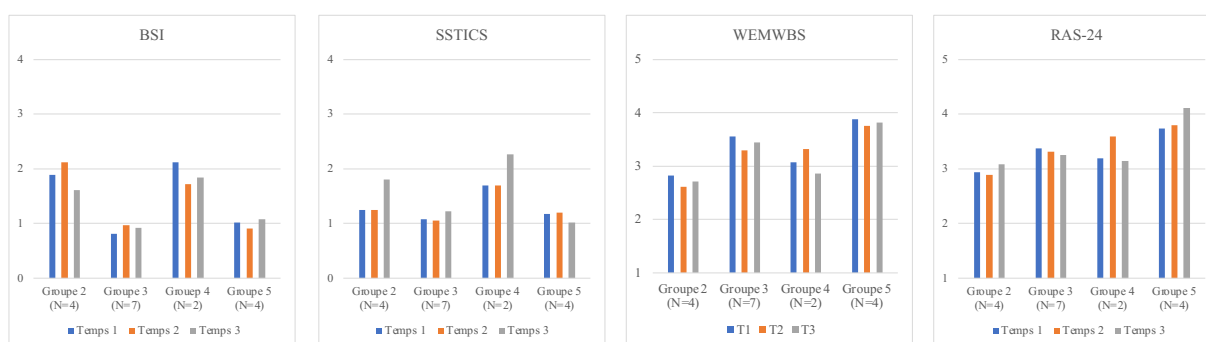
Les résultats obtenus par les PA et les CEA des différents groupes de dispositifs à l'échelle d'alliance de travail évoluent faiblement entre les temps 1 et 3 concernant les groupes 2,3 et 4. Les tests statistiques entre les temps 1 et 3 pour chacun des acteurs pour ces derniers groupes de dispositifs ne sont pas significatifs. En revanche, nous observons une diminution du degré d'alliance de travail perçue de la part des CEA des dispositifs du groupe 5 à l'égard des PA entre les temps 1 et 2 et entre les temps 1 et 3. La moyenne des scores obtenue par les CEA au temps 2 est significativement inférieure à celle obtenue au temps 1 [$t(3) = -3,401$; $p = 0,021$] ; la moyenne des scores obtenue par les CEA au temps 3 est significativement inférieure à celle obtenue au temps 1 [$t(3) = -3,816$; $p = 0,016$]. Par ailleurs, nous observons une diminution de

la moyenne du degré d'alliance de travail de la part des PA des dispositifs du groupe 5 entre les temps 2 et 3. Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Nous présentons ci-dessous les résultats aux différentes échelles cliniques obtenus par les PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 3 selon les groupes de dispositifs identifiés.

Tableau 116. Évolution entre les temps 1 et 3 des résultats obtenus aux échelles cliniques par les PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 3.

	BSI (symptomatologie) (score / 4)						SSTICS (cognition) (score / 4)						WEMWBS (bien-être) (score / 5)						RAS-24 (rétablissement) (score / 5)					
	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=4)	1,89	0,97	2,11	1,30	1,61	0,99	1,24	0,74	1,24	0,74	1,80	0,30	2,82	0,87	2,61	0,81	2,71	0,43	2,94	0,81	2,89	0,92	3,08	0,81
Groupe 3 (N=7)	0,81	0,57	0,96	0,75	0,91	0,87	1,07	0,54	1,05	0,54	1,22	0,55	3,56	0,48	3,30	0,67	3,45	0,66	3,38	0,76	3,31	0,65	3,25	0,88
Groupe 4 (N=2)	2,11	0,00	1,72	0,24	1,83	0,24	1,69	0,10	1,69	0,10	2,26	0,17	3,07	0,30	3,32	0,25	2,86	0,20	3,19	0,80	3,58	0,29	3,15	0,15
Groupe 5 (N=4)	1,01	1,05	0,90	0,81	1,07	0,83	1,17	0,99	1,19	0,97	1,01	0,97	3,88	0,97	3,75	0,94	3,82	0,96	3,74	1,16	3,79	0,86	4,11	0,61



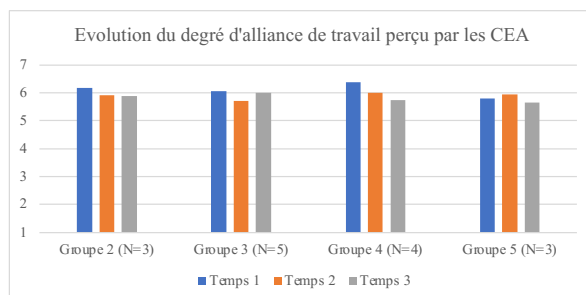
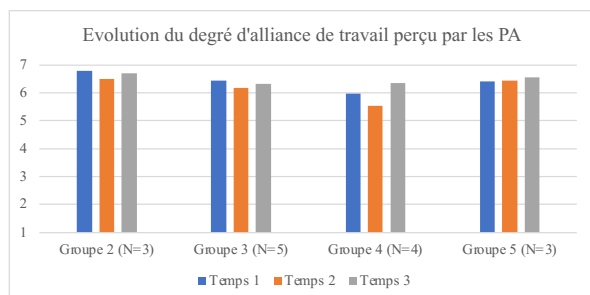
A l'aide du tableau et graphiques associés ci-dessus, nous observons peu de différences d'évolution des résultats obtenus aux échelles cliniques entre les temps 1 et 3 pour l'ensemble des PA toujours à la recherche d'un emploi au temps 3, quel que soit le groupe de dispositifs identifié. Les difficultés cognitives déclarées par les PA (ayant souhaité participer à l'étude) des dispositifs des groupes 2 et 4 augmentent entre les temps 1 et 3.

4.3. Évolution des résultats obtenus aux différentes échelles par les PA en emploi au temps 3

Nous présentons ci-dessous l'évolution des résultats obtenus entre les temps 1 et 3 à l'échelle d'alliance de travail perçu de la part des PA et de la part des CEA, concernant les PA en emploi au temps 3.

Tableau 117. Évolution entre les temps 1 et 3 des résultats obtenus à l'échelle de degré d'alliance de travail perçue par les PA et les CEA concernant les PA emploi au temps 3.

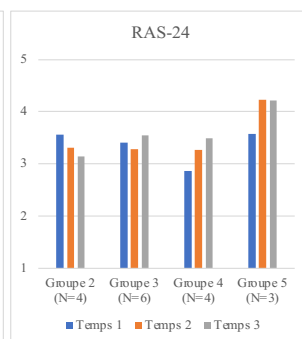
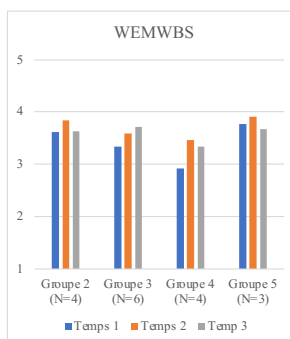
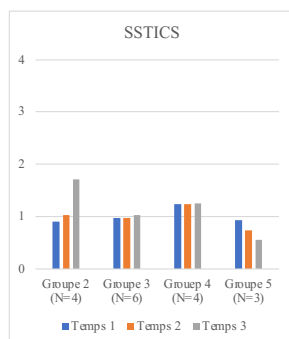
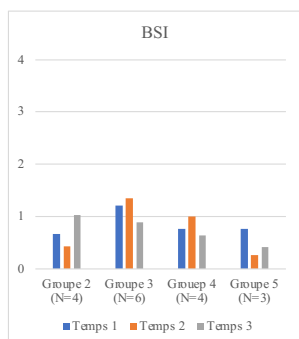
	Alliance de travail perçue de la part des PA						Alliance de travail perçue de la part des CEA					
	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=3)	6,78	0,38	6,50	0,22	6,69	0,46	6,17	0,46	5,92	0,74	5,89	0,71
Groupe 3 (N=5)	6,43	0,63	6,18	0,92	6,32	0,82	6,07	0,35	5,70	0,52	6,00	0,46
Groupe 4 (N=4)	5,96	0,96	5,54	0,85	6,33	0,68	6,38	0,56	6,00	0,41	5,73	0,55
Groupe 5 (N=3)	6,42	0,30	6,44	0,64	6,56	0,05	5,81	0,57	5,94	0,46	5,64	0,93



Concernant les PA en emploi au temps 3, le degré d'alliance de travail fluctue faiblement entre les temps 1 et 3 de la part de chacun des acteurs quel que soit le groupe de dispositifs identifié. Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus aux différentes échelles cliniques par les personnes accompagnées en emploi au temps 3, aux trois temps de l'étude et selon les groupes de dispositifs identifiés.

Tableau 118. Évolution entre les temps 1 et 3 des résultats obtenus aux échelles cliniques par les PA emploi au temps 3.

	BSI (symptomatologie) (score / 4)						SSTICS (cognition) (score / 4)						WEMWBS (bien-être) (score / 5)						RAS-24 (rétablissement) (score / 5)					
	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=4)	0,67	0,37	0,43	0,21	1,03	1,08	0,89	0,79	1,02	0,69	1,70	0,73	3,61	0,54	3,84	0,64	3,63	0,80	3,56	0,73	3,30	0,13	3,15	0,87
Groupe 3 (N=6)	1,21	0,81	1,35	1,18	0,89	0,97	0,97	0,76	0,97	0,72	1,02	0,61	3,33	0,62	3,58	0,79	3,71	0,78	3,40	1,14	3,28	1,10	3,54	1,04
Groupe 4 (N=4)	0,76	0,47	1,00	0,24	0,64	0,30	1,23	0,41	1,23	0,41	1,25	0,94	2,91	0,43	3,46	0,38	3,34	0,34	2,86	0,55	3,26	0,77	3,49	0,72
Groupe 5 (N=3)	0,76	0,56	0,26	0,03	0,41	0,42	0,92	0,65	0,73	0,65	0,56	0,60	3,76	0,37	3,90	0,23	3,67	0,08	3,57	0,55	4,22	0,31	4,21	0,59



Nous observons quelques évolutions entre les résultats obtenus aux temps 1 et 3 par les PA en emploi au temps 3, selon les différents groupes de dispositifs identifiés. Concernant l'échelle de cognition (SSTICS), la valeur centrale obtenue au temps 3 par les PA des dispositifs du

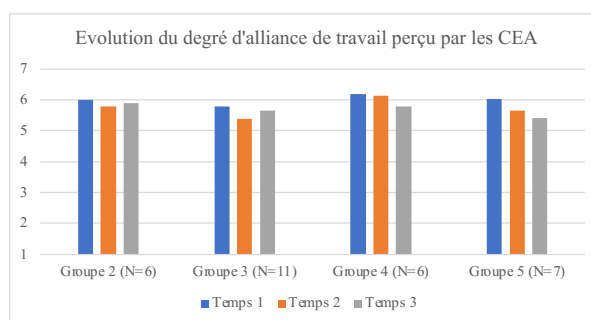
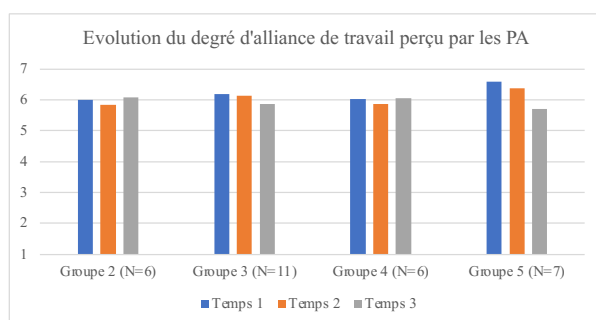
groupe 2 est supérieure à celle obtenue au temps 1, ce résultat est une tendance [$W=0$; $N=4$; $p = 0,068$]. Inversement, la valeur centrale obtenue au temps 3 par les PA des dispositifs du groupe 5 est inférieure à celle obtenue au temps 1 [$W=0$; $N=3$; $p = 0,051$]. Par ailleurs, la moyenne obtenue par les PA des dispositifs du groupe 3 à l'échelle de « bien-être » (WEMWBS) au temps 3 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 1 [$t(5) = 3,730$; $p = 0,007$]. La moyenne obtenue au temps 3 à l'échelle de rétablissement (RAS-24) par les PA des dispositifs du groupe 4 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 1 [$t(3) = 2,494$; $p = 0,044$] ; de même pour les PA des dispositifs du groupe 5 [$t(2) = 4,082$; $p = 0,028$].

4.4. Évolution des résultats obtenus à l'échelle d'alliance de travail et aux différentes échelles cliniques par l'ensemble des PA des différents groupes de dispositifs identifiés

Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus entre les temps 1 et 3 à l'échelle d'alliance de travail perçue de la part des PA et de la part des CEA, concernant l'ensemble des personnes toujours accompagnées au temps 3 (en emploi ou non) selon les groupes de dispositifs identifiés.

Tableau 119. Évolution entre les temps 1 et 3 des résultats obtenus à l'échelle d'alliance de travail perçue de la part des PA et de la part des CEA.

	Alliance de travail perçue de la part des PA						Alliance de travail perçue de la part des CEA					
	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=6)	6,00	1,13	5,85	1,11	6,07	0,91	6,00	0,70	5,79	0,64	5,89	0,60
Groupe 3 (N=11)	6,20	0,81	6,14	0,64	5,86	0,72	5,78	0,73	5,39	0,99	5,65	1,09
Groupe 4 (N=6)	6,01	0,77	5,86	0,88	6,04	0,86	6,18	0,55	6,14	0,42	5,78	0,49
Groupe 5 (N=7)	6,58	0,30	6,38	0,58	5,69	1,84	6,04	0,58	5,65	0,52	5,42	0,76



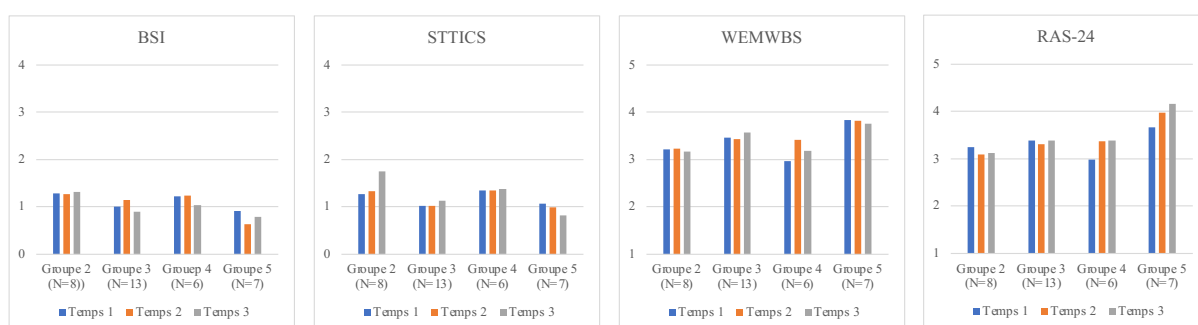
Le degré d'alliance de travail perçue de la part des PA et de la part des CEA semble se maintenir à un niveau élevé au cours des trois temps de l'étude, quel que soit le groupe de dispositifs identifié. Nous observons une baisse de la moyenne des résultats obtenus à l'échelle de la part

des PA et de la part des CEA des dispositifs du groupe 5 entre les temps 1 et 3. Cependant, les tests statistiques ne sont pas significatifs.

Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus aux échelles cliniques par l'ensemble des personnes toujours accompagnées au temps 3 (en emploi ou non) selon les groupes de dispositifs identifiés.

Tableau 120. Évolution entre les temps 1 et 3 des résultats obtenus aux échelles cliniques par l'ensemble des PA des différents groupes de dispositifs identifiés.

	BSI (symptomatologie) (score / 4)						SSTICS (cognition) (score / 4)						WEMWBS (bien-être) (score / 5)						RAS-24 (rétablissement) (score / 5)					
	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 1		Temps 2		Temps 3	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=8)	1,26	0,70	1,33	0,61	1,75	0,52	1,28	0,94	1,27	1,25	1,32	1,01	3,21	0,79	3,22	0,95	3,17	0,77	3,25	0,78	3,09	0,65	3,11	0,78
Groupe 3 (N=13)	1,02	0,62	1,02	0,60	1,13	0,56	1,00	0,69	1,14	0,95	0,90	0,88	3,46	0,54	3,43	0,71	3,57	0,70	3,39	0,91	3,30	0,85	3,38	0,93
Groupe 4 (N=6)	1,34	0,38	1,34	0,38	1,37	0,82	1,21	0,78	1,24	0,43	1,04	0,67	2,96	0,37	3,42	0,32	3,18	0,37	2,97	0,58	3,37	0,63	3,38	0,59
Groupe 5 (N=7)	1,06	0,80	0,99	0,82	0,82	0,80	0,90	0,82	0,63	0,67	0,79	0,73	3,83	0,72	3,82	0,68	3,76	0,69	3,67	0,89	3,98	0,68	4,15	0,55



Dans l'ensemble, nous observons peu de différences d'évolution entre les résultats obtenus aux échelles cliniques par les PA entre les temps 1 et 3 selon les différents groupes de dispositifs. Cependant, deux tests statistiques sont significatifs. La valeur centrale obtenue au temps 3 à l'échelle cognitive (SSTICS) par les PA des dispositifs du groupe 2 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 1 [$W=0$; $N=8$; $p=0,017$]. Les PA des dispositifs du groupe 2 déclarent percevoir (subjectivement) davantage de difficultés cognitives après 1 an d'accompagnement par le dispositif qu'à l'entrée dans le dispositif. Par ailleurs, la moyenne obtenue à l'échelle de rétablissement (RAS-24) au temps 3 par les PA des dispositifs du groupe 5 est significativement supérieure à celle obtenue au temps 1 [$t(6) = 2,324$; $p=0,030$].

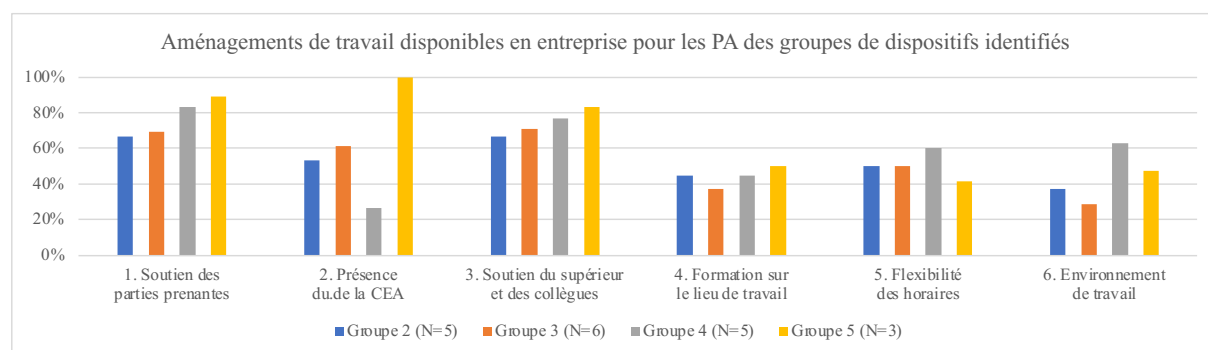
5. Aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise, qualité de vie (subjective) au travail des PA des différents groupes de dispositifs

5.1. Aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise

Nous nous sommes ensuite intéressés aux différents aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise pour les PA des différents groupes de dispositifs. Pour cela, nous avons regroupé les résultats obtenus à l'échelle des aménagements de travail et soutiens disponibles (WANSS) par les PA en emploi⁴⁶⁸ au temps 2 ou au temps 3⁴⁶⁹. Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus par groupe de dispositifs identifiés⁴⁷⁰.

Tableau 121. Aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise pour les PA des différents groupes de dispositifs identifiés.

	A. Soutien relationnel						B. Modalités de travail					
	1. Soutien des parties prenantes		2. Présence du.de la CEA		3. Soutien du supérieur et des collègues		4. Formation sur le lieu de travail		5. Flexibilité des horaires		6. Environnement de travail	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=5)	66,67%	0,31	53,33%	0,38	66,67%	0,28	45,00%	0,19	50,00%	0,31	37,14%	0,22
Groupe 3 (N=6)	69,44%	0,19	61,11%	0,33	70,83%	0,22	37,50%	0,22	50,00%	0,22	28,57%	0,29
Groupe 4 (N=5)	83,33%	0,12	26,67%	0,28	76,67%	0,18	45,00%	0,31	60,00%	0,45	62,86%	0,16
Groupe 5 (N=3)	88,89%	0,10	100,00%	0,00	83,33%	0,00	50,00%	0,22	41,67%	0,38	47,62%	0,30



En premier lieu, à la question d'introduction du questionnaire (WANSS) « Avez-vous demandé lors de votre embauche, vous-même ou votre CEA, des aménagements de travail pour le poste que vous occupez ? », aucune des PA (0%) des dispositifs des groupes 2 et 3 ont répondu positivement ; 40% des PA des dispositifs du groupe 4 et 67% des PA des dispositifs du groupe 5 ont répondu positivement.

⁴⁶⁸ En emploi depuis au moins 2 mois au moment de la passation de l'échelle.

⁴⁶⁹ En raison de la taille faible de l'échantillon.

⁴⁷⁰ Concernant le nombre de PA des dispositifs du groupe 5, N=3 et non N=4, 1 PA a développé une activité en tant qu'indépendant (depuis son domicile) et n'a pas répondu de ce fait à ce questionnaire.

Nous pouvons observer à l'aide du graphique ci-dessus quelques disparités entre les résultats obtenus à certaines dimensions de l'échelle pour les PA des différents groupes de dispositifs identifiés et pour d'autres dimensions, des résultats plus homogènes. En effet, pour les dimensions « 1. Soutien des parties prenantes », « 3. Soutien du supérieur et des collègues », « 4. Formation sur le lieu de travail » et « 5. Flexibilité des horaires », les résultats obtenus sont homogènes d'un groupe de dispositifs à l'autre. Les tests de comparaison entre les moyennes (ou valeurs centrales) des résultats obtenus à chacune de ces dimensions par les PA des différents groupes de dispositifs ne sont pas statistiquement significatifs.

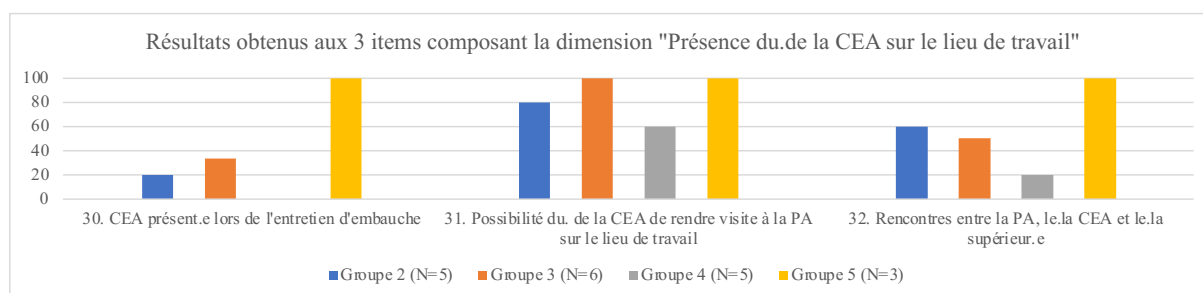
En revanche, nous observons des différences plus importantes entre les résultats obtenus par les PA des différents groupes de dispositifs pour les dimensions « 2. Présence du/de la CEA sur le lieu de travail » et « 6. Environnement de travail ». 100% des PA (ayant accepté de participer à l'étude) des dispositifs du groupe 5 ont répondu positivement aux items composant la dimension « 2. Présence du/de la CEA sur le lieu de travail ». Pour rappel, les 3 items composant cette dimension sont les suivants : « 30. Est-ce que votre CEA était présent lors de votre entretien d'embauche ? » ; « 31. Est-ce que votre CEA peut vous rendre visite sur votre lieu de travail ? » ; « 32. Avez-vous eu des rencontres à la fois avec votre CEA et votre supérieur immédiat ? ». La valeur centrale des scores obtenus à cette dimension par les PA des dispositifs du groupe 5 est significativement supérieure à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 4 ($p = 0,036$)⁴⁷¹ et nous observons une tendance pour le test de comparaison avec celle obtenue par les PA du groupe 2 ($p = 0,055$)⁴⁷². Par ailleurs, la moyenne des résultats obtenus par les PA des dispositifs du groupe 3 est significativement supérieure à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 4 [$t(9) = 1,883$; $p = 0,048$].

Pour préciser ces résultats, nous avons illustré sur le graphique ci-dessous, les résultats obtenus par les PA des différents groupes de dispositifs aux 3 items composant cette dimension. Nous observons des disparités plus importantes entre les résultats obtenus par les différents groupes de dispositifs pour les items 30 et 32 que pour l'item 31. Concernant l'item 30, le test de Chi-2 est significatif entre les résultats obtenus par les PA des dispositifs du groupe 5 et du groupe 2 ($p = 0,028$), entre ceux des dispositifs du groupe 5 et 4 ($p = 0,005$) et nous observons une tendance entre les dispositifs du groupe 5 et du groupe 3 ($p = 0,058$). La présence du/de la CEA lors de l'entretien d'embauche des PA est plus fréquente parmi les dispositifs du groupe 5 que parmi les dispositifs des autres groupes. Concernant l'items 32, seul le test de Chi-2 entre les

⁴⁷¹ Test U de Mann Whitney pour échantillons indépendants.

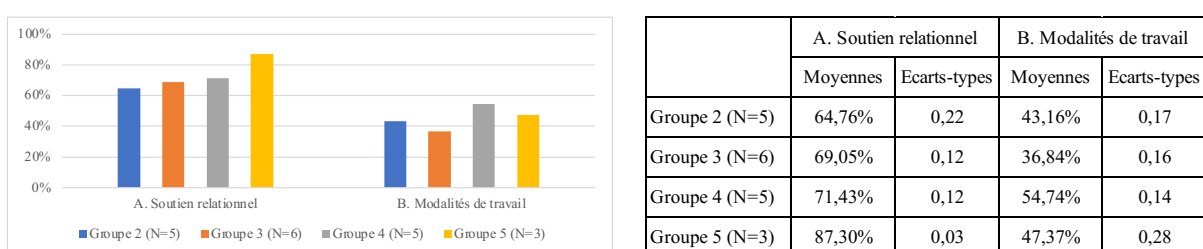
⁴⁷² Test de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants.

résultats des PA des dispositifs du groupe 5 et 4 est significatif ($p = 0,028$). Les rencontres entre la PA, le CEA et le supérieur sont plus fréquentes parmi les dispositifs du groupe 5 que parmi les dispositifs du groupe 4. Concernant l'item 31 questionnant la possibilité du de la CEA de rendre visite à la PA sur le lieu de travail, 100% des PA des dispositifs du groupe 3 (ayant souhaité participer à l'étude) ont, de même que les PA des dispositifs du groupe 5, répondu positivement ; elles sont 80% pour les dispositifs du groupe 2 et 60% pour les dispositifs du groupe 4. Les tests de Chi-2 entre les résultats obtenus par les différents groupes ne sont pas significatifs pour cet item.



Concernant la seconde dimension de l'échelle « 6. Environnement de travail »⁴⁷³ présentant des disparités notables entre les résultats obtenus par les PA des différents groupes, un test statistique se révèle significatif, la valeur centrale obtenue par les PA des dispositifs du groupe 4 est statistiquement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 2 ($p = 0,049$)⁴⁷⁴.

En outre, le graphique ci-dessous illustre les résultats obtenus aux deux dimensions « A. Soutien relationnel » et « B. Modalités de travail », regroupant respectivement les 3 premières sous-dimensions et les 3 suivantes.



Quel que soit le groupe de dispositifs identifié, nous retrouvons le résultat observé précédemment⁴⁷⁵, les soutiens relationnels sont davantage disponibles que les aménagements relatifs aux modalités de travail pour les PA ; que ce soit pour le groupe 2 [$t(4) = 3,226$; $p =$

⁴⁷³ Cette dimension est composée d'items tels que la possibilité de modifier son espace de travail, d'apporter des changements concernant l'intensité du bruit ou de la lumière ou encore d'avoir accès à une salle d'eau ou un espace privé pour prendre des médicaments si besoin.

⁴⁷⁴ Test de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants.

⁴⁷⁵ Se référer à la p. 230.

0,016], pour le groupe 3 [$t(5) = 4,166$; $p = 0,004$], pour le groupe 4 [$t(4) = 3,194$; $p = 0,017$] ou pour le groupe 5⁴⁷⁶.

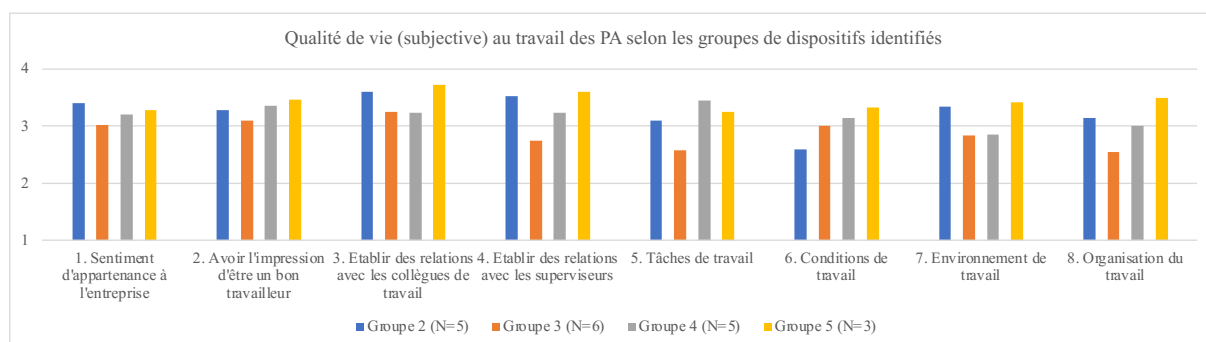
En comparant les moyennes obtenues à la dimension « A. Soutien relationnel » par les PA des différents groupes de dispositifs (deux à deux), nous observons un seul résultat significatif, la valeur centrale des dispositifs du groupe 5 est significativement supérieure à celle des dispositifs du groupe 3 ($p = 0,048$)⁴⁷⁷. Concernant la dimension « B. Modalités de travail », la moyenne obtenue par les dispositifs du groupe 4 est significativement supérieure à celle obtenue par les dispositifs du groupe 3 [$t(9) = 1,942$; $p = 0,042$].

5.2. Qualité de vie (subjective) au travail

Nous nous sommes ensuite intéressés aux résultats obtenus par les PA des différents groupes de dispositifs identifiés à l'échelle appréciant la qualité de vie (subjective) au travail (QWL). De la même manière que pour l'étude des résultats des aménagements de travail et soutiens disponibles en entreprise, nous avons regroupé les résultats des personnes en emploi au temps 2 ou au temps 3⁴⁷⁸. Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus aux différentes sous-dimensions de l'échelle.

Tableau 122. Résultats obtenus par les PA des différents groupes de dispositifs aux sous-dimensions de l'échelle de la qualité de vie (subjective) au travail.

	A. Aspects intrapersonnels et interpersonnels								B. Aspects structurels							
	1. Sentiment d'appartenance à l'entreprise		2. Avoir l'impression d'être un bon travailleur		3. Etablir des relations avec les collègues de travail		4. Etablir des relations avec les superviseurs		5. Tâches de travail		6. Conditions de travail		7. Environnement de travail		8. Organisation du travail	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=5)	3,40	0,58	3,28	0,48	3,60	0,25	3,53	0,59	3,10	0,82	2,60	0,34	3,35	0,38	3,15	0,45
Groupe 3 (N=6)	3,02	0,49	3,10	0,41	3,25	0,51	2,75	0,91	2,58	0,68	3,00	0,47	2,83	0,44	2,54	0,62
Groupe 4 (N=5)	3,20	0,50	3,36	0,48	3,23	0,49	3,23	0,70	3,45	0,45	3,15	0,70	2,85	0,72	3,00	0,25
Groupe 5 (N=3)	3,29	0,14	3,47	0,42	3,72	0,10	3,61	0,19	3,25	0,50	3,33	0,14	3,42	0,14	3,50	0,50



⁴⁷⁶ Le test de student pour échantillons appariés ne s'applique pas pour le groupe 5 en raison de la taille de l'échantillon, cependant le score obtenu à la dimension A est supérieur à celui obtenu à la dimension B pour chacune des PA du groupe.

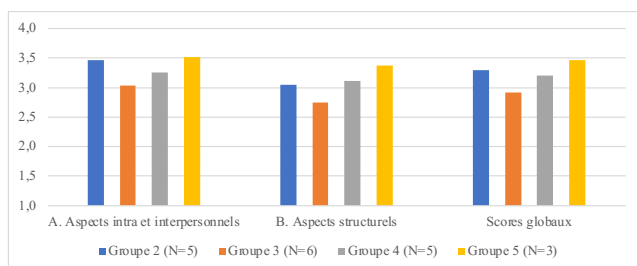
⁴⁷⁷ Test U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants.

⁴⁷⁸ En emploi depuis au moins 2 mois lors de la passation de l'échelle.

Nous pouvons observer, à l'aide du graphique ci-dessus, quelques disparités entre les résultats obtenus aux sous-dimensions de l'échelle par les PA des différents groupes de dispositifs. Concernant la dimension « A. Aspects intrapersonnels et interpersonnels », composés des 4 premières sous-dimensions, les résultats semblent homogènes dans l'ensemble, hormis pour la sous-dimension « 4. Établir des relations avec les superviseurs » pour laquelle les PA des dispositifs du groupe 3 obtiennent un score plus faible que les PA des autres groupes de dispositifs. Cependant, les tests statistiques de comparaison entre les résultats obtenus par les PA des différents groupes de dispositifs (comparaisons deux à deux) ne sont pas significatifs pour cette sous-dimension. Aussi, les tests de comparaison ne sont pas significatifs pour l'ensemble de la dimension « A. aspects intrapersonnels et interpersonnels ».

En revanche, concernant la dimension « B. Aspects structurels », composés des 4 dernières sous-dimensions, les résultats obtenus par les PA des différents groupes de dispositifs semblent davantage hétérogènes. En comparant les résultats obtenus par les PA des différents groupes de dispositifs deux à deux, nous obtenons quelques résultats significatifs. Pour la sous-dimension « 5. Tâches de travail », la valeur centrale des résultats obtenus par les PA des dispositifs du groupe 3 est inférieure à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 4 ($p = 0,052$). Pour la sous-dimension « 6. Conditions de travail », la valeur centrale des résultats obtenus par les PA des dispositifs du groupe 2 est significativement inférieure à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 5 ($p = 0,036$). Pour la sous-dimension « 7. Environnement de travail », la valeur centrale des résultats obtenus par les PA des dispositifs du groupe 3 est inférieure à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 2 ($p = 0,052$) et à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 5 ($p = 0,024$). Enfin, pour la sous-dimension « 8. Organisation du travail », la valeur centrale des résultats obtenus par les PA des dispositifs du groupe 3 est significativement inférieure à celle obtenue par les PA des dispositifs du groupe 5 ($p = 0,048$). En outre, pour l'ensemble de la dimension « B. Aspects structurels », la valeur centrale des résultats obtenus par les PA des dispositifs du groupe 3 est significativement inférieure à celle des PA des dispositifs du groupe 5 ($p = 0,048$). De même, en effectuant des tests de comparaison entre les scores globaux obtenus à l'échelle, la valeur centrale des résultats obtenus par les PA des dispositifs du groupe 3 est significativement inférieure à celle des PA des dispositifs du groupe 5 ($p = 0,048$)⁴⁷⁹. Nous illustrons ces derniers résultats à l'aide du graphique ci-dessous.

⁴⁷⁹ Test U de Mann Whitney pour échantillons indépendants utilisés pour l'ensemble des tests effectués dans cette sous-partie.



	A.		B.		Scores globaux	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
Groupe 2 (N=5)	3,46	0,32	3,05	0,12	3,30	0,21
Groupe 3 (N=6)	3,03	0,53	2,74	0,46	2,91	0,47
Groupe 4 (N=5)	3,25	0,51	3,11	0,37	3,20	0,43
Groupe 5 (N=3)	3,51	0,12	3,38	0,22	3,46	0,16

Chapitre 4 : Dénomination proposée des 4 groupes de dispositifs identifiés

Pour clore cette partie, nous proposons de nommer chaque groupe de dispositifs au regard des différents résultats précédemment présentés relatifs : au degré de fidélité des dispositifs à la méthodologie IPS dans la mise en œuvre de ses principes, aux compétences des conseillers en emploi accompagné les plus fréquemment mobilisées et aux parcours professionnels et évolution éventuelle de l'état clinique des personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) par les différents groupes de dispositifs.

1. Fidélité convenable à la méthodologie IPS avec une forte expérience et connaissance de la culture d'entreprise (6 structures)

Ce groupe de 6 dispositifs correspond au groupe 2 précédemment identifié. Nous résumons dans cette partie les résultats précédemment observés relatifs à ce groupe de dispositifs, résultats et observations nous ayant conduit à proposer cette dénomination.

Le groupe 2 est composé de dispositifs conventionnés (ARS) et de dispositifs financés par d'autres fonds (33,3% des dispositifs), notamment de fonds propres de l'association porteuse du dispositif. L'ensemble de ces dispositifs ont débuté leur pratique de l'Emploi Accomagné depuis la période d'expérimentation nationale en 2015 ou du moins, ont commencé à accompagner quelques personnes depuis cette période. Trois de ces dispositifs accompagnent essentiellement des personnes en situation de handicap psychique⁴⁸⁰, les trois autres dispositifs accompagnent (aussi) davantage de personnes relevant d'autres situation de handicap⁴⁸¹. Concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (N=268), les résultats moyens globaux déclarés par les dispositifs de ce groupe en termes d'insertion

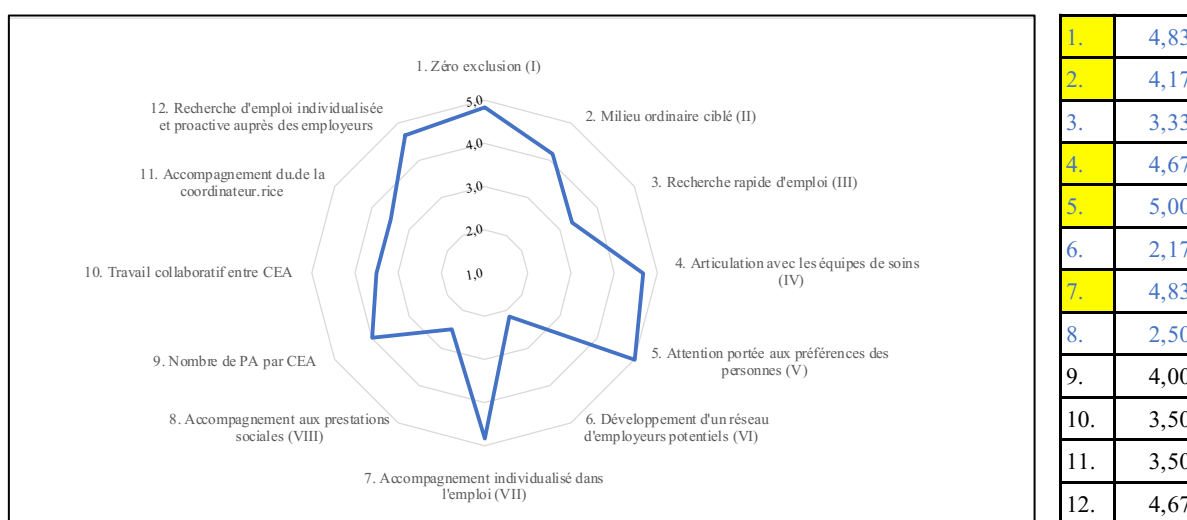
⁴⁸⁰ Plus de 90% des personnes accompagnées sont des personnes en situation de handicap psychique.

⁴⁸¹ Notamment des personnes en situation de handicap mental (de 3% à 50%) ou de situation de handicap relevant de troubles du spectre autistique (de 3% à 20%).

professionnel sont les plus élevés. Le taux moyen d'insertion professionnel à 1 an est égal à 56,7% et le taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) à 77,0%⁴⁸².

1.1. « Bon » degré de fidélité dans la mise en œuvre de 5 des 8 grands principes IPS dont 4 de degré « exemplaire » avec une forte attention portée aux préférences et intérêts professionnels des personnes accompagnées

Les scores moyens obtenus à l'échelle IPS-25 par ce groupe de dispositifs indiquent un degré de fidélité convenable à la méthodologie IPS (96,8/125)⁴⁸³. Nous présentons à nouveau ci-dessous le graphique illustrant les principales caractéristiques IPS⁴⁸⁴ des dispositifs de ce groupe.



5 des 8 grands principes ont été mis en œuvre avec un degré de fidélité élevé dont 4 qualifiés de degré « exemplaire » (score moyen $\geq 4,60$)⁴⁸⁵ et l'un d'entre eux de « bon » (score moyen $\geq 4,00$) :

- « Zéro exclusion (I) » (score moyen = 4,83) ;
- « Milieu ordinaire ciblé (II) » (score moyen = 4,17) ;
- « Articulation avec les équipes de soins (IV) » (score moyen = 4,67) ;

⁴⁸² Au 31 décembre 2020.

⁴⁸³ Pour rappel, selon l'échelle IPS-25, un score global obtenu à l'échelle supérieur à 115/125 est considéré comme correspondant à un degré de fidélité « exemplaire » (*exemplary fidelity*), un score compris entre 100 et 114 est considéré comme un degré de fidélité « bon » (*good fidelity*), un score compris entre 74 et 99 est considéré comme « convenable » (*fair fidelity*) et un score inférieur à 74 est considéré comme ne relevant pas de la méthodologie IPS (*not supported employment*).

⁴⁸⁴ Variables retenues pour l'ACP.

⁴⁸⁵ Selon l'échelle IPS-25.

- « Attention portée aux préférences des personnes (V) » (score moyen = 5,00), score moyen obtenu le plus élevé parmi les groupes de dispositifs ;
- « Accompagnement individualisé dans l'emploi (VII) » (score moyen = 4,83), score moyen obtenu le plus élevé parmi les groupes de dispositifs.

Les dispositifs de ce groupe déclarent accueillir toutes les personnes souhaitant travailler en milieu ordinaire⁴⁸⁶ (« Zéro exclusion (I) »). La plupart des dispositifs engagent des actions de communication et de partage d'expérience au sujet de l'Emploi Accompagné auprès des acteurs partenaires, des publics cibles et au sein de leur association (« Milieu ordinaire ciblé (II) »). A l'entrée dans le dispositif de chacune des personnes accompagnées, le CEA contacte le psychiatre (ou médecin référent) de la personne avec son autorisation pour présenter le dispositif et permettre à la suite de le solliciter si « l'état de santé de la personne semble se dégrader ». De plus, la plupart des CEA informent régulièrement les équipes de soins quant aux évolutions professionnelles des personnes accompagnées (« Articulation avec les équipes de soins (IV) »). L'évaluation des préférences professionnelles de la personne s'effectue depuis son entrée dans le dispositif, à l'aide du récit de la personne à propos de ses expériences professionnelles antérieures et est réactualisée tout au long de l'accompagnement, notamment lors des nouvelles situations d'emploi (« Attention portée aux préférences des personnes (V) »). Le score moyen obtenu à cette dernière variable est le score moyen le plus élevé parmi les différents groupes de dispositifs. Avec l'accord de la personne, les CEA rencontrent les employeurs lors de l'embauche de la personne, l'accompagnement de la personne est soutenu durant les premières semaines (si nécessaire) puis à une fréquence déterminée en fonction des besoins de la personne et de l'entreprise. De plus, une attention particulière est portée à l'évolution de la carrière de la personne si elle le souhaite (« Accompagnement individualisé dans l'emploi (VII) »). Le score moyen obtenu à cette dernière variable est le score moyen le plus élevé parmi les différents groupes de dispositifs.

Le score moyen plus faible obtenu à la variable « Recherche rapide d'emploi (III) » (moyenne = 3,33) indique une attention moins importante accordée à ce dernier ou davantage de difficultés dans sa mise en œuvre⁴⁸⁷. Cependant, le score moyen obtenu par les dispositifs de ce groupe est supérieur aux scores moyens obtenus par les autres groupes de dispositifs. En effet, 2 dispositifs parmi les dispositifs du groupe 2 ont priorisé la mise en œuvre de ce principe, considéré selon eux, comme levier d'efficacité de la pratique de l'Emploi Accompagné.

⁴⁸⁶ et ayant reçu une notification Emploi Accompagné de la MDPH.

⁴⁸⁷ comme l'ensemble des groupes de dispositifs de l'étude.

Concernant la variable relative au principe « Accompagnement aux prestations sociales VIII » (moyenne = 2,5/5), le score moyen obtenu reflète une plus grande difficulté dans la mise en œuvre de ce dernier. Comme explicité précédemment, les CEA, non spécialistes en termes de droit aux prestations sociales peuvent éprouver des difficultés à obtenir des réponses formelles de la part des organismes spécialisés⁴⁸⁸.

Le score moyen plus faible obtenu à la variable relative au principe « Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) »⁴⁸⁹ (moyenne = 2,2/5) est le plus souvent lié à une même réponse exprimée par différents dispositifs. Ils considèrent avoir déjà consacré une grande partie de leur temps au développement de ce réseau au commencement de leur pratique et de ce fait, disposent d'un réseau existant d'employeurs potentiels. Par ailleurs, pour certains d'entre eux, cet aspect de leur pratique a évolué en réaction à une confusion de la part des entreprises, les identifiant le plus souvent comme des services tels que Cap Emploi, pouvant proposer dans l'immédiat aux entreprises un candidat (personne accompagnée) correspondant à leurs besoins en recrutement. De plus, les CEA ont précisé compenser cette évolution de leur pratique par le temps passé au sein des entreprises lors de l'accompagnement des personnes dans leur maintien en emploi. Ils pérennisent ainsi leur réseau d'employeurs potentiels. Ces dispositifs obtiennent par ailleurs le score moyen le plus élevé à l'item de l'échelle IPS-25 « Intensité de l'accompagnement dans l'emploi » (moyenne = 4,8/5).

1.2. Une forte mobilisation de compétences relevant du domaine de la stratégie de recherche d'emploi

Un autre résultat caractérisant ce groupe de dispositifs est le résultat global moyen obtenu à l'échelle des comportements, connaissances et attitudes (BAKES) par les CEA des dispositifs de ce groupe. Leur score moyen global à l'échelle est le plus élevé des résultats obtenus parmi les différents groupes de dispositifs (495/630). Les CEA obtiennent en moyenne, les scores les plus élevés à 6 des 12 sous-dimensions de l'échelle.

Nous illustrons à l'aide du graphique ci-dessous les scores moyens obtenus par les CEA des dispositifs du groupe 2 aux différentes sous-dimensions de l'échelle BAKES. Nous les avons classés par ordre décroissant afin d'identifier les compétences et connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA des dispositifs du groupe 2. De plus, nous avons indiqué

⁴⁸⁸ De la CAF notamment.

⁴⁸⁹ Traduction de *job development* correspondant pour rappel, à une démarche proactive auprès des employeurs de la part des CEA pour permettre à la suite des ajustements de poste pour les personnes accompagnées en fonction des besoins de l'entreprise et des compétences et intérêts professionnels des personnes.

en gris les résultats obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs, pour apprécier les éventuels écarts entre les résultats obtenus. Pour chacune des sous-dimensions, la première colonne représente le score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 2 (en bleu) ; la deuxième, celui des CEA des dispositifs du groupe 3 ; la troisième, celui des CEA des dispositifs du groupe 4 et la quatrième, celui des CEA des dispositifs du groupe 5.

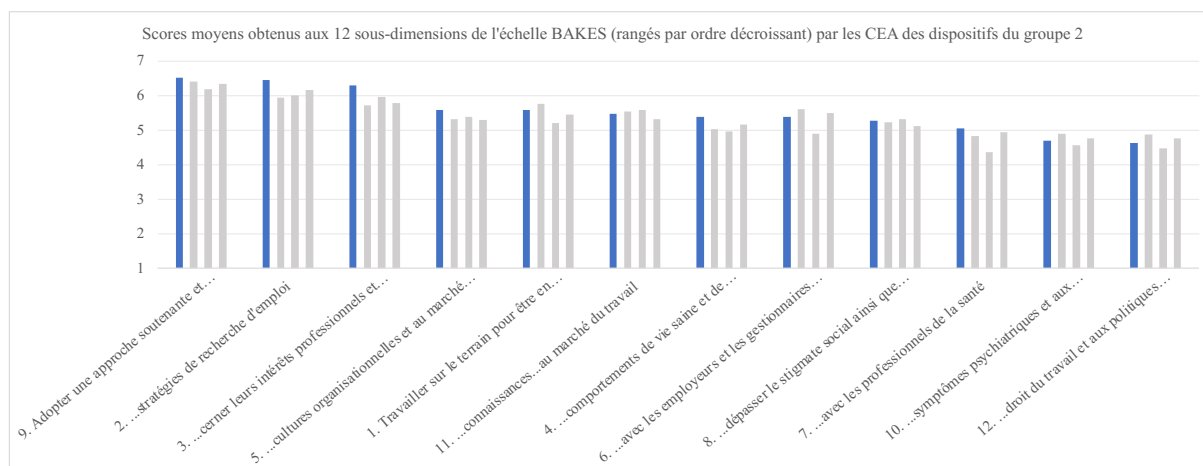


Tableau 123. Scores moyens obtenus aux 12 sous-dimensions BAKES des CEA des structures du groupe 2.

Sous-dimensions BAKES	Score / 7 (N=16)	Rang
9. Adopter une approche soutenance et centrée sur la PA	6,51	1
2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi	6,46	2
3. Fournir du soutien et de l'aide aux PA pour bien cerner leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail	6,30	3
5. Enseigner et montrer aux PA comment s'adapter aux diverses cultures organisationnelles et au marché du travail	5,59	4
1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires	5,58	5
11. Avoir des connaissances relatives au marché du travail	5,48	6
4. Offrir du soutien aux PA pour adopter des comportements de vie saine et de meilleures habilités sociales	5,40	7
6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires (RH etc.)	5,38	8
8. Enseigner aux PA comment gérer et dépasser le stigmate social ainsi que l'auto-stigmatisation	5,27	9
7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé	5,06	10
10. Avoir des connaissances relatives aux symptômes psychiatriques et aux services de soin et de réinsertion professionnelle	4,69	11
12. Avoir des connaissances relatives au droit du travail et aux politiques handicap	4,63	12

Sur le tableau ci-dessus, associé au graphique des scores moyens obtenus par sous-dimension, nous avons précisé en bleu les résultats obtenus supérieurs aux résultats obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs et en jaune, les résultats significativement supérieurs à au moins un autre groupe de dispositifs.

Les compétences et les connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA des dispositifs du groupe 2 relèvent de la sous-dimension « 9. Adopter une approche soutenance et centrée sur la personne accompagnées » (moyenne = 6,5/7) dont le score moyen obtenu est le plus élevé parmi ceux obtenus par les CEA des différents groupes de dispositifs⁴⁹⁰. Par ailleurs,

⁴⁹⁰ Et significativement supérieur au score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 4.

les résultats obtenus par l'ensemble des CEA des différents groupes de dispositifs positionnent, de même, cette sous-dimension au rang 1 des compétences et des connaissances les plus fréquemment mobilisées parmi les 12 sous-dimensions de l'échelle.

« 2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi » (moyenne = 6,5/7) s'avère la sous-dimension de l'échelle à laquelle les résultats obtenus par les CEA des dispositifs de ce groupe se démarquent le plus des résultats obtenus par les CEA des différents groupes. Le score moyen obtenu à cette sous-dimension est significativement supérieur aux scores moyens obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs. Par ailleurs, selon l'ensemble des scores obtenus, cette sous-dimension est positionnée au rang 2 des compétences et des connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA de l'ensemble des groupes de dispositifs.

Aussi, à la sous-dimension « 3. Fournir du soutien et de l'aide aux personnes accompagnées pour bien cerner leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail » (moyenne = 6,3/7), les CEA du groupe 2 obtiennent le score moyen le plus élevé et significativement supérieur à ceux de deux autres groupes de dispositifs⁴⁹¹.

En outre, ils ont obtenu le résultat moyen le plus élevé à 3 autres sous-dimension de l'échelle : « 5. Enseigner et montrer aux personnes accompagnées comment s'adapter aux diverses cultures organisationnelles et au marché du travail », « 4. Offrir du soutien aux personnes accompagnées pour adopter des comportements de vie saine et de meilleures habiletés sociales » et « 7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé » (moyenne = 5,1/7)⁴⁹². Toutefois, les scores obtenus à ces dernières sous-dimensions sont proches des résultats obtenus par les CEA des dispositifs des autres groupes.

Au regard de l'ensemble de ces résultats, il nous semble que la fréquence des compétences mobilisées relevant de la stratégie de recherche d'emploi distingue davantage les CEA de ce groupe des CEA des autres groupes de dispositifs.

1.3. Une forte motivation à trouver un emploi des personnes accompagnées et un sentiment élevé d'appartenance à l'entreprise des personnes obtenant un emploi

Les résultats de la passation du questionnaire relatif aux « aspects sociodémographiques et auto-diagnostic déclaré » auprès des personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) des dispositifs du groupe 2 (N=17) s'avèrent relativement homogènes avec les résultats des

⁴⁹¹ Score moyen significativement supérieur aux scores moyens des groupes 3 et 4.

⁴⁹² Dont le score moyen est significativement supérieur au score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 4.

personnes accompagnées par les autres groupes de dispositifs. Nous avons cependant observé une hétérogénéité des résultats relatifs à l'expérience vécue (ou non) par les personnes accompagnées d'une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie parmi les différents groupes de dispositifs. 52,9% des personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 2 (ayant souhaité participer à l'étude) avaient déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie avant l'entrée dans le dispositif. Ce pourcentage est proche de celui des personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) des dispositifs du groupe 3 (52,6%) et très inférieur à celui des personnes accompagnées par les dispositifs des groupes 4 et 5 (75% et 78,6%).

Concernant les résultats obtenus aux différentes échelles à dimensions professionnelles et cliniques (N=17) à leur entrée dans le dispositif⁴⁹³ (temps 1), la différence la plus notable observée concernant les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 2, en comparaison avec les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes, est qu'elles sont les plus motivées à trouver un emploi durant les premières semaines de l'accompagnement par le dispositif. En termes de résultats d'insertion professionnelle, le taux d'insertion professionnel à 6 mois de ces personnes accompagnées est de 41,7% et de 62,5% à 1 an. Leur taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) est égal à 60%.

Concernant les personnes accompagnées obtenant un emploi au cours de l'étude (au temps 2 ou au temps 3), nous n'avons pas observé d'évolution notable entre les 3 temps de l'étude parmi les résultats obtenus aux différentes échelles. Concernant les personnes accompagnées toujours à la recherche d'un emploi après 6 mois d'accompagnement (temps 2), leur motivation à trouver un emploi semble être maintenue au même niveau qu'au début de leur accompagnement. En revanche leur résultat moyen obtenu à l'échelle de rétablissement diminue significativement. Par ailleurs, le degré d'alliance de travail perçu de la part des CEA qui les accompagnent diminue significativement et nous avons observé que 25% des données relatives aux dyades « personne accompagnée - CEA » de ce groupe de dispositifs étaient manquantes au temps 2 (à 6 mois) en raison d'arrêts de travail de la part des CEA. De plus, 29,4% des personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude sont sorties des dispositifs à 6 mois d'accompagnement (au temps 2) et 52,9% à 1 an (au temps 3).

Concernant les résultats obtenus par les personnes toujours à la recherche d'un emploi après 1 an d'accompagnement (temps 3), nous n'avons pas observé d'évolution notable entre les

⁴⁹³ depuis le mois de mai 2019 jusqu'au mois de juin 2021.

résultats obtenus aux différentes échelles hormis une augmentation significative des difficultés cognitives (subjectivement) perçues de la part des personnes accompagnées. En revanche, pour l'ensemble des personnes ayant souhaité participer l'étude et toujours accompagnées par les dispositifs 1 an après leur entrée, le degré d'alliance de travail de la part des personnes et de la part des CEA est maintenu à un degré élevé.

Enfin, les résultats obtenus aux différentes échelles relatives à l'expérience des personnes accompagnées en emploi indiquent une proportion moins importante d'aménagements de travail et de soutiens disponibles en entreprise que ceux disponibles pour les personnes accompagnées par les autres groupes de dispositifs, notamment ceux relatifs aux soutiens (relationnels) disponibles en entreprise. Cependant, les résultats obtenus à l'échelle de qualité de vie (subjective) au travail des personnes accompagnées indiquent un niveau de satisfaction des personnes accompagnées convenable (moyenne globale = 3,30/4). A cette dernière échelle, les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 2 obtiennent le score moyen le plus élevé à la sous-dimension « Sentiment d'appartenance à l'entreprise ».

En résumé, les résultats obtenus par les dispositifs du groupe 2 indiquent un degré de fidélité convenable à la méthodologie IPS avec la mise en œuvre de 5 des 8 grands principes à un degré de fidélité élevé dont 4 considérés comme de degré « exemplaire ». Les dispositifs du groupe 2 accueillent toutes les personnes motivées à obtenir un emploi en milieu ordinaire et portent une attention particulière aux préférences et intérêts professionnels des personnes. Les CEA des dispositifs de ce groupe obtiennent le score moyen global le plus élevé à l'échelle des comportements, connaissances et attitudes (BAKES) et mobilisent avec une fréquence plus importante les compétences et connaissances relevant de la stratégie de recherche d'emploi. Par ailleurs, ils sont les plus nombreux ayant exercé une fonction au sein d'une entreprise au cours de leur parcours professionnel antérieur. Concernant les personnes accompagnées par les dispositifs de ce groupe ayant souhaité participer à l'étude, elles sont les plus motivées à trouver un emploi lors des premières semaines de leur accompagnement. Celles d'entre elles obtenant un emploi au cours de l'étude ressentent « un sentiment d'appartenance à l'entreprise » à un degré plus élevé que les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes. C'est pourquoi, nous proposons de dénommer ce groupe de dispositifs « fidélité convenable à la méthodologie IPS avec une forte expérience et connaissance de la culture d'entreprise ».

2. Fidélité convenable à la méthodologie IPS avec un fort engagement de sensibilisation et de négociation auprès des employeurs (8 structures)

Ce groupe de 8 dispositifs correspond au groupe 3 précédemment identifié. Nous résumons dans cette partie les résultats observés relatifs à ce groupe de dispositifs, résultats et observations nous ayant conduit à proposer cette dénomination.

Le groupe 3 est composé de dispositifs conventionnés (ARS) et de dispositifs financés par d'autres fonds (37,8% des dispositifs), notamment de fonds propres de l'association porteuse du dispositif. Trois dispositifs ont débuté leur pratique de l'Emploi Accompagné depuis la période d'expérimentation nationale en 2015 ou du moins, ont commencé à accompagner quelques personnes depuis cette période. Les cinq autres dispositifs ont débuté progressivement leur pratique au cours de l'année 2018 ou 2019. Six des huit dispositifs accompagnent essentiellement des personnes en situation de handicap psychique⁴⁹⁴, les deux autres dispositifs accompagnent (aussi) des personnes relevant d'autres situation de handicap⁴⁹⁵. Concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (N=282), les résultats moyens globaux déclarés par les dispositifs de ce groupe en termes d'insertion professionnel sont proches des résultats des dispositifs du groupe 2 avec un taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) un peu moins élevé. Le taux moyen d'insertion professionnel à 1 an est égal à 56,0% et le taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) à 61,4%⁴⁹⁶.

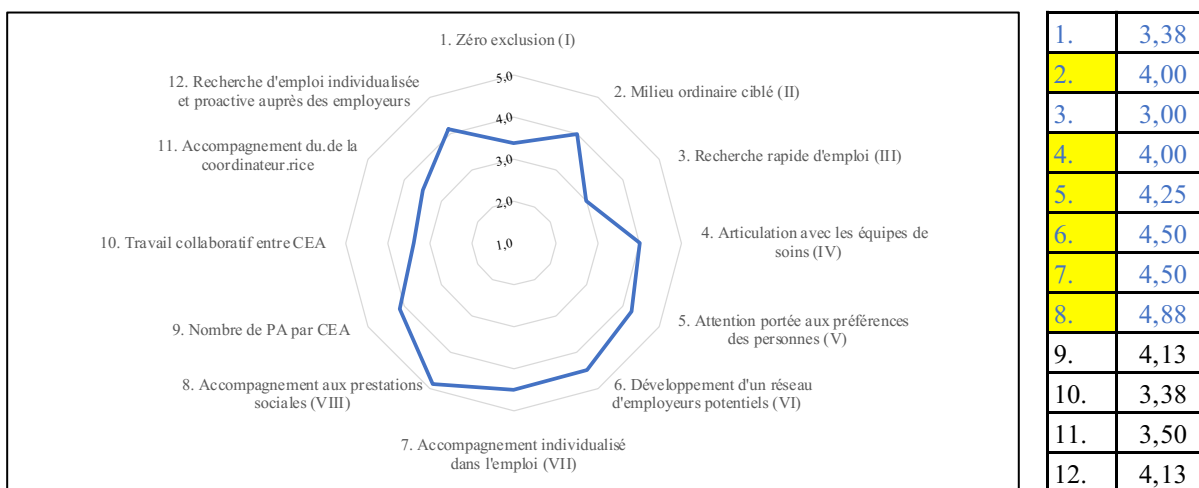
2.1. « Bon » degré de fidélité dans la mise en œuvre de 6 des 8 grands principes IPS dont 1 de degré « exemplaire » avec une grande attention portée au développement d'un réseau d'employeurs potentiels

Les scores moyens obtenus à l'échelle IPS-25 par ce groupe de dispositifs indiquent un degré de fidélité convenable à la méthodologie IPS (96,0/125). Nous présentons à nouveau ci-dessous le graphique illustrant les principales caractéristiques IPS des dispositifs de ce groupe.

⁴⁹⁴ 5 d'entre eux accompagnent exclusivement des personnes en situation de handicap psychique (100%) et l'un d'entre eux accompagnent 85% de personnes en situation de handicap psychique et 15% de personnes dont la situation de handicap relève des TSA.

⁴⁹⁵ Notamment des personnes en situation de handicap mental ou dont la situation de handicap relève des troubles du spectre autistique (TSA).

⁴⁹⁶ Au 31 décembre 2020.



6 des 8 grands principes ont été mis en œuvre avec un degré de fidélité élevé dont l'un d'entre eux qualifié de degré « exemplaire » (score moyen $\geq 4,60$)⁴⁹⁷ et les 5 autres qualifiés de degré « bon » (score moyen $\geq 4,00$) :

- « Milieu ordinaire ciblé (II) » (score moyen = 4,00) ;
- « Articulation avec les équipes de soins (IV) » (score moyen = 4,00) ;
- « Attention portée aux préférences des personnes (V) » (score moyen = 4,25) ;
- « Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) » (score moyen = 4,50) ;
- « Accompagnement individualisé dans l'emploi (VII) » (score moyen = 4,50) ;
- « Accompagnement aux prestations sociales (VIII) » (score moyen = 4,88).

Le score moyen plus faible obtenu à la variable « Zéro exclusion (I) » (score moyen = 3,38) est significativement inférieur aux scores moyens obtenus par les autres groupes de dispositifs. Ce résultat souligne l'existence de quelques critères d'inclusion de la part des dispositifs de ce groupe. Comme explicité précédemment, il arrive à quelques dispositifs du groupe 3 de ne pas accompagner certaines personnes « non suffisamment autonomes » ou bien dont le projet professionnel « n'est pas encore finalisé ».

Le score moyen obtenu à la variable « Milieu ordinaire ciblé (II) » indique un « bon » degré de fidélité à la mise en œuvre de ce principe, cependant il est le plus faible des scores moyens obtenus par les groupes de dispositifs. D'une part, certains dispositifs n'accueillent pas toutes les personnes souhaitant travailler en milieu ordinaire⁴⁹⁸ et d'autre part, certains ajoutent qu'ils engagent moins d'actions de communication au sujet de l'Emploi Accompagné auprès de

⁴⁹⁷ Selon l'échelle IPS-25.

⁴⁹⁸ Qui est une des composantes de l'item.

partenaires ou de publics cibles qu'au début de leur pratique, en raison notamment du nombre important de futures personnes accompagnées sur la liste d'attente des dispositifs.

Le score moyen obtenu à la variable « Recherche rapide d'un emploi (III) » (score moyen = 3,00) indique une attention moins importante accordée à ce dernier ou une plus grande difficulté dans sa mise en œuvre⁴⁹⁹. Cependant, à l'item 18 de l'échelle des comportements, connaissances et attitudes des CEA, relatif à ce même principe, les CEA des dispositifs du groupe 3 obtiennent le score moyen le plus élevé (moyenne = 6,08/7)⁵⁰⁰, score moyen significativement supérieur aux scores moyens des CEA des dispositifs des groupes 4 et 5.

Les scores moyens obtenus aux variables « Articulation avec les équipes de soins (IV) », « Attention portée aux préférences des personnes (V) » et « Accompagnement individualisé dans l'emploi (VII) » indiquent des degrés de fidélité qualifiés de « bon » dans la mise en œuvre de ces principes et se situent proche de la moyenne obtenue par les différents groupes de dispositifs.

Le score moyen obtenu à la variable « Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) » (score moyen = 4,50) est le plus élevé parmi les résultats obtenus par les différents groupes de dispositifs. Ce score est en partie expliqué par le fait que les dispositifs du groupe 3 poursuivent leurs actions auprès d'employeurs potentiels depuis le début de leur pratique et sans interruption depuis.

Enfin, le score moyen obtenu à la variable « Accompagnement aux prestations sociales (VIII) » (score moyen = 4,88) est quant à lui supérieur aux scores moyens obtenus par les dispositifs des autres groupes. La plupart d'entre eux disposent en interne ou au sein de l'association porteuse du dispositif d'au moins une personne spécialiste des droits aux prestations sociales. De plus, ce constat peut aussi expliquer en partie le score moyen le plus élevé obtenu à l'item de l'échelle IPS-25⁵⁰¹ relatif à la proportion du temps de travail des CEA dédié exclusivement à l'accompagnement dans l'emploi, temps dédié moins affecté par la résolution de problématiques d'ordre social des personnes accompagnées. Pour rappel, les dispositifs du groupe 3 sont caractérisés par une corrélation positive avec la composante 2, elle-même corrélée à l'obtention de fortes valeurs à ces deux dernières variables et de faibles valeurs concernant la variable « Zéro exclusion ».

⁴⁹⁹ Comme l'ensemble des dispositifs de ce groupe.

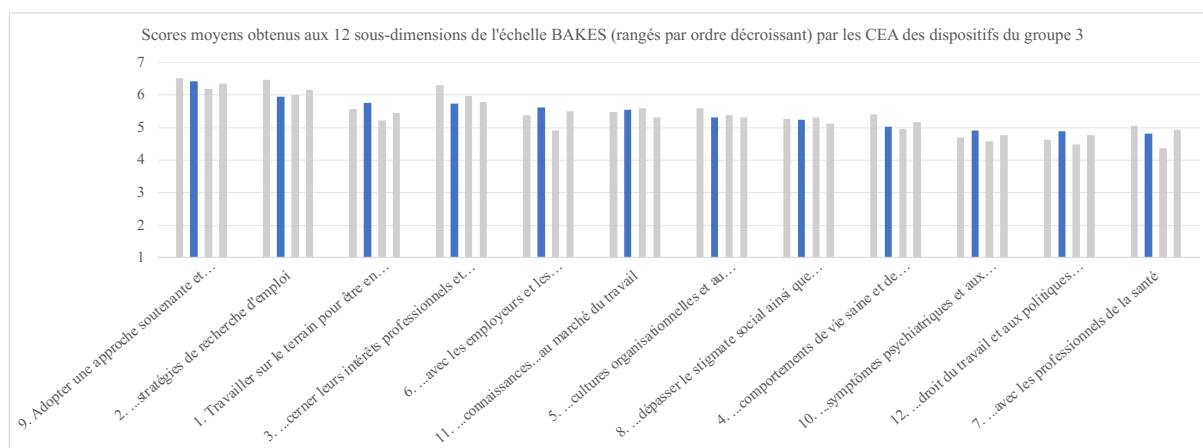
⁵⁰⁰ Pour rappel, le score moyen des CEA des dispositifs du groupe 2 est égal à 5,63/7, celui des CEA des dispositifs du groupe 4 est égal à 5,27/7 et celui des CEA des dispositifs du groupe 5 est égal à 4,80/7.

⁵⁰¹ *Staffing 2*.

2.2. Une forte mobilisation de compétences relevant du domaine de la négociation avec les employeurs

Concernant le score moyen global obtenu à l'échelle des comportements, connaissances et attitudes (BAKES), les CEA des dispositifs du groupe 3 obtiennent un résultat (490/630) légèrement inférieur à celui des CEA des dispositifs du groupe 2⁵⁰². Toutefois, ils obtiennent le score moyen le plus élevé à 4 des 12 sous-dimensions de l'échelle.

Nous illustrons à l'aide du graphique ci-dessous les scores moyens obtenus par les CEA des dispositifs du groupe 3 aux différentes sous-dimensions de l'échelle BAKES. Nous les avons classés par ordre décroissant afin d'identifier les compétences et connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA des dispositifs du groupe 3. De plus, nous avons indiqué en gris les résultats obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs, pour apprécier les éventuels écarts entre les résultats obtenus. Pour chacune des sous-dimensions, la première colonne représente le score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 2 ; la deuxième, celui des CEA des dispositifs du groupe 3 (en bleu) ; la troisième, celui des CEA des dispositifs du groupe 4 et la quatrième, celui des CEA des dispositifs du groupe 5.



⁵⁰² 495/630.

Tableau 124. Scores moyens obtenus aux 12 sous-dimensions BAKES des CEA des structures du groupe 3.

Sous-dimensions BAKES	Score / 7 (N=23)	Rang
9. Adopter une approche soutenante et centrée sur la PA	6,42	1
2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi	5,95	2
1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires	5,75	3
3. Fournir du soutien et de l'aide aux PA pour bien cerner leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail	5,73	4
6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires (RH etc.)	5,61	5
11. Avoir des connaissances relatives au marché du travail	5,55	6
5. Enseigner et montrer aux PA comment s'adapter aux diverses cultures organisationnelles et au marché du travail	5,32	7
8. Enseigner aux PA comment gérer et dépasser le stigmate social ainsi que l'auto-stigmatisation	5,23	8
4. Offrir du soutien aux PA pour adopter des comportements de vie saine et de meilleures habilités sociales	5,03	9
10. Avoir des connaissances relatives aux symptômes psychiatriques et aux services de soin et de réinsertion professionnelle	4,90	10
12. Avoir des connaissances relatives au droit du travail et aux politiques handicap	4,88	11
7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé	4,82	12

Sur le tableau ci-dessus, associé au graphique des scores moyens obtenus par sous-dimension, nous avons précisé en bleu les résultats obtenus supérieurs aux résultats obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs et en jaune, les résultats significativement supérieurs à au moins un autre groupe de dispositifs.

Comme précédemment indiqué, les résultats obtenus aux sous-dimensions « 9. Adopter une approche soutenante et centrée sur la personne accompagnée » et « 2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi » positionnent celles-ci aux rang 1 et 2 des compétences et connaissances les plus fréquemment mobilisées par l'ensemble des CEA des différents groupes de dispositifs.

En revanche, le score moyen obtenu à la sous-dimension « 1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les personnes accompagnées et définir les aménagements de poste nécessaires » (moyenne = 5,75/7) positionne cette dernière au rang 3 des compétences et connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA des dispositifs du groupe 3. Concernant les autres groupes de dispositifs, cette sous-dimension n'est positionnée qu'au 5^e ou 7^e rang. De plus, le score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 3 est le plus élevé parmi les scores obtenus par les différents groupes de dispositifs. Les CEA des dispositifs du groupe 3 déclarent travailler sur le terrain à une plus haute fréquence que les CEA des autres groupes de dispositifs, notamment que les CEA des dispositifs des groupes 4 et 5⁵⁰³. Plus précisément, les CEA des dispositifs du groupe 3 déclarent « participer aux entretiens d'embauche des personnes accompagnées (avec leur autorisation) », « passer la plupart de leur temps de travail à l'extérieur du bureau pour rencontrer les personnes et les employeurs » et « encourager les

⁵⁰³ Score moyen significativement supérieur aux scores moyens des CEA des dispositifs des groupes 4 et 5.

personnes à obtenir un emploi le plus rapidement possible après leur entrée dans le dispositif » à une plus haute fréquence que les CEA des dispositifs des autres groupes.

Aussi, le score moyen obtenu à la sous-dimension « 6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires » (moyenne = 5,61/7) positionne cette dernière au rang 5 des compétences et des connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA des dispositifs de ce groupe. Concernant les dispositifs des groupes 2 et 4, cette dernière n'est positionnée qu'au 8^e ou 9^e rang. De plus, le score moyen obtenu est le plus élevé parmi ceux des différents groupes de dispositifs. Il est en partie lié au score moyen supérieur obtenu à l'item 11 de l'échelle au sujet de la fréquence de la « sensibilisation auprès des employeurs des résultats d'études scientifiques portant sur le souhait et la possibilité des personnes en situation de handicap psychique de travailler »⁵⁰⁴. De plus, les CEA déclarent « collaborer avec les employeurs afin de modifier les tâches de travail lorsque les personnes éprouvent des difficultés » et « mettre en valeur les personnes et leurs habiletés auprès d'employeurs potentiels » à une plus haute fréquence que les CEA des autres groupes de dispositifs.

Par ailleurs, le score moyen obtenu à la dimension « 10. Avoir des connaissances relatives aux symptômes psychiatriques et aux services de soins et de réinsertion professionnelle » est supérieur à ceux obtenus par les autres groupes de dispositifs et pourrait être lié au fait que les CEA des dispositifs du groupe 3 comptent parmi eux la plus grande part de CEA psychologues de formation initiale⁵⁰⁵. Cependant cette sous-dimension n'est positionnée qu'au 10^e rang des compétences et connaissances les plus mobilisées.

Enfin, les CEA des dispositifs du groupe 3 obtiennent le score moyen le plus élevé à la dimension « 12. Avoir des connaissances relatives au droit du travail et aux politiques handicap ». Ce résultat pourrait être lié en partie à l'expérience professionnelle antérieure en tant que conseiller au sein des équipes du SPE d'un grand nombre de CEA des dispositifs du groupe 3, notamment au sein de Cap emploi. Cependant cette sous-dimension n'est positionnée qu'au 11^e rang.

Au regard de l'ensemble de ces résultats, il nous semble que la fréquence des compétences mobilisées relevant de la négociation avec les employeurs distingue davantage les CEA de ce groupe des CEA des autres groupes de dispositifs.

⁵⁰⁴ (moyenne groupe 3 = 4,67/5 ; moyenne groupe 2 = 3,31/5 ; moyenne groupe 4 = 3,18/5 ; moyenne groupe 5 = 4,20/5), score moyen du groupe 3 significativement supérieur à ceux des groupes 2 et 4.

⁵⁰⁵ Représentant 37,5% des CEA des dispositifs du groupe 3 et 75% de l'ensemble des CEA psychologues de formation initiale de l'étude.

2.3. Une augmentation significative du « bien-être » des personnes accompagnées obtenant un emploi au cours de l'étude

Les résultats de la passation du questionnaire relatif aux « aspects sociodémographiques et auto-diagnostic déclaré » auprès des personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) des dispositifs du groupe 3 (N=19) s'avèrent relativement homogènes avec les résultats des autres groupes de dispositifs. Cependant, comme indiqué précédemment, 52,6% des personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 3 (ayant souhaité participer à l'étude) avaient déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie avant l'entrée dans le dispositif, pourcentage proche du pourcentage des personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 2 et nettement inférieur à ceux des groupe 4 et 5.

Concernant les résultats obtenus aux différentes échelles à dimensions professionnelles et cliniques à leur entrée dans le dispositif (temps 1), nous n'avons pas observé de différence notable en comparaison avec les résultats obtenus par les personnes accompagnées ayant souhaitant participer à l'étude des dispositifs des autres groupes.

En termes de résultats d'insertion professionnelle, le taux d'insertion professionnel à 6 mois de ces personnes accompagnées est de 64,7% et de 76,9% à 1 an. Leur taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) est égal à 36,4%. Par ailleurs, 10,5% des personnes sont sorties des dispositifs à 6 mois d'accompagnement (au temps 2) et 31,6% à 1 an (au temps 3), taux de sorties nettement en deçà de ceux relatifs aux personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) par les dispositifs des groupes 2 et 5. Ce dernier résultat pourrait être expliqué en partie par le fait que les dispositifs du groupe 3, comme indiqué précédemment, n'incluent pas systématiquement toutes les personnes orientées vers le dispositif.

Concernant les résultats obtenus aux différentes échelles au cours de l'étude, deux différences notables ont été observées précédemment concernant les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 3 (N=19), en comparaison avec les personnes accompagnées par les autres groupes de dispositifs. D'une part, les personnes accompagnées (toujours) à la recherche d'un emploi maintiennent leur motivation à trouver un emploi à un degré élevé au cours des 3 temps de l'étude. D'autre part, le score moyen obtenu par les personnes accompagnées en emploi au temps 3 (à 1 an) à l'échelle de « bien-être » (WEMWBS) est significativement supérieur à celui obtenu au temps 1 (à l'entrée dans le dispositif).

Enfin, les résultats obtenus aux différentes échelles relatives à l'expérience des personnes accompagnées en emploi au cours de l'étude indiquent une proportion moins importante

d'aménagements de travail et de soutiens disponibles en entreprise que pour les personnes accompagnées par les dispositifs des groupes 4 et 5, notamment en ce qui concerne les aménagements des modalités de travail dont le score moyen obtenu à cette dimension est le plus faible parmi les groupes de dispositifs⁵⁰⁶. Toutefois à la sous-dimension « Présence du.de la CEA sur le lieu de travail » de l'échelle des aménagements et soutiens disponibles en entreprise (WANSS), le score moyen obtenu par les personnes accompagnées par les dispositif du groupe 3 est supérieur à ceux obtenus par les personnes accompagnées par les dispositifs des groupe 2 et 4. De plus, l'ensemble des personnes (ayant souhaité participer à l'étude) ont répondu positivement à l'item interrogeant la possibilité du.de la CEA de se rendre sur le lieu de travail de la personne. En outre, les résultats obtenus à l'échelle de qualité de vie (subjective) au travail par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 3 indiquent un niveau de satisfaction des personnes accompagnées (moyenne globale = 2,91/4) inférieur à ceux des personnes accompagnées par les autres groupes de dispositifs⁵⁰⁷, notamment en ce qui concerne la dimension relative aux « Aspects structurels »⁵⁰⁸.

En résumé, les résultats obtenus par les dispositifs du groupe 3 indiquent un degré de fidélité convenable à la méthodologie IPS avec la mise en œuvre de 6 des 8 grands principes à un degré de fidélité élevé dont 1 considéré comme « exemplaire ». Les dispositifs du groupe 3 portent une attention particulière au développement d'un réseau d'employeurs potentiels et à l'accompagnement à l'évolution éventuelle des droits aux prestations sociales des personnes accompagnées. En revanche, certains dispositifs de ce groupe n'accueillent pas toutes les personnes souhaitant travailler en milieu ordinaire et sont moins fidèles au principe « Zéro exclusion ». Les CEA des dispositifs de ce groupe mobilisent avec une fréquence plus importante leurs compétences et leurs connaissances en matière de sensibilisation des employeurs et de négociation avec ces derniers. Par ailleurs, concernant les personnes accompagnées par les dispositifs de ce groupe ayant souhaité participer à l'étude, leur niveau de motivation à trouver un emploi se maintient à un niveau élevé au cours des 3 temps de l'études et pour celles qui obtiennent un emploi, leur score moyen obtenu à l'échelle de « bien-

⁵⁰⁶ Et dont le score moyen (36,8%) est significativement inférieur au score moyen obtenu par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 4 (54,7%).

⁵⁰⁷ Et dont le score global est significativement inférieur à celui des personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 (3,46/4).

⁵⁰⁸ Correspondant aux « modalités de travail » dont le score moyen (2,74/4) est significativement inférieur à celui obtenu par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 (3,38/4).

être » (WEMWBS) augmente significativement. En outre, toutes ont indiqué la possibilité pour le CEA de se rendre sur le lieu de travail.

C'est pourquoi nous proposons de dénommer ce groupe de dispositifs « fidélité convenable à la méthodologie IPS avec un fort engagement de sensibilisation et de négociation auprès des employeurs ».

3. Fidélité convenable à la méthodologie IPS avec une attention particulière portée sur les aménagements des modalités de travail des personnes accompagnées (5 structures)

Ce groupe de 5 dispositifs correspond au groupe 4 précédemment identifié. Nous résumons dans cette partie les résultats observés relatifs à ce groupe de dispositifs, résultats et observations nous ayant conduit à proposer cette dénomination.

Le groupe 4 est composé exclusivement de dispositifs conventionnés (ARS) ou du moins faisant partie d'un groupement de dispositifs conventionnés⁵⁰⁹. Un des dispositifs a débuté sa pratique de l'Emploi Accompagné au cours de la période d'expérimentation nationale, au début de l'année 2017. Les quatre autres dispositifs ont débuté progressivement leur pratique au cours de l'année 2018 ou 2019. 4 des 5 dispositifs accompagnent essentiellement des personnes en situation de handicap psychique⁵¹⁰. Le cinquième dispositif accompagne une proportion moins importante de personnes en situation de handicap psychique (11%), dispositif accueillant davantage⁵¹¹ de personnes dont la situation de handicap relève des troubles du spectre autistique (54%). Concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (N=124), les résultats moyens globaux déclarés par les dispositifs de ce groupe en termes d'insertion professionnel sont inférieurs aux résultats des dispositifs des groupes 2 et 3. Le taux moyen d'insertion professionnel à 1 an est égal à 47,6% et le taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) à 55,9%⁵¹².

⁵⁰⁹ En réponse à l'appel à candidatures de l'ARS de manière groupée par certains dispositifs, notamment en raison de la spécialisation sur une situation de handicap de la part de certains dispositifs.

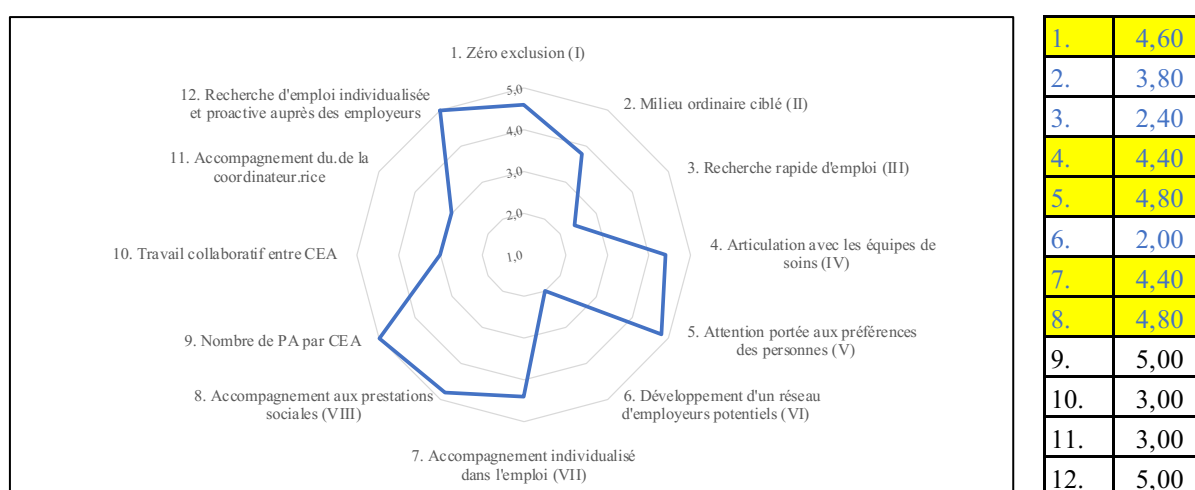
⁵¹⁰ de 87% à 100 des personnes accompagnées par les dispositifs.

⁵¹¹ à la demande de l'ARS.

⁵¹² Au 31 décembre 2020.

3.1. « Bon » degré de fidélité dans la mise en œuvre de 5 des 8 grands principes IPS dont 3 de degré « exemplaire » avec une forte vigilance au regard du nombre de personnes accompagnées par CEA

Le score moyen global obtenu à l'échelle IPS-25 par ce groupe de dispositifs indiquent un degré de fidélité convenable à la méthodologie IPS (93,4/125), légèrement inférieur aux scores moyens des autres groupes de dispositifs. Nous présentons à nouveau ci-dessous le graphique illustrant les principales caractéristiques IPS des dispositifs du groupe 4.



5 des 8 grands principes ont été mis en œuvre avec un degré de fidélité élevé dont 3 qualifiés de degré « exemplaire » (score moyen $\geq 4,60$)⁵¹³ et les deux autres qualifiés de degré « bon » (score moyen $\geq 4,00$) :

- « Zéro exclusion (I) » (score moyen = 4,60) ;
- « Articulation avec les équipes de soins (IV) » (score moyen = 4,40) ;
- « Attention portée aux préférences des personnes (V) » (score moyen = 4,80) ;
- « Accompagnement individualisé dans l'emploi (VII) » (score moyen = 4,40) ;
- « Accompagnement aux prestations sociales (VIII) » (score moyen = 4,80).

Concernant les variables relatives aux principes « Zéro exclusion (I) », « Articulation avec les équipes de soins (IV) » et « Attention portée aux préférences des personnes (V) », le score moyen obtenu par les dispositifs du groupe 4 à chacune de ces variables est proche de la moyenne des scores moyens obtenus par les autres groupes de dispositifs.

Le score moyen plus faible obtenu à la variable relative au principe « Milieu ordinaire ciblé (II) » (moyenne = 3,80/5) est légèrement inférieur aux scores moyens obtenus par les autres

⁵¹³ Selon l'échelle IPS-25.

groupes de dispositifs⁵¹⁴. Ce résultat est en partie lié au fait que certains dispositifs de ce groupe déclarent disposer de peu de places d'accompagnement disponibles en raison de la taille de leur dispositif (1 CEA) et alors, n'engagent pas d'actions de communication. De plus, ces dernières sont davantage engagées auprès de partenaires qu'auprès de publics cibles pour certains dispositifs.

Le score moyen plus faible obtenu à la variable relative au principe « Recherche rapide d'un emploi (III) » (moyenne = 2,40/5) indique que les dispositifs ont davantage de difficultés à respecter ce dernier, comme l'ensemble des groupes de dispositifs. Une des difficultés exprimées par certains dispositifs de ce groupe est l'accompagnement d'une part importante de personnes accompagnées étant de jeunes personnes ayant terminé depuis peu leurs études au sein d'un établissement médico-éducatif. Ce public plus jeune et moins autonome demanderait un accompagnement plus long de la part des CEA avant une première rencontre avec un employeur potentiel. De plus, certaines familles au sein desquelles vivent ces jeunes personnes accompagnées peuvent, au début de l'accompagnement, se montrer réticentes à leur insertion professionnelle en milieu ordinaire.

Le score moyen obtenu à la variable relative au principe « Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) » (moyenne = 2,0/5) est inférieur aux scores moyens obtenus par les différents groupes de dispositifs. Une grande part des CEA des dispositifs du groupe 4 déclarent accompagner et conseiller les personnes dans leurs démarches de recherche d'emploi mais n'engagent pas ou peu de démarches auprès d'employeurs potentiels. Cependant, lorsque les entreprises ont été identifiées par les personnes accompagnées comme des entreprises au sein desquelles elles souhaiteraient obtenir un emploi, les CEA se mobilisent fortement pour contacter les employeurs, ce qui explique le score moyen obtenu à l'item « Recherche d'emploi individualisée et proactive auprès des employeurs potentiels » (moyenne = 5,0)⁵¹⁵.

Enfin, les dispositifs du groupe 4 sont les plus vigilants à l'égard du respect du nombre de personnes accompagnées par CEA préconisé par la méthodologie IPS (20 personnes maximum). En effet, les dispositifs du groupe 4 obtiennent le score moyen le plus élevé à l'item de l'échelle IPS-25⁵¹⁶ relatif à cette préconisation (moyenne = 5,0) et significativement supérieur aux scores moyens obtenus par les différents groupes de dispositifs. Pour rappel, les

⁵¹⁴ Pour rappel, cet item correspond aux actions de promotion de l'Emploi Accompagné engagées par les dispositifs notamment au sein de leur association, auprès de publics cibles ou encore de partenaires.

⁵¹⁵ Pour rappel cet item permet d'apprécier le pourcentage des contacts engagés par les CEA auprès d'employeurs potentiels selon les préférences professionnelles des personnes en comparaison aux offres d'emploi proposées aux personnes selon l'offre disponible sur le marché de l'emploi.

⁵¹⁶ *Staffing* 1.

dispositifs du groupes 4 sont caractérisés par une corrélation positive avec la composante 4 de l'ACP, elle-même corrélée positivement à cette dernière variable.

3.2. Une forte mobilisation des compétences favorisant la levée de l'auto-stigmatisation des personnes accompagnées

Concernant l'échelle des comportements, connaissances et attitudes (BAKES), les CEA des dispositifs du groupe 4 obtiennent un score moyen global (467/630) inférieur à celui des CEA des autres groupes de dispositifs. Toutefois, ils obtiennent le score moyen le plus élevé (légèrement supérieur aux scores moyens des CEA des autre groupes de dispositifs), à 2 des 12 sous-dimensions de l'échelle.

Nous illustrons à l'aide du graphique ci-dessous les scores moyens obtenus par les CEA des dispositifs du groupe 4 aux différentes sous-dimensions de l'échelle BAKES. Nous les avons classés par ordre décroissant afin d'identifier les compétences et connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA des dispositifs du groupe 4. De plus, nous avons indiqué en gris les résultats obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs, pour apprécier les éventuels écarts entre les résultats obtenus. Pour chacune des sous-dimensions, la première colonne représente le score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 2 ; la deuxième, celui des CEA des dispositifs du groupe 3 ; la troisième, celui des CEA des dispositifs du groupe 4 (en bleu) et la quatrième, celui des CEA des dispositifs du groupe 5.

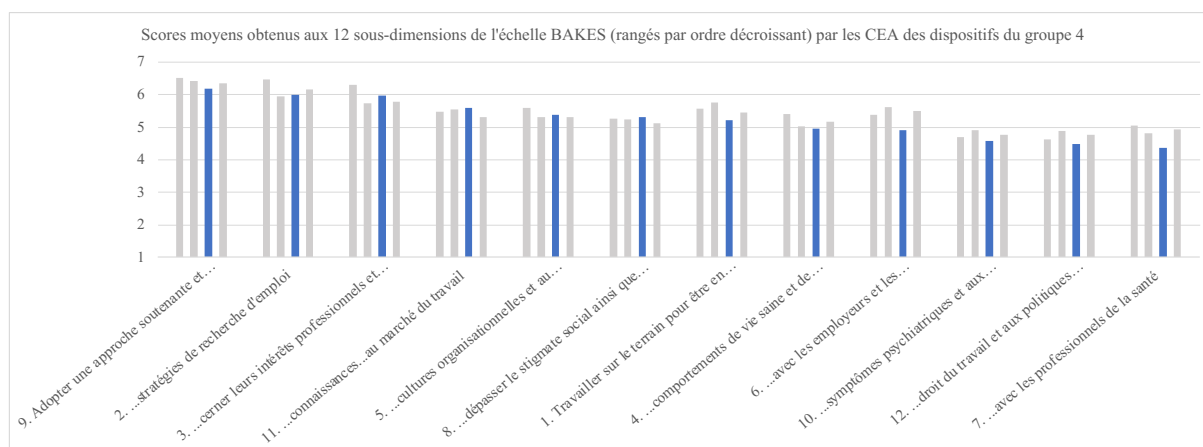


Tableau 125. Scores moyens obtenus aux 12 sous-dimensions BAKES des CEA des structures du groupe 4.

Sous-dimensions BAKES	Score / 7 (N=11)	Rang
9. Adopter une approche soutenante et centrée sur la PA	6,18	1
2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi	6,00	2
3. Fournir du soutien et de l'aide aux PA pour bien cerner leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail	5,97	3
11. Avoir des connaissances relatives au marché du travail	5,58	4
5. Enseigner et montrer aux PA comment s'adapter aux diverses cultures organisationnelles et au marché du travail	5,38	5
8. Enseigner aux PA comment gérer et dépasser le stigmate social ainsi que l'auto-stigmatisation	5,31	6
1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires	5,20	7
4. Offrir du soutien aux PA pour adopter des comportements de vie saine et de meilleures habilités sociales	4,95	8
6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires (RH etc.)	4,90	9
10. Avoir des connaissances relatives aux symptômes psychiatriques et aux services de soin et de réinsertion professionnelle	4,57	10
12. Avoir des connaissances relatives au droit du travail et aux politiques handicap	4,48	11
7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé	4,36	12

Sur le tableau ci-dessus, associé au graphique des scores moyens obtenus par sous-dimension, nous avons précisé en bleu les résultats obtenus supérieurs aux résultats obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs

Comme précédemment indiqué, les résultats obtenus aux sous-dimensions « 9. Adopter une approche soutenante et centrée sur la personne accompagnée » et « 2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi » positionnent celles-ci aux rang 1 et 2 des compétences et connaissances les plus fréquemment mobilisées par l'ensemble des CEA des différents groupes de dispositifs. De plus, les résultats obtenus à la sous-dimension « 3. Fournir du soutien et de l'aide aux personnes accompagnées pour bien cerner leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail » positionnent cette dernière au rang 3 ou au rang 4 des compétences et connaissances les plus mobilisées par les différents groupes de dispositifs.

En revanche, concernant la sous-dimension « 11. Avoir des connaissances relatives au marché du travail », interrogeant notamment les connaissances relatives aux divers métiers et emplois, à culture d'entreprise de diverses organisations et secteurs d'activité ou encore le transfert des compétences mobilisables entre les métiers, le score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 4 positionne cette dernière sous-dimension au rang 4. Elle n'est positionnée qu'au 6^e rang selon les résultats obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs. De plus, les CEA du groupe 4 obtiennent le score moyen le plus élevé à cette sous-dimension.

De même, concernant la sous-dimension « 8. Enseigner aux personnes accompagnées comment gérer et dépasser le stigmate social ainsi que l'auto-stigmatisation », le score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 4 positionne cette dernière sous-dimension au rang 6. Elle n'est positionnée qu'au 8^e ou 9^e rang selon les résultats obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs. De plus, les CEA du groupe 4 obtiennent le score moyen le plus élevé à cette sous-dimension. Les 2 items de cette sous-dimensions auxquels les réponses des CEA des

dispositifs du groupe 4 se différencient le plus des réponses des CEA des autres groupes de dispositifs sont : « Est-ce que vous sensibilisez les personnes accompagnées aux conséquences de l'internalisation de la stigmatisation ? » et « Est-ce que vous sensibilisez les personnes accompagnées à propos de l'impact de la peur des préjugés sur leur confiance en elles lors de leur insertion au travail ? ».

Pour la grande majorité des autres sous-dimensions de l'échelle (BAKES), les CEA des dispositifs du groupe 4 obtiennent un score moyen proche des scores moyens des CEA des autres groupes de dispositifs. Cependant, les résultats obtenus à 2 des 12 sous-dimensions de l'échelle par les CEA des dispositifs du groupe 4 s'avèrent significativement inférieurs à ceux des CEA d'au moins un autre groupe de dispositifs : « 6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires »⁵¹⁷ et « 7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de santé »⁵¹⁸. Ces résultats sont cohérents avec les résultats obtenus à l'échelle IPS-25 interrogeant les mêmes principes.

L'ensemble des résultats obtenus à l'échelle BAKES, (légèrement) inférieurs aux résultats obtenus par les CEA des dispositifs des autres groupes, peuvent être en partie liés à l'expérience professionnelle (en tant que CEA) plus récente des CEA des dispositifs du groupe 4. En effet, la moyenne d'années d'expérience professionnelle (en tant que CEA) des CEA des dispositifs du groupe 4 est inférieure à celles des CEA des autres groupes de dispositifs, à l'instar du nombre d'années d'expérience professionnelle (en tant que CEA) le plus élevé parmi les CEA des différents groupes de dispositifs (2,15 ans pour les CEA des dispositifs du groupe 4 et plus de 4 ans⁵¹⁹ pour les CEA des autres groupes de dispositifs).

Au regard de l'ensemble de ces résultats, il nous semble que la fréquence des compétences mobilisées relevant de la levée de l'auto-stigmatisation des personnes distingue les CEA de ce groupe des CEA des autres groupes de dispositifs.

⁵¹⁷ Score moyen significativement inférieur au score moyen des dispositifs du groupe 3.

⁵¹⁸ Score moyen significativement inférieur au score moyen des dispositifs du groupe 2.

⁵¹⁹ Au moment de la passation de l'échelle, c'est-à-dire au cours de l'année 2020 pour la grande majorité des CEA et jusque juin 2021 pour certains afin de permettre une plus grande participation des CEA à l'étude en respectant le critère d'inclusion d'1 an minimum d'exercice en tant que CEA.

3.3. Une augmentation significative de la motivation à trouver un emploi et des aménagements des modalités de travail disponibles sur le lieu de travail des personnes accompagnées

Les résultats de la passation du questionnaire relatif aux « aspects sociodémographiques et auto-diagnostic déclaré » auprès des personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) des dispositifs du groupe 4 (N=8) s'avèrent un peu moins homogènes avec les résultats des personnes accompagnées par les autres groupes de dispositifs. En premier lieu, le nombre de personnes ayant souhaité participer à l'étude est plus faible que celui des autres groupes de dispositifs⁵²⁰. 100% des personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) sont des hommes⁵²¹, leur moyenne d'âge égale à 33,5 ans est la plus faible⁵²², 75% des personnes avaient déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie avant leur entrée dans le dispositif et 63% d'entre elles consultaient un psychiatre au moins une fois par mois à leur entrée dans le dispositif. Comme précisé précédemment, le pourcentage de personnes ayant déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie est nettement supérieur parmi les personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) par les dispositifs du groupe 4 que parmi les personnes accompagnées par les dispositifs des groupes 2 et 3 (respectivement 52,9% et 52,6%).

Concernant les résultats obtenus aux différentes échelles à dimensions professionnelles et cliniques à l'entrée dans le dispositif⁵²³ (temps 1) par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 4 (N=8), quelques différences ont été observées en comparaison avec les résultats obtenus par les personnes accompagnées des autres groupes de dispositifs. D'une part, elles obtiennent un score moyen inférieur à celui des personnes des dispositifs des autres groupes à l'échelle de motivation pour trouver un emploi (moyenne = 5,91/7)⁵²⁴ et un score moyen plus élevé à l'échelle des obstacles perçus à l'insertion au travail. D'autre part, elles obtiennent des scores moyens plus faibles aux échelles de « bien-être » (WEMWBS) et de rétablissement (RAS-24)⁵²⁵. Par ailleurs, concernant le degré d'alliance de travail perçu de la

⁵²⁰ Cependant, la part de personnes participant à l'étude sur l'ensemble des personnes accompagnées par le groupe de dispositifs (6%) est équivalente voire supérieure à celles des autres groupes de dispositifs.

⁵²¹ de 58% à 64% pour les autres groupes de dispositifs.

⁵²² (de 36,5 à 42,4 ans pour les autres groupes de dispositifs) et significativement inférieure à la moyenne d'âge des personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 3.

⁵²³ depuis le mois de mai 2019 jusqu'au mois de juin 2021.

⁵²⁴ Et significativement inférieur au score moyen des dispositifs du groupe 2.

⁵²⁵ Nous avons observé une tendance quant au score moyen obtenu à l'échelle RAS-24 par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 4 inférieur à celui des personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 ($p = 0,051$).

part des CEA et de la part des personnes accompagnées au début de leur accompagnement, à l'inverse des résultats obtenus par les autres groupes de dispositifs, le score moyen obtenu par les CEA est (légèrement) supérieur au score moyen obtenu par les personnes qu'ils accompagnent.

En termes de résultats d'insertion professionnelle, le taux d'insertion professionnel à 6 mois de ces personnes accompagnées est de 71,4% et de 83,3% à 1 an. Leur taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) est égal à 40,0%. Par ailleurs, 12,5% des personnes sont sorties des dispositifs à 6 mois d'accompagnement (au temps 2) et 25,0% à 1 an (au temps 3), taux de sorties proches des dispositifs du groupe 3 et nettement en deçà de ceux des dispositifs des groupes 2 et 5.

Concernant les résultats obtenus par les personnes accompagnées toujours à la recherche d'un emploi après 6 mois d'accompagnement (temps 2), deux différences notables ont été observées précédemment (en comparaison avec les résultats obtenus par les personnes des autres groupes de dispositifs). D'une part, leur motivation à trouver un emploi augmente significativement entre l'entrée dans le dispositif des personnes et après 6 mois d'accompagnement. D'autre part, le score moyen obtenu à l'échelle de « bien-être » (WEMWBS) après 6 mois d'accompagnement est supérieur à celui obtenu à l'entrée dans le dispositif⁵²⁶. En revanche, pour celles toujours à la recherche d'un emploi après 1 an d'accompagnement, leur motivation semble diminuer durant le second semestre de l'accompagnement.

Concernant les personnes accompagnées en emploi au temps 2 (à 6 mois d'accompagnement par le dispositif), nous n'avons pas observé d'évolution notable des résultats obtenus aux différentes échelles entre l'entrée dans le dispositif et après 6 mois d'accompagnement. En revanche pour les personnes en emploi au temps 3 (après 1 an d'accompagnement), nous avons observé une augmentation significative des résultats obtenus à l'échelle de rétablissement entre les temps 1 et 3.

Enfin, les résultats obtenus aux différentes échelles relatives à l'expérience des personnes accompagnées en emploi au cours de l'étude indiquent une proportion plus importante d'aménagements de travail et de soutiens disponibles en entreprise pour les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 4 que pour les personnes accompagnées par les dispositifs des groupes 2 et 3. De plus, concernant les aménagements des modalités de travail disponibles, le score moyen obtenu est le plus élevé parmi ceux obtenus par les personnes accompagnées des différents groupes de dispositifs.

⁵²⁶ Nous avons observé une tendance ($p = 0,052$).

Par ailleurs, à la question préliminaire du questionnaire (WANSS) « Avez-vous demandé lors de votre embauche, vous-même ou votre CEA, des aménagements de travail pour le poste que vous occupez ? », 40% des personnes ont répondu positivement alors qu'aucune n'a répondu positivement parmi les personnes des dispositifs des groupes 2 et 3. Les scores moyens obtenus à 2 des 6 sous-dimensions de l'échelle WANSS sont les plus élevés parmi les différents groupes de dispositifs : « Flexibilité des horaires » (moyenne = 60%) et « Environnement de travail »⁵²⁷ (moyenne = 62,86%). En revanche concernant la sous-dimension « Présence du CEA sur le lieu de travail », le score moyen obtenu par les personnes des dispositifs du groupe 4 est inférieur aux scores moyens obtenus par les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes⁵²⁸. En effet, pour ces personnes, le CEA n'était pas présent lors de leur entretien d'embauche et peu de rencontres ont eu lieu entre le.la CEA, la personnes accompagnée et le.la supérieure.

Les résultats obtenus à l'échelle de qualité de vie (subjective) au travail indiquent un niveau de satisfaction globale des personnes accompagnées (moyenne globale = 3,20/4) supérieur à celui des personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 3. Plus spécifiquement, elles sont les plus satisfaites de leurs tâches de travail, elles obtiennent le score moyen le plus élevé à cette sous-dimension (moyenne = 3,45/4)⁵²⁹.

En résumé, les résultats obtenus par les dispositifs du groupe 4 indiquent un degré de fidélité convenable à la méthodologie IPS avec la mise en œuvre de 5 des 8 grands principes à un degré de fidélité élevé dont 3 considérés comme de degré « exemplaire ». Ces dispositifs sont caractérisés par le respect de la préconisation du modèle IPS concernant le nombre limité de personnes accompagnées par CEA (20 personnes maximum). Leur expérience de la pratique de l'Emploi Accompagné est plus récente que celle des dispositifs des autres groupes, ce qui peut expliquer en partie des scores modérément inférieurs obtenus à l'échelle des comportements, connaissances et attitudes (BAKES) des CEA. Toutefois, les résultats obtenus par les personnes accompagnées par ces dispositifs (ayant souhaité participer à l'étude) indiquent des évolutions favorables quant à leur « bien-être », leur motivation à trouver un emploi et pour celles qui obtiennent un emploi, une amélioration significative de leur score à l'échelle de rétablissement.

⁵²⁷ et significativement supérieur au résultat moyen obtenu par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 2.

⁵²⁸ Et significativement inférieur aux scores moyens obtenus par les personnes accompagnées des dispositifs des groupes 5 et 3.

⁵²⁹ Et significativement supérieur au score moyen obtenu par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 3 (moyenne = 2,58/4).

Aussi, les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 4 obtenant un emploi au cours de l'étude, exercent leur fonction sur un lieu de travail leur offrant davantage de possibilités d'aménagements des modalités de travail. Par ailleurs, elles sont les plus satisfaites de leurs tâches de travail.

C'est pourquoi nous proposons de dénommer ce groupe de dispositifs « fidélité convenable à la méthodologie IPS avec une attention particulière portée sur les aménagements des modalités de travail des personnes accompagnées ».

4. Bonne fidélité à la méthodologie IPS avec une forte coopération entre les CEA et le coordinateur du dispositif sollicitant l'implication des professionnels partenaires du réseau de la personne accompagnée (7 structures)

Ce groupe de 7 dispositifs correspond au groupe 5 précédemment identifié. Nous résumons dans cette partie les résultats observés relatifs à ce groupe de dispositifs, résultats et observations nous ayant conduit à proposer cette dénomination.

Le groupe 5 est composé exclusivement de dispositifs conventionnés (ARS) à l'exception d'un dispositif. L'ensemble des dispositifs ont débuté leur pratique de l'Emploi Accompagné depuis la période d'expérimentation nationale en 2015 ou avant cette période. Certains des dispositifs avaient déjà commencé à accompagner des personnes en situation de handicap psychique dans leur insertion professionnelle en milieu ordinaire selon le modèle « *Place and train* » grâce aux fonds propres de l'association et/ou de financements européens⁵³⁰. 2 des 7 dispositifs accompagnent essentiellement des personnes en situation de handicap psychique⁵³¹. Les 5 autres dispositifs accompagnent des personnes en situation de handicap psychique (de 29% à 66%), des personnes en situation de handicap mental (de 15 à 68%), des personnes dont la situation de handicap relève des troubles du spectre autistique (de 4% à 11%). Concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (N=334), les résultats moyens globaux déclarés par les dispositifs de ce groupe en termes d'insertion professionnel sont inférieurs aux des résultats déclarés par les dispositifs des autres groupes. Le taux moyen

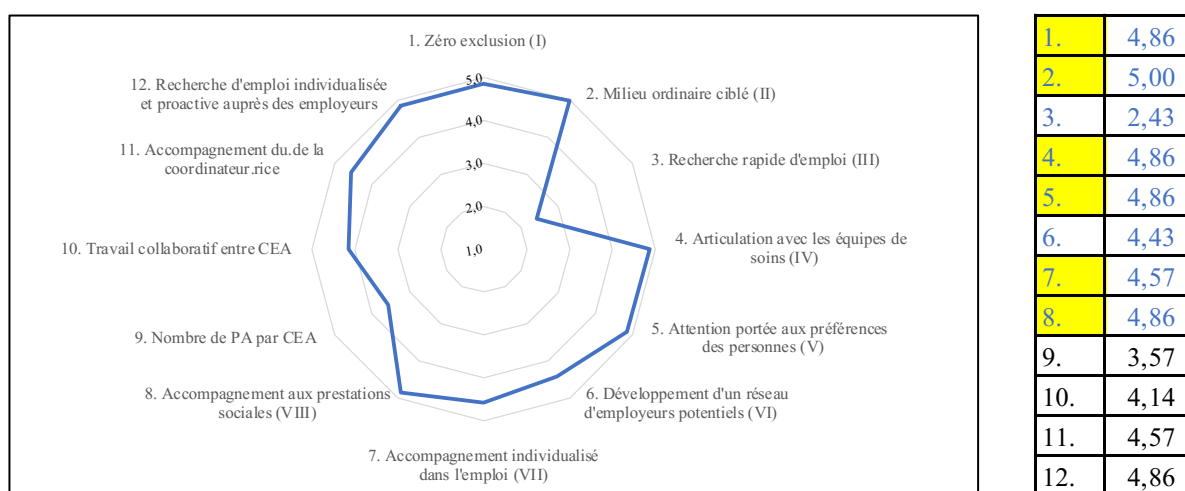
⁵³⁰ Subventions du Fond Sociale Européen (FSE).

⁵³¹ de 93% à 100 des personnes accompagnées par les dispositifs.

d'insertion professionnelle à 1 an est égal à 45,5%, légèrement inférieur à celui déclaré par les dispositifs du groupe 4 (47,6%) et le taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) à 47,4%⁵³².

4.1. « Bon » degré de fidélité dans la mise en œuvre de 7 des 8 grands principes IPS dont 6 de degré « exemplaire » avec une forte coopération entre les CEA et le coordinateur du dispositif

Le score global moyen obtenu à l'échelle IPS-25 par ce groupe de dispositifs indique un degré de fidélité à la méthodologie IPS « bonne », supérieur à ceux des autres groupes de dispositifs (102/125)⁵³³. Nous présentons à nouveau ci-dessous le graphique illustrant les principales caractéristiques IPS des dispositifs du groupe 5.



7 des 8 grands principes ont été mis en œuvre avec un degré de fidélité très élevé, les dispositifs obtenant un score moyen proche voire égal au score maximum de l'échelle aux variables relatives à ces principes :

- « Zéro exclusion (I) » (score moyen = 4,86), score moyen le plus élevé parmi les différents groupes de dispositifs⁵³⁴ ;
- « Milieu ordinaire ciblé (II) » (score moyen = 5,00), score moyen le plus élevé parmi les différents groupes de dispositifs⁵³⁵ ;
- « Articulation avec les équipes de soins (IV) » (score moyen = 4,86), score moyen le plus élevé parmi les différents groupes de dispositifs ;

⁵³² Au 31 décembre 2020.

⁵³³ Significativement supérieur au score moyen obtenu par les dispositifs du groupe 4 et significativement ou tendanciellement supérieur aux scores moyens des autres groupes en considérant les résultats obtenus à l'échelle IPS-25 version FR.

⁵³⁴ et significativement supérieur au score moyen des dispositifs du groupe 3.

⁵³⁵ et significativement supérieur aux scores moyens des dispositifs des autres groupes.

- « Attention portée aux préférences des personnes (V) » (score moyen = 4,86) ;
- « Développement d'un réseau d'employeurs potentiels (VI) » (score moyen = 4,43)⁵³⁶ ;
- « Accompagnement individualisé dans l'emploi (VII) » (score moyen = 4,57) ;
- « Accompagnement aux prestations sociales (VIII) » (score moyen = 4,85), score moyen le plus élevé parmi les différents groupes de dispositifs⁵³⁷.

Le seul principe pour lequel les dispositifs du groupe 5 éprouvent des difficultés dans sa mise en œuvre à un haut degré de fidélité est le principe « Recherche rapide d'emploi (III) » (moyenne = 2,43/5).

Les dispositifs de ce groupe accueillent et accompagnent toutes les personnes qui expriment le souhait de travailler en milieu ordinaire⁵³⁸ (« Zéro Exclusion (I) »). Ils engagent de nombreuses actions de sensibilisation et de communication au sujet de l'Emploi Accompagné auprès des publics cibles⁵³⁹, d'acteurs partenaires institutionnels, de l'association porteuse du dispositif ou encore auprès d'entreprises (« Milieu Ordinaire ciblé (II) »). Une part importante des associations porteuses des dispositifs de ce groupe ont établi des partenariats (soutenus par des conventions) avec les services de psychiatrie des centres hospitaliers locaux⁵⁴⁰. Pour la grande majorité des dispositifs de ce groupe, leur pratique est articulée avec celle des équipes de soins, qui peuvent par exemple, le cas échéant, adapter le traitement des personnes lors d'une nouvelle situation d'emploi ou bien encore apporter un appui aux équipes du dispositif lorsque ces dernières ont alerté au sujet d'une dégradation de l'état de santé d'une personnes accompagnée (« Articulation avec les équipes de soins (IV) »). Une grande attention est portée aux préférences et intérêts professionnels des personnes (et leur réactualisation) au cours de leur accompagnement, depuis les premiers entretiens de la personne avec le/la CEA à l'entrée dans le dispositif et tout au long de leur parcours professionnel (« Attention portée aux préférences des personnes (V) »). Les dispositifs poursuivent leurs efforts dans le développement du réseau d'employeurs potentiels (VI). L'accompagnement est individualisé dans l'emploi (VII). Concernant le principe « Accompagnement aux prestations sociales (VIII) », la plupart des dispositifs disposent de partenaires spécialistes qu'ils peuvent solliciter aisément lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes en mesure de répondre aux situations complexes de certaines personnes accompagnées au sujet de l'évolution éventuelle de leurs droits (aux prestations sociales).

⁵³⁶ Score moyen significativement supérieur aux scores moyens des dispositifs des groupes 2 et 4.

⁵³⁷ et significativement supérieur au score moyen des dispositifs du groupe 2.

⁵³⁸ Ayant reçu une notification de la MDPH.

⁵³⁹ Notamment au sein de GEM, de CRP de CMP ou d'ESAT.

⁵⁴⁰ depuis le début des années 2000 pour certaines.

Par ailleurs, en supplément d'être le groupe de dispositifs ayant mis en œuvre le plus grand nombre des 8 grands principes IPS (7 sur 8) avec un degré de fidélité élevé, ces dispositifs sont aussi caractérisés par l'obtention de fortes valeurs aux variables de l'échelle IPS-25 : « Travail collaboratif entre CEA »⁵⁴¹, « Accompagnement du coordinateur »⁵⁴² et « Recherche d'emploi individualisée et proactive auprès des employeurs »⁵⁴³. Pour rappel, ces variables forment avec la variable « Attention portée aux préférences des personnes (V) », la combinaison de variables les plus corrélées à la composante 1 de l'ACP avec laquelle les dispositifs du groupe 5 sont caractérisés par une corrélation positive. Le score moyen le plus élevé (score moyen = 4,14/5) obtenu à la variable « Travail collaboratif entre CEA » indique que les équipes de CEA des dispositifs sont composées d'au moins 2 CEA, d'un coordinateur et qu'ils se réunissent chaque semaine pour échanger au sujet des différents accompagnements, des stratégies de recherche d'emploi et s'entraident lorsque « la charge de travail l'exige » ou bien qu'un.ne CEA est absent. Pour l'ensemble des dispositifs du groupe 5, les équipes sont composées au minimum de 3 CEA et d'un coordinateur qui se réunissent chaque semaine, en équipe au complet, sous la forme de réunions d'échange de pratiques⁵⁴⁴.

Le score moyen le plus élevé (score moyen = 4,57/5) obtenu à la variable « Accompagnement du coordinateur » indique quant à lui la présence d'un coordinateur désigné au sein des équipes des dispositifs qui accompagne les CEA dans leur pratique et leur apporte un appui pour une bonne coordination avec les autres acteurs partenaires⁵⁴⁵. Pour l'ensemble des dispositifs du groupe 5, le coordinateur accomplit l'ensemble des missions relevant des fonctions d'accompagnement (soutenu) des CEA et d'aide à la coordination avec les autres acteurs⁵⁴⁶. Par ailleurs, les dispositifs ont souligné l'importance de l'expérience professionnelle antérieure en tant que CEA des coordinateurs pour l'accompagnement des CEA de l'équipe et l'aide à la coordination avec les partenaires. Cette expérience favorise l'identification des coordinateurs aux CEA en exercice et alors une grande sensibilité et réactivité de leur part à l'égard des difficultés rencontrées par les CEA de l'équipe. Cet accompagnement de la part des

⁵⁴¹ *Organization 4* « équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec une personne encadrante ».

⁵⁴² *Organization 5* « Rôle du coordinateur ».

⁵⁴³ *Service 5* « Recherche d'emploi individualisée ».

⁵⁴⁴ A l'exception d'un dispositif du groupe 5 obtenant une note inférieure à 3/5 à l'item, dispositif que nous avons identifié sur le plan factoriel de l'ACP, éloigné du nuage de points représentant les autres dispositifs du groupe. Pour ce dispositif, les supervisions de l'ensemble de l'équipe ont lieu à une fréquence moindre qu'une fois par semaine.

⁵⁴⁵ Notamment avec la MDPH, le corps médical, la CAF et le SPE.

⁵⁴⁶ A l'exception du dispositif précédemment identifié qui n'obtient pas le score maximum à cet item, pour la même raison que précédemment évoquée, une fréquence moindre des réunions d'échange de pratique en équipe au complet.

coordinateurs aspire à maintenir un cadre soutenant à l'égard des CEA en exercice, qui peuvent alors eux-mêmes maintenir un cadre soutenant à l'égard des personnes accompagnées. Nous pouvons mettre en lien ces derniers résultats avec le constat précédemment établi dans la description des résultats de l'échelle d'alliance de travail entre les personnes accompagnées et les CEA des dispositifs du groupe 5, indiquant qu'aucune dyades « personnes accompagnées-CEA » n'étaient manquantes parmi les données relatives à la passation de l'échelle d'alliance de travail au cours des 3 temps de l'étude de ces dispositifs (contrairement aux dispositifs des autres groupes).

En outre, parmi les autres items de l'échelle IPS-25, les dispositifs du groupe 5 obtiennent le score moyen le plus élevé à 5 items de l'échelle : « Fréquence des contacts avec les employeurs », « Temps passé par les CEA à l'extérieur de leur bureau », « Formation préalable et continue des CEA », « Coordination avec le Service Public de l'Emploi », « Activités collectives proposées aux personnes accompagnées »⁵⁴⁷.

4.2. Une forte mobilisation des compétences relevant de l'implication des professionnels partenaires du réseau de la personne

Concernant le résultat moyen global obtenu à l'échelle des comportements, connaissances et attitudes (BAKES), les CEA des dispositifs du groupe 5 obtiennent un résultat (484/630) légèrement inférieur à ceux des CEA des dispositifs des groupe 2 et 3⁵⁴⁸.

Nous illustrons à l'aide du graphique ci-dessous les scores moyens obtenus par les CEA des dispositifs du groupe 5 aux différentes sous-dimensions de l'échelle BAKES. Nous les avons classés par ordre décroissant afin d'identifier les compétences et connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA des dispositifs du groupe 5. De plus, nous avons indiqué en gris les résultats obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs, pour apprécier les éventuels écarts entre les résultats obtenus. Pour chacune des sous-dimensions, la première colonne représente le score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 2 ; la deuxième, celui des CEA des dispositifs du groupe 3 ; la troisième, celui des CEA des dispositifs du groupe 4 et la quatrième, celui des CEA des dispositifs du groupe 5 (en bleu).

⁵⁴⁷ Ces trois derniers items sont, pour rappel, 3 des 4 ajouts d'items contribuant à la proposition de l'échelle IPS-25 version Fr.

⁵⁴⁸ Respectivement 495/630 et 490/630.

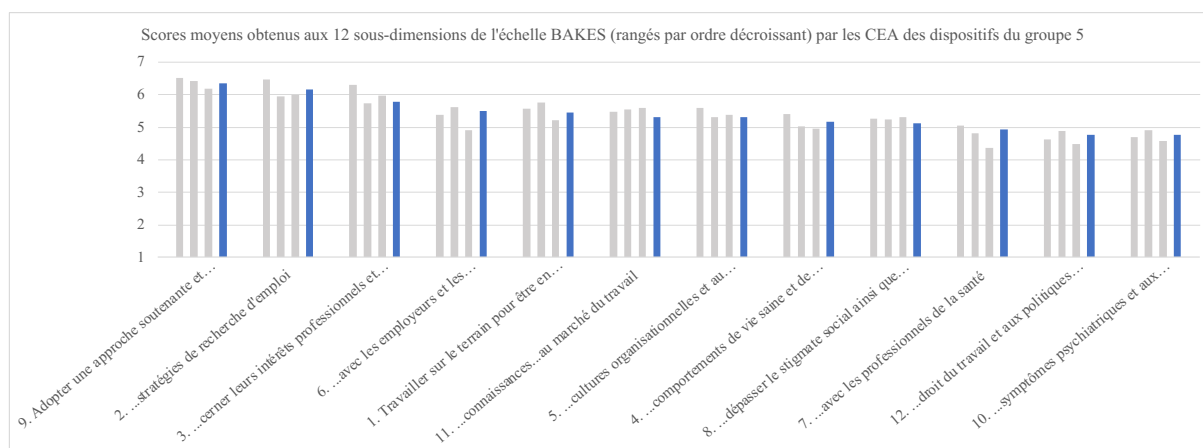


Tableau 126. Scores moyens obtenus aux 12 sous-dimensions BAKES des CEA des structures du groupe 5.

Sous-dimensions BAKES	Score / 7 (N=20)	Rang
9. Adopter une approche soutenante et centrée sur la PA	6,35	1
2. Enseigner et montrer les stratégies de recherche d'emploi	6,16	2
3. Fournir du soutien et de l'aide aux PA pour bien cerner leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail	5,78	3
6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires (RH etc.)	5,50	4
1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires	5,44	5
11. Avoir des connaissances relatives au marché du travail	5,31	6
5. Enseigner et montrer aux PA comment s'adapter aux diverses cultures organisationnelles et au marché du travail	5,30	7
4. Offrir du soutien aux PA pour adopter des comportements de vie saine et de meilleures habilités sociales	5,16	8
8. Enseigner aux PA comment gérer et dépasser le stigmate social ainsi que l'auto-stigmatisation	5,13	9
7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé	4,94	10
12. Avoir des connaissances relatives au droit du travail et aux politiques handicap	4,77	11
10. Avoir des connaissances relatives aux symptômes psychiatriques et aux services de soin et de réinsertion professionnelle	4,76	12

Les CEA des dispositifs du groupe 5 n'obtiennent pas de score moyen supérieur à ceux obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs à l'une des 12 sous-dimensions de l'échelle. Concernant 9 sous-dimensions sur 12 de l'échelle, le score moyen obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 5 est proche de la moyenne globale obtenue par les CEA des dispositifs des différents groupes⁵⁴⁹. Cependant concernant 3 sous-dimensions, les CEA des dispositifs du groupe 5 obtiennent un score moyen légèrement inférieur à ceux des CEA des autres groupes de dispositifs : « Enseigner et montrer aux personnes accompagnées comment s'adapter aux diverses cultures organisationnelles et au marché du travail », « Enseigner aux personnes accompagnées comment gérer le stigmate social et l'auto-stigmatisation », « Avoir des connaissances relatives au marché du travail »⁵⁵⁰. Nous pouvons supposer que ces plus faibles résultats, notamment relatifs aux connaissances du marché du travail, pourraient être liés en partie au fait que les CEA des dispositifs du groupe 5 exerçaient auparavant une activité

⁵⁴⁹ légèrement supérieur ou légèrement inférieur selon les sous-dimensions.

⁵⁵⁰ Pour autant les tests statistiques de comparaison avec les résultats obtenus par les CEA des dispositifs des autres groupes ne sont pas significatifs pour ces sous-dimensions.

professionnelle au sein d'organisations relevant du secteur social (50%) et très peu d'entre eux exerçaient auparavant une fonction au sein d'une entreprise (10%).

Toutefois, les résultats obtenus à la sous-dimension « 6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs et les gestionnaires » positionne cette dernière au 4^e rang des compétences et des connaissances les plus fréquemment mobilisées par les CEA des dispositifs du groupe 5. Selon les scores moyens obtenus par les CEA des autres groupes de dispositifs, cette dernière n'est positionnée qu'au 5^e, 8^e ou 9^e rang. Les CEA obtiennent par ailleurs le 2^e score moyen le plus élevé à cette sous-dimension (5,50) légèrement inférieur à celui des CEA des dispositifs du groupe 3 (5,61). Aussi, à la sous-dimension « 7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de santé », le score moyen obtenu (4,94), 2^e score moyen le plus élevé à cette sous-dimension, est légèrement inférieur au score obtenu par les CEA des dispositifs du groupe 2 (5,06). Parmi les items composant ces deux dernières sous-dimensions, les CEA des dispositifs du groupe 5 obtiennent le score moyen le plus élevé aux items suivants : « Est-ce que vous impliquez les superviseurs sur le lieu de travail des personnes accompagnées pour faciliter leur maintien en emploi ? » ; « Est-ce que vous travaillez en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire (ex. *case manager*, psychiatre) ? » ; « Est-ce que vous informez les professionnels de l'équipe traitante de comment ils peuvent aider à soutenir les personnes accompagnées dans leur insertion au travail ? » et « Est-ce que vous rencontrez les professionnels de l'équipe traitante pour vous aider à gérer les situations difficiles ? ».

Au regard de l'ensemble de ces résultats, il nous semble que la fréquence des compétences mobilisées relevant de l'implication des professionnels partenaires du réseau de la personne accompagnée distingue les CEA du groupe 5 des CEA des autres groupes de dispositifs.

4.3. Une augmentation significative des résultats obtenus à l'échelle de rétablissement par les personnes en emploi dès 6 mois d'accompagnement par les dispositifs

Les résultats de la passation du questionnaire relatif aux « aspects sociodémographiques et auto-diagnostic déclaré » auprès des personnes accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) des dispositifs du groupe 5 (N=14) s'avèrent relativement homogènes avec les résultats des autres groupes de dispositifs. Comme indiqué précédemment, nous avons toutefois observé que 78,6% des personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 (ayant souhaité participer à l'étude) avaient déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie avant l'entrée dans le dispositif, pourcentage proche du pourcentage de personnes

accompagnées (ayant souhaité participer à l'étude) par les dispositifs du groupe 4 (75,0%) et nettement supérieur à ceux des dispositifs des groupes 2 et 3 (respectivement 52,9% et 52,6%). De plus, elles sont les plus nombreuses (proportionnellement) à consulter un psychiatre au moins une fois par mois (71,4%)⁵⁵¹ et seules 7,1% d'entre elles n'en consultent pas⁵⁵².

Concernant les résultats obtenus aux différentes échelles à dimensions professionnelles et cliniques à l'entrée dans le dispositif (temps 1)⁵⁵³ par ces personnes (N=14), nous avons observé précédemment deux différences notables en comparaison avec les résultats obtenus par les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes. D'une part, à l'échelle des stratégies de recherche d'emploi utilisées, les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 ont déclaré avoir utilisé moins de stratégies de recherche d'emploi que les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes (35,7% pour les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 et plus de 50% pour les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes)⁵⁵⁴. Comme indiqué précédemment, ce résultat est cohérent avec les résultats⁵⁵⁵ obtenus aux items de l'échelle IPS-25 et de l'échelle des compétences, connaissances et attitudes des CEA (BAKES) interrogeant la mise en œuvre du même principe IPS « Recherche rapide d'un emploi (III) ». D'autre part, à l'échelle d'alliance de travail, l'écart entre la moyenne obtenue par les personnes accompagnées et celle obtenue par leur CEA est significativement supérieur aux écarts obtenus par les dyades « personnes accompagnées - CEA » des dispositifs des autres groupes. Les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 perçoivent un degré d'alliance de travail à un niveau plus élevé à l'égard des CEA que les CEA ne perçoivent à leur égard.

En termes de résultats d'insertion professionnelle, le taux d'insertion professionnel à 6 mois de ces personnes accompagnées est de 38,5% et de 62,5% à 1 an. Leur taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) est égal à 60,0%. Par ailleurs, 7,1% des personnes sont sorties des dispositifs à 6 mois d'accompagnement (au temps 2) et 42,9% à 1 an (au temps 3). Le taux de sortie à 6 mois (moyen) est le plus faible parmi les taux de sortie des dispositifs des autres groupes. En revanche, le taux de sortie à 1 an (moyen) est supérieur aux taux de sortie à 1 an des dispositifs des groupes 3 et 4.

⁵⁵¹ De 35% à 63% pour les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes.

⁵⁵² De 25% à 47% pour les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes.

⁵⁵³ En moyenne 1,5 mois après l'entrée dans le dispositif.

⁵⁵⁴ Moyenne significativement inférieure aux moyennes des personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes.

⁵⁵⁵ Significativement inférieurs aux résultats obtenus par les dispositifs des groupes 2 et 3.

Concernant les personnes toujours à la recherche d'un emploi après 6 mois d'accompagnement, leur motivation à trouver un emploi diminue significativement entre les temps 1 et 2. Concernant les personnes toujours à la recherche d'un emploi après 1 an d'accompagnement (et non sorties des dispositifs), leur degré de motivation atteint à nouveau au temps 3, un degré proche de celui déclaré au début de leur accompagnement. En revanche, le degré d'alliance de travail perçu de la part des CEA diminue significativement entre les temps 1 et 2 et celui perçu par les personnes accompagnées semble diminuer entre les temps 2 et 3. Par ailleurs, nous n'avons pas observé d'évolution notable concernant les résultats obtenus aux autres différentes échelles à dimensions professionnelles ou cliniques par ces personnes toujours à la recherche d'un emploi au cours de l'étude.

En revanche, concernant les personnes accompagnées en emploi au temps 2, nous avons observé une augmentation significative des scores obtenus à l'échelle de rétablissement (RAS-24) entre les temps 1 et 2. Ce qui n'est pas le cas des scores obtenus par les personnes accompagnées (en emploi au temps 2) des dispositifs des autres groupes. Concernant les personnes accompagnées en emploi après 1 an d'accompagnement (temps 3), nous avons observé de même une augmentation significative des scores obtenus entre les temps 1 et 3 à l'échelle de rétablissement. En outre, en considérant l'ensemble des personnes toujours accompagnées 1 an après leur entrée dans le dispositif, qu'elles occupent un emploi ou non, les résultats obtenus à l'échelle de rétablissement entre les temps 1 et 3 augmentent significativement pour l'ensemble de ces personnes, ce qui n'est pas le cas pour les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes. De plus, nous avons observé une tendance concernant la diminution entre les temps 1 et 3 des difficultés cognitives perçues par les personnes accompagnées en emploi au temps 3.

Par ailleurs, comme précisé précédemment, aucune donnée relative à l'échelle d'alliance de travail perçu de la part des CEA n'est manquante parmi les données des dispositifs du groupe 5. Aucune interruption de l'accompagnement des personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude n'a été constaté, contrairement aux dispositifs des autres groupes.

Enfin, les résultats obtenus aux différentes échelles relatives à l'expérience des personnes accompagnées en emploi au cours de l'étude indiquent une proportion plus importante d'aménagements de travail et de soutiens disponibles en entreprise pour les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 que pour les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes. De plus, concernant les soutiens (relationnels) disponibles sur le lieu de travail, le score moyen obtenu à cette dimension par ces personnes est le plus élevé

parmi ceux obtenus par les personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes⁵⁵⁶. Par ailleurs, à la question préliminaire du questionnaire (WANSS) « Avez-vous demandé lors de votre embauche, vous-même ou votre CEA, des aménagements de travail pour le poste que vous occupez ? », 67% des personnes ont répondu positivement⁵⁵⁷. Les scores moyens obtenus par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 sont les plus élevés concernant 4 des 6 sous-dimensions de l'échelle (WANSS) : « Soutien des parties prenantes » (moyenne = 88,9%), « Présence du/de la CEA sur le lieu de travail » (moyenne = 100%), « Soutien du supérieur et des collègues (moyenne = 83,3%) et « Formation sur le lieu de travail » (moyenne = 50%).

Les résultats obtenus à l'échelle de qualité de vie (subjective) au travail par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 5 indiquent un score moyen global des personnes accompagnées (3,46/4) supérieur à celui des personnes accompagnées par les dispositifs des autres groupes⁵⁵⁸. Elles obtiennent les scores moyens les plus élevés aux 2 dimensions composant l'échelle « A. Aspects intrapersonnels et interpersonnels » et « B. Aspects structurels »⁵⁵⁹.

En résumé, les résultats obtenus par les dispositifs du groupe 5 indiquent un bon degré de fidélité à la méthodologie IPS avec la mise en œuvre de 7 des 8 grands principes à un degré de fidélité élevé dont 6 considérés à un degré « exemplaire ». Ces dispositifs sont, de plus, caractérisés par un haut niveau de coopération entre les CEA et le coordinateur de l'équipe du dispositif, permettant aux CEA de bénéficier d'un cadre soutenant dans l'exercice de leur pratique, leur permettant à leur tour de soutenir ce cadre auprès des personnes accompagnées. Les CEA des dispositifs de ce groupe impliquent autant que possible, les professionnels partenaires du réseau de la personne (professionnels de la santé et superviseur sur le lieu de travail). Une part importante des associations porteuses des dispositifs de ce groupe avaient établi auparavant des partenariats (soutenus par des conventions) avec les services de psychiatrie des centres hospitaliers locaux, partenariats favorisant une bonne articulation des pratiques entre les équipes des dispositifs et les équipes médicales. Concernant les personnes

⁵⁵⁶ Et significativement supérieur au résultat obtenu par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 3.

⁵⁵⁷ Pour rappel, 40% ont répondu positivement parmi les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 4 et aucune n'a répondu positivement parmi les personnes accompagnées par les dispositifs des groupes 2 et 3.

⁵⁵⁸ Et significativement supérieur au score moyen global obtenu par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 3 (score global moyen = 2,91/4).

⁵⁵⁹ Score moyen significativement supérieur à celui obtenu par les personnes accompagnées par les dispositifs du groupe 3.

accompagnées par ces dispositifs, ayant souhaité participer à l'étude, elles sont les plus nombreuses à avoir déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie (78,6%) avant leur entrée dans le dispositif. Pour les personnes obtenant un emploi au cours de l'étude, le score moyen obtenu à l'échelle de rétablissement (RAS-24) augmente significativement et ce dès 6 mois d'accompagnement par le dispositif. Il augmente aussi significativement concernant l'ensemble des personnes (toujours) accompagnées 1 an après leur entrée dans le dispositif. Concernant l'expérience en entreprise des personnes, elles sont les plus nombreuses à avoir demandé (ou les CEA en leur nom) des aménagements de travail pour le poste occupé (67%). De plus, elles bénéficient d'une part plus importante d'aménagements de travail et de soutiens disponibles en entreprise et obtiennent le score le plus élevé à l'échelle de qualité de vie (subjective) au travail parmi les personnes accompagnées par les différents groupes de dispositifs ayant souhaité participer à l'étude.

C'est pourquoi nous proposons de dénommer ce groupe de dispositifs « Bonne fidélité à la méthodologie IPS avec une forte coopération entre les CEA et le coordinateur du dispositif sollicitant l'implication des professionnels partenaires du réseau de la personne accompagnée ».

Cinquième partie : Discussion

Dans cette dernière partie, nous mettons en évidence les principaux résultats de cette recherche évaluative portant sur le dispositif Emploi Accompagné en France, en les comparant notamment aux résultats d'autres études menées au sein de pays ayant initié le développement de cette pratique à l'aide de la méthodologie IPS.

Pour rappel, à la suite du décret relatif à la mise en œuvre de l'Emploi Accompagné en France, depuis la fin de l'année 2017 jusqu'à l'année 2019, 88 structures médico-sociales⁵⁶⁰ ont été sélectionnées dans l'ensemble des départements français pour porter le dispositif Emploi Accompagné. L'évaluation quantitative du déploiement du dispositif au sein des structures conventionnées a été confiée à l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives (ANSA). Un premier état des lieux au 31 décembre 2020 fait l'objet d'un rapport d'évaluation publié en mars 2022⁵⁶¹, couvrant la même période⁵⁶² de notre étude, avec un nombre de personnes accompagnées en situation de handicap psychique relativement similaire⁵⁶³. Par ailleurs, l'ANSA a analysé l'organisation et les méthodes d'accompagnement de 20 structures⁵⁶⁴ en les situant sur le référentiel IPS à l'aide de l'échelle IPS-25 (version française). En complément des comparaisons internationales, nous étayons nos résultats sur ceux obtenus par les évaluations de l'ANSA.

Enfin, nous discutons la signification de ces résultats et de leurs implications théoriques et pratiques sur le déploiement du dispositif en France, tout en proposant des perspectives d'amélioration pour l'évaluation de cette pratique dans le cadre de la recherche évaluative.

⁵⁶⁰ Agefiph. (2019). *Annuaire des dispositifs d'emploi accompagné conventionnés (DEAc conventionnés)*.

⁵⁶¹ ANSA (2022). *Suivi et évaluation du dispositif au 31 décembre 2020*. <https://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/nouvelle/deploiement-et-evaluation-du-dispositif-emploi-accompagne>.

⁵⁶² Les données quantitatives ont été recueillies par l'Ansa tous les 6 mois depuis le début de l'année 2018 jusqu'à la fin de l'année 2020 durant les mois de juin et de décembre de chaque année de la période.

⁵⁶³ N=1027 pour l'échantillon de notre étude dont N=721 personnes en situation de handicap psychique accompagnées par des structures conventionnées, N=971 pour l'échantillon de l'évaluation de l'ANSA.

⁵⁶⁴ ANSA (2022). *Analyse des organisations et des méthodes d'accompagnement, juin 2021*. <https://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/nouvelle/deploiement-et-evaluation-du-dispositif-emploi-accompagne>.

Chapitre 1 : Comparaisons internationales, les débuts prometteurs du dispositif et des effets notables sur le parcours des personnes accompagnées

Dans ce chapitre, nous discutons d'une part, des résultats de performance et des modalités de mise en œuvre du dispositif Emploi Accompagné par les structures participant à l'étude, notamment en les comparant aux standards internationaux et d'autre part, des effets notables de cet accompagnement sur les parcours des personnes accompagnées.

1. Des résultats probants en termes d'insertion professionnelle et de taux de maintien en emploi

1.1. Un taux d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique proche des standards internationaux IPS

Au 31 décembre 2020, selon les données déclarées par les structures participant à l'étude, 51% (N=1027) des personnes accompagnées en situation de handicap psychique (PSHP), ont connu une période⁵⁶⁵ en emploi au cours de la première année de leur accompagnement par le dispositif Emploi Accompagné. Ce résultat confirme à nouveau que **les personnes en situation de handicap psychique peuvent s'insérer professionnellement en milieu ordinaire de travail en France** et que l'efficacité de cette pratique ne semble pas relever d'un contexte politique ou économique spécifique⁵⁶⁶. Par ailleurs, ce taux d'insertion professionnelle des PSHP est proche de celui publié dans le rapport d'évaluation nationale de l'ANSA, dans lequel est indiqué que 57% des PSHP (N=971)⁵⁶⁷ ont accédé à un emploi sur la même période, au 31 décembre 2020.

Ces résultats sont cohérents avec les résultats indiqués dans une méta-analyse récente menée par Bond et ses collègues⁵⁶⁸ portant sur les données d'insertion professionnelle de 28 essais

⁵⁶⁵ Au moins un jour.

⁵⁶⁶ B. Brinchmann, T. Widding-Havneraas, M. Modini, M. Rinaldi, C. Moe, D. Mcdaid, A. Park, E. Killackey, S. Harvey & A. Mykletun, « A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 2020, p. 206-220.

⁵⁶⁷ https://www.solidarites-actives.com/sites/Ansa_DGCS_EmploiAccompagne_RapportEvaluation2021_V1.pdf, p. 123.

⁵⁶⁸ G. Bond, R.E. Drake & D.R. Becker, « An update on Individual Placement and Support », *World Psychiatry*, 19, 2020, p. 390-391.

contrôlés randomisés⁵⁶⁹ évaluant l'efficacité des services d'insertion professionnelle proposés aux personnes *with serious mental illness* (avec un trouble mental sévère)⁵⁷⁰. Dans cette dernière étude, le taux d'insertion professionnelle des PSHP des structures IPS, pour lesquelles un « bon » degré de fidélité⁵⁷¹ à la méthodologie IPS a été évalué, est égal à 55% (N=6468). Nous pouvons considérer que le **taux d'insertion professionnelle des PSHP de notre étude (51%) est proche des standards internationaux (55%)**.

Par ailleurs, à l'exception d'un essai de la méta-analyse, effectué en Chine, dans l'ensemble des pays, le taux d'insertion professionnelle obtenu par le groupe de structures IPS est significativement doublement supérieur à celui obtenu par les groupes de contrôle (composés de services de soutien à l'emploi pour les PSHP autres que les services IPS). Nous aurions souhaité pouvoir comparer nos résultats avec ceux obtenus par d'autres types de dispositifs d'accompagnement des PSHP en milieu ordinaire de travail en France mais ces données n'étaient pas disponibles durant la période de notre étude.

Toutefois, nous pouvons comparer le taux d'insertion professionnelle des PSHP obtenu lors d'une précédente étude évaluative⁵⁷² portant sur 3 structures expérimentales d'Emploi Accompagné en France pour des PSHP au résultat d'une étude antérieure⁵⁷³ portant sur des ESAT de transition portés par cette même association. L'étude portant sur les structures expérimentales indique un taux d'insertion professionnelle des PSHP, sur une période de 12 mois, égal à 61,5% (N=109). Le taux d'insertion professionnelle des PSHP en milieu ordinaire de travail au sein des « travailleurs sortants » des ESAT de transition était de 30% (N=700)⁵⁷⁴. Nous pouvons constater, qu'après l'adoption de la méthodologie IPS, relevant du **modèle « *place and train* »**, les structures de cette association, expérimentée depuis près de 40 ans dans l'accompagnement des PSHP en milieu ordinaire de travail, ont observé un **taux d'insertion professionnelle des PSHP (61,5%) doublement supérieur** à celui observé par les structures adoptant le **modèle « *train and place* » (30%)**.

⁵⁶⁹ méthodologie IPS vs pratiques traditionnelles.

⁵⁷⁰ désignées en France comme « personnes en situation de handicap psychique ».

⁵⁷¹ Le bon degré de fidélité évalué à l'aide de l'échelle IPS-25 a été atteint dès le début de la période d'évaluation ou du moins à la fin de cette période.

⁵⁷² M.-G. Marec & B. Pachoud, « Évaluation des pratiques d'emploi accompagné : méthodologie et premières données concernant 3 dispositifs d'emploi accompagné de MESSIDOR en 2016 », *Pratiques en santé mentale*, 64, 2018, p. 35-42.

⁵⁷³ I. De Pierrefeu, M. Corbière & B. Pachoud, « Les accompagnants à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap psychique au sein des ESAT de transition Messidor », *Santé mentale au Québec*, 42, 2017, p. 155-171.

⁵⁷⁴ Ibid.

Concernant les personnes en situation de handicap mental (PSHM) accompagnées par les structures de notre étude, 49% d'entre elles (N=216) ont obtenu un emploi sur la période étudiée. Nous ne pouvons pas comparer ce résultat à ceux obtenus par d'autres études IPS, ces dernières n'incluant pas dans leurs publications les résultats obtenus par les structures accompagnant ce public. En revanche, nous pouvons le comparer au taux d'insertion professionnelle des PSHM publié dans le rapport de l'évaluation de l'ANSA relatif à la même période. Il est égal à 68% (N=324), nettement supérieur au résultat de notre étude pour ce public. Cet écart (49% vs 68%) pourrait être expliqué en partie par le fait qu'une plus grande part des PSHM composant l'échantillon de l'évaluation de l'ANSA (N=324) est accompagnée par des structures dédiées exclusivement ou majoritairement à l'accompagnement des PSHM et de ce fait, plus expérimentées pour l'accompagnement de ce public.

Nous nous étions déjà interrogés, au cours de l'étude exploratoire⁵⁷⁵, au sujet d'une éventuelle **spécificité de l'accompagnement** des personnes selon la nature de leur situation de handicap. A l'aide d'une étude qualitative menée auprès des conseillers en emploi accompagné (CEA) et des personnes accompagnées (PA), nous avons identifié différentes postures adoptées par les CEA ainsi que différentes compétences spécifiques mobilisées selon la nature de la situation de handicap (psychique ou mental) de la PA. Ces dernières avaient notamment été acquises au cours de formations différenciées selon la nature de la situation de handicap de la PA ainsi qu'au cours d'expériences variées de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, propres à chaque CEA.

En considérant les résultats de ces différentes études, nous pouvons formuler l'hypothèse selon laquelle la performance en termes de taux d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap des structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné serait favorisée par leur spécificité dans l'accompagnement des personnes **selon la nature de leur situation de handicap**. En outre, un des leviers d'efficacité de la pratique de l'emploi accompagné identifié par les structures participant à l'étude est la coordination des conseillers avec le **réseau de la personne**⁵⁷⁶ et notamment avec les acteurs du sanitaire pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Nous pouvons supposer que cette « mise en réseau »⁵⁷⁷ avec les psychiatres ou les services de psychiatrie locaux est favorisée par les actions de sensibilisation et de coopération menées par l'ensemble de l'équipe de la structure.

⁵⁷⁵ https://nexem.fr/sites/default/files/uploads/2017/06/rapport_Nexem_emploi-accompagne_VV_Num.pdf, p.83.

⁵⁷⁶ Se référer aux résultats de l'étude qualitative sur les leviers d'efficacité identifié par les structures p. 111.

⁵⁷⁷ G. Poutout, « Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens », *Sociologies pratiques*, 11, 2005, p. 33-54.

1.2. Un taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) supérieur pour les personnes accompagnées par des conseillers en emploi formés à la méthodologie IPS

Selon les données déclarées par les structures, le **taux de maintien en emploi (au moins 6 mois)** des PSHP sur la période de notre étude est égal à **62%** (N=527). Dans la littérature scientifique, peu de résultats sont disponibles concernant le maintien en emploi des PSHP accompagnées par des structures IPS. Une récente méta-analyse hollandaise⁵⁷⁸, précise que les personnes accompagnées par des structures IPS se maintiennent en emploi en milieu ordinaire durant une période plus longue⁵⁷⁹ que celles accompagnées par d'autres types de structures. Une autre récente revue de la littérature américaine⁵⁸⁰ indique une période de maintien en emploi des PSHP accompagnées par des structures IPS variant de 10 semaines à plus d'un an selon les études. L'évaluation du taux de maintien en emploi des PSHP accompagnées par des structures IPS est peu standardisée⁵⁸¹. La plupart des études IPS calculent des résultats en termes de maintien en emploi en comptabilisant des moyennes d'heures ou de semaines travaillées de l'ensemble des personnes accompagnées par les structures. Nous souhaitons à l'origine recueillir ce type de données (heures et semaines travaillées) mais dans la pratique, ces données n'étaient pas disponibles pour de nombreuses structures participant à notre étude. Nous aurions aussi souhaité comparer le taux de maintien en emploi des PSHP de notre étude à celui de l'évaluation de l'ANSA menée sur la même période, hélas, dans ce rapport, cet indicateur n'est pas distingué selon la nature de la situation de handicap des personnes accompagnées. Seul un indicateur global du taux de maintien en emploi à 6 mois, égal à 62% (N=1765) est mentionné. Toutefois, nous pouvons observer que ce taux est égal au taux de maintien en emploi des PSHP de notre étude (N=527) et légèrement inférieur à celui des PSHM de 66% (N=106).

A notre connaissance, les études IPS n'indiquent pas la proportion du nombre de personnes accompagnées ayant maintenu leur activité professionnelle sur une période donnée hormis une étude sur le déploiement national de l'Emploi Accompagné aux Pays-Bas (selon la

⁵⁷⁸ Y. Suijkerbuijk, J. Hoving F. & Schaafsma, « Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness », *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 26(7), 2018, p. 365-367.

⁵⁷⁹ de 12 à 17 semaines supplémentaires.

⁵⁸⁰ R. Kern, R. Zarate, S. Glynn, L. Turner, K. Smith, S. Mitchell, C. Sugar, M. Bell, R. Liberman, A. Kopelowicz M. & Green, « Improving Work Outcome in Supported Employment for Serious Mental Illness : Results From 2 Independent Studies of Errorless Learning », *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 2017, p. 38-45.

⁵⁸¹ M. Corbière, P. Villotti & B. Pachoud, « Chapitre 12. Maintien en emploi avec un trouble psychique : Une synthèse des écrits », *Psychologie et carrières : Modèles, concepts et analyses de la psychologie du travail et des organisations*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2022, p. 221-240.

méthodologie IPS)⁵⁸². Sur la période 2016-2017, 61% des PSHP ayant obtenu un emploi au cours des 2 précédentes années ont maintenu leur emploi sur une période d'au moins 6 mois. Ce taux est sensiblement égal à celui des structures participant à notre étude, probablement en raison d'un contexte de déploiement de l'Emploi Accompagné aux Pays-Bas proche de celui de la France⁵⁸³ avec un degré de fidélité à la méthodologie IPS (score IPS-25= 92,7/125 ; écart-type=12,7) légèrement inférieur au degré de fidélité des structures participant à notre étude (score IPS-25=98,6 ; écart-type=10,3).

Par ailleurs, d'autres études avec lesquelles il est possible de comparer nos résultats en termes de maintien en emploi à 6 mois des PSHP sont les précédentes études évaluatives portant sur les structures expérimentales d'Emploi Accompagné en France. Dans l'étude exploratoire⁵⁸⁴, le taux de maintien en emploi (au moins 6 mois) des PSHP était de 52% (N=28) et celui des PSHM de 67% (N=9). Dans la seconde étude⁵⁸⁵, ce taux était égal à 55% (N=67). Les échantillons de personnes accompagnées sont très modestes dans ces deux dernières études. Toutefois, nous pouvons observer que ces taux sont nettement inférieurs au taux de maintien en emploi des PSHP égal à 62% (N=527) de notre étude. Nous constatons ainsi **une amélioration du taux de maintien en emploi à 6 mois des PSHP** accompagnées par les structures portant le dispositif Emploi Accompagné en France depuis sa mise en œuvre à titre d'expérimentation.

Enfin, selon les données déclarées⁵⁸⁶ par les structures participant à notre étude, le taux de maintien en emploi à 6 mois (74,6%) des PSHP accompagnées par des **conseillers en emploi ayant reçu auparavant une formation IPS** (N=10) est significativement supérieur à celui des PSHP accompagnées par des CEA (N=19) n'ayant pas (encore) suivi cette formation⁵⁸⁷. Nous pouvons supposer que le suivi de la formation IPS par les conseillers en emploi a contribué à

⁵⁸² J. Van Weeghel, C. Bergmans, C. Couwenbergh, H. Michon & L. De Winter, « Individual Placement and Support in the Netherlands : Past, Present, and Future Directions », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1), 2020, p. 24-31.

⁵⁸³ La méthodologie IPS est utilisée depuis 2010 aux Pays-Bas, 5 centres de santé mentale en 2014 avaient adopté la méthodologie IPS, 29 en 2018, 2100 personnes accompagnées à la fin de l'année 2017.

⁵⁸⁴ B. Pachoud, M.-G. Marec, M. Corbière, *Étude évaluative de cinq dispositifs d'emploi accompagné pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental (GPS emploi / Fegapei -Nexem)*, 2017, https://nexem.fr/app/uploads/2017/06/rapport_Nexem_emploi-accompagne_VV_Num.pdf.

⁵⁸⁵ M.-G. Marec & B. Pachoud, « Évaluation des pratiques d'emploi accompagné : méthodologie et premières données concernant 3 dispositifs d'emploi accompagné de MESSIDOR en 2016 », *Pratiques en santé mentale*, 64, 2018, p. 35-42.

⁵⁸⁶ Certaines structures ont déclaré des données globales relatives aux accompagnements, d'autres ont déclaré les données pour chaque CEA (anonymisées) relatives à l'accès à l'emploi et au maintien en emploi des personnes accompagnées.

⁵⁸⁷ [t (27) = 1,827 ; p = 0,04]. Se référer à la p. 166.

l'amélioration du taux de maintien en emploi à 6 mois des PSHP observée depuis les précédentes études portant sur les structures expérimentales d'Emploi Accompagné en France. Selon de précédentes études IPS⁵⁸⁸, la performance des structures en termes d'insertion professionnelle des PSHP est corrélée au degré de fidélité à la méthodologie IPS⁵⁸⁹ de la structure. Ce résultat n'est pas confirmé dans notre étude, probablement en raison de la relative homogénéité des résultats obtenus par les différentes structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné.

Selon une étude plus récente menée aux Pays-Bas⁵⁹⁰, la première à avoir observé la corrélation au cours d'une étude longitudinale⁵⁹¹ entre la fidélité des structures à la méthodologie IPS et leurs résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi, c'est l'augmentation du degré de fidélité de la structure qui serait corrélée à l'augmentation de ses résultats en termes de performance.

Dans l'étude multiniveaux de Corbière et ses collègues⁵⁹² portant sur l'évaluation de 24 structures de soutien à l'emploi en milieu ordinaire de PSHP au Canada, sur les compétences mobilisées par les CEA (N=97) et sur une série de variables sociodémographiques et cliniques relatives aux personnes accompagnées (N=489), seules certaines variables concernant les CEA et les personnes accompagnées se sont avérées prédictives de l'obtention d'un emploi des personnes accompagnées. Les résultats de cette dernière étude confirment le rôle central du conseiller en emploi dans l'insertion professionnelle des PSHP. Les compétences des CEA relatives à leur « travail sur le terrain » (sous-dimension de l'échelle BAKES), les stratégies de recherche d'emploi utilisées par les CEA et/ou les personnes accompagnées, et le degré d'alliance de travail perçu par les conseillers en emploi (CEA) à l'égard des personnes accompagnées (PA) sont des variables significativement prédictives de l'obtention d'un emploi des personnes accompagnées.

⁵⁸⁸ D. Becker, J. Smith, B. Tanzman, R. Drake & T. Tremblay, « Fidelity of Supported Employment Programs and Employment Outcomes », *Psychiatric Services*, 52(6), 834, 2001 ; D. Becker, H. Xie, G. McHugo, J. Halliday & R. Martinez, « What Predicts Supported Employment Program Outcomes ? », *Community Mental Health Journal*, 42(3), 2006, p. 303-313 ; S. Kim, G. Bond, D. Becker, S. Swanson & S. Langfitt-Reese, « Predictive validity of the Individual Placement and Support fidelity scale (IPS-25): A replication study », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 43(3), 2015, p. 209-216.

⁵⁸⁹ Mesuré à l'aide de l'échelle IPS-25.

⁵⁹⁰ L. De Winter, C. Couwenbergh, J. Van Weeghel, C. Bergmans & G. Bond, « Fidelity and IPS : does quality of implementation predict vocational outcomes over time for organizations treating persons with severe mental illness in the Netherlands ? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(12), 2020, p. 1607-1617.

⁵⁹¹ De 2014 à 2019.

⁵⁹² M. Corbière, T. Lecomte, D. Reinhartz, B. Kirsh, E. Latimer, P. Goering, N. Lancot, M. Menear, D. Berbiche, K. Genest, E. Goldner, « Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205, 4, 2017, p. 275-282.

Les résultats de notre étude longitudinale sont **cohérents avec les modèles prédictifs préexistants** de l'étude de Corbière et ses collègues. Nous avons observé rétrospectivement une plus grande variété de stratégies de recherche d'emploi utilisées par les personnes accompagnées ayant accédé à un emploi au cours des 6 premiers mois d'accompagnement⁵⁹³ ainsi qu'un plus haut degré d'alliance de travail perçu par les conseillers en emploi à leur égard⁵⁹⁴.

En ce qui concerne les compétences des CEA, nous développons notre analyse à la suite dans la prochaine sous-partie.

2. Une implication accrue des différents acteurs du réseau de la personne accompagnée

Comme évoqué précédemment, certaines structures participant à notre étude n'ont transmis qu'une déclaration globale des données de l'équipe de CEA relatives à la performance en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées. Il ne nous a pas été possible de mener des analyses prédictives sur les résultats de performance en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des PA en fonction des résultats obtenus par les CEA aux différentes sous-dimensions de l'échelle des compétences (BAKES). Toutefois, nous pouvons comparer les résultats obtenus par les CEA de l'étude aux différentes sous-dimensions de l'échelle (BAKES) aux résultats obtenus par les CEA participant à l'étude exploratoire et à ceux obtenus par des CEA exerçant au Canada et aux Pays-Bas.

2.1. Une progression du niveau de compétences des conseillers en emploi accompagné

Dans l'étude relative aux compétences mobilisées par les CEA au Canada et aux Pays-Bas⁵⁹⁵, le taux moyen d'insertion professionnelle des personnes accompagnées par les structures est égal à 43% à 6 mois, proche des taux observés dans les études menées au Japon, aux Pays-Bas ou précédemment au Canada. Les auteurs précisent une certaine stabilité dans les études de ce taux à 6 mois, à 12 mois et à 18 mois. Ce taux est inférieur au taux d'insertion professionnelle à 18 mois des personnes accompagnées déclarées par les structures participant à notre étude

⁵⁹³ notamment relatives à 3 items de l'échelle dont les différences sont significatives entre les deux groupes, se référer aux résultats de l'échelle des stratégies utilisées p. 201.

⁵⁹⁴ Se référer aux résultats de l'échelle alliance de travail p. 204.

⁵⁹⁵ M. Corbière, E. Brouwers, N. Lanctot & J. Van Weeghel, « Employment specialist competencies for supported employment programs », *Journal of occupational rehabilitation*, 24, 3, 2014, p. 484-497.

(51%) mais relativement proche du taux d’insertion professionnelle observé à 6 mois au cours de notre étude longitudinale (44,8%)⁵⁹⁶.

Dans le tableau et graphique associé ci-dessous, nous présentons les différents résultats disponibles, à notre connaissance, obtenus par les CEA à l’échelle des comportements, connaissances et attitudes (échelle BAKES), en France, au Canada et aux Pays-Bas. A l’aide d’un second graphique, nous illustrons à la suite, le classement par rang selon la fréquence des compétences mobilisées par les CEA en France, au Canada et aux Pays-Bas. Au moment de la passation de l’échelle, la moyenne d’années d’exercice des CEA au Canada était de 5 ans, de 4,6 ans pour les CEA aux Pays-Bas et de 2,6 ans pour les CEA en France (pour la présente étude).

Tableau 127. Scores moyens obtenus aux 12 sous-dimensions BAKES par les CEA des structures françaises, canadiennes et hollandaises.

Sous-dimensions de l'échelle BAKES	Et. Explo. 2017 (N=11)	CEA de l'étude 2021 (N=71)		CEA canadiens 2013 (N=49)		CEA hollandais 2013 (N=18)	
	Moyennes	Moyennes	E-T	Moyennes	E-T	Moyennes	E-T
1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires	4,50	5,55	0,41	5,37	0,85	5,60	0,65
2. Enseigner les stratégies de recherche d'emploi	5,55	6,15	0,64	6,10	0,68	5,68	0,63
3. Proposer du soutien et de l'aide aux PA pour identifier leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail	5,27	5,95	0,77	5,92	0,61	5,53	0,61
4. Comportements sociaux et style de vie sain	4,74	5,17	0,84	5,19	0,90	5,19	0,77
5. Connaissance de la culture du lieu de travail et adaptation à ce milieu	4,91	5,38	0,85	5,59	0,75	5,06	0,56
6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs	4,26	5,42	1,06	4,64	1,33	5,26	0,70
7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé	3,76	4,82	0,69	5,55	0,89	5,76	1,13
8. Gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation	4,21	5,25	0,82	5,23	0,94	5,15	0,65
9. Approche soutenante centrée sur la personne	6,00	6,39	0,84	6,38	0,41	5,80	0,56
10. Connaissances cliniques et des services de retour à l'emploi	4,74	4,80	0,58	5,60	0,59	5,04	0,67
11. Connaissances relatives au marché du travail	5,22	5,48	0,79	5,49	0,83	4,90	0,56
12. Connaissances du droit du travail et des politiques sociales concernant les personnes en situation de handicap	4,97	4,77	0,64	4,96	1,07	4,70	0,68

⁵⁹⁶ Se référer aux résultats p. 278.

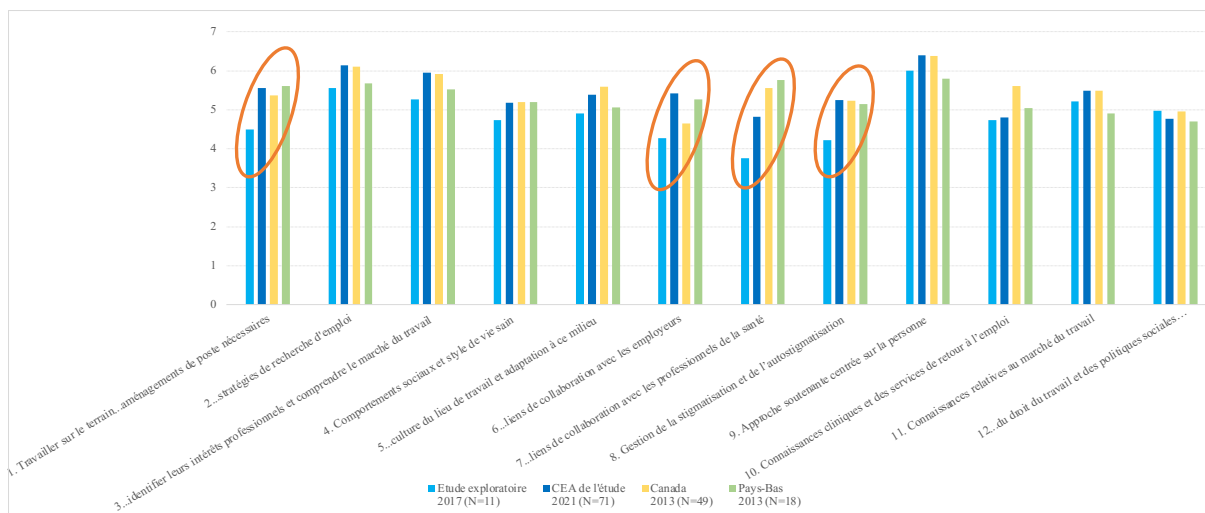


Figure 33. Comparaisons des scores moyens obtenus par les CEA en France, au Canada et aux Pays-Bas aux 12 sous-dimensions BAKES.

En premier lieu, nous pouvons constater que les résultats obtenus par les CEA de l'étude, contrairement aux résultats obtenus par les CEA participant à l'étude exploratoire, sont relativement **proches des résultats obtenus par les CEA au Canada et/ou aux Pays-Bas** pour l'ensemble des 12 sous-dimensions de l'échelle BAKES, hormis pour la sous-dimension « Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé » dont nous commentons les résultats à la suite.

En comparant l'ordre des compétences mobilisées selon leur fréquences par les CEA en France, au Canada et aux-Pays-Bas, des différences peuvent être observées entre les rangs attribués aux différentes sous-dimensions de l'échelle. La priorité n'est pas donnée aux mêmes compétences selon leur fréquence de mobilisation pour l'accompagnement des personnes. Sur le graphique ci-dessous, nous illustrons cette comparaison entre les résultats obtenus par les différentes études. Par exemple, la sous-dimension « 1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les personnes accompagnées et définir les aménagements de poste si nécessaire » est classée au 4^e rang des compétences mobilisées par les CEA de l'étude et par les CEA aux Pays-Bas, alors qu'elle est classée au 8^e rang par les CEA au Canada.

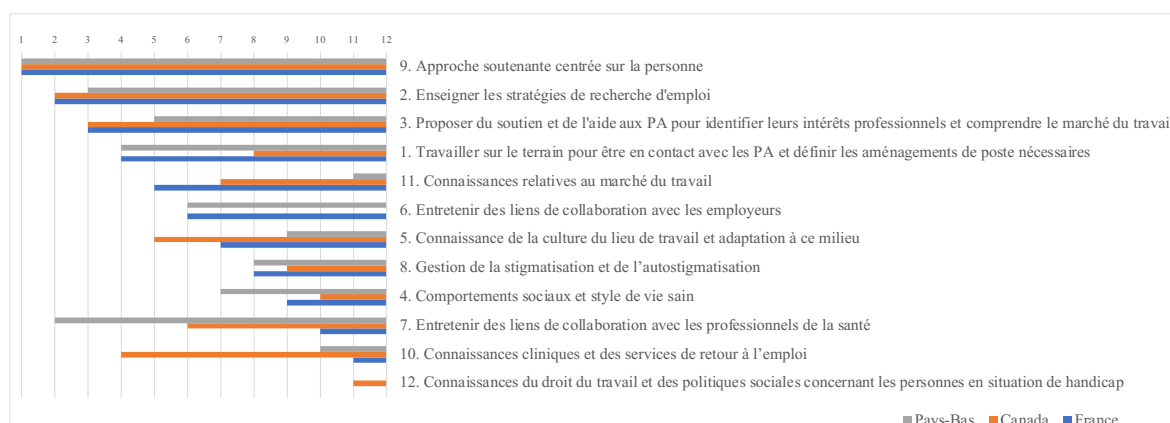


Figure 34. Classement par rang des sous-dimensions BAKES selon la fréquence des compétences mobilisées par les CEA en France, au Canada, aux Pays-Bas.

Comme illustré sur le premier graphique, les résultats obtenus par les CEA de l'étude aux différentes sous-échelles BAKES sont **supérieurs aux résultats obtenus par les CEA participant à l'étude exploratoire**, à l'exception de la sous-dimension « 12. Connaissance du droit du travail et des politiques sociales concernant les personnes en situation de handicap. »⁵⁹⁷. Le score obtenu par les CEA de l'étude à cette sous-dimension s'explique notamment par un score faible obtenu à l'item relatif aux connaissances des aides sociales disponibles pour les personnes en situation de handicap⁵⁹⁸. Par ailleurs, comme illustré sur le second graphique, que ce soit en France (rang 12), au Canada (rang 11) ou au Pays-Bas (rang 12), ces connaissances semblent faire partie des connaissances les moins mobilisées par les CEA pour l'accompagnement des PSHP.

En France, comme nous avons pu le décrire précédemment, dans certaines structures participant à l'étude, les CEA s'appuient sur les connaissances de spécialistes des droits sociaux, internes à l'équipe (ou de l'association porteuse du dispositif) ou auprès de spécialistes externes (professionnels de la CAF). Au sein d'autres structures, les CEA présentent davantage de difficultés pour acquérir ces compétences ou obtenir l'appui de spécialistes. Pour remédier à ces difficultés, une des structures participant à notre étude a instauré, au sein de son équipe de CEA, une veille juridique relative à l'évolution du droit du travail et à celle des prestations sociales.

Concernant les autres sous-dimensions de l'échelle, nous observons des scores obtenus par les CEA de l'étude supérieurs de plus d'1 point (sur 7) à ceux obtenus par les CEA de l'étude exploratoire aux 4 sous-dimensions suivantes :

⁵⁹⁷ Le score obtenu à cette dernière sous-dimension par les CEA participant à l'étude est très légèrement inférieur à celui obtenu par les CEA de l'étude exploratoire.

⁵⁹⁸ Se référer aux résultats détaillés de la sous-échelle 12 p. 183.

- « 6. Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs » (+1,16 points) ;
- « 7. Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé » (+1,06 points) ;
- « 1. Travailler sur le terrain pour être en contact avec les PA et définir les aménagements de poste nécessaires » (+1,05 points) ;
- « 8. Gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation » (+1,04 points).

Nous pouvons supposer que la progression du taux d'insertion professionnelle des PSHP accompagnées par les structures portant le dispositif Emploi Accompagné, depuis l'étude exploratoire jusqu'à la présente étude, a été favorisée, entre autres, par la **progression du niveau de compétences acquises par les conseillers en emploi accompagné (CEA)**, notamment relatives à ces 4 sous-dimensions.

2.2. La construction d'un partenariat avec les acteurs de l'entreprise favorisant l'insertion professionnelle et le maintien en emploi des personnes accompagnées

Les compétences relatives à la sous-dimension « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs » correspondent au principe de la méthodologie IPS le plus récemment ajouté des 8 principes fondamentaux, nommé *Systematic job development*. Il s'agit pour les CEA de développer des liens de coopération avec des employeurs potentiels et avec les employeurs des personnes accompagnées ayant obtenu un emploi afin de favoriser leur insertion professionnelle et leur maintien en emploi. Ces liens permettent notamment aux CEA, en concertation et en coopération avec les employeurs, d'ajuster le poste de travail des personnes accompagnées si elles rencontrent des difficultés, à l'aide d'aménagements de travail et en instaurant des soutiens relationnels au sein du lieu de travail si nécessaire.

Comme nous l'avons déjà mentionné dans notre étude exploratoire, la coopération avec les parties prenantes de l'entreprise requiert de construire ce partenariat. La progression du score obtenu par les CEA en France (depuis l'étude exploratoire) à la sous-dimension « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs » suggère une **implication et une réussite plus importante dans le développement de ce partenariat de la part des CEA**.

Les témoignages des équipes des différentes structures⁵⁹⁹ illustrent cette initiative de la part de CEA dans la création de liens de coopération avec les entreprises pour favoriser le maintien en

⁵⁹⁹ Se référer au volet qualitatif p. 113.

emploi des personnes accompagnées tout en orientant leur soutien vers une autonomisation de la relation professionnelle entre la personne et l'employeur.

En outre, ce résultat est cohérent avec la plus grande disponibilité d'aménagements de travail et de soutiens relationnels sur le lieu de travail des PSHP accompagnées, observée à l'aide de l'étude longitudinale. Lors de l'étude exploratoire, le seuil de 75%, considérant les aménagements et soutiens comme disponibles, n'était atteint à aucune des 6 dimensions de l'échelle WANSS. Dans le cadre de la présente étude (N=22), le seuil de 75% est atteint à la dimension « Soutien du supérieur hiérarchique et des collègues » (75,0%) et il est proche de l'être à la dimension « Soutien des différentes parties prenantes » (73,5%). Nous pouvons supposer que la **disponibilité plus importante des soutiens relationnels** sur le lieu de travail est favorisée par une plus ample coopération entre les CEA et les acteurs de l'entreprise.

En observant les scores obtenus aux 10 items de la sous-échelle « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs », les CEA de l'étude (N=71) obtiennent des scores nettement supérieurs à ceux obtenus au cours de l'étude exploratoire (N=11) à 2 items : « Informer les employeurs des résultats d'études qui démontrent que la majorité des personnes ayant des problèmes de santé mentale veulent et sont capables de travailler » (+1,79 points sur 7) et « Collaborer avec les employeurs afin de modifier les tâches de travail lorsque les personnes accompagnées rencontrent des difficultés » (+1,71 points sur 7).

Selon l'étude de Corbière et ses collègues⁶⁰⁰, examinant les compétences mobilisées les plus significatives des CEA pour l'obtention d'un emploi des PSHP accompagnées⁶⁰¹, « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs » apparaît être la sous-dimension la plus significative parmi celles de l'échelle BAKES pour l'obtention d'un emploi des PSHP accompagnées et significative pour le maintien en emploi (au moins 6 mois) des PSHP accompagnées. Il aurait été intéressant de pouvoir confirmer ou non ce résultat avec les données de notre étude, malheureusement, comme évoqué précédemment, nous ne disposons pas de l'ensemble de ces données⁶⁰². Toutefois, que ce soit en France ou au Canada, nous pouvons observer un écart-type des scores obtenu à cette sous-dimension plus important que ceux

⁶⁰⁰ M. Corbière, T. Lecomte, D. Reinhartz, B. Kirsh, E. Latimer, P. Goering, N. Lancot, M. Menear, D. Berbiche, K. Genest, E. Goldner, « Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2017, p. 275-282.

⁶⁰¹ après contrôle des variables individuelles et organisationnelles des structures.

⁶⁰² Certaines structures ont communiqué les données relatives à leur performance en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées de manière globale et d'autres ont communiqué les données individuelles par CEA (anonymisées à la suite).

obtenus aux autres sous-dimensions de l'échelle, ce qui pourrait également expliquer ce résultat significatif.

Par ailleurs, l'item « Collaborer avec les employeurs afin de modifier les tâches de travail lorsque les personnes accompagnées rencontrent des difficultés » est le second item le plus corrélé à la sous-dimension « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs » ($r = 0,84$)⁶⁰³, nous pouvons supposer qu'**une plus grande mobilisation des employeurs suscitée par les CEA dans l'ajustement du poste**⁶⁰⁴ des personnes accompagnées a contribué aux meilleurs résultats de performance en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées par les structures de notre étude (vs résultats de l'étude exploratoire).

Par ailleurs, le score moyen obtenu par les CEA de l'étude à la dimension « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs » (5,42/7) est nettement supérieur à celui obtenu par les CEA au Canada (4,64) et légèrement supérieur à celui obtenu par les CEA aux Pays-Bas (5,26). De plus, cette dimension est classée au 6^e rang des compétences les plus mobilisées par les CEA en France et aux Pays-Bas et au dernier rang (12^e) par les CEA au Canada. Les CEA participant à notre étude semblent susciter davantage de coopération avec les acteurs de l'entreprise que ne l'ont fait les CEA ayant participé à d'autres études. Cette construction de partenariat entre les CEA et les acteurs de l'entreprise en France a également pu être facilitée par les incitations de plus en plus contraignantes des pouvoirs publics à l'égard des entreprises⁶⁰⁵ pour l'intégration des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire de travail.

2.3. Un rapprochement entre des professionnels du sanitaire et du médico-social impulsé par les conseillers en emploi accompagné

Comme mentionné précédemment, en France, le dispositif Emploi Accompagné n'est pas intégré à une équipe de soins comme le préconise la méthodologie IPS⁶⁰⁶, cette intégration des services de psychiatrie et des services professionnels permettant de meilleurs résultats en termes

⁶⁰³ M. Corbière, E. Brouwers, N. Lancot & J. Van Weeghel, « Employment specialist competencies for supported employment programs », *Journal of occupational rehabilitation*, 24, 3, 2014, p. 484-497.

⁶⁰⁴ « partager ses tâches de travail avec un collègue » est par exemple considéré comme une modification des tâches de travail ou un ajustement du poste.

⁶⁰⁵ Une contribution financière au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) est versée à l'Urssaf, à la CGSS ou à la MSA par les entreprises privées de 20 salariés et plus dont le taux d'emploi de personnes handicapées est inférieur à 6%. Une nouvelle réglementation a modifié les modalités de calcul de la contribution financière depuis 2020 (<https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F23149>).

⁶⁰⁶ G. Bond, « Principles of the Individual Placement and Support Model : Empirical Support », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 1998, p. 11-23.

d'insertion professionnelle des personnes accompagnées⁶⁰⁷. La non-intégration avec les services de soins ne favorise pas les interactions et la coopération entre les conseillers en emploi accompagné (CEA) et les professionnels de la santé.

En comparant les résultats obtenus à la sous-dimension « **Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de santé** » par les CEA en France, au Canada et aux Pays-Bas, nous observons un score moyen obtenu par les CEA de l'étude (4,82) **inférieur** à ceux obtenus par leurs homologues exerçant au **Canada (5,55) et aux Pays-Bas (5,76)**. Ce résultat peut en partie être expliqué par le fait que ces derniers exercent pour la plupart au sein de structures intégrées à des équipes de soins, notamment aux Pays-Bas⁶⁰⁸. Cette hypothèse est cohérente avec le classement au 2nd rang de cette sous-dimension de l'échelle BAKES parmi les compétences (et attitudes) les plus mobilisées par les CEA aux Pays-Bas, quand elle est classée au 6^e et au 10^e rang par les CEA au Canada et en France respectivement.

Toutefois, selon les résultats obtenus à cette sous-dimension par les CEA de l'étude exploratoire et ceux de la présente étude, ces derniers **initient davantage de rencontres et d'interactions avec les équipes de soins** que ne l'avaient fait les précédents (+1,06 sur 7 points). En particulier, 2 des 10 items de la sous-dimension présentent des écarts de résultats élevés : « Est-ce que vous informez d'autres professionnels de l'équipe traitante au sujet des avantages qu'un emploi peut offrir aux PA dans leur processus de rétablissement ? » (+2,23) et « Est-ce que vous fournissez des informations au sujet de votre dispositif d'Emploi Accompagné à des équipes traitantes ? » (+2,01). De plus, les résultats de la passation de l'échelle IPS-25 indiquent une mise en œuvre d'une articulation avec les services de soins⁶⁰⁹ par la majorité des structures participant à l'étude.

Au-delà de cette initiative de rapprochement de la part des CEA envers les équipes du sanitaire ou probablement grâce à celle-ci, les CEA sont aussi sollicités à leur tour par les équipes de soins, comme peut l'illustrer le témoignage d'un CEA « aujourd'hui, c'est même le psychiatre qui propose de faire un point ». Dans une de leurs études⁶¹⁰ examinant les effets induits par des

⁶⁰⁷ J. Cook, A. Lehman, R. Drake, W. McFarlane, P. Gold, H. Leff, C. Blyler, M. Toprac, L. Razzano, J. Burke-Miller, L. Blankertz, M. Shafer, S. Pickett-Schenk & D. Grey, « Integration of Psychiatric and Vocational Services : A Multisite Randomized, Controlled Trial of Supported Employment », *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 2005 ; R.E Drake, R. Becker, G. Bond & T.K. Mueser, « A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18(1), 2003, p. 51-58.

⁶⁰⁸ H. Michon, J. Van Busschbach, A. Stant, M. Van Vugt, J. Van Weeghel & H. Kroon, « Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands : A 30-Month Randomized Controlled Trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 2014, p. 129-136.

⁶⁰⁹ Se référer aux résultats obtenus à l'item « articulation avec les équipes de soins » de l'échelle IPS-25, p. 142.

⁶¹⁰ R.E. Drake, R.D. Becker, G. Bond & T.K. Mueser, « A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18(1), 2003, p. 51-58.

structures IPS intégrées avec les services de soins sur l'accompagnement des PSHP dans leur insertion professionnelle en milieu ordinaire (en comparaison avec des structures non-intégrées), Drake et ses collègues ont identifié un **changement de regard et de pratique de psychiatres** dans le soutien des PSHP à s'insérer professionnellement en milieu ordinaire de travail, ce que nous pouvons **commencer à observer en France** dans le cadre de notre étude.

L'emploi en milieu ordinaire de travail pour les PSHP a longtemps été considéré, et peut l'être encore par certains psychiatres aujourd'hui, comme une situation anxiogène et inadaptée pour les PSHP ou du moins, ne pas saisir l'intérêt d'un partenariat avec un conseiller en emploi accompagné dans leur pratique⁶¹¹. Drake et ses collègues ont observé dans leur étude une évolution de cette croyance de la part des médecins ayant participé à l'implémentation de programmes IPS (intégrés), constatant des effets bénéfiques sur l'état de santé de leurs patients après l'obtention d'un emploi « satisfaisant » en milieu ordinaire. Ainsi, progressivement, les psychiatres ont intégré un encouragement à l'insertion professionnelle dans leur pratique, reconnaissant celle-ci comme un des leviers potentiels du parcours de rétablissement de leurs patients. De plus, ils ont pu observer les bienfaits d'une intervention multidisciplinaire et saisir l'intérêt de répondre aux sollicitations des conseillers en emploi (avec l'accord des personnes) afin de mieux appréhender leurs symptômes et faciliter leur accompagnement dans et vers l'emploi⁶¹². Une coopération a pu s'initier entre les psychiatres et les conseillers en emploi dans le soutien à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes (le souhaitant), ce que nous pouvons espérer avec le déploiement de l'Emploi Accompanyé en France.

Enfin, les conseillers en emploi accompagné des structures participant à notre étude peuvent aider les personnes à **une prise de conscience du bénéfice d'un suivi médical** ou du moins, les accompagner dans cette démarche lorsqu'elles formulent des plaintes quant à certains symptômes vécus comme invalidants, notamment sur leur lieu de travail. Selon les conseillers en emploi, certaines personnes accompagnées ont pu connaître auparavant des expériences vécues comme douloureuses d'hospitalisation au sein de services de psychiatrie qui les auraient menées à s'éloigner d'un suivi médical, n'osant plus faire la démarche de consulter un psychiatre même lorsqu'elles en ressentiraient le besoin. Cette difficulté avait déjà été identifiée lors de l'étude exploratoire au cours des entretiens menés auprès des personnes accompagnées :

⁶¹¹ Se référer aux témoignages p. 142.

⁶¹² Par exemple, un psychiatre a pu indiquer à une personne accompagnée et à son conseiller en emploi, qu'un emploi dans tel environnement serait plus adapté à sa situation actuelle, en raison d'une plus grande facilité pour la personne d'adopter des stratégies dans la gestion de ses hallucinations auditives dans tel contexte.

Quand je vais mal, je suis dans l'incapacité d'aller vers l'hôpital car j'ai trop de mauvais souvenirs et je ne peux pas faire cette démarche seul. En revanche, si je suis accompagné, ça peut aller

3. Effets notables de l'accompagnement sur les parcours des personnes accompagnées

Dans cette dernière partie de chapitre, nous proposons d'identifier les effets notables de l'accompagnement sur les parcours relationnels et de santé des personnes accompagnées. En outre, nous proposons quelques implications théoriques et pratiques issues des résultats obtenus au cours de l'étude longitudinale.

3.1. L'expérimentation d'un lien de confiance sécurisant

Dès l'expérimentation du dispositif Emploi Accompagné, les conseillers avaient souligné, lors des *focus group* portant sur les compétences requises pour l'exercice de leur métier, l'importance d'établir une « relation de confiance » avec les personnes accompagnées. Elle est à nouveau identifiée comme un des leviers d'efficacité de cette pratique par les structures participant à notre étude. Elle est positionnée au 3^e rang selon le nombre d'occurrences des 116 sous-thèmes cités par les équipes des différentes structures participant à l'étude⁶¹³.

L'instauration d'un lien de confiance avec la personne accompagnée est notamment permise, selon les équipes des structures, par le **cadre de l'accompagnement** proposé par le référentiel de la méthodologie IPS. La plupart des conseillers partagent ce constat en comparant ce cadre à celui de leurs précédentes expériences professionnelles d'accompagnement des personnes vers l'emploi et dans l'emploi.

La continuité de l'accompagnement, favorisée par l'attribution d'un conseiller **réfèrent unique** de l'accueil dans la structure de la personne à son maintien en emploi, est respectée par l'ensemble des structures de notre étude (N=27)⁶¹⁴ ainsi que par celles interrogées par l'ANSA (N=20)⁶¹⁵. Ces résultats témoignent de l'adhésion au sein des diverses structures à l'attribution d'un référent unique dans l'accompagnement des personnes et suggèrent que celle-ci constitue un **levier d'efficacité confirmé** de la pratique de l'emploi accompagné.

⁶¹³ Se référer à la p. 102.

⁶¹⁴ se référer aux résultats de l'item 3 de l'échelle IPS-25 « Réfèrent unique (*staffing* 3) » p. 130.

⁶¹⁵ le document analysant les organisations et les méthodes est consultable sur le site : <https://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/publication/emploi-accompagne-publication-du-rapport-devaluation>.

La possibilité de « **travailler sur le terrain** » avec les personnes accompagnées, que ce soit sur des lieux informels, sur le lieu de travail de la personne ou encore à son domicile, favorise également l'émergence d'une relation de confiance. Les équipes des structures participant à l'étude ont mis en œuvre ces pratiques, comme en témoigne l'augmentation de leur score à cette dimension de l'échelle des compétences, atteignant désormais un **niveau similaire à ceux des conseillers canadiens et hollandais**.

Lorsque « la charge de travail l'exige »⁶¹⁶, par exemple lors d'une recrudescence soudaine d'accompagnements de type « actif » de personnes accompagnées (antérieurement positionnées en accompagnements de type « veille »⁶¹⁷) ou lors de l'absence d'un conseiller pour congés ou pour maladie, la personne accompagnée peut solliciter un autre conseiller de l'équipe, à tout moment, et être recontactée dans de brefs délais (dans la journée). Certaines structures présentent l'ensemble des conseillers de l'équipe à chacune des personnes dès leur entrée dans le dispositif, d'autres proposent un premier entretien avec deux conseillers de l'équipe (dont le futur référent de la personne) afin que les personnes **n'hésitent pas à mobiliser un autre conseiller de la structure**. Le dispositif Emploi Accompagné offre une **réassurance de pouvoir contacter une personne de confiance** en cas de difficultés. Toutefois, cela n'a pas toujours été le cas au sein de certaines structures participant à l'étude, comme l'indique notre étude longitudinale, durant laquelle certaines personnes accompagnées se sont trouvées être dans **l'attente d'attribution d'un nouveau conseiller** en emploi référent, en raison d'une absence maladie ou d'un départ du conseiller de la structure. Durant cette période, elles ont indiqué avoir suspendu leur recherche d'emploi.

Par ailleurs, dans le cas où la personne accompagnée ne donnerait plus de nouvelles de sa part, sans avoir explicitement partagé le souhait d'arrêter l'accompagnement auprès des membres de la structure, les **actions de prévention** relevant du registre « **d'aller vers la personne** » sont mises en place dans le même temps⁶¹⁸. Si la structure n'obtient aucune nouvelle de la part du réseau de la personne (famille, corps médical ou autres partenaires sociaux), un membre de l'équipe de la structure peut se déplacer chez la personne (avec l'accord de la personne). Il ne

⁶¹⁶ Expression extraite de l'item « constitution d'une équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec une personne encadrante » (*organization 4*) de l'échelle IPS-25.

⁶¹⁷ Lorsqu'une personne accompagnée ne nécessite plus d'un accompagnement dit « actif » durant une période de son parcours professionnel, qu'elle ne mobilise le conseiller en emploi à une fréquence inférieure à un appel téléphonique par mois, pour son maintien en emploi par exemple, l'accompagnement de la personne est considéré de type « veille » par la structure. Il peut à tout moment selon les besoins de la personne être repositionné en accompagnement de type « actif ».

⁶¹⁸ Se référer aux résultats de l'item « Modalités déployées pour aller vers la personne » (*service 14*) de l'échelle IPS-25, p. 145.

s'agit pas ici d'être intrusif mais de s'assurer que la personne **ne s'effondre pas dans l'isolement**. L'implication des structures porteuses du dispositif Emploi Accompagné en France dans la **prévention de la dégradation de l'état de santé** de la personne se reflète dans le résultat obtenu à l'item « Modalités d'aller vers la personne » de l'échelle IPS-25 par les structures participant à notre étude (score = 4,2/5) et par les structures interrogées par l'ANSA (score = 4,1/5). A titre de comparaison, ces scores moyens **sont légèrement supérieurs** au score moyen de 3,95/5 obtenu par 79 **programmes IPS américains**⁶¹⁹.

L'établissement d'une relation de confiance avec la personne accompagnée repose également sur l'attention particulière que les conseillers portent au **respect des préférences et des intérêts** professionnels de la personne. En premier lieu, nous avons constaté que les équipes des structures respectaient, autant que possible, le **souhait de la personne accompagnée de travailler** ou non en milieu ordinaire de travail.

D'une part, ce constat émane des résultats de l'étude qualitative menée auprès des équipes des différentes structures, dans laquelle elles précisent vérifier le souhait propre⁶²⁰ de la personne de travailler en milieu ordinaire, à leur entrée dans le dispositif et au cours de leur accompagnement. Il s'agit aussi pour les équipes d'identifier l'origine de la demande de la personne accompagnée. A cette fin, un travail avec la famille de la personne peut être instauré, comme l'illustre le témoignage suivant :

Parfois on sent une grande projection parentale dans le désir ou non de travailler de la personne ou alors des familles très impliquées, cela peut nous poser un petit problème pour le pouvoir d'agir de la personne mais on travaille avec les familles pour qu'elles aient confiance et qu'elles lâchent un peu aussi

Cette précaution était déjà observée et revendiquée par une des structures participant à l'étude exploratoire. Lors d'un entretien, le directeur du service avait souligné l'importance de « libérer les personnes de la pression de l'entourage » en insistant en premier lieu sur « l'engagement volontaire des personnes ». Il a précisé que certaines d'entre elles étaient soumises à une pression de la part de leur famille, de leur médecin ou d'un service social.

D'autre part, nous avons observé un **degré élevé de motivation des personnes accompagnées** à trouver un emploi en milieu ordinaire de travail aux trois temps de l'étude longitudinale et peu fluctuant⁶²¹. En outre, le score moyen obtenu par les personnes toujours à la recherche d'un

⁶¹⁹ S. Kim, G. Bond, D. Becker, S. Swanson & S. Langfitt-Reese, « Predictive validity of the Individual Placement and Support fidelity scale (IPS-25) : A replication study », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 43(3), 2015, p. 209-216.

⁶²⁰ Se référer au témoignage p. 140.

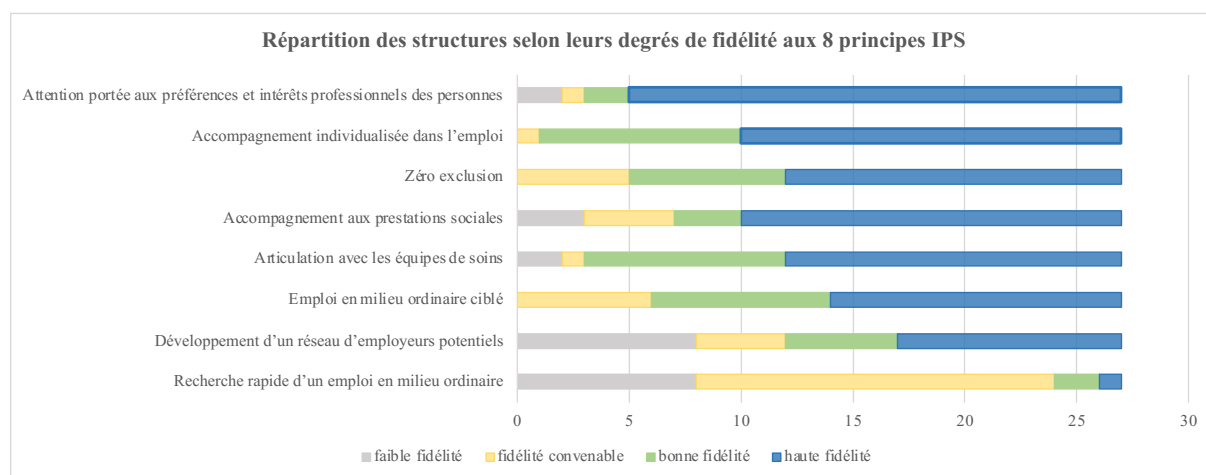
⁶²¹ Se référer à la partie « récapitulatif des résultats de l'échelle de motivation à trouver un emploi des personnes accompagnées » p. 192.

emploi à 6 mois d'accompagnement de notre étude (moyenne = 5,8 ; écart-type = 1,0 ; N=38) est sensiblement égal au score moyen obtenu par les personnes ayant participé à l'étude canadienne⁶²² (moyenne = 5,7 ; écart-type = 2,77 ; N= 248). L'écart-type plus faible obtenu dans notre étude suggère une plus grande homogénéité dans la motivation des personnes accompagnées à trouver un emploi.

Concernant l'attention particulière portée aux préférences des personnes, le principe « Attention portée aux préférences et intérêts professionnels des personnes » est celui auquel est accordé la plus grande priorité par les structures participant à l'étude. Il est le plus fréquemment respecté et à un haut degré de fidélité⁶²³ à la méthodologie IPS, comme illustré par le tableau et graphique associé ci-dessous.

Tableau 128. Scores moyens obtenus aux 8 principes de la méthodologie IPS par les 27 structures participant à l'étude.

8 principes de la méthodologie IPS	Moyennes (score /5)	Degré de fidélité
Attention portée aux préférences et intérêts professionnels des personnes	4,6	Haute fidélité
Accompagnement individualisée dans l'emploi	4,5	Bonne fidélité
Zéro exclusion	4,4	
Emploi en milieu ordinaire ciblé	4,3	
Articulation avec les équipes de soins	4,3	
Accompagnement aux prestations sociales	4,3	
Développement d'un réseau d'employeurs potentiels	3,4	Fidélité convenable
Recherche rapide d'un emploi en milieu ordinaire	2,7	Faible fidélité



Par ailleurs, nous pouvons constater un score moyen obtenu par les CEA de l'étude à la dimension de l'échelle BAKES « Proposer de l'aide et du soutien aux personnes accompagnées

⁶²² M. Corbière, T. Lecomte, D. Reinharz, B. Kirsh, E. Latimer, P. Goering, N. Lanctot, M. Menear, D. Berbiche, K. Genest, E. Goldner, « Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs. », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2017, 205, 4, p. 275-282.

⁶²³ 22 structures obtiennent un haut degré de fidélité à ce principe, 2 structures obtiennent un bon degré de fidélité, 1 structure obtient un degré de fidélité convenable et 2 structures obtiennent un faible degré de fidélité.

pour identifier leurs intérêts professionnels et comprendre le marché du travail » supérieur au score obtenu par les CEA participant à l'étude exploratoire (+0,7 points). De plus, ce score est égal au score obtenu par les CEA au Canada et légèrement supérieur à celui obtenu par les CEA aux Pays-Bas (+0,4 points)⁶²⁴.

La disponibilité et la réactivité des conseillers à l'égard des personnes accompagnées, renforçant le lien de confiance instauré, ne pourraient être durables sans le **soutien apporté par les autres membres de l'équipe**, y compris le coordinateur. Ce dernier, le plus souvent lui-même ancien conseiller en emploi accompagné, transmet son expérience à l'équipe et est en mesure de prévenir d'éventuelles difficultés.

remettre l'institution au service du professionnel et pas l'inverse...on ne doit pas manquer à l'appel le jour où il y a une tension, les CEA sont en autonomie, en responsabilité mais si un partenaire n'est pas correct, une entreprise qui déborde par exemple, il faut pouvoir recadrer et que le CEA se sente totalement soutenu par l'institution, on a la même disponibilité pour eux que pour leurs personnes accompagnées

Aussi, la **relation non hiérarchique** entre le coordinateur et les conseillers emploi accompagné est identifiée comme un facteur facilitant la **cohésion d'équipe** au sein de la structure. Ce soutien proposé aux conseillers en emploi accompagné par le coordinateur et plus généralement par le dispositif, fait écho à ce que Pierre Delion, psychiatre psychanalyste nomme « fonction phorique »⁶²⁵, dans une approche de la psychothérapie institutionnelle. Elle caractérise tout ce qui relève de l'**action de portage**, l'auteur traduisant ainsi le concept de *holding* proposé par Winnicott.

Ce n'est que dans la mesure où ces professionnels se sentiront eux-mêmes soutenus loyalement et « pour de vrai », que la fonction d'accueil de la souffrance de l'autre pourra être exercée de façon satisfaisante et donner lieu à de nombreuses figures possibles de la fonction phorique, en tant que base de notre humanité partagée

La relation entre le conseiller et la personne accompagnée peut aussi rappeler à certains égards le concept de « mère suffisamment bonne »⁶²⁶ décrit par Winnicott. Le conseiller peut offrir à la personne une **contenance** et un environnement de confiance sur lequel cette dernière a la possibilité de s'étayer, permettant ainsi une continuité du lien dans la pensée. L'instauration de

⁶²⁴ Se référer au tableau p. 342.

⁶²⁵ P. Delion, « Introduction », *Fonction phorique, holding et institution*, Toulouse, Érès, 2018, p. 13-17.

⁶²⁶ D.W. Winnicott, *La Mère suffisamment bonne*, Petite Bibliothèque Payot, 2006. Œuvre originale publiée en 1956.

ce lien de confiance peut également faire écho à la théorie de l'attachement définie par Bowlby⁶²⁷ selon lequel **l'expérimentation d'une relation sécurisante** permet une exploration de son environnement. Le conseiller en emploi accompagné, en adoptant une posture bienveillante et de coopération, disponible et réactif, peut devenir une figure d'attachement sécurisante pour la personne accompagnée, lui permettant ainsi une **exploration du monde professionnel**.

En outre, l'exercice de l'activité de conseiller en emploi accompagné peut aussi faire écho au concept de « rôle du miroir de la mère » (ou figure parentale) de Winnicott⁶²⁸. Il peut offrir une fonction de miroir reflétant une image valorisée de la personne. Cette posture du conseiller peut ainsi renforcer sa confiance en elle, son estime d'elle-même et sa motivation. Elle peut aussi accompagner et favoriser le parcours de rétablissement de la personne en lui permettant de **prendre conscience de ses réalisations objectives** au cours de l'accompagnement et ainsi soutenir une « reconstruction sublimatoire du Moi »⁶²⁹ de la personne.

Toutefois, l'étude longitudinale a révélé un **décalage** à 6 mois dans la **perception de l'alliance de travail** entre les conseillers et les personnes accompagnées, particulièrement à l'égard de celles qui ne sont pas parvenues à accéder à un emploi. Les structures pourraient **intégrer dans leur pratique une évaluation régulière du degré d'alliance de travail** perçu par les deux acteurs. A partir des résultats issus de cette évaluation, des **temps d'échange spécifiques** pourraient être instaurés afin de résoudre d'éventuels malentendus ou frustrations pouvant survenir après plusieurs mois d'accompagnement, permettant ainsi d'**ajuster les modalités de l'accompagnement** en conséquence. Par ailleurs, il serait pertinent de proposer aux conseillers des formations permettant de les soutenir dans le maintien d'une dynamique relationnelle positive, même en l'absence de résultats immédiats. Dans le cas où la relation s'avérerait problématique entre le conseiller et la personne accompagnée, il pourrait être judicieux d'**offrir la possibilité à la personne de changer de conseiller**, comme le préconise l'étude canadienne⁶³⁰.

En outre, le **turnover observé** au cours de l'étude parmi les conseillers en emploi de certaines structures, ayant contribué à des suspensions de l'accompagnement de personnes, appelle à une

⁶²⁷ J. Bowlby, *Attachement et perte*, traduction française de J. Kalmanovitch, PUF., 1978, vol.1.

⁶²⁸ D.W. Winnicott, « Le rôle du miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », *Jeu et Réalité*, Éditions Gallimard Folio, 1971.

⁶²⁹ S. De Mijolla-Mellor, « II. La reconstruction sublimatoire du Moi », *Le choix de la sublimation*, 2009, p. 349-369.

⁶³⁰ M. Corbière, T. Lecomte, D. Reinharz, B. Kirsh, E. Latimer, P. Goering, N. Lancot, M. Menear, D. Berbiche, K. Genest, E. Goldner, « Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(4), 2017, p. 275-282.

attention particulière portée à la **qualité de vie subjective au travail des conseillers** et à la **prévention du turnover au sein des équipes**. Une étude récente menée en Norvège⁶³¹ a exploré ce phénomène en utilisant deux échelles d'évaluation⁶³² de courte durée de passation et de bonne consistance interne, elles pourraient être utilisées à cette fin.

3.2. Une évolution de l'état de santé des personnes accompagnées

Les résultats observés quant à l'évolution de la plainte (subjective)⁶³³ des personnes accompagnées relatives aux différents **domaines cognitifs étudiés** (la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, le langage et la praxie) **évoluent très faiblement** au cours des 3 temps de l'étude, qu'elles exercent ou non une activité professionnelle au cours de la première année d'accompagnement. Il en est de même pour le degré de sévérité des symptômes⁶³⁴ perçu par les personnes accompagnées. Toutefois, ces résultats peuvent être nuancés par le fait que les personnes accompagnées ayant souhaité participer à l'étude témoignaient d'un faible degré de plainte subjective relatives aux différents domaines cognitifs et d'un faible degré de sévérité des symptômes à leur entrée dans le dispositif.

En distinguant les personnes ayant accédé à un emploi dans les 6 premiers mois de l'accompagnement (temps 2) de celles toujours à la recherche d'un emploi, nous avons pu observer pour les premières une **augmentation de leur degré de « bien-être mental »**⁶³⁵, apprécié selon la **satisfaction de leur relation aux autres**, de la **réalisation de soi** et de la **gestion de leur « stress »**. En outre, parmi les personnes ayant accédé à un emploi dans les 6 premiers mois de leur accompagnement et en maintien en emploi 1 an après leur entrée dans le dispositif, nous avons constaté une augmentation (36%) du nombre de personnes ayant atteint un degré de « bien-être mental élevé » depuis leur entrée dans le dispositif.

Ces résultats sont **cohérents avec la théorie du rétablissement** selon laquelle celui-ci n'implique pas une rémission complète des troubles mais un chemin personnel permettant de mener une vie satisfaisante en dépit de limitations dues à une situation de handicap. Ils sont

⁶³¹ D. Butenko, M. Rinaldi, B. Brinchmann, E. Killackey, E. Johnsen & A. Mykletun, « Turnover of IPS employment specialists : Rates and predictors », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 57(1), 2022, p. 23-32.

⁶³² M. R. H. Brodke, M. T. Sliter, W. K. Balzer, J. Z. Gillespie, M. A. Gillespie, P. Gopalkrishnan, C. J. Lake, B. Oyer, S. Withrow & M. Yankelevich, *The Job Descriptive Index and Job in General : 2009 Revision Quick Reference Guide [Brochure]*, Bowling Green State University, 2009 ; C.F.C. Bothma & G. Roodt, « The validation of the turnover intention scale », *SA Journal of Human Resource Management*, 11(1), 2013.

⁶³³ Se référer aux résultats de l'échelle SSTICS p. 217.

⁶³⁴ Se référer aux résultats de l'échelle BSI p. 223.

⁶³⁵ Se référer aux résultats de l'échelle WEMWBS p. 225.

également cohérents avec la théorie de la réhabilitation psychosociale selon laquelle exercer une activité professionnelle est un vecteur potentiel de rétablissement.

En outre, les résultats relatifs à la **qualité de vie subjective au travail** des personnes accompagnées révèlent un **niveau de résultats élevé** de satisfaction, notamment en ce qui concerne les **relations établies avec les collègues de travail**, le **sentiment d'être un bon travailleur** et celui d'appartenance à l'entreprise. Ces résultats s'inscrivent en **cohérence** avec la théorie de la **clinique de la « santé par le travail »** de C. Dejours, selon laquelle le bien-être au travail repose en grande partie sur la reconnaissance par soi-même de la qualité de son propre travail, soutenue par la reconnaissance par l'autre, processus donnant accès à la « construction de relations avec les autres humains sur le mode de la fraternisation »⁶³⁶.

Si de nombreuses études ont mesuré les résultats des structures IPS en termes d'insertion professionnelle des personnes accompagnées, elles sont **plus rares à s'être intéressées aux évolutions cliniques** des personnes au cours de leur accompagnement. Certains chercheurs⁶³⁷ se sont interrogés quant aux différentes visées de la pratique IPS pour les personnes en situation de handicap psychique et ont conduit une méta-analyse portant sur 30 articles⁶³⁸ présentant les résultats d'essais contrôlés randomisés comparant les résultats des structures IPS et des structures exerçant des pratiques d'accompagnement traditionnelles locales. Les chercheurs ont comparé différents résultats obtenus par les personnes accompagnées en termes d'insertion professionnelle en milieu ordinaire et aussi en termes de qualité de vie subjective, de « fonctionnement global » et d'évolution de symptômes relevant de troubles psychiques. Ces auteurs confirment (à nouveau) que les personnes accompagnées par les structures IPS obtiennent de meilleurs résultats en termes d'insertion professionnelle⁶³⁹. En revanche, les conclusions sont moins certaines quant aux résultats autres que professionnels, obtenus par les personnes accompagnées. Les résultats de cette méta-analyse ont mené les auteurs à se questionner quant au « but ultime » du dispositif IPS, à savoir si ce n'est essentiellement pour augmenter le taux de personnes en emploi. Toutefois, les auteurs nuancent leur propos, précisant que ces moindres « résultats de santé » peuvent être dus, en partie, aux plus faibles tailles des échantillons de la méta-analyse relatifs aux données cliniques et d'un plus faible

⁶³⁶ C. Dejours, « Conditions d'accès au plaisir dans le travail. Ouverture du Cippt 11. 7 octobre 2021 », *Travailler* (48), 2022, p. 11-28.

⁶³⁷ D. Frederick & T. Vanderweele, « Supported employment : Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support », *PLoS ONE*, 14(2), 2019.

⁶³⁸ Parmi 429 articles identifiés.

⁶³⁹ 1^{er} emploi trouvé le plus rapidement, durée d'emploi plus longue, périodes en emploi plus longue.

nombre d'études disponibles. Ce que d'autres études⁶⁴⁰ ultérieures supposent aussi. Concernant l'augmentation de la qualité de vie subjective et celle des résultats de fonctionnement global des personnes accompagnées, il est **difficile de discerner** selon les auteurs, si les évolutions observées sont des **effets de l'accompagnement IPS** ou bien de **l'obtention d'un emploi en milieu ordinaire** (strictement). D'autres études ultérieures⁶⁴¹ ont constaté une corrélation entre l'emploi en milieu ordinaire et la diminution des symptômes quelle que soit la structure d'accompagnement, IPS ou traditionnelle, sans pour autant établir de causalité. D'autres études n'ayant pas observé de diminution de la sévérité des symptômes des personnes accompagnées par des structures IPS à 18 mois d'accompagnement ont toutefois constaté une augmentation significative de la sévérité des symptômes des personnes du groupe contrôle⁶⁴².

Toutefois, d'autres études ont constaté des résultats différents, notamment une étude norvégienne⁶⁴³, portant sur un essai contrôlé randomisé multicentrique souhaitant évaluer les évolutions cliniques des personnes accompagnées par des structures IPS en comparaison à celles des personnes accompagnées par des structures traditionnelles de haute qualité de la réadaptation professionnelle. Selon cette dernière, les résultats obtenus par les structures IPS ont révélé des effets positifs sur l'évolution clinique des personnes accompagnées en comparaison aux résultats de la condition de contrôle de l'essai sur l'ensemble des résultats autres que professionnels, tels que le niveau de détresse psychologique (anxiété et dépression), la fréquence et la gravité des plaintes (subjectives) de santé, le niveau de fonctionnement, la qualité de vie liée à la santé, et le bien-être global. Il convient de noter que les patients recrutés pour l'étude étaient des patients suivis par des centres de santé mentale dans lesquels les structures IPS étaient intégrées.

Bien que notre étude n'intègre pas de groupes contrôles, la « **domination des symptômes** » (une des dimensions composant l'échelle RAS-24)⁶⁴⁴ est vécue avec une moindre importance par les personnes accompagnées à 6 mois d'accompagnement qu'à leur entrée dans le dispositif,

⁶⁴⁰ F. Rodríguez Pulido, N. Estebarez, D. Oramas Pérez, C. Palacín, « Review of individual placement and support (IPS) studies and results on health status of people with long-term mental disorder and competitive employment », *Journal of Translational Science*, 2021.

⁶⁴¹ I. Wallstroem, P. Pedersen, T. Christensen, L. Hellström, A. Bojesen, E. Stenager, S. White, K. Mueser, U. Bejerholm, J. Van Busschbach, H. Michon, L. Eplov, « A Systematic Review of Individual Placement and Support, Employment, and Personal and Clinical Recovery », *Psychiatric Services*, 2021.

⁶⁴² U. Bejerholm, C. Areberg, C. Hofgren, M. Sandlund & M. Rinaldi, « Individual Placement and Support in Sweden-A randomized controlled trial », *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 2015, p. 57-66.

⁶⁴³ S. E. Reme, K. Monstad, T. Fyhn, V. Sveinsdottir, C. Løvvik, S. A. Lie, S. Øverland, « A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness », *Scand J Work Environ Health*, 45(1), 2019, p. 33-41.

⁶⁴⁴ Se référer aux résultats de l'échelle RAS-24 p. 232.

et aussi à 1 an, qu'elles aient accédé ou non à un emploi. Ce résultat laisse suggérer que l'accompagnement proposé par le dispositif a contribué en partie à cette amélioration.

Les résultats de notre étude longitudinale suggèrent également que les **personnes les plus susceptibles de quitter le dispositif** au cours des premiers mois de l'accompagnement sont celles dont les résultats obtenus à leur entrée correspondaient à un état de **dépression majeure** ou à un **risque de dépression à court terme** à l'échelle de bien-être mental. Nous avons également observé cette tendance parmi les personnes ayant déclaré une situation de handicap psychique due à un diagnostic antérieur de dépression majeure. La dépression étant une décompensation psychique pouvant survenir chez les personnes présentant toutes formes de pathologies, ces données soulignent l'importance de **sensibiliser et de former les conseillers** à l'identification et à l'accompagnement de **personnes souffrant de dépression**.

En outre, les résultats obtenus à cette dernière échelle par **les personnes en maintien en emploi à 1 an** montrent des **évolutions contrastées** : alors que le niveau de bien-être mental de certaines augmente, atteignant le niveau le plus élevé (36% des personnes), d'autres présentent une détérioration de leur état de santé, atteignant le niveau correspondant à un état de dépression majeure (+14%). Ces données soulignent la nécessité d'une vigilance constante envers les personnes accompagnées en emploi afin de s'assurer qu'elles conservent un niveau satisfaisant de qualité de vie subjective au travail et de santé. L'usage régulier de l'échelle de bien-être mental au cours de l'accompagnement pourrait constituer un **indicateur** précieux pour les **conseillers**, les aidant à prévenir d'éventuelles détériorations de l'état de santé de la personne. Ils pourraient ainsi orienter la personne accompagnée vers la consultation d'un **professionnel de santé (dont la pratique est orientée rétablissement)** ou **renforcer la coopération avec le professionnel de santé référent**.

Pour les structures dont les possibilités de coopération avec les professionnels de santé sont limitées, il serait opportun d'envisager la mise en place ou l'augmentation de la fréquence d'une **supervision clinique régulière assurée par un professionnel de santé orienté rétablissement**. Déjà instaurées au sein de certaines structures, cette pratique pourrait constituer une réponse adéquate pour apporter un soutien accru aux conseillers dans l'ajustement de leur **posture** d'accompagnement en fonction des besoins spécifiques de certaines personnes au cours de leur accompagnement.

Chapitre 2 : Limites de l'étude et perspectives d'amélioration de l'évaluation

Dans ce dernier chapitre, nous exposons différentes limites de l'études et proposons des perspectives d'amélioration pour l'évaluation du dispositif Emploi Accompagné.

1. Représentativité des structures participant à l'étude

Dans le cadre de son évaluation nationale du dispositif Emploi Accompagné, l'équipe de l'ANSA a mené une analyse des organisations et des méthodes déployées par différentes structures⁶⁴⁵, à l'aide de la passation de l'échelle IPS-25 version française auprès de 20 structures porteuses du dispositif. La période de passation de l'échelle correspond à la période de notre étude (1^{er} semestre 2021). L'ANSA a fait le choix dans son rapport de regrouper les 27 items de l'échelle sous la forme de 5 axes : accompagnement d'un public rencontrant des difficultés importantes (1 item)⁶⁴⁶, attention portée à l'emploi en milieu ordinaire (5 items)⁶⁴⁷, attention portée aux préférences des personnes (5 items)⁶⁴⁸, modalités d'accompagnement (7 items)⁶⁴⁹, organisation du service (9 items)⁶⁵⁰. Le tableau ci-dessous présentent les moyennes des scores obtenus par axe pour l'ensemble des structures interrogées pour l'étude de l'ANSA ainsi que pour notre étude.

⁶⁴⁵ « Analyse des organisations et des méthodes d'accompagnement ». Rapport consultable sur le site : <https://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/nouvelle/deploiement-et-evaluation-du-dispositif-emploi-accompagne>.

⁶⁴⁶ « zéro exclusion » (*organization* 6).

⁶⁴⁷ « focalisation sur l'emploi en milieu ordinaire » (*organization* 7), « fréquence des contacts avec les employeurs » (*service* 6), « qualité des relations avec les employeurs » (*service* 7), « nature des contrats proposés aux personnes » (*service* 10), et « interactions avec le SPE » (ajout 3).

⁶⁴⁸ « évaluation professionnelle au fil de l'eau » (*service* 3), « propositions d'emplois correspondant aux préférences des personnes » (*service* 5), « diversité des types d'emplois obtenus » (*service* 8), « diversité des employeurs » (*service* 9), « attention portée au développement du pouvoir d'agir » (ajout 4).

⁶⁴⁹ « accompagnement dans l'accès ou l'évolution des droits sociaux » (*service* 1), « gestion de la déclaration de la situation de handicap » (*service* 2), « recherche rapide d'un emploi classique » (*service* 4), « accompagnement individualisé dans l'emploi » (*service* 11), « intensité de l'accompagnement dans l'emploi » (*service* 12), « modalités déployées pour "Aller vers" la personne » (*service* 14), « temps passé par le CEA en dehors de son bureau » (*service* 13).

⁶⁵⁰ « nombre de personnes accompagnées par CEA » (*staffing* 1), « temps consacré par les CEA à l'accompagnement vers et dans l'emploi » (*staffing* 2), « accompagnement des personnes tout au long de leur parcours par un même référent » (*staffing* 3), « articulation avec les équipes de soins (troubles psychiques) » (*organization* 2), « constitution d'une équipe dédiée à l'insertion professionnelle avec une personne encadrante » (*organization* 4), « rôle du coordinateur » (*organization* 5), « implication de la Direction Générale de la structure porteuse » (*organization* 8), « temps consacré par les CEA à l'exercice de leur mission » (ajout 1), « formation préalable des CEA » (ajout 2).

Tableau 129. Comparaison des résultats IPS-25 (version Fr.) obtenus par les structures interrogées par l'ANSA (N=20) et par les structures de l'étude (N=27).

Axes	Moyennes (score /5)	
	Evaluation ANSA (N=20)	Etude (N=27)
Axe 1 : Accompagnement d'un public rencontrant des difficultés importantes	3,5	4,3
Axe 2 : Attention portée à l'emploi en milieu ordinaire	2,5	3,6
Axe 3 : Attention portée aux préférences des personnes	3,4	4,2
Axe 4 : Modalités d'accompagnement	3,7	3,9
Axe 5 : Organisation du service	3,3	3,8

L'ensemble des structures des deux études obtiennent des scores supérieurs à la moyenne (2,5/5) pour l'ensemble des axes. Celles participant à **notre étude** obtiennent des **scores moyens supérieurs** à ceux obtenus par les structures sélectionnées par l'ANSA pour l'ensemble des 5 axes.

Selon les études IPS⁶⁵¹ évaluant le degré de fidélité des structures à plusieurs reprises⁶⁵² lors de leur implémentation, l'obtention d'un haut degré de fidélité peut nécessiter plus d'une année. Cela peut expliquer les résultats plus faibles moyens obtenus par les structures participant à l'évaluation de l'ANSA, certaines structures ayant été identifiées par l'Agence comme « pouvant être encore dans une situation de montée en charge progressive ». Par ailleurs, les conseillers des structures participant à l'évaluation de l'ANSA sont moins formés à la pratique de l'emploi accompagné que leurs homologues ayant participé à de notre étude. En effet, les résultats obtenus à l'item « formation préalable des CEA » (ajout 2) de l'échelle IPS-25 version française indiquent que 78% des structures de notre étude obtiennent la note maximale de « 5 » tandis qu'elles sont 40% à l'obtenir parmi les structures participant à l'évaluation de l'ANSA.

Nous pouvons supposer que le plus haut degré de fidélité à la méthodologie IPS obtenu par les structures de notre étude est lié d'une part, à l'ancienneté de la pratique d'une grande partie des structures participantes et d'autre part, à leur adhésion et la formation reçue à la méthodologie. Notre étude décrit principalement le déploiement du dispositif Emploi Accompanyé en France pour les personnes en situation de handicap psychique **porté par des structures adhérant à la méthodologie IPS**⁶⁵³. Toutefois, l'effectif de personnes accompagnées par les structures subventionnées par les ARS de notre étude, représente **75% des personnes accompagnées par le dispositif à l'échelle nationale** sur la période.

⁶⁵¹ J. Metcalfe, S. Reese & R. Drake, « Evaluation of Individual Placement and Support at Three Community Mental Health Centers in California », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 51(2), 2024, p. 196-206.

⁶⁵² tous les 3 mois ou tous les 6 mois selon les études.

⁶⁵³ et conscientes de l'importance de leur contribution dans ce domaine de recherche pour accompagner au mieux ce public vers et dans l'emploi.

2. Réflexions sur la validité des données

Si la mesure de la performance en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées est un indicateur pertinent pour démontrer l'efficacité de cette pratique et tenter d'en identifier les leviers de succès, la mesure « réaliste »⁶⁵⁴ de cet indicateur, dans la pratique du recueil de données, soulève quelques questionnements.

L'étude longitudinale menée auprès des personnes accompagnées par les différentes structures nous a permis de calculer les différents résultats en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi, de manière globale et selon la typologie de structures identifiée⁶⁵⁵. Ce recueil de données a également permis de calculer le **taux de sortie** du dispositif des personnes ayant souhaité participer à l'étude (N=58)⁶⁵⁶.

Différents chercheurs ayant mené des essais contrôlés randomisés IPS ont indiqué un taux de participation supérieur à 90% sur diverses périodes d'études⁶⁵⁷ (de 6 mois à 2 ans de suivi). A l'instar de notre étude, ces dernières ont été menées auprès de personnes accompagnées ayant clairement exprimé le souhait de travailler et ayant déjà rencontré leur conseiller référent. En revanche, elles ont été conduites en partenariat avec les services de santé mentale prodiguant des soins aux personnes accompagnées, ce qui n'est pas le cas de notre étude. En outre, au sein de ces structures intégrées, le délai d'attente avant l'entrée de la personne dans le dispositif et le taux d'abandon des personnes étaient plus faibles que dans les structures non-intégrées, et le retour à l'emploi des personnes plus rapide⁶⁵⁸.

Le taux de sortie global du dispositif des personnes ayant souhaité participer à notre étude est égal à 15,5% à 6 mois, et à 39,7% à 1 an. Ces taux globaux sont supérieurs aux taux observés dans les autres études IPS. En outre, bien que les personnes aient obtenu des résultats élevés à l'échelle de motivation pour trouver un emploi⁶⁵⁹, notamment à leur entrée dans le dispositif⁶⁶⁰ (au temps 1) et après une période de 6 mois suivant leur entrée (temps 2), le taux de sortie du

⁶⁵⁴ E. Robert & V. Ridde, « L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique », *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 2013, p. 79-108.

⁶⁵⁵ Se référer aux résultats p. 284.

⁶⁵⁶ Et dont les structures ont participé à l'ensemble des volets de l'évaluation.

⁶⁵⁷ J. Metcalfe & R. Drake, « Participation in Individual Placement and Support in the Supported Employment Demonstration », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(4), 2022, p. 521-529.

⁶⁵⁸ P. Weinstock & L. Toms Barker, « Mental Health And Vocational Rehabilitation Collaboration : Local Strategies That Work », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 18(4), 1995, p. 35-50.

⁶⁵⁹ Se référer aux résultats p. 274.

⁶⁶⁰ les données ont été recueillies pour le temps 1 après une période de 1 à 2 mois suivant l'entrée dans le dispositif des PA.

dispositif à 6 mois constaté parmi les différents groupes de structures varie de 7% à 29%, et à 1 an, de 25% à 53%.

Les personnes participant à notre étude ne reçoivent pas de soins au sein de centres de santé mentale partenaires⁶⁶¹ et les structures ne sont pas intégrées aux services de soins et certaines sont confrontées à de grandes difficultés pour initier une coopération avec les professionnels de santé⁶⁶². Par ailleurs, selon l'appartenance à un type de profil identifié de structures, une part plus ou moins importante des personnes ne consultent pas de psychiatre, de 7% à 47%⁶⁶³. Toutefois ces données sont indicatives et à nuancer en raison de la **taille modeste de l'échantillon** de personnes ayant participé à l'étude longitudinale.

Une autre raison pouvant expliquer la variation du taux de sortie des personnes du dispositif pourrait être le degré de fidélité de la structure au principe « zéro exclusion » de la méthodologie IPS. Certaines structures appliquent quelques critères d'inclusion ou d'exclusion à l'entrée des personnes dans le dispositif⁶⁶⁴, ce qui pourrait expliquer une variation du taux d'abandon d'une structure à l'autre.

Par ailleurs, la variation du taux de sortie observée entre les différents groupes de structures pourrait en partie être expliquée par le **turnover** (taux de rotation) de **conseillers en emploi** constaté parmi certaines structures lors des différents temps de passation de l'échelle d'alliance de travail⁶⁶⁵. Une étude norvégienne récente⁶⁶⁶ s'est intéressée à cette problématique du *turnover* élevé des conseillers et de ses conséquences à impact négatif sur la performance des dispositifs et sur la continuité de l'accompagnement des personnes.

Au cours de notre étude, des interruptions dans l'accompagnement des personnes ont été constatées en raison du délai de remplacement de conseillers (en arrêt maladie ou ayant quitté la structure), entraînant un désengagement de la personne accompagnée dans sa recherche d'emploi. En outre, des taux de sortie à 6 mois plus élevés ont été constatés parmi les groupes de structures dont le *turnover* des conseillers avait été plus élevé⁶⁶⁷. Ces résultats appellent à une attention particulière portée à la **qualité de vie subjective au travail des conseillers** et à

⁶⁶¹ Quelques structures ont établi un partenariat avec les services de psychiatrie du territoire.

⁶⁶² Se référer aux résultats de l'item « articulation avec les équipes de soins » de la passation de l'échelle IPS-25 p. 141.

⁶⁶³ Se référer à la p. 273.

⁶⁶⁴ Se référer aux résultats de l'item « zéro exclusion » de la passation de l'échelle IPS-25 p. 140.

⁶⁶⁵ Chaque CEA a été contacté individuellement par téléphone à la suite de chaque passation de questionnaires menée auprès des PA aux différents temps de l'étude longitudinale.

⁶⁶⁶ D. Butenko, M. Rinaldi, B. Brinchmann, E. Killackey, E. Johnsen & A. Mykletun, « Turnover of IPS employment specialists : Rates and predictors », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 57(1), 2022, p. 23-32.

⁶⁶⁷ Se référer à la p. 281.

la **prévention du turnover au sein des équipes**. L'étude menée en Norvège⁶⁶⁸ a exploré ce phénomène en utilisant deux échelles d'évaluation⁶⁶⁹ de courte durée de passation et de bonne consistance interne, qui pourraient être utilisées à cette fin.

3. L'implication d'autres acteurs dans l'évaluation du dispositif Emploi Accompagné

La qualité de certaines données pourrait être améliorée, notamment en raison de la nature déclarative de ces dernières. Par ailleurs, leur recueil sollicite la participation des conseillers en emploi à des tâches de reporting, ce qui n'est pas préconisé par la philosophie de la méthodologie IPS, les conseillers devant concentrer leurs efforts sur l'accompagnement dans et vers l'emploi des personnes accompagnées. A cette fin, dans cette dernière partie, nous proposons d'impliquer d'autres acteurs du dispositif Emploi Accompagné dans l'évaluation du dispositif.

Nous présentons sur le schéma ci-dessous, une pluralité d'acteurs coopérant ou pouvant coopérer avec le dispositif Emploi Accompagné. Chacun de ces groupes d'acteurs pourraient participer à l'évaluation du dispositif pour chercher à améliorer son efficacité auprès des personnes accompagnées.

⁶⁶⁸ D. Butenko, M. Rinaldi, B. Brinchmann, B. Killackey, E. Johnsen & A. Mykletun, « Turnover of IPS employment specialists : Rates and predictors », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 57(1), 2022, p. 23-32.

⁶⁶⁹ M. R. H. Brodke, M. T. Sliter, W. K. Balzer, J. Z. Gillespie, M. A. Gillespie, P. Gopalkrishnan, C. J. Lake, B. Oyer, S. Withrow & M. Yankelevich, *The Job Descriptive Index and Job in General : 2009 Revision Quick Reference Guide [Brochure]*, Bowling Green State University, 2009 ; C. F. C. BOTHMA & G. ROODT, « The validation of the turnover intention scale », *SA Journal of Human Resource Management*, 11(1), 2013.

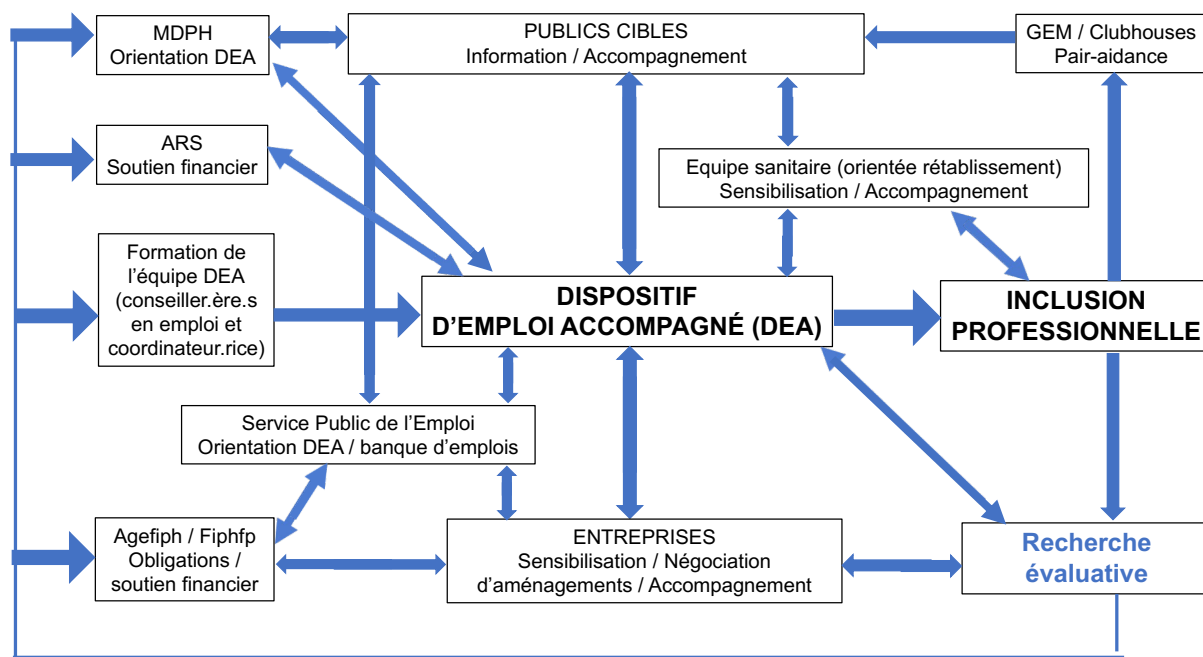


Figure 35. Schéma descriptif proposé des interactions entre différents acteurs impliqués dans le dispositif Emploi Accompagné en France.

Dès les débuts de la conception de la méthodologie IPS, des difficultés avaient été identifiées⁶⁷⁰ au sein de services de soutien à l'emploi non-intégrés aux centres de santé mentale (*mental health centers*) dans l'accompagnement vers et dans l'emploi en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap psychique. Il s'agissait notamment de désaccords entre les équipes de soins et celles de la réhabilitation professionnelle au sujet l'éligibilité des personnes à être accompagnées dans leur insertion professionnelle en milieu ordinaire. Bien que notre étude révèle un **changement de regard encourageant de certains psychiatres** en France sur la pratique de l'emploi accompagné, une enquête **auprès des services de psychiatrie** du secteur des structures pourraient fournir des informations plus précises sur leur degré de coopération avec les équipes du dispositif, tout en renforçant la sensibilisation des professionnels de santé à l'approche IPS.

L'implication des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), *club houses* ou toute autre **association de pair-aidance**⁶⁷¹ pourraient également être associées à la recherche évaluative du dispositif Emploi Accompagné pour apprécier sa réception⁶⁷² auprès des publics cibles. En outre, cette implication permettrait de présenter le dispositif à des personnes susceptibles d'être motivées par l'accompagnement proposé dans et vers l'emploi. Elle pourrait aussi susciter un

⁶⁷⁰ R. Drake, D. Becker, H. Xie & W. Anthony, « Barriers in the brokered model of supported employment for persons with psychiatric disabilities », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5(2), 1995, p. 141-149.

⁶⁷¹ Telle que la Maison Perchée à Paris, par exemple. <https://www.maisonperchee.org>.

⁶⁷² A. Revillard, « La réception de l'action publique », *LIEPP Working paper*, 55, 2016.

rapprochement de certaines structures avec les associations de pair-aidance⁶⁷³, dont le soutien peut également favoriser le parcours de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique.

Par ailleurs, comme indiqué précédemment, l'évaluation de la performance des structures en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées, repose sur des **données déclaratives** transmises par les structures. Outre quelques questions pouvant être soulevées quant à la fiabilité et à l'exhaustivité des informations, elles peuvent solliciter une participation des conseillers diminuant ainsi le temps d'accompagnement consacré aux personnes. Toutefois, il convient de noter que la plupart des études IPS reposent également sur des données déclaratives, rendant ainsi les **résultats comparables**. Cependant, une étude menée en Norvège⁶⁷⁴ se distingue par l'utilisation de données objectives issues du registre de l'agence nationale du travail et de la protection sociale. Les évaluations ultérieures du dispositif pourraient bénéficier de l'intégration de **données anonymisées de sources externes et objectives**, telles que les registres des agences nationales de l'emploi ou des organismes de protection sociale⁶⁷⁵ afin d'obtenir des informations plus précises sur le parcours professionnel, les périodes d'emploi et les sorties du dispositif des personnes accompagnées.

L'implication des MDPH pourrait également être sollicitée pour apprécier plus finement le degré de fidélité au principe « Zéro exclusion » de la méthodologie IPS. Certaines structures participant à l'étude ont obtenu un haut degré de fidélité à ce principe, toutefois, ces résultats peuvent être nuancés en raison d'un biais de sélection éventuelle de la part des MDPH, **prescriptrices** des orientations Emploi Accompagné. Certaines équipes de l'étude participent aux commissions d'orientation, ce qui n'est pas le cas de l'ensemble des structures interrogées. Depuis l'élection du Service Public de l'Emploi comme nouveau prescripteur complémentaire, il pourrait également être intéressant au cours d'études ultérieures d'apprécier **l'homogénéité des publics orientés**.

⁶⁷³ déjà établi au sein de certaines structures participant à l'étude.

⁶⁷⁴ S. E. Reme, K. Monstad, T. Fyhn, V. Sveinsdottir, C. Løvvik, S. A. Lie, S. Øverland, « A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness », *Scand J Work Environ Health*, 45(1), 2019, p. 33-41.

⁶⁷⁵ Service Public de l'Emploi, MDPH, CAF.

Conclusion

Le principal objectif de cette étude était de **décrire la mise en œuvre effective du dispositif Emploi Accompagné en France à l'échelle nationale, pour les personnes en situation de handicap psychique**. Nous avons cherché à évaluer de manière qualitative et quantitative les modalités d'organisation des structures et d'exercice de leurs conseillers en emploi, ainsi que les compétences mobilisées par ces derniers. Pour ce faire, nous avons utilisé des échelles standardisées situant les résultats obtenus dans le cadre du référentiel international de la méthodologie IPS, reconnue pour son efficacité supérieure en matière d'accès à l'emploi en milieu ordinaire de travail pour ce public. Par ailleurs, nous avons mené une étude longitudinale, sur une durée d'un an, auprès de personnes accompagnées par les structures, volontaires pour participer à cette étude. Cette approche complémentaire nous a permis d'apprécier également : la satisfaction des personnes et leur engagement dans l'accompagnement proposé, l'homogénéité des publics accompagnés par les différentes structures et la disponibilité d'aménagements de poste et de soutiens relationnels en entreprise. Elle a permis, en outre, de suivre l'évolution de la perception des personnes accompagnées du « monde professionnel » et de celle de leur état de santé au cours de leur accompagnement.

Les résultats obtenus attestent de la mise en œuvre effective du dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique à l'échelle nationale. Ils confirment la **possibilité concrète d'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail pour ce public ainsi que leur maintien en emploi à l'aide de cet accompagnement**.

Nous avons constaté des résultats de performance des structures en termes d'intégration professionnelle des personnes accompagnées, nettement supérieurs à ceux observés lors de l'étude exploratoire, notamment concernant le taux d'insertion professionnelle, tant pour les personnes en situation de handicap psychique⁶⁷⁶ que pour les personnes en situation de handicap mental⁶⁷⁷. Le taux d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique de notre étude (51%) est **proche des standards internationaux** (55%). Quant au taux de maintien en emploi des personnes accompagnées (62%), dont l'évaluation est peu standardisée à l'échelle internationale, il est sensiblement égal à celui obtenu dans l'étude portant sur le

⁶⁷⁶ 51% vs 29% pour le taux d'insertion et 62% vs 52% pour le taux de maintien.

⁶⁷⁷ 49% vs 30% pour le taux d'insertion et 66% vs 67% pour le taux de maintien.

déploiement national de l'Emploi Accompagné aux Pays-Bas (61%)⁶⁷⁸, dans un contexte comparable à celui de son déploiement en France.

L'enquête qualitative menée auprès des différentes structures a permis de mettre en évidence **l'engagement des équipes** dans l'accompagnement des personnes, leurs connaissances de la méthodologie IPS ainsi que leur conviction quant à la possibilité réelle de rétablissement des personnes accompagnées. Elles ont pu d'ailleurs observer de nombreuses personnes traversant différentes étapes de leur parcours de rétablissement et s'accordent sur l'importance cruciale de l'instauration d'une alliance de travail avec les personnes accompagnées, en adoptant une **posture de coopération**. Ce résultat de l'étude qualitative se reflète également dans les scores élevés obtenus à l'échelle d'alliance de travail perçue, tant de la part des conseillers en emploi que de celle des personnes accompagnées. Le **management horizontal**, adopté par la plupart des structures, accorde aux conseillers une autonomie et une flexibilité suffisantes dans leur pratique leur permettant d'assurer une réactivité et une disponibilité auprès des personnes accompagnées tout au long de leur parcours, tout en favorisant la cohésion d'équipe au sein de la structure. Les résultats soulignent également **l'importance de la formation initiale et continue des conseillers**, en particulier la formation IPS, pour l'accompagnement du maintien en emploi des personnes. En effet, le taux de maintien des personnes accompagnées par les conseillers formés à la méthodologie IPS est significativement supérieur à celui des personnes accompagnées par des conseillers n'ayant pas bénéficié de cette formation. L'étude qualitative révèle, comme cela a été le cas au cours de l'étude exploratoire, la **nécessité d'un soutien porté aux conseillers** tant en interne, au sein de leur équipe (coordinateur et autres conseillers), qu'en externe, via la participation régulière à des séances d'analyse et d'échanges de pratiques.

L'administration de l'échelle de fidélité à la méthodologie IPS a permis de conclure qu'à l'exception d'une structure, l'ensemble des structures participant à notre étude se réfèrent à cette dernière. Parmi celles-ci, 16 structures ont obtenu un degré de fidélité convenable tandis que les 10 autres ont obtenu un bon degré de fidélité. L'étude a également mis en évidence que les équipes des structures participantes **respectent la plupart des principes de la méthodologie avec un haut degré de fidélité**. Parmi ces principes figurent : « l'attention portée aux préférences et aux intérêts professionnels des personnes accompagnées », « l'accompagnement individualisé dans l'emploi et pérenne (si souhaité) », « le milieu ordinaire de travail ciblé », « l'articulation avec les équipes de soins », « le principe de zéro

⁶⁷⁸ J. Van Weeghel, C. Bergmans, C. Couwenbergh, H. Michon & L. De Winter, « Individual Placement and Support in the Netherlands : Past, Present, and Future Directions », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1), 2020, p. 24-31.

exclusion », « l'accompagnement aux prestations sociales » et « l'ajustement du poste de travail de la personne (*job development*) ». Un conseiller en emploi unique accompagne un nombre limité de personnes, 25 personnes au maximum par conseiller pour 86% des structures. Il les accompagne tout au long de leur parcours, en répondant à leurs besoins, de la recherche d'emploi à leur maintien en poste et, pour certains, à leur évolution professionnelle. Les **conseillers coopèrent avec les divers acteurs du réseau de la personne**, qu'ils soient issus du corps médical, du service public de l'emploi, des entreprises ou des services sociaux. Toutefois, certains écarts de résultats ont été observés, pouvant être expliqués en partie par une pratique plus récente au sein de certaines structures. Ces dernières, dont certains conseillers manquent de formation ou d'expérience, et qui peuvent être isolés (de 1 à 13 conseillers par structure), rencontrent des difficultés pour coopérer avec les différents acteurs du réseau de la personne accompagnée.

La **principale difficulté** révélée par notre étude concernant l'adhésion des structures aux principes de la méthodologie IPS réside dans le **respect du principe « recherche rapide d'un emploi en milieu ordinaire »**, le moins mis œuvre par la majorité des structures (89%). Ce résultat n'apparaît pas corrélé à l'ancienneté du dispositif ni à l'expérience ou à la formation des conseillers. Les équipes expriment une **inquiétude quant à la possibilité de décevoir les entreprises en cas d'insertion non réussie** d'une personne accompagnée et une crainte d'une rupture de coopération avec ces dernières.

La passation de l'échelle d'évaluation des **compétences des conseillers en emploi accompagné** a révélé une **amélioration du niveau des compétences mobilisées** dans l'exercice de leur métier, comparé à celui des conseillers participant à l'étude exploratoire. Les progrès les plus notables observés concernent 4 sous-dimensions : « Entretenir des liens de collaboration avec les employeurs », « Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé », « Travailler sur le terrain pour être en contact avec les personnes accompagnées et définir les aménagements de poste nécessaires » et « Gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation ». Ces résultats laissent supposer que la progression observée du taux d'insertion professionnelle et du maintien en emploi des personnes accompagnées par les structures porteuses du dispositif a été favorisée (entre autres) par la progression du niveau de compétences acquises par les conseillers, notamment relatives à ces 4 sous-dimensions. Ils indiquent une **implication accrue dans le développement du partenariat avec les entreprises** ainsi qu'une plus grande mobilisation des employeurs suscitée par les conseillers dans l'ajustement du poste des personnes. Ce constat est cohérent

avec la **plus grande disponibilité de soutiens relationnels sur le lieu de travail** des personnes accompagnées, orientant l'accompagnement vers une **autonomisation de la relation professionnelle** entre la personne et l'employeur et, dans une moindre mesure, avec la plus grande disponibilité des aménagements des modalités de travail, observées à l'aide de l'étude longitudinale. Enfin, les résultats obtenus par les conseillers participant à l'étude à l'échelle des compétences sont relativement similaires à ceux observés chez leurs homologues exerçant au Canada et/ou aux Pays-Bas, à l'exception du score obtenu à la sous-dimension « Entretenir des liens de collaboration avec les professionnels de la santé ». Cette différence peut être expliquée par le fait qu'en France, le dispositif Emploi Accompagné n'est pas intégré aux équipes de soins. En outre, selon l'étude qualitative, **certains territoires** souffrent de **désertification médicale**. Même lorsque cette situation ne prévaut pas, il peut demeurer **difficile d'identifier un professionnel de santé orienté rétablissement**, ce qui limite les opportunités de coopération.

Concernant l'expérience des personnes accompagnées par les structures, en premier lieu, nous avons observé le respect de la part des équipes des structures, autant que possible, du **souhait de la personne accompagnée de travailler** ou non en milieu ordinaire de travail. D'une part, les équipes indiquent vérifier l'origine propre de la demande de la personne, et d'autre part, l'étude longitudinale indique un **niveau élevé de motivation des personnes** accompagnées à trouver un emploi tout au long de la première année d'accompagnement.

La majorité des personnes **ayant obtenu un emploi au cours de l'accompagnement** l'ont obtenu **au cours des 6 premiers mois** (72%). Rétrospectivement, certaines distinctions se sont révélées entre celles ayant obtenu un emploi et celles qui n'y sont pas parvenues au cours de l'étude. Concernant les personnes ayant accédé à un emploi au cours des 6 premiers mois, à l'entrée du dispositif, leur confiance en soi était de niveau plus élevé et leur degré de plainte subjective relatives aux symptômes cognitifs était plus faible comparés à celles qui n'y sont pas parvenues. Les **personnes en emploi** ont déclaré un **niveau de bien-être mental accru à 6 mois**.

Concernant les personnes toujours à la recherche d'un emploi à 6 mois, les **obstacles** à l'insertion au travail liés à **l'affirmation de soi** face aux collègues, à l'établissement de relations sociales et aux exigences de productivité ont été **perçus avec une moindre importance** qu'à leur entrée dans le dispositif. Toutefois, nous avons constaté une diminution de leur degré de **confiance** en leur aptitude à s'insérer professionnellement en milieu ordinaire de travail pour

celles n'ayant pas obtenu d'emploi au cours de la première année d'accompagnement. Ce résultat souligne l'importance de la préconisation de la méthodologie IPS d'initiation rapide de la recherche d'un emploi en milieu ordinaire, respectant le principe « *place and train* » (placer puis former), pour le **soutien du sentiment d'efficacité de la personne**.

Les résultats obtenus à l'échelle d'**alliance de travail** perçue, administrée aux personnes accompagnées et à leurs conseillers référents, que nous avons constatés d'un niveau élevé tout au long de l'accompagnement, ont toutefois permis d'observer quelques écarts, présentant un **décalage dans l'évolution des perceptions des deux groupes d'acteurs à 6 mois**. Alors que les conseillers indiquent percevoir une diminution du degré de l'alliance de travail avec les personnes (et plus importante à l'égard des personnes n'ayant pas trouvé d'emploi), les personnes accompagnées indiquent percevoir un degré d'alliance similaire qu'elles se soient insérées professionnellement ou non. A 1 an d'accompagnement, seules les personnes en emploi indiquent un degré d'alliance de travail perçue d'un niveau similaire à celui de leur entrée dans le dispositif.

L'étude longitudinale a également permis d'obtenir quelques informations quant à l'état clinique des personnes à leur entrée dans le dispositif. 40% d'entre elles ont obtenu un résultat à l'échelle de « bien-être mental » indiquant la **présence d'une dépression majeure** ou d'un risque de dépression à court terme. En distinguant rétrospectivement les personnes sorties ou non du dispositif au cours des 6 premiers mois, elles étaient 51% dans ce cas à leur entrée dans le dispositif parmi les personnes sorties tandis qu'elles étaient 33% parmi les personnes toujours accompagnées. Ce résultat suggère une **tendance plus importante chez les personnes souffrant de dépression à quitter le dispositif** durant les premiers mois de l'accompagnement. Nous n'avons pas constaté d'autres écarts notables en explorant cette distinction parmi les résultats obtenus aux autres échelles cliniques. Enfin, selon les résultats obtenus à l'échelle de rétablissement, que les personnes s'insèrent ou non professionnellement au cours de la première année de leur accompagnement, elles ont indiqué **percevoir leurs symptômes de manière moins contraignante après un an d'accompagnement**.

La **typologie de structures proposée**, identifiée à un instant t, a permis de mettre en évidence quelques similitudes entre structures dans la mise en œuvre de la pratique de l'emploi accompagné. Le groupe de structures déclarant les **résultats les plus élevés en termes de performance** en termes d'**intégration professionnelle** des personnes accompagnées est aussi le groupe dont les conseillers en emploi accompagné déclarent mobiliser à une plus grande fréquence les compétences requises pour le métier. Les **parcours professionnels** de ces

conseillers, principalement issus du secteur de l'entreprise, leur ont permis d'acquérir une forte expérience et connaissance de la culture d'entreprise. Ils accordent une moindre importance au développement d'un réseau d'employeurs potentiels, estimant que le réseau dont ils disposent est suffisamment étendu. Un second groupe de structures, déclarant des résultats plus élevés en termes d'intégration professionnelle que les autres groupes, en deçà de ceux déclaré par le précédent, est aussi le groupe dont les conseillers déclarent des résultats plus élevés à l'échelle des compétences des conseillers, en deçà de ceux déclarés par le précédent. A la différence du premier, ce groupe de structures porte une attention particulière au développement d'un réseau d'employeurs potentiels et leurs conseillers mobilisent à une plus grande fréquence leurs compétences en matière de négociation et de sensibilisation auprès des entreprises. Toutefois, **la comparaison de leurs résultats** avec les autres groupes **est à nuancer** en raison de leur **moindre fidélité au principe « zéro exclusion »**. Un troisième groupe de structure, déclarant des résultats inférieurs en termes d'intégration professionnelle des personnes accompagnées, est celui qui obtient le degré de fidélité le plus élevé à la méthodologie IPS. L'étude longitudinale menée auprès des personnes accompagnées suggère que ces dernières sont plus nombreuses à avoir connu un **parcours au sein des services de psychiatrie** (79% vs 53% pour les deux groupes précédents) et consultent plus fréquemment un psychiatre. Les associations gestionnaires de ces structures ont établi des liens de coopération étroits avec le secteur sanitaire depuis une plus longue période, ce qui pourrait expliquer cette observation. Quant au dernier groupe de structures, composé de structures dont la **pratique est plus récente**, les **résultats** de performance en termes d'intégration professionnelle ainsi que ceux obtenus aux échelles de fidélité et de compétences des conseillers **sont inférieurs** à ceux obtenus par les autres groupes de structures.

En outre, cette typologie a permis d'identifier que les structures les plus expérimentées peinent à respecter le ratio d'un conseiller pour 20 personnes accompagnées en raison de la **forte demande d'accompagnement** dont témoigne l'existence de listes d'attente au sein de ces structures. Par ailleurs, l'étude longitudinale menée auprès des personnes accompagnées, bien que les effectifs soient de petite taille, **interroge quant aux taux de sortie observés** variant du simple au double parmi les groupes de structures au cours de la première année de l'accompagnement. Elle suggère également des variations du **turnover des conseillers** d'un groupe de structures à l'autre, tout en révélant des interruptions ou suspensions de l'accompagnement de personnes accompagnées au cours de périodes pendant lesquelles les postes de leur conseiller référent étaient vacants.

Nous examinons désormais quelques **implications théoriques** pouvant être mises en lumière par l'étude. En premier lieu, comme déjà évoqué au cours de l'étude exploratoire, la **spécialisation** des structures en fonction de la **nature du handicap** des personnes semble favoriser la réussite de l'insertion professionnelle des différents publics. Cette hypothèse pourrait en partie expliquer le net écart observé entre les taux d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap mental des structures participant à notre étude et celles de l'ANSA (49% vs 68%).

Selon les études IPS, les compétences des conseillers mobilisées pour le « travail sur le terrain », les stratégies de recherche d'emploi utilisées par les conseillers et/ou les personnes accompagnées et le degré d'alliance de travail perçu par les conseillers à l'égard des personnes sont des variables prédictives de l'obtention d'un emploi en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap psychique. Bien que notre étude n'ait pas identifié de corrélations significatives entre ces variables et le taux d'insertion professionnel des personnes accompagnées, notamment en raison de l'absence de données détaillées⁶⁷⁹ transmises par certaines structures, nous avons observé au cours de l'étude longitudinale des scores globalement élevés à ces dimensions et supérieurs pour les personnes ayant accédé à un emploi au cours des 6 premiers mois de l'accompagnement. Ces résultats suggèrent une **cohérence avec les modèles prédictifs existants**, tout en soulignant la **nécessité de mieux documenter les performances individuelles des conseillers** pour affiner ces prédictions.

Concernant les effets positifs de la pratique de l'emploi accompagné sur l'**évolution clinique** des personnes, les **études IPS** restent relativement **limitées** et leurs résultats sont divergents. Différentes études montrent peu d'évolution clinique notable, tandis que d'autres soulignent un maintien de l'état de santé pour les personnes accompagnées par les structures IPS, comparativement à une détérioration observée dans les groupes de contrôle. Une étude norvégienne⁶⁸⁰ a mis en évidence une amélioration significative du niveau de détresse psychologique des personnes, de la fréquence et de la gravité de leurs plaintes subjectives de santé, de leur niveau de fonctionnement, de leur niveau de qualité de vie liée à la santé ainsi que de leur niveau de bien-être global.

⁶⁷⁹ résultats en termes d'intégration professionnelle par conseiller en emploi accompagné.

⁶⁸⁰ S. E. Reme, K. Monstad, T. Fyhn, V. Sveinsdottir, C. Løvvik, S. A. Lie, S. Øverland, « A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness », *Scand J Work Environ Health*, 45(1), 2019, p. 33-41.

Dans notre étude, les résultats indiquent peu d'évolution concernant les plaintes subjectives liées à des difficultés cognitives ou à la sévérité des symptômes perçus par les personnes accompagnées. Toutefois, une diminution de l'importance de la « domination des symptômes » vécue par les personnes accompagnées a été observée ainsi qu'une **augmentation du niveau de bien-être mental** chez les **personnes ayant obtenu un emploi** au cours de leur accompagnement. Ces résultats sont **cohérents avec la théorie du rétablissement** selon laquelle celui-ci n'implique pas une rémission complète des troubles mais un chemin personnel permettant de mener une vie satisfaisante en dépit de limitations dues à une situation de handicap. Ils sont également cohérents avec la théorie de la réhabilitation psychosociale selon laquelle exercer une activité professionnelle est un vecteur potentiel de rétablissement.

En outre, les résultats de notre étude relatifs à la **qualité de vie subjective au travail** des personnes accompagnées révèlent un **niveau de résultats élevé** de satisfaction, notamment en ce qui concerne les **relations établies avec les collègues de travail**, le **sentiment d'être un bon travailleur** et celui d'appartenance à l'entreprise. Ces résultats s'inscrivent en **cohérence** avec la théorie de la **clinique de la « santé par le travail »** de C. Dejours, selon laquelle le bien-être au travail repose en grande partie sur la reconnaissance par soi-même de la qualité de son propre travail, soutenue par la reconnaissance par l'autre, processus donnant accès à la « construction de relations avec les autres humains sur le mode de la fraternisation »⁶⁸¹.

Nous abordons désormais quelques **implications pratiques** issues de cette étude. Les résultats de l'étude longitudinale suggèrent que les **personnes les plus susceptibles de quitter le dispositif** dans les premiers mois de l'accompagnement sont celles dont les résultats obtenus à l'échelle de bien-être mental à leur entrée correspondent à un état de **dépression majeur** ou à un **risque de dépression à court terme**. Distinctement, nous avons observé cette tendance parmi les personnes ayant déclaré une situation de handicap psychique due à un diagnostic antérieur de dépression majeure. La dépression étant une décompensation psychique pouvant survenir chez les personnes présentant toutes formes de pathologies, ces données soulignent l'importance de **sensibiliser et de former les conseillers** à l'identification et à l'accompagnement de **personnes souffrant de dépression**.

Par ailleurs, les résultats de l'échelle de **bien-être mental pour les personnes en maintien en emploi à 1 an** montrent des **évolutions contrastées** : alors que le niveau de bien-être mental

⁶⁸¹ C. Dejours, « Conditions d'accès au plaisir dans le travail. Ouverture du Cippt 11. 7 octobre 2021 », *Travailler* (48), 2022, p. 11-28.

de certaines augmente, atteignant le niveau le plus élevé (36% des personnes), d'autres présentent une détérioration de leur état de santé, atteignant le niveau correspondant à un état de dépression majeure (+14%). Ces données soulignent la nécessité d'une vigilance constante envers les personnes accompagnées en emploi afin de s'assurer qu'elles conservent un niveau satisfaisant de qualité de vie subjective au travail et de santé. L'usage régulier de l'échelle de bien-être mental au cours de l'accompagnement pourrait constituer un **indicateur** précieux pour les **conseillers**, les aidant à prévenir d'éventuelles détériorations de l'état de santé de la personne et à intervenir en conséquence. Ils pourraient ainsi, si nécessaire, recommander des ajustements de poste, orienter la personne accompagnée vers la consultation d'un **professionnel de santé (dont la pratique est orientée rétablissement)** ou **renforcer la coopération avec le professionnel de santé référent**.

Pour les structures dont les possibilités de coopération avec les professionnels de santé sont limitées sur leur territoire, il serait opportun d'envisager la mise en place ou le renforcement d'une **supervision clinique régulière assurée par un professionnel de santé orienté rétablissement**. Déjà instaurées au sein de certaines structures, cette pratique pourrait constituer une réponse adéquate pour apporter un soutien accru aux conseillers dans l'ajustement de leur **posture** d'accompagnement en fonction des besoins spécifiques de certaines personnes au cours de leur accompagnement.

Bien que l'étude révèle un **changement de regard encourageant de certains psychiatres** en France sur la pratique de l'emploi accompagné, une enquête **auprès des services de psychiatrie** du secteur des structures pourraient fournir des informations plus précises sur leur degré de coopération avec les équipes du dispositif, tout en renforçant la sensibilisation des professionnels de santé à l'approche IPS.

Concernant le **décalage** observé à 6 mois dans la **perception de l'alliance de travail** entre les conseillers et les personnes accompagnées, particulièrement à l'égard de celles qui ne sont pas parvenues à accéder à un emploi, les structures pourraient **intégrer dans leur pratique une évaluation régulière du degré d'alliance de travail** perçu par les deux acteurs. A partir des résultats de cette évaluation, des **temps d'échange spécifiques** pourraient être instaurés afin de résoudre d'éventuels malentendus ou frustrations pouvant survenir après plusieurs mois d'accompagnement, permettant ainsi d'**ajuster les modalités de l'accompagnement** en conséquence. Par ailleurs, il serait pertinent de proposer aux conseillers des formations permettant de les soutenir dans le maintien d'une dynamique relationnelle positive, même en l'absence de résultats immédiats. Enfin, dans le cas où la relation s'avérerait problématique

entre le conseiller et la personne accompagnée, il pourrait être judicieux d'**offrir la possibilité à la personne de changer de conseiller**, comme le préconise l'étude canadienne⁶⁸².

En outre, le **turnover observé** au cours de l'étude longitudinale parmi les conseillers en emploi de certaines structures, ayant contribué à des suspensions de l'accompagnement de personnes, appelle à une attention particulière portée à la **qualité de vie subjective au travail des conseillers** et à la **prévention du turnover au sein des équipes**. Une étude récente menée en Norvège⁶⁸³ a exploré ce phénomène en utilisant deux échelles d'évaluation⁶⁸⁴ de courte durée de passation et de bonne consistance interne, elles pourraient être utilisées à cette fin.

Comme toute recherche, notre étude présente certaines **limites** qu'il convient de souligner. En premier lieu, toutes les structures invitées n'ont pas souhaité y participer, ce qui limite la généralisation des résultats. L'étude décrit principalement le déploiement du dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique, **porté par des structures adhérant à la méthodologie IPS**⁶⁸⁵. Toutefois, l'effectif de personnes accompagnées par les structures subventionnées par les ARS de notre étude, représente **75% des personnes accompagnées par le dispositif à l'échelle nationale** sur la période.

L'évaluation de la **performance globale** des structures en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes accompagnées repose sur des **données déclaratives** transmises par les structures. Cela peut soulever quelques questions quant à la fiabilité et à l'exhaustivité des informations. Toutefois, il convient de noter que la plupart des études IPS reposent également sur des données déclaratives, rendant ainsi les **résultats comparables**. Cependant, une étude menée en Norvège⁶⁸⁶ se distingue par l'utilisation de données objectives issues du registre de l'agence national du travail et de la protection sociale. Les évaluations ultérieures du dispositif pourraient bénéficier de l'intégration de **données anonymisées de**

⁶⁸² M. Corbière, T. Lecomte, D. Reinharz, B. Kirsh, E. Latimer, P. Goering, N. Lanctot, M. Menear, D. Berbiche, K. Genest, E. Goldner, « Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs. », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2017, 205, 4, p. 275-282.

⁶⁸³ D. Butenko, M. Rinaldi, B. Brinchmann, E. Killackey, E. Johnsen & A. Mykletun, « Turnover of IPS employment specialists : Rates and predictors », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 57(1), 2022, p. 23-32.

⁶⁸⁴ M. R. H. Brodke, M. T. Sliter, W. K. Balzer, J. Z. Gillespie, M. A. Gillespie, P. Gopalkrishnan, C. J. Lake, B. Oyer, S. Withrow & M. Yankelevich, « *The Job Descriptive Index and Job in General: 2009 Revision Quick Reference Guide [Brochure]*, Bowling Green State University, 2009 ; C. F. C. Bothma & G. Roodt, « The validation of the turnover intention scale », *SA Journal of Human Resource Management*, 11(1), 2013.

⁶⁸⁵ et conscientes de l'importance de leur contribution dans ce domaine de recherche pour accompagner au mieux ce public vers et dans l'emploi.

⁶⁸⁶ S. E. Reme, K. Monstad, T. Fyhn, V. Sveinsdottir, C. Løvvik, S. A. Lie, S. Øverland, « A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness », *Scand J Work Environ Health*, 45(1), 2019, p. 33-41.

sources externes et objectives, telles que les registres des agences nationales de l'emploi ou des organismes de protection sociale⁶⁸⁷ afin d'obtenir des informations plus précises sur le parcours professionnel, les périodes d'emploi et les sorties du dispositif des personnes accompagnées. Cela présenterait aussi l'avantage de **libérer les conseillers de certaines tâches de reporting** durant l'exercice de leurs missions d'accompagnement.

Aussi, les résultats obtenus par les conseillers en emploi accompagné à l'échelle des compétences proviennent également de données auto-déclaratives, subjectives, dont les réponses ont pu faire l'objet d'un **biais de désirabilité sociale**. Cependant, les résultats obtenus aux 12 sous-échelles sont comparables entre eux ainsi qu'avec les résultats d'autres études dont les données ont été recueillies dans des **conditions similaires**.

L'**effectif de personnes accompagnées** volontaires pour participer à l'**étude longitudinale** est plus **modeste** qu'espéré (6,5% de la population totale accompagnée par les structures). De plus, un biais de sélection introduit⁶⁸⁸ par les conseillers est possible, notamment lors de la présentation initiale de l'étude, ce qui peut limiter la généralisation des résultats et leur pleine représentativité de la population étudiée. Toutefois, à l'exception de la sous-représentation des personnes n'ayant jamais exercé auparavant d'activité professionnelle⁶⁸⁹, l'**effectif obtenu reflète la diversité sociodémographique** des personnes accompagnées par le dispositif. De plus, leur participation à l'étude a été sollicitée dans des conditions similaires, après confirmation de leur demande d'accompagnement⁶⁹⁰, ce qui se reflète dans l'obtention de résultats homogènes et élevés à l'échelle de motivation. Par ailleurs, les tests statistiques ayant montré quelques résultats significatifs, cela pourrait suggérer une certaine robustesse de l'étude. Pour obtenir des résultats plus représentatifs et plus précis, les recherches ultérieures pourraient inclure un **échantillon de taille plus importante de personnes accompagnées**, selon une **stratégie d'échantillonnage impliquant directement les organismes prescripteurs afin de diversifier les profils étudiés**.

Enfin, bien que la durée d'un an de l'étude longitudinale soit adéquate pour le suivi de l'insertion professionnelle des personnes accompagnées par des structures IPS, elle pourrait être limitée lorsqu'il s'agit d'apprécier les **effets à plus long terme de l'accompagnement**,

⁶⁸⁷ Service Public de l'Emploi, MDPH, CAF.

⁶⁸⁸ Involontairement.

⁶⁸⁹ 6% contre 19% pour la population globale accompagnée par le dispositif à l'échelle nationale selon l'ANSA. Évaluation nationale du dispositif Emploi Accompagné réalisée par l'ANSA consultable sur : https://www.solidarites-actives.com/sites/Ansa_DGCS_EmploiAccompagne_RapportEvaluation2021_V1.pdf.

⁶⁹⁰ lors des deux premiers entretiens avec leur conseiller en emploi accompagné référent et au cours du premier entretien de passation des échelles.

notamment en ce qui concerne la durée de maintien en emploi des personnes, l'évolution de leur état de santé ainsi que l'impact du dispositif sur leur autonomie.

En conclusion, le déploiement à l'échelle nationale du dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique, outre ses résultats prometteurs en termes d'insertion professionnelle et de maintien en emploi des personnes, ouvre également des **perspectives d'impact transversal**. Les conseillers en emploi accompagné offrent un **soutien précieux** pour les **équipes de psychiatrie** en proposant une continuité de l'accompagnement des personnes dans la communauté, contribuant ainsi à la **prévention** de la dégradation de leur état de santé, une action particulièrement mise en lumière durant la crise sanitaire du COVID-19. En outre, en tant que prospecteurs et médiateurs auprès des entreprises pour les personnes qu'ils accompagnent, partenaires des professionnels du Service Public de l'Emploi et des organismes de protection sociale, les conseillers contribuent également à **déconstruire les préjugés persistants** à l'égard de ce public.

Les listes d'attente au sein de différentes structures révèlent une forte demande d'accompagnement par le dispositif de personnes en situation de handicap psychique. Avec le déploiement effectif attesté du dispositif Emploi Accompagné en France, la volonté politique accrue pour favoriser l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap et la reconnaissance de la santé mentale comme grande cause nationale en 2025, nous pouvons espérer un nouveau déploiement du dispositif, notamment par **l'augmentation nécessaire à l'échelle nationale du nombre de conseillers en emploi accompagné** pour les personnes en situation de handicap psychique.

Annexes

Description de différentes réponses institutionnelles de pays occidentaux au XIX^e siècle

La Belgique est célèbre pour avoir établi la première colonie d'aliénés d'Occident dès le XIII^e siècle, à la suite de l'afflux de fous en pèlerinage à Geel. Ils étaient si nombreux qu'ils étaient aussi hébergés chez l'habitant à proximité du lieu de culte. Hormis cette singularité de la colonie de Geel, c'est la loi du 17 juin 1850 qui fait date en Belgique, après la mise en place d'une commission au sujet des aliénés. L'ouverture d'une institution est depuis cette date soumise à autorisation. Les établissements en Belgique sont le plus souvent de petite taille. Le médecin-chef est nommé par le ministre de la Justice. Les dispositions légales permettent l'instauration de services ouverts, sur leur modèle déjà mis en place de pavillons libres au sein de pensions payantes.

Aux Pays-Bas, la construction des asiles est moins réglementée au XIX^e siècle et limite le rôle du médecin. L'asile est placé sous le contrôle du Clergé, les provinces s'appuyant sur l'assistance confessionnelle. Cette dernière est constituée de petites unités organisées autour d'un modèle familial, le chef de pavillon y est appelé le « père de famille » ou la « mère de famille ».

Les pays scandinaves sont influencés par la psychiatrie allemande et les thérapeutiques sont les mêmes qu'en France. Les asiles se distinguent selon qu'ils accueillent des malades curables ou non curables. Dans la pratique, les malades curables devenus incurables restent internés dans l'asile initial, ce qui crée des asiles dits de combinaison relative. Les dispositions légales spécifiques ne seront promulguées qu'en 1949. Griesinger (1817-1868), professeur de psychiatrie et de neurologie à Berlin, un des fondateurs de la neuropsychiatrie, fait évoluer la psychiatrie allemande de romantique⁶⁹¹ à positiviste et universitaire. Il introduit le *non-restraint* dans les asiles et les colonies agricoles. En Autriche, c'est en 1853 qu'est créé le premier établissement accueillant 700 aliénés, certaines pièces y sont dédiées à des thérapies par le travail manuel. Guéris ou non les aliénés sont libérés à la demande de leurs familles, si elles peuvent en garantir la surveillance. De nombreuses conceptions théoriques émergent en Autriche : psychique-anthropologique, somatique, romantique⁶⁹², une école objectiviste anatomique ou pathologique, une école descriptive centrée sur l'étiologie.

⁶⁹¹ Attachée à la notion de maladie de l'âme.

⁶⁹² Défendant une hygiène mentale pour tous et le combat des germes de la folie en chacun.

En Suisse, les cantons conservent leur indépendance, pour ceux dont le nombre d'habitants est supérieur à 100 000, des asiles de 200 à 300 places y sont construits. Une des particularités de la Suisse est que l'enseignement de la psychiatrie est confiée aux directeurs-médecins des asiles.

En Russie, c'est en 1861 avec l'abolition du servage que sont créées les colonies agricoles pour les aliénés. La recherche se développe hors des asiles et s'inspire des psychiatres français et allemands.

En Italie, jusqu'au milieu du XIX^e siècle, les aliénés aigus sont soignés dans les Hôtel-Dieu et les malades chroniques dans les asiles. Il n'existe pas de dispositions légales⁶⁹³. En 1904, une loi est promulguée, identique à celle de 1838 en France hormis la direction de l'asile dont la fonction est confiée à un médecin.

Quant à l'Espagne qui avait construit le premier asile d'aliénés en Europe⁶⁹⁴, héritier de la médecine arabo-espagnole, le traitement des aliénés est largement freiné voire suspendu par les destructions de la guerre d'indépendance. Seules des tentatives isolées permettent l'assistance aux aliénés, dirigées par des administrateurs plutôt que des médecins. Les initiatives privées prennent davantage d'ampleur.

Au Portugal, du XVI^e au XVIII^e siècle, l'assistance des aliénés est prise en charge par un ordre charitable et hospitalier. Au milieu du XIX^e, il n'existe qu'un grand hôpital à Lisbonne qui abrite un quartier d'aliénés et nombreux sont celles et ceux tolérés dans les rues des villes et dans les campagnes. Les plus fortunés sont soignés à domicile ou à l'étranger. Concernant les aliénés considérés comme dangereux, ils sont enfermés dans les prisons. Une loi est promulguée en 1889 pour l'organisation nationale de la prise en charge des aliénés.

En Angleterre c'est en 1845 que le *Lunatic Asylum Act* oblige les comtés à se doter d'un asile public pour les aliénés. Concernant le *non-restraint*, il ne s'est pas imposé dans toute la Grande-Bretagne. Toutefois dès le milieu du XIX^e siècle, d'autres solutions que l'internement asilaire sont proposées pour le placement d'aliénés « tranquilles » tels le *family system* suivant le modèle de Geel dans des villages d'accueil ou le *cottage system* à proximité d'un asile avec un hébergement dans une famille⁶⁹⁵. Après avoir été précurseur du *non-restraint*, La Grande-Bretagne le sera aussi en Europe concernant le placement intermédiaire entre l'établissement hospitalier et le domicile.

⁶⁹³ sauf en Toscane où une loi spécifique sur l'internement des aliénés en soumet l'admission et la sortie à l'autorisation d'un tribunal.

⁶⁹⁴ Le *manicomio* de Valladolid en 1409.

⁶⁹⁵ d'un employé de l'asile le plus souvent.

Aux Etats-Unis, l'évolution institutionnelle y est encore différente. Avant l'Indépendance, quelques sections au sein d'hôpitaux avaient été créées pour accueillir les malades pauvres et soigner les fous. En 1773, est construit le premier asile à l'aide du concours de souscriptions privées dans la colonie anglaise de Virginie. D'autres asiles seront construits sur ce modèle au cours du XVIII^e siècle et dans les premières décennies du XIX^e, en appliquant le modèle du *moral treatment* anglais. Après l'Indépendance, les médecins ont pour coutume de visiter les asiles européens avant d'être déclarés *asylum doctor*. Ils prennent alors à la fois la fonction de directeur et de médecin au sein du même asile.

En 1844, 13 membres des milieux hospitaliers créent l'association *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane*⁶⁹⁶, et sa revue l'*American Journal of Insanity*⁶⁹⁷. Le premier asile public ouvre dans le Massachussetts en 1830. La construction des asiles aux Etats-Unis s'inspire du modèle architectural français du début du XIX^e siècle et les malades sont classés au sein de quartiers différenciés selon leur comportement. De nombreux asiles d'États sont construits tout au long du XIX^e siècle. En 1880, un recensement fédéral compte le nombre d'aliénés au sein des asiles et des hospices qui s'élève alors à 0,33% de la population (0,23% en France à la même date). L'espoir de la guérison des aliénés est déçu et de nombreux procès ont lieu pour internement abusif. Le nombre d'internements ne fait qu'augmenter jusqu'au milieu du XX^e siècle en dépit du constat de l'échec thérapeutique de l'asile et du taux élevé de mortalité.

⁶⁹⁶ future Association Américaine de Psychiatrie (1921).

⁶⁹⁷ Future *American Journal of Psychiatry*.

Échelle IPS-25 (IPS-25 Fidelity Scale)

(Bond et al. 2012)

Rater:

Site:

Date:

Total Score:

Directions: Circle one anchor number for each criterion.

Criterion

Data
Source**

Anchor

Staffing

1. Caseload size: Employment specialists have individual employment caseloads. The maximum caseload for any full-time employment specialist is 20 or fewer clients.

MIS,
DOC, INT

- 1= Ratio of 41 or more clients per employment specialist.
- 2= Ratio of 31-40 clients per employment specialist.
- 3= Ratio of 26-30 clients per employment specialist.
- 4= Ratio of 21-25 clients per employment specialist.
- 5= Ratio of 20 or fewer clients per employment specialist.

2. Employment services staff: Employment specialists provide only employment services.

MIS, DOC
INT

- 1= Employment specialists provide employment services less than 60% of the time.
- 2= Employment specialists provide employment services 60 - 74% of the time.
- 3= Employment specialists provide employment services 75 - 89% of the time.
- 4= Employment specialists provide employment services 90 - 95% of the time.
- 5= Employment specialists provide employment services 96% or more of the time.

3. Vocational generalists: Each employment specialist carries out all phases of employment service, including intake, engagement, assessment, job placement, job coaching, and follow-along supports before step down to less intensive employment support from another MH practitioner. (Note: It is not expected that each employment specialist will provide benefits counseling to their clients. Referrals to a highly trained benefits counselor are in keeping with high fidelity, see Item # 1 in "Services".)

MIS, DOC,
INT, OBS

- 1= Employment specialist only provides vocational referral service to vendors and other programs.
- 2= Employment specialist maintains caseload but refers clients to other programs for vocational services.
- 3= Employment specialist provides one to four phases of the employment service (e.g. intake, engagement, assessment, job development, job placement, job coaching, and follow along supports).
- 4= Employment specialist provides five phases of employment service but not the entire service.
- 5= Employment specialist carries out all six phases of employment service (e.g. program intake, engagement, assessment, job development/job placement, job coaching, and follow-along supports).

ORGANIZATION

1. Integration of rehabilitation with mental health treatment thru team assignment: Employment specialists are part of up to 2 mental health treatment teams from which at least 90% of the employment specialist's caseload is comprised.

MIS, DOC,
INT, OBS

- 1= Employment specialists are part of a vocational program that functions separately from the mental health treatment.
- 2= Employment specialists are attached to three or more mental health treatment teams. OR Clients are served by individual mental health practitioners who are not organized into teams. OR Employment specialists are attached to one or two teams from which less than 50% of the employment specialist's caseload is comprised.
- 3= Employment specialists are attached to one or two mental health treatment teams, from which at least 50 - 74% of the employment specialist's caseload is comprised.
- 4= Employment specialists are attached to one or two mental health treatment teams, from which at least 75 - 89% of the employment specialist's caseload is comprised.
- 5= Employment specialists are attached to one or two mental health treatment teams, from which 90 - 100% of the employment specialist's caseload is comprised.

2. Integration of rehabilitation with mental health treatment thru frequent team member contact: Employment specialists actively participate in weekly mental health treatment team meetings (not replaced by administrative meetings) that discuss individual clients and their employment goals with shared decision-making. Employment specialist's office is in close proximity to (or shared with) their mental health treatment team members. Documentation of mental health treatment and employment services is integrated in a single client chart. Employment specialists help the team think about employment for people who haven't yet been referred to supported employment services.

MIS, DOC
INT, OBS

- 1= One or none is present.
- 2= Two are present
- 3= Three are present.
- 4= Four are present.
- 5= Five are present.

All five key components are present.

- Employment specialist attends weekly mental health treatment team meetings.
- Employment specialist participates actively in treatment team meetings with shared decision-making.
- Employment services documentation (i.e., vocational assessment/profile, employment plan, progress notes) is integrated into client's mental health treatment record.
- Employment specialist's office is in close proximity to (or shared with) their mental health treatment team members.
- Employment specialist helps the team think about employment for people who haven't yet been referred to supported employment services.

3. Collaboration between employment specialists and Vocational Rehabilitation counselors: The employment specialists and VR counselors have frequent contact for the purpose of discussing shared clients and identifying potential referrals.

DOC, INT
OBS, ISP

- 1= Employment specialists and VR counselors have client-related contacts (phone, e-mail, in person) less than quarterly to discuss shared clients and referrals. OR Employment specialists and VR counselors do not communicate.
- 2= Employment specialists and VR counselors have client-related contacts (phone, e-mail, in person) at least quarterly to discuss shared clients and referrals.
- 3= Employment specialists and VR counselors have client-related contacts (phone, e-mail, in-person) monthly to discuss shared clients and referrals.
- 4= Employment specialists and VR counselors have scheduled, face-to-face meetings at least quarterly, OR have client-related contacts (phone, e-mail, in person) weekly to discuss shared clients and referrals.
- 5= Employment specialists and VR counselors have scheduled, face-to-face meetings at least monthly and have client-related contacts (phone, e-mail, in person) weekly to discuss shared clients and referrals.

4. <u>Vocational unit</u>: At least 2 full-time employment specialists and a team leader comprise the employment unit. They have weekly client-based group supervision following the supported employment model in which strategies are identified and job leads are shared. They provide coverage for each other's caseload when needed.	MIS, INT, OBS	1= Employment specialists are not part of a vocational unit. 2= Employment specialists have the same supervisor but do not meet as a group. They do not provide back-up services for each other's caseload. 3= Employment specialists have the same supervisor and discuss clients between each other on a weekly basis. They provide back-up services for each other's caseloads as needed. <u>OR</u>, If a program is in a rural area where employment specialists are geographically separate with one employment specialist at each site, the employment specialists meet 2-3 times monthly with their supervisor by teleconference. 4= At least 2 employment specialists and a team leader form an employment unit with 2-3 regularly scheduled meetings per month for client-based group supervision in which strategies are identified and job leads are shared and discuss clients between each other. They provide coverage for each other's caseloads when needed. <u>OR</u>, If a program is in a rural area where employment specialists are geographically separate with one employment specialist at each site, the employment specialists meet 2-3 times per month with their supervisor in person or by teleconference and mental health practitioners are available to help the employment specialist with activities such as taking someone to work or picking up job applications. 5= At least 2 full-time employment specialists and a team leader form an employment unit with weekly client-based group supervision based on the supported employment model in which strategies are identified and job leads are shared. They provide coverage for each other's caseloads when needed.
5. <u>Role of employment supervisor</u>: Supported employment unit is led by a supported employment team leader. Employment specialists' skills are developed and improved through outcome-based supervision. All five key roles of the employment supervisor are present.	MIS, INT, DOC, OBS	1= One or none is present. 2= Two are present. 3= Three are present. 4= Four are present. 5= Five are present. <u>Five key roles of the employment supervisor:</u> • One full-time equivalent (FTE) supervisor is responsible for no more than 10 employment specialists. The supervisor does not have other supervisory responsibilities. (Program leaders supervising fewer than ten employment specialists may spend a percentage of time on other supervisory activities on a prorated basis. For example, an employment supervisor responsible for 4 employment specialists may be devoted to SE supervision half time.) • Supervisor conducts weekly supported employment supervision designed to review client situations and identify new strategies and ideas to help clients in their work lives. • Supervisor communicates with mental health treatment team leaders to ensure that services are integrated, to problem solve programmatic issues (such as referral process, or transfer of follow-along to mental health workers) and to be a champion for the value of work. Attends a meeting for each mental health treatment team on a quarterly basis. • Supervisor accompanies employment specialists, who are new or having difficulty with job development, in the field monthly to improve skills by observing, modeling, and giving feedback on skills, e.g., meeting employers for job development. • Supervisor reviews current client outcomes with employment specialists and sets goals to improve program performance at least quarterly.
6. <u>Zero exclusion criteria</u>: All clients interested in working have access to supported employment services regardless of job readiness factors, substance abuse, symptoms, history of violent behavior, cognition impairments, treatment non-adherence, and personal presentation. These apply during supported employment services too. Employment specialists offer to help with another job when one has ended, regardless of the reason that the job ended or number of jobs held. If VR has screening criteria, the mental health agency does not use them to exclude anybody. Clients are not screened out formally or informally.	DOC, INT, OBS	1= There is a formal policy to exclude clients due to lack of job readiness (e.g., substance abuse, history of violence, low level of functioning, etc.) by employment staff, case managers, or other practitioners. 2= Most clients are unable to access supported employment services due to perceived lack of job readiness (e.g., substance abuse, history of violence, low level of functioning, etc.). 3= Some clients are unable to access supported employment services due to perceived lack of job readiness (e.g., substance abuse, history of violence, low level of functioning, etc.). 4= No evidence of exclusion, formal or informal. Referrals are not solicited by a wide variety of sources. Employment specialists offer to help with another job when one has ended, regardless of the reason that the job ended or number of jobs held. 5= All clients interested in working have access to supported employment services. Mental health practitioners encourage clients to consider employment, and referrals for supported employment are solicited by many sources. Employment specialists offer to help with another job when one has ended, regardless of the reason that the job ended or number of jobs held.

7. Agency focus on competitive employment: DOC, INT, OBS
 Agency promotes competitive work through multiple strategies. Agency intake includes questions about interest in employment. Agency displays written postings (e.g., brochures, bulletin boards, posters) about employment and supported employment services. The focus should be with the agency programs that provide services to adults with severe mental illness. Agency supports ways for clients to share work stories with other clients and staff. Agency measures rate of competitive employment and shares this information with agency leadership and staff.

- 1= One or none is present.
 2= Two are present.
 3= Three are present.
 4= Four are present.
 5= Five are present.

Agency promotes competitive work through multiple strategies:

- Agency intake includes questions about interest in employment.
- Agency includes questions about interest in employment on all annual (or semi-annual) assessment or treatment plan reviews.

8. Executive team support for SE: Agency executive team members (e.g., CEO/Executive Director, Chief Operating Officer, QA Director, Chief Financial Officer, Clinical Director, Medical Director, Human Resource Director) assist with supported employment implementation and sustainability. All five key components of executive team support are present. DOC, INT, OBS

- 1= One is present.
 2= Two are present.
 3= Three are present.
 4= Four are present.
 5= Five are present.

- Executive Director and Clinical Director demonstrate knowledge regarding the principles of evidence-based supported employment.
- Agency QA process includes an explicit review of the SE program, or components of the program, at least every 6 months through the use of the Supported Employment Fidelity Scale or until achieving high fidelity, and at least yearly thereafter. Agency QA process uses the results of the fidelity assessment to improve SE implementation and sustainability.
- At least one member of the executive team actively participates at SE leadership team meetings (steering committee meetings) that occur at least every six months for high fidelity programs and at least quarterly for programs that have not yet achieved high fidelity. Steering committee is defined as a diverse group of stakeholders charged with reviewing fidelity, program implementation, and the service delivery system. Committee develops written action plans aimed at developing or sustaining high fidelity services.
- Agency displays written postings (e.g., brochures, bulletin boards, posters) about working and supported employment services, in lobby and other waiting areas.
- Agency supports ways for clients to share work stories with other clients and staff (e.g., agency-wide employment recognition events, in-service training, peer support groups, agency newsletter articles, invited speakers at client treatment groups, etc.) at least twice a year.
- Agency measures rate of competitive employment on at least a quarterly basis and shares outcomes with agency leadership and staff.
- The agency CEO/Executive Director communicates how SE services support the mission of the agency and articulates clear and specific goals for SE and/or competitive employment to all agency staff during the first six months and at least annually (i.e., SE kickoff, all-agency meetings, agency newsletters, etc.). This item is not delegated to another administrator.
- SE program leader shares information about EBP barriers and facilitators with the executive team (including the CEO) at least twice each year. The executive team helps the program leader identify and implement solutions to barriers.

SERVICES

1. Work incentives planning: All clients are offered assistance in obtaining comprehensive, individualized work incentives planning before starting a new job and assistance accessing work incentives planning thereafter when making decisions about changes in work hours and pay. Work incentives planning includes SSA benefits, medical benefits, medication subsidies, housing subsidies, food stamps, spouse and dependent children benefits, past job retirement benefits and any other source of income. Clients are provided information and assistance about reporting earnings to SSA, housing programs, VA programs, etc., depending on the person's benefits.	DOC, INT OBS, ISP	1= Work incentives planning is not readily available or easily accessible to most clients served by the agency. 2= Employment specialist gives client contact information about where to access information about work incentives planning. 3= Employment specialist discusses with each client changes in benefits based on work status. 4= Employment specialist or other MH practitioner offer clients assistance in obtaining comprehensive, individualized work incentives planning by a person trained in work incentives planning prior to client starting a job. 5= Employment specialist or other MH practitioner offer clients assistance in obtaining comprehensive, individualized work incentives planning by a specially trained work incentives planner prior to starting a job. They also facilitate access to work incentives planning when clients need to make decisions about changes in work hours and pay. Clients are provided information and assistance about reporting earnings to SSA, housing programs, etc., depending on the person's benefits.
2. Disclosure: Employment specialists provide clients with accurate information and assist with evaluating their choices to make an informed decision regarding what is revealed to the employer about having a disability.	DOC, INT OBS	1= None is present. 2= One is present. 3= Two are present. 4= Three are present. 5= Four are present. • Employment specialists do not require all clients to disclose their psychiatric disability at the work site in order to receive services. • Employment specialists offer to discuss with clients the possible costs and benefits (pros and cons) of disclosure at the work site in advance of clients disclosing at the work site. Employment specialists describe how disclosure relates to requesting accommodations and the employment specialist's role communicating with the employer. • Employment specialists discuss specific information to be disclosed (e.g., disclose receiving mental health treatment, or presence of a psychiatric disability, or difficulty with anxiety, or unemployed for a period of time, etc.) and offers examples of what could be said to employers. • Employment specialists discuss disclosure on more than one occasion (e.g., if clients have not found employment after two months or if clients report difficulties on the job.)
3. Ongoing, work-based vocational assessment: Initial vocational assessment occurs over 2-3 sessions and is updated with information from work experiences in competitive jobs. A vocational profile form that includes information about preferences, experiences, skills, current adjustment, strengths, personal contacts, etc. is updated with each new job experience. Aims at problem solving using environmental assessments and consideration of reasonable accommodations. Sources of information include the client, treatment team, clinical records, and with the client's permission, from family members and previous employers.	DOC, INT, OBS, ISP	1= Vocational evaluation is conducted prior to job placement with emphasis on office-based assessments, standardized tests, intelligence tests, work samples. 2= Vocational assessment may occur through a stepwise approach that includes: prevocational work experiences (e.g., work units in a day program), volunteer jobs, or set aside jobs (e.g., NISH jobs agency-run businesses, sheltered workshop jobs, affirmative businesses, enclaves). 3= Employment specialists assist clients in finding competitive jobs directly without systematically reviewing interests, experiences, strengths, etc. and do not routinely analyze job loss (or job problems) for lessons learned. 4= Initial vocational assessment occurs over 2-3 sessions in which interests and strengths are explored. Employment specialists help clients learn from each job experience and also work with the treatment team to analyze job loss, job problems and job successes. They do not document these lessons learned in the vocational profile, <u>OR</u> The vocational profile is not updated on a regular basis. 5= Initial vocational assessment occurs over 2-3 sessions and information is documented on a vocational profile form that includes preferences, experiences, skills, current adjustment, strengths, personal contacts, etc. The vocational profile form is used to identify job types and work environments. It is updated with each new job experience. Aims at problem solving using environmental assessments and consideration of reasonable accommodations. Sources of information include the client, treatment team, clinical records, and with the client's permission, from family members and previous employers. Employment specialists help clients learn from each job experience and also work with the treatment team to analyze job loss, job problems and job successes.

4. <u>Rapid job search for competitive job</u>: Initial employment assessment and first face-to-face employer contact by the client or the employment specialist about a competitive job occurs within 30 days (one month) after program entry.	DOC, INT, OBS, ISP	1= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average 271 days or more (> 9 mos.) after program entry. 2= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average between 151 and 270 days (5-9 mos.) after program entry. 3= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average between 61 and 150 days (2-5 mos.) after program entry. 4= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average between 31 and 60 days (1-2 mos.) after program entry. 5= The program tracks employer contacts and the first face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average within 30 days (one month) after program entry.
5. <u>Individualized job search</u>: Employment specialists make employer contacts aimed at making a good job match based on clients' preferences (relating to what each person enjoys and their personal goals) and needs (including experience, ability, symptomatology, health, etc.) rather than the job market (i.e., those jobs that are readily available). An individualized job search plan is developed and updated with information from the vocational assessment/profile form and new job/educational experiences.	DOC, INT OBS, ISP	1= Less than 25% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc. rather than the job market. 2= 25-49% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc., rather than the job market. 3= 50-74% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc., rather than the job market. 4= 75-89% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc., rather than the job market and are consistent with the current employment plan. 5= Employment specialist makes employer contacts based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, lessons learned from previous jobs etc., 90-100% of the time rather than the job market and are consistent with the current employment/job search plan. When clients have limited work experience, employment specialists provide information about a range of job options in the community.
6. <u>Job development - Frequent employer contact</u>: Each employment specialist makes at least 6 face-to-face employer contacts per week on behalf of clients looking for work. (Rate for each then calculate average and use the closest scale point.) An employer contact is counted even when an employment specialist meets the same employer more than one time in a week, and when the client is present or not present. Client-specific and generic contacts are included. Employment specialists use a weekly tracking form to document employer contacts.	DOC, INT	1= Employment specialist makes less than 2 face-to-face employer contacts that are client-specific per week. 2= Employment specialist makes 2 face-to-face employer contacts per week that are client-specific, <u>OR</u> Does not have a process for tracking. 3= Employment specialist makes 4 face-to-face employer contacts per week that are client-specific, and uses a tracking form that is reviewed by the SE supervisor on a monthly basis. 4= Employment specialist makes 5 face-to-face employer contacts per week that are client-specific, and uses a tracking form that is reviewed by the SE supervisor on a weekly basis. 5= Employment specialist makes 6 or more face-to-face employer contacts per week that are client specific, or 2 employer contacts times the number of people looking for work when there are less than 3 people looking for work on their caseload (e.g., new program). In addition, employment specialist uses a tracking form that is reviewed by the SE supervisor on a weekly basis.
7. <u>Job development - Quality of employer contact</u>: Employment specialists build relationships with employers through multiple visits in person that are planned to learn the needs of the employer, convey what the SE program offers to the employer, describe client strengths that are a good match for the employer. (Rate for each employment specialist, then calculate average and use the closest scale point.)	DOC, INT, OBS	1= Employment specialist meets employer when helping client to turn in job applications, <u>OR</u> Employment specialist rarely makes employer contacts. 2= Employment specialist contacts employers to ask about job openings and then shares these "leads" with clients. 3= Employment specialist follows up on advertised job openings by introducing self, describing program, and asking employer to interview client. 4= Employment specialist meets with employers in person whether or not there is a job opening, advocates for clients by describing strengths and asks employers to interview clients. 5= Employment specialist builds relationships with employers through multiple visits in person that are planned to learn the needs of the employer, convey what the SE program offers to the employer, describe client strengths that are a good match for the employer.

8. <u>Diversity of job types</u> : Employment specialists assist clients in obtaining different types of jobs.	DOC, INT, OBS, ISP	1= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs less than 50% of the time. 2= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 50-59% of the time. 3= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 60-69% of the time. 4= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 70-84% of the time. 5= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 85-100% of the time.
9. <u>Diversity of employers</u> : Employment specialists assist clients in obtaining jobs with different employers.	DOC, INT, OBS, ISP	1= Employment specialists assist clients obtain jobs with the different employers less than 50% of the time. 2= Employment specialists assist clients obtain jobs with the same employers 50-59% of the time. 3= Employment specialists assist clients obtain jobs with different employers 60-69% of the time. 4= Employment specialists assist clients obtain jobs with different employers 70-84% of the time. 5= Employment specialists assist clients obtain jobs with different employers 85-100% of the time.
10. <u>Competitive jobs</u> : Employment specialists provide competitive job options that have permanent status rather than temporary or time-limited status, e.g., TE (transitional employment positions). Competitive jobs pay at least minimum wage, are jobs that anyone can apply for and are not set aside for people with disabilities. (Seasonal jobs and jobs from temporary agencies that other community members use are counted as competitive jobs.)	DOC, INT, OBS, ISP	1= Employment specialists provide options for permanent, competitive jobs less than 64% of the time, <u>OR</u> There are fewer than 10 current jobs. 2= Employment specialists provide options for permanent, competitive jobs about 65- 74% of the time. 3= Employment specialists provide options for permanent competitive jobs about 75-84% of the time. 4= Employment specialists provide options for permanent competitive jobs about 85-94% of the time. 5= 95% or more competitive jobs held by clients are permanent.
11. <u>Individualized follow-along supports</u> : Clients receive different types of support for working a job that are based on the job, client preferences, work history, needs, etc. Supports are provided by a variety of people, including treatment team members (e.g., medication changes, social skills training, encouragement), family, friends, co-workers (i.e., natural supports), and employment specialist. Employment specialist also provides employer support (e.g., educational information, job accommodations) at client's request. Employment specialist offers help with career development, i.e., assistance with education, a more desirable job, or more preferred job duties.	DOC, INT, OBS, ISP	1= Most clients do not receive supports after starting a job. 2= About half of the working clients receive a narrow range of supports provided primarily by the employment specialist. 3= Most working clients receive a narrow range of supports that are provided primarily by the employment specialist. 4= Clients receive different types of support for working a job that are based on the job, client preferences, work history, needs, etc. Employment specialists provide employer supports at the client's request. 5= Clients receive different types of support for working a job that are based on the job, client preferences, work history, needs, etc. Employment specialist also provides employer support (e.g., educational information, job accommodations) at client's request. The employment specialist helps people move onto more preferable jobs and also helps people with school or certified training programs. The site provides examples of different types of support including enhanced supports by treatment team members.
12. <u>Time-unlimited follow-along supports</u> : Employment specialists have face-to-face contact within 1 week before starting a job, within 3 days after starting a job, weekly for the first month, and at least monthly for a year or more, on average, after working steadily, and desired by clients. Clients are transitioned to step down job supports from a mental health worker following steady employment. Employment specialists contact clients within 3 days of learning about the job loss.	DOC, INT, OBS, ISP	1= Employment specialist does not meet face-to-face with the client after the first month of starting a job. 2= Employment specialist has face-to-face contact with less than half of the working clients for at least 4 months after starting a job. 3= Employment specialist has face-to-face contact with at least half of the working clients for at least 4 months after starting a job. 4= Employment specialist has face-to-face contact with working clients weekly for the first month after starting a job, and at least monthly for a year or more, on average, after working steadily, and desired by clients. 5= Employment specialist has face-to-face contact within 1 week before starting a job, within 3 days after starting a job, weekly for the first month, and at least monthly for a year or more, on average, after working steadily and desired by clients. Clients are transitioned to step down job supports, from a mental health worker following steady employment clients. Clients are transitioned to step down job supports from a mental health worker following steady employment.

Employment specialist contacts clients within 3 days of hearing about the job loss.

13. Community-based services: Employment services such as engagement, job finding and follow-along supports are provided in natural community settings by all employment specialists. (Rate each employment specialist based upon their total weekly scheduled work hours, then calculate the average and use the closest scale point.)

DOC, INT
OBS

- 1= Employment specialist spends 30% time or less in the scheduled work hours in the community.
- 2= Employment specialist spends 30 - 39% time of total scheduled work hours in the community.
- 3= Employment specialist spends 40 -49% of total scheduled work hours in the then community.
- 4= Employment specialist spends 50 - 64% of total scheduled work hours in the community.
- 5= Employment specialist spends 65% or more of total scheduled work hours in the community.

14. Assertive engagement and outreach by integrated treatment team: Service termination is not based on missed appointments or fixed time limits. Systematic documentation of outreach attempts. Engagement and outreach attempts made by integrated team members. Multiple home/community visits. Coordinated visits by employment specialist with integrated team member. Connect with family, when applicable. Once it is clear that the client no longer wants to work or continue SE services, the team stops outreach.

MIS, DOC,
INT, OBS

- 1= Evidence that 2 or less strategies for engagement and outreach are used.
- 2= Evidence that 3 strategies for engagement and outreach are used.
- 3= Evidence that 4 strategies for engagement and outreach are used.
- 4= Evidence that 5 strategies for engagement and outreach are used.
- 5= Evidence that all 6 strategies for engagement and outreach are used: i) Service termination is not based on missed appointments or fixed time limits. ii) Systematic documentation of outreach attempts. iii) Engagement and outreach attempts made by integrated team members. iv) Multiple home/community visits. v) Coordinated visits by employment specialist with integrated team member. vi) Connect with family, when applicable.

***Data sources:**

MIS Management Information System
DOC Document review: clinical records, agency policy and procedures
INT Interviews with clients, employment specialists, mental health staff, VR counselors, families, employers
OBS Observation (e.g., team meeting, shadowing employment specialists)
ISP Individualized Service Plan

2/14/96
6/20/01, Updated
1/7/08, Revised

Supported Employment Fidelity Scale Score Sheet

Staffing		
1.	Caseload size	Score:
2.	Employment services staff	Score:
3.	Vocational generalists	Score:
Organization		
1.	Integration of rehabilitation with mental health thru team assignment	Score:
2.	Integration of rehabilitation with mental health thru frequent team member contact	Score:
3.	Collaboration between employment specialists and Vocational Rehabilitation counselors	Score:
4.	Vocational unit	Score:
5.	Role of employment supervisor	Score:
6.	Zero exclusion criteria	Score:
7.	Agency focus on competitive employment	Score:
8.	Executive team support for SE	Score:
Services		
1.	Work incentives planning	Score:
2.	Disclosure	Score:
3.	Ongoing, work-based vocational assessment	Score:
4.	Rapid search for competitive job	Score:
5.	Individualized job search	Score:
6.	Job development—Frequent employer contact	Score:
7.	Job development—Quality of employer contact	Score:
8.	Diversity of job types	Score:
9.	Diversity of employers	Score:
10.	Competitive jobs	Score:
11.	Individualized follow-along supports	Score:
12.	Time-unlimited follow-along supports	Score:
13.	Community-based services	Score:
14.	Assertive engagement and outreach by integrated treatment team	Score:
Total:		

115 – 125 = Exemplary Fidelity
100 - 114 = Good Fidelity
74 – 99 = Fair Fidelity
73 and below = Not Supported Employment

Échelle IPS-25 version française

N° d'Item IPS	Descriptif	Question à poser ou à alimenter en données	1	2	3	4	5
Staffing 1	Les référents EA accompagnent un nombre limité de personnes. Le nombre maximal de personnes accompagnées par un référent EA à temps plein est de 20 personnes ou moins. Les personnes placées en veille (à minima un appel téléphonique par mois sont comptabilisés dans le case load).	Combien de personnes sont accompagnées en moyenne par les référents EA en fonction du temps consacré à cette mission ? (Diviser le nombre de personnes accompagnées par le nombre d'ETP)	41 personnes ou plus	Entre 31 et 40 personnes	Entre 26 et 30 personnes	Entre 21 et 25 personnes	20 personnes ou moins
Staffing 2	Les référents EA se concentrent uniquement sur les services professionnels et ils n'ont pas de responsabilité dans la gestion de cas (aide au logement, faire les courses, référence à d'autres agences, etc)	Dans le cadre de leur mission, les référents EA concentrent-ils leurs activités sur l'accompagnement vers et dans l'emploi ou gèrent-ils d'autres problématiques d'ordre social / freins périphériques à l'emploi ?	Ils passent en moyenne moins de 60% de leur temps (dédié à l'emploi accompagné) à accompagner les personnes vers et dans l'emploi	Ils passent en moyenne + de 60% de leur temps (dédié à l'emploi accompagné) à accompagner les personnes vers et dans l'emploi	Ils passent en moyenne + de 75% de leur temps (dédié à l'emploi accompagné) à accompagner les personnes vers et dans l'emploi	Ils passent en moyenne + de 90% de leur temps (dédié à l'emploi accompagné) à accompagner les personnes vers et dans l'emploi	Ils passent en moyenne + de 95% de leur temps (dédié à l'emploi accompagné) à accompagner les personnes vers et dans l'emploi
Staffing 3	Chaque référent accomplit les <u>6 phases de l'accompagnement</u> vers et dans l'emploi, comprenant: l'accueil, l'engagement, l'évaluation, le placement, le coaching et le suivi, avant de passer un soutien moins intensif. Un seul référent est assigné à chaque personne accompagnée pour la durée de son accompagnement. Chaque référent effectue toutes les composantes des services professionnels	Les référents Emploi accompagnés accompagnent-ils la personne tout au long de son parcours, de l'accueil à l'accompagnement dans l'emploi ?	En fonction des différentes phases de l'accompagnement, la personne va être orientée vers différents professionnels qui ne sont pas des référents Emploi Accompanyé	Un référent unique est identifié mais il va orienter la personne vers d'autres professionnels qui ne sont pas des référents Emploi Accompanyé pour l'accompagner aux différentes étapes de son parcours	Le référent emploi accompagné accompagne la personne sur une partie de son parcours (entre 1 et 4 phases).	Le référent emploi accompagné accompagne la personne sur la totalité de son parcours (5 phases).	Le référent emploi accompagné accompagne la personne sur la totalité de son parcours (6 phases).
Organization 1	Les référents accompagnés font partie d'une ou deux équipes de soins qui prennent en charge le traitement d'au moins 90 % des personnes qu'il accompagne.	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Organization 2	Pour les personnes avec des troubles psychiques, le référent Emploi accompagné a un contact régulier avec le corps médical / le médecin traitant de la personne concernant les traitements cliniques. Modalités d'interaction : . Appui à la réflexion de l'équipe médicale concernant l'entrée d'une personne dans le dispositif (un médecin pouvant conseiller à une personne d'entrer dans le dispositif) . Obtention de l'accord de l'équipe soignante / du médecin traitant avant ou au moment de l'entrée de la personne dans le dispositif . Contacts une fois par semaine avec une équipe de soin / un médecin traitant pour évoquer la situation d'une ou des personnes accompagnées . Prise de contact avec le médecin traitant en cas d'observation de certains symptômes . Communication des éléments concernant l'emploi au corps médical pour être intégrés au dossier	Pour les personnes avec des troubles psychiques, quelle est la relation entre les référents EA et le corps médical ou le médecin traitant de la personne ? Citer les composantes.	Aucune composante	Une composante	Deux composantes	Trois composantes	Quatre ou cinq composantes
Orga 3	Les référents emplois accompagné ont des contacts régulier avec les chargés de réhabilitations.	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Organization 4	L'équipe est composée d'au moins deux référents EA/Jobcoach supervisés par un coordinateur. Ils se rencontrent régulièrement pour échanger sur leurs accompagnements et partager les pistes d'emploi. Ils s'entraident lorsque la charge de travail l'exige ou si l'un des référent est absent.	Comment est organisé l'emploi accompagné dans la structure ?	les référents EA sont isolés, ou il y a seulement 1 référent EA	Les référents EA ont le même coordinateur, mais ne se réunissent pas en groupe. Ils ne s'entraident pas face à leur charge de travail.	les référents EA ont le même coordinateur et discutent avec lui individuellement au sujet des personnes accompagnées chaque semaine. Ils s'entraident quand la charge de travail l'exige.	Au moins 2 référents EA CE et un coordinateur forment le SEA avec 2-3 réunions programmées par mois pendant lesquelles les stratégies et les pistes d'emploi sont partagées. Ils s'entraident quand la charge de travail l'exige. <u>Note</u> : si les référents EA sont géographiquement séparés, ils se rencontrent avec leur coordinateur, 2 à 3 fois par mois, en face à face ou par téléconférence.	Au moins 2 référents EA à temps plein et un coordinateur (ou directeur) constituent une unité d'emploi acc. Ils ont une supervision hebdomadaire concernant les pers. accompagnées, les stratégies et les pistes d'emploi sont partagées. Ils s'entraident lorsque la charge de travail l'exige

N° d'Item IPS	Descriptif	Question à poser ou à alimenter en données	1	2	3	4	5
Organization 5	Présence d'un coordinateur désigné qui accompagne les jobcoachs/référents EA et leur apporte un appui dans l'articulation avec d'autres acteurs. Les composantes de la fonction de coordinateur sont les suivantes : . Le coordinateur passe au moins 0,5 jour par semaine et par référent emploi accompagné pour superviser son équipe (exemple ; 2,5 jours pour 5 conseillers, plein temps pour une équipe de 10 personnes). . Le coordinateur organise des points hebdomadaires pour évoquer des situations individuelles et identifier de nouvelles stratégies / solutions pour la personne . Le coordinateur accompagne les nouveaux référents et les référents en difficulté pour les faire monter en compétence . Le coordinateur dresse régulièrement un bilan du service et définit des objectifs pour l'améliorer (au moins tous les trimestres) . Le coordinateur est en charge de communiquer avec les partenaires (corps médical, SPE, MDPH, financeurs)	Disposez-vous d'un superviseur du service et si oui, quel est son rôle ?	Pas de coordinateur ou une seule composante	Deux composantes	Trois composantes	Quatre composantes	Cinq composantes
Organization 6	Le programme n'a pas de critères d'exclusion en lien avec la préparation à l'emploi, tel que l'abus de substances, des comportements violents, un minimum de fonctionnement intellectuel, de faibles symptômes ou l'adhésion au traitement.	Toutes les personnes sont accueillies dans le dispositif si cela est possible avec les moyens disponibles, quelle que soit la situation de la personne ?	Il existe un référentiel / une politique de la structure qui exclut certaines personnes, par exemple en fonction de leur addiction ou de leur comportement	De nombreuses personnes orientées ne sont pas capables d'accéder à l'emploi accompagné compte tenu de leur distance à l'emploi	Quelques personnes ne sont pas capables d'accéder à l'emploi accompagné compte tenu de leur distance à l'emploi.	Aucune sélection à l'entrée. Si un emploi prend fin, un autre emploi est proposé indépendamment du nombre d'échecs ou de la raison de ces échecs. L'entrée en emploi accompagné peut être encouragée par le corps médical / le médecin.	Aucune sélection à l'entrée. Si un emploi prend fin, un autre emploi est proposé indépendamment du nombre d'échecs ou de la raison de ces échecs. L'entrée en emploi accompagné peut être encouragée par le corps médical / le médecin.
Organization 7	La structure réalise la promotion de l'emploi accompagné via différentes approches (5 composantes) . L'entrée dans le dispositif repose sur la volonté des personnes à travailler en milieu ordinaire . La structure mène des actions de communication auprès des publics cibles sur l'emploi accompagné (Note : Dans ces communications, le type de public accompagné est mis en avant) . La structure organise régulièrement (au moins deux fois par an) des partages d'expérience entre les personnes accompagnées. . La structure mesure le taux d'emploi en milieu ordinaire sur des contrats de droits communs (CDI, CDD, Alternance) chaque trimestre et partage cette information avec sa direction	Quelles sont les actions mises en place pour s'assurer que les personnes trouvent un emploi en milieu ordinaire ?	Aucune composante	Une composante	Deux composantes	Trois composantes	Quatre composantes
Organization 8	Implication forte de la direction générale de la structure porteuse pour améliorer et assurer la pérennité de l'action dans la structure : . Le directeur général de la structure (et le cas échéant le directeur des équipes médico-sociales) a des connaissances sur l'emploi accompagné . La démarche qualité du dispositif inclut un réexamen du dispositif sur la base d'une échelle de fidélité au modèle, une fois tous les 6 mois (une fois par an quand le dispositif a atteint sa maturité en termes de qualité). . Existence d'un comité de pilotage/comité de suivi interne qui se réunit au moins une fois tous les 3 mois pour les nouveaux dispositifs (6 mois pour les dispositifs ayant atteint leur maturité en termes de qualité) pour analyser la qualité du dispositif et planifier des actions visant à l'améliorer ou à assurer sa pérennité (pour les dispositifs ayant atteint leur maturité) . Le directeur communique régulièrement au sein de la structure pour démontrer la plus-value du dispositif d'emploi accompagné lors des 6 premiers mois et au moins une fois par an ensuite. Cette action n'est pas déléguée . Le service emploi accompagné présente un bilan de son activité au moins deux fois par an et au CA qui va pouvoir aider le programme à se développer	Quelle est l'implication de la direction dans l'amélioration et la pérennité du dispositif ? 5 composantes.	Une composante	Deux composantes	Trois composantes	Quatre composantes	Cinq composantes

N° d'item IPS	Descriptif	Question à poser ou à alimenter en données	1	2	3	4	5
Service 1	Accompagnement des personnes dans l'accès aux droits en expliquant notamment les incidences de leur insertion professionnelle (accès à l'emploi ou évolution du poste) sur l'évolution de leurs droits (RSA, AAH, aide au logement, sécurité sociale ...). Cet accompagnement est nécessaire pour rassurer la personne quant à ses droits et anticiper l'impact de l'évolution de ses droits (ex : sur son AAH, sur une aide au logement ...) suite à l'évolution de sa situation professionnelle / de son poste.	La question de l'évolution des droits liés au travail est-il abordé avec les personnes accompagnées ?	La question de l'accès au droit n'est pas abordé dans le cadre du dispositif	Des informations sont données à la personne sur les lieux où il peut se renseigner	Une discussion est organisée avec chaque personne accompagnée sur l'évolution des droits liée à l'entrée en emploi / l'évolution de son poste	Une discussion est organisée avec un spécialiste de l'accès au droit avant l'entrée en emploi / l'évolution de son poste	Une discussion est organisée avec un spécialiste de l'accès au droit avant l'entrée en emploi. Cette discussion inclue des conseils et un appui aux démarches.
Service 2	Gestion de la divulgation d'une situation de handicap sur leur lieu de travail (auprès de son encadrant et/ou l'équipe). 4 composantes : . Les référents EA n'exigent pas des personnes qu'elles révèlent leur handicap à leur employeur comme condition à leur entrée dans le dispositif . Les référents EA discutent avec la personne des avantages et des inconvénients de parler du handicap avant que le sujet ne soit évoqué sur le lieu de travail (exemple : aménagement du poste et intervention du référent EA chez l'employeur) . Les référents EA évoquent avec la personne des informations particulières à évoquer avec l'employeur (ex : traitement nécessaire, retentissements du handicap) et donnent des exemples sur la manière de présenter les choses à l'employeurs . Les référents EA discutent régulièrement des modalités de déclaration du handicap avec les personnes qui ne parviennent pas à trouver un emploi (exemple : au bout de 2 mois) ou si des difficultés sont rencontrées dans l'emploi	Parmi les composantes suivantes, quelles sont celles qui sont mises en place par les référents EA ?	Aucune Composante	Une composante	Deux composantes	Trois composantes	Quatre composantes
Service 3	<u>Réalisation d'une phase de découverte et mise à jour régulière du profil de la personne :</u> L'accompagnement débute par des rendez-vous destinés à analyser l'expérience de la personne. Ensuite, des rendez-vous sont réalisés régulièrement pour enrichir le retour d'expérience sur les emplois de la personne (pouvant passer au départ par des mises en situation de courte durée). Le profil de la personne (formalisé à l'aide d'un document) faisant état de son expérience, de ses compétences, de ses préférences, de ses forces, des ses besoins d'aménagement et de ses contacts (pour mieux comprendre la situation et les besoins de la personne) est mis à jour régulièrement. Une attention particulière est portée à l'environnement et aux adaptations nécessaires d'après les informations provenant de la personne, de son médecin (si suivi médical) et, si la personne est d'accord, de sa famille et de ses précédents employeurs.	Comment prenez-vous connaissance des préférences, des capacités et des besoins d'adaptation de la personne ? Comment mettez-vous à jour leur profil ?	L'évaluation des préférences, des compétences et de l'expérience de la personne est réalisée à partir d'une série de tests normalisés (exemple : test d'intelligence) avant toute prise de poste	L'évaluation des préférences se base régulièrement sur une approche progressive de mise en activité passant par du bénévolat, des stages longue durée, des périodes en ESAT ...	Un appui est porté à la recherche d'emploi sans systématiquement s'intéresser aux préférences, expérience et forces de la personne.	L'accompagnement débute par des rendez-vous destinés à analyser les forces et les centres d'intérêts de la personne. Un travail est également réalisé avec la personne pour dresser un bilan régulier de ses expériences (échecs ou succès) que ce soit par l'emploi direct ou des mises en situation de courte durée. Ce travail ne donne pas particulièrement lieu à la mise à jour du profil de la personne.	Idem 4 + Formalisation d'un profil pour faciliter la recherche d'emploi en phase avec les attentes et besoins de la personne. Le profil est mis à jour régulièrement au fil des expériences. Ce profil est construit à partir des informations de la personne, de son médecin (si opportun) et si la personne est d'accord, avec ses proches et ses précédents employeurs. Des rendez-vous réguliers sont organisés avec la personne pour apprendre de ses expériences (échecs ou succès)
Service 4	Le délai écoulé entre l'entrée de la personne dans le dispositif et son premier entretien avec un employeur potentiel doit être relativement court afin de permettre à la personne de se projeter directement dans l'emploi. Il s'agit donc d'organiser aussi rapidement que possible des entretiens avec des employeurs potentiels, sur des contrats classiques (CDI/CDD/Alternance). Note : L'interim peut être considéré comme contrat classique si et seulement si, il s'agit d'un choix de la personne à long terme dans le cadre de son parcours (exemple : personnes ayant besoin de périodes de repos régulièrement entre deux postes). Les contrats aidés ne sont pas considérés comme des contrats classiques	Quel est le délai moyen qui s'écoule entre l'entrée d'une personne dans le dispositif et son premier rendez-vous pour obtenir un emploi en CDI/CDD/Alternance ?	Plus de 9 mois	Entre 5 et 9 mois	Entre 2 et 5 mois	Entre 1 et 2 mois	Moins de 1 mois

N° d'item IPS	Descriptif	Question à poser ou à alimenter en données	1	2	3	4	5
Service 5	<u>% de contacts employeurs fondés sur les préférences des personnes :</u> Le référents EA va-t-il aller chercher les emplois correspondant aux préférences de la personne (ce qu'elle aime faire ou en rapport à ses objectifs personnels) et aux besoins de la personne (capacités, besoins d'aménagements ...) plutôt que se baser sur l'offre d'emploi disponible sur le marché. Note : la recherche des emplois évoquée ici passe par une prise de contact individuel avec les employeurs (échange en présentiel ou par téléphone). Un plan individuel et créé et mis à jour régulièrement pour mettre en relation les préférences et besoins de la personne avec ses expériences professionnelles.	Comment procédez-vous pour aller rechercher des postes à proposer aux personnes (rendez-vous employeurs) ? A questionner en deux temps : 1) Partez-vous de l'offre disponible sur le marché du travail ou allez-vous prendre rendez-vous de manière proactive à destination des employeurs pour chercher des postes qui correspondent aux préférences des personnes ? 2) Systématiquement ou régulièrement ? => Pour voir à quel niveau de l'échelle on se situe.	Moins de 25% des contacts employeurs sont basés sur les préférences et besoins de la personne plutôt que sur l'offre disponible sur le marché de l'emploi.	Entre 25 et 50% des contacts employeurs sont basés sur les préférences et besoins de la personne plutôt que sur l'offre disponible sur le marché de l'emploi.	Entre 50 et 75% des contacts employeurs sont basés sur les préférences et besoins de la personne plutôt que sur l'offre disponible sur le marché de l'emploi.	Entre 75 et 90% des contacts employeurs sont basés sur les préférences et besoins de la personne plutôt que sur l'offre disponible sur le marché de l'emploi.	Plus de 90% des des contacts employeurs sont basés sur les préférences et besoins de la personne plutôt que sur l'offre disponible sur le marché de l'emploi. Si la personne a des capacités trop limitées, une série d'options lui sont proposées.
Service 6	Le référent emploi accompagné doit multiplier les contacts avec les employeurs potentiels pour rechercher des emplois pour le compte des personnes qu'il accompagne. Le nombre d'entretiens en face à face entre le référent emploi accompagné et des employeurs va être le critère clé mesuré ici. Les entretiens à comptabiliser peuvent se dérouler en présence ou en l'absence d'une personne accompagnée mais doivent concerner le recrutement d'une personne en particulier. Les rendez-vous comptabilisés peuvent concerner le même employeur. Il est recommandé de se doter d'un outil de suivi des rendez-vous réalisés	Combien d'entretiens le ou les référents Emploi accompagné ont-ils par semaine en moyenne pour évoquer le recrutement d'une personne en particulier ?	Moins de deux rendez-vous par semaine.	Entre deux et quatre rendez-vous par semaine OU ne sait pas faute d'outil de suivi.	Plus de quatre rendez-vous par semaine. Les rendez-vous sont documentés afin de pouvoir être suivis par un tiers mensuellement.	Plus de cinq rendez-vous par semaine Les rendez-vous sont documentés afin de pouvoir être suivis par un tiers de manière hebdomadaire.	Plus de six rendez-vous par semaine OU deux fois plus de rendez-vous que le nombre de personnes accompagnées à la recherche d'un emploi si le nombre de personnes concernées est égal ou inférieur à 3. Les rendez-vous sont documentés afin de pouvoir être suivis par un tiers de manière hebdomadaire.
Service 7	Les référents EA établissent des relations avec les employeurs pour trouver des pistes d'emploi, au moyen de plusieurs visites personnelles visant à connaître les besoins de l'employeur, à lui faire savoir ce que le programme d'emploi accompagné propose et à présenter le clients dont les ressources correspondent aux attentes de l'employeur. Le travail initial de prospection (obtenir des rendez-vous) peut être organisé par un membre de l'équipe ou un partenaire à partir du moment où cette approche est pensée (exemple : articulation effective avec Cap Emploi pour présenter l'emploi accompagné)	Comment les référents EA interrogissent ils avec les employeurs ?	Le référent EA rencontre l'employeur quand il s'agit de trouver un poste pour une personne OU très peu de rendez-vous avec les employeurs	Le référent EA contacte l'employeur pour s'enquérir des opportunités d'emploi et partage ensuite ces « pistes » avec les personnes qu'il accompagne	Le référent EA suit les postes qui s'ouvrent chez les employeurs en mettant en avant le programme et en proposant des personnes	Le référent EA rencontre régulièrement les employeurs, y compris s'il n'y a pas de poste ouverts pour décrire les capacités des personnes et solliciter des entretiens avec les personnes accompagnées	Le référent EA multiplie les visites planifiées à l'avance chez des employeurs pour mieux connaître leurs besoins, parler de la plus value du programme et mettre en avant les ressources correspondant aux besoins de l'employeur
Service 8	<u>Variété des postes proposés à la personne :</u> Les référents EA accompagnent les personnes dans l'obtention de différents types de postes Se baser pour cette question sur la variété des postes obtenus sur les derniers mois.	Parmi les différents types de postes obtenus pour les personnes, y a-t-il des postes plus pourvus que les autres ? Note : le mieux est simplement de se baser sur les listes de postes occupés par les personnes.	Moins de 50% des postes obtenus sont de nature différente	De 50% à 59% des postes obtenus sont de nature différente	De 60% à 69% des postes obtenus sont de nature différente	De 70% à 84% des postes obtenus sont de nature différente	De 85% à 100% des postes obtenus sont de nature différente
Service 9	<u>Variétés des employeurs proposés à la personne :</u> Les référents EA accompagnent les personnes dans l'obtention d'emplois chez différents employeurs ?	Parmi les différents types d'emplois obtenus pour les personnes, quel pourcentage d'emplois se situent chez des employeurs différents ?	50% ou plus des personnes sont employées chez le même employeur	Entre 49% et 40% des personnes sont employées chez le même employeur	Entre 39% et 30% des personnes sont employées chez le même employeur	Entre 29% et 16% des personnes sont employées chez le même employeur	Moins de 15% des personnes sont employées chez le même employeur

N° d'item IPS	Descriptif	Question à poser ou à alimenter en données	1	2	3	4	5
Service 10	La nature des contrats doivent être des contrats en milieu ordinaire et si possible des contrats en CDI, en CDD ou en Alternance. Il peut s'agir de temps partiel plutôt que des contrats dédiés aux personnes en situation de handicap ou en insertion . <i>Ajout : La question du nombre d'heures n'est pas considérée ici, des contrats à temps partiel pouvant être recommandé pour certains publics / dans certaines situations</i> Note : L'interim peut être considéré comme contrat classique si et seulement si, il s'agit d'un choix de la personne à long terme dans le cadre de son parcours (exemple : personnes ayant besoin d'une période de repos entre deux postes). Les contrats aidés ne sont pas considéré comme des contrats classiques La question des contrats aidés reste à arbitrer	Quelle est la nature des contrats qui sont proposés aux personnes ?	Moins de 65% de CDI/CDD/Alternance (Majorité de contrats proposés en milieu protégé, en entreprise adaptée ou en SIAE)	Plus de 65% de CDI/CDD/Alternance	Plus de 75% de CDI/CDD/Alternance	Plus de 85% de CDI/CDD/Alternance	Plus de 95% de CDI /CDD/Alternance
Service 11	<u>Accompagnement individualisé dans l'emploi :</u> Les personnes reçoivent différents types d'accompagnement dans l'emploi en fonction du poste occupé, des préférences, des besoins ... Cet accompagnement peut être proposé par différents types de professionnels y compris le corp médical, la famille, les amis, les collègues et le référent EA. Le référent EA apporte un appui particulier au développement de la carrière de la personne pour faire évoluer positivement l'emploi ou les tâches effectuées. Le référent EA apporte également un soutien à l'employeur (ex : sensibilisation du personnel, adaptation du poste) si cela est demandé par la personne.	Quel accompagnement est proposé dans l'emploi ?	La majorité des personnes ne reçoivent pas d'appui particulier une fois en emploi	La moitié des personnes reçoivent une gamme limitée de soutiens exercés principalement de la part du référent EA	La plupart des personnes reçoivent une gamme limitée de soutiens exercés principalement de la part du référent EA	Différents types de soutiens sont proposés à la personne en fonction de l'emploi, des préférences de la personne ou de ses besoins. Le référent EA peut également apporter un appui à l'employeur sur demande de la personne.	Idem 4 (avec plusieurs situations de personnes bénéficiant de plusieurs types des soutiens) + une attention particulière est portée à la gestion de carrière de la personne pour faire évoluer positivement l'emploi (chez l'employeur ou chez un autre employeur) ou les tâches effectuées en lui proposant par exemple de participer à des programmes de formation.
Service 12	Le référent EA propose un accompagnement à intensité dégressive à l'exception des moments de transition ou l'accompagnement peut être plus important. Les personnes accompagnées ont un rendez-vous en présentiel au moins une fois par semaine lorsqu'ils sont sans emploi, une fois par semaine le premier mois de la prise de poste et ensuite au moins une fois par mois si c'est la volonté de la personne. Un protocole est prévu pour réduire ensuite progressivement l'accompagnement. Si l'emploi est perdu, le référent EA prend contact dans les 3 jours après avoir connaissance de la situation.	Les référents Emploi accompagné proposent-ils un accompagnement dégressif sans limite de durée ?	Pas de rendez-vous en face à face dans le premier mois qui suit la prise de poste	Les référents EA ont un rendez-vous en présentiel avec moins de la moitié des personnes accompagnées dans les 4 premiers mois suivant la prise de poste	Les référents EA ont un rendez-vous en présentiel avec au moins la moitié des personnes accompagnées dans les 4 premiers mois suivant la prise de poste	Les référents EA ont un rendez-vous en présentiel au moins une fois par semaine dans le mois suivant la prise de poste et (en moyenne) au moins une fois par mois pendant l'année qui suit la prise de poste si la personne est d'accord	Les référents EA ont un rendez-vous en présentiel au moins une fois par semaine dans le mois suivant la prise de poste et (en moyenne) au moins une fois par mois pendant l'année qui suit la prise de poste si la personne est d'accord. Un protocole est prévu pour réduire ensuite progressivement l'accompagnement. Si l'emploi est perdu, le référent EA prend contact dans les 3 jours après avoir connaissance de la situation.
Service 13	Les référents Emploi accompagné doivent passer une partie de leur temps de travail en "milieu naturel" c'est-à-dire chez l'employeur, chez la personne ou dans un lieu neutre (en dehors de son bureau)	Combien de temps les référents EA passent ils en dehors de leur bureau pour exercer leur mission ?	Moins de 30% de leur temps	Entre 30 et 39% de leur temps	Entre 40 et 49% de leur temps	Entre 50 et 64% de leur temps	Plus de 65% de leur temps
Service 14	Capacité du dispositif mis en place pour "aller vers" la personne et documenter ces initiatives. Plusieurs composantes : . L'accompagnement ne prend pas fin sur la base de rendez-vous ratés ou à une date fixe (durée d'accompagnement limité / conditionné par une mise à l'emploi) . L'accompagnement ne prend fin que sur une demande explicite de la personne. . Le référent EA ou quelqu'un de l'équipe doit aller à la rencontre de la personne . Les tentatives de rencontres vers la personne sont suivies/documentées . Le référent EA se rend régulièrement dans un lieu où habite la personne (famille, foyer ...). . Si nécessaire, ces visites, coordonnées par le référent EA, peuvent impliquer d'autres membres de l'équipe. . Des liens peuvent être tissés avec la famille, si cela est possible.	Quelles sont les actions entreprises par le service pour aller à la rencontre de l'usager	2 composantes ou moins	3 composantes	4 composantes	5 composantes	6 composantes

N° d'item IPS	Descriptif	Question à poser ou à alimenter en données	1	2	3	4	5
Ajout 1	La mission de référent "Emploi accompagné" doit occuper une part importante des activités des professionnels au sein de la structure afin qu'ils puissent consacrer le temps nécessaire à l'accompagnement des personnes vers et dans l'emploi (moyenne du temps dédié par les professionnels à leur mission de référent Emploi accompagné). <u>Calcul</u> : Nombre d'ETP / Nombre de référents Emploi accompagné	Les référents EA/Joabcoach sont-ils dédiés à cette mission ou exerce t'ils d'autres activités ?	En moyenne, les référents emploi accompagné passent moins de 30% de leur temps de travail sur cette activité	En moyenne, les référents Emploi accompagné passent plus de 30% de leur temps de travail sur cette activité	En moyenne, les référents Emploi accompagné passent plus de 60% de leur temps de travail sur cette activité	En moyenne, les référents Emploi accompagné passent plus de 80% de leur temps de travail sur cette activité	Les référents Emploi accompagné sont dédiés à cette activité
Ajout 2	Les référents Emploi accompagné ont-ils reçu des formations : Deux composantes : . Pour exercer leur missions . Pour mieux comprendre les retentissements du handicap des personnes qu'il.elle.s accompagnent	Quelles sont les formations reçues par les référents EA dans les premiers mois suivant leur entrée en poste ?	La majorité des référents n'ont pas reçu de formations spécifiques dans les premiers mois suivant leur entrée en poste	La majorité des référents ont reçu une formation spécifique dans les premiers mois suivant leur entrée en poste	La totalité des référents EA ont été formés dans les premiers mois suivant leur entrée en poste	La totalité des référents EA ont été formés dans les premiers mois suivant leur entrée en poste + certains ont reçu des formations spécifiques propres à l'accompagnement de certains type de handicap	La totalité des référents EA ont été formés dans les premiers mois suivant leur entrée en poste et ils ont tous reçu des formations spécifiques propres à l'accompagnement de certains handicaps.
Ajout 3	Le service emploi accompagné a tissé de bonnes relations avec le SPE afin de faciliter la recherche d'emploi correspondant aux préférences des personnes	Quelle est la nature de votre articulation avec le SPE ?	Simple convention mais pas ou très peu de rencontres	Des rencontres régulières lors de comités de pilotage / comités de suivi	Des rencontres sont organisées régulièrement entre les professionnels du service et du SPE pour collecter des offres qui pourraient convenir aux personnes accompagnées	Des rencontres sont organisées régulièrement entre les professionnels du service et du SPE pour évoquer la situation des personnes sans emploi et trouver des pistes de postes adaptés.	Le SPE et le service d'emploi accompagné travaillent en binôme sur les situations individuelles en lien avec l'employeur de manière proactive (ex : visite en binôme pour présenter des profils de personnes)
Ajout 4	Des actions sont menées spécifiquement pour accroître le pouvoir d'agir de la personne en travaillant notamment sur la confiance en soi à l'occasion de réunions collectives au sein de la structure.	Quelles sont les activités collectives menées au sein de la structure ?	Aucune activité collective	Des rencontres entre les personnes sont organisées de temps en temps (exemple : événement spécial)	Des rencontres collectives sont organisées régulièrement pour permettre aux personnes de travailler entre pairs au moins une fois par mois (exemples : à la recherche d'emploi, échange sur leur situation...)	Des rencontres collectives sont organisées régulièrement pour permettre aux personnes de travailler entre pairs au moins une fois par semaine (exemples : à la recherche d'emploi, échange sur leur situation...)	Des rencontres collectives sont organisées régulièrement pour permettre aux personnes de travailler entre pairs au moins une fois par semaine. + organisation de temps collectifs réguliers (au moins une fois tous les 6 mois) pour permettre aux personnes d'agir sur le fonctionnement du dispositif

Échelle des comportements, attitudes et connaissances
des conseillers en emploi accompagné (Behaviors,
Attitudes and Knowledge of Employment Specialists
Scale - BAKES)

(Corbière, Neduha & Lanctôt (2007) ; Corbière, Brouwers, Lanctôt, & van Weeghel)

Dispositif :

Date :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Date de début d'exercice en tant que job coach/ référent emploi accompagné / conseiller
emploi accompagné :

Formation (diplômes et autres formations complémentaires significatives pour l'emploi
accompagné) :

Expérience professionnelle antérieure :

Section 1 : Comportements et attitudes

Voici une liste d'énoncés sur les comportements et attitudes qui peuvent être adoptés par les conseillers en emploi dans des programmes de soutien à l'emploi. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse.

Si l'énoncé ne s'applique jamais à vous, encerclez le chiffre 1. Si l'énoncé décrit toujours la façon dont vous travaillez, svp encerclez le chiffre 7. Vous pouvez aussi encercler les chiffres entre ces deux extrêmes pour indiquer les variations.

<i>Est-ce que vous...</i>	Jamais	Très rarement	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. Utilisez vos connaissances et vos expériences pour effectuer une sélection d'emplois qui correspond aux besoins de vos clients.	1	2	3	4	5	6	7
2. Aidez vos clients à gérer les préjugés à l'égard de problèmes de santé mentale auxquels ils pourraient faire face ?	1	2	3	4	5	6	7
3. Travaillez en collaboration avec une équipe multidisciplinaire (ex. case manager, psychiatre) ?	1	2	3	4	5	6	7
4. Suivez de près le processus de maintien en emploi de vos clients lorsqu'ils ont obtenu un emploi ?	1	2	3	4	5	6	7
5. Aidez vos clients à quitter leur emploi convenablement lorsque c'est nécessaire ?	1	2	3	4	5	6	7
6. Établissez et maintenez une relation de confiance avec les employeurs sur le marché du travail régulier ?	1	2	3	4	5	6	7
7. Aidez vos clients à identifier les avantages et inconvénients de divers emplois ?	1	2	3	4	5	6	7
8. Démontrez de la sensibilité face aux difficultés personnelles de vos clients et notamment celles relatives à la santé	1	2	3	4	5	6	7

9. Utilisez des habiletés de relations interpersonnelles pour travailler avec vos clients, telles que l'écoute et l'empathie ?	1	2	3	4	5	6	7
10. Maintenez une relation de soutien auprès de vos clients pour les aider à s'insérer avec succès sur le marché du travail ?	1	2	3	4	5	6	7
11. Informez les employeurs des résultats d'études qui démontrent que la majorité des personnes ayant des problèmes de santé mentale veulent et sont capables de travailler ?	1	2	3	4	5	6	7
12. Sensibilisez vos clients à l'importance d'avoir un emploi régulier pour leur permettre d'acquérir une identité socioprofessionnelle ?	1	2	3	4	5	6	7
13. Écoutez attentivement vos clients et les soutenez tout au long de leur processus d'insertion au travail ?	1	2	3	4	5	6	7
14. Utilisez diverses stratégies de recherche d'emploi pour aider vos clients dans leur insertion au travail (ex. offres sur internet, petites annonces classées) ?	1	2	3	4	5	6	7
15. Établissez une relation de travail avec les professionnels de la santé qui suivent vos clients (ex. équipe traitante, docteur) ?	1	2	3	4	5	6	7
16. Maintenez une attitude positive vis-à-vis de vos clients quant à leur potentiel d'être embauché ?	1	2	3	4	5	6	7
17. Mettez en valeur vos clients et leurs habiletés auprès d'employeurs potentiels ?	1	2	3	4	5	6	7
18. Encouragez vos clients à obtenir un emploi régulier le plus rapidement possible après s'être inscrit au programme de soutien à l'emploi ?	1	2	3	4	5	6	7

19. Respectez vos limites personnelles dans l'exercice de votre travail, tout en demeurant disponible pour aider vos clients ?	1	2	3	4	5	6	7
20. Référez vos clients à un professionnel de la santé lorsque vous observez que les effets secondaires des médicaments interfèrent avec leur fonctionnement ?	1	2	3	4	5	6	7
21. Établissez une collaboration étroite avec les employeurs sur le marché régulier du travail afin d'aider vos clients à obtenir un emploi ?	1	2	3	4	5	6	7
22. Informez vos clients quant à l'impact de l'obtention d'un emploi sur leurs avantages sociaux reliés à leur incapacité/invalidité ?	1	2	3	4	5	6	7
23. Explorez avec vos clients les options de transport et les itinéraires possibles pour aller et revenir du travail ?	1	2	3	4	5	6	7
24. Soutenez vos clients dans leur processus de prise de décision quand ils choisissent un type d'emploi et ce quel que soit l'emploi ciblé ?	1	2	3	4	5	6	7
25. Rencontrez d'autres professionnels de l'équipe traitante afin de coordonner et d'intégrer les services vocationnels au traitement ?	1	2	3	4	5	6	7
26. Utilisez des stratégies de résolution de problèmes avec vos clients pour les aider à gérer les conflits qui pourraient se produire sur leur lieu de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
27. Passez la plupart de votre temps de travail en dehors de votre bureau pour rencontrer vos clients et les employeurs ?	1	2	3	4	5	6	7

28. Enseignez à vos clients, si nécessaire, les codes de conduite, la tenue vestimentaire et de présentation de soi en milieu de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
29. Négociez des accommodements de travail possibles avec l'employeur si vos clients en éprouvent le besoin ?	1	2	3	4	5	6	7
30. Fournissez des informations au sujet de votre programme de soutien à l'emploi à des équipes traitantes ?	1	2	3	4	5	6	7
31. Désamorcez des situations de crises avec vos clients dans leur milieu de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
32. Informez d'autres professionnels de l'équipe traitante au sujet des avantages qu'un emploi peut offrir à vos clients dans leur processus de rétablissement ?	1	2	3	4	5	6	7
33. Facilitez une discussion directe avec vos clients et leur employeur au sujet de situations problématiques qui pourraient avoir lieu au travail ?	1	2	3	4	5	6	7
34. Enseignez des habitudes de vie saines qui aideront vos clients à obtenir et à maintenir leur emploi (ex. sommeil, nutrition, exercices physiques) ?	1	2	3	4	5	6	7
35. Évaluez l'environnement de travail pour déterminer s'il correspond aux besoins de vos clients ?	1	2	3	4	5	6	7
36. Informez les professionnels de l'équipe traitante de comment ils peuvent aider à soutenir vos clients dans leur insertion au travail ?	1	2	3	4	5	6	7
37. Discutez avec les employeurs de leurs inquiétudes concernant le fait d'engager un client ayant des problèmes de santé mentale ?	1	2	3	4	5	6	7

38. Aidez vos clients à identifier un collègue de travail qui pourrait les parrainer dans un nouvel emploi ?	1	2	3	4	5	6	7
39. Identifiez avec vos clients les inconvénients et les avantages qui résultent de la divulgation de leurs problèmes de santé mentale en milieu de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
40. Participez aux entrevues d'embauche de vos clients quand vous avez leur autorisation ?	1	2	3	4	5	6	7
41. Encouragez vos clients à développer des relations amicales avec leurs collègues de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
42. Sensibilisez vos clients à propos de l'impact de la peur des préjugés sur leur confiance en eux lors de leur insertion au travail ?	1	2	3	4	5	6	7
43. Évaluez les expériences de travail antérieures de vos clients et les utilisez pour formuler des objectifs de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
44. Recontactez vos clients lorsqu'ils ne donnent plus signe de vie ?	1	2	3	4	5	6	7
45. Aidez vos clients à comprendre comment leurs activités en dehors du travail (ex. famille, loisirs) pourraient affecter leur insertion au travail ?	1	2	3	4	5	6	7
46. Sensibilisez vos clients à comment les reproches, critiques des collègues pourraient affecter leur fonctionnement au travail ?	1	2	3	4	5	6	7
47. Rencontrez des professionnels de l'équipe traitante pour vous aider à gérer des clients difficiles ?	1	2	3	4	5	6	7
48. Aidez vos clients à gérer efficacement les difficultés reliées à leurs problèmes de santé mentale (ex. changement de médicaments, gestion des symptômes) ?	1	2	3	4	5	6	7

49. Contactez vos clients pour vérifier leur situation d'emploi (ex. ont-ils besoin d'accommodements de travail) ?	1	2	3	4	5	6	7
50. Montrez à vos clients comment utiliser des stratégies de recherche d'emploi (ex. envoyer un curriculum vitae, contacter un employeur) ?	1	2	3	4	5	6	7
51. Travaillez en collaboration avec d'autres professionnels de la santé qui sont impliqués dans le processus de rétablissement de vos clients ?	1	2	3	4	5	6	7
52. Sensibilisez vos clients aux conséquences de l'internalisation de la stigmatisation (« s'autostigmatiser ») ?	1	2	3	4	5	6	7
53. Suggérez à vos clients les bonnes façons de se comporter pour garder leur emploi (ex. être ponctuel, être respectueux) ?	1	2	3	4	5	6	7
54. Faites des mises en situation pour préparer vos clients à des entrevues d'embauche ?	1	2	3	4	5	6	7
55. Impliquez les superviseurs sur le lieu de travail de vos clients pour faciliter leur maintien en emploi ?	1	2	3	4	5	6	7
56. Aidez vos clients à améliorer leurs habiletés sociales ?	1	2	3	4	5	6	7
57. Aidez vos clients à gérer des éléments stressants sur le lieu de travail (ex. normes de productivité, relations de travail) ?	1	2	3	4	5	6	7

58. Avisez les équipes traitantes de vos clients lorsque vous observez des signes précurseurs d'une rechute (ex. problèmes de santé mentale, abus de substance) ?	1	2	3	4	5	6	7
59. Aidez vos clients à identifier la formation et l'expérience requises pour envisager un nouveau métier ?	1	2	3	4	5	6	7
60. Montrez à vos clients comment se vendre et comment négocier avec de potentiels employeurs ?	1	2	3	4	5	6	7
61. Sensibilisez vos clients à comment les expériences antérieures (hospitalisations, longue absence du marché du travail) pourraient influencer leurs perceptions du travail ?	1	2	3	4	5	6	7
62. Tenez compte du marché du travail actuel pour aider vos clients à réaliser leurs objectifs de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
63. Informez les employeurs des accommodements de travail qui pourraient être mis en place pour aider vos clients ?	1	2	3	4	5	6	7
64. Donnez à vos clients des exemples concrets concernant les attentes des employeurs (ex. productivité, travail d'équipe) ?	1	2	3	4	5	6	7
65. Aidez vos clients à identifier des obstacles internes et externes (ex. manque de compétences, taux de chômage) qui pourraient gêner l'atteinte de leurs objectifs de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
66. Enseignez à vos clients des habiletés de communication qui les aideront à gérer des conflits dans leur milieu de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
67. Collaborez avec les employeurs afin de modifier les tâches de travail lorsque vos clients rencontrent des difficultés ?	1	2	3	4	5	6	7
68. Aidez vos clients à identifier leurs intérêts et préférences reliés au travail ?	1	2	3	4	5	6	7

69. Apprenez à vos clients quels types d'accommodements de travail ils pourraient demander à leur employeur (ex. rendez-vous avec un médecin, heures de travail flexibles) ?	1	2	3	4	5	6	7
70. Aidez vos clients à trouver un équilibre entre le travail et les activités hors travail (ex. implication dans la communauté, loisirs, famille) ?	1	2	3	4	5	6	7
71. Rassurez vos clients lorsqu'ils vivent du stress lors de leur insertion au travail ?	1	2	3	4	5	6	7

Section 2 : Connaissances

Voici une liste d'énoncés traitant des connaissances qui peuvent être utilisées par les conseillers en emploi dans des programmes de soutien à l'emploi. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse.

Si l'énoncé ne correspond pas du tout à vos connaissances, encerclez le chiffre 1. Si l'énoncé décrit parfaitement bien vos connaissances, encerclez le chiffre 7. Vous pouvez aussi encercler les nombres entre ces deux extrêmes pour indiquer les variations.

<i>Est-ce que vous...</i>	Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyen	Assez bien	Très bien	Parfait
72. Pouvez faire la distinction entre les effets secondaires des traitements psychiatriques de vos clients (ex. faible niveau d'énergie) et le manque de motivation à obtenir un emploi ?	1	2	3	4	5	6	7
73. Connaissiez les problèmes de santé mentale et leurs impacts sur la capacité d'obtenir et de maintenir un emploi ?	1	2	3	4	5	6	7
74. Savez identifier quelles sont les compétences de vos clients qui pourraient être transférées à d'autres types emplois ?	1	2	3	4	5	6	7
75. Pouvez distinguer les symptômes des problèmes de santé mentale du stress inhérent à l'insertion au travail ?	1	2	3	4	5	6	7
76. Savez comment les effets secondaires des médicaments peuvent se manifester chez vos clients ?	1	2	3	4	5	6	7

<i>Est-ce que vous...</i>	Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyen	Assez bien	Très bien	Parfait
77. Avez une bonne connaissance des effets secondaires de différents types de médicaments (ex. antidépresseur, antipsychotiques) ?	1	2	3	4	5	6	7
78. Connaissez les programmes de compensations d'invalidités disponibles dans votre province ?	1	2	3	4	5	6	7
79. Connaissez la culture d'entreprise (ex. climat de travail, organisation du travail) de nombreuses entreprises et de divers secteurs de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
80. Comprenez comment les pratiques de gestion d'entreprise peuvent avoir un impact négatif sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale (ex. le nombre d'heures de travail requis, les normes de productivité) ?	1	2	3	4	5	6	7
81. Avez une bonne compréhension des lois d'accommodements de travail ?	1	2	3	4	5	6	7
82. Avez une bonne compréhension de la structure organisationnelle du système de santé mentale et les services qui lui sont affiliés ?	1	2	3	4	5	6	7
83. Connaissez le marché du travail actuel afin de faire correspondre les habiletés et intérêts de vos clients aux postes disponibles ?	1	2	3	4	5	6	7
84. Comprenez le rôle des divers professionnels œuvrant dans les équipes traitantes et vocationnelles ?	1	2	3	4	5	6	7

85. Avez une bonne compréhension de l'incapacité/invalidité due à des problèmes de santé mentale et de son impact sur vos clients, tant au niveau personnel que professionnel ?	1	2	3	4	5	6	7
86. Avez une bonne connaissance des divers métiers et emplois ?	1	2	3	4	5	6	7
87. Avez une bonne compréhension des lois et mesures relatives à l'insertion au travail des personnes ayant un handicap ?	1	2	3	4	5	6	7
88. Savez comment les troubles concomitants peuvent affecter le fonctionnement de vos clients (ex. problèmes de santé mentale et abus de substance) ?	1	2	3	4	5	6	7
89. Connaissez l'impact de l'étiquetage sur vos clients (ex. « incurable », « chronique ») ?	1	2	3	4	5	6	7
90. Avez une bonne connaissance des différences entre les programmes de soutien à l'emploi et d'autres programmes d'insertion au travail (ex. emploi de transition, programmes préparatoires à l'emploi) ?	1	2	3	4	5	6	7

Note explicative pour l'échelle BAKES

I/ Correspondance expressions canadiennes – expressions françaises (par ordre alphabétique):

- « **accommodements** » : « aménagements ».
- « **case manger** » : « gestionnaire de cas », c'est-à-dire professionnel(le) en lien avec les difficultés sociales de la personne, ex : pour trouver un logement, aider à remplir des papiers administratifs...
- « **clients** » : au Canada les « personnes accompagnées » sont des « clients ».
- « **emploi régulier** » : « emploi en milieu ordinaire stable » (CDI, CDD de plusieurs mois).
- « **entrevues d'embauche** » : « entretiens d'embauche ».
- « **implication dans la communauté** » : « implication dans la société », c'est-à-dire loisirs, activités associatives, culturelles, sportives...
- « **marché du travail régulier** » : « CDI, CDD de longue durée du milieu ordinaire de travail ».
- « **problèmes de santé mentale** » : tout ce qui concerne la « situation de handicap psychique » c'est-à-dire les « symptômes », « troubles », « handicap », « freins »...
- « **programme de soutien à l'emploi** » : « dispositif d'emploi accompagné », « job coaching ».
- « **services vocationnels** » : « dispositif d'emploi accompagné », « job coaching ».

II/ Questions ambiguës :

- 22 : « **informez vos clients quant à l'impact de l'obtention d'un emploi sur leurs avantages sociaux reliés à leur incapacité/invalidité** » c'est-à-dire « *informez les personnes accompagnées au sujet des différents seuils de calcul de l'AAH en fonction du futur emploi occupé (temps de travail et salaire/perte de l'AAH/maintien partiel de l'AAH...)* ».
- 25 : « **Rencontrez d'autres professionnels de l'équipe traitante afin de coordonner et d'intégrer les services vocationnels au traitement** » c'est-à-dire « *rencontrez l'équipe traitante pour coordonner l'accompagnement du dispositif d'emploi accompagné au traitement (encourager l'orientation d'une personne vers le dispositif auprès de l'équipe traitante, faire des retours quant aux évolutions des personnes à l'équipe traitante / stress, comportements qui questionnent sur une possibilité de rechute de la personne...)* ».
- 38 : « **un collègue de travail** » : « un futur collègue de travail », *une personne déjà repérée dans une entreprise qui pourrait aider la personne accompagnée à obtenir des repères plus rapidement lors de son insertion, à se sentir sécuriser sur son lieu de travail...*
- 39 : « **identifiez avec les clients les inconvénients et les avantages qui résultent de la divulgation de leurs problèmes de santé mentale en milieu de travail** » c'est-à-dire « *identifiez avec les personnes accompagnées les **inconvénients à ne pas divulguer** (davantage de difficultés pour obtenir des aménagements, pas de possibilité pour le référent du dispositif d'emploi accompagné d'intervenir sur le lieu de travail...) et les avantages qui résultent de la divulgation de leur situation de handicap en milieu de travail* ».

Questionnaire - caractéristiques sociodémographiques

Questionnaire 1 – Informations sociodémographiques et diagnostic auto-déclaré

Informations relatives à votre état civil :

1. Êtes-vous ?
o 1- Un homme o 2- Une femme

2. Quelle est votre date de naissance?
____ / ____ / ____
Jour Mois Année

Information relative à votre niveau de diplôme :

3. Quel est votre plus haut niveau de scolarité (sélectionnez qu'une seule case)
o 1- Aucun diplôme
o 2- Diplôme de niveau V bis (DBN)
o 3- Diplôme de niveau V (BEP, CAP)
o 4- Diplôme de niveau IV (BAC général ou professionnel)
o 5- Diplôme de niveau III (BAC+2)
o 6- Diplôme de niveau II (BAC+3)
o 7- Diplôme de niveau I (BAC+5)
o 8- Autre : spécifiez

Information relative à votre situation de logement :

4. Quel énoncé ci-dessous décrit le mieux l'endroit où vous habitez? (sélectionnez qu'une seule case)
o 1- Avec de la famille (inclue parents, enfants adultes, frère et sœurs) o 5- Dans la rue
o 2- Avec mon conjoint ou conjointe, partenaire o 6- Dans un foyer
o 3- Seul dans mon appartement ou maison
o 4- Avec une autre personne (excluant famille, partenaire, conjoint/conjointe)
o 7- Autre, spécifiez : _____

Informations relatives à votre parcours professionnel :

5. Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle ?
o 1- oui
o 2- non
a. Si oui : depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ?
o 1- entre 0 et 6 mois
o 2- entre 7 et 12 mois
o 3- entre 13 et 24 mois
o 3- entre 25 et 36 mois
o 3- entre 37 et 48 mois
o 3- entre 49 et 60 mois
o 3- Plus de 5 ans

- b. Si oui précisez les expériences les plus significatives (durée du ou des contrats de travail, temps de travail hebdomadaire)

Informations relatives à votre situation de santé :

6. Nature de la situation de handicap

- ☐ 1- Psychique
- ☐ 2- Mental
- ☐ 3- Troubles du spectre autistique

7. Si la situation de handicap est de nature psychique : catégorie du diagnostic principal (sélectionnez toutes les cases appropriées)

- ☐ 1- Schizophrénie
- ☐ 2- Trouble bipolaire l'enfance/adolescence
- ☐ 3- Dépression majeure
- ☐ 4- Trouble anxieux (TOC, panique, TSPT, etc.)
- ☐ 5- Troubles liés à une substance
- ☐ 6- Troubles diagnostiqués à l'enfance/adolescence
- ☐ 7- Inconnu
- ☐ 8- Autre, spécifiez : _____

8. (Question en T0) Avez-vous déjà connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie ?

- ☐ 1- oui
- ☐ 2- non
- a. Si oui :
 - ☐ 1- 1 fois
 - ☐ 2- 1 à 3 fois
 - ☐ 3- Plus de 3 fois

b. Estimation de la durée cumulée d'hospitalisation :

- ☐ moins d'un mois
- ☐ 1- 1 à 3 mois
- ☐ 2- 4 à 6 mois
- ☐ 3- 7 à 12 mois
- ☐ 4- plus de 12 mois

8 bis. (Question en T0, T1, T2, T3) Avez-vous connu une période d'hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie lors de ces 6 derniers mois ?

- ☐ 1- oui
- ☐ 2- non
- a. Si oui :
 - ☐ 1- 1 fois
 - ☐ 2- 2 fois
 - ☐ 3- 3 fois ou plus

b. Estimation de la durée cumulée d'hospitalisation au cours de ces 6 derniers mois :

- ☐ 1- au total, moins de 8j
- ☐ 2- au total, entre 1 semaine et 2 mois
- ☐ 3- au total, entre 2 mois- 4mois
- ☐ 4- au total, plus de 4 mois

9. *Consultez-vous un psychiatre?*

- o 1- non
- o 2- oui, au moins 1 fois par mois
- o 3- oui, mais à une fréquence moindre qu'une fois par mois

Si oui :

- o 1- Au sein d'un CMP/hôpital
- o 2- En ville (psychiatre libéral)

Échelle de motivation pour obtenir un emploi

(Villotti et al.,2015)

Consigne :

Ce questionnaire réfère à votre motivation à trouver un emploi. Utilisez l'échelle suivante pour évaluer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Énoncés	1- Complètement en désaccord	2- Fortement en désaccord	3- Légèrement en désaccord	4- Ni d'accord ni pas d'accord	5- Légèrement en accord	6- Fortement en accord	7- Complètement en accord
1. En ce moment, obtenir un emploi est un de mes objectifs principaux.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je suis déterminé à trouver un emploi peu importe les obstacles potentiels.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je suis vraiment motivé à trouver un emploi.	1	2	3	4	5	6	7
4. A présent, j'ai la ferme intention d'obtenir un emploi.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je suis prêt à fournir les efforts nécessaires pour trouver un emploi.	1	2	3	4	5	6	7
6. A présent, je me sens capable d'intégrer le marché du travail.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je serais très déçu si je ne trouvais pas un emploi dans les prochaines semaines.	1	2	3	4	5	6	7

Échelle des obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (OITES)

(Corbière et al., 2004)

Ce questionnaire vise l'évaluation des obstacles que vous percevez lors votre insertion au travail ainsi que l'évaluation de votre sentiment d'efficacité pour les surmonter. Ce questionnaire est donc divisé en deux parties : Question A et Question B.

Pour la question A, choisir 1 si ce n'est pas un obstacle ; choisir 7 si c'est un gros obstacle.

Pour la question B : choisir 1 si vous ne vous sentez pas du tout capable ; choisir 7 si vous vous sentez tout à fait capable.

A								B							
Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?	1	2	3	4	5	6	7	Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ?	1	2	3	4	5	6	7
3. Le manque d'énergie (ex. se sentir fatigué).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter le manque d'énergie?	1	2	3	4	5	6	7
4. Les effets secondaires de la prise de médicaments reliés à des problèmes de santé mentale (ex. tremblement des mains).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter les effets secondaires de la prise de médicaments reliés à des problèmes de santé mentale?	1	2	3	4	5	6	7
5. Une faible capacité de rendement au travail (ex. ne pas être capable d'exécuter les tâches de travail aussi rapidement que les collègues).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter une faible capacité de rendement au travail?	1	2	3	4	5	6	7

A								B							
Question A) <u>Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?</u>	1	2	3	4	5	6	7	Question B) Si l'item à la question A représente, <u>dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ?</u>	1	2	3	4	5	6	7
6. Une faible motivation, un manque de détermination.	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>une faible motivation, un manque de détermination ?</i>	1	2	3	4	5	6	7
7. Des difficultés à travailler avec les autres.	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>des difficultés à travailler avec les autres?</i>	1	2	3	4	5	6	7
10. Le manque de sommeil.	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter le manque de sommeil?	1	2	3	4	5	6	7
11. L'arrêt de la prise de médicaments pour des problèmes de santé mentale (ex. avoir oublié de prendre ses médicaments, décider de ne plus les prendre).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>l'arrêt de la prise de médicaments pour des problèmes de santé mentale?</i>	1	2	3	4	5	6	7

A								B							
Question A) <u>Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?</u>	1	2	3	4	5	6	7	Question B) Si l'item à la question A représente, <u>dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ?</u>	1	2	3	4	5	6	7
12. La difficulté de s'ajuster aux exigences d'un nouvel emploi (ex. au niveau des horaires, des tâches à exécuter).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la difficulté de s'ajuster aux exigences d'un nouvel emploi?</i>	1	2	3	4	5	6	7
13. Le manque d'expériences de travail.	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le manque d'expériences de travail ?</i>	1	2	3	4	5	6	7
14. La difficulté d'entrer en relation avec les autres.	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la difficulté d'entrer en relation avec les autres?</i>	1	2	3	4	5	6	7
17. Des difficultés de concentration au travail (ex. ne pas être capable de se concentrer sur une tâche).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>des difficultés de concentration au travail?</i>	1	2	3	4	5	6	7

A								B							
Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?	1	2	3	4	5	6	7	Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ?	1	2	3	4	5	6	7
18. Les effets dus à un changement de médicaments reliés à des problèmes de santé mentale.	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter les effets dus à un changement de médicaments?	1	2	3	4	5	6	7
19. La difficulté de faire face à des changements fréquents dans votre futur emploi (ex. au niveau des horaires, des tâches de travail).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter la difficulté de faire face à des changements fréquents dans votre futur emploi?	1	2	3	4	5	6	7
20. L'indécision face aux différents choix possibles d'emploi (ex. je ne sais pas vraiment quel type d'emploi je souhaite exercer).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter l'indécision face aux différents choix possibles d'emploi ?	1	2	3	4	5	6	7
21. S'affirmer face à ses collègues de travail (ex. exprimer son point de vue face à ses collègues, mettre ses limites aux demandes provenant des collègues).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter s'affirmer face à ses collègues de travail?	1	2	3	4	5	6	7

A								B							
Question A) <u>Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?</u>	1	2	3	4	5	6	7	Question B) Si l'item à la question A représente, <u>dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ?</u>	1	2	3	4	5	6	7
24. Le stress relié à la recherche d'emploi.	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le stress relié à la recherche d'emploi?</i>	1	2	3	4	5	6	7
25. Des inquiétudes quant à la prise de médicaments sur le lieu de travail (médicaments reliés à des problèmes de santé mentale).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>des inquiétudes quant à la prise de médicaments sur le lieu de travail?</i>	1	2	3	4	5	6	7
26. Les conditions de travail (ex. responsabilités, tâches à remplir).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>les conditions de travail?</i>	1	2	3	4	5	6	7
27. Le manque de compétences (ex. pas beaucoup d'expériences dans le domaine professionnel ciblé, savoir, savoir-être et savoir-faire).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le manque de compétences?</i>	1	2	3	4	5	6	7

A								B							
Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?	1	2	3	4	5	6	7	Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ?	1	2	3	4	5	6	7
30. Travailler de façon autonome (ex. ne pas rechercher d'aide chez ses collègues pour effectuer son travail).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter travailler de façon autonome?	1	2	3	4	5	6	7
33. La pression reliée à l'emploi occupé (ex. respecter les délais imposés, avoir une certaine productivité).	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter la pression reliée à l'emploi occupé?	1	2	3	4	5	6	7
34. Autres obstacles, pouvez-vous les mentionner svp?	1	2	3	4	5	6	7	Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle?	1	2	3	4	5	6	7

Échelle des stratégies de recherche d'emploi utilisées pour obtenir un emploi

(Perron, 1998)

Durant les précédentes semaines, avez-vous ? Svp choisissez oui ou non.

Durant les précédentes semaines, avez-vous ...?	Oui	Non
1. ... posé des questions à votre référent emploi accompagné au sujet de stratégies de recherche d'emploi?	Oui	Non
2. ... parlé à vos amis/famille de votre recherche d'emploi?	Oui	Non
3. ... parlé à un de vos précédents employeurs de votre recherche d'emploi ?	Oui	Non
4. ... préparé votre CV ?	Oui	Non
5. ... envoyé votre CV un ou plusieurs entreprises ?	Oui	Non
6. ... consulté les offres d'emploi,	Oui	Non
7. ... rencontré un centre d'information et d'insertion professionnel public?	Oui	Non
8. ... rencontré un cabinet de recrutement privé ?	Oui	Non
9. ... rempli un formulaire de candidature à un emploi pour une entreprise ?	Oui	Non
10. ... téléphoné à un employeur pour vous présenter ?	Oui	Non
11. Vous êtes-vous présenté directement à un employeur ?	Oui	Non
12. ... utilisé une lettre de recommandation d'un de vos anciens employeurs pour trouver un emploi ?	Oui	Non
13. ... utilisé votre réseau personnel (amis, famille, etc.) pour trouver un emploi ?	Oui	Non
14. Etes-vous allé à un ou plusieurs entretiens d'embauche ?	Oui	Non

Échelles d'alliance de travail perçue entre la personne accompagnée et le conseiller en emploi accompagné référent

(Horvath et Greenberg, 1989 ; validée par Corbière et al. ,2006)

Consigne :

Dans ce questionnaire, il y a des énoncés qui décrivent différentes façons qu'une personne pourrait penser et se sentir à propos de son conseiller en emploi. Si l'énoncé décrit toujours la façon dont vous pensez ou vous vous sentez, svp encerclez le nombre 7. Si cela ne s'applique jamais, encerclez le nombre 1. Vous pouvez aussi encercler les nombres entre ces deux extrêmes pour indiquer les variations.

Énoncés	1- Jamais	2- Rarement	3- Occasionnellement	4- Parfois	5- Souvent	6- Très souvent	7- Toujours
1. Mon référent emploi accompagné et moi nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer ma situation.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mon référent emploi accompagné et moi avons tous deux confiance en l'utilité de nos activités en cours.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je crois que mon référent emploi accompagné m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
4. J'ai des doutes à propos de ce que nous essayons d'accomplir lors de nos rencontres.	1	2	3	4	5	6	7
5. J'ai confiance dans le fait que mon référent emploi accompagné est capable de m'aider.	1	2	3	4	5	6	7
6. Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je sens que mon référent emploi accompagné m'apprécie.	1	2	3	4	5	6	7
8. Nous nous entendons sur ce qui est important à travailler.	1	2	3	4	5	6	7

9. Mon référent emploi accompagné et moi avons développé une confiance mutuelle.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mon référent emploi accompagné et moi avons des idées différentes sur ce que sont mes vrais problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
11. Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux types de changements qui seraient bons pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je crois que ce que nous faisons à propos de mon insertion au travail est correct.	1	2	3	4	5	6	7

Consignes:

Dans ce questionnaire, il y a des énoncés qui décrivent différentes façons qu'une personne pourrait penser et se sentir à propos de son client. Lorsque vous lirez les énoncés, insérer mentalement le nom de votre client à la place du _____. Si l'énoncé décrit toujours la façon dont vous pensez ou vous vous sentez, svp encerclez le nombre 7. Si cela ne s'applique jamais à vous, encerclez le nombre 1. Vous pouvez aussi encercler les nombres entre ces deux extrêmes pour indiquer les variations.

Énoncés	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. ____ et moi nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer sa situation.	1	2	3	4	5	6	7
2. ____ et moi avons tous deux confiance en l'utilité de nos activités en cours.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je crois que ____ m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
4. J'ai des doutes à propos de ce que nous essayons d'accomplir lors de nos rencontres.	1	2	3	4	5	6	7
5. J'ai confiance en mes capacités pour aider ____.	1	2	3	4	5	6	7
6. Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus.	1	2	3	4	5	6	7
7. J'apprécie ____ en tant que personne.	1	2	3	4	5	6	7
8. Nous nous entendons sur ce qui est important à travailler.	1	2	3	4	5	6	7
9. ____ et moi avons développé une confiance mutuelle.	1	2	3	4	5	6	7
10. ____ et moi avons des idées différentes sur ce que sont ses vrais problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
11. Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux types de changements qui seraient bons pour ____.	1	2	3	4	5	6	7
12. ____ croit que ce que nous faisons à propos de son insertion au travail est correct.	1	2	3	4	5	6	7

Inventaire des aménagements de travail et des soutiens disponibles en entreprise (Work Accommodations and Natural Supports Scale - WANSS)

(Corbière & Pasinski, 2004 ; Corbière, Ptasinski & Jamar, 2012)

Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer si certains accommodements de travail (aménagements, accommodations) ont été réalisés dans le cadre de votre emploi pour faciliter votre insertion. Un accommodement de travail est un changement dans un environnement de travail pour aider une personne à réaliser son travail.

Ce questionnaire débute avec quelques questions relatives à la mise en place d'accommodements de travail sur votre lieu de travail (première partie). Par la suite, il vous sera demandé d'évaluer, à partir d'une liste d'accommodements de travail, lesquels sont disponibles sur votre lieu de travail et s'ils ont été bénéfiques (seconde partie).

Première partie

a) Est-ce que vous, ou une autre personne, avez demandé à votre employeur/supérieur immédiat certains accommodements de travail pour faciliter votre insertion?

Si oui, qui a demandé des accommodements et auprès de qui?

Si oui, lesquels?

b) Avez-vous négocié ces accommodements de travail avant d'obtenir cet emploi?

☐ oui ☐ non

Seconde partie

Que vous ayez parlé ou non d'un éventuel problème de santé à votre employeur ou à votre supérieur immédiat, pourriez-vous nous indiquer à partir de la liste d'accommodements de travail ci-dessous ceux qui sont disponibles à votre poste de travail?

Si un accommodement particulier n'est pas encore mis en place, mais est en processus (« en train ») de l'être, indiquez que c'est « en processus ».

Concernant les accommodements de travail qui sont disponibles, indiquez s'ils vous sont bénéfiques ou non.

Accommodements de travail	Est-ce que cet accommodement de travail est disponible pour votre emploi?				Si disponible : Est-ce bénéfique ?	
	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
1. Avez-vous la possibilité de partager les tâches de votre emploi avec au moins un collègue de travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
2. Est-ce que votre supérieur prend le temps pour vous expliquer les tâches à réaliser?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
3. Est-ce que vos collègues prennent le temps pour vous expliquer les tâches à réaliser?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
4. Avez-vous la possibilité de prendre des journées de congé sans solde?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
5. Avez-vous la possibilité de vous absenter de votre travail pour des visites médicales?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
6. Avez-vous la possibilité de prendre des pauses plus longues ou plus fréquemment?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
7. Avez-vous la possibilité de faire une partie de votre travail à la maison?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
8. Avez-vous la possibilité d'avoir des horaires flexibles (ex. la permission de commencer et de finir de travailler plus tard à cause de difficultés à se lever tôt le matin)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
9. Est-ce que vos tâches de travail peuvent être modifiées (ex. la possibilité de varier vos tâches de travail afin de vous garder intéressé(e), diminuer les charges de travail excessives, changer les consignes de votre travail)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
10. Avez-vous la possibilité d'utiliser un agenda pour vous aider à mettre en place vos priorités et objectifs?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
11. Les tâches de votre travail sont-elles introduites graduellement (ex. les tâches sont introduites une après l'autre pour vous permettre de vous familiariser avec votre travail)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
12. Avez-vous la possibilité d'échanger des tâches de travail avec d'autres collègues?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON

Accommodements de travail	Est-ce que cet accommodement de travail est disponible pour votre emploi?				Si disponible : Est-ce bénéfique ?	
	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
13. Avez-vous accès à des instructions écrites à suivre pour réaliser votre travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
14. Est-ce que votre supérieur immédiat a modifié ses attentes à votre égard (ex. en termes de performance, allonger la période d'apprentissage, vous permettre des erreurs)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
15. Avez-vous la possibilité de modifier les règles ou procédures de travail pour vous aider à vous intégrer dans le milieu de travail (ex. garder votre poste de travail toujours disponible lors d'une absence maladie)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
16. Est-ce que la définition de votre poste de travail vous a clairement été définie?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
17. Avez-vous accès à un ordinateur portable, une calculatrice ou autre matériel pour vous aider à organiser vos tâches de travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
18. Avez-vous la possibilité de faire des changements dans votre espace de travail (ex. l'emplacement et la direction de votre chaise pour diminuer les distractions)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
19. Pouvez-vous apporter des changements concernant l'intensité du bruit?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
20. Pouvez-vous apporter des changements concernant l'intensité de la lumière?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
21. Pouvez-vous téléphoner à votre conseiller en emploi pendant vos heures de travail si vous en éprouvez le besoin?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
22. Avez-vous accès à votre courriel lors de vos heures de travail afin d'obtenir du soutien?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
23. Avez-vous accès à une salle d'eau dans votre environnement de travail ou un espace privé pour prendre vos médicaments au besoin?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON

Accommodements de travail	Est-ce que cet accommodement de travail est disponible pour votre emploi?				Si disponible : Est-ce bénéfique ?	
	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
24. Avez-vous accès à des documents d'information pour effectuer votre travail (ex. livres, logiciels/programmes d'ordinateur, DVD)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
25. Avez-vous reçu une formation adaptée à vos besoins pour réaliser votre travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
26. Avez-vous reçu une formation supplémentaire liée à votre emploi pour acquérir de nouvelles habiletés/compétences?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
27. Avez-vous reçu une formation dans votre emploi pour acquérir des habiletés de communication (pour faciliter la communication)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
28. Avez-vous été formé à l'utilisation d'outils pour la gestion de votre travail (ex. gestion du temps, planification des tâches)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
29. Est-ce que vos collègues ont reçu une formation relative aux problèmes de santé en milieu de travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
30. Est-ce que votre conseiller en emploi était présent lors de votre embauche?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
31. Est-ce que votre conseiller en emploi peut vous rendre visite sur votre lieu de travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
32. Avez-vous eu des rencontres à la fois avec votre supérieur immédiat et votre conseiller en emploi?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
33. Y a-t-il un professionnel de la santé dans votre milieu de travail que vous pouvez consulter?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
34. Recevez-vous de vos collègues un soutien émotionnel (ex. du temps pour parler)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
35. Recevez-vous de votre supérieur immédiat un soutien émotionnel (ex. du temps pour parler)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON

Accommodements de travail	Est-ce que cet accommodement de travail est disponible pour votre emploi?				Si disponible : Est-ce bénéfique ?	
	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
36. Travaillez-vous sur les mêmes tâches avec un de vos collègues de travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
37. Recevez-vous de l'aide d'un travailleur plus expérimenté dans votre milieu de travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
38. Est-ce que votre milieu de travail est propice aux échanges avec les collègues de travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
39. Recevez-vous du feedback constructif (des avis constructifs) de vos collègues de travail concernant votre travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
40. Recevez-vous du feedback constructif (des avis constructifs) de votre supérieur immédiat concernant votre travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
41. Recevez-vous de la reconnaissance de la part de vos collègues de travail pour le travail que vous réalisez?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
42. Recevez-vous de la reconnaissance de la part de votre supérieur immédiat pour le travail que vous réalisez?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
43. Est-ce que votre environnement de travail vous apporte de l'aide quand vous en avez besoin?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
44. Recevez-vous du soutien de la part de vos collègues pour réaliser votre travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
45. Recevez-vous du soutien de la part de votre famille pour vous permettre de travailler?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
46. Recevez-vous du soutien de la part de vos amis pour vous permettre de travailler?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
47. Avez-vous la possibilité d'utiliser des moyens de transport (ex. taxi, bus) pour vous rendre au travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
48. Avez-vous un bureau privé ou un espace réservé?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
49. Avez-vous une liste écrite des tâches à effectuer?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON

Accommodements de travail	Est-ce que cet accommodement de travail est disponible pour votre emploi?				Si disponible : Est-ce bénéfique ?	
	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
50. Est-ce que votre supérieur immédiat vous rappelle les échéanciers (délais de travail) importants?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
51. Avez-vous des comptes rendus écrits des réunions?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
52. Est-ce que votre supérieur immédiat écrit des buts/objectifs à court et long termes pour vous?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
53. Est-ce que votre supérieur immédiat a développé des stratégies pour gérer les problèmes avant même qu'ils ne surviennent?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
54. Êtes-vous obligé de participer aux activités sociales (ex. repas du midi, sorties)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
55. Avez-vous accès à un programme d'aide pour les employés (ce type de programme est défini comme un ensemble de services visant à fournir aux employés le soutien dont ils ont besoin pour faire face à leurs difficultés personnelles. Ces services sont en général offerts gratuitement par l'organisation dans laquelle l'employé travaille)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
56. Avez-vous le droit d'effectuer des appels sur votre temps de travail pour contacter votre médecin?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
57. Avez-vous la possibilité de reprendre des heures de travail si vous vous absentez (autrement dit, si certaines heures de travail n'ont pas été effectuées dans les délais prévus, vous n'avez pas la possibilité de les rattraper ultérieurement et par conséquent le travail qui n'a pas pu être réalisé n'est pas pris en compte dans votre salaire)?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
58. Avez-vous des rencontres hebdomadaires ou mensuelles avec votre supérieur immédiat pour discuter de problèmes liés au travail?	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON

Accommodements de travail	Est-ce que cet accommodement de travail est disponible pour votre emploi?				Si disponible : Est-ce bénéfique ?	
	OUI	En processus	NON	Ne sais pas	OUI	NON
59. Autre(s): Pourriez-vous mentionner les autres types d'accommodements de travail qui sont disponibles sur votre lieu de travail? Pourriez-vous les préciser?						

Échelle d'évaluation de la qualité de vie (subjective) au travail (Quality of Work Life scale - QWL)

(Lancôt, Corbière & Durand, 2010)

Consigne : indiquez à quel point chacune de ces phrases est vraie pour vous, au cours des 15 derniers jours dans votre milieu de travail. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Phrases :	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. Mes tâches de travail me procurent du plaisir.	1	2	3	4
2. Je suis satisfait du nombre de jours de vacances auquel j'ai droit.	1	2	3	4
3. Mon environnement de travail est bruyant.	1	2	3	4
4. Mon supérieur m'offre un bon encadrement (supervision) pour effectuer mon travail.	1	2	3	4
5. À mon travail, j'ai le sentiment d'être un bon travailleur.	1	2	3	4
6. J'ai de bonnes relations de travail avec mes collègues.	1	2	3	4
7. Mon supérieur a une bonne écoute.	1	2	3	4
8. Je me sens bien et heureux à mon travail.	1	2	3	4
9. Mon travail me fournit de bonnes assurances (ex. médicales, dentaires).	1	2	3	4

10. Je suis fier de travailler pour mon entreprise.	1	2	3	4
11. Je peux modifier mon espace de travail au besoin (ex. prendre une chaise et m'asseoir).	1	2	3	4
12. Dans mon entreprise, tous les employés sont traités de la même façon.	1	2	3	4
13. Je reçois des encouragements de la part de mon supérieur pour réaliser mon travail.	1	2	3	4
14. Mes collègues de travail peuvent m'aider si j'éprouve des difficultés au travail.	1	2	3	4
15. Mon environnement de travail est sécuritaire.	1	2	3	4
16. J'apprécie le milieu dans lequel je travaille.	1	2	3	4
17. Je suis satisfait des activités sociales organisées par mon travail (ex. fêtes, sorties).	1	2	3	4
18. Mes tâches de travail sont ennuyantes.	1	2	3	4
19. J'ai l'impression que mes journées de travail passent rapidement.	1	2	3	4
20. Je considère que mon supérieur est compréhensif.	1	2	3	4
21. Mon horaire de travail me convient bien.	1	2	3	4

Phrases :	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
22. Je suis capable de répondre aux exigences de mon supérieur.	1	2	3	4
23. J'ai confiance en mes collègues de travail.	1	2	3	4
24. Quand j'ai des problèmes au travail, je peux demander de l'aide à mon supérieur.	1	2	3	4
25. Au travail, j'ai du plaisir.	1	2	3	4
26. Je suis satisfait de mes tâches de travail.	1	2	3	4
27. J'ai du soutien de la part de mon supérieur.	1	2	3	4
28. Je suis content du salaire que je gagne.	1	2	3	4
29. Je trouve que le climat (ambiance) de travail est plaisant et agréable.	1	2	3	4
30. Mes collègues de travail me reconnaissent comme un bon travailleur.	1	2	3	4
31. Les règles dans mon entreprise sont justifiées et claires.	1	2	3	4
32. Mon supérieur connaît bien mes besoins et mes capacités.	1	2	3	4
33. Je donne un bon rendement au travail.	1	2	3	4

Phrases :	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
34. Il m'arrive souvent d'avoir des conflits avec mes collègues de travail.	1	2	3	4
35. Je sens que mon supérieur est satisfait du travail que je fais.	1	2	3	4
36. J'aime la majorité de mes tâches de travail.	1	2	3	4
37. Je suis satisfait de l'entreprise dans laquelle je travaille.	1	2	3	4
38. Je me sens respecté par mes collègues de travail.	1	2	3	4
39. Mon supérieur m'apprécie.	1	2	3	4
40. J'ai une bonne qualité de vie au travail.	1	2	3	4

Échelle de fonctionnement cognitif perçu (Subjective scale to investigate cognition in schizophrenia-SSTICS)

(Stip et al., 2003)

Enoncés	0 - Jamais	1 - Rarement	2 - Parfois	3 - Souvent	4 - Très souvent
1- Avez-vous remarqué que vous avez des troubles de mémoire ?	0	1	2	3	4
2- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir d'informations que l'on vous donne immédiatement et que vous devez utiliser tout de suite comme, par exemple, un numéro de téléphone, une adresse, un numéro de porte ou de bureau, un numéro de bus ou le nom d'un docteur ?	0	1	2	3	4
3- Avez-vous de la difficulté à apprendre quelque chose ? Par exemple, une liste d'objets à acheter ou une liste de noms de personnes.	0	1	2	3	4
4- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir du nom de vos médicaments ?	0	1	2	3	4
5- Faites-vous des oublis comme, par exemple, un rendez-vous avec un ami, chez un médecin ?	0	1	2	3	4
6- Oubliez-vous de prendre vos médicaments ?	0	1	2	3	4
7- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir des informations dans les journaux ou à la télévision ?	0	1	2	3	4
8- Avez-vous de la difficulté à accomplir des tâches ménagères ou du bricolage ? Par exemple, vous oubliez comment faire la cuisine ou oubliez-vous les ingrédients.	0	1	2	3	4
9- Avez-vous de la difficulté à savoir comment on se rend à l'hôpital ou à la clinique externe, ou même chez vous ?	0	1	2	3	4
10- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir du nom de personnes connues comme, par exemple, du premier ministre du Canada ?	0	1	2	3	4
11- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir des capitales des pays, des dates de l'histoire du pays ou du nom des pays des autres continents ou bien des grandes découvertes de nos savants ?	0	1	2	3	4

Enoncés	0 - Jamais	1 - Rarement	2 - Parfois	3 - Souvent	4 - Très souvent
12- Êtes-vous distrait, dans la lune ? Comme, par exemple, vous perdez le fil de vos idées pendant une conversation parce que vous êtes distrait. Ou vous avez du mal à fixer votre esprit sur ce que vous lisez.	0	1	2	3	4
13- Avez-vous de la difficulté à être en alerte ou à réagir suite à une situation imprévue ? Comme, par exemple, une alerte incendie ou une voiture qui passe soudainement lorsque vous traversez la rue.	0	1	2	3	4
14- Avez-vous de la difficulté à choisir une information pertinente quand on vous en présente plusieurs ? Par exemple, en même temps le nom de vos médicaments ou votre prochain rendez-vous pendant qu'on parle à côté de vous de musique.	0	1	2	3	4
15- Êtes-vous incapable de faire deux choses en même temps ? Par exemple, pendant que vous préparez un café, on vous demande de retenir une adresse. Ou pendant que le pharmacien vous explique votre médication, vous comptez votre argent dans votre porte-monnaie.	0	1	2	3	4
16- Avez-vous des problèmes à maintenir votre attention sur une même chose pendant plus de 20 minutes ? Par exemple, une conférence ou la lecture d'un livre ou un cours en classe.	0	1	2	3	4
17- Avez-vous de la difficulté à planifier vos actions ? Comme, par exemple, prévoir un itinéraire pour vous rendre à un endroit, prévoir un budget pour le mois ou encore préparer des repas ou prévoir la lessive.	0	1	2	3	4
18- Avez-vous de la difficulté à organiser vos gestes, vos actes de la vie quotidienne ? Comme, par exemple, utiliser un téléphone, faire des courses, préparer un repas, faire le ménage, faire la lessive, utiliser un transport, bricoler.	0	1	2	3	4
19- Avez-vous des difficultés à changer vos gestes, vos décisions ou votre façon de faire si l'on vous demande de le faire et que vous acceptez ? Par exemple, vous êtes d'accord pour le faire mais c'est difficile parce que ce n'est plus pareil.	0	1	2	3	4
20- Éprouvez-vous de la difficulté à trouver vos mots, faire des phrases, comprendre le sens des mots ou les prononcer ou même nommer des objets ?	0	1	2	3	4
21- Avez-vous du mal à vous habiller ou à manger ? Comme, par exemple, manipuler des boutons, un zipper, des outils pour bricoler, des ciseaux, une fourchette pour manger, une clef dans une serrure.	0	1	2	3	4

Échelle d'inventaire bref des symptômes et de degré de sévérité (Brief Symptom Inventory - BSI)

(Dérogatis et Melisaratos, 1983 ; Pariente et Guelfi, 1990)

A quel point ce problème vous a troublé au cours des 7 derniers jours :	1- Pas du tout	2- Un peu	3- Modérément	4- Beaucoup	5- Extrêmement
1. Faiblesse ou étourdissements.	1	2	3	4	5
2. Manque d'intérêt pour tout.	1	2	3	4	5
3. Nervosité ou impression de tremblements intérieurs.	1	2	3	4	5
4. Douleurs au cœur ou à la poitrine.	1	2	3	4	5
5. Sentiment de solitude.	1	2	3	4	5
6. Sentiment de tension ou de surexcitation.	1	2	3	4	5
7. Nausées ou maux d'estomac.	1	2	3	4	5
8. Avoir le cafard.	1	2	3	4	5
9. Tendance à vous effrayer sans raison.	1	2	3	4	5
10. Difficulté à reprendre votre souffle.	1	2	3	4	5
11. Sentiment que vous ne valez rien.	1	2	3	4	5
12. Accès de terreur ou de panique.	1	2	3	4	5
13. Engourdissement ou picotements dans certaines parties du corps.	1	2	3	4	5
14. Vous sentir sans espoir face à l'avenir.	1	2	3	4	5

15. Vous sentir tellement agité que vous ne pouvez pas rester en place.	1	2	3	4	5
16. Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.	1	2	3	4	5
17. Idées d'en finir avec la vie.	1	2	3	4	5
18. Attitude craintive.	1	2	3	4	5

Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburg (Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale - WEMWBS)

(University of Warwick and University of Edinburgh, 2006 ; Nicolas Franck, 2013)

Les affirmations ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Cochez la case qui correspond le mieux à votre vécu durant les deux dernières semaines.

Enoncés	1- Jamais	2- Rarement	3- Parfois	4- Souvent	5- Tout le temps
Je me suis senti(e) optimiste quant à l'avenir.	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) utile.	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) détendu(e).	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres.	1	2	3	4	5
J'ai eu de l'énergie à dépenser.	1	2	3	4	5
J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté.	1	2	3	4	5
Ma pensée était claire.	1	2	3	4	5
J'ai eu une bonne image de moi.	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) proche des autres.	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) confiant(e).	1	2	3	4	5
J'ai été capable de prendre mes propres décisions.	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) aimé(e).	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses.	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) joyeux(se).	1	2	3	4	5

Échelle de rétablissement (Recovery Assessment Scale - RAS-24)

(Corrigan & al. ,2004 ; Bisson et al., 2007)

de 1 = "totalement en désaccord" à 5 = "complètement d'accord"						
Enoncés		1	2	3	4	5
1	La peur ne m'empêche pas de vivre ma vie comme je le veux.					
2	Je peux faire face à ce qui arrive dans ma vie.					
3	Je m'apprécie moi-même.					
4	Si les gens me connaissaient vraiment, ils m'apprécieraient.					
5	J'ai une idée de qui je veux devenir.					
6	Quelque chose de bien arrivera éventuellement.					
7	J'ai espoir en l'avenir.					
8	Je continue d'avoir de nouveaux intérêts.					
9	Je peux faire face au stress.					
10	Je sais quand demander de l'aide.					
11	Je peux volontiers demander de l'aide					
12	Je demande de l'aide, quand j'en ai besoin.					
13	J'ai un désir de réussir.					
14	J'ai mon propre plan sur comment être bien et le rester.					
15	J'ai des buts dans la vie que je veux atteindre.					
16	Je crois que je peux réaliser mes buts personnels.					
17	J'ai une raison d'être dans la vie.					
18	Même quand je ne tiens plus à moi, d'autres le font.					
19	Je connais des personnes sur lesquelles je peux compter.					
20	Même quand je ne crois plus en moi-même, d'autres gardent confiance en moi.					
21	C'est important d'avoir une variété d'amis.					
22	Faire face à ma (maladie mentale)* n'est plus l'objectif principal de ma vie.					
23	Mes symptômes interfèrent de moins en moins dans ma vie.					
24	Chaque fois qu'ils surviennent, mes symptômes me paraissent être un problème pour de plus courtes périodes de temps.					

* remplacé par ma "situation de handicap"

Ancienneté et modes de conventionnement des structures

Départements	Dispositifs	Année de début d'activité d'EA	Convention ARS
01	ORSAC Bourg-en-Bresse	2018	non conventionné
2A et 2B	ISATIS CORSE Bastia et Ajaccio	2019	conventionné 2019
10	LADAPT AUBE Troyes	2018	conventionné 2017
23	FORM'ADAPT 23 Guéret	2016	conventionné 2017
26	MESSIDOR DROME Valence et Montélimar	2015	conventionné 2017
31	ENTREPRISE INCLUSIVE 31 Toulouse	2018	conventionné 2017
31	YMCA Toulouse et Colomiers	2018	conventionné 2017
33	HANDAMOS Bordeaux	2019	conventionné 2018
38	MESSIDOR ISERE Saint-Martin-d'Hères	2017	conventionné 2017
42	LIFT Saint Etienne	2018	conventionné 2017
42	MESSIDOR LOIRE Saint-Etienne et Roanne	2015	non conventionné
44	PASSERELLE POUR L'EMPLOI Nantes	2018	conventionné 2017
51	PERMANENCE DU JARD Bezannes	2019	coopération conventionné 2019
53	JOB COACHING 53 Laval	2015	conventionné 2017
60	LA NOUVELLE FORGE Beauvais	2016	coopération conventionné 2017
64	SEA 64 Pau	2018	conventionné 2017
66	COHERENCE RESEAU Perpignan	2006	non conventionné
68	SANTE MENTALE ALSACE Rouffach	2018	coopération conventionné 2017
69	MESSIDOR RHONE 69 Vaux-en-Velin	2017	non conventionné
71	PDIP 71 Chatenoy-le-Royal	2015	conventionné 2018
73	ESPOIR 73 Chambéry	2017	non conventionné
74	MESSIDOR HAUTE-SAVOIE Annecy	2015	conventionné 2017
75	REGAIN Paris	2015	conventionné 2017
75	LES AILES DEPLOYEES Paris	2018	conventionné 2019
83	ISATIS Toulon	2020	non conventionné
86	SEA 86 Poitiers	2018	conventionné 2017
92	LADAPT HAUTS-DE-SEINE Chatillon	2018	conventionné 2017

Volume d'activité des structures

Départements	Dispositifs	N ^{bre} de conseiller.ère.s en emploi accompagné	N ^{bre} total de personnes accompagnées (PA)	N ^{bre} de PA h. psychique	N ^{bre} de PA h. mental	N ^{bre} de PA TSA	Autres handicaps
01	ORSAC Bourg-en-Bresse	1 (1 ETP)	18	8 (44%)	9 (50%)	1 (6%)	
2A et 2B	ISATIS CORSE Bastia et Ajaccio	1 (1 ETP)	15	13 (87%)	1 (7%)		1 (7%)
10	LADAPT AUBE Troyes	1 (1 ETP)	27	19 (70%)	6 (22,5%)	2 (7,5%)	
23	FORM'ADAPT 23 Guéret	4 (3,5 ETP)	35	18 (51%)	12 (34%)	5 (15%)	
26	MESSIDOR DROME Valence et Montélimar	3 (3 ETP)	67	62 (93%)		5 (7%)	
31	ENTREPRISE INCLUSIVE 31 Toulouse	5 (3,7 ETP)	83	24 (29%)	8 (10%)	16 (19%)	35 (42%)
31	YMCA Toulouse et Colomiers	3 (2,3 ETP)	53	18 (34%)	8 (15%)	6 (11%)	21 (40%)
33	HANDAMOS Bordeaux	13 (12 ETP)	66	66 (100%)			
38	MESSIDOR ISERE Saint-Martin-d'Hères	5 (4,5 ETP)	63	63 (100%)			
42	LIFT Saint Etienne	1 (0,75 ETP)	21	21 (100%)			
42	MESSIDOR LOIRE Saint-Etienne et Roanne	2 (2 ETP)	49	49 (100%)			
44	PASSERELLE POUR L'EMPLOI Nantes	5 (4,4 ETP)	68	38 (56%)	22 (32%)	8 (12%)	
51	PERMANENCE DU JARD Bezannes	3 (1,5 ETP)	28	3 (11%)	6 (21)%	15 (54%)	4 (14%)
53	JOB COACHING 53 Laval	3 (3 ETP)	56	37 (66%)	19 (44%)		
60	LA NOUVELLE FORGE Beauvais	2 (1,5 ETP)	33	33 (100%)			
64	SEA 64 Pau	3 (2 ETP)	57	28 (49%)	9 (16%)	5 (9%)	15 (26%)
66	COHERENCE RESEAU Perpignan	4 (4 ETP)	138	138 (100%)			
68	SANTE MENTALE ALSACE Rouffach	1 (0,4 ETP)	7	7 (100%)			
69	MESSIDOR RHONE 69 Vaux-en-Velin	3 (3 ETP)	70	64 (91%)		6 (9%)	
71	PDIP 71 Chatenoy-le-Royal	5 (4,8 ETP)	136	39 (28,5%)	92 (68%)	5 (3,5%)	
73	ESPOIR 73 Chambéry	2 (1,4 ETP)	34	29 (85%)		5 (15%)	
74	MESSIDOR HAUTE-SAVOIE Annecy	3 (3 ETP)	84	81 (96%)		3 (4%)	
75	REGAIN Paris	3 (3 ETP)	80	76 (95%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)	
75	LES AILES DEPLOYEES Paris	5 (5 ETP)	41	38 (93%)		3 (7%)	
83	ISATIS Toulon	1 (0,9 ETP)	21	21 (100%)			
86	SEA 86 Poitiers	4 (1,5 ETP)	27	12 (44,5%)	12 (44,5%)	3 (11%)	
92	LADAPT HAUTS-DE-SEINE Chatillon	4 (4 ETP)	57	25 (44%)	22 (38,5%)	10 (17,5%)	

Formations initiales et complémentaires des conseillers en emploi accompagné des structures

Formations initiales	Secteur social	Diplômes d'Etat d'Educateur.rice Spécialisé.e	14	19
		Diplômes d'Etat de Conseiller.ère en Economie Sociale et Familiale	3	
		Diplôme d'Etat d'Assistant.e de Service Social	1	
		Moniteur.rice ESAT	1	
	Secteur de l'insertion	Licences professionnelles	15	15
		Diplômes de chef de projet handicap-emploi		
	Secteur de la formation professionnelle	Diplômes formateur.rice	6	6
		Diplômes de responsable pédagogique		
	Psychologie	Masters 2 Professionnel : clinique ou du travail	10	14
		Diplôme Universitaire de réhabilitation psychosociale	1	
		Licences	3	
	Autres disciplines universitaires : Sciences de l'éducation, Sociologie, Ergonomie, Droit	Maîtrises	11	11
		Masters		
		Doctorat (1)		
	Commerce - Gestion Ressources Humaines	Ecoles de commerce	4	10
		Masters 2 Ressources Humaines	3	
Brevets de Technicien Supérieur de commerce ou de gestion		3		
Autres formations	Formation de sophrologie	1	2	
	Certificat d'Aptitude Professionnelle	1		
	Autodidactes	2	2	
Formations complémentaires		IPS	23	41
		Rétablissement, systémie, réhabilitation psychosociale Troubles psychiques,TSA, handicap, gestion des conflits	18	

Liste des différentes fonctions occupées par les conseillers en emploi avant l'exercice de leur activité au sein des structures

Secteur de l'entreprise	Commercial Production Projet Vente Marketing	Responsables commercial Responsable de fabrication Responsable de projet Assistante marketing Managers d'établissement Secrétaire comptable Chargé.e de clientèle Assistante de direction Vendeuse Ouvrière	11	19
	Ressources Humaines	Activités commerciales Chargé.e de mission handicap Chargé.e de recrutement Gestionnaire de paie Consultant.e	7	
	Service juridique	Mandataire juridique	1	
Interim	Recrutement	Chargé.e de recrutement	5	5
Service Public de l'Emploi	Pôle Emploi Missions locales	Conseiller.ère d'insertion ou de projet emploi	26	34
	Cap emploi SAMETH	Chargé.e.s de relations entreprises Conseiller.ère.s emploi handicap Réfèrent.e.s handicap psychique Conseiller.ère.s reconversion	8	
Secteur social	ESAT	CIP ESAT ou ESAT hors les murs CIP IMPRO CIP chantier d'insertion	16	49
		Moniteur.rice.s Encadrant.e.s RUP	6	
		Psychologues	6	
		Coordinateur.rice.s GEM ou projet médico-social	8	
	Autres établissements	Assistant.e.s social.e.s	2	
		Educateur.rice.s spécialisé.e.s	11	
Formation		Formateur.rice.s professionnel.elle.s Coordinateur.rice.s	14	14
Autres secteurs	Coaching	Coach	2	3
	Education Nationale	Psychologue	1	

Bibliographie

ALLOTT Kelly A., TURNER Luana R., CHINNERY Gina L., KILLACKEY Eoin J. et NUECHTERLEIN Keith H., « Managing disclosure following recent-onset psychosis: utilizing the Individual Placement and Support model: Disclosure following recent-onset psychosis », *Early Intervention in Psychiatry*, 2013, 7, 3, p. 338-344.

ÁLVAREZ-JIMÉNEZ M., GLEESON J. F., HENRY L. P., HARRIGAN S. M., HARRIS M. G., KILLACKEY E., BENDALL S., AMMINGER G. P., YUNG A. R., HERRMAN H., JACKSON H. J. et MCGORRY P. D., « Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years », *Psychological Medicine*, 2012, 42, 3, p. 595-606.

AMERING Michaela, SCHMOLKE Margit et AMERING Michaela, *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities*, Chichester, Wiley-Blackwell (coll. « World psychiatric association »), 2009.

ANSA, *Emploi Accompagné, analyse des organisations et des méthodes d'accompagnement*, Paris, 2021.

ANTHONY William A., « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16, 4, p. 11-23.

ARVEILLER Jean-Paul, DURAND Bernard et MARTIN Brice, « Avant-propos » : dans *Santé mentale et processus de rétablissement*, Champ social, 2017, p. 11-12.

ASSAD Luce, « L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi », *Le sujet dans la cité*, 2014, N° 5, 2, p. 76.

AUVIN Thomas et KERUZEC Delphine, « L'expérimentation EDNA : la méthode IOD au service de l'intégration professionnelle des étrangers primo-arrivants en France », *Annales des Mines - Réalités industrielles*, 2021, Mai 2021, 2, p. 75-78.

AXIOTIDOU Maria et PAPAKONSTANTINO DOXA, « The meaning of work for people with severe mental illness : a systematic review », *Mental Health Review Journal*, 2021, 26, 2, p. 170-179.

AZOULAY Jacques et SOUFFIR Victor, « États psychotiques et maladies somatiques : Considérations historiques et de psychiatrie clinique », *Revue française de psychosomatique*, 2005, n° 27, 1, p. 17-40.

BANDURA Albert, FREEMAN W. H. et LIGHTSEY Richard, « Self-Efficacy: The Exercise of Control », *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1999, 13, 2, p. 158-166.

BARDIN Laurence, *L'analyse de contenu*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Quadrige »), 2013.

BASS Malcolm, DAWKIN Mathew, MUNCER Steven, VIGURS Scott et BOSTOCK Janet, « Validation of Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) in a population of people using Secondary Care Mental Health Services », *Journal of Mental Health*, 2016, 25, 4, p. 323-329.

BECKER Deborah R. et BOND Gary R., « Commentary on special issue on individual placement and support (IPS) international. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2020, 43, 1, p. 79-82.

- BECKER Deborah R., SMITH James, TANZMAN Beth, DRAKE Robert E. et TREMBLAY Timothy, « Fidelity of Supported Employment Programs and Employment Outcomes », *Psychiatric Services*, 2001, 52, 6, p. 834-836.
- BECKER Deborah R., XIE Haiyi, MCHUGO Gregory J., HALLIDAY John et MARTINEZ Rick A., « What Predicts Supported Employment Program Outcomes? », *Community Mental Health Journal*, 2006, 42, 3, p. 303-313.
- BEJERHOLM Ulrika, AREBERG Cecilia, HOFGREN Caisa, SANDLUND Mikael et RINALDI Miles, « Individual Placement and Support in Sweden—A randomized controlled trial », *Nordic Journal of Psychiatry*, 2015, 69, 1, p. 57-66.
- BEJERHOLM Ulrika, LARSSON Maria E. et JOHANSON Suzanne, « Supported employment adapted for people with affective disorders—A randomized controlled trial », *Journal of affective disorders*, 2017, 207, p. 212-220.
- BIOY Antoine et BACHELART Maximilien, « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy*, 2010, 49, 4, p. 317-326.
- BIOY Antoine, BENONY Hervé, CHAHRAOUI Khadija et BACHELART Maximilien, « Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik », *L'Évolution Psychiatrique*, 2012, 77, 3, p. 342-351.
- BIRINGER Eva et TJOFLÅT Marit, « Validation of the 24-item recovery assessment scale-revised (RAS-R) in the Norwegian language and context: a multi-centre study », *Health and Quality of Life Outcomes*, 2018, 16, 1, p. 23.
- BOARDMAN Jed, GROVE Bob, PERKINS Rachel et SHEPHERD Geoff, « Work and employment for people with psychiatric disabilities », *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182, 6, p. 467-468.
- BOHLEBER Werner, « Le concept d'intersubjectivité en psychanalyse : une évaluation critique », *L'Année psychanalytique internationale*, 2014, 2014, 1, p. 181-214.
- BOLAND Leonie, KENNEDY Michelle, LYNCH Lauren Jane, BONHAM-CORCORAN Meabh et QUINN Sarah, « Exploring the non-vocational outcomes of the individual placement and support (IPS) employment model », *Irish Journal of Occupational Therapy*, 2024.
- BOND Gary R., « Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2004, 27, 4, p. 345-359.
- BOND Gary R., « Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1998, 22, 1, p. 11-23.
- BOND Gary R., AL-ABDULMUNEM Monirah, MARBACHER Jessica, CHRISTENSEN Thomas N., SVEINSDOTTIR Vigdis et DRAKE Robert E., « A Systematic Review and Meta-analysis of IPS Supported Employment for Young Adults with Mental Health Conditions », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2023, 50, 1, p. 160-172.
- BOND Gary R., BECKER Deborah R., DRAKE Robert E., RAPP Charles A., MEISLER Neil, LEHMAN Anthony F., BELL Morris D. et BLYLER Crystal R., « Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice », *Psychiatric Services*, 2001, 52, 3, p. 313-322.
- BOND Gary R., BECKER Deborah R., DRAKE Robert E. et AL, « A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. », *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 1997, 40, 4, p. 265-284.

BOND Gary R., DIETZEN Laura L., MCGREW John H. et MILLER Larry D., « Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. », *Rehabilitation Psychology*, 1995, 40, 2, p. 75-94.

BOND Gary R. et DRAKE Robert E., « Assessing the Fidelity of Evidence-Based Practices: History and Current Status of a Standardized Measurement Methodology », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2020, 47, 6, p. 874-884.

BOND Gary R., DRAKE Robert E. et BECKER Deborah R., « An update on Individual Placement and Support », *World Psychiatry*, 2020, 19, 3, p. 390-391.

BOND Gary R., DRAKE Robert E. et BECKER Deborah R., « An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, 31, 4, p. 280-290.

BOND G. R., LOCKETT H. et WEEGHEL J. VAN, « International growth of individual placement and support », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2020, 29, p. e183.

BOND Gary R., PETERSON Alison E., BECKER Deborah R. et DRAKE Robert E., « Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25) », *Psychiatric Services*, 2012, 63, 8, p. 758-763.

BOND, R.G., PICONE, J., MAUER, B., FISHBEIN, S., & STOUT, R., « The Quality of Supported Employment Implementation Scale », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2000, 14, 3, p. 201-212.

BONNET Clément, *L'accompagnement en santé mentale*, Toulouse, Érès éditions (coll. « Trames »), 2021.

BONNET Clément, « Rétablissement et associatif » : *Pratiques en santé mentale*, 2014, 60e année, 2, p. 15-22.

BOTHMA Chris F.C. et ROODT Gert, « The validation of the turnover intention scale », *SA Journal of Human Resource Management*, 2013, 11, 1.

BOWLBY J., *Attachement et perte*, traduction française de J. Kalmanovitch, PUF, 1978, vol. 1.

BRINCHMANN B., WIDDING-HAVNERAAS T., MODINI M., RINALDI M., MOE C. F., MCDAID D., PARK A-L., KILLACKEY E., HARVEY S. B. et MYKLETUN A., « A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2020, 141, 3, p. 206-220.

BRUGEILLES Frédéric et BROCHOT Clément, « Faire l'expérience de la contribution. Une recherche-action sur l'intégration des nouveaux dans l'entreprise collaborative », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2019, 27, 1, p. 95-107.

BRUN Anne, « Introduction » dans *Aux limites de la symbolisation*, Paris, Dunod (coll. « Inconscient et culture »), 2016, p. 1-7.

BURNS Tom, CATTY Jocelyn, BECKER Thomas, DRAKE Robert E, FIORITTI Angelo, KNAPP Martin, LAUBER Christoph, RÖSSLER Wulf, TOMOV Toma, VAN BUSSCHBACH Jooske, WHITE Sarah et WIERSMA Durk, « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial », *The Lancet*, 2007, 370, 9593, p. 1146-1152.

BURNS T., CATTY J., WHITE S., BECKER T., KOLETSI M., FIORITTI A., ROSSLER W., TOMOV T., VAN BUSSCHBACH J., WIERSMA D., LAUBER C., et FOR THE EQOLISE GROUP, « The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support », *Schizophrenia Bulletin*, 2009, 35, 5, p. 949-958.

BUTENKO Daniil, RINALDI Miles, BRINCHMANN Beate, KILLACKEY Eoin, JOHNSEN Erik et MYKLETUN Arnstein, « Turnover of IPS employment specialists: Rates and predictors », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2022, 57, 1, p. 23-32.

CARIA Aude, ARFEUILLERE Sophie, LOUBIERES Céline et JOSEPH Camille, « Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif: Destigmatisation et environnement politique », *Pratiques en santé mentale*, 2015, 61e année, 1, p. 22-31.

CAZENOVE Cécile, « GEM, entre réalités de terrain et nouveaux discours des expériences humaines en quête de sens » dans *La Participation*, Nîmes, Champ social (coll. « Accompagner-Partager »), 2015, p. 111-127.

CHAMBERLIN Judi, « The Ex-patient's Movement: Where We've Been and Where We're Going », *Journal of Mind and Behavior*, 1990, 11, 3-4, p. 323-336.

CHAMBERLIN Judi, *On our own: patient-controlled alternatives to the mental health system*, 1st McGraw-Hill pbk. ed., New York, McGraw-Hill, 1979.

CHARETTE-DUSSAULT Élyse et CORBIERE Marc, « An Integrative Review of the Barriers to Job Acquisition for People With Severe Mental Illnesses », *Journal of Nervous & Mental Disease*, 2019, 207, 7, p. 523-537.

CICCONE Albert et FERRANT Alain, « Chapitre 6. Le partage d'affect : transformation intime de la honte et de la culpabilité » dans *Honte, Culpabilité et Traumatisme*, Paris, Dunod (coll. « Psychismes »), 2023, vol.2e éd., p. 127-150.

CLOT Yves, « Clinique du travail et clinique de l'activité: », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006, n° 1, 1, p. 165-177.

COLOMBIER J. et DOUBLET F., *Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés*, Kraus Reprint (coll. « Origins of psychiatry and psychoanalysis. Pre-Freudian psychology. Series 1 »), 1978.

CORBIERE Marc, BISSON Jocelyn, LAUZON Sylvie et RICARD Nicole, « Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2006, 15, 1, p. 36-45.

CORBIERE Marc, BOND Gary R., GOLDNER Elliot M. et PTASINSKI Tasha, « Brief Reports: The Fidelity of Supported Employment Implementation in Canada and the United States », *Psychiatric Services*, 2005, 56, 11, p. 1444-1447.

CORBIERE Marc, BORDELEAU Monique, PROVOST Geneviève et MERCIER Céline, « Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques », *Santé mentale au Québec*, 2007, 27, 1, p. 194-217.

CORBIERE Marc, BROUWERS Evelien, LANCOTOT Nathalie et WEEGHEL Jaap VAN, « Employment Specialist Competencies for Supported Employment Programs », *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2013.

CORBIERE Marc, LANCOTOT Nathalie, LECOMTE Tania, LATIMER Eric, GOERING Paula, KIRSH Bonnie, GOLDNER Elliot M., REINHARZ Daniel, MENEAR Matthew, MIZEVICH Jane et KAMAGIANNIS Tanya, « A Pan-Canadian Evaluation of Supported Employment Programs Dedicated to People with Severe Mental Disorders », *Community Mental Health Journal*, 2010, 46, 1, p. 44-55.

CORBIERE Marc, LECOMTE Tania, REINHARZ Daniel, KIRSH Bonnie, GOERING Paula, MENEAR Matthew, BERBICHE Djamal, GENEST Karine et GOLDNER Elliot M., « Predictors of Acquisition

of Competitive Employment for People Enrolled in Supported Employment Programs », *Journal of Nervous & Mental Disease*, 2017, 205, 4, p. 275-282.

CORBIERE Marc, MERCIER Céline et LESAGE Alain, « Perceptions of Barriers to Employment, Coping Efficacy, and Career Search Efficacy in People with Mental Illness », *Journal of Career Assessment*, 2004, 12, 4, p. 460-478.

CORBIERE Marc, VILLOTTI Patrizia, LECOMTE Tania, BOND Gary R., LESAGE Alain et GOLDNER Elliot M., « Work accommodations and natural supports for maintaining employment. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, 37, 2, p. 90-98.

CORBIERE Marc, VILLOTTI Patrizia et PACHOUD Bernard, « Chapitre 12. Maintien en emploi avec un trouble psychique. Une synthèse des écrits » dans *Psychologie et carrières*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur (coll. « Ouvertures psychologiques »), 2022, p. 221-240.

CORBIERE Marc, ZANIBONI Sara, LECOMTE Tania, BOND Gary, GILLES Pierre-Yves, LESAGE Alain et GOLDNER Elliot, « Job Acquisition for People with Severe Mental Illness Enrolled in Supported Employment Programs: A Theoretically Grounded Empirical Study », *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2011, 21, 3, p. 342-354.

CORBIERE Marc et DURAND Marie-José (eds.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions*, Québec, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2011.

CORBIERE Marc et LARIVIERE Nadine (eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, 2e édition., Québec (Québec), Presses de l'Université du Québec, 2020.

CORRIGAN P. W., SALZER M., RALPH R. O., SANGSTER Y. et KECK L., « Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale », *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 30, 4, p. 1035-1041.

COUR DES COMPTES, *L'allocation aux adultes handicapés*, (coll. « Entités et Politiques Publiques »), 2019.

COURTEL Yannick, « La lutte pour la reconnaissance dans la philosophie sociale d'Axel Honneth », *Revue des sciences religieuses*, 2008, 82/1, p. 5-23.

DAIN Norman, « Critics and dissenters: Reflections on “anti-psychiatry” in the United States », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 1989, 25, 1, p. 3-25.

DANLEY Karen S., ROGERS E. Sally, MACDONALD-WILSON Kim et ANTHONY William, « Supported employment for adults with psychiatric disability: Results of an innovative demonstration project. », *Rehabilitation Psychology*, 1994, 39, 4, p. 269-276.

DE BATTISTA Julieta et ASKOFARE Sidi, « Réexamen de la méthodologie freudienne pour une recherche en psychanalyse aujourd'hui », *Cliniques méditerranéennes*, 2015, 91, 1, p. 153-166.

DE GREEF Vanessa, « Plaidoyer pour réinvestir le travail dans le champ de la santé mentale et pour réinvestir la santé dans le monde du travail », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 145-161.

DE WINTER Lars, COUWENBERGH Chrisje, VAN WEEGHEL Jaap, SANCHES Sarita, MICHON Harry et BOND Gary R., « Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2022, 31, p. e50.

DE WINTER Lars, COUWENBERGH Christianne, VAN WEEGHEL Jaap, BERGMANS Cris et BOND Gary R., « Fidelity and IPS: does quality of implementation predict vocational outcomes over time for organizations treating persons with severe mental illness in the Netherlands? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2020, 55, 12, p. 1607-1617.

DECHAMP-LE ROUX Catherine et RAFAEL Florentina, *Santé mentale: guérison et rétablissement regards croisés*, Montrouge, Éditions John Libbey Eurotext (coll. « L'offre de soins en psychiatrie »), 2015.

DEEGAN Patricia E., « The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities », *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005, 33, 66_suppl, p. 29-35.

DEEGAN Patricia E., « Recovery: The lived experience of rehabilitation. », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1988, 11, 4, p. 11-19.

DEFENSEUR DES DROITS, *Emploi des personnes en situation de handicap et aménagement raisonnable*, Défenseur des droits, 2017.

DEJOURS Christophe, « Conditions d'accès au plaisir dans le travail. Ouverture du Cippt 11. 7 octobre 2021: », *Travailler*, 2022, n° 48, 2, p. 11-28.

DEJOURS Christophe, « Incidences de l'analyse théorique et épistémologique des présupposés de la recherche sur le modèle de l'homme dans les conceptions du facteur humain » dans , Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Que sais-je ? »), 2022, vol.8 éd., p. 110-119.

DEJOURS Christophe, *Le facteur humain*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Que sais-je ? »), 2022, vol.8 éd.

DEJOURS Christophe, « VII. Travail vivant et accomplissement de soi » dans *Qu'est-ce qu'un régime de travail réellement humain ?*, Paris, Hermann (coll. « Colloque de Cerisy »), 2018, p. 97-112.

DELION Pierre, *Urgence de la psychothérapie institutionnelle*, Campagne Première., Paris, (coll. « Lettres »), 2023.

DELION Pierre, *Fonction phorique, holding et institution*, Toulouse, Érès éditions (coll. « Thémapsy »), 2018.

DELION Pierre, « Introduction » dans *Fonction phorique, holding et institution*, Toulouse, Érès (coll. « Thémapsy »), 2018, p. 13-17.

DELION Pierre, « Préambule à la nouvelle édition » dans *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Nîmes, Champ social (coll. « Psychothérapie institutionnelle »), 2001, p. 7-10.

DEMAEGDT Christophe, « Centralité du travail et sublimation », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 29-40.

DEMEULE Caroline, « Accompagnement psychothérapeutique en ESAT : handicap, liminalité et co-construction de l'identité professionnelle », *Le Carnet PSY*, 2022, 250, 2, p. 36-39.

DORON Claude-Olivier, « L'émergence du concept de "santé mentale" dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique », *Pratiques en santé mentale*, 2015, 61e année, 1, p. 3-16.

DRAKE Robert E, « Employment and Schizophrenia: Three Innovative Research Approaches », *Schizophrenia Bulletin*, 2018, 44, 1, p. 20-21.

DRAKE Robert E., « Brief history, current status, and future place of assertive community treatment. », *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998, 68, 2, p. 172-175.

DRAKE Robert E., « A brief history of the Individual Placement and Support model. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1998, 22, 1, p. 3-7.

DRAKE Robert E., BECKER Deborah R. et BOND Gary R., « Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness », *Current Opinion in Psychiatry*, 2003, 16, 4, p. 451-455.

DRAKE Robert E., BECKER Deborah R., XIE Haiyi et ANTHONY William A., « Barriers in the brokered model of supported employment for persons with psychiatric disabilities », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1995, 5, 2, p. 141-149.

DRAKE Robert E., BOND Gary R. et BECKER Deborah R., *Individual placement and support: an evidence-based approach to supported employment*, Oxford ; New York, Oxford University Press (coll. « Evidence-based practices series »), 2012.

DRAKE Robert E., BOND Gary R., GOLDMAN Howard H., HOGAN Michael F. et KARAKUS Mustafa, « Individual Placement And Support Services Boost Employment For People With Serious Mental Illnesses, But Funding Is Lacking », *Health Affairs*, 2016, 35, 6, p. 1098-1105.

DRAKE Robert E. et WALLACH Michael A., « Employment is a critical mental health intervention », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2020, 29, p. e178.

DUARTE Antoine et DEJOURS Roxane, « Réinsertion professionnelle et santé mentale », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 41-52.

DUGRAVIER Romain et BARBEY-MINTZ Anne-Sophie, « Origines et concepts de la théorie de l'attachement », *Enfances & Psy*, 2015, 66, 2, p. 14-22.

DUNN Erin C., WEWIORSKI Nancy J. et ROGERS E. Sally, « A qualitative investigation of individual and contextual factors associated with vocational recovery among people with serious mental illness. », *American Journal of Orthopsychiatry*, 2010, 80, 2, p. 185-194.

DUNN Erin C., WEWIORSKI Nancy J. et ROGERS E. Sally, « The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, 32, 1, p. 59-62.

DURIEUX Marie-José, « Violence, haine, destructivité. Que dit la psychanalyse ? », *Le Carnet PSY*, 2023, 260, 3, p. 17-21.

EKLUND Mona, HANSSON Lars et AHLQVIST Carin, « The Importance of Work as Compared to Other Forms of Daily Occupations for Wellbeing and Functioning Among Persons with Long-Term Mental Illness », *Community Mental Health Journal*, 2004, 40, 5, p. 465-477.

ESQUIROL É., *Des Établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés, mémoire présenté à S.E. le ministre de l'Intérieur en septembre 1818, par le Dr Esquirol ...*, Mme Huzard, 1819.

ETUKNWA Abasiama, DANIELS Kevin et EIB Constanze, « Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors », *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2019, 29, 4, p. 679-700.

FABIAN Ellen et WIEDEFELD Marcia F., « Supported employment for severely psychiatrically disabled persons: A descriptive study. », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1989, 13, 2, p. 53-60.

FARKAS Marianne, « L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre » », *Vie sociale*, 2018, 23-24, 3, p. 53.

FAUVEL Aude, « Cerveaux fous et sexes faibles (Grande-Bretagne, 1860-1900) », *Clio*, 2013, 37, p. 41-64.

FENOUILLET Fabien, « Chapitre 16. Vers une approche intégrative des théories de la motivation » dans *Traité de psychologie de la motivation*, Paris, Dunod (coll. « Éducation Sup »), 2019, p. 305-338.

FINKELSTEIN Claudia Nora, *LIAISONS THÉRAPEUTIQUES CHEZ DES PATIENTS PSYCHOSOMATIQUES ET DES PATIENTS ATTEINTS DE CRISES DE PANIQUE EN GROUPE DE PHOTOLANGAGE®*, THÈSE DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE, Institut de Psychologie - Lyon II, 2013.

FIORITTI Angelo, BURNS Tom, HILARION Pilar, WEEGHEL Jaap VAN, CAPPÀ Corrado, SUÑOL Rosa et OTTO Ellen, « Individual placement and support in Europe. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, 37, 2, p. 123-128.

FISCHER Gustave-Nicolas, « Chapitre 2. La relation sociale » dans *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Dunod (coll. « Psycho Sup »), 2020, vol.6e éd., p. 41-74.

FOLLMER Kayla B. et JONES Kisha S., « Mental Illness in the Workplace: An Interdisciplinary Review and Organizational Research Agenda », *Journal of Management*, 2018, 44, 1, p. 325-351.

FRANCK Nicolas, *Outils de la réhabilitation psychosociale: pratiques en faveur du rétablissement*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson (coll. « Médecine et psychothérapie »), 2016.

FRANCK N., « Remédiation cognitive et insertion professionnelle dans la schizophrénie », *L'Encéphale*, 2014, 40, p. S75-S80.

FRANKE Gabriele Helga, JAEGER Susanne, GLAESMER Heide, BARKMANN Claus, PETROWSKI Katja et BRAEHLER Elmar, « Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample », *BMC Medical Research Methodology*, 2017, 17, 1, p. 14.

FREDERICK Donald E. et VANDERWEELE Tyler J., « Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support », *PLOS ONE*, 2019, 14, 2, p. e0212208.

FREHSE PEREIRA Priscila et KUPERMANN Daniel, « Le maniement du transfert négatif et le problème de la soumission dans la clinique psychanalytique. La trajectoire théorique et clinique de Ferenczi », *Research in Psychoanalysis*, tr. fr. de M. Signorelli, 2018, 25, 1, p. 74a-81a.

FREUD Sigmund, *Le moi et le ça*, Paris, Payot & Rivages, 2010.

FREUD Sigmund, BOURGUIGNON André, COTET Pierre et LAPLANCHE Jean, *Oeuvres complètes: psychanalyse*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 1989.

FREUD Sigmund, DEJOURS Christophe et LE BON Gustave, *Psychologie des foules et analyse du moi suivi de, Psychologie des foules*, Paris, Payot & Rivages.

FRITZ Jean-Marie, *Le discours du fou au Moyen Âge: XIIe-XIIIe siècles: étude comparée des discours littéraire, médical, juridique et théologique de la folie*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France (coll. « Perspectives littéraires »), 1992.

FYHN Tonje, LUDVIGSEN Kari, REME Silje E. et SCHAAFSMA Frederieke, « A structured mixed method process evaluation of a randomized controlled trial of Individual Placement and Support (IPS) », *Implementation Science Communications*, 2020, 1, 1, p. 95.

GANEM Valérie, « Chapitre VII. Éléments de compréhension du rapport entre santé mentale et travail à partir des connaissances en psychodynamique du travail » dans *Clinique du travail et*

évolutions du droit, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Hors collection »), 2017, p. 209-218.

GEFFARD Patrick, « Chapitre VI. Dynamiques psychiques entre classe et groupe de pairs » dans *Expériences de groupes en pédagogie institutionnelle*, Paris, L'Harmattan (coll. « Savoir et Formation »), 2018, p. 139-169.

GERARD Sophie et COMBRES Laurent, « Le chômage, symptôme du sujet contemporain ? », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 91-101.

GERNET Isabelle, « Le plaisir, un destin sublimatoire ? Retour sur les propositions freudiennes », *Travailler*, 2023, 49, 1, p. 11-21.

GLOVER Crystal M. et FROUNFELKER Rochelle L., « Competencies of More and Less Successful Employment Specialists », *Community Mental Health Journal*, 2013, 49, 3, p. 311-316.

GOLDBERG Richard W., ROLLINS Angela L. et McNARY Scot W., « The Working Alliance Inventory: Modification and use with people with serious mental illnesses in a vocational rehabilitation program. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2004, 27, 3, p. 267-270.

GREACEN Tim et JOUET Emmanuelle, « Le rétablissement : contexte international et situation en France » : dans *Santé mentale et processus de rétablissement*, Champ social, 2017, p. 15-30.

HALIDAY Héloïse, « Quelles sont les limites des nouveaux courants en santé mentale ? Le cas de la santé mentale communautaire et de l'empowerment », *L'information psychiatrique*, 2018, 94, 10, p. 835-840.

HARRISON G., HOPPER K., CRAIG T., LASKA E., SIEGEL C., WANDERLING J., DUBE K. C., GANEV K., GIEL R., DER HEIDEN W. An, HOLMBERG S. K., JANCA A., LEE P. W. H., LEON C. A., MALHOTRA S., MARSELLA A. J., NAKANE Y., SARTORIUS N., SHEN Y., SKODA C., THARA R., TSIRKIN S. J., VARMA V. K., WALSH D. et WIERSMA D., « Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study », *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178, 6, p. 506-517.

HAUSTGEN Thierry, « L'histoire de la psychiatrie française vue par les anglophones. Première partie. L'ère des "psychiatres historiens amateurs" (1941-1987) », *PSN*, 2018, 16, 2, p. 43-63.

HERDELIN Andrea C. et SCOTT Diane L., « Experimental Studies of the Program of Assertive Community Treatment (PACT): A Meta-Analysis », *Journal of Disability Policy Studies*, 1999, 10, 1, p. 53-89.

HIELSCHER Emily et WAGHORN Geoffrey, « Managing disclosure of personal information: An opportunity to enhance supported employment. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2015, 38, 4, p. 306-313.

HILARION Pilar, KOATZ Débora, BONET Pere, CID Jordi, PINAR Immaculada, OTIN Jose M., ESPALLARGUES Mireia, MOLINA Cristina et SUÑOL Rosa, « Implementation of the individual placement and support pilot program in Spain. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2020, 43, 1, p. 65-71.

HOCHMANN Jacques, *Histoire de la psychiatrie*, 6e éd. corrigée., Paris, Que sais-je ? (coll. « Que sais-je ? »), 2022.

HOCHMANN Jacques, « Postface » dans *Conversations psychanalytiques avec Daniel Widlöcher*, Paris, Odile Jacob (coll. « Hors collection »), 2017, p. 113-130.

HORVATH Adam O., « Research on the alliance: Knowledge in search of a theory », *Psychotherapy Research*, 2018, 28, 4, p. 499-516.

JACOB Pascal, *Le droit à la vraie vie. Les personnes vivant avec handicap prennent la parole*, Paris, Dunod (coll. « Santé Social »), 2020.

JAEGER Marcel, « La participation des personnes concernées dans le social et le médico-social », *ADSP*, 2023, 121, 1, p. 39-41.

JAGOSH Justin, MACAULAY Ann C., PLUYE Pierre, SALSBERG Jon, BUSH Paula L., HENDERSON Jim, SIRETT Erin, WONG Geoff, CARGO Margaret, HERBERT Carol P., SEIFER Sarena D., GREEN Lawrence W. et GREENHALGH Trisha, « Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice », *The Milbank Quarterly*, 2012, 90, 2, p. 311-346.

JEHANNO Christine, « Le travail au Moyen Âge, à Paris et ailleurs : retour sur l’histoire d’un modèle », *Médiévales*, 2015, 69, p. 5-17.

JOHNSON-KWOCHKA Annalee, BOND Gary R., BECKER Deborah R., DRAKE Robert E. et GREENE Mary Ann, « Prevalence and Quality of Individual Placement and Support (IPS) Supported Employment in the United States », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2017, 44, 3, p. 311-319.

JORLAND Gérard et THIRIOUX Bérangère, « Note sur l’origine de l’empathie », *Revue de métaphysique et de morale*, 2008, 58, 2, p. 269-280.

JOUET Emmanuelle et GREACEN Tim, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Érès (coll. « Actualité de la psychiatrie »), 2012.

KERROUMI Bachir et FORGERON Stéphane, « 11. Le chômage structurel des personnes handicapées est-il une fatalité ? » dans *Handicap : l’amnésie collective*, Paris, Dunod (coll. « Hors collection »), 2021, p. 169-182.

KIM Sunny Jung, BOND Gary R., BECKER Deborah R., SWANSON Sarah J. et LANGFITT-REESE Sandra, « Predictive validity of the Individual Placement and Support fidelity scale (IPS-25): A replication study », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2015, 43, 3, p. 209-216.

KINN Liv Grethe, COSTA Mark, VOLL Ingrid, AUSTRHEIM Gunhild, AAS Randi W. et DAVIDSON Larry, « “Navigating Between Unpredictable Icebergs”: A Meta-Ethnographic Study of Employment Specialists’ Contributions in Providing Job Support for People with Mental Illness », *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2021, 31, 3, p. 512-531.

KNAPP Martin, PATEL Anita, CURRAN Claire, LATIMER Eric, CATTY Jocelyn, BECKER Thomas, DRAKE Robert E., FIORITTI Angelo, KILIAN Reinhold, LAUBER Christoph, RÖSSLER Wulf, TOMOV Toma, VAN BUSSCHBACH Jooske, COMAS-HERRERA Adelina, WHITE Sarah, WIERSMA Durk et BURNS Tom, « Supported employment: cost-effectiveness across six European sites », *World Psychiatry*, 2013, 12, 1, p. 60-68.

KNOWLES Richard T., *Human development and human possibility: Erikson in the light of Heidegger*, Lanham, MD, University Press of America, 1986.

KOENIG Marie, *Le rétablissement dans la schizophrénie*, Paris 8, 2013.

KORFF-SAUSSE Simone, « Clinique du handicap, ce qui a changé en dix ans », *Le Carnet PSY*, 2022, 249, 1, p. 23-26.

KORFF-SAUSSE Simone, « Chapitre 14. Cliniques du handicap : nouveaux territoires pour la psychologie clinique ? » dans *Psychopathologie et psychologie clinique*, Paris, Dunod (coll. « Univers Psy »), 2020, p. 185-195.

KOURILSKY Françoise, *Du désir au plaisir de changer. Coaching et management du changement*, Paris, Dunod (coll. « Hors collection »), 2022, vol.5e éd.

LALIVE D'EPINAY Michelle, « Évolution des concepts de maladie et de guérison en santé mentale, et travail de guérison en psychanalyse », *Psychothérapies*, 2003, 23, 1, p. 23-30.

LANCTOT Nathalie, DURAND Marie-José et CORBIERE Marc, « The quality of work life of people with severe mental disorders working in social enterprises: a qualitative study », *Quality of Life Research*, 2012, 21, 8, p. 1415-1423.

LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Bertrand et LAPLANCHE, JEAN, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5e éd., Paris, Presses universitaires de France (coll. « Quadrige »), 2007.

LARIVIERE Nadine et CORBIERE Marc (eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2014.

LATIMER Eric, *Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves: sa pertinence pour le Québec : monographie*, Montréal, Québec, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2008.

LATIMER Eric A., LECOMTE Tania, BECKER Deborah R., DRAKE Robert E., DUCLOS Isabelle, PIAT Myra, LAHAIE Nicole, ST-PIERRE Marie-Sylvie, THERRIEN Claude et XIE Haiyi, « Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial », *British Journal of Psychiatry*, 2006, 189, 1, p. 65-73.

LAUFER Laurie, *Vers une psychanalyse émancipée: renouer avec la subversion*, 2022.

LE FLOCH Carole, « De la grande exclusion au pouvoir d'agir retrouvé », *ADSP*, 2023, 121, 1, p. 42-44.

LE ROY-HATALA Claire, BATTIN Clémence, COATPONT Sophie DE, CAVROY Jean-Philippe et BOUVET Cyrille, « En quoi le Clubhouse Paris contribue au rétablissement de personnes vivant avec des troubles psychiques graves ? », *Pratiques en santé mentale*, 2014, 60e année, 2, p. 23-30.

LECOMTE T., CORBIERE M. et LYSAKER P.H., « Une intervention cognitive comportementale de groupe pour les personnes suivies dans le cadre d'un programme de soutien en emploi (TCC-SE) », *L'Encéphale*, 2014, 40, p. S81-S90.

LEPLEGE Alain, BRUNEAU Gérard et BOUDVIN Julie, « Le handicap dit psychique: Enjeux conceptuels et enjeux de soins », *Perspectives Psy*, 2015, 54, 4, p. 296-308.

LEVAUX Marie-Noëlle, OFFERLIN-MEYER Isabelle, LARØI Frank, VAN DER LINDEN Martial et DANION Jean-Marie, « Déficits cognitifs et difficultés d'insertion professionnelle chez des personnes présentant une schizophrénie: », *Revue française des affaires sociales*, 2010, 1, p. 237-255.

LINDER Audrey, « De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale », *Sociologie*, 2022, 13, 1, p. 43-61.

LLOYD Chris et WAGHORN Geoff, « The Importance of Vocation in Recovery for Young People with Mental Illness » dans Chris Lloyd (ed.), *Vocational Rehabilitation and Mental Health*, Oxford, UK, Wiley-Blackwell, 2010, p. 115-134.

- LLOYD Chris et WAGHORN Geoff, « The Importance of Vocation in Recovery for Young People with Psychiatric Disabilities », *British Journal of Occupational Therapy*, 2007, 70, 2, p. 50-59.
- LOUBIERES Céline, CARIA Aude et ARFEUILLERE Sophie, « Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques. Le savoir d'expérience pour agir contre la stigmatisation en santé mentale », *L'information psychiatrique*, 2018, 94, 10, p. 809-816.
- LUCIANO Alison, DRAKE Robert E., BOND Gary R., BECKER Deborah R., CARPENTER-SONG Elizabeth, LORD Sarah, SWARBRICK Peggy et SWANSON Sarah J., « Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2014, 40, 1, p. 1-13.
- MAREC Marie-Gaëlle et PACHOUD Bernard, « Évaluation des pratiques d'emploi accompagné : méthodologie et premières données concernant 3 dispositifs d'emploi accompagné de MESSIDOR en 2016 », *Pratiques en santé mentale*, 2018, 64e année, 3, p. 35-42.
- MASSON Marc, « 24 textes fondateurs de la psychiatrie » dans *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Armand Colin, 2013, p. 337-355.
- MATOT Jean-Paul, « Éditorial : métamorphose-réalisation », *Revue Belge de Psychanalyse*, 2020, 77, 2, p. 7-13.
- MAUGERI Salvatore, « Chapitre 10. Motivation et travail » dans *Traité de psychologie de la motivation*, Paris, Dunod (coll. « Éducation Sup »), 2019, p. 187-209.
- MCLEAN Athena, « Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change », *Social Science & Medicine*, 1995, 40, 8, p. 1053-1071.
- MCLEAN Athena Helen, « From Ex-Patient Alternatives to Consumer Options: Consequences of Consumerism for Psychiatric Consumers and the Ex-Patient Movement », *International Journal of Health Services*, 2000, 30, 4, p. 821-847.
- MELLEN Vera et DANLEY Karen, « Special issue: Supported employment for persons with severe mental illness. », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1987, 11, 2, p. 3-4.
- MENGER Pierre-Michel, « VI. Travail instrumental et travail expressif. À quelles conditions le travail peut-il revêtir une valeur pleinement positive ? » dans *Qu'est-ce qu'un régime de travail réellement humain ?*, Paris, Hermann (coll. « Colloque de Cerisy »), 2018, p. 79-95.
- METCALFE Justin D. et DRAKE Robert E., « Participation in Individual Placement and Support in the Supported Employment Demonstration », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2022, 49, 4, p. 521-529.
- METCALFE Justin D, DRAKE Robert E et BOND Gary R, « Economic, Labor, and Regulatory Moderators of the Effect of Individual Placement and Support Among People With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis », *Schizophrenia Bulletin*, 2018, 44, 1, p. 22-31.
- METCALFE Justin D., REESE Sandra L. et DRAKE Robert E., « Evaluation of Individual Placement and Support at Three Community Mental Health Centers in California », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2024, 51, 2, p. 196-206.
- MICHON Harry, VAN BUSSCHBACH Jooske T., STANT A. Dennis, VAN VUGT Maaïke D., VAN WEEGHEL Jaap et KROON Hans, « Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, 37, 2, p. 129-136.

- MIJOLLA-MELLOR Sophie DE, « Éditorial », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 5-5.
- MIJOLLA-MELLOR Sophie DE, « Le travail, pour quoi faire ? », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 7-15.
- MIJOLLA-MELLOR Sophie de, *Le choix de la sublimation*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Le fil rouge »), 2009.
- MILANO Serge, « Le handicap psychique, d'une loi à l'autre », *Revue française des affaires sociales*, 2009, 1-2, p. 17-24.
- MILLEUR Yannick et DESVEAUX Jean-Baptiste, « Se remettre au travail : du moment d'embrayage psychique au processus de transformation », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 63-77.
- MOE Cathrine, BRINCHMANN Beate, BORG Marit, MCDAID David, RINALDI Miles, KILLACKY Eóin et MYKLETUN Arnstein, « Implementing individual placement and support in Norway. From vocational rehabilitation to an employment scheme », *Social Policy & Administration*, 2023, 57, 5, p. 610-625.
- MOEN Ellen Ånestad, LARSEN Inger Beate et WALSETH Liv Tveit, « General support versus individual work support: a qualitative study of social workers and therapists in collaboration meetings within individual placement and support », *European Journal of Social Work*, 2022, 25, 1, p. 105-118.
- MONNERET Claude, « Politique de réinsertion professionnelle et surmoi collectif », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 53-62.
- MUESER Kim T., DRAKE Robert E. et BOND Gary R., « Recent advances in supported employment for people with serious mental illness », *Current Opinion in Psychiatry*, 2016, 29, 3, p. 196-201.
- MULLIGAN Kate, « Psychiatrist Turns Illness Into Empowerment Tool », *Psychiatric News*, 2001, 36, 11, p. 17-17.
- MUNHALL Patricia L. (ed.), *Nursing research: a qualitative perspective*, 5th ed., Sudbury, MA, Jones & Bartlett Learning, 2012.
- NATANSON Jacques, « L'évolution du concept de transfert chez Freud », *Imaginaire & Inconscient*, 2001, 2, 2, p. 7.
- NETUMIERES Félicité DES, « Méthodes de régression et analyse factorielle », *Histoire & Mesure*, 1997, 12, 3, p. 271-297.
- NIEUWENHUIJSEN Karen, VERBEEK Jos H, NEUMEYER-GROMEN Angela, VERHOEVEN Arco C, BÜLTMANN Ute et FABER Babs, « Interventions to improve return to work in depressed people », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020, 2020, 12.
- OGAWA Kazuo, MIYA Mahito, WATARAL Akio, NAKAZAWA Masao, YUASA Shuichi et UTENA Hiroshi, « A Long-term Follow-up Study of Schizophrenia in Japan -with Special Reference to the Course of Social Adjustment », *British Journal of Psychiatry*, 1987, 151, 6, p. 758-765.
- OSHIMA Iwao, SONO Tamaki, BOND Gary R., NISHIO Masaaki et ITO Junichiro, « A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, 37, 2, p. 137-143.
- OSTERMANN Gérard et LESŒURS Guy, « L'effondrement psychique et sociétal : ne pas tomber en dessous de soi-même », *Hegel*, 2022, N° 4, 4, p. 327-333.
- OURY Jean, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle: traces et configurations précaires*, Lecques, Éd. du Champ social (coll. « Collection Psychothérapie institutionnelle »), 2001.

OZENNE JESSICA, *Après la psychiatrie : étude du processus de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique dans le cadre d'un hébergement dans une structure médico-sociale*, 2019.

PAAP Davy, KAREL Yasmine H. J. M., VERHAGEN Arianne P., DIJKSTRA Pieter U., GEERTZEN Jan H. B. et POOL Grieteke, « The Working Alliance Inventory's Measurement Properties: A Systematic Review », *Frontiers in Psychology*, 2022, 13, p. 945294.

PAAP Davy, SCHRIER Ernst et DIJKSTRA Pieter U., « Development and validation of the Working Alliance Inventory Dutch version for use in rehabilitation setting », *Physiotherapy Theory and Practice*, 2019, 35, 12, p. 1292-1303.

PACHOUD Bernard, « Activité professionnelle et processus de rétablissement », *Santé mentale au Québec*, 2017, XLII, 2.

PACHOUD Bernard, « La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 2015, 7, 1, p. 165.

PACHOUD Bernard, « Le handicap psychique, une réalité pluridimensionnelle irréductible à la maladie mentale », *Le Carnet PSY*, 2011, 158, 9, p. 36-39.

PACHOUD Bernard, LE ROY-HATALA Claire, MOUTIS Catherine DES et CAVROY Jean-Philippe, « Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ? », *L'information psychiatrique*, 2019, 95, 7, p. 520-528.

PACHOUD Bernard, LEPLEGE Alain et PLAGNOL Arnaud, « La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte », *Revue française des affaires sociales*, 2010, 1, p. 257-277.

PATRIZIA VILLOTTI, MARC CORBIERE, SARA ZANIBONI, TANIA LECOMTE, et FRANCO FRACCAROLI, « Evaluating the motivation to obtain and sustain employment in people with psychiatric disabilities », *Psicologia sociale*, 2015, 1, p. 57-70.

PELIZZA Lorenzo, FICARELLI Maria Lorena, VIGNALI Elisabetta, ARTONI Simona, FRANZINI Maria Cristina, MONTANARO Serenella, ANDREOLI Maria Vittoria, MARANGONI Sara, CIAMPA Elizabeth, ERLICHER Diana, TROISI Elisa, PUPO Simona et FIORITTI Angelo, « Implementation of Individual Placement and Support in Italy: The Reggio Emilia Experience », *Community Mental Health Journal*, 2020, 56, 6, p. 1128-1138.

PERRON J., « Questionnaire des comportements de recherche d'emploi », *Université de Montréal*, 1998.

PETITQUEUX-GLASER Cécile, ACEF Saïd et MOTTAGHI Mohsen, « Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? », *Vie sociale*, 2010, 1, 1, p. 109-128.

PIERREFEU Inès DE, CORBIERE Marc et PACHOUD Bernard, « Les accompagnants à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap psychique au sein des ESAT de transition Messor », *Santé mentale au Québec*, 2017, 42, 2, p. 155-171.

PIERREHUMBERT Blaise, *L'Attachement en questions*, Paris, Odile Jacob (coll. « Hors collection »), 2020.

POGUE Jacqueline A., BOND Gary R., DRAKE Robert E., BECKER Deborah R. et LOGSDON Susanne M., « Growth of IPS Supported Employment Programs in the United States: An Update », *Psychiatric Services*, 2022, 73, 5, p. 533-538.

POTAMIANOU Anna, « Quelques repères cliniques et métapsychologiques » dans *Un bouclier dans l'économie des états limites*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Le Fait psychanalytique »), 1992, p. 31-88.

POTAMIANOU Anna, *Un bouclier dans l'économie des états limites. L'espoir*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Le Fait psychanalytique »), 1992.

POUTOUT Gilles, « Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens », *Sociologies pratiques*, 2005, 11, 2, p. 33-54.

PROVENCHER Helene L., GREGG Robin, MEAD Shery et MUESER Kim T., « The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26, 2, p. 132-144.

QUETEL Claude, « On a toujours soigné les fous » dans *Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier (coll. « Texto »), 2014, p. 43-46.

QUETEL Claude, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier (coll. « Texto »), 2012.

QUETEL Claude, « La loi de 1838 sur les aliénés » dans *Histoire de la folie*, Paris, Tallandier (coll. « Texto »), 2012, p. 275-294.

RABEHARISOA Vololona et CALLON Michel, « L'engagement des associations de malades dans la recherche », *Revue internationale des sciences sociales*, 2002, 171, 1, p. 65.

REGLE Hélène, *Rétablissement, texture psychique et plasticité institutionnelle: approche interdisciplinaire des processus de changement*, Université Sorbonne Paris Cité, 2019.

REME Silje Endresen, MONSTAD Karin, FYHN Tonje, SVEINSDOTTIR Vigdis, LØVVIK Camilla, LIE Stein Atle et ØVERLAND Simon, « A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness », *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2019, 45, 1, p. 33-41.

REVILLARD Anne, « Chapitre 2. Quel(s) droit(s) au travail ? » dans *Des droits vulnérables*, Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Académique »), 2020, p. 77-109.

REVILLARD Anne, « Introduction » dans *Des droits vulnérables*, Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Académique »), 2020, p. 5-32.

REVILLARD Anne, « Saisir les conséquences d'une politique à partir de ses ressortissants. La réception de l'action publique », *Revue française de science politique*, 2018, 68, 3, p. 469-491.

RICHARD François, « Dans la haine, une perversion psychique », *Revue française de psychanalyse*, 2023, 87, 1, p. 15-25.

RICHARD François, « Winnicott : métapsychologie et pensée de la complexité » dans *La nature humaine à l'épreuve de Winnicott*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Petite bibliothèque de psychanalyse »), 2006, p. 117-134.

RICŒUR Paul, « Chapitre premier. Principe de plaisir et principe de réalité » dans *De l'interprétation*, Paris, Le Seuil (coll. « L'Ordre philosophique »), 1965, p. 277-296.

ROBERT E. DRAKE; DEBORAH R. BECKER; GARY R. BOND; KIM T. MUESER, « A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2003, 18, 1.

ROBERT Émilie et RIDDE Valéry, « L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique: De la théorie à la pratique », *Mesure et évaluation en éducation*, 2014, 36, 3, p. 79-108.

ROBERT Philippe, « PAUL-CLAUDE RACAMIER, “Les paradoxes des schizophrènes” (1978), RFP, n° 5-6, p. 877-969 Les Schizophrènes, Payot et Rivages, 2001 » dans *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique*, Paris, Dunod (coll. « Psycho Sup »), 2012, p. 111-118.

RODRIGUES Lucie, VICTORIA Bernard et CHIHA Sami, « Quelle parole au travail ? », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 79-89.

RODRIGUEZ PULIDO Francisco, ESTEBARANZ Nayra Caballero, ORAMAS PEREZ Dácil et PALACIN Celia León, « Review of individual placement and support (IPS) studies and results on health status of people with long-term mental disorder and competitive employment », *Journal of Translational Science*, 2021, 7, 1.

ROELANDT Jean-Luc, « 7. De la psychiatrie à la santé mentale, de la guérison au rétablissement » dans *Santé mentale : guérison et rétablissement*, Montrouge, John Libbey Eurotext (coll. « L’Offre de soins en psychiatrie »), 2015, p. 63-77.

ROELANDT J.-L., CARIA A., DEFROMONT L., VANDEBORRE A. et DAUMERIE N., « Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France », *L’Encéphale*, 2010, 36, 3, p. 7-13.

ROGERS J.A., « Work is key to recovery », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 4, p. 5-10.

ROSSI Peter H., LIPSEY Mark W. et FREEMAN Howard E., *Evaluation: a systematic approach*, 7th ed., Thousand Oaks, CA, Sage, 2004.

ROUSSILLON René, *L’art psychanalyste*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Le fil rouge »), 2021.

ROUSSILLON René, « Chapitre 1. Symboliser la désymbolisation » dans *Aux limites de la symbolisation*, Paris, Dunod (coll. « Inconscient et culture »), 2016, p. 9-23.

ROUSSILLON René, « Le processus et la capacité sublimatoire », *Revue française de psychanalyse*, 2005, 69, 5, p. 1565.

ROUSSILLON RENE, *Le cours des événements psychiques : processus primaires et processus secondaires.*, <https://reneroussillon.files.wordpress.com/2014/07/3c2b0-sc3a9minaire-glp-2013-14-primaire-secondaire.pdf>, 4 avril 2014.

RUEDA Sergio, CHAMBERS Lori, WILSON Mike, MUSTARD Cameron, ROURKE Sean B., BAYOUMI Ahmed, RABOUD Janet et LAVIS John, « Association of Returning to Work With Better Health in Working-Aged Adults: A Systematic Review », *American Journal of Public Health*, 2012, 102, 3, p. 541-556.

SAUVE Geneviève, LEPAGE Martin et CORBIERE Marc, « Impacts de la combinaison de programmes de soutien à l’emploi et de remédiation cognitive sur le maintien en emploi de personnes souffrant de schizophrénie : une méta-analyse », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2019, 177, 6, p. 534-543.

SCHNIEDERMANN Ina, DEHN Lorenz B., MICHEEL Sabrina, BEBLO Thomas, DRIESSEN Martin, et FOR THE STAB PROJECT GROUP, « Evaluation of a supported education and employment program for adolescents and young adults with mental health problems: A study protocol of the StAB project », *PLOS ONE*, 2022, 17, 7, p. e0271803.

SILVERSTEIN Steven M. et BELLACK Alan S., « A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia », *Clinical Psychology Review*, 2008, 28, 7, p. 1108-1124.

SIMONNOT A.-L., GLUCK-VANLAER N., ABE K., CAILLAT A.-S. et AUBY P., « Actualité des données sur les modalités évolutives de la schizophrénie », *EMC - Psychiatrie*, 2007, 4, 1, p. 1-9.

SIMPSON F. O., « Recent trends in mortality at the Dunedin Hypertension Clinic », *Drugs*, 1976, 11 SUPPL 1, p. 45-47.

SLADE Mike, *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*, Cambridge, Cambridge University Press, 2009.

SPIEGELBERG Herbert, *Phenomenological Movement.*, Dordrecht, Springer Netherlands, 2013.

SPITTLER Gerd, « X. Anthropologie du travail : des classiques à la comparaison ethnographique » dans *Qu'est-ce qu'un régime de travail réellement humain ?*, Paris, Hermann (coll. « Colloque de Cerisy »), 2018, p. 149-160.

SQUIRES Claire, « Attachement et sexualité infantile » dans *Sexualité infantile et attachement*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Petite bibliothèque de psychanalyse »), 2001, p. 197-234.

STEFENS Marjolein, RONDEEL Eefje, TEMPLIN Jonathan, BRODE David, DE WAART Eddy, DE JONG Rendel, TEN HOEVE-ROZEMA Jacobien, WARINGA Alexander, REIJNDERS Jennifer, JACOBS Nele et LATASER Johan, « Longitudinal measurement invariance of the Working Alliance Inventory - Short form across coaching sessions », *BMC Psychology*, 2022, 10, 1, p. 277.

STEIN L. I. et TEST M. A., « Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation », *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 4, p. 392-397.

STIP E, CARON J, RENAUD S, PAMPOULOVA T et LECOMTE Y, « Exploring cognitive complaints in schizophrenia: the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia », *Comprehensive Psychiatry*, 2003, 44, 4, p. 331-340.

SUC-MELLA Pierre, « Introduction. Le constat d'un changement de monde et du besoin de construire un nouveau modèle social » dans *La société inclusive, jusqu'où aller ?*, Toulouse, Érès (coll. « Connaissances de la diversité »), 2020, p. 17-24.

SUIJKERBUIJK Yvonne, HOVING Jan et SCHAAFSMA Frederieke, « Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness », *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 2018, 26, 7, p. 365-367.

SUIJKERBUIJK Yvonne B, SCHAAFSMA Frederieke G, VAN MECHELEN Joost C, OJAJÄRVI Anneli, CORBIERE Marc et ANEMA Johannes R, « Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, 2017, 9.

SWANSON Sarah J., COURTNEY Claire T., MEYER Robert H. et REEDER Steven A., « Strategies for integrated employment and mental health services. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, 37, 2, p. 86-89.

TENNANT Ruth, HILLER Louise, FISHWICK Ruth, PLATT Stephen, JOSEPH Stephen, WEICH Scott, PARKINSON Jane, SECKER Jenny et STEWART-BROWN Sarah, « The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation », *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007, 5, 1, p. 63.

TERNON Maud, *Juger les fous au Moyen Âge: dans les tribunaux royaux en France, XIVe-XVe siècles*, 1re édition., Paris, Puf (coll. « Le noeud gordien »), 2018.

TESSIER Hélène, « Empathie et intersubjectivité. Quelques positions de l'école intersubjectiviste américaine en psychanalyse », *Revue française de psychanalyse*, 2004, 68, 3, p. 831-851.

TIGRANE TOVMASSIAN Laurent, « Entre l'intromission de l'effraction traumatique et l'effondrement de l'environnement, la tendresse de l'implantation pour restaurer le narcissisme et retrouver le fil du sexual » dans *Narcissisme et « sexual » dans l'oeuvre de Jean Laplanche*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Hors collection »), 2020, p. 351-373.

TOSQUELLES François, « La Psychothérapie Institutionnelle : historique » dans *Éducation et psychothérapie institutionnelle*, Nîmes, Champ social (coll. « Pédagogie et pratique de l'institutionnel »), 2006, p. 31-71.

TOSQUELLES François, « Préface » dans *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Nîmes, Champ social (coll. « Psychothérapie institutionnelle »), 2001, p. 11-20.

TOVMASSIAN Laurent Tigrane, « De la détresse psychotraumatique au sexuel psychique : une rencontre entre empathie et tendresse », *Corps & Psychisme*, 2017, 72, 2, p. 97-111.

TREMINÉ Thierry, « Clifford Beers, l'hygiène mentale et l'influence américaine en France dans l'entre-deux guerres. Les prémisses du CMPP. », *L'information psychiatrique*, 2016, 92, 7, p. 563-566.

TROUSSELARD Marion, STEILER Dominique, DUTHEIL Frédéric, CLAVERIE Damien, CANINI Frédéric, FENOUILLET Fabien, NAUGHTON Geraldine, STEWART-BROWN Sarah et FRANCK Nicolas, « Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations », *Psychiatry Research*, 2016, 245, p. 282-290.

TYCHEY Claude DE, « JEAN BERGERET, "Les états limites. Réflexions et hypothèses sur la théorie de la clinique analytique", *Revue française de psychanalyse*, 1970, 4, 601-633 » dans *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique*, Paris, Dunod (coll. « Psycho Sup »), 2012, p. 95-103.

VAN HOOF Frank, KNISPEL Aafje, AAGAARD Jørgen, SCHNEIDER Justine, BEELEY Chris, KEET René et VAN PUTTEN Marijke, « The role of national policies and mental health care systems in the development of community care and community support: an international analysis », *Journal of Mental Health*, 2015, 24, 4, p. 202-207.

VAN WEEGHEL Jaap, BERGMANS Cris, COUWENBERGH Christianne, MICHON Harry et DE WINTER Lars, « Individual placement and support in the Netherlands: Past, present, and future directions. », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2020, 43, 1, p. 24-31.

VIGNEAULT Luc, « "Je suis une personne, pas une maladie" », *Le sujet dans la cité*, 2014, 5, 2, p. 86-98.

VON BRACHEL Ruth, BIEDA Angela, MARGRAF Jürgen et HIRSCHFELD Gerrit, « Longitudinal Measurement Invariance of the Brief Symptom Inventory (BSI)-18 in Psychotherapy Patients », *European Journal of Psychological Assessment*, 2020, 36, 1, p. 12-18.

WAGHORN Geoffrey, VAN VEGGEL Rhonda, CHANT David et LOCKETT Helen, « The utility of item level fidelity scores for developing evidence based practices in supported employment », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2018, 48, 3, p. 387-391.

WALLSTROEM Iben Gammelgaard, PEDERSEN Pernille, CHRISTENSEN Thomas Nordahl, HELLSTRÖM Lone, BOJESEN Anders Bo, STENAGER Elsebeth, WHITE Sarah, MUESER Kim T., BEJERHOLM Ulrika, VAN BUSSCHBACH Jooske Tanna, MICHON Harry et EPLOV Lene Falgaard, « A Systematic Review of Individual Placement and Support, Employment, and Personal and Clinical Recovery », *Psychiatric Services*, 2021, 72, 9, p. 1040-1047.

WANBERG Connie R., VAN HOOFT Edwin A. J., DOSSINGER Karyn, VAN VIANEN Annelies E. M. et KLEHE Ute-Christine, « How strong is my safety net? Perceived unemployment insurance generosity and implications for job search, mental health, and reemployment. », *Journal of Applied Psychology*, 2020, 105, 3, p. 209-229.

WARNER Richard, « Does the scientific evidence support the recovery model? », *The Psychiatrist*, 2010, 34, 1, p. 3-5.

WEINSTOCK Phyllis et BARKER Linda Toms, « Mental health and vocational rehabilitation collaboration: Local strategies that work. », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1995, 18, 4, p. 35-50.

WIDART Frédéric, « Nouvelle politique en santé mentale : face au paradigme de la réhabilitation psychosociale, l'approche clinique des psychopathologies a-t-elle encore un avenir ? », *L'information psychiatrique*, 2021, 97, 7, p. 549-550.

WIDART Frédéric, « Le travail, voie royale vers la santé mentale ? », *Topique*, 2020, 148, 1, p. 17-28.

WINNICOTT Donald Woods, MONOD Claude et PONTALIS Jean-Bertrand, *Jeu et réalité: l'espace potentiel*, Paris, Gallimard (coll. « Folio »), 2002.

YAMAGUCHI Sosei, SATO Sayaka, SHIOZAWA Takuma, MATSUNAGA Asami, OJIO Yasutaka et FUJII Chiyo, « Predictive Association of Low- and High-Fidelity Supported Employment Programs with Multiple Outcomes in a Real-World Setting: A Prospective Longitudinal Multi-site Study », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2022, 49, 2, p. 255-266.

ZHENG Katherine, STERN Brocha Z., WAFFORD Q. Eileen et KOHLI-LYNCH Ciaran N., « Trial-Based Economic Evaluations of Supported Employment for Adults with Severe Mental Illness: A Systematic Review », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2022, 49, 3, p. 440-452.

ZRIBI Gérard, « Chapitre 3. Les établissements sociaux et médico-sociaux » dans *Inclusion et handicap mental et psychique*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Terrains Santé Social »), 2021, p. 59-78.

La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, Paris, Gallimard, 2018.

La mère suffisamment bonne, Paris, Payot, 2015.

Commission de la Santé Mentale du Canada. *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*, Ottawa, Canada, 2015.

National framework for recovery-oriented mental health services., Canberra, Australia., 2013.

Mental Health Commission. A Vision for a Recovery Model in Irish mental health services., Dublin, Ireland, 2005.

Department of Health and Human Services. *Achieving the Promise : Transforming Mental Health Care in America. President's New Freedom Commission on Mental Health*, Rockville, Maryland, US, 2003.

Mental Health Commission. Blueprint for mental health services in New Zealand., 1998.

« The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later », *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144, 6, p. 718-726.

L'OMS et la santé mentale 1949-1961, Genève, Organisation Mondiale de la Santé (coll. « Chronique OMS »), 1962.

Plan d'action global pour la santé mentale, (coll. « Organisation mondiale de la Santé 2022 »).