

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PROFILS DE L'ALLIANCE DE TRAVAIL DANS UN CONTEXTE DE SOUTIEN À  
L'EMPLOI AUPRÈS DE PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL : PERSPECTIVE  
DE L'INTERVENANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ÉLYSE CHARETTE-DUSSAULT

JUIN 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

En 2018, à l'aube de mes 40 ans, je sautais à pieds joints dans le projet fou de faire le doctorat en psychologie. Je ne sautais pas sans parachute, car j'avais autour de moi des gens de confiance qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de ces 5 dernières années.

Parmi ces gens, il y a Marc Corbière, mon directeur de thèse, qui a répondu avec empressement et motivation à mon courriel visant à sonder son intérêt pour mon travail de recherche. Ta présence, ton soutien et ta confiance en mes capacités m'ont permis d'y croire et ont représenté un moteur important dans ma réussite. Jamais je n'aurais cru participer à autant de projets de recherche tout aussi motivants et, disons-le, parfois « paniquants ». J'ai appris à tes côtés à laisser derrière moi mon sentiment d'imposture et à foncer malgré les doutes.

Merci aussi à tous les chercheurs que j'ai côtoyés au cours de ces 5 ans et plus particulièrement : Nadine Larivière avec ses connaissances étendues de la réadaptation et de la recherche, Patrizia Villotti avec sa bienveillance, sa sincérité et son désir de bien faire les choses et Tania Lecomte qui semble avoir une énergie et une passion sans limites. Merci également à mes collègues de laboratoire et à mes collègues de la cohorte 2018 en psychologie du travail et des organisations : votre soutien, vos conseils, vos trucs m'ont terriblement aidée. Merci aussi aux membres du jury pour leur intérêt à évaluer cette thèse, fruit de plusieurs années de travail.

Je tiens à remercier chaleureusement les conseillères en emploi qui ont participé à mon étude pour leur générosité et leur ouverture, et ce, malgré un emploi prenant et un contexte particulier. J'aimerais également remercier leurs clients et les organismes au sein desquels elles travaillent.

D'un point de vue plus personnel, je tiens à remercier mon mari Olivier de s'être lancé avec moi dans ce projet fou. Il a été mon premier lecteur et l'un de mes plus grands supporters. Merci d'avoir toujours été là, de m'avoir soutenue lors des périodes de doutes et découragement, mais aussi d'avoir été présent pour assister aux moments de fierté et d'allégresse.

Merci aussi à ma meilleure amie, si loin de corps, mais si proche de cœur, chez qui j'ai toujours pu m'évader pour faire une pause de ce projet très prenant. Ton rire, mais aussi nos discussions parfois

trop intenses et profondes pour les regards extérieurs me font toujours un bien fou ! Je suis heureuse de t'avoir dans ma vie. Merci également à mes amis Carine et Mickaël pour le prêt de votre chalet lorsque j'avais besoin de m'évader pour écrire, mais également merci à tous les membres de ma famille et mes amis qui m'ont encouragée au fil des ans. Je suis chanceuse d'être si bien entourée.

Merci aussi à l'IRSST pour son soutien financier m'ayant permis de mener à bien mes recherches et de soutenir, année après année, les recherches étudiantes en lien avec la santé mentale et le travail.

## **DÉDICACE**

À mes filles Anaïs et Abigaël qui me rappellent tous les  
jours que la vie est un jeu auquel il vaut la peine de jouer  
avec tout son cœur.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	II
DÉDICACE.....	IV
TABLE DES MATIÈRES .....	V
LISTE DES FIGURES.....	VIII
LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	X
RÉSUMÉ.....	XI
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 CONTEXTE THÉORIQUE .....	3
1.1 Santé mentale et travail .....	3
1.2 Troubles mentaux courants et troubles mentaux graves.....	4
1.3 Le rétablissement en santé mentale .....	5
1.3.1 Une pluralité de services spécialisés orientés vers le rétablissement .....	7
1.3.2 Le travail comme pierre angulaire du rétablissement.....	8
1.4 Les programmes de soutien à l'emploi (PSE) comme pratique visant le rétablissement.....	8
1.4.1 Les obstacles à l'intégration au travail freinant l'efficacité des PSE .....	10
1.4.2 Les compétences des CES .....	10
1.5 L'alliance de travail.....	14
1.5.1 L'évaluation de l'alliance : Quelle perception compte ? .....	16
1.5.2 Les phases ou profils de développement de l'alliance.....	16
1.5.3 Les facteurs liés à l'alliance de travail.....	18
1.5.3.1 Les caractéristiques du thérapeute .....	19
1.5.3.2 Les caractéristiques du client.....	19
1.5.3.3 Les caractéristiques du contexte .....	20
1.5.3.4 L'interrelation entre les facteurs.....	20
1.6 Pertinence de la thèse .....	20
1.6.1 Lacunes dans la littérature sur les obstacles modifiables de l'intégration en emploi .....	20
1.6.2 Lacunes dans la littérature sur la contribution de l'alliance en contexte de soutien à l'emploi .....	21
1.7 Objectifs de recherche et hypothèses .....	21
1.8 Cadre épistémologique .....	22
1.9 Méthodologie.....	23
1.9.1 Méthodologie de l'article 1 .....	23
1.9.2 Méthodologie de l'article 2.....	27

1.9.2.1	Procédures de collecte de données et participants.....	28
1.9.2.2	Instruments .....	29
1.9.2.3	Analyses.....	31
<b>CHAPITRE 2 ARTICLE 1 : AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE BARRIERS TO JOB ACQUISITION FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESSES.....</b>		<b>34</b>
2.1	Introduction .....	37
2.2	Methods .....	38
2.3	Results .....	40
2.3.1	Descriptive Characteristics of the Included Studies .....	40
2.3.1.1	Quantitative Studies.....	41
2.3.1.2	Qualitative Studies.....	41
2.3.2	Thematic Analysis .....	42
2.3.2.1	Individual Barriers.....	42
2.3.2.1.1	Related to the Medical Condition .....	42
2.3.2.1.2	Related to Work Experience and Skills.....	45
2.3.2.1.3	Related to Self-Perception, Fears, and Motivation .....	47
2.3.2.2	Environmental Barriers.....	49
2.3.2.2.1	Related to Disability Benefits and Other Physical Resources.....	49
2.3.2.2.2	Related to Stigma and Social Support.....	50
2.3.2.2.3	Related to Access to Vocational Services and Employment Specialists' Competencies .....	51
2.3.2.3	The Most Salient Barriers to Employment .....	51
2.4	Discussion.....	52
2.5	Conclusion.....	55
2.6	References .....	56
2.7	Figures and Tables.....	63
<b>CHAPITRE 3 ARTICLE 2 : WORKING ALLIANCE PATTERNS IN A CONTEXT OF EMPLOYMENT SUPPORT FOR PEOPLE WITH A SEVERE MENTAL ILLNESS: AN EMPLOYMENT SPECIALIST PERSPECTIVE .....</b>		<b>74</b>
3.1	Introduction .....	77
3.2	Methods .....	80
3.2.1	First Phase.....	81
3.2.1.1	Procedure and Participants of the first phase.....	81
3.2.1.2	Instruments of the first phase.....	82
3.2.1.3	Analysis of the first phase .....	83
3.2.2	Second Phase .....	83
3.2.2.1	Procedure and participants of the second phase .....	83
3.2.2.2	Instruments for the second phase.....	84
3.2.2.3	Analysis for the second phase.....	84
3.3	Results .....	85

3.3.1	Descriptive statistics .....	85
3.3.2	Working Alliance Patterns.....	86
3.3.3	Working Alliance Patterns and Job Acquisition.....	86
3.3.4	Factors Affecting the Working Alliance Patterns and Job Acquisition.....	86
3.3.4.1	Factors Affecting the Working Alliance.....	86
3.3.4.2	The importance of the Three Working Alliance Components.....	90
3.3.4.3	Factors Related to Job Acquisition .....	91
3.4	Discussion.....	92
3.5	Clinical implications.....	97
3.6	Limitations.....	98
3.7	Conclusion.....	98
3.8	Figures and tables .....	100
3.9	References .....	106
CHAPITRE 4 DISCUSSION GÉNÉRALE.....		113
4.1	Principales contributions .....	114
4.1.1	De nombreux obstacles à explorer et à surmonter ensemble.....	114
4.1.1.1	Les obstacles personnels.....	116
4.1.1.2	Les obstacles environnementaux .....	119
4.1.2	La contribution du CES à l'AT : un socle plus ou moins solide pour avancer.....	121
4.1.3	Les liens entre l'alliance de travail et l'acquisition d'un emploi.....	127
4.2	Forces et limites.....	129
4.3	Pistes de recherche futures .....	132
4.4	Implications cliniques.....	133
CONCLUSION .....		135
ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE .....		136
ANNEXE B FORMULAIRES DE CONSENTEMENT .....		137
ANNEXE C QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DU CONSEILLER .....		145
ANNEXE D QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DU CLIENT .....		147
ANNEXE E QUESTIONNAIRE D'ALLIANCE.....		148
ANNEXE F SCHÉMA D'ENTRETIEN .....		149
RÉFÉRENCES.....		153



## LISTE DES FIGURES

Figure 1.1	Représentation de l’alliance de travail adaptée de Ross <i>et al.</i> (2008).....	18
Figure 2.1	Flowchart of study inclusion in the review.....	63
Figure 2.2	Rules applied to synthesize the evidence.....	64
Figure 3.1	Example of the tracking document provided to the employment specialist.....	100
Figure 3.2	Presentation of the meta-theme and sub-themes (adapted from Ross et al., 2008).....	101
Figure 3.3	Evolution of WAI scores across times 1–3 for the three patterns (shape and level) detected by cluster analysis .....	103

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1	Termes de recherche et critères d'inclusion et d'exclusion.....	25
Tableau 2.1	Inclusion/exclusion criteria and key search terms .....	65
Tableau 2.2	Summary of included studies .....	66
Tableau 2.3	The most salient barriers to employment.....	73
Tableau 3.1	Client's Sociodemographic Information.....	102
Tableau 3.2	Means and Standard Deviations of Working Alliance Ratings Across Three Meetings .....	104
Tableau 3.3	Description of Clients by Cluster .....	105

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ANSA	Agence Nouvelle des Solidarités Nouvelles
AT	Alliance de Travail
BAKES	Behaviors, Attitudes and Knowledge in Employment Spécialists
BPD	Borderline Personality Disorder
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CBR	Canada Recovery Benefit
CCT	Compensatory Cognitive Training
CES	Conseiller en Emploi Spécialisé
CHIME	Connectedness, Hope and optimism, Identity, Meaning, Empowerment
CSMC	Commission de la Santé Mentale du Canada
ES	Employment Specialist
IPS	Individual Placement and Support
LDA	Linear Decrease Alliance
MMAT	Mixed Method Appraisal Tool
MTESS	Ministère du Travail et de la Solidarité Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANSS	Positive And Negative Syndrome Scale
PSE	Programme de Soutien à l'Emploi
SD	Standard Deviation
SHA	Stable High Alliance
SE	Supported Employment
SEP	Supported Employment Programs
SLA	Stable Low Alliance
SMI	Severe Mental Illness
TAU	Treatment As Usual
TMC	Trouble Mental Courant
TMG	Trouble Mental Grave
VPRS	Vocational Practices and Relationship Scale
WAI	Working Alliance Inventory

## RÉSUMÉ

La présente thèse de doctorat s'intéresse aux obstacles à l'intégration à l'emploi des personnes ayant un trouble mental grave (TMG) ainsi qu'à un facteur important permettant de les surmonter, soit l'alliance de travail (AT), notamment celle qui se développe entre le conseiller en emploi spécialisé (CES) œuvrant dans des programmes de soutien à l'emploi (PSE) et ses clients. Un premier article, prenant la forme d'une revue intégrative de la littérature, a permis d'analyser 35 études expérimentales et non expérimentales publiées entre 1997 et 2017 pour identifier les obstacles les plus saillants à l'intégration professionnelle des personnes atteintes de TMG. Six thèmes principaux ont émergé, regroupant les obstacles de nature environnementale (prestations d'invalidité, stigmatisation, soutien social, services professionnels) et ceux de nature individuelle (maladie, expérience professionnelle, compétences, perception de soi, craintes, motivation). Les obstacles les plus fortement appuyés par la recherche étaient le manque d'expérience professionnelle et l'absence de stratégies efficaces pour trouver un emploi. Le deuxième article se concentrait sur l'AT entre le CES et ses clients atteints de TMG, en étudiant non seulement son développement lors des trois premières rencontres de soutien à l'emploi, mais aussi son lien avec l'obtention d'un emploi par le client. À l'aide d'analyse de clusters, trois profils d'AT ont été identifiés. Le profil représentant une alliance très forte et stable était le plus lié à l'intégration d'un emploi par les clients. Les entrevues effectuées avec les CES ont permis de constater que les facteurs susceptibles d'expliquer les différents profils d'alliance sont complexes et interdépendants entre les deux acteurs. Les résultats de cette thèse pourront être utilisés pour former les CES et être intégrés dans les PSE de qualité pour les personnes atteintes de TMG.

Mots clés : Troubles mentaux, emploi compétitif, obstacles à l'emploi, soutien à l'emploi, alliance de travail, réadaptation professionnelle

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis la désinstitutionnalisation en psychiatrie s'étant amorcée au Québec dans les années 1960, des changements majeurs ont vu le jour dans les services offerts aux personnes ayant un trouble mental grave (TMG; Lecompte, 1997). D'une approche axée sur l'hospitalisation à long terme, les mouvements de la psychiatrie communautaire et des usagers ou survivants dans le domaine de la santé mentale ont mené à une approche visant le rétablissement et la réintégration des rôles sociaux souhaités et valorisés par la personne ayant un TMG (Anthony, 1993; Chamberlain, 1978; Deegan, 1988). L'une des valeurs centrales dans nos sociétés occidentales est le travail, et il s'avère que de très nombreuses personnes ayant un TMG désirent travailler (Mueser et McGurk, 2014). Malheureusement, les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie, de bipolarité ou encore de dépression sévère sont confrontées à plusieurs obstacles lorsqu'il s'agit d'intégrer et de se maintenir sur le marché du travail (Corbière *et al.*, 2020). Pour surmonter ces obstacles, du soutien offert par des professionnels se révèle souvent nécessaire. Les programmes de soutien à l'emploi (PSE) et, plus spécifiquement, les conseillers en emploi spécialisé (CES) qui accompagnent les chercheurs d'emploi constituent des ressources éprouvées pour faciliter l'intégration en emploi – l'acquisition et le maintien – des personnes ayant un TMG (de Winter *et al.*, 2022; Frederick et VanderWeele, 2019; Suijkerbuijk *et al.*, 2017). Cependant, des différences de résultats sont constatées autant entre les différents programmes de réinsertion au travail qu'entre les intervenants, notamment lorsqu'il s'agit d'aider les personnes ayant un TMG à intégrer un emploi (Drake *et al.*, 2006; Drake et Bond, 2014). L'objectif de cette thèse est double : 1) mieux comprendre les facteurs auxquels sont confrontées les personnes ayant un TMG qui souhaitent cheminer vers l'intégration d'un emploi et 2) étudier un des facteurs importants permettant de surmonter ces obstacles, soit l'alliance de travail qui se développe entre le CES et ses clients.

Cette thèse est structurée en quatre chapitres. Le premier chapitre vise à brosser le portrait de la problématique du rétablissement par l'intégration en emploi des personnes ayant un TMG et à dresser le cadre théorique soutenant la présente thèse. La méthodologie des études constituant la thèse y est également décrite. Dans le chapitre 2, le premier article de cette thèse est présenté. Publié en août 2019 dans le *Journal of Nervous and Mental Disease*, cet article s'intitule *An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses*. Le

chapitre 3 est consacré au second article, intitulé *Working alliance profiles in a context of employment support for people with a severe mental illness: An employment specialist perspective*, accepté par le *Journal of Vocational Rehabilitation* en avril 2024. Finalement, le chapitre 4 est constitué d'une discussion générale au sujet des résultats des études composant le cœur de la thèse. Les limites ainsi que les contributions théoriques et pratiques générales de la thèse sont également abordées dans ce dernier chapitre.

# CHAPITRE 1

## CONTEXTE THÉORIQUE

### 1.1 Santé mentale et travail

En 2019, 1 personne sur 8 (970 millions de personnes) dans le monde vivait avec un trouble mental (OMS, 2022). Il s'agit maintenant de la principale cause d'invalidité dans le monde (OMS, 2022). Au Canada, près d'un demi-million de personnes s'absentent du travail chaque semaine en raison d'un trouble mental (CSMC, 2018). Par ailleurs, depuis la pandémie de COVID-19, la santé mentale de 40 % des Canadiens s'est détériorée (Jenkins *et al.*, 2021). Le fardeau économique des troubles mentaux au Canada, en comptabilisant les coûts de santé, la perte de productivité et la diminution de la qualité de vie, était estimé à 51 milliards de dollars par année en 2011 et pourrait atteindre 105 milliards de dollars par année en 2041 (Smetanin *et al.*, 2015). Bien que les troubles anxieux et la dépression représentent les troubles les plus communs dans la population (OMS, 2022), ce sont les troubles mentaux graves et persistants qui entraînent les coûts les plus élevés par individu. Par exemple, la schizophrénie, dont la prévalence est de moins de 1 % de la population canadienne, est le trouble qui génère les coûts les plus élevés en matière d'utilisation des services (Smetanin *et al.*, 2015).

Considérant l'importance de ces coûts humains et financiers, il n'est pas surprenant que la recherche se soit penchée sur les interventions facilitant un retour en emploi à la suite d'une problématique de santé psychologique liée au travail. De nombreux projets de recherche ont permis de définir des facteurs permettant de favoriser un retour au travail durable pour les travailleurs ayant vécu un trouble mental (Durand, *et al.*, 2014). Il découle de ces recherches que le retour au travail constitue un processus complexe impliquant plusieurs acteurs dont les comportements peuvent soit faciliter soit entraver ce processus (Corbière *et al.*, 2014b). De ce fait, des travailleurs ayant vécu un trouble mental peuvent en venir à perdre leur lien d'emploi pour diverses raisons telles que : licenciement alors que le travailleur n'a pas divulgué son trouble mental, départ volontaire du travailleur qui se sent inadéquat, non-disponibilité de poste répondant aux nouvelles capacités fonctionnelles du travailleur, multiples tentatives de retour au travail ayant échoué (Saint-Arnaud *et al.*, 2006).

De plus, les personnes ayant un trouble mental qui n'est pas lié au travail, comme la schizophrénie, la bipolarité, une dépression sévère ou un trouble de personnalité peuvent éprouver beaucoup de difficulté à intégrer le marché du travail et à s'y maintenir. Dans cette veine, au Québec, en février 2023, parmi les 112 250 prestataires de la solidarité sociale ou du revenu de base (programmes provinciaux de soutien financier pour les personnes ayant une contrainte sévère à l'emploi), près de 45 % avaient un diagnostic de trouble mental (première cause suivie de 28 % ayant un handicap physique et 22,5 % ayant un trouble intellectuel ou développemental ; MESS, 2023). Pour cette clientèle, des programmes de soutien à l'emploi (PSE) et des programmes de réadaptation fonctionnelle et vocationnelle sont mis en place afin de favoriser l'intégration professionnelle de ce public. D'ailleurs, chercheurs et cliniciens s'emploient à assurer l'évaluation et la performance de ces programmes.

## 1.2 Troubles mentaux courants et troubles mentaux graves

En contexte de réadaptation au travail, les troubles mentaux sont divisés en deux groupes en fonction non seulement de la symptomatologie associée au trouble, mais également des retombées fonctionnelles de ce trouble à l'égard du travail (Corbière et Durand, 2011). D'un côté, les personnes ayant un trouble mental courant (TMC) sont les personnes qui ont habituellement un trouble mental plus fréquent au sein de la population générale comme certains troubles anxieux ou de l'humeur et qui sont inscrites dans un processus de retour à leur poste de travail. De l'autre côté, on trouve les personnes que l'on qualifie comme ayant un trouble mental grave (TMG). Ces personnes ont habituellement une symptomatologie plus sévère, qui interfère avec une ou plusieurs sphères de leur vie, y compris le travail. Ce groupe comporte habituellement des personnes ayant des diagnostics de schizophrénie, de troubles bipolaires, de dépression majeure, mais également d'autres diagnostics (ex. : trouble de la personnalité). Cependant, le vocable TMG est également utilisé lorsque l'on étudie une population qui ne possède pas de lien d'emploi et qui est en processus de réintégration socioprofessionnelle (Corbière et Durand, 2011). Donc certaines personnes qui à la base étaient considérées comme ayant un TMC peuvent ultimement se retrouver dans la catégorie TMG lorsque leur lien avec le marché du travail est rompu. C'est cette dernière définition qui correspond à la clientèle d'intérêt de mon projet de recherche. En ce sens, une personne peut présenter un trouble anxieux et être considéré comme ayant un TMG si cette même personne



présente un niveau de fonctionnement peu élevé dans une sphère d'activité importante telle que la vie professionnelle (ex. être éloigné du marché du travail).

### 1.3 Le rétablissement en santé mentale

Depuis plus de 30 ans, nous assistons à un changement important de paradigme en réadaptation psychiatrique, celle-ci passant du traitement de la maladie au rétablissement de la personne. En effet, les chercheurs et les équipes soignantes s'intéressent de plus en plus au concept de rétablissement en santé mentale, concept initialement introduit par des personnes ayant un trouble mental (Anthony, 1993), dont Patricia Deegan (1988), psychologue et personne ayant un diagnostic de schizophrénie. Celle-ci différencie la réadaptation, qui constitue les services et les outils qui sont mis à la disposition des personnes ayant un TMG afin qu'elles puissent s'adapter à l'environnement dans lequel elles cheminent, du rétablissement qui est plutôt l'expérience vécue par la personne qui développe une nouvelle identité et de nouveaux objectifs malgré son TMG. Le rétablissement est donc lié à un vécu subjectif propre à la personne qui le vit. Anthony (1993) définit le rétablissement comme étant :

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. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale. (Anthony, 1993, p. 527)

Malgré le vif intérêt des chercheurs et cliniciens pour le concept de rétablissement, il est difficile de trouver une définition unique et d'établir clairement les composantes de ce concept, car, comme mentionné plus haut, il s'agit d'un processus personnel et pouvant comporter des significations diverses selon la personne (van Weeghel *et al.*, 2019). Malgré cela, plusieurs auteurs ont tenté de proposer diverses dimensions du rétablissement. Whitley et Drake (2010) proposent cinq dimensions du rétablissement qui s'interinfluencent: le rétablissement clinique, existentiel, fonctionnel, physique et social. Le *rétablissement clinique* est la dimension qui correspond à ce qui est ciblé dans le modèle médical et réfère à la diminution ou au contrôle des symptômes incapacitants liés au TMG ou à la médication. Le *rétablissement fonctionnel* correspond pour sa part à une restauration de l'autonomie et de la participation sociale active à travers des rôles sociaux

valorisés par la personne comme l'emploi, l'éducation ou le logement. Ce rétablissement fonctionnel contribue à favoriser un changement identitaire chez la personne qui peut se sentir reconnue pour sa contribution, pour ses compétences, pour ses accomplissements, mais également en l'aidant à se définir autrement que comme une personne malade (Pachoud, 2023). Le *rétablissement physique* correspond au fait d'agir pour retrouver et conserver une bonne santé physique souvent malmenée par les effets secondaires de médicaments ou par les conditions et habitudes de vie de la personne ayant un TMG (ex. : diète inadaptée liée aux ressources financières limitées, abus de substances). Le *rétablissement social* implique d'établir et de maintenir des relations sociales positives avec les membres de sa famille, avec des amis, des collègues et autres personnes significatives ou encore de s'impliquer socialement dans sa communauté, dont le sentiment d'appartenance qui peut en découler. Le *rétablissement existentiel*, pour sa part, correspond en grande partie à ce qui est décrit par Deegan (1988) et Anthony (1993). Il se définit comme des changements d'attitude de la personne qui en vient à se sentir plus en contrôle de sa vie et moins assujettie à son trouble mental, aux symptômes qui en découlent et à l'identité de personne malade. Ce rétablissement est interne à la personne et ne peut être instillé de l'extérieur, et ce, malgré la bonne volonté des intervenants impliqués (Deegan, 1988). Des attitudes et interventions peuvent cependant en favoriser l'émergence, comme un souffle sur une braise déjà présente chez la personne ayant un TMG. Ce rétablissement existentiel serait facilité, selon les utilisateurs de services de réadaptation en santé mentale, par cinq processus correspondant à l'abréviation CHIME; des relations sociales positives et soutenantes (Connectedness), l'espoir et l'optimisme envers le futur (Hope and optimism), la reconstruction d'une identité positive et nuancée intégrant le TMG, mais sans y laisser toute la place (Identity), avoir des objectifs qui ont du sens et intégrer des rôles signifiants (Meaning in life) et développer un sentiment de responsabilité personnelle et un sentiment de contrôle sur sa propre existence (Empowerment) (Leamy *et al.*, 2011; van Weeghel *et al.*, 2019).

Bien que le rétablissement soit principalement un processus personnel, plusieurs auteurs proposent de différencier les conditions internes du rétablissement (ex. : l'espoir, l'identité) des conditions externes pouvant faciliter ou entraver ce rétablissement, par exemple des services orientés vers le rétablissement ou non, la présence de stigmatisation ou d'une culture d'ouverture dans un établissement (Brown et Kandirikirira, 2007; Jacobson et Greenley, 2001). Les obstacles au

processus de rétablissement sont d'ailleurs au cœur du vécu des personnes ayant un TMG et ne doivent pas être négligés au profit d'une description principalement positive, voire d'un optimisme pernicieux de ce processus (Stuart *et al.*, 2017). Dans une revue de la littérature visant, entre autres, à déterminer dans quelle mesure le modèle CHIME (Leamy *et al.*, 2011) prenait en compte toutes les expériences de rétablissement des individus, Stuart *et al.* (2017) ont souligné que la grande majorité des personnes en processus de rétablissement étaient confrontées à des défis et des obstacles internes (ex. : découragement, peurs), interpersonnels (ex. : conflits, stigmatisation) et structurels (ex. : accès difficile aux services, attentes de productivité du marché du travail). La prise en considération de ces obstacles permet d'éviter de stigmatiser encore plus la personne ayant un TMG qui, confrontée à des obstacles importants, vit des échecs dans son processus de rétablissement (Harper et Speed, 2014). Ces obstacles et possibilités d'échecs, bien que considérés et pris en compte, ne devraient pas être utilisés pour protéger les personnes ayant un TMG et les restreindre dans les objectifs et les buts qu'elles établiront pour elles-mêmes (Lysaker et Lysaker, 2012), mais bien pour les accompagner en valorisant le courage et la dignité de prendre des risques et le droit d'échouer (Le Boutillier *et al.*, 2011). L'approche paternaliste où c'est le professionnel qui sait ce qui est le mieux pour la personne ayant un TMG est à distinguer de l'approche visant le rétablissement où la personne utilisatrice de service est maître de ses choix et objectifs, et ce, malgré les possibles différences de perspective entre le professionnel et l'utilisateur (Davidson *et al.*, 2006; Fossey *et al.*, 2010; Mancini *et al.*, 2005; Le Boutillier *et al.*, 2011).

### 1.3.1 Une pluralité de services spécialisés orientés vers le rétablissement

Ce changement de philosophie a mené à la modification des façons d'intervenir en psychiatrie, mais également à la création de services spécialisés et de programmes axés sur le rétablissement autant au Canada que dans d'autres pays (Piat et Sabetti, 2009; Pincus *et al.*, 2016). Les services spécialisés orientés vers le rétablissement sont variés et abordent de nombreux besoins et sphères de vie de la personne ayant un TMG (Pachoud, 2023). Slade *et al.* (2009) résumant adéquatement ces besoins et sphères de vie par cette courte phrase : « les personnes atteintes d'un trouble mental veulent bénéficier de tous les droits, rôles et responsabilités habituels d'une personne ». Ces besoins peuvent donc être de développer et maintenir des relations sociales positives, de mieux se comprendre et développer une image de soi saine, d'intégrer un emploi, de suivre une formation ou d'obtenir un logement, de devenir parent, etc. Un service spécialisé est considéré comme orienté

vers le rétablissement lorsqu'il est fondé sur les valeurs telles que le choix personnel et l'autonomie et qu'il offre des possibilités d'épanouissement individuel, social et professionnel (Slade *et al.*, 2009; Le Boutillier *et al.*, 2011).

### 1.3.2 Le travail comme pierre angulaire du rétablissement.

L'intégration en emploi est considérée comme une des pierres angulaires du rétablissement des personnes ayant un TMG (Corbière, 2023; Winsper *et al.*, 2020). Bien que ne constituant pas la seule voie ni même une voie obligée vers le rétablissement, une forte proportion, soit environ 60 % des personnes ayant un TMG, souhaitent travailler (Mueser et McGurk, 2014). Ce désir et cet espoir peuvent être vus comme une flamme amorçant un processus de rétablissement qui peut être ou non nourrie en fonction de l'environnement de la personne ayant un TMG. Dans une revue systématique, Winsper *et al.* (2020) ont fait ressortir quatre processus inhérents à l'intégration d'un emploi et favorisant le rétablissement selon la perspective de personnes ayant un TMG. Premièrement, le travail offre une structure et une occasion de socialisation, ce qui peut améliorer le bien-être psychologique des individus et leur permettre de se sentir comme faisant partie intégrante de la société. Deuxièmement, l'emploi fournit une source de capital économique non négligeable qui permet aux individus d'accroître leur pouvoir d'achat, leur autonomie et ainsi améliorer leur qualité de vie. Troisièmement, le travail permet aux individus de vivre des réussites concrètes et de valider leurs compétences, ce qui peut renforcer leur estime de soi et leur confiance en eux. Enfin, occuper un emploi peut aider à développer de nouvelles identités et une meilleure image de soi, ce qui peut réduire l'autostigmatisation et renforcer le sentiment d'autonomie chez la personne. L'intégration en emploi représente donc non seulement un moyen de favoriser le rétablissement fonctionnel (Whitley et Drake, 2010; Corbière, 2023), mais également un vecteur de rétablissement existentiel, social et même clinique (Frederick et VanderWheele, 2019; Winsper *et al.*, 2020).

### 1.4 Les programmes de soutien à l'emploi (PSE) comme pratique visant le rétablissement

Les PSE sont reconnus comme des pratiques orientées vers le rétablissement tout en étant fondées sur des données probantes facilitant l'intégration professionnelle – l'acquisition d'un emploi et le maintien dans l'emploi – des personnes atteintes de TMG. Les PSE se concentrent sur la recherche d'un emploi compétitif aussi rapidement que possible, avec un soutien individualisé pour

l'acquisition et le maintien en emploi de la personne atteinte de TMG (Drake et Whitley, 2014). Un emploi compétitif est défini comme un emploi qui peut être occupé par n'importe quel employé possédant les compétences requises pour le poste, qui n'est pas réservé exclusivement aux personnes ayant des limitations et qui offre un salaire au moins égal au salaire minimum en vigueur (Corbière *et al.*, 2020). Cette approche, souvent qualifiée de « placer et ensuite former » (place then train), est en opposition avec les approches traditionnelles « former et ensuite placer » (train then place) où il est présumé que la personne ayant un TMG n'est pas prête à l'emploi et doit être formée avant que l'emploi compétitif puisse être envisagé (Corbière, 2023). Ces approches traditionnelles – les emplois de transition issus du modèle *Clubhouse*, les ateliers protégés, les entreprises d'économie sociale – sont toujours pertinentes puisque de nombreuses personnes ayant un TMG souhaitent bénéficier d'une approche permettant de se mettre en action avant d'intégrer un emploi. Cependant, pour les personnes qui veulent intégrer un emploi compétitif rapidement, le concept de préparation à l'emploi (work-readiness) a été démontré comme étant un concept involontairement toxique réduisant l'espoir et limitant les attentes et possibilités des personnes ayant un TMG (Slade *et al.*, 2014). Certains auteurs, au contraire, soutiennent que la focalisation exclusive sur des emplois compétitifs dans le marché du travail ordinaire engendre plutôt une quête de normalisation à tout prix de la personne ayant un TMG qui implique que des objectifs qui s'opposent aux valeurs sociétales telles que la productivité et la compétitivité seraient considérés comme moins précieux et comme des réalisations médiocres (Rose, 2014). Nonobstant ces critiques, les différents services vocationnels peuvent correspondre aux aspirations de différentes personnes ayant un TMG.

Huit principes fondamentaux sont à la base des PSE (Drake *et al.*, 2012) : 1) toute personne atteinte de TMG qui souhaite participer est acceptée dans le programme (exclusion zéro) ; 2) l'objectif est l'acquisition d'un emploi compétitif dans le marché régulier de l'emploi ; 3) la recherche d'emploi est rapide (dès 1 à 3 mois après l'entrée dans le programme) ; 4) la collaboration entre l'équipe du PSE et l'équipe de traitement (ex. : psychiatre, ergothérapeute, travailleur social) est fortement recommandée ; 5) les intérêts et les préférences du client sont prioritaires dans la recherche d'emploi ; 6) le soutien d'un CES est continu et sans limite dans le temps afin de favoriser le maintien en emploi ; 7) des informations et conseils sur les prestations sociales et sur les conséquences financières d'une intégration en emploi sont dispensés aux participants ; 8) les CES établissent des contacts réguliers avec les principaux acteurs du marché du travail et plus

spécifiquement avec des employeurs potentiels afin de faire du démarchage (*job development*). En plus de ces huit principes centraux, l'agence nouvelle des solidarités actives (ANSA, 2020) propose d'ajouter deux principes soulevés par la recherche : soit 9) l'importance d'un CES pivot développant un contact privilégié et une alliance de travail solide avec le participant et 10) un nombre limité de participants par CES (20 à 25). Selon les recherches menées au cours des 20 dernières années, environ 50 % des personnes participant à ces programmes obtiennent un emploi compétitif, ce qui représente un résultat significatif si l'on considère qu'environ 15 % des personnes atteintes de TMG ont un emploi (Suijkerbuijk *et al.*, 2017). Cependant, il demeure important de garder en tête que la moitié des personnes souhaitant travailler et ayant participé à ces programmes reste sans emploi. Il convient donc de mieux comprendre les obstacles pouvant limiter les possibilités d'intégrer un emploi dans le marché régulier du travail.

#### 1.4.1 Les obstacles à l'intégration au travail freinant l'efficacité des PSE

D'importantes études systématiques ont été menées au cours des 20 dernières années sur les facteurs influençant l'obtention d'un emploi compétitif (Bond et Drake, 2008 ; Tsang *et al.*, 2010 ; Wewiorski et Fabian, 2004). Il a été conclu que les variables démographiques et les diagnostics psychiatriques sont faiblement liés aux chances d'occuper un emploi (Wewiorski et Fabian, 2004) et ne devraient pas être au centre de la recherche dans ce domaine, car ils ne peuvent pas être modifiés et ne devraient pas limiter l'accès au PSE (Bond et Drake, 2008). D'autres variables liées à la personne atteinte de TMG, comme les antécédents professionnels et la formation, le fonctionnement cognitif, les symptômes négatifs, les aptitudes sociales et l'auto-efficacité, sont toutefois liées à la probabilité d'obtenir un emploi (Bond et Drake, 2008 ; Tsang *et al.*, 2010). Les facteurs associés à l'environnement de l'individu, tels que le soutien social, la qualité des services de réadaptation fonctionnelle et vocationnelle et les prestations d'invalidité, sont également considérés comme des facteurs prédictifs de l'obtention d'un emploi (Bond et Drake, 2008 ; Tsang *et al.*, 2010).

#### 1.4.2 Les compétences des CES

Bien que la plupart des programmes aient sensiblement les mêmes principes directeurs ou philosophies d'intervention (voir plus haut les 8 à 10 principes), une variabilité importante est observée entre ces programmes concernant les pourcentages d'intégration en emploi de leurs

clients, oscillant entre 20 et 80 % (Frederick et VanderWeele, 2019; Kern *et al.*, 2018; Modini *et al.*, 2016a; Suijkerbuijk *et al.*, 2017). Ces différences de performance peuvent s'expliquer en partie par la fidélité des PSE aux modèles considérés comme les plus performants ou les mieux adaptés à leur contexte sociopolitique (Bond, Drake et Becker, 2010 ; Corbière *et al.*, 2014b; Dawson *et al.*, 2021). En outre, au sein d'une même agence ou d'un même PSE, certains CES réussissent beaucoup mieux que d'autres à aider leurs clients à intégrer et à conserver un emploi (Drake *et al.*, 2006; Dawson *et al.*, 2021).

Les CES sont des professionnels ayant des formations diverses (ex. : développement de carrière, travail social, psychoéducation, ergothérapie) et apprenant souvent leur rôle spécifique en emploi et au contact de leurs collègues et superviseurs (Butenko *et al.*, 2022; Corbière *et al.*, 2014a). Leurs connaissances, compétences et méthodes d'intervention peuvent donc différer en fonction de leur parcours scolaire et professionnel. Bien que ce rôle n'ait été que peu étudié jusqu'à présent, plusieurs chercheurs ont commencé à s'intéresser aux compétences centrales des CES dans la démarche d'intégration et de maintien en emploi des personnes ayant un TMG (Kinn *et al.*, 2021; Corbière *et al.*, 2014a; Teixeira *et al.*, 2020; Whitley *et al.*, 2010).

Whitley et ses collègues (2010) ont documenté, selon la perspective des CES et de leurs superviseurs, les caractéristiques et compétences considérées comme essentielles à leur travail. Pour ce faire, ils ont effectué des entrevues auprès de 16 CES et de 6 superviseurs de PSE situés au nord-est des États-Unis. De ces entrevues, ils ont extrait 8 dimensions regroupant les caractéristiques et compétences perçues comme centrales à leur rôle; (1) l'initiative, (2) la sensibilisation et le travail sur le terrain (outreach), (3) la persévérance, (4) la robustesse, (5) l'empathie, (6) la passion, (7) l'orientation vers le travail d'équipe et (8) le professionnalisme. L'*initiative* correspond à la capacité du CES à user de sa créativité et à trouver des moyens novateurs pour favoriser l'engagement et développer de bonnes relations avec les clients et les employeurs potentiels. *La sensibilisation et le travail sur le terrain* consistent à travailler dans le contexte réel du client et à visiter des entreprises afin de solidifier ou d'élargir leur banque d'employeurs. *La persévérance* est décrite par les CES et leurs superviseurs comme la capacité à supporter les frustrations et le rejet vécu autant au contact des clients (ex. : client qui ne rappelle pas, qui quitte un emploi après quelques jours sans avoir annoncé son intention) que des employeurs (ex. : difficultés à avoir accès aux employeurs, attitudes stigmatisantes de ceux-ci). La

*robustesse* (ou résistance) constitue pour sa part la réaction affective mobilisée dans la persévérance. Elle est décrite par les auteurs comme étant la capacité à ne pas être affecté personnellement par les difficultés et les échecs rencontrés. L'*empathie* est décrite par les CES comme étant la capacité à comprendre le vécu émotif et cognitif des clients, mais aussi des autres acteurs afin de consolider leur alliance de travail avec eux. La *passion* est l'enthousiasme des CES pour leur travail, principalement nourrie par la diversité de leurs tâches et la possibilité de voir, parfois, le résultat de leurs efforts. C'est cette passion qui rendrait les CES en mesure de surmonter les obstacles et les difficultés rencontrées au quotidien. L'*orientation vers le travail d'équipe* permet aux CES de bénéficier des conseils et du soutien des autres CES, des superviseurs, mais aussi de l'équipe traitante du client. Cette compétence demande de bonnes capacités de communication, l'ouverture aux perspectives différentes et l'humilité de demander du soutien. Le *professionnalisme* est décrit comme la capacité à maintenir un service humain, mais toujours guidé par l'objectif clair de l'intégration et du maintien en emploi. Cette compétence implique d'établir et de maintenir un cadre clair, de favoriser l'agentivité et la confiance en soi des clients en les encourageant à faire preuve d'autonomie et de courage. Cette compétence impliquerait également une bonne capacité à vendre les services et les compétences de clients aux employeurs et à les soutenir lorsque des difficultés surviennent en cours d'emploi. Bien que ces compétences ou attitudes soient considérées comme essentielles et favorisant l'atteinte des objectifs des PSE par les CES eux-mêmes et par leurs superviseurs, ces compétences n'ont pas été évaluées de façon longitudinale, ce qui ne permet pas d'en évaluer la réelle qualité prédictive.

En 2014, Corbière *et al.* se sont également penchés sur les compétences des CES qui prédisent l'acquisition et le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de TMG. Leur étude comportait deux objectifs : 1) élaborer un questionnaire couvrant un large éventail de compétences (attitudes, connaissances et comportements) des CES à partir de la littérature existante à ce sujet et d'analyses factorielles exploratoires menées auprès de 153 CES canadiens (n=97) et néerlandais (n=56) et 2) identifier, parmi ces compétences, celles qui sont les plus importantes pour aider les clients ayant un TMG à obtenir et conserver un emploi compétitif. En premier lieu, ils ont construit et validé l'outil, le *Behaviors, Attitudes and Knowledge in Employment Specialists* (BAKES), qui regroupe 90 compétences centrales réparties en 12 sous-échelles : 1) sensibilisation et aménagement du lieu de travail, 2) stratégies de recherche d'emploi, 3) aide à l'identification des intérêts professionnels



et du marché du travail, 4) comportements sociaux et mode de vie sain, 5) adaptation à la culture du lieu de travail et gestion de celle-ci, 6) relations avec les employeurs et les superviseurs, 7) relations avec les professionnels de la santé mentale, 8) gestion de la stigmatisation et de l'autostigmatisation, 9) soutien et approche centrée sur le client, 10) connaissances des symptômes cliniques et des services de santé/professionnels, 11) connaissances du lieu de travail et 12) connaissances des lois et des politiques relatives aux handicaps. Des analyses rétrospectives ont ensuite été effectuées entre les profils de compétences de CES tels qu'obtenus au BAKES et les résultats récoltés par ceux-ci dans la dernière année, c'est-à-dire le pourcentage de leurs clients ayant obtenu un emploi et le pourcentage de ceux-ci s'étant maintenu en emploi pendant plus de 6 mois. Leurs résultats suggèrent que les compétences interpersonnelles des CES sont particulièrement importantes. En effet, le *développement de relations de qualité avec les employeurs et les gestionnaires* était l'une des compétences les plus prédictives de l'obtention d'un emploi et du maintien en emploi. La compétence *soutien et approche centrée sur le client*, qui inclut des items à propos de l'alliance de travail, de l'empathie, du respect, de l'écoute et du soutien, était, elle aussi, liée à une plus grande chance pour les clients de se maintenir en emploi.

Quelques années plus tard, Teixeira *et al.* (2020) ont eux aussi abordé les compétences des CES qui sont considérées comme essentielles au rétablissement professionnel des personnes ayant un TMG, mais cette fois-ci en mettant l'accent principalement sur le point de vue des bénéficiaires de services. En utilisant des méthodes de recherche exploratoires et descriptives, ils ont développé et validé un questionnaire, le *Vocational Practices and Relationship Scale* (VPRS), qui s'intéresse principalement aux compétences liées à la capacité à susciter 1) l'espoir (ex. : mon CES m'aide à croire que je peux avoir un travail que j'aime), 2) l'autonomie (ex. : mon CES m'encourage à jouer un rôle actif dans ma réussite professionnelle), 3) l'acceptation et la confiance (ex. : mon CES m'aide à reconnaître mes qualités, mes talents et mes compétences liées au travail), 4) le sens et la valeur du travail (ex. : mon CES m'aide à penser que je peux avoir une vie professionnelle intéressante) et 5) une relation ou une alliance de travail favorable (ex. : j'ai une relation de confiance avec mon CES). Bien qu'ils n'aient pas étudié les liens entre ces diverses compétences et l'acquisition ou le maintien en emploi, il ressort de leur étude que les compétences considérées comme les plus importantes par les bénéficiaires des services semblent être celles liées à l'alliance

de travail et aux attitudes favorisant la confiance en soi et en l'avenir et non pas celles liées à des aspects plus techniques comme le fait d'être guidé pour demander des aménagements de travail.

Très récemment, Kinn et son équipe (2021) se sont employés à explorer et synthétiser les principales contributions des CES à la démarche de soutien à l'emploi selon les points de vue des clients ayant un TMG, des CES et de leurs superviseurs à travers une étude métaethnographique couvrant 16 études qualitatives publiées entre 2006 et 2018. Sept thèmes qui incarnent le travail des CES ont été révélés par l'analyse effectuée par les auteurs : (1) *c'est toi et moi qui cherchons*, qui représente la relation entre le client et le CES, (2) l'importance de prendre au sérieux les ambitions et les besoins des clients ayant un TMG, (3) *tracer la route*, qui représente le soutien personnel et pratique dispensé par le CES (ex. : aide à la rédaction du CV, préparation aux entrevues) (4) *explorer ce qui est caché*, ce qui correspond à la capacité du CES à soulever les forces des clients, à explorer leurs craintes, à restaurer leur confiance en soi et leur motivation à atteindre leurs objectifs (5) *être disponible et alerte*, qui correspond à la capacité du CES à agir avec diligence et proactivité dans les démarches de recherche d'emploi et dans leurs communications avec les différents acteurs impliqués (6) *éviter les accidents*, soit l'importance accordée aux suivis de maintien lorsque le client est en emploi et (7) *faire le pont*, qui correspond à la capacité du CES à aider le client ayant un TMG à surmonter les obstacles qu'il rencontre (ex. : soutien avec le transport, conserver un emploi, implanter les aménagements de travail).

De ces recherches, il ressort que le rôle du CES est complexe et bien que certaines tâches soient techniques et doivent être appuyées par des connaissances en lien avec le marché du travail, la santé mentale, les lois et programmes, les ressources disponibles, etc., la dimension relationnelle où la relation de confiance établie entre le CES et le client reste centrale et essentielle.

### 1.5 L'alliance de travail

Le concept d'alliance de travail puise ses racines dans les approches psychodynamiques et aurait été abordé en premier lieu par Freud qui considérait qu'une partie du transfert positif entre le patient et le thérapeute s'avérait utile et nécessaire à la réussite de la thérapie (Horvath *et al.*, 2011). Greenson (1965) poursuit dans cette même veine en clarifiant la différence entre la relation transférentielle qui est au cœur du travail analytique et la « relation réelle » qui s'installe entre

l'analyste et le client et à laquelle il donne le nom d'alliance de travail (AT). Selon lui, l'AT est caractérisée par un respect et une confiance authentique permettant à la dyade (analyste et client) de travailler de concert. Carl Rogers (1951), un des piliers des approches humanistes, met pour sa part en relief la relation thérapeutique qu'il perçoit comme étant nécessaire et suffisante au changement en thérapie. Cette relation thérapeutique est principalement portée par le thérapeute et ses composantes actives sont l'empathie, la congruence et un regard positif inconditionnel.

C'est avec la conceptualisation pan théorique de Bordin (1979) que le concept d'alliance de travail se démocratise et est adopté par les différentes écoles de pensée en psychothérapie et dans les professions liées aux relations humaines (Horvath *et al.*, 2011 ; Safran *et al.*, 2009). Selon cette conceptualisation, l'AT est composée de trois facteurs : un commun accord sur les objectifs de la démarche, un commun accord sur les tâches permettant l'atteinte de ces objectifs et le lien affectif se développant entre le client et l'intervenant. De très nombreuses études ont mesuré l'effet de l'alliance de travail sur l'amélioration clinique en contexte de psychothérapie et de counseling. En ce sens, une méta-analyse a démontré une forte association entre les deux notions (Flückiger *et al.*, 2018; Horvath *et al.*, 2011). Bien qu'il y ait beaucoup moins d'études sur la contribution de l'AT en contexte de réadaptation au travail, les connaissances scientifiques accumulées jusqu'à maintenant confirment que celle-ci est tout aussi importante qu'en contexte de psychothérapie ou de counseling (Lloyd, 2010). En outre, selon la perception des clients, la qualité de l'alliance de travail établie avec les intervenants serait plus importante que les composantes structurelles des programmes de réadaptation en santé mentale (Krupa *et al.*, 2005) et représenterait par conséquent un prédicteur important des résultats de la réadaptation (Howgego *et al.*, 2003). De plus, dans un contexte de réadaptation au travail, les clients ayant obtenu un emploi rapportaient une meilleure AT avec leur conseiller que ceux qui étaient sans emploi. Ils avaient aussi des attentes plus positives envers leur futur professionnel et étaient plus satisfaits de leur emploi que ceux dont l'alliance était plus faible (Donnell *et al.*, 2004). Deux études prospectives ont confirmé que la qualité de l'AT qui se développe entre le client et son CES constitue un prédicteur important de l'acquisition d'un emploi par la personne ayant un TMG (Catty *et al.*, 2008 ; Corbière *et al.*, 2017).

### 1.5.1 L'évaluation de l'alliance : Quelle perception compte ?

L'évaluation de la qualité de l'AT peut différer en fonction de la personne qui l'évalue (Couture *et al.*, 2006). Habituellement, le client a tendance à évaluer plus favorablement l'AT que le thérapeute, probablement parce que le thérapeute a tendance à focaliser son attention sur les signes de rupture de cette alliance (Shattock *et al.*, 2018). Plusieurs recherches en psychothérapie rapportent que l'évaluation de la qualité de l'alliance telle que perçue par le client est plus fortement prédictive des résultats thérapeutiques que l'évaluation du thérapeute (Horvath et Symonds, 1991). Des résultats semblables ont également été obtenus en counseling d'orientation (Elad-Strenger et Littman-Ovadia, 2012). Cependant, d'autres recherches en psychothérapie démontrent plutôt que, bien que l'évaluation en début de processus permette effectivement de prédire des effets thérapeutiques, la tendance semble s'inverser au fil du processus, de manière que l'évaluation du thérapeute devienne un meilleur prédicteur, notamment lorsque la mesure est effectuée plus tardivement (Betha *et al.*, 2008 ; Kivlighan et Shaughnessy, 2000).

Dans un contexte de soutien à l'emploi, l'évaluation de la qualité de l'alliance de travail par le CES est aussi, sinon plus, prédictive de l'obtention d'un emploi par le client que l'évaluation qu'en fait ce dernier (Catty *et al.*, 2008 ; Corbière *et al.*, 2017). Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que le travail du CES est très actif et nécessite une implication importante, par exemple en contactant des employeurs potentiels et en accompagnant les clients à des entrevues. Une hypothèse à cet effet est que la perception plus positive de l'alliance de travail par le CES pourrait influencer son intervention (ex. : mise en place de certaines tâches) et ainsi augmenter ou diminuer les chances de réussite pour ses clients en matière de réintégration au travail.

### 1.5.2 Les phases ou profils de développement de l'alliance.

L'alliance de travail étant considérée comme un processus, son niveau n'est pas nécessairement égal au fil de la démarche (Safran et Muran, 2007). La majorité des chercheurs s'étant intéressés aux liens entre l'AT et divers résultats thérapeutiques ont néanmoins utilisé un seul temps de mesure, et ce, malgré la reconnaissance de sa nature dynamique et processuelle (Ardito et Rabellino, 2011). Pour leur part, Crits-Christoph *et al.* (2011) rapportent que l'utilisation de plusieurs évaluations d'alliance précoces, par opposition à une seule, révèle une relation alliance-résultat trois fois plus forte que ce qui est rapporté dans les méta-analyses. Selon leurs résultats, un seul

score d'alliance représentait 4,7 % de la variance des résultats, tandis que la moyenne de six premières séances représentait près de 15 % de cette même variance. Dans la même veine, de nombreux auteurs précisent qu'il est beaucoup plus pertinent de multiplier les temps de mesure de l'alliance plutôt que de faire une seule mesure (Lloyd, 2010). De façon théorique, selon Horvath *et al.* (2011), une thérapie efficace est constituée d'une première phase où l'alliance est élevée suivie d'une deuxième phase caractérisée par une diminution de l'alliance causée par le travail thérapeutique qui s'avère confrontant pour le client, pour finalement se terminer par une dernière phase où l'alliance augmente de nouveau lorsque le thérapeute travaille avec le client en vue de réparer ces ruptures.

Pour Safran et Muran (2007), ce sont aussi les ruptures et leurs réparations subséquentes qui permettent de progresser dans le cadre d'une psychothérapie. Kivlighan et Shaugnessy (2000) ont testé cette hypothèse dans le cadre d'une recherche sur les profils de développement de l'AT lors des quatre premières rencontres entre des thérapeutes en formation et leurs clients. À l'aide d'une analyse de classification par regroupement (cluster analysis), ces auteurs ont isolé trois profils de développement de l'alliance : une alliance stable, une alliance croissante (linear growth) et une alliance en forme de U ou croissance quadratique. C'est ce dernier profil qui était associé à de meilleurs résultats thérapeutiques chez les clients. Quelques années plus tard, ayant recours à une méthode similaire, Stiles *et al.* (2004) découvraient quatre profils : des profils d'alliance croissant de façon linéaire, des profils stables, des profils en décroissance et des profils démontrant une croissance au départ et se stabilisant par la suite. Parmi ces profils, ils en ont observé certains présentant des segments en V, représentant une diminution suivie d'une augmentation de l'alliance. Ces profils particuliers démontraient de meilleurs résultats thérapeutiques. Cependant, de nombreux autres auteurs se sont intéressés aux profils de développement de l'alliance de travail, toujours du point de vue du client, sans trouver les profils en U ou en V, et ce, autant en psychothérapie (de Roten *et al.*, 2004 ; Loos *et al.*, 2015 ; Stevens *et al.*, 2007) qu'en counseling d'orientation (Covali *et al.*, 2011 ; Elad-Strenger et Littman-Ovadia, 2012 ; Heppner *et al.*, 2004 ; Multon *et al.*, 2011). Les profils les plus fréquents dans ces études sont :

1. ***un profil croissant de façon linéaire*** (Covali *et al.*, 2011 ; de Roten *et al.*, 2004 ; Elad-Strenger et Littman-Ovadia, 2012 ; Heppner *et al.*, 2004 ; Loos *et al.*, 2015 ; Multon *et al.*, 2011 ; Stiles *et al.*, 2004),

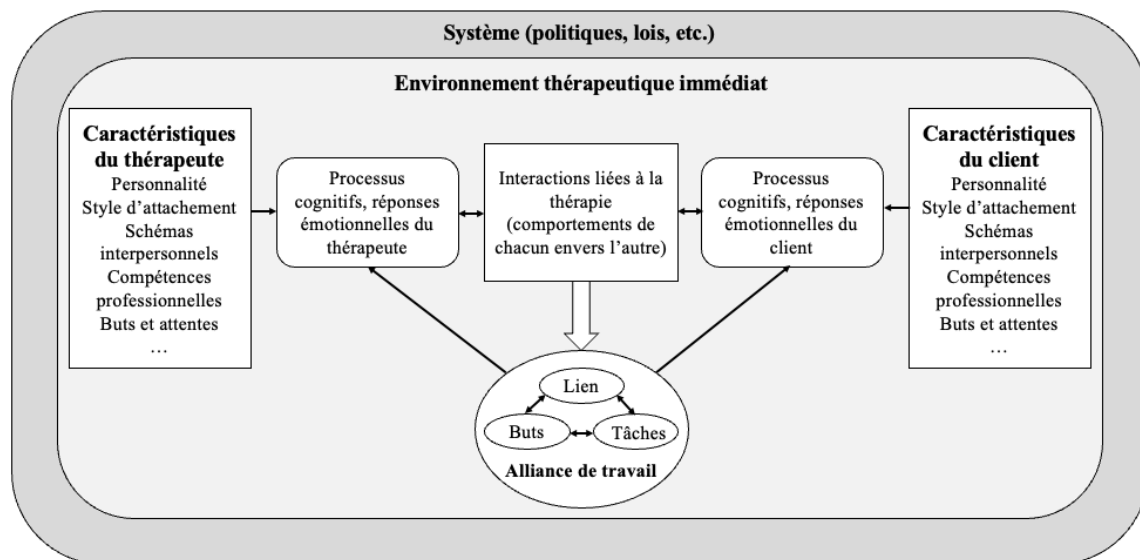
2. **un profil stable et élevé** (Covali *et al.*, 2011; de Roten *et al.*, 2004; Loos *et al.*, 2015; Stiles *et al.*, 2004),
3. **un profil décroissant** (Loos *et al.*, 2015; Stiles *et al.*, 2004).

Le profil le plus souvent associé à une amélioration clinique est celui représentant une croissance linéaire (Covali *et al.*, 2011 ; de Roten *et al.*, 2004 ; Elad-Strenger et Littman-Ovadia, 2012 ; Heppner *et al.*, 2004 ; Multon *et al.*, 2011).

### 1.5.3 Les facteurs liés à l’alliance de travail.

En 2008, Ross *et al.* (2008) s’attardent aux forces et aux limites de la conceptualisation de Bordin et travaillent à la bonifier (profondeur explicative), afin de mieux représenter les défis de la création et du maintien de l’alliance de travail en contexte de réadaptation en délinquance. Bien que le contexte de ce travail soit très spécifique, les résultats permettent d’appréhender la complexité des facteurs à considérer lorsque l’on s’intéresse aux processus de développement d’une alliance de travail entre un intervenant et un client. Leur représentation de l’alliance de travail (voir Figure 1.1) comprend les caractéristiques du thérapeute, les caractéristiques du client, les processus cognitifs et émotionnels qui, de part et d’autre, influencent les interactions entre les deux interlocuteurs ainsi que le contexte thérapeutique et social dans lequel se produit cette interaction.

Figure 1.1 Représentation de l’alliance de travail adaptée de Ross *et al.* (2008)



### 1.5.3.1 Les caractéristiques du thérapeute

Les thérapeutes loin d'être neutres, apportent une variété d'attributs dans la relation thérapeutique, certains provenant de leur formation professionnelle et d'autres de leurs expériences de vie personnelle (Norcross et Lambert, 2019). Les thérapeutes possèdent des traits de personnalité individuels distincts et des façons de s'engager avec les clients qui restent relativement constantes au fil du temps, façonnant ainsi l'expérience unique du client. Ces caractéristiques englobent des qualités telles que la chaleur, l'authenticité, ainsi que leurs styles d'attachement, qui jouent un rôle direct dans la formation de l'aspect relationnel de l'alliance thérapeutique (Wampold *et al.*, 2017; Wampold et Owen, 2021). En outre, les thérapeutes possèdent un vécu relationnel particulier et des schémas relationnels qui influencent leur perception et leurs réactions aux différents profils et attitudes des clients (An *et al.*, 2022; Marmarosh *et al.*, 2014). Les thérapeutes développent également au fil de leur formation initiale, de leur expérience clinique ou de leurs supervisions des compétences professionnelles qui peuvent être liées à l'aspect technique (ex. modèle thérapeutique, définition d'objectifs, outils thérapeutiques) ou à l'aspect relationnel de leur travail (ex. : le maintien et la réparation du lien) (Castonguay et Hill, 2017). Les thérapeutes peuvent également avoir des objectifs clairs, flexibles ou inflexibles dans leur démarche et développer des attentes pouvant être réalistes ou irréalistes en fonction de leurs caractéristiques ou de leurs préjugés positifs ou négatifs à l'égard de certaines caractéristiques des clients (Wampold *et al.*, 2017; Wampold et Owen, 2021).

### 1.5.3.2 Les caractéristiques du client

Les clients aussi s'engagent dans la relation thérapeutique avec leurs particularités, incluant leurs traits de personnalité, leurs compétences relationnelles, leurs symptômes et leurs styles d'attachement particuliers (Barrowclough *et al.*, 2010; Marmarosh *et al.*, 2014; Strauss *et al.*, 2006). Sans avoir les mêmes acquis professionnels que les thérapeutes, ils peuvent avoir des compétences en lien avec la thérapie, comme celles d'être en contact avec leur monde interne (sensations, émotions, pensées), être motivés et avoir la croyance qu'ils peuvent changer ou au contraire être peu confiants et peu outillés face à la thérapie (Wampold *et al.*, 2017). Leurs attentes par rapport à la thérapie peuvent être réalistes ou être trop faibles ou trop élevées et ainsi affecter l'alliance de travail (Wampold *et al.*, 2017).

### 1.5.3.3 Les caractéristiques du contexte

Le modèle inclus également les facteurs externes à la relation, tels que les contraintes liées aux règles et réglementations du système, les caractéristiques du contexte (ex : démarche volontaire ou non, doubles-rôle du thérapeute, autonomie du thérapeute dans le choix des clients), bien que ceux-ci aient été souvent ignorés par la recherche. Les auteurs suggèrent que ces variables sont des sources de perturbation ou de soutien pour le développement de l'alliance de travail, à la fois directement et indirectement (Ross *et al.*, 2008).

### 1.5.3.4 L'interrelation entre les facteurs

Les processus cognitifs et les réactions émotionnelles du client et du thérapeute l'un par rapport à l'autre sont influencés par leurs caractéristiques et sous-tendent leurs comportements et attitudes dans la relation. Ces comportements, qu'ils soient discrets (ex. : changement léger dans la posture, sourires, froncement des sourcils) ou plus imposants (ex. : choix d'intervention de la part de l'intervenant, réponses minimales de la part du client) viennent eux aussi engendrer des réactions chez l'autre acteur de cette relation (Ross *et al.*, 2008). De plus, bien que les qualités, compétences et comportements des deux acteurs soient importants, certains auteurs viennent préciser que c'est la perception plutôt que le comportement réel qui est le plus lié à l'alliance et aux résultats thérapeutiques (Horvath et Luborsky, 1993).

Bien qu'il y ait de nombreux facteurs à prendre en compte, les facteurs liés au thérapeute, et plus particulièrement sa capacité à être conscient des facteurs qui peuvent interférer avec l'alliance de travail et sa capacité à intervenir, sont d'une importance capitale (Ruiz-Aranda *et al.*, 2021). D'autres études ont montré que c'est la contribution du thérapeute à l'alliance qui explique le plus le changement thérapeutique (Wampold et Owen, 2021). En d'autres termes, c'est le thérapeute qui est responsable de la création et du maintien de cette alliance de travail malgré les symptômes, les difficultés et les caractéristiques du client.

## 1.6 Pertinence de la thèse

### 1.6.1 Lacunes dans la littérature sur les obstacles modifiables de l'intégration en emploi

Malgré la qualité des études systématiques effectuées sur les obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant un TMG et participant à un PSE, aucune ne s'est concentrée exclusivement sur



les obstacles à l'acquisition d'un emploi compétitif sur lesquels il est possible d'intervenir. De plus, ces revues ont été réalisées avant 2010 et comprenaient principalement des études quantitatives et prospectives, sans inclure les résultats d'études qualitatives. Récemment, Williams *et al.* (2016) ont réalisé une revue intégrative des facteurs ayant un impact sur le maintien en emploi des personnes ayant un TMG, mais à notre connaissance, il n'existe pas de revue similaire répertoriant les obstacles à l'acquisition d'un emploi.

### 1.6.2 Lacunes dans la littérature sur la contribution de l'alliance en contexte de soutien à l'emploi

Bien que l'alliance de travail soit considérée comme essentielle au processus de réintégration socioprofessionnelle, très peu d'études s'y sont spécifiquement penchées pour mieux comprendre les mécanismes en jeu (Lecomte *et al.*, 2011). De plus, les recherches abordant l'alliance de travail en réadaptation vocationnelle s'attardaient principalement au point de vue du client puisque celui-ci était considéré dans la littérature sur la psychothérapie et le counseling d'orientation comme plus prédictif des gains thérapeutiques (Donnell *et al.*, 2004 ; Lecomte et Savard, 2006). Considérant que le point de vue du CES est aussi, sinon plus prédictif de l'obtention d'un emploi sur le marché du travail compétitif (Catty *et al.*, 2008 ; Corbière *et al.*, 2017), notamment à partir d'échantillons conséquents (> 90 CES qui suivaient plus de 600 clients), il est donc important de s'y intéresser.

Les études ayant permis d'établir ces liens n'ont cependant utilisé qu'une seule mesure de l'alliance de travail chez le CES. Bien que plusieurs études aient été consacrées aux profils de développement de l'alliance et à leurs liens avec les résultats thérapeutiques, à notre connaissance, aucune étude n'a abordé spécifiquement les profils d'alliance de travail chez le CES et leurs éventuels liens avec l'obtention d'un emploi sur le marché du travail compétitif de leurs clients ayant un TMG.

## 1.7 Objectifs de recherche et hypothèses

Les objectifs généraux de cette thèse sont doubles. Premièrement, il s'agit de mieux comprendre les obstacles qui se présentent aux personnes ayant un TMG dans leur quête d'un rétablissement qui passe par l'intégration d'un emploi. Ce premier objectif est présenté dans le premier article qui comportait deux objectifs spécifiques : 1) identifier et intégrer les résultats des recherches quantitatives, qualitatives et mixtes accessibles de 1997 à 2017 sur les obstacles liés à l'acquisition

d'un emploi, et 2) accorder une attention particulière aux obstacles les plus saillants identifiés par les devis de recherche longitudinaux prospectifs. L'objectif clinique de cette étude est de résumer les connaissances acquises par les recherches antérieures afin d'aider les CES à choisir, développer ou mettre en œuvre des interventions qui aident leurs clients à surmonter ces obstacles. Cette étude permet également de cibler la thématique étudiée dans la seconde partie de la thèse (2<sup>e</sup> article).

Le second objectif général est d'approfondir nos connaissances sur l'un des obstacles identifiés dans la première partie de la thèse (revue intégrative de la littérature), soit l'AT se développant entre le CES et le client ayant un TMG. Cette étude poursuit également deux objectifs spécifiques. Le premier sous-objectif est de mieux comprendre le développement de l'AT telle qu'évaluée par le CES et sa relation avec l'obtention chez son client d'un emploi sur le marché du travail régulier. Les deux hypothèses liées à ce sous-objectif sont :

Hypothèse A. Selon la littérature scientifique, trois profils d'alliance de travail sont attendus : un profil en augmentation linéaire, un profil stable et élevé, et un profil en diminution.

Hypothèse B. Le premier profil devrait être le plus fortement associé au résultat du processus d'aide à l'emploi, c'est-à-dire à l'obtention d'un emploi, par rapport aux autres profils.

Le deuxième objectif spécifique est de mieux comprendre qualitativement les facteurs qui expliquent les profils d'alliance de travail découverts lors de la première phase ainsi que les liens entre ces profils et l'obtention ou non d'un emploi. La question de recherche liée à ce sous-objectif est la suivante :

Question C. Quels sont les facteurs qui influencent les différents modèles d'alliance de travail et les résultats de la démarche d'emploi selon point de vue du CES ?

## 1.8 Cadre épistémologique

Le paradigme épistémologique sous-tendant ce projet de recherche est dans la lignée constructiviste pragmatique (ou radical ou téléologique ; Von Glasersfeld, 2013 ; Le Moigne, 1997). Le postulat

fondamental de la posture constructiviste est que si la réalité existe, l'être humain n'a pas la possibilité de la connaître de manière rationnelle au-delà de l'expérience qu'il en a. Il est donc possible d'expérimenter la réalité humaine selon son propre point de vue. Par conséquent, cette réalité ne peut de ce fait être séparée de la personne qui en fait l'expérience. De façon plus spécifique, la posture constructiviste pragmatique affirme qu'il n'est pas nécessaire de se pencher sur la nature du réel. La recherche a plutôt pour but : « l'élaboration de représentations fonctionnellement adaptées et viables pour cheminer dans le monde ». Finalement, contrairement à la posture constructiviste de Guba et Lincoln (1989), le constructivisme pragmatique permet l'utilisation de tout type de méthode permettant de développer des connaissances et non exclusivement une méthodologie qualitative (Avenier, 2011).

## 1.9 Méthodologie

### 1.9.1 Méthodologie de l'article 1

Une revue intégrative des études adoptant un devis de recherche expérimental et non expérimental a été effectuée pour atteindre une compréhension globale des obstacles auxquels sont confrontées les personnes atteintes de TMG lorsqu'elles cherchent un emploi compétitif. Dans le domaine des sciences sociales, différents types de revues de la littérature sont couramment utilisés pour synthétiser les connaissances et les preuves existantes. Parmi celles-ci nous retrouvons les revues systématiques, les revues de portée (scoping reviews) et les revues interprétatives. Les revues systématiques ont pour objectif de répondre à des questions de recherche spécifiques en collectant et en analysant systématiquement des données provenant de plusieurs études dont la méthodologie et la portée sont habituellement très précises (Munn *et al.*, 2018). Les revues de portée (scoping review) pour leur part sont de nature exploratoire et visent à cartographier les preuves existantes sur un sujet, en identifiant les concepts clés, les sources de preuves et les lacunes en matière de connaissances, et ce, en intégrant diverses méthodologies (Munn *et al.*, 2018). Elles fournissent une vue d'ensemble de la littérature sans nécessairement répondre à des questions de recherche spécifiques et ont une visée plutôt descriptive (Peters *et al.*, 2020). Les revues intégratives, ont tout comme les revues de portée, un objectif exploratoire et plus large que les revues systématiques, mais ont une visée plus interprétative que descriptive (Elsbach et van Knippenberg, 2020). Elles impliquent une analyse et une synthèse approfondies des données provenant d'une grande variété de méthodologie, de disciplines ou de points de vue afin d'identifier des modèles et des relations,

ce qui conduit à un niveau de conceptualisation plus élevé (Whittemore et Knafl, 2005). Les revues intégratives permettent donc d'explorer des sujets complexes en utilisant une approche interprétative et inclusive très cohérente avec la posture constructiviste pragmatique.

Les cinq étapes de la recherche intégrative telles qu'énoncées par Whittemore et Knafl (2005), soit : 1) l'identification du problème, 2) la recherche documentaire, 3) l'évaluation des données, 4) l'analyse des données et 5) la présentation des résultats, ont été utilisées comme cadre de travail pour cette revue.

Cette revue intégrative comprend des articles en anglais et en français extraits de bases de données électroniques : *Cochrane Library*, *Cumulative Index of Nursing and Allied Literature*, *Embase*, *Medline* et *PsychINFO*, de janvier 1997 à décembre 2017, en utilisant les principaux termes de recherche et les critères d'inclusion et d'exclusion tels que présentés dans le tableau 1.1.

Tableau 1.1 Termes de recherche et critères d'inclusion et d'exclusion

Facteurs	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion	Termes de recherche
<b>Participants des études</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultes ayant un trouble mental grave ou d'un handicap psychiatrique (par exemple, schizophrénie, troubles psychotiques, dépression majeure, troubles bipolaires).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultes ayant des troubles mentaux courants (par exemple, l'anxiété) ou d'autres problèmes de santé.</li> <li>- Population spécifique ou troubles concomitants (par exemple, vétéran, personnes judiciairisées).</li> <li>- Retour au travail (c'est-à-dire le même emploi qu'avant le congé de maladie).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble mental grave, handicap psychiatrique.</li> <li>- <i>Severe mental illness, psychiatric disability.</i></li> </ul>
<b>Statut d'emploi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emploi compétitif : Emploi rémunéré sur le marché ordinaire, payé au salaire du marché.</li> <li>- Emploi obtenu par le biais d'un service professionnel (par exemple, IPS / programme d'emploi assisté), d'une entreprise sociale ou d'une société sociale, ou de manière indépendante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emploi non compétitif : Emplois qui ne sont pas rémunérés au prix du marché ou qui ne font pas partie du marché du travail ordinaire (par exemple, les emplois de transition du « Clubhouse », les ateliers protégés, le travail bénévole).</li> <li>- Le type d'emploi n'est pas défini.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien à l'emploi, placement et soutien individualisé, firme sociale, entreprise sociale, entreprise positive.</li> <li>- <i>Supported employment, individual placement and support, social firm, social enterprise, affirmative business.</i></li> </ul>
<b>Acquisition d'un emploi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui/Non</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration professionnelle, acquisition d'un emploi, emploi.</li> <li>- <i>Job integration, job acquisition, employment.</i></li> </ul>
<b>Objectifs des études</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Étudier (un ou plusieurs) facteurs ou obstacles modifiables (individuels ou environnementaux) influençant l'acquisition d'un emploi (par exemple, des facteurs sur lesquels nous pouvons intervenir).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Étudier les facteurs non modifiables influençant l'acquisition d'un emploi (les facteurs sur lesquels il n'est pas possible d'intervenir, tels que l'âge, le sexe, etc.)</li> <li>- Étudier les programmes ou les interventions qui influencent l'acquisition d'un emploi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteurs, variables, obstacles, barrières.</li> <li>- <i>Factors, variables, obstacles, barriers.</i></li> </ul>

Des articles supplémentaires ont été obtenus en examinant les listes de référence des articles initialement trouvés et en effectuant une recherche de citations sur Google Scholar. Cette stratégie de recherche a permis d'extraire 192 articles. Sur ces 192 résumés identifiés, 115 ont été examinés et exclus par les deux auteurs parce que les articles ne répondaient pas aux critères d'inclusion (ex. : population sélectionnée, statut d'emploi). En outre, les études qui ont été incluses dans les méta-analyses ont été exclues afin d'éviter la répétition des données. Les 77 études restantes ont été obtenues en textes intégraux et examinées par les deux auteurs. Les décisions concernant l'inclusion ont été prises par consensus : 38 études ont été exclues à ce stade sur la base des critères

d'inclusion/exclusion (12 examinaient l'efficacité du PSE ; 10 se concentraient sur des emplois non compétitifs ; 6 n'étaient pas liées à l'acquisition d'un emploi ; 3 examinaient uniquement des facteurs non modifiables, c'est-à-dire l'âge, le sexe, le diagnostic, influençant l'acquisition d'un emploi ; et 1 comprenait une population qui ne correspondait pas aux critères d'inclusion). Trente-neuf études ont été retenues à ce stade : 28 études quantitatives, 9 études qualitatives et 2 études à méthode mixte.

Les deux auteurs ont évalué la qualité méthodologique de ces articles à l'aide du *Mixed Method Appraisal Tool* (MMAT ; Pluye et Hong, 2014), un outil d'évaluation validé spécialement conçu pour les revues systématiques utilisant des études quantitatives, qualitatives et mixtes. L'outil se compose de 10 critères, dont 4 sont spécifiques aux études quantitatives, 4 autres aux études qualitatives, tandis que les 10 critères sont utilisés pour les études mixtes. Les notes attribuées à chaque étude varient de 25 % (un critère rempli) à 100 % (tous les critères sont remplis). L'évaluation de la qualité a été réalisée par les deux auteurs, et les désaccords ont été résolus par la discussion jusqu'à l'obtention d'un consensus. Les articles dont le score était inférieur à 25 % ont été exclus, ce qui a conduit à quatre exclusions : deux études quantitatives et deux études à méthodes mixtes.

Les données concernant les aspects méthodologiques des 35 études restantes (26 quantitatives et 9 qualitatives), les informations sur les participants, les mesures utilisées et les définitions des résultats, ainsi que les résultats concernant les obstacles modifiables à l'emploi, ont ensuite été extraits de chaque étude et résumés. Les facteurs modifiables sont définis comme tous les facteurs sur lesquels les conseillers peuvent intervenir, de sorte que les facteurs immuables tels que le sexe, l'âge (ou le diagnostic psychiatrique) n'ont pas été pris en compte. Les facteurs tels que les antécédents professionnels et le niveau de scolarité ont été inclus dans les facteurs modifiables parce que des programmes tels que le soutien aux études ou l'acquisition d'une expérience professionnelle dans le cadre de programmes de formation professionnelle peuvent modifier le statut des personnes atteintes de TMG. Le type de PSE dans lequel les participants étaient engagés a été extrait et inclus dans la partie méthodologique des tableaux, mais n'a pas été étudié en tant que facteur pouvant représenter un obstacle à l'intégration professionnelle. L'efficacité des différents PSE a été largement étudiée (Suijkerbuijk *et al.*, 2017) et n'a pas fait l'objet de la présente revue.

Une synthèse thématique des données a été utilisée pour mettre en évidence les facteurs communs et les différences entre les études sélectionnées. Pour ce faire, une approche inductive a été utilisée et les thèmes ont été développés en utilisant une méthode de comparaison constante entre les résultats. Cette méthode issue de la théorisation ancrée implique la comparaison itérative des données au cours de la collecte et de l'analyse afin de développer des catégories et d'identifier des schémas et des relations en considérant l'ensemble de données (Barnett-Page et Thomas, 2009). Ensuite, les 18 études prospectives ont été isolées et analysées à l'aide de la méthode de synthèse des meilleures preuves qui permet d'établir le poids des preuves en fonction de critères et règles prédéterminés (Slavin *et al.*, 2009). Les règles de synthèse des données probantes ont été adaptées de Gragnano *et al.* (2018) et utilisées pour synthétiser les résultats de ces études tout en mettant en évidence les facteurs les plus saillants. Les qualificatifs « limité », « modéré », « fort » et « incohérent » reflètent le nombre d'études portant sur un facteur et la cohérence des résultats entre elles (résultats significatifs ou non significatifs). Par exemple, lorsque la grande majorité des études concluent qu'un facteur donné est significativement lié à la variable étudiée, dans ce cas-ci, l'acquisition d'un emploi, la force de la preuve est qualifiée de forte. Lorsque les résultats sont plus inconstants d'un article à l'autre, il s'agit de preuves plus limitées, voire incohérentes. Cette méthode ne constitue pas une mesure de l'ampleur des résultats en termes de taille d'effet.

### 1.9.2 Méthodologie de l'article 2

Une méthode mixte explicative séquentielle en deux phases (Briand et Larivière, 2020) a été adoptée pour répondre aux objectifs de cette étude. Les recherches menées à l'aide de méthodes mixtes fournissent une contribution significative en combinant des approches quantitatives et qualitatives, ce qui permet de renforcer la rigueur d'une étude, mais également d'obtenir une appréhension approfondie et riche des problèmes de recherche et des phénomènes complexes (Briand et Larivière, 2020). Cette méthode en deux phases permettait d'illustrer, de confirmer, d'élargir et de renforcer les conclusions découlant des résultats quantitatifs à l'aide des résultats qualitatifs afin de développer une compréhension plus complète du phénomène à l'étude. La première phase, de nature quantitative corrélationnelle longitudinale, visait à répondre au premier objectif, en particulier aux hypothèses A et B, tandis que la deuxième phase, de nature qualitative, visait à répondre au dernier objectif, en particulier à la question de recherche C..

### 1.9.2.1 Procédures de collecte de données et participants

Pour atteindre le premier objectif, des CES des PSE de la province de Québec (Canada) ont été recrutés. Ces PSE ont participé précédemment à une étude pancanadienne dans laquelle seuls les PSE qui adhéraient aux huit principes fondamentaux des PSE étaient retenus (Corbière *et al.*, 2017). Pour participer à l'étude, les CES devaient répondre à deux critères : ils devaient être employés par l'organisation depuis au moins un an et ils devaient servir une clientèle atteinte de TMG. Les CES ont été recrutés pour cibler chacun 5 nouveaux clients atteints de TMG selon les critères d'inclusion suivants : 1) sans emploi au moment de l'entrée dans le programme, 2) à la recherche d'un emploi compétitif, 3) doivent participer à au moins 3 rencontres avec leur CES. Les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurodéveloppemental, de trouble neurologique ou de démence ont été exclues de l'étude. Pour chaque client, le CES a été invité à mesurer l'AT, selon sa propre perception, au cours des 3 ou 4 premières réunions avec le client, puis à suivre les résultats du processus, c'est-à-dire l'obtention ou non d'un emploi dans les 6 mois suivants la première rencontre.

Pendant la période de recrutement, qui s'est déroulée de septembre 2020 à avril 2022 (19 mois), le projet de recherche a été présenté à l'équipe de CES de plusieurs PSE. Les CES ont été rencontrés individuellement à l'aide d'une plateforme de visioconférence afin de s'assurer de leur compréhension du projet de recherche et de permettre aux CES de poser des questions sur l'étude. 29 conseillers ont ainsi été recrutés. Le premier questionnaire, portant sur leurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, a également été réalisé par téléphone afin d'obtenir des réponses claires et complètes. Un document de suivi des différents questionnaires à remplir au cours du projet de recherche leur a aussi été remis à cette occasion. Ce document contenait tous les liens vers les questionnaires en ligne (LimeSurvey) ainsi que le calendrier du recueil des données. Dès qu'un questionnaire était rempli, le chercheur recevait une notification. Le premier auteur (E.C-D.) a effectué un suivi mensuel par téléphone et par courrier électronique afin de maintenir le contact avec tous les ES, d'évaluer les problèmes rencontrés et de répondre à leurs questions et préoccupations. Lorsque les CES recrutaient des clients, un rappel était envoyé chaque semaine afin de s'assurer qu'ils remplissent le questionnaire d'AT rapidement après chaque rencontre avec leurs clients. Six CES ont recruté 30 clients et ont rempli au moins un questionnaire. Malheureusement, seuls 18 de ces clients ont participé à 3 rencontres ou plus avec leur CES.



Pour atteindre le deuxième objectif – une meilleure compréhension des facteurs influençant les différents profils de l’alliance de travail selon la perspective du CES –, une approche exploratoire qualitative a été utilisée. Cette méthode est particulièrement adaptée à l’objectif de la recherche puisqu’elle implique la compréhension et la description d’un phénomène complexe du point de vue du CES (O’Reilly et Cara, 2020). L’objectif était donc d’explorer plus en détail les résultats obtenus lors de la première phase du projet de recherche afin d’évaluer le point de vue du CES sur ces résultats d’AT.

Pour ce faire, les CES ont été rencontrés individuellement par la première auteure (É.C.D) via une plateforme de visioconférence pour des entretiens semi-structurés. Seuls cinq des six CES ont été interrogés, car l’un d’entre eux a quitté l’organisation et n’était plus disponible. Chaque entretien enregistré a duré de 40 à 75 minutes et s’est concentré sur un seul profil d’AT afin de comprendre les facteurs qui ont contribué à son développement dans le temps. Au total, 17 entretiens ont été réalisés, la plupart des CES ayant participé à plus d’une entrevue en fonction du nombre de clients recrutés. Le contenu des entrevues a été transcrit de façon intégrale dans un logiciel de traitement de texte par la première auteure. Les verbatims de ces premiers entretiens ont été analysés, toujours par la première auteure afin d’en extraire le sens et de construire un résumé représentant l’expérience telle qu’elle a été rapportée par les CES pour chaque profil d’alliance de travail. Ces résumés individuels ont été envoyés à chaque CES avant un second entretien. L’objectif de ce deuxième entretien, mené par la première auteure, était de s’assurer que le résumé reflétait bien le point de vue des CES et de poser des questions complémentaires.

#### 1.9.2.2 Instruments

Questionnaire sociodémographique du CES. Le premier questionnaire (Annexe C) a été conçu pour obtenir des informations sur les CES tout en s’assurant qu’ils répondent aux critères d’inclusion. Les questions sociodémographiques portaient sur le sexe, l’âge, le niveau de scolarité et le nombre d’années d’expérience en tant que CES (en général et pour le PSE actuel). Ces informations ont été recueillies par téléphone auprès des CES afin d’obtenir des réponses claires et complètes.

Questionnaire sociodémographique du client. Le second questionnaire (Annexe D) a été conçu pour obtenir des informations sur les clients des CES. Les questions sociodémographiques portent

sur l'âge, le diagnostic, la durée de l'absence du marché du travail régulier et des informations sur les prestations d'invalidité reçues par le client. Ces informations ont été aussi recueillies auprès des CES par téléphone.

Inventaire de l'alliance de travail. La version courte du Working Alliance Inventory (WAI; Horvath et Greenberg, 1989; Annexe C) est validée en français (Corbière *et al.*, 2006). Cet outil comporte l'avantage d'avoir été validé auprès d'intervenants en réadaptation et de leurs clients atteints de TMG (Corbière *et al.*, 2006). Basé sur la conception de Bordin, il comprend 12 items dont les choix de réponses correspondent à une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 7 (toujours) points. L'outil se compose de deux versions, une version pour le client et une version pour le conseiller. Seule la version Conseiller (Annexe E) a été utilisée dans ce projet de recherche. Bien que l'outil soit construit selon trois sous-échelles : objectifs (4 items), tâches (4 items) et liens (4 items), un score global peut également être utilisé; ce qui a été le cas dans cette étude. En 2006, Corbière *et al.* ont fait une étude de la validation de la structure théorique du Working Alliance Inventory auprès d'un échantillon de 30 gestionnaires de cas (infirmières et technicienne en éducation spécialisée) intervenant auprès de 150 clientes et clients ayant un diagnostic de TMG. Cette étude suggère que chacune des deux versions mesure un seul facteur (Corbière *et al.*, 2006). Dans cette étude, on obtenait un coefficient de cohérence interne de 0,93 au score général pour la version « conseiller ». Dans l'étude incluse dans la présente thèse, les coefficients de cohérence interne obtenus à l'échelle globale sont de 0,96, 0,95 et 0,96 pour les temps de mesure 1, 2 et 3 respectivement.

Mesure de l'acquisition d'un emploi. Le client était considéré comme ayant obtenu un emploi lorsqu'il avait travaillé au moins un jour dans un emploi compétitif, c'est-à-dire un emploi à temps partiel ou à temps plein qui n'est pas réservé aux personnes présentant une incapacité de travail et qui offre un salaire au moins égal au salaire minimum en vigueur.

Schéma d'entrevue. Un canevas d'entrevue semi-structuré (Annexe F) créé par la doctorante à partir du modèle de Ross (2008) et incluant plusieurs questions tirées du Therapist Relationship Interview (Tri-T; Safran et Muran, 2008) a été utilisé. Les questions intégrées dans ce canevas portent sur les facteurs qui ont pu, selon la perception des conseillers spécialisés, influencer le développement d'un profil d'alliance de travail spécifique ainsi que les retombées sur le plan de l'emploi (obtention ou non d'un emploi standard). De façon plus spécifique, les facteurs suivants

ont été abordés en fonction du modèle de Ross *et al.* (2008) : 1. Les facteurs liés au client (p. ex. le diagnostic, les traits personnels et attitudes), 2. Les facteurs liés au conseiller spécialisé (p. ex. les traits personnels et attitudes, le niveau d'épuisement), 3. Les facteurs liés à l'alliance de travail (p. ex. entente sur les objectifs, sur les tâches), 4. Les facteurs liés au contexte spécifique et général (p. ex. le nombre de dossiers dans la charge de cas du conseiller, les programmes et mesures liées à l'emploi.. Le canevas d'entrevue comporte 5 questions principales ainsi que des questions de relance et demandes de clarifications. Voir le schéma d'entretien en annexe F pour plus de précision)

### 1.9.2.3 Analyses

Pour vérifier l'hypothèse A, une analyse de regroupement hiérarchique basée sur la méthode de la variance minimale de Ward (1963) a été utilisée. L'analyse de regroupement est un type de technique permettant de regrouper des cas similaires en groupes distincts (Byrne et Uprichard, 2012). La méthode de la variance minimale de Ward est une méthode hiérarchique de regroupement des cas qui permet de créer des grappes en minimisant la variance intra-groupe et maximisant la variance inter-groupe, assurant ainsi une similarité maximale au sein des clusters tout en maintenant leur distinction (Maimon et Rokach, 2005). Le nombre de grappes a été déterminé sur la base d'une procédure de réduction itérative comportant une inspection visuelle du tracé vertical des dendrogrammes (représentant chaque étape de la procédure de regroupement), du terme d'erreur (c'est-à-dire le coefficient d'agglomération) tout en veillant à ce que toutes les grappes comprennent au moins 10 % des participants (Hair et Black, 2000). Le choix d'une solution en trois grappes a été ensuite confirmé en inspectant les profils d'alliance associés à chacun des regroupements pour vérifier que ceux-ci s'avéraient semblables entre eux, différents des profils associés aux autres regroupements et qu'ils aient un sens sur le plan clinique. Contrairement à l'approche de Kivlighan et Shaughnessy (2000), qui se basait sur un calcul de déviation de l'alliance de travail pour isoler la forme du modèle d'alliance, notre étude s'est appuyée sur les scores généraux du WAI pour former des regroupements intégrant à la fois le niveau et la forme de l'alliance, suivant la proposition de de Roten *et al.* (2004). Pour répondre à l'hypothèse B, des analyses de fréquence ont été effectuées entre les différents groupes obtenus et l'acquisition d'un emploi.

Pour répondre à la question C et explorer les perceptions des CES sur les facteurs qui ont influencé les modèles d'alliance de travail et les retombées sur le plan de l'emploi, les données obtenues lors des entretiens ont été soumises à une analyse thématique selon l'approche de Paillé et Mucchieli (2021). Ce type d'analyse est particulièrement approprié pour décrire un phénomène complexe et peu exploré, tout en permettant une compréhension riche et détaillée de ce phénomène (Paillé et Mucchieli, 2021). Un niveau d'analyse interprétatif descriptif a été choisi pour saisir l'expérience vécue et sa signification afin de progresser vers une compréhension du phénomène (Gallagher et Marceau, 2020). Pour ce faire, le contenu des entretiens a été intégralement retranscrit dans un logiciel de traitement de texte par la première auteure et importé dans le logiciel NVivo version 12 (QSR International, 2018). L'analyse thématique a été effectuée en plusieurs étapes. Lors de la première étape, la première auteure a effectué une première analyse thématique intra-cas. Il s'agissait alors d'extraire d'un seul cas, les thématiques abordées par la CES, soit les facteurs liés à la conseillère, celles liées au client et celles liées au contexte, qui selon sa perception ont influencé ce profil d'alliance spécifique. Ces facteurs ont été transcrits sur des Post-its et positionnés sur de grands cartons dans l'optique de représenter l'interrelation entre ces différents facteurs et ainsi en avoir une représentation visuelle. Cette première étape de l'analyse a permis de rédiger les résumés d'entretien qui ont ensuite été envoyés aux conseillères afin d'en vérifier l'exactitude ou d'y ajouter de l'information. Suite à la deuxième entrevue, les résumés ont été corrigés et une seconde analyse, cette fois-ci s'intéressant aux similitudes et différences se retrouvant entre les cas (inter-cas). Cette seconde étape comportait 4 niveaux d'analyse; 1. une analyse des similitudes et différences entre les cas où il y a eu obtention d'un emploi et ceux où il n'y en a pas eu, 2. une analyse des similitudes et des différences entre les cas se retrouvant dans différents profils d'alliance (ex. ceux du profil Stable et Élevé et ceux du profil Stable et Faible), 3. une analyse des similitudes et des différences entre les cas appartenant à un seul profil (ex. tous les cas du profil Stable et Élevé) et 4. une analyse des similitudes et des différences entre les cas en fonction de la conseillère auxquels ils sont associés. Bien que des catégories générales issues de la conceptualisation de Ross *et al.* (2008) aient été utilisées comme cadre général de l'entrevue, le processus de thématisation dans chacune de ces grandes catégories a été réalisé de façon inductive afin que les thèmes représentent, autant que possible, les propos des sujets participant à l'étude (Paillé et Mucchieli, 2021). Cette démarche itérative de thématisation des verbatims et des résumés a permis de développer un arbre de thèmes

progressivement révisés, regroupés et organisés jusqu'à ce que la première auteure considère que tous les extraits ont été adéquatement représentés.

Pour s'assurer de limiter les biais provenant de l'auteure dans la création de ces thèmes, celle-ci a utilisé deux outils pour favoriser sa réflexivité quant à sa propre subjectivité. L'auteure a utilisé, au fil de la recherche, un journal de bord afin de prendre compte de ses biais et présomptions quant au matériel recueilli et ainsi les encadrer afin de laisser la place à la voix des participants (Morrow, 2005). Cette démarche était d'autant plus importante que la première auteure a elle-même une expérience clinique à titre de CES et d'intervenante de réadaptation et son vécu peut-être semblable ou encore très différent de ceux des CES rencontrées dans le cadre de cette étude. Ce travail de prise de conscience et de mise entre parenthèses (bracketing) visait à adopter une posture de naïveté intentionnelle où il est attendu que la chercheuse laisse de côté ses a priori et conceptions personnelles et adoptent une attitude d'ouverture et d'empathie au vécu des sujets (Tracy, 2019). À cet effet, l'expérience clinique de la première auteure a facilité l'adoption et le maintien de cette posture au cours des entretiens. En effet, selon Savoie-Zajc (2019), les compétences affectives, cognitives et techniques nécessaires à la conduite fluide d'une entrevue de recherche semi-dirigée s'apparentent grandement à celles nécessaires à une entrevue clinique. Aussi, vers la fin de la thématisation, l'auteur a fait appel au deuxième auteur (M.C.) pour confronter sa compréhension du matériel obtenu (Morrow, 2005). L'objectif n'était pas d'obtenir un consensus sur les thèmes présents, mais d'aider la première auteure à remettre en question sa compréhension du matériel, à prendre du recul et ainsi mieux ancrer celle-ci dans le matériel présenté par les participants.

## CHAPITRE 2

### ARTICLE 1 :

#### AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE BARRIERS TO JOB ACQUISITION FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESSES

Charette-Dussault, É. et Corbière., M. (2019). An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(7), 523-537. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001013>

## **Abstract**

This integrative review analyses and synthesizes specialized literature of 20 years up to 2017 studying barriers/obstacles to employment for people with severe mental illnesses. The inclusion and exclusion criteria led to 35 experimental and nonexperimental studies. Results of the prospective studies were analyzed with the evidence synthesis method to isolate the most salient obstacles. Six main themes emerged from the findings, grouped into personal and environmental barriers. Environmental barriers were related to disability benefits and other physical resources, to stigma and social support, and to vocational services. Individual barriers included those related to illness, to work experience and skills, and to self-perception, fears, and motivation. The most prominent obstacles are lack of work experience and lack of use of effective strategies toward employment. Systematically identifying barriers to employment for people with severe mental illnesses will enable employment specialists to better support their clients in overcoming them, thus facilitating their work integration.

**Key Words:** Severe mental illness, competitive employment, barriers to employment, obstacles to employment, review

## **Résumé**

Cette revue intégrative analyse et synthétise la littérature spécialisée des 20 dernières années, jusqu'à 2017, qui étudie les barrières/obstacles à l'emploi pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont conduit à 35 études expérimentales et non expérimentales. Les résultats des études prospectives ont été analysés à l'aide de la méthode de synthèse des données probantes afin d'isoler les obstacles les plus importants. Six thèmes principaux ont émergé des résultats, regroupés en obstacles personnels et environnementaux. Les obstacles environnementaux sont liés aux prestations d'invalidité et aux autres ressources physiques, à la stigmatisation et au soutien social, ainsi qu'aux services professionnels. Les obstacles individuels sont liés à la maladie, à l'expérience professionnelle et aux compétences, ainsi qu'à la perception de soi, aux craintes et à la motivation. Les obstacles les plus importants sont le manque d'expérience professionnelle et le manque d'utilisation de stratégies efficaces pour l'emploi. L'identification systématique des obstacles à l'emploi des personnes atteintes de

maladies mentales graves permettra aux spécialistes de l'emploi de mieux aider leurs clients à les surmonter, facilitant ainsi leur intégration professionnelle.

**Mots clés :** Maladie mentale grave, emploi compétitif, barrières à l'emploi, obstacles à l'emploi, examen



## 2.1 Introduction

Research results indicate that a considerable proportion of people with severe mental illnesses (SMI) wants to work and consider themselves able to do so (Mueser & McGurk, 2014). Working is a major determinant of social inclusion and plays a critical role in the life and recovery of people with SMI (Drake & Whitley, 2014). However, it is still difficult for this population to penetrate the competitive market— only 10% to 25% of people with SMI work in the competitive market (Haro et al., 2011; Mueser & McGurk, 2014). Supported employment programs (SEP) and, particularly, the individual placement and support (IPS) model have been identified as evidence-based practices that allow people with SMI to obtain competitive employment. In a multitude of randomized controlled trials in which SEP were assessed, the superiority of their results when compared with other vocational programs was evident (Bond & Drake, 2014; Carmona et al., 2017; Modini et al., 2016a; Suijkerbuijk et al., 2017). Despite the contributions of SEP, work successes face a ceiling effect, limiting the proportion of work integration of people with SMI to nearly 60% (Marshall et al., 2014).

Consequently, even if people with SMI increase their chances of getting competitive employment by implementing SEP, persistent barriers to employment still exist. In specialized literature, these barriers are associated with different sources, such as the individual characteristics associated with the person with SMI, the competitive market, and the social environment.

Some important systematic reviews have been conducted in the last 20 years, investigating factors affecting competitive employment acquisition (Bond & Drake, 2008; Tsang et al., 2010; Wewiorski & Fabian, 2004). It has been concluded that demographic variables and psychiatric diagnoses are weakly related to job opportunities (Wewiorski & Fabian, 2004) and should not be the focus of research in this area as they cannot be modified and should not limit access to SEP (Bond & Drake, 2008). Other variables related to the individual with SMI, such as employment history and training, cognitive functioning, negative symptoms, social skills, and self-efficacy, are, however, related to the likelihood of getting a job (Bond & Drake, 2008; Tsang et al., 2010). Factors associated with the individual's environment, such as social support, quality of general and vocational rehabilitation services, and disability benefits, are also found as predicted factors in gaining employment (Bond & Drake, 2008; Tsang et al., 2010).

Despite the quality of these reviews, none focused exclusively on barriers to competitive employment acquisition in which we can intervene. Furthermore, these reviews were conducted before 2010 and included mostly quantitative, prospective studies and did not include the findings of qualitative studies. Recently, Williams et al. (2016) carried out an integrative review of the factors impacting job tenure for people with SMI, but to our knowledge, there is no similar review on barriers to job acquisition. Thus, we can complete the work integration picture of people with SMI by gaining a more complete portrait of the barriers to job acquisition.

The aim of this integrative review was, therefore, to analyze and synthesize quantitative and qualitative literature about the barriers inherent to the acquisition of competitive employment within the context of people with SMI. To reach this goal, two objectives are pursued: a) to identify and integrate the available quantitative, qualitative, and mixed method research investigating barriers linked to job acquisition, and b) to pay specific attention to the most prominent barriers identified by prospective research only. The clinical purpose of this review was to summarize the knowledge acquired by previous research to help employment specialists to choose, develop, or implement interventions that support their clients to overcome these barriers.

## 2.2 Methods

An integrative review of experimental and nonexperimental research was used to gain a comprehensive understanding of the barriers faced by people with SMI when searching to gain competitive employment. The five steps of integrative research, as stated by Whitemore and Knafl (2005)—a) the problem identification stage, b) the literature search stage, c) the data evaluation stage, d) the data analysis stage, and e) the presentation of results—have been used as a framework for this review.

This integrative review includes English and French language articles retrieved from electronic databases: Cochrane Library, Cumulative Index of Nursing and Allied Literature, Embase, Medline, and PsychINFO, starting from January 1997 to December 2017 and using key search terms and inclusion and exclusion criteria as cited in Table 2.1 (Tableau 2.1). Additional articles were obtained by reviewing the reference lists of the initially retrieved articles and by a citation search on Google Scholar. This search strategy led to 192 articles (Figure 2.1). Of the 192 identified

abstracts, 115 were screened and excluded by the two authors because the articles did not meet the inclusion criteria (e.g., selected population, employment status). In addition, studies that have been included in the meta-analyses have been excluded to prevent repetition of the data. The remaining 77 studies were obtained in full text and reviewed by the two authors. Decisions regarding inclusion were made by consensus: 38 studies were excluded at this step based on the inclusion/exclusion criteria (12 investigated program efficacy; 10 focused on noncompetitive jobs; 6 were not related to job acquisition; 3 investigated only nonmodifiable factors, i.e., age, sex, diagnosis, influencing job acquisition; and 1 included a population that did not fit the inclusion criteria). Thirty-nine studies were retained at this step: 28 quantitative, 9 qualitative, and 2 mixed-method studies.

The two authors appraised the methodological quality of these articles using the Mixed Method Appraisal Tool (MMAT; Pluye and Hong, 2014), a validated appraisal tool specifically designed for systematic reviews using quantitative, qualitative, and mixed-method studies. The tool consists of 10 criteria, 4 of which are specific to quantitative studies, 4 others for qualitative studies, whereas the 10 criteria are used for the mixed studies. The scores for each study ranged from 25% (one criterion met) to 100% (all criteria met). The quality appraisal was conducted by the two authors, and disagreements were resolved by discussion until consensus was reached. Articles with scores lower than 25% were excluded, leading to four exclusions: two quantitative and two mixed-method studies.

Data concerning the methodological aspects of the remaining 35 studies (26 quantitative and 9 qualitative), the information about the participants, the measures used, and the definitions of the outcomes, as well as the results concerning modifiable barriers to employment, were subsequently extracted from each study and summarized in Table 2.2 (Tableau 2.2). The modifiable factors are defined as all factors in which employment specialists can intervene, so immutable factors like sex, age, or psychiatric diagnosis were not considered. Factors such as work history and level of education were included as modifiable factors because programs like supported education or gathering work experience with vocational programs can change the status of people with SMI. The type of vocational program in which the participants were engaged was extracted and included in the methodological part of the tables but not included as a factor creating barriers to employment integration. The effectiveness of various vocational programs has been extensively studied (Suijkerbuijk et al., 2017) and was not the subject of the present review.

A thematic synthesis of the data was used to highlight the common factors and differences between the studies selected. To do this, an inductive approach was used and the themes were developed using a constant comparison method between the results (Barnett-Page & Thomas, 2009). Subsequently, the 18 prospective studies were secluded and analyzed using the best evidence synthesis method (Slavin et al. 2009). The evidence synthesis rules adapted from Gagnano et al. (2018) were used to synthesize the results of these studies and to highlight the most salient factors (Figure 2.2). The “limited,” “moderate,” “strong,” and “inconsistent” qualifiers reflect the number of studies investigating one factor and the consistency of the results across them (significant or nonsignificant results). They are not a measure of the magnitude of the results.

## 2.3 Results

The characteristics of the selected studies are presented briefly before addressing the themes that emerged from them. The results of the evidence-based synthesis are then presented.

### 2.3.1 Descriptive Characteristics of the Included Studies

The 35 studies included originated from North America (20 from the United States and 4 from Canada), Europe (5 from the United Kingdom, 1 from Italy, 1 from Norway, and 1 study from more than one European country), and Australia (3 studies). Except for one study that is written in French, all other studies were published in English. Of the 35 studies, 11 were specifically about perceived obstacles to job acquisition: 7 from the perspective of the person with SMI and 4 from the perspective of one or more other stakeholders (e.g., employment specialist, vocational professionals, psychiatrist).

Most studies included people with SMI registered in SEP only (39% or 14), whereas 7 studies compared participants from SEP versus those from prevocational programs or treatment as usual (TAU). Two studies took place in an outpatient clinic, whereas three studies included participants from more than one type of vocational program or mental health service. Nine studies did not specify the type of program or the origin of the research participants.

### 2.3.1.1 Quantitative Studies

Table 2.2a (Tableau 2.2a) summarizes 26 quantitative studies (8 cross-sectional, 18 prospective). The eight cross-sectional studies (Blitz & Mechanic, 2006; Giugiaro et al., 2012; Hernandez et al., 2017; Llerena et al., 2018; McGurk & Mueser, 2003; Milfort et al., 2015; Rosenheck et al., 2006; Salkever et al., 2007) included 4825 participants, varying from 56 to 2326 participants. In four of the cross-sectional studies, the participants were divided into two groups: competitively employed and not employed. In one study, the participants were, instead, divided according to their integration into a competitive job, a noncompetitive occupation, or without any occupation. The last study represented only Social Security Disability Insurance beneficiaries ( $n = 430$ ) who did not achieve employment. The percentage of participants working in a competitive job in these studies ranges from 14% to 61%. The studies did not specify how long participants were employed at the time of measurement.

In the 18 prospective studies (Allott et al., 2013; Bond et al., 2007; Burke-Miller et al., 2006; Campbell et al., 2010; Catty et al., 2008; Corbière & Lanctôt, 2011; Corbière et al., 2005, 2017; Evensen et al., 2017; Fortin et al., 2017; Johannesen et al., 2007, 2009; Metcalfe et al., 2016; Mueser et al., 2001; Puig et al., 2016; Razzano et al., 2005; Reddy et al., 2016; Waynor et al., 2016), 8188 participants were included in total, ranging from 40 to 2055 participants in each study. The totality of the prospective studies measured the outcome “acquisition of a competitive job,” but the length of the follow-up varied from 6 months to 2 years. Finally, the percentage of vocational successes varied from 21% to 70%.

### 2.3.1.2 Qualitative Studies

In the nine qualitative studies selected and summarized in Table 2.2b (Tableau 2.2b) (Alverson et al., 2006; Boycott et al., 2015; Hampson et al., 2016; Hanisch et al., 2017; Henry & Lucca, 2004; Koletsi et al., 2009; Marwaha & Johnson, 2005; Netto et al., 2016; Taskila et al., 2014), six explored the perspective of participants with SMI, whereas two studied the perspective of other stakeholders (e.g., employment specialist). One study looked at the perspective of both the people with SMI and the providers of vocational services. The number of people included in the studies varied from 9 to 279, for a total of 638 respondents. The most commonly used data collection methods were in-depth or semi structured interviews (six studies) and focus groups (three studies

including two combining the two methods). Only one study using an ethnographic approach was included in the review.

### 2.3.2 Thematic Analysis

Six main themes emerged from the data across the 35 studies reviewed: three themes were regrouped as individual barriers, and the three others were regrouped as environmental barriers. Each of these themes is presented below.

#### 2.3.2.1 Individual Barriers

The individual barriers refer to the characteristics, attitudes, or beliefs that are directly related to the person with SMI and are divided into three different but interrelated themes: barriers associated with the medical condition, barriers related to work experience and skills, and barriers related to self-perception, fears, and motivation.

##### 2.3.2.1.1 Related to the Medical Condition

Employment specialists and other members of the multidisciplinary team cited the psychiatric disability, its inherent symptoms, and the episodic nature of the psychiatric condition as among the primary barriers to employment for people with SMI (Blitz & Mechanic, 2006; Hampson et al., 2016; Henry & Lucca, 2004; Milfort et al., 2015). Similarly, the participants of vocational programs and mental health services also perceived their symptoms (Boycott et al., 2015; Hanisch et al., 2017; Henry & Lucca, 2004; Koletsi et al., 2009; Marwaha & Johnson, 2005) as important obstacles to the acquisition of a competitive job.

Despite these perceptions, general scores on symptoms scales were not a significant predictor of job acquisition using measures rated by mental health professionals like the Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Catty et al., 2008; Razzano et al., 2005), the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Campbell et al., 2010), or self-rated measures like the Brief Symptoms Inventory (Corbière & Lanctôt, 2011; Corbière et al., 2005, 2017; Waynor et al., 2016). However, in cross-sectional studies, work status was related to the PANSS (Giugiario et al., 2012; Rosenheck et al., 2006) or BPRS scores (Hernandez et al., 2017). These contradictory results can be explained by the therapeutic effect of working that can, ultimately, help reduce the symptoms (Henry & Lucca,

2004) or by an indirect influence of the symptoms on work outcomes. For example, in their theoretical model, Corbière et al. (2011) showed that the severity of symptoms measured by the Global Severity Index of the Brief Symptom Inventory was not directly related to job acquisition but was moderately and positively related to the number of perceived employment barriers that were, in turn, related to motivation to obtain a job, and then to active behaviors toward employment.

The severity of positive symptoms, like delusion, hallucinations, or disorganized speech, was not a predictor of job acquisition (Catty et al., 2008; Puig et al., 2016) or job status (Hernandez et al., 2017; Llerena et al., 2018; Rosenheck et al., 2006) in the majority of studies reviewed. Only three studies found a negative relationship between job status and severity of positive symptoms (Giugiario et al., 2012; McGurk & Mueser, 2003; Salkever et al., 2007). In Razzano et al. (2005), higher positive symptom score in the PANSS was associated with a greater likelihood of achieving competitive employment.

In the majority of the prospective studies, negative symptoms were not good job acquisition predictors using the PANSS (Catty et al., 2008; Puig et al., 2016), the BPRS (Campbell et al., 2010), or the Brief Symptoms Inventory (Corbière et al., 2005). Conversely, Razzano et al. (2005) found that a higher than median score at the negative subscale of the PANSS was associated with a lower likelihood of job acquisition. Fortin et al. (2017) found that only the apathy subscale of the BPRS-E was a predictor of competitive job acquisition. Similarly, in a cross-sectional design, the study by Llerena et al. (2018) found that only the avolition/apathy subscale of the experiential negative symptoms (SANS) was related to job acquisition. As with the general symptoms, there is a relationship between having a competitive job and the level of negative symptoms in the cross-sectional studies using the PANSS (Giugiario et al., 2012; McGurk & Mueser, 2003; Rosenheck et al., 2006; Salkever et al., 2007) or the BPRS (Hernandez et al., 2017).

Severity of depression and anxiety symptoms was not predictive of job acquisition (Catty et al., 2008; Evensen et al., 2017; Puig et al., 2016) and was not related to work status (Rosenheck et al., 2006; Salkever et al., 2007) in the studies reviewed.

Cognitive deficits have been extensively studied, and authors have tried to explore, more specifically, which components of cognition are related to job status or are predictors of

competitive employment. However, the assessment of cognitive deficits differed from one study to another and, consequently, made interpreting the results more difficult. The most studied components in the articles included in this review were attention and vigilance as well as speed of information processing (three and four studies, respectively). One cross-sectional study (Giugiario et al., 2012) and one prospective study (Puig et al., 2016) showed a significant relationship between a deficit in the attention and vigilance cognitive component and job status or job acquisition, whereas one cross-sectional study did not (McGurk & Mueser, 2003). The results relating to the speed component of information processing are less consistent. Two prospective studies found a relationship between a deficit in this component and a lower rate of job acquisition (Corbière et al., 2017; Metcalfe et al., 2016), whereas two other prospective studies (Allott et al., 2013; Puig et al., 2016) did not find a significant relationship.

The comorbidities, such as substance abuse or personality disorder or traits, and their relationship with employment were also examined by the studies selected in this review. Substance abuse was found to be only slightly (Razzano et al., 2005) or not significantly related to employment acquisition (Campbell et al., 2010; Corbière et al., 2017; Metcalfe et al., 2016; Rosenheck et al., 2006). In Fortin et al. (2017), psychopathological aspects of personality (as measured by The Millon Clinical Multiaxial Inventory - Third Edition) hindered or extended the delay to job acquisition, which the authors interpreted as having a potential impact on employers' first perceptions during work interviews.

The studies presented here evaluated two aspects of the use of medications: medication compliance and medication side effects. First, the experts consulted in the study by Taskila et al. (2014) thought that compliance with medication was important for persons with schizophrenia to live a normal life and, more specifically, for acquisition and maintenance of employment. However, self-reported nonadherence to medication was not related to the likelihood of competitive employment acquisition (Razzano et al., 2005). Second, many people with SMI and other stakeholders perceived that medication side effects were an important barrier to competitive employment (Boycott et al., 2015; Hampson et al., 2016; Hanisch et al., 2017; Marwaha & Johnson, 2005; Taskila et al., 2014). For example, in the study by Taskila et al. (2014), an academic psychiatrist stated that these side effects “can be so severe, it can affect their working capacities severely.” Nevertheless, neither of the two cross-sectional studies evaluating this factor found a significant relationship between



medication side effects and job status of people with schizophrenia (Rosenheck et al., 2006; Salkever et al., 2007).

#### 2.3.2.1.2 Related to Work Experience and Skills

Work history, which was evaluated in 11 prospective studies, was repeatedly perceived as an important factor for predicting job acquisition, but this variable was not measured consistently across studies. Competitive employment acquisition was facilitated when people had work experience in the prior 1 year (Fortin et al., 2017; Mueser et al., 2001), 2 years (Metcalf et al., 2016), or 5 years (Burke-Miller et al., 2006; Campbell et al., 2010; Catty et al., 2008) before starting a vocational process to get employment. However, in the study by Fortin et al. (2017), participants had a better chance to acquire competitive employment if they had work experience in the previous year, but not if their experiences were farther in the past. In addition, in another study, the employment history in the previous 5 years was also not significantly related to obtaining a job (Waynor et al., 2016). The duration of unemployment without specific periods was predictive of competitive employment (Corbière & Lanctôt, 2011; Corbière et al., 2005, 2017), but the number of hours worked in adult life was not predictive of that same outcome (Puig et al., 2016).

For people with SMI, lack of work experience (Boycott et al., 2015; Hanisch et al. 2017; Henry & Lucca, 2004; Koletsi et al., 2009) and gaps or breaks in the course of employment (Hampson et al., 2016; Hanisch et al., 2017; Henry & Lucca, 2004; Netto et al., 2016) were perceived as barriers to employment acquisition. Having work experience is positive for participants with SMI; however, past difficulties at work and work loss can lead to mistrust of employers, fears, and anger (Netto et al., 2016). It is also difficult to have good references when one has to leave a previous job because of a relapse (Hanisch et al., 2017; Netto et al., 2016).

Some researchers stated that people with recent work experience have more skills related to the job market than people with a long unemployment history or people who have never worked, reinforcing the link between work history and job acquisition (Blitz & Mechanic, 2006; Fortin et al., 2017). In the same vein, a lack of skills was perceived as a barrier to competitive job acquisition by participants registered in vocational programs (Hanisch et al., 2017) and by employment specialists (Blitz & Mechanic, 2006). In the study by Hanisch et al. (2017), job search and

application issues, such as lack of job goals, lack of job search skills, and uncertainty about personal skills, were the most frequently reported barriers to work by participants with SMI. The unfamiliarity with job search strategies and the anxiety linked to the employment application process (Koletsi et al., 2009; Netto et al., 2016) were also reported as barriers to employment by participants in vocational services for people with SMI. In one study, however, the feeling of self-efficacy around vocational service access and career planning was not related to job acquisition (Waynor et al., 2016).

Difficulties with social interactions experienced by some people with SMI were among the most important perceived barriers to job acquisition from the perspectives of people registered in vocational programs (Boycott et al., 2015; Evensen et al., 2017; Koletsi et al., 2009; Netto et al., 2016; Razzano et al., 2005) and other stakeholders (Hampson et al., 2016). However, the results of quantitative studies examining the link between social skills and the acquisition of a job are not consistent. Hernandez et al. (2017) found that the score for the Social Competence Scale of the Community Adjustment Form was related to employment status. Conversely, no link was found between job acquisition and the score on the Groningen Social Disability Schedule (Catty et al., 2008) or the social deficit subscale of the BPRS (Mueser et al., 2001). Surprisingly, in one case, a higher work-related social skill self-efficacy was related to a lower chance to acquire competitive employment (Waynor et al., 2016). The authors specified that these results may reflect clients' unrealistic perceptions of themselves, which can limit the acquisition of a job.

The relationship between the level of education and competitive employment was investigated in seven prospective and four cross-sectional studies, but the results were inconsistent. First, the levels of education were usually low, at the level of a high school diploma or lower. Two studies found a positive relationship between having a low level of education and job status (Hernandez et al., 2017; Rosenheck et al., 2006; Salkever et al., 2007) or, in contrast, the chances of acquiring a job (Burke-Miller et al., 2006; Mueser et al., 2001), whereas two cross-sectional (Giugiaro et al., 2012; Llerena et al., 2018) and five prospective studies (Campbell et al., 2010; Catty et al., 2008; Corbière et al., 2017; Fortin et al., 2017; Metcalfe et al., 2016) found nonsignificant results for the relationship between educational level and work outcomes.

### 2.3.2.1.3 Related to Self-Perception, Fears, and Motivation

As presented above, depressive and anxiety symptoms do not seem to be barriers to the acquisition of competitive employment, but stress and fears, even if they are not clinically significant, are important factors to people with SMI and other stakeholders involved in the employment process (Boycott et al., 2015; Henry & Lucca, 2004; Koletsi et al., 2009; Netto et al., 2016). The fear of feeling stressed on the job (Henry & Lucca, 2004; Netto et al., 2016), of not being able to cope with full-time employment (Marwaha & Johnson, 2005), and of relapse caused by this stress (Taskila et al., 2014) were reported by participants of vocational programs as considerable barriers. For example, a participant stated, “In the past, stress has been the trigger for getting ill, so I do worry about will I be able to cope with the demands of the job” (Boycott et al., 2015).

Self-stigma, poor self-confidence, and poor self-esteem have been perceived by people with SMI, employment specialists, and different stakeholders as obstacles to competitive employment acquisition (Blitz & Mechanic, 2006; Hampson et al., 2016; Hanisch et al., 2017; Johannesen et al., 2007; Taskila et al., 2014). For Taskila et al. (2014), self-stigma led to low self-confidence that then lowered motivation. For example, a participant in the study by Henry & Lucca (2004) shared his vision of the consequences of self-stigma, “... if you take your mental illness as debilitating, then it is going to be debilitating for you....”

However, the results concerning self-esteem were not consistent in the quantitative studies summarized here. In one study, the baseline general self-esteem score was significantly related to employment in a 2-year follow-up (Evensen et al., 2017), whereas in two other studies, self-esteem was not directly related to competitive employment acquisition at the 6- and 18-month follow-ups (Catty et al., 2008; Corbière et al., 2011). However, general self-esteem was related to a lower motivation to find a job and a lower career search efficacy in the study by Corbière et al. (2011). In addition, lower self-esteem “as a worker” was, for its part, slightly related to job acquisition in the study by Corbière et al. (2017).

In the study by Waynor et al. (2016), there was no relationship between the score on the Work-Related Self-Efficacy Scale and competitive employment acquisition. Employment specialists perceived that a greater sense of self-efficacy was directly related to their clients' previous work

experiences and to the fact that they possessed skills important to employers (Blitz & Mechanic, 2006). However, unrealistic expectations about work and the work placement process also negatively affected the acquisition of competitive employment, according to employment specialists. Clients with unrealistic expectations can be frustrated by the reality of the job search or by job possibilities, and they may also be less likely to collaborate with the employment specialist in the application process (Blitz & Mechanic, 2006).

Corbière et al. (2017) and Johannesen et al. (2007) found that the higher the perceived barrier to employment, the lower the chance to acquire competitive employment for people with SMI. Conversely, in the study by Corbière et al. (2011), the number of perceived barriers was not related directly to job acquisition but was moderately related to lower career search efficacy, lower self-esteem, and lower motivation to find a job, and weakly related to fewer active job search behaviors. Surprisingly, even if Johannesen et al. (2009) found an overall reduction in perceived barriers to employment in the course of vocational intervention (reduction of approximately one barrier per participant), there was no relationship between this reduction in perceived barriers and job acquisition.

Participants of SEP or other vocational programs (Henry & Lucca, 2004; Koletsi et al., 2009; Milfort et al., 2015), employment specialists (Blitz & Mechanic, 2006), and other stakeholders (Hampson et al., 2016) perceived that a participant's lack of motivation was an important barrier to job acquisition. However, the results of the quantitative studies were not consistent. Although the participants with the highest levels of motivation in the study by Corbière et al. (2017) had a better chance of finding employment, this was not the case in the study by Fortin et al. (2017), even though the same questionnaire was used (Motivation to find a job scale; Villotti et al. 2015). Reddy et al. (2016) found that only extrinsic motivation and a specific part of intrinsic motivation, the value given to working by participants, were related to job acquisition. In the study by Corbière et al. (2005), the participants of SEP who were more committed to work had significantly more chances to acquire a competitive job.

However, Mueser et al. (2001) found that participants who expressed a desire to acquire work were not equally active in their effort to find employment. The participants who wished to work and made efforts to find employment acquired a competitive job more often than those who made no

effort. Similarly, in their ethnographic study, Alverson et al. (2006) found that even if all participants expressed a desire to work, only two thirds of them were active and involved in the process of the job search. Other participants were more passive, resistant, or even avoidant and acted to undermine the effort of the employment specialist. In their study, Mueser et al. (2001) found that the “behavioral” motivation (e.g., active or passive behavior toward job search) was not related to self-reported motivation at the baseline. In comparison, in the study by Corbière & Lanctôt (2011), the participants who were most motivated to acquire a competitive job used more strategies to prepare for their job search and used more active job search strategies. The use of these job search strategies was, in turn, significantly related to job acquisition (Corbière & Lanctôt, 2011; Corbière et al., 2017).

### 2.3.2.2 Environmental Barriers

Environmental barriers refer to attitudes, supports, or conditions present in the social environment of the person with SMI. These barriers can also be divided into three different but interrelated themes: barriers related to disability benefits and other physical resources, barriers related to lack of social support, and barriers related to vocational programs.

#### 2.3.2.2.1 Related to Disability Benefits and Other Physical Resources

In the studies by Bond et al. (2007) and Corbière et al. (2005), receiving disability benefits reduced the chances of gaining employment, whereas in the study by Campbell et al. (2010), there was no significant relationship between these benefits and the acquisition of a job. In addition, in the study by Metcalfe et al. (2016), the presence of misconceptions about social security was not related to job acquisition for participants of vocational programs. Nevertheless, it was repeatedly mentioned by participants with SMI and different stakeholders as a perceived barrier to work acquisition (Boycott et al., 2015; Hampson et al., 2016; Henry & Lucca, 2004; Marwaha & Johnson, 2005). In addition, participants with a psychiatric condition who feared the loss of their benefits were less motivated by competitive employment (Henry & Lucca, 2004; Taskila et al., 2014) and more passive in their job search (Alverson et al., 2006). The lack of other physical resources, such as inefficiency or inaccessibility of public transportation (Blitz & Mechanic, 2006; Hampson et al., 2016; Hanisch et al., 2017; Henry & Lucca, 2004), difficulties accessing childcare services (Blitz & Mechanic, 2006; Hanisch et al., 2017), or the lack of health insurance (Blitz & Mechanic, 2006),

was also perceived as a barrier to employment acquisition by people with SMI and other stakeholders.

#### 2.3.2.2.2 Related to Stigma and Social Support

People with SMI (Boycott et al., 2015; Henry & Lucca, 2004; Koletsi et al., 2009; Marwaha & Johnson, 2005; Netto et al., 2016) and different stakeholders (Hampson et al., 2016; Taskila et al., 2014), including employment specialists, note that one of the strongest barriers to accessing employment is the stigma associated with SMI. Because of this perceived stigma, disclosure was an important concern for the participants (Boycott et al., 2015; Koletsi et al., 2009; Netto et al., 2016). Some chose to disclose to achieve better understanding from employers and colleagues, whereas others chose not to disclose for fear of stigma or because they felt it was not relevant to the job they had applied for (Boycott et al., 2015). In the study by Marwaha & Johnson (2005), almost all participants believed that employers would prefer not to employ people with mental health problems because of concerns about their capacity to do the job or the risks related to unpredictable behaviors.

In the study by Henry & Lucca (2004), many consumers also reported being stigmatized by family members and by providers of mental health and vocational services. Family members can have low expectations that lead to less support given to a relative with SMI. This lack of support from family members as a barrier to job acquisition was reported by customers and other stakeholders (Hampson et al., 2016; Henry & Lucca, 2004). In the study by Corbière et al. (2011), poor social support and social encouragement were not directly related to job acquisition but were positively related to lower motivation to obtain a job, to a greater number of perceived employment barriers, to lower career search self-efficacy, and, ultimately, to less concrete efforts toward employment. In the study by Alverson et al. (2006), the active seekers were more often supported by family members in their job search, whereas the passive seekers were more often isolated. People with SMI and employment specialists also reported low expectations from mental health professionals (Henry & Lucca, 2004; Marwaha & Johnson, 2005), as well as low levels of support from mental health professionals in their effort to acquire employment (Netto et al., 2016). In the same vein, in the study by Taskila et al. (2014), some health care professionals interviewed confirmed that they do not think that employment should be a treatment priority. For example, an academic psychiatrist

stated, “Health care workers see employment as a small priority. Social outcomes are never primary and there is no reason why they should be.”

#### 2.3.2.2.3 Related to Access to Vocational Services and Employment Specialists' Competencies

Another barrier perceived by people with SMI is the difficulty in accessing vocational programs and the lack of coordination between vocational and more global rehabilitation services (Hampson et al., 2016; Henry & Lucca, 2004; Marwaha & Johnson, 2005; Netto et al., 2016; Taskila et al., 2014). For example, in the study by Marwaha & Johnson (2005), participants with SMI complained that they were unaware of employment-related services, whereas in the study by Netto et al. (2016), participants were given little advice related to employment. When they had access to vocational programs, some participants deplored the lack of person-centered support received from employment specialists (Netto et al., 2016). In the study by Henry & Lucca (2004), consumers and providers of services believed that the relationship developed between the person with SMI and the employment specialist is essential.

Two studies involving employment specialists' competencies explored the links between working alliance and job acquisition for people with SMI (Catty et al., 2008; Corbière et al., 2017). In both studies, a better working alliance between the employment specialist and the participant was linked to better chances to acquire a competitive job. In addition, the capacity of the employment specialist to develop positive relationships with employers was also linked to a greater chance of acquiring a competitive job for their clients (Corbière et al., 2017).

#### 2.3.2.3 The Most Salient Barriers to Employment

Table 2.3 (Tableau 2.3) shows the most salient obstacles to employment identified using the best evidence synthesis method including only 18 prospective studies. Only work history and concrete actions and strategies toward employment stand out as strong evidence. Five factors, including cognitive deficits, higher numbers of perceived barriers, lower motivation to obtain a job, receiving disability benefits, and a low working alliance with the employment specialist, were found to have a moderate level of significance, whereas four factors, including problematic aspects of personality, low work centrality, lower self-esteem, and work-related self-efficacy, had a limited level of significance. Only negative symptoms were inconsistent, reported equally as significant and

nonsignificant in the studies reviewed. General symptoms and anxiety and depression symptoms were frequently reported as nonsignificant barriers, whereas positive symptoms, substance abuse, social disability, lack of social support, and nonadherence to medication were slightly more often reported as nonsignificant barriers to employment in the prospective studies reviewed.

## 2.4 Discussion

The aim of this review was to analyze and summarize the quantitative and qualitative literature about the barriers inherent to the acquisition of competitive employment for people with SMI, and on which it is possible to intervene. The six themes provide a better understanding of the barriers experienced by people with SMI in their path to employment. The best evidence synthesis results, based on the 18 prospective articles, also help explain which barriers are the most prominent for this population. As in Tsang et al. (2010), results are rarely consistent across studies, mainly because of differences in design (e.g., cross-sectional, prospective, longitudinal) and measures (ad hoc or validated tools) used. Nevertheless, some barriers are more strongly supported by the literature. This review confirms the importance of lack of work experience and cognitive impairment (Bond & Drake, 2008; Tsang et al., 2010) as factors hampering the process of finding and securing a job. As a positive and recent work history is an important predictor of job acquisition, it is important to intervene quickly after the onset of SMI to restore the employability of people with mental illness. A long period of unemployment may be perceived negatively not only by employers but also by people with SMI who doubt, rightly or not, their ability to acquire and maintain a job. The main objective of the SEP and, more specifically, the IPS model is to quickly integrate the labor market and then develop skills in the context of employment to manage symptoms in the workplace. This approach is the opposite of the traditional approach, which argues that symptoms must be completely controlled before considering work (Pachoud & Corbière, 2014). It can, therefore, explain why symptoms of mental illness were not found to be significant or consistent obstacles to job acquisition when the studies included participants registered in SEP. Because cognitive deficits are also an important obstacle to job acquisition, it makes sense that SEP supplemented with cognitive training gave better results than supported employment alone (Suijkerbuijk et al., 2017).



A factor univocally perceived to be a significant barrier to employment integration for people with SMI is concrete efforts and strategies put forth to find a job. These efforts, described as the behavioral aspect of motivation by Mueser et al. (2001), may depend on many other factors more weakly or less directly associated with the acquisition of a competitive job (Alverson et al., 2006; Corbière & Lanctôt, 2011). According to the theory of planned behavior (Ajzen, 1991, 2002) and the self-efficacy theory (Bandura, 1977, 1982), the intention to perform a behavior is not sufficient to take action toward a goal. The perception of control or of being able to achieve a goal is also important. Perceiving many obstacles, whether connected to oneself or one's environment, can lead to immobility or avoidance. Interventions targeting self-efficacy and empowerment are important for helping people with SMI to gain confidence in their capacities to overcome obstacles and persevere toward their goal (Au et al., 2015; Lecomte et al., 2014).

The most prominent environmental barrier identified in this review was receiving disability benefits, in agreement with previous reviews (Bond & Drake, 2008; Tsang et al., 2010). The processes to acquire these benefits are often difficult and destabilizing, but, once acquired, they allow for a degree of financial stability and access to health services (Rosenheck et al., 2017). It is understandable that people with SMI are reluctant to leave these programs for a job, often at a minimum wage and of uncertain security. Employment specialists can educate participants to ensure they understand the pros and cons of work versus disability benefits, but political and social change are needed to reduce the importance of this barrier in the path of job acquisition by people with SMI (Bond & Drake, 2008).

Another important factor in the acquisition of competitive employment is the relationship between the participant with SMI and the employment specialist. A good working alliance is recognized as a facilitating factor in psychotherapy, career counseling, and vocational interventions (Lecomte et al., 2004, 2011). Part of this working alliance depends on the competencies of the employment specialist (Corbière et al., 2014; de Pierrefeu et al., 2017), but individual barriers related to people with SMI, such as high severity of symptoms, limited insight of the disease, and low social functioning, can also impede the formation of this alliance (Ruchlewska et al., 2016). Training programs to help employment specialists develop both a better understanding of the working alliance with their clients and better communication skills to create more trusting relationships with mental health professionals and employers could improve engagement of the client and reduce the

stigma of the environment (Corbière et al., 2014). Educative interventions with family members and rehabilitation professionals could also reduce the stigma around persons with SMI while allowing them to gain levers and significant support for their integration into employment.

The less strongly supported obstacles by the best evidence synthesis method should not, however, be ignored. These obstacles, which are very present in the discourse of people with SMI, must be taken into consideration when formulating an action plan toward employment. In addition, some of these obstacles, without being strongly linked to the job acquisition, could limit job retention or limit the quality of the jobs obtained. For example, natural support is recognized as a very important factor explaining job tenure for people with SMI (Roberts et al., 2010; Williams et al., 2016). Interventions to develop a support network, like Person Centered Planning, can help diversify the sources of positive support to which the person can turn when confronted with job challenges (Roberts et al., 2010). In addition, education, even if not clearly and systematically linked to job acquisition for people with SMI in the studies presented in this review, is an important predictor of hourly wage, which is linked with better life condition for people with SMI (Gao et al., 2010, 2011). Education is therefore a factor that should be addressed by employment counselors. To this end, supported education programs not only enable people with SMI to obtain jobs that match their interest and that provide better wage and job conditions but also help them gain confidence in their ability through training (Mueser & Cook, 2012).

This literature review adds to the existing literature by integrating research findings using a variety of methodologies to provide a holistic view of the problems faced by people with SMI and by those helping them acquire competitive employment. The integration of results from various methodological designs allows a broader perspective on the subject, but this variety also has limitations to consider. First, in the articles presented in this review, outcomes and factors are defined and measured in various ways, settings, and populations, which makes it difficult to find constants. Second, despite the effort to ensure the quality of the selected studies, not all have the same methodological rigor and some may contain significant biases that are difficult to account for. For example, even if cross-sectional studies add value to our understanding of a phenomenon, they do not allow us to establish influence over time. Indeed, some factors perceived as predictors or barriers to the acquisition of a competitive job could, instead, be a consequence of working. These results should, therefore, be considered with caution. Third, job acquisition is only one part of the

vocational path experienced by people with SMI. The type of job, work conditions, suitability with the person's interests, and job tenure are also important to consider when promoting better quality of life for people with SMI. Finally, all barriers to employment mentioned in this integrative review are only within the context of people with SMI and consequently could be common or different when compared with other populations. As in the study by Gagnano et al. (2018), in the context of return to work after a sick leave due to different reasons (i.e., common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers), it would be relevant to assess the most common barriers to job acquisition not only for people with SMI but also for people with diverse types of vulnerability looking for employment in the regular labor market.

## 2.5 Conclusion

Employment specialists and other rehabilitation professionals can use the themes and barriers presented in this review to develop strategies or innovative interventions to reduce the impact of specific barriers. These themes can also be used systematically by an employment specialist to inform their client about obstacles usually experienced by people with SMI while highlighting the importance of developing strategies and a personalized working plan to overcome them. The systematic use of this information can help people with SMI to gain self-confidence in their work integration process, supported by the employment specialist. The ultimate goal is to help people with SMI develop capacities and competencies so they may achieve the most normalizing and rewarding living conditions, developing their self-confidence while allowing the community to benefit from their contributions.

## 2.6 References

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665–683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Allott, K. A., Cotton, S. M., Chinnery, G. L., Baksheev, G. N., Massey, J., Sun, P., Collins, Z., Barlow, E., Broussard, C., Wahid, T., Proffitt, T-M., Jackson, H. J. & Killackey, E. (2013). The relative contribution of neurocognition and social cognition to 6-month vocational outcomes following Individual Placement and Support in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 136–143. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.047>
- Alverson, H., Carpenter, E. & Drake, R. E. (2006). An ethnographic study of job seeking among people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 15–22. <https://doi.org/10.2975/30.2006.15.22>
- Au, D. W., Tsang, H.W., So, W. W., Bell, M. D., Cheung, V., Yiu, M. G., Lam, K., L. & Lee, G, T-H. (2015). Effects of integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.013>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Barnett-Page, E., & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59>
- Blitz, C. L., Mechanic, D. (2006). Facilitators and barriers to employment among individuals with psychiatric disabilities: a job coach perspective. *Work*, 26(4), 407–419.
- Bond, G. R. & Drake, R. E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41, 69–73. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0444-6>
- Bond, G. R. & Drake, R. E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 362–369. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328300eb0e>
- Bond, G. R., Xie, H. & Drake, R. E. (2007). Can SSDI and SSI beneficiaries with mental illness benefit from evidence-based supported employment? *Psychiatric Services*, 58(11), 1412–1420. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.11.1412>

- Boycott, N., Akhtar, A. & Schneider, J. (2015). “Work is good for me”: Views of mental health service users seeking work during the UK recession, a qualitative analysis. *Journal of Mental Health*, 24(2), 93–97. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1019044>
- Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D., Razzano, L. A., Blyler, C. R., Leff, H. S., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., Cook, W. L., Hoppe, S. K., Stewart, M., Blankertz, L., Dudek, K., Taylor, A. L., & Carey, M. A. (2006) Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42, 143–159. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-9017-4>
- Campbell, K., Bond, G. R., Drake, R. E., McHugo, G. J., & Xie, H. (2010). Client predictors of employment outcomes in high-fidelity supported employment: A regression analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 556–563. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181ea1e53>
- Carmona, V.R., Gómez-Benito, J., Huedo-Medina, T. B., & Rojo, J. E. (2017). Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 30(3), 345–366. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01074>
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., Burns, T. & EQOLISE Group. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: Results of an international six-centre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 224-231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.041475>
- Corbière, M., Brouwers, E., Lanctôt, N., & van Weeghel, J. (2014). Employment specialist competencies for supported employment programs. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 484–497. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9482-5>
- Corbière, M., & Lanctôt, N. (2011). Salient components in supported employment programs: Perspectives from employment specialists and clients. *Work*, 39(4), 427–439. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1192>
- Corbière, M., Lecomte, T., Reinharz, D., Kirsh, B., Goering, P., Menear, M., Berbiche, D., Genest, K., & Goldner, E. (2017). Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(4), 275–282. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000612>
- Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A., & Villeneuve, K. (2005) L’insertion au travail de personnes souffrant d’une maladie mentale: Analyse des caractéristiques de la personne [Professional integration of individuals with a mental illness: an analysis of individual characteristics]. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(11), 722–733. <https://doi.org/10.1177/070674370505001112>

- Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T., Bond, G., Gilles, P. Y., Lesage, A. & Goldner, E. (2011). Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: A theoretically grounded empirical study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 342–354. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9315-3>
- De Pierrefeu, I., Corbière, M., & Pachoud, B. (2017). Vocational Counselors in France: Comparison to competencies of employment specialists working in Canadian IPS programs. *Community Mental Health Journal*, 53, 871–877. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0109-8>
- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Evensen, S., Ueland, T., Lystad, J. U., Bull, H., Klungsøyr, O., Martinsen, E. W., & Falkum, E. (2017). Employment outcome and predictors of competitive employment at 2-year follow-up of a vocational rehabilitation program for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), 180–187. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1247195>
- Fortin, G., Lecomte, T., & Corbière, M. (2017). Does personality influence job acquisition and tenure in people with severe mental illness enrolled in supported employment programs? *Journal of Mental Health*, 26(3), 1–9. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276534>
- Gao, N., Gill, K. J., Schmidt, L. T., & Pratt, C. W. (2010). The application of human capital theory in vocational rehabilitation for individuals with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32(1), 25–33. <https://doi.org/10.3233/JVR-2010-0492>
- Gao, N., Schmidt, L. T., Gill, K. J., & Pratt, C. W. (2011). Building human capital to increase earning power among people living with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(2), 117–124. <https://doi.org/10.2975/35.2.2011.117.124>
- Giugiario, M., Crivelli, B., Mingrone, C., Montemagni, C., Scalese, M., Sigaudò, M., Rocca, G., & Rocca, P. (2012). Cognitive function and competitive employment in schizophrenia: Relative contribution of insight and psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 553–561. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0367-7>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 215–231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Hampson, M., Hicks, R., & Watt, B. (2016). Understanding the employment barriers and support needs of people living with psychosis. *Qualitative Report*, 21(5), 870–886. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2016.2397>

- Hanisch, S. E., Wrynne, C., & Weigl, M. (2017). Perceived and actual barriers to work for people with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation, 46*(1), 19–30. <https://doi.org/10.3233/JVR-160839>
- Haro, J. M., Novick, D., Bertsch, J., Karagianis, J., Dossenbach, M., & Jones, P. B. (2011). Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study. *The British Journal of Psychiatry, 199*(3), 194–201. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082065>
- Henry, A. D., & Lucca, A. M. (2004). Facilitators and barriers to employment: The perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. *Work, 22*(3), 169–182.
- Hernandez, M., Barrio, C., Lim, C., & Brekke, J. S. (2017). The relationship between social competence, symptom severity and employment in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health, 4*, 231–235. <https://doi.org/10.1007/s40737-017-0088-7>
- Johannesen, J. K., McGrew, J. H., Griss, M. E., & Born, D. (2007). Perception of illness as a barrier to work in consumers of supported employment services. *Journal of Vocational Rehabilitation, 27*(1), 39–47.
- Johannesen, J. K., McGrew, J. H., Griss, M. E., & Born, D. L. (2009). Change in self-perceived barriers to employment as a predictor of vocational rehabilitation outcome. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 12*(4), 295–316. <https://doi.org/10.1080/15487760903248358>
- Koletsis, M., Niersman, A., van Busschbach, J. T., Catty, J., Becker, T., Burns, T., Fioritti, A., Kalkan, R., Lauber, C., Rössler, W. Tomov, T., & Wiersma for the EQOLISE Group. (2009). Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 961–970. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0017-5>
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. [Who are the efficient psychotherapists? Implications for training in psychology.]. *Revue Québécoise de Psychologie, 25*(3), 73–102.
- Lecomte, C., Savard, R. & Guillon, V. (2011). Alliance de travail: élément pivot de la réadaptation au travail. In M. Corbière & M-J. Durand (Eds.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail* (pp.279–313). Presse de l'Université du Québec.
- Lecomte, T., Corbière, M., & Lysaker, P. H. (2014). Une intervention cognitive comportementale de groupe pour les personnes suivies dans le cadre d'un programme de soutien en emploi (TCC-SE). *L'Encéphale 40*, S81—S90. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.005>

- Llerena, K., Reddy, L. F., & Kern, R. S. (2018). The role of experiential and expressive negative symptoms on job obtainment and work outcome in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 192*, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.001>
- Marshall, T., Goldberg, R. W., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., George, P., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Supported employment: Assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65*(1), 16–23. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300262>
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2005). Views and experiences of employment among people with psychosis: A qualitative descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry, 51*(4), 302–316. <https://doi.org/10.1177/0020764005057386>
- McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2003). Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(12), 789–798. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000100921.31489.5a>
- Metcalf, J. D., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2016). Predicting employment in the Mental Health Treatment Study: Do client factors matter? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*, 345–353. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0774-x>
- Milfort, R., Bond, G. R., McGurk, S. R., & Drake, R. E. (2015). Barriers to employment among Social Security Disability Insurance beneficiaries in the Mental Health Treatment Study. *Psychiatric Services, 66*(12), 1350–1352. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400502>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M-J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry, 209*(1), 14–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Mueser, K. T., & Cook, J. A. (2012). Supported Employment, Supported Education, and Career development. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(6), 417–420. <https://doi.org/10.1037/h0094573>
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2014). Supported employment for persons with serious mental illness: Current status and future directions. *L'Encéphale, 40*, S45—S56. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.008>
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 27*(2), 281–296. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006874>
- Netto, J. A., Yeung, P., Cocks, E., & McNamara, B. (2016). Facilitators and barriers to employment for people with mental illness: A qualitative study. *Journal of Vocational Rehabilitation, 44*(1), 61–72. <https://doi.org/10.3233/JVR-150780>



- Pachoud, B., & Corbière, M. (2014), Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves: Résultats et pistes de recherche. [Practices and interventions related to the work integration of people with a severe mental illness: Work outcomes and avenues of research.]. *L'Encéphale*, 40, S33—S44. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.001>
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health*, 35, 29–45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
- Puig, O., Thomas, K. R., & Twamley, E. W. (2016). Age and improved attention predict work attainment in combined compensatory cognitive training and supported employment for people with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(11), 869–872. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000604>
- Razzano, L. A., Cook, J. A., Burke-Miller, J. K., Mueser, K. T., Pickett-Schenk, S. A., Grey, D. D., Goldberg, R. W., Blyler, C. R., Gold, P. B., Leff, H. S., Lehman, A. F., Shafer, M. S., Blankertz, L. E., McFarlane, W. R., Toprac, M., & Ann Carey, M. (2005). Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: Findings from the employment intervention demonstration program. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 193(11), 705–713. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000185939.11282.3e>
- Reddy, L. F., Llerena, K., & Kern, R. S. (2016). Predictors of employment in schizophrenia: The importance of intrinsic and extrinsic motivation. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 462–466. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.006>
- Roberts, M. M., Murphy, A., Dolce, J., Spagnolo, A., Gill, K., Lu, W., & Librera, L. (2010). A study of the impact of social support development on job acquisition and retention among people with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 33(3), 203–207. <https://doi.org/10.3233/JVR-2010-0528>
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J., K., & Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 163(3), 411–417. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.411>
- Rosenheck, R. A., Estroff, S. E., Sint, K. Lin, H., Mueser, K. T., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Marcy, P., & Kane, J. M. (2017). Incomes and outcomes: Social Security Disability Benefits in first-episode psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 174(9), 886–894. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111273>
- Ruchlewska, A., Kamperman, A. M., van der Gaag, M., Wierdsma, A. I., & Mulder, N. C. (2016). Working alliance in patients with severe mental illness who need a crisis intervention plan. *Community Mental Health Journal*, 52, 102–108. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9839-7>

- Salkever, D. S., Karakus, M. C., Slade, E. P., Hardin, C. M., Hough, R. L., Rosenheck, R. A., Swartz, M. S., Barrio, C., & Yamada, A. M. (2007). Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatric Services, 58*(3), 315–324. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.315>
- Slavin, R. E., Lake, C., & Groff, C. (2009). Effective programs in middle and high school mathematics: A best-evidence synthesis. *Review of Educational Research, 79*(2), 839–911. <https://doi.org/10.3102/0034654308330968>
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 26*, 365–367. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- Taskila, T., Steadman, K., Gulliford, J., Thomas, R. Elston, R., & Bevan, S. (2014). Working with schizophrenia: Experts' views on barriers and pathways to employment and job retention. *Journal of Vocational Rehabilitation, 41*(1), 29–44. <https://doi.org/10.3233/JVR-140696>
- Tsang, H. W., Leung, A. Y., Chung, R. C., Bell, M., & Chaueng, W. M. (2010). Review on vocational predictors: A systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: An update since 1998. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(6), 495–504. <https://doi.org/10.3109/00048671003785716>
- Villotti, P., Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T. & Fraccaroli, F. (2015). Evaluating the motivation to obtain and sustain employment in people with psychiatric disabilities. *Psicologia Sociale, 10*(1), 57–70. <https://doi.org/10.1482/79437>
- Waynor, W. R., Gill, K. J., & Gao, N. (2016). The role of work related self-efficacy in supported employment for people living with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 39*(1), 62–67. <https://doi.org/10.1037/prj0000156>
- Wewiorski, N. J., & Fabian, E. S. (2004). Association between demographic and diagnostic factors and employment outcomes for people with psychiatric disabilities: A synthesis of recent research. *Mental Health Services Research, 6*, 9–21. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000011253.36712.15>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Williams, A. E., Fossey, E., Corbière, M., Paluch, T., & Harvey, C. (2016). Work participation for people with severe mental illnesses: An integrative review of factors impacting job tenure. *Australian Occupational Therapy Journal, 63*(2), 65–85. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12237>

## 2.7 Figures and Tables

Figure 2.1 Flowchart of study inclusion in the review

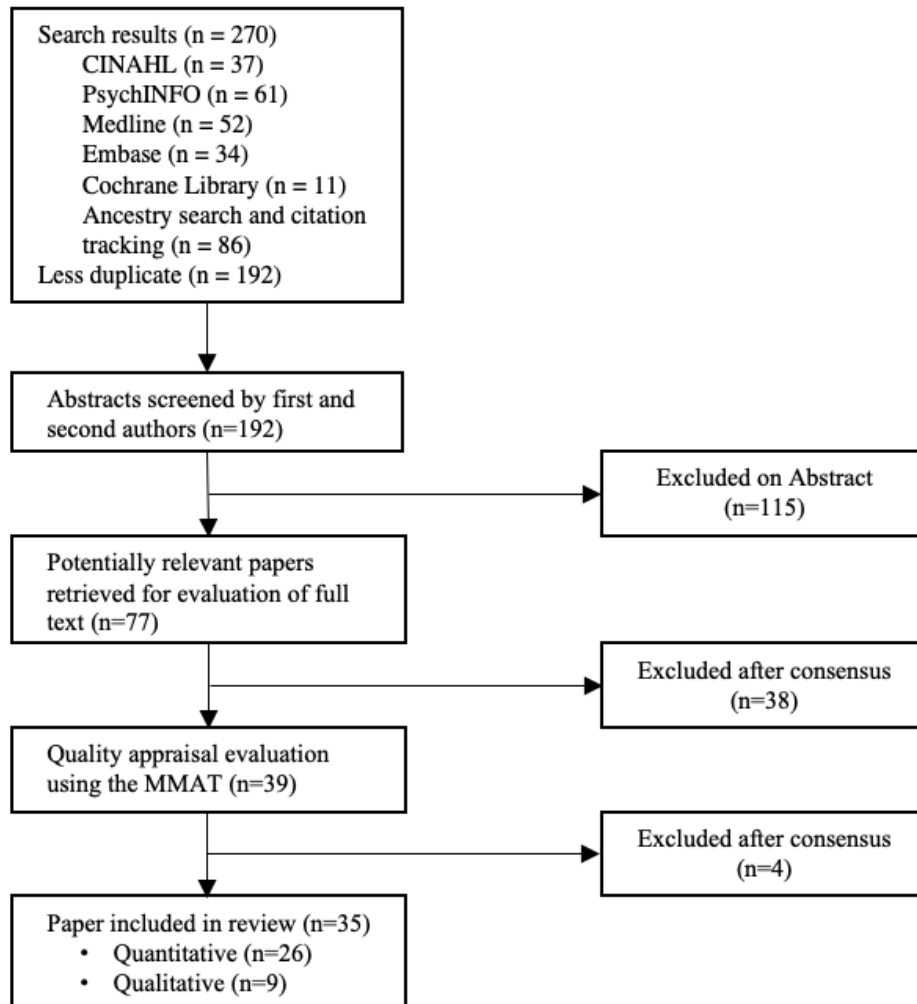


Figure 2.2 Rules applied to synthesize the evidence

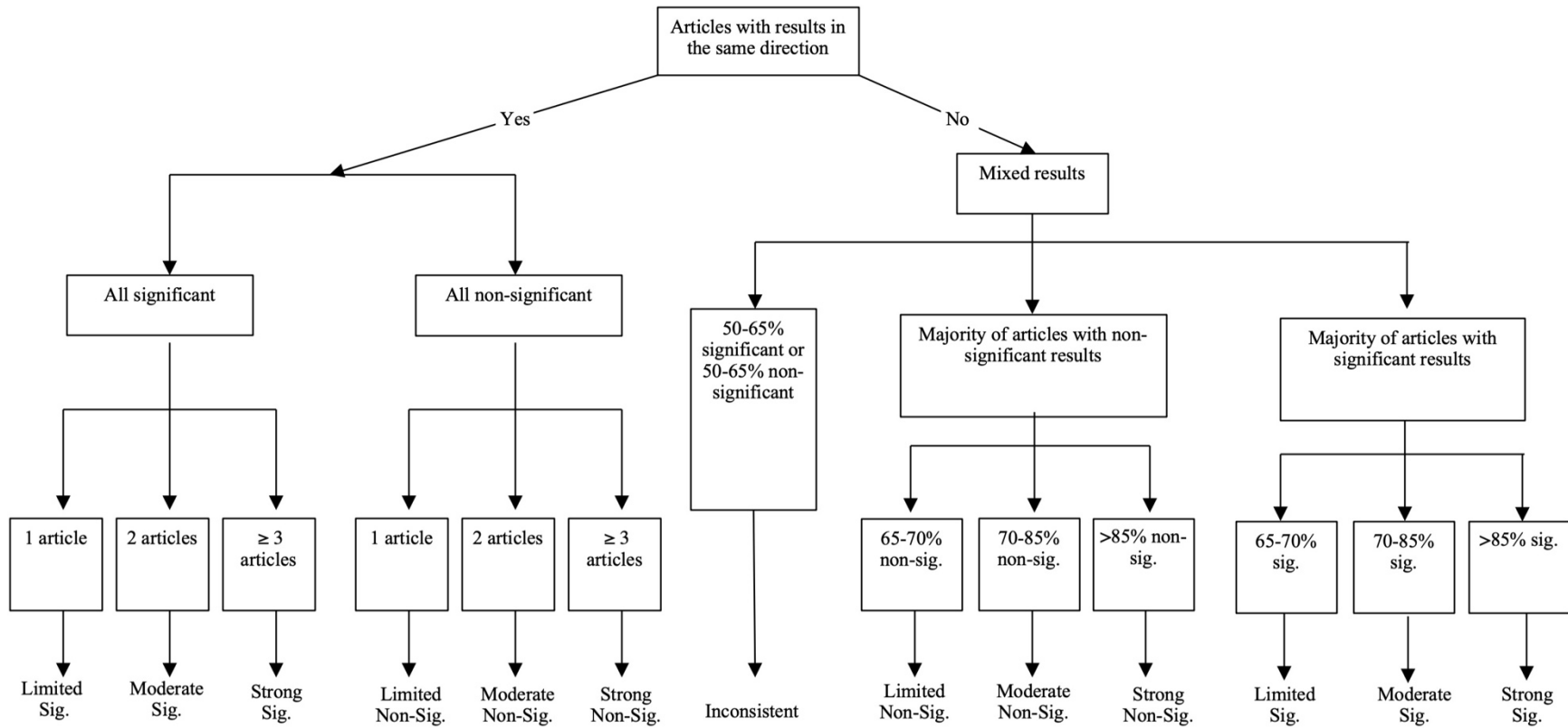


Tableau 2.1 Inclusion/exclusion criteria and key search terms

Factors	Inclusion criteria	Exclusion criteria	Key search terms
<b>Study participants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adults with severe mental illness, or psychiatric disability (e.g., schizophrenia, psychotic disorders, major depression, bipolar disorders).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adults with common mental disorder (e.g., anxiety), or other health conditions.</li> <li>- Specific population or concomitant disorders (e.g., veteran, justice involvement).</li> <li>- Return to work (i.e., same job before their sick leave)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Severe mental illness, psychiatric disability</li> </ul>
<b>Employment status</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competitive employment: Paid job in the mainstream market, paying market wages.</li> <li>- Jobs obtained through a vocational service (e.g., IPS / supported employment program), a social enterprise or social firm, or independently.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-Competitive employment: Jobs not paying market wages or not in the mainstream job market (e.g., Clubhouse transitional employment, sheltered workshops, volunteer work).</li> <li>- Type of employment not defined.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supported employment, individual placement and support, social firm, social enterprise, affirmative business.</li> </ul>
<b>Job integration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yes/no</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Job integration, job acquisition, employment</li> </ul>
<b>Study aims</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- To investigate (one or more) modifiable factors or obstacles (individual or environmental) influencing job acquisition (e.g., factors on which we can intervene).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- To investigate non-modifiable factors influencing job acquisition (e.g., factors on which it is not possible to intervene, for example, age, gender, etc.).</li> <li>- To investigate programs or interventions influencing job acquisition.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factors, variables, obstacles, barriers.</li> </ul>

Tableau 2.2 Summary of included studies

a) Summary of quantitative cross-sectional studies						
Study	Participant diagnosis and Program	Work measures / outcomes	Job status %	Findings		MMAT quality appraisal
				Barriers related to work status	Barriers not related to work status	
<b>Blitz &amp; Mechanic, 2006 USA</b>	N=56 4 participants with SMI (diagnosis unspecified) per employment specialist, 2 who found a job, 2 who did not (28). SEP	Self-administered surveys completed by employment specialists on their 2 most recent clients who were able/unable to obtain and maintain employment.	50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatric disability, itself.</li> <li>- Lower motivation.</li> <li>- Unrealistic expectations of work and the work placement process.</li> <li>- Lower self-efficacy to obtain and retain employment</li> <li>- Lack of relevant skills (physical, cognitive or social).</li> <li>- Lack of access to viable and reliable means of transportation.</li> <li>- Unavailability of health insurance.</li> <li>- Lack of access to childcare services.</li> </ul>		75%
<b>Giugiaro et al., 2012 Italy</b>	N=253 Schizophrenia Out-patient clinic	Competitively employed or not employed.	30%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higher severity of positive, negative and general symptoms.</li> <li>- Unawareness of mental illness (Insight) and its consequences.</li> <li>- Higher cognitive deficits: verbal memory, attention and vigilance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higher cognitive deficits: executive functions, perceptual and motor speed and premorbid intelligence.</li> <li>- Lower educational levels.</li> </ul>	75%
<b>Hernandez, Barrio, Lim &amp; Brekke, 2017 USA</b>	N=149 Schizophrenia Out-patient clinic	Competitively employed or not employed in the previous 6 months.	46%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higher severity of negative and general symptoms.</li> <li>- Lack of social competence.</li> <li>- Lower educational levels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higher severity of positive symptoms.</li> </ul>	75%
<b>Llerena, Reddy &amp; Kern, 2017 USA</b>	N=112 Schizophrenia or schizoaffective disorder SEP	Competitively employed or not employed.	61%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higher score to avolition / apathy subscale of experiential negative symptoms.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higher severity of positive symptoms.</li> <li>- Higher score to expressive negative symptoms anhedonia / asociality subscale of experiential negative symptoms.</li> <li>- Higher neurocognitive deficit.</li> <li>- Lower educational levels.</li> </ul>	75%
<b>Milfort, Bond, McGurk &amp; Drake, 2015 USA (Data from MHT study)</b>	N=430 SSDI beneficiaries who did not achieve employment. Major depression: 32%, bipolar d/o: 30%, schizophrenia and related d/o: 40%, other diagnoses: 18%. SEP	The multidisciplinary teams assessed each non-worker's barriers to employment, identifying up to 3 factors from a list of 14 common barriers found in the literature.	0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higher severity of general symptoms.</li> <li>- Non-engagement in supported employment services.</li> </ul>		75%

a) Summary of quantitative cross-sectional studies						
Study	Participant diagnosis and Program	Work measures / outcomes	Job status %	Findings		MMAT quality appraisal
				Barriers related to work status	Barriers not related to work status	
<b>McGurk &amp; Mueser, 2003 USA</b>	N=61 Schizophrenia 52.5%, Schizoaffective: 32,8%, Major Depression: 4.9%, Bipolar d/o: 9.8% SEP (IPS) versus no SEP	Competitively employed without job supports (js), competitively employed and receiving js, and unemployed.	38% without js, 28% with js	- Higher severity of positive and negative symptoms. - Higher cognitive deficits: psychomotor speed, executive functions.		75%
<b>Rosenheck et al., 2006 USA</b>	N=1438 Schizophrenia Program not specified	Competitive employment, other (non-competitive) employment activities, no employment activities.	15%	- Higher severity of negative and general symptoms. - Higher cognitive deficits. - Lower educational levels.  - Lack of availability of rehabilitation services.	- Higher depression symptoms. - Substance abuse. - Medication side effects.	100%
<b>Saavedra et al., 2016 Spain</b>	N=213 Schizophrenia and related d/o: 73%, other d/o: 27%. SEP and Social firm	Employed in ordinary companies (OC), employed in social enterprise (SE) or unemployed.	10 % (OC), 9 % (SE)	- Higher cognitive deficits: language and attention. - Higher social deficits: communication, independence-competence and independence-execution. - Lower educational levels.	- Higher cognitive deficits: immediate memory, construction visuospatial and delayed memory. - Higher social deficits: isolation and occupational activity.	100%
<b>Salkever et al., 2007 USA</b>	N= 2326 Schizophrenia and related d/o: 100% Not specified	Competitively employed or not employed	14%	- Higher severity of positive and negative symptoms. - Lower educational levels.	- Higher depression symptoms. - Side effect of medication.	100%

b) Summary of quantitative prospective studies						
Study	Participant diagnosis and Program	Work outcomes and Follow-up (FU)	CE acquisition %	Findings		MMAT quality appraisal
				Predictive barriers of job acquisition	Non-predictive barriers of job acquisition	
<b>Allott et al., 2013 Australia</b>	N=135 First episode psychosis: 100% SEP(IPS) vs TAU*	Comp. job acquisition (yes/no). 6-month FU	33% worked only, 29% worked and studied	- Lack of work experience (employment status at baseline).	- Higher neurocognitive deficit. - Higher social cognition deficit.	100%
<b>Bond, Xie &amp; Drake, 2007 USA</b>	N=681 Psychotic d/o: 63%; mood d/o: 34%; others: 3%. SEP (IPS) vs TAU*	Comp. job acquisition (yes/no). 18-month FU	70% IPS group 24% TAU*	- Disability benefit (SSDI and SSI).		50%
<b>Burke-Miller et al., 2006 (data from EIDP study) USA</b>	N=1273 Axis I DSM-IV diagnosis SEP*	Comp. job acquisition (yes/no). 24-month FU	45%	- Lack of work experience (in the previous 5 years). - Lower education level (less than high school).		25%

**b) Summary of quantitative prospective studies**

Study	Participant diagnosis and Program	Work outcomes and Follow-up (FU)	CE acquisition %	Findings		MMAT quality appraisal
				Predictive barriers of job acquisition	Non-predictive barriers of job acquisition	
<b>Campbell et al., 2010 USA</b>	N=307 Diagnosis non-specified SEP (IPS) vs TAU*	Comp. job acquisition (yes/no). 18-month FU	70%	- Lack of work experience (in the previous 5 years).	- Lower educational levels. - Higher severity of negative (anergia, disorganization) and general symptoms. - Substance abuse.  - Disability benefits.	50%
<b>Catty et al., 2008 Europe</b>	N=312 Schizophrenia: 80.3% SEP (IPS) vs TAU*	Comp. job acquisition (yes/no). 18-month FU	55% IPS group 28% TAU	- Lack of work experience (in the previous 5 years). - Lack of working alliance with vocational worker.	- Higher severity of positive, negative and general symptoms. - Higher anxiety and depression symptoms. - Higher social disability. - Lower self-esteem. - Lower education levels.	75%
<b>Corbière et al., 2017 Canada</b>	N=606 Schizophrenia spectrum: 33.3%, Bipolar: 22.5%, Major depression: 40.6%, other: 3.6% SEP*	Comp. job acquisition (yes/no). 6-month FU	43%	- Lack of work experience (duration of unemployment). - Higher cognitive deficits. - Lower motivation to find a job. - Higher number of perceived barriers to employment. - Lower self-esteem as a worker. - Lower use of preparatory and active job search strategies. - Lack of working alliance with the employment specialist.	- Lower educational level. - Higher severity of general symptoms. - Substance abuse.	75%
<b>Corbière, Mercier, Lesage &amp; Villeneuve, 2005 Canada</b>	N=254 Mood d/o 38.6%, schizophrenia d/o: 19.8%, anxiety d/o: 10.9% Program non-specified.	Comp. job acquisition (yes/no). 9-month FU	38%	- Lack of work experience (duration of unemployment). - Lower commitment to work - Disability benefits	- Higher severity of positive, negative and general symptoms.	75%
<b>Corbière et al., 2011 Canada</b>	N=366 Mood d/o: 56.0%, Schizophrenia d/o: 28.1%, Anxiety d/o: 9.9%, Other d/o: 6.0% SEP*	Comp. job acquisition (yes/no). 9-month FU	56%	- Lack of work experience (duration of unemployment). - Lower use of preparatory and active job search strategies (related to lower motivation to obtain a job (+), to lower work centrality (+), to lower social encouragement (+), to lower career efficacy (+) and to higher number of perceived barriers to employment (-)).		75%
<b>Evensen et al., 2016 Norway</b>	N=148 Schizophrenia spectrum Vocational program non-specified	Comp. job acquisition (yes/no). 24-month FU	21%	- Lower GAF scores (baseline and change between baseline and 2 years FU). - Lower self-esteem (baseline and change between baseline and 2 years FU).	- Higher depression symptoms.	50%



### b) Summary of quantitative prospective studies

Study	Participant diagnosis and Program	Work outcomes and Follow-up (FU)	CE acquisition %	Findings		MMAT quality appraisal
				Predictive barriers of job acquisition	Non-predictive barriers of job acquisition	
<b>Fortin, Lecomte &amp; Corbière, 2017</b> Canada	N=82 Psychotic d/o: 67.5%, Bipolar d/o: 12.5%, Major depressive d/o: 17.5%, Other d/o: 2.5% SEP*	Comp. job acquisition (yes/no). 12-month FU	54%	- Lack of work experience (in the last year) - Higher severity of negative symptoms (apathy). - Problematic aspect of personality score at the MSMI-III.	- Lack of work experience (in the last 5 years). - Lower educational level. - Lower motivation to find a job. - Problematic personality scores in the SCID and NEO-15.	50%
<b>Johannesen, McGrew, Griss &amp; Born, 2007</b> USA	N=117 Schizophrenia or other psychotic d/o: 51%, mood d/o: 36%, anxiety d/o: 5%, other: 8%. SEP*	Comp. job acquisition (yes/no). 12-month FU	40%	- Higher number of perceived common barriers (not related to illness) to employment.	- Higher number of perceived illness-related barriers to employment.	75%
<b>Johannesen, McGrew, Griss &amp; Born, 2009</b> USA	N=56 Schizophrenia: 53%, Mood d/o: 32%, Other: 11%, Anxiety d/o: 4% SEP*	Comp. job acquisition (yes/no). 12-month FU	52%		- Reduced or stable perceived barriers to employment (total, common or illness related).	50%
<b>Metcalf, Drake &amp; Bond, 2016.</b> (data from the MHTS study: Frey et al., 2011), USA	N=2055 Schizophrenia: 29%, Affective d/o: 71% SEP (IPS) vs TAU	Comp. job acquisition (yes/no). 24-month FU	42%	- Lack of work experience (in the previous 2 years). - Higher cognitive deficit: score to the digit symbol test (slightly significant). - Less time on disability benefits		75%
<b>Mueser, Salyers &amp; Mueser, 2001</b> USA	N=313 Schizophrenia or other psychotic d/o: 100% Program not specified	Comp. job acquisition (yes/no). 12+24-month FU	23% 1 year FU 21% 2 years FU	- Lack of work experience (in the last year). - Lower educational levels. - Less desire to work. - Less concrete effort to find job. - Negative symptoms : social amotivation (SANS).	- Social deficit: BPRS scores. - Rejection attitude by family members.	50%
<b>Puig, Thomas &amp; Twamley, 2016</b> USA	N=40 Severe mood d/o: 62.5%, Psychosis: 37.5% SEP with and without CCT*	Comp. job acquisition (yes/no). 24-month FU	48%	- Higher cognitive deficit: less improvement in attention / vigilance.	- Higher positive and negative symptoms. - Higher cognitive deficit: processing speed, spatial working memory, learning, executive functioning, and prospective memory. - Higher depressive symptoms. - Lack of work experience (hours worked in adult life).	75%
<b>Razzano et al., 2005</b> USA	N=1273 Schizophrenia spectrum: 51%, Major depression: 22%, Bipolar d/o: 17% SEP*	Comp. job acquisition (yes/no). 24-month FU	45%	- Higher severity of negative symptoms. - Lower severity of positive symptoms. - Self-rated poorer functioning. - Substance use.	- Higher severity of general symptoms. - Non-adherence to medication.	25%

b) Summary of quantitative prospective studies						
Study	Participant diagnosis and Program	Work outcomes and Follow-up (FU)	CE acquisition %	Findings		MMAT quality appraisal
				Predictive barriers of job acquisition	Non-predictive barriers of job acquisition	
<b>Reddy, Llerena &amp; Kern, 2015 USA</b>	N=65 Schizophrenia or schizoaffective disorder: 100% SEP*	Comp. job acquisition – at least 1 week (yes/no). 24-month FU	35%	- Lower intrinsic motivation Value / usefulness subscale (IMI work adaptation). - Lower extrinsic motivation (MBEQ).	- Lower score in Interest/enjoyment, Perceived competence, Pressure/Tension and total scores of the IMI.	75%
<b>Waynor, Gill &amp; Gao, 2016 USA</b>	N=105 Schizophrenia spectrum d/o 39%, Bipolar d/o: 33%, Major depressive d/o: 23.3%, other: 39%, not reported: 1.9%. SEP*	Comp. job acquisition (yes/no). 6-month FU	38%	- Higher work-related social skills self-efficacy.	- Lack of work experience (in the last 5 years). - General symptoms. - Lower work-related self-efficacy: vocational service access and career planning, job acquisition, and general work skills.	50%

c) Summary of qualitative studies					
Study	Participant diagnosis and Program	Data collection and analysis	Findings:		MMAT quality
			Perceived barriers to employment acquisition		
<b>Alverson, Carpenter &amp; Drake, 2006 USA</b>	N=25 participants with SMI. SEP: 13, Clubhouse: 12	Ethnographic observation, conversation, and informal interviewing in a variety of real-world contexts and settings. Thematic analysis.	- Passive work searching style: participants are passive or avoidant, seem unmotivated, are highly selective and tend to drop out from the services. They don't have support and they are not a family provider. They seem to be more symptomatic or less socially functional.		75%
<b>Boycott, Akhtar &amp; Schneider, 2015 UK</b>	N=31 participants. Psychosis: 14, Schizophrenia: 8, bipolar d/o: 4, depression: 4, Other: 1 IPS	Semi-structured interviews. Thematic analysis	- Severity of psychiatric symptoms. - Side-effects of medication. - Anxiety, lack of confidence and concerns about fitting with colleagues. - Lack of work experience.	- Stigma / discrimination. - Loss of benefits.	25%
<b>Hampson, Hicks &amp; Watt, 2016 Australia</b>	N=137 stakeholders. ** Program non-specified	Focus groups and in-depth interviews. Thematic analysis.	- Motivation, self-management, and self-concept issues. - Episodic nature of the conditions. - Difficulties with social interaction. - Mood disturbance. - Cognitive deficits. - Side effects of medication. - Comorbidities. - Self-stigma, poor self-confidence. - Career disruption.	- Lack of suitable accommodation. - Lack of family and social supports. - Stigma, discrimination (coworkers, employers and society). - Loss of benefits. - Lack of access to public transport. - Lack of access to services.	100%

**c) Summary of qualitative studies**

<i>Study</i>	<i>Participant diagnosis and Program</i>	<i>Data collection and analysis</i>	<i>Findings: Perceived barriers to employment acquisition</i>		<i>MMAT quality</i>
<b>Hanish, Wrynn &amp; Weigl, 2017 UK</b>	N=279 Participants with SMI Schizophrenia: 50.9%, other d/o: 49.1% Competitive job acquisition: 10% SEP	Participants were asked to report three main barriers that have prevented them from entering or returning to employment. Thematic analysis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Job search/application process issues (lack of job goals, unsure about training options, lack of job search skills, unable to identify own skills).</li> <li>- Health problems (symptoms of mental illness, memory problems, concentration problems, alcohol problems, medication side effects).</li> <li>- Lack of skills (lack of work skills, communication problems, social skills problems).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of prior work history (unemployment, lack of references, gaps in work history).</li> <li>- Low confidence/self-esteem (anxious about new experiences, motivation problems, disclosing illness to employers).</li> <li>- Work-related stress (boredom/dissatisfaction with the role, relation with coworkers and employers).</li> <li>- Social/Structural disadvantages (loss of benefits).</li> <li>- Economic resources (family responsibility housing problems, lack of childcare, can't afford training or transportation).</li> </ul>	50%
<b>Henry &amp; Lucca, 2004 USA</b>	N=44 participants with SMI. N=30 providers of services. Clubhouse, SEP, day rehabilitation programs	12 focus groups: 6 with consumers / 6 with providers. Grounded theory method.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptoms interfering with work: feeling stressed on the job, fear of relapse.</li> <li>- Limited skills, education and work experience.</li> <li>- Limited motivation and low work expectation</li> <li>- Lack of work services.</li> <li>- Poor service coordination.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Low expectations among providers.</li> <li>- SSDI/SSI Disincentives and complexity.</li> <li>- Lack of financial resources.</li> <li>- Inadequate public transportation.</li> <li>- Lack of support.</li> <li>- Stigma (negative attitudes of providers, negative images in the media, internalized stigma).</li> </ul>	75%
<b>Kolets et al., 2009 UK</b>	N=48 participants with SMI. Schizophrenia: 29, Bipolar affective disorder: 15, Other psychotic diagnosis: 4 SEP (IPS) and TAU	Semi-structured interviews. Thematic analysis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatric symptoms.</li> <li>- Lack of working experience and qualification, unemployment period.</li> <li>- Lack of confidence and motivation.</li> <li>- No jobs that match interest.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicated procedures (e.g., job search a time-consuming process, lack of career advice).</li> <li>- Unfamiliarity of the job market, not knowing where to look.</li> <li>- Bad working conditions.</li> <li>- Stigma.</li> </ul>	25%
<b>Marwaha &amp; Johnson, 2005 UK</b>	N=15 participants with SMI Schizophrenia: 8, Bipolar affective d/o: 7. Outpatient clinic	Semi-structured interviews. Thematic analysis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fear of not being able to cope with full-time employment.</li> <li>- Symptoms interfering with functioning at work.</li> <li>- Concentration or memory problems affecting their ability to function at work.</li> <li>- Problems getting up in the morning.</li> <li>- Medication side effects.</li> <li>- Concerns that working might lead to a relapse of mental illness.</li> <li>- Fear of stigma/discrimination.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stigma (by the employers and self-stigma).</li> <li>- Loss of benefits.</li> <li>- Lack of advice about work from professionals.</li> <li>- Not enough specialist employment services available.</li> </ul>	75%
<b>Netto, Yeung, Cocks &amp; McNamara, 2016 Australia</b>	N=9 participants. Major depression: 3, bipolar affective d/o: 3, Schizophrenia or psychotic d/o: 2, borderline personality d/o:1 Program non-specified	Focus groups In-depth, semi-structured interviews. Interpretative phenomenological analysis (IPA).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Self-esteem.</li> <li>- Difficulty in negotiating the employment application process.</li> <li>- Fear of not being able to cope with work stress, pressure.</li> <li>- Fear of social difficulties, difficult relations with employer.</li> <li>- Employment history (breaks, bad reference).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stigma and discrimination.</li> <li>- Lack of formal support.</li> <li>- Lack of availability and low quality of employment services (poor linkage between services, lack of awareness of the employment services).</li> <li>- Lack of person-centred support by the employment specialist.</li> </ul>	100%

**c) Summary of qualitative studies**

<b>Study</b>	<i>Participant diagnosis and Program</i>	<i>Data collection and analysis</i>	<i>Findings: Perceived barriers to employment acquisition</i>	<i>MMAT quality</i>	
<b>Taskila et al., 2014 UK</b>	N=20 experts. *** Program non-specified	Semi-structured interviews. Thematic analysis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Self-Stigma (that bring low self-esteem and low confidence and impact their motivation).</li> <li>- Fear of relapse if faced with stress, workplace bullying and poor support systems.</li> <li>- Fear of losing benefits.</li> <li>- Side-effect of medication.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Societal Stigma.</li> <li>- Lack of support, low work expectation (health professional, society).</li> <li>- Lack of coordination between services, lack of access to employment support.</li> </ul>	75%

\* SEP = Supported employment program, IPS = Individual placement and support, TAU = Treatment as usual, CCT= Compensatory cognitive training

\*\* 25 clients, 9 care givers, 11 employers, 27 employment consultants, 46 community members, 19 health professionals.

\*\*\* 2 academic psychiatrists, 1 clinical psychiatrist, 3 caregivers, 2 experts with lived experience (campaigner, activist), 3 employers, 3 employment support specialists, 1 nurse consultant, 1 stakeholder (mental health organization), 2 psychologists, 2 occupational therapists

Tableau 2.3 The most salient barriers to employment

Significant barriers				Non-significant barriers		
Strong	Moderate	Limited	Inconsistent	Limited	Moderate	Strong
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Lack of work History.</b></li> <li>- <b>Inaction and lack of strategies toward employment.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitive deficits.</li> <li>- Higher perceived barriers,</li> <li>- Receiving disability benefits,</li> <li>- Low working alliance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problematic aspect of personality.</li> <li>- Substance abuse.</li> <li>- Low motivation to obtain a job.</li> <li>- Low work centrality.</li> <li>- Low self-esteem.</li> <li>- Low work-related self-efficacy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative symptoms.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive symptoms.</li> <li>- Social disability.</li> <li>- Lack of social support.</li> <li>- Non-adherence to medication.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Low educational level.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- General symptoms.</li> <li>- Anxiety and depression symptoms.</li> </ul>

**CHAPITRE 3**

**ARTICLE 2 :**

**WORKING ALLIANCE PATTERNS IN A CONTEXT OF EMPLOYMENT SUPPORT  
FOR PEOPLE WITH A SEVERE MENTAL ILLNESS: AN EMPLOYMENT  
SPECIALIST PERSPECTIVE**

Élyse Charette-Dussault et Marc Corbière

Soumis à la revue *Journal of Vocational Rehabilitation*

## **Abstract**

**BACKGROUND.** Developing a good working alliance with clients with a severe mental illness (SMI) is a core competency of the employment specialist (ES). The ES's assessment of the working alliance was found to be related to the client's acquisition of a job in the regular market but we have little information on the processes and factors involved. **OBJECTIVE.** To understand the development of the work alliance as assessed by the ES and its relationship to the client's acquisition of employment. Factors that may facilitate or hinder the development and evolution of the alliance were also explored. **METHODS.** Cluster analysis was used to define alliance development patterns, while frequency analyses were used to identify differences between the patterns in terms of whether the clients with SMI obtained (or not) employment. Interviews with ESs explored factors that may have explained the different patterns. **RESULTS.** Three patterns of working alliance were found and the one most often linked to client employment was the very high and stable patterns. The factors that might explain the different patterns are complex and interrelated. **CONCLUSIONS.** The results can be considered in the ES's initial and ongoing training on the working alliance and the implementation of quality supported employment programs.

**Keywords:** Mental disorders, working alliance, supported employment, vocational rehabilitation

## **Résumé**

**CONTEXTE.** Le développement d'une bonne alliance de travail avec les clients atteints d'un trouble mental grave (TMG) est une compétence essentielle du conseiller en emploi spécialisé (CES). L'évaluation de l'alliance de travail par le CES s'est avérée liée à l'obtention d'un emploi par le client sur le marché régulier de l'emploi, mais nous disposons de peu d'informations sur les processus et les facteurs impliqués. **OBJECTIF.** Comprendre le développement de l'alliance de travail telle qu'elle est évaluée par le CES et sa relation avec l'obtention d'un emploi par le client. Les facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver la création et le maintien de l'alliance ont également été étudiés. **METHODE.** Une analyse de cluster a été utilisée pour définir les profils de développement de l'alliance, tandis que des analyses de fréquence ont été utilisées pour identifier les différences entre les profils en termes d'acquisition d'un emploi par les clients atteints de TMG.

Des entretiens avec des CES ont permis d'explorer les facteurs susceptibles d'expliquer les différents profils. Trois profils de développement d'alliance ont été trouvés, mais celui qui est le plus souvent lié à l'obtention d'un emploi par les clients est un profil très élevé et stable. Les facteurs susceptibles d'expliquer les différents profils sont complexes et interdépendants. Les résultats de cette étude pourront contribuer à améliorer la formation initiale et continue des CES et dans la mise en œuvre de programmes de soutien à l'emploi de qualité.

**Mots-clés :** Troubles mentaux, alliance de travail, support à l'emploi, réadaptation professionnelle



### 3.1 Introduction

Work is an important determinant of recovery for individuals with severe mental illness (SMI; e.g., psychotic and mood disorders) by providing structure, socialization, economic capital, validation of skills, and fostering positive self-esteem and self-image (Winsper et al., 2020). Although a large proportion of these individuals report wanting to work, only 10-25% are employed in the competitive labor market (Drake & Whitley, 2014; Mueser & McGurk, 2014). Supported employment (SE) programs are recognized as evidence-based practices facilitating the work integration – job acquisition and job tenure – of individuals with SMI (de Winter et al., 2022; Frederick & VanderWeele, 2019; Suijkerbuijk et al., 2017). Supported employment programs focus on finding competitive employment as quickly as possible with individualized support for integration and retention of the individual with SMI in the regular labor market (Drake & Whitley, 2014). Research over the past 20 years shows that about 50% of people in these programs obtain competitive employment which is a significant result considering that a small proportion of people with SMI are employed (de Winter et al., 2022; Frederick & VanderWeele, 2019; Suijkerbuijk et al., 2017).

Although most programs have roughly the same guiding principles or intervention philosophies, significant variability ranging from 20% to 80% is observed across organizations' employment integration percentages (Drake et al., 2006; Drake & Bond, 2014). These differences in performance may be explained in part by their fidelity to the models considered most successful or best suited to their sociopolitical context (Bond & Drake, 2008; Corbière et al., 2014b). Furthermore, within the same employment support agency or program, some ESs may be much more successful than others in helping their clients integrate and maintain employment (Drake et al., 2006). The primary objective of the ES is to facilitate the rapid integration of clients into the regular labor market and ensure job tenure (Drake et al., 2012) by assisting clients in selecting suitable jobs, supporting them in their job search, collaborating with community stakeholders (e.g. employers, mental health professionals), and advising them on adaptations that can help them maintain their job (Rinaldi et al., 2008). In 2017, Corbière et al. focused on the skills of ESs to predict the work integration of clients with SMI. Their results suggested that counselors' interpersonal skills are particularly important. Indeed, developing quality relationships with employers and managers was one of the skills most predictive of getting a job (Corbière et al.,

2017). Another important predictor was the quality of the working alliance that developed between the client and their ES (Catty et al., 2008; Corbière et al., 2017). The development of a solid working alliance between the ES and the client with a SMI is of paramount importance as it allows these stakeholders to work together to overcome barriers to employment (Charette-Dussault & Corbière, 2019; Corbière et al., 2020).

The working alliance is composed of three components. The first component is more affective in nature and corresponds to the positive bond created between client and therapist (or other professional), characterized by respect, mutual trust, and caring. The second two components, which are more cognitive in nature, are a shared agreement on the goals to be pursued and a shared agreement on the tasks to be performed to achieve those goals (Bordin, 1979; Horvath & Bedi, 2002). Working alliance has been consistently shown to contribute to clinical improvement in psychotherapy and counseling (Flückiger et al., 2018) and is considered an important and ubiquitous variable in all helping relationships (Bordin, 1976; Luborsky, 1976). Research has emphasized the critical role of a strong working alliance in promoting positive outcomes for clients with SMI, particularly in alleviating symptoms, mitigating the negative effects of self-stigma, and improving overall well-being (Kondrat & Early, 2010). A strong working alliance also fosters increased motivation, compliance, and treatment adherence, leading to improved treatment outcomes for people with SMI (Tremain et al., 2020; Barrowclough et al. 2010). Although there are far fewer studies on the contribution of the working alliance in the context of work rehabilitation, the scientific knowledge accumulated to date confirms that it is just as important as in the context of psychotherapy or counseling (Hasson-Ohayon et al., 2021; Lloyd, 2010).

Unlike studies in the field of psychotherapy and counseling where it is the client's perception of the working alliance that is most related to therapeutic outcomes (Flückiger et al., 2018), in SE programs, the ES's assessment of the quality of the working alliance is as predictive, if not more, of the client obtaining a job (Catty et al., 2008; Corbière et al., 2017) than the client's assessment of the alliance. Since the working alliance is considered a process, its level does not necessarily remain the same throughout the counseling process (Safran et al., 2009). Most researchers who have examined the relationship between the working alliance and various therapeutic outcomes have nonetheless used a single measurement time for working alliance, despite the recognition of its dynamic and processual nature (Ardito & Rabellino, 2011).

Theoretically, according to Horvath et al. (2011), effective therapy consists of an initial phase where the alliance is high, followed by a second phase characterized by a decrease in the alliance caused by therapeutic work that proves to be confrontational for the client, and ends with a final phase where the alliance increases again as the therapist works with the client to repair these breakdowns.

Kivlighan & Shaughnessy (2000) tested this hypothesis in research on patterns of working alliance development in the first four encounters between therapists-in-training and their clients. Using cluster analysis, these authors identified three patterns of alliance development: a stable alliance, a linear growth alliance, and a U-shaped or quadratic growth alliance. This last pattern was associated with better therapeutic results in clients. Other authors have also been interested in working alliance patterns in the context of psychotherapy and the context of career counseling since then. In these studies, the most common patterns are: 1) a linearly increasing pattern (Covali et al., 2011; de Roten et al., 2004; Elad-Strenger & Littman-Ovadia, 2012; Loos et al., 2015; Stiles et al., 2004); 2) a stable, elevated pattern (Covali et al., 2011; de Roten et al., 2004; Loos et al., 2015; Stiles et al., 2004), and 3) a decreasing pattern (Loos et al., 2015; Stiles et al., 2004). The pattern most often associated with clinical improvement is the one representing linear growth (Covali et al., 2011; de Roten et al., 2004; Elad-Strenger & Littman-Ovadia, 2012). Even psychotherapy and career counseling processes that are considered to be short-term can be longer than what is found in SE programs, where interventions are goal-oriented and can be as short as 3 meetings.

In 2008, Ross, Polaschek, and Ward (2008) examined the strengths and limitations of Bordin's conceptualization and improved it (explanatory depth) to better represent the challenges of creating and maintaining a working alliance. Their representation of the working alliance includes the characteristics of the therapist, the characteristics of the client, the cognitive and emotional processes that influence the interactions between the two actors, and the therapeutic and social context in which this interaction takes place. Although there are many factors to consider, factors related to the therapist, and more specifically his or her ability to be aware of the factors that may interfere with the working alliance and his or her ability to intervene, are of paramount importance (Ruiz-Aranda et al., 2021; ). It is known from other studies that it is the therapist's contribution to the alliance that most accounts for therapeutic change (Wampold & Owen, 2021). In other words,

it is the therapist who is responsible for creating and maintaining this working alliance despite the symptoms, difficulties, and characteristics of the client who needs help to achieve their goals.

Although the working alliance is considered essential to the work integration process, very few studies have specifically attempted to better understand the mechanisms involved. Moreover, research addressing the working alliance in vocational rehabilitation has mainly focused on the client's point of view since the literature on psychotherapy and guidance counseling considered this to be more predictive of therapeutic effects (Donnell et al., 2004; Lecomte & Savard, 2006). Considering that the ES's perspective is also, if not more, predictive of obtaining employment in the competitive labor market (Catty et al., 2008; Corbière et al., 2017), particularly with evidence from large samples (>90 specialized counselors who followed over 600 clients), it is important to address the ES's perspective.

Consequently, this research targets the working alliance as perceived by the ESs from SE programs dedicated to people with SMI. The first objective is to better understand the development of the working alliance as assessed by the ES and its relationship with job acquisition in the regular labor market. Based on the literature, we expect to find 3 working alliance patterns: a linearly increasing pattern, a stable elevated pattern, and a decreasing pattern (hypothesis A). The first pattern is expected to be most strongly associated with job acquisition (hypothesis B) compared to other patterns. The second objective is to better understand, qualitatively, the factors that explain the working alliance patterns found in the first phase. More specifically, the following question is to be answered: What factors influence the different working alliance patterns and the results of the employment process from the ES's perspective? (question C). The goal is to describe and understand, from the ES's perspective, which factors related to the ES's characteristics, those of the client, and the context, that may influence a particular working alliance pattern and how they help or hinder employment acquisition.

### 3.2 Methods

A two-phase sequential explanatory mixed-method design (Briand & Larivière, 2020) was used to address the research objectives. The first phase, which was correlational, longitudinal, and

quantitative in nature aimed to answer the first objective, particularly hypotheses A and B; while the second phase, qualitative in nature, aimed to answer the last objective, particularly question C.

### 3.2.1 First Phase

#### 3.2.1.1 Procedure and Participants of the first phase

To achieve the first objective, ESs from SEP in the province of Quebec (Canada) were recruited. These SE programs participated in a Pan-Canadian study in which only SE programs that adhered to a recognized SE program definition were retained (Corbière et al., 2017). To participate in the study, the ES had to meet two criteria: they had to have been employed by the organization for at least one year and they had to serve a clientele with an SMI. Selected ESs were familiar with the theoretical concept of the working alliance and demonstrated an interest in the concept in their clinical work. However, not all of them had benefited from supervision designed to help them develop and maintain a good working alliance in practice. ESs were recruited to target five new clients from individuals seeking services from their organization, each with an SMI, based on the following inclusion criteria: 1) currently unemployed upon entry to the program, 2) aspiring for competitive employment. Individuals diagnosed with neurodevelopmental disorder, neurological disorder, or dementia were excluded from the study. For each client, the ES was invited to measure the working alliance, according to their own perception, during the first 3 or 4 meetings with the client, with a follow-up on the results of the process, i.e., job acquisition or not within 6 months after the first meeting.

During the recruitment period, from September 2020 to April 2022 (19 months), the research project was presented to the team of ESs. The ESs met individually with the researchers using a videoconference platform to ensure their understanding of the research project and to allow the ESs to ask questions about the study. The first questionnaire, on the ESs' socio-demographic and professional characteristics, was conducted by telephone to obtain clear and complete answers. A tracking document of the different questionnaires to be filled in during the research project was also given to them at this time (Figure 3.1). This document contained all the links to the online questionnaires (LimeSurvey) as well as the timeline for their completion. As soon as a questionnaire was completed, the researcher received a notification. Monthly phone and email follow-ups were conducted by the first author (E.C-D.) to maintain contact with all ESs, assess

problems encountered, and respond to their questions and concerns. When ESs recruited clients, a reminder was sent weekly to ensure that they completed the working alliance questionnaire quickly after each meeting with their clients. Six ESs recruited clients and completed questionnaires.

### 3.2.1.2 Instruments of the first phase

*ES's sociodemographic questionnaire.* The first questionnaire was designed to obtain information about the ESs while ensuring that they meet the inclusion criteria. Socio-demographic questions covered gender, age, education, and years of experience as an ES (overall and for the current SEP). This information was collected by phone to obtain clear and complete responses.

*Clients' sociodemographic questionnaire.* The second questionnaire was designed to obtain information on the ESs' clients. The sociodemographic questions included age, diagnosis, length of absence from the competitive labor market, and information on disability benefits received by the client.

*Working Alliance Inventory.* The short version of the Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) is validated in French (Corbière et al., 2006). This tool also has the advantage of having been validated with rehabilitation workers and their clients with a SMI (Corbière et al., 2006). This self-reported tool, based on Bordin's design, includes 12 items with response choices corresponding to a Likert scale ranging from 1 (never) to 7 (always) points. The tool consists of two versions, a client's version, and an ES version. Only the ES version was used in this study. Although the tool is built on three subscales corresponding to the three working alliance components, goals (4 items; e.g., We are working towards mutually agreed upon goals), tasks (4 items; e.g., The client and I agree on the steps to be taken to improve his/her situation), and bond (4 items, e.g., The client and I have built a mutual trust), a global score, which was used in this study, can also be calculated by averaging the scores of the 12 items.

*Measure of job acquisition.* The client was considered to have obtained employment when he or she had worked at least one day in a competitive job, i.e., a part-time or full-time job that was not restricted to persons with work disability and that provided a salary of at least the current minimum wage or higher.

### 3.2.1.3 Analysis of the first phase

To verify hypothesis A, a hierarchical clustering analysis based on Ward's (1963) minimum variance method was used. Clustering analysis is a type of technique for grouping similar cases into distinct groups (Byrne & Uprichard, 2012). Ward's minimum variance method is a hierarchical case clustering method for creating clusters with minimal within-group variance and maximum between-group variance (Maimon & Rokach, 2005). Therefore, it ensures that clusters contain cases that are as similar as possible while ensuring that the cases contained in one cluster are different from those in other clusters. The number of clusters was determined based on an iterative reduction procedure to select the most optimal solution while considering the reduction of the agglomeration coefficient and ensuring that all clusters comprised at least 10% of the participants (Hair & Black, 2000). Unlike Kivlighan and Shaughnessy (2000), who used a deviation working alliance score obtained by subtracting the average alliance score (the level) from each of the ratings to isolate the shape from the level of the alliance pattern, we used direct WAI scores to obtain patterns influenced by both level and shapes as proposed by de Roten et al. (2004).

To address hypothesis B, frequency analyses were performed between the different clusters obtained and job acquisition.

### 3.2.2 Second Phase

To address the second objective – a better understanding of the factors influencing the different patterns of the working alliance according to the perspective of the ES – a qualitative descriptive interpretative design was used. This design was particularly suited to the research aim since it involved understanding and describing a complex phenomenon from the perspective of the ES (Gallagher & Marceau, 2020). Therefore, the aim was to explore in more detail the results obtained in the first phase of the study to evaluate them from the perspective of the ES.

#### 3.2.2.1 Procedure and participants of the second phase

To do this, ESs recruited in the first phase were met individually for semi-structured interviews. Only five of the six ESs were interviewed because one of them left the organization and was no longer available. 17 interviews were conducted with the 5 ES's - ranging from one to five interviews, depending on the number of working alliance patterns collected by each ES. Each tape-

recorded interview lasted between 40 and 75 minutes and focused on a single working alliance pattern to understand the factors that contributed to its development. The verbatims from these initial interviews were analyzed to extract meaning and ultimately construct a summary representing the experience as reported by the ES for each working alliance pattern. These individual summaries were sent to each ES before a second interview. The purpose of this second interview was to ensure that the summary reflected the ES's perspective and to ask clarifying questions.

### 3.2.2.2 Instruments for the second phase

*Interview Guide.* A semi-structured interview guide was created for this project based on Ross et al.'s (2008) model and includes several questions from the Therapist Relationship Interview (Tri; Safran & Muran, 2007). The questions focused on the factors that may have, according to the perception of the ES, influenced the development of a specific working alliance pattern, as well as the potential impact on employment (obtaining a competitive job or not). Specifically, the questions were designed to document the following factors based on Ross et al.'s model (2008): 1. Client factors (e.g., diagnosis, personal traits, and attitudes), 2. ES factors (e.g., personal traits and attitudes, level of burnout), 3. Factors related to the context (e.g., perceived workload, SE programs). The interview outline included 5 main questions as well as follow-up questions and requests for clarification.

### 3.2.2.3 Analysis for the second phase

To explore the ES' perceptions of the factors that influenced the working alliance patterns and employment outcomes of their clients, the data obtained during the interviews was subjected to a thematic analysis following the approach of Paillé and Mucchieli (2021). This type of analysis is particularly appropriate when describing a complex, under-explored phenomenon while providing a rich and detailed understanding of that phenomenon (Paillé & Mucchielli, 2021). A descriptive interpretative level of analysis was chosen to capture the lived experience and its meaning to move toward an understanding of the phenomenon (Gallagher & Marceau, 2020). To do so, the content of the interviews was transcribed in full and imported into NVivo version 12 software (QSR International, 2018). Although general categories derived from Ross et al.'s (2008) conceptualization were used as a general framework for the interview, the thematization process in



each of these broad categories was carried out inductively so that the themes represented, as much as possible, the words of the subjects participating in the study (Paillé & Mucchielli, 2021).

### 3.3 Results

#### 3.3.1 Descriptive statistics

Statistical analyses were performed using SPSS 26.0 and R 4.2.0. The descriptive analysis provided information on the level of working alliance over time as perceived by the ES vis-à-vis their clients, and the rate of job acquisition.

The 6 ESs, all women ranging from 27 to 50 years old ( $M = 40$ ), had 1 to 14 years of experience ( $M=6.5$ ) as an ES and worked in 5 different SE programs in the province of Quebec (Canada). All ES had at least a bachelor's degree, while one also had a master's degree. They were trained in secondary school teaching (1), social work (1), career development (2) and psychoeducation (2).

The ESs recruited 30 clients who they met between 1 and 4 times. In this cohort, 18 clients met with their ES at least 3 times. Clients who agreed to have their information used were between 21 and 57 years old ( $M=38$ ). Information about their diagnoses, length of time out of the labor market, and the benefits they received at the time of the study is presented in Table 3.1 (Tableau 3.1).

A high proportion of clients diagnosed with an anxiety disorder obtained a job (83.3%), whereas 60% of the clients with a mood disorder and 50% with a psychotic disorder obtained a job at the 6-month follow-up. Other than one client who had been out of the labor market for more than 5 years and who had obtained a job as part of the study, a slightly higher proportion of the clients who had been out of the labor market for less than a year obtained a job (66.75%), compared to those who had been out of the labor market for 1 to 2 years (50%) and 2 to 5 years (60%). Clients with no social benefits and clients with very short-term social benefits (benefits for participating in the SEP or Canada Recovery Benefit (CRB)) obtained employment at higher rates (100% and 80% respectively) than those receiving social benefits (44.4%; e.g., social assistance). Of the 18 clients, 12 (67%) obtained a job at the 6-month follow-up (Table [Tableau] 3.1). The average time to obtain a job was 59.25 days ( $SD=21.01$ ), about 2 months.

### 3.3.2 Working Alliance Patterns

Cluster analysis of the three WAI scores revealed, as expected, three different patterns (see Figure 3.3) but one of the patterns differed from the anticipated result (see Figure 3.2 and Table [Tableau] 3.2). Instead of a linearly increasing pattern, we found a stable low pattern. The clients characteristics associated with these 3 alliance patterns are presented in Table 3.3 [Tableau 3.3].

1. *Stable high alliance pattern* (SHA). This cluster included 5 cases (27.78%), with a mean alliance of 6.64 (SD = 0.15).
2. *Stable low alliance pattern* (SLA). This cluster included 10 cases (55.56%), with a mean alliance of 5.09 (SD = 0.34)<sup>1</sup>.
3. *Linear decrease alliance pattern* (LDA). This cluster included 3 cases (16.67%), with a mean alliance of 6.07 (SD = 0.29).

### 3.3.3 Working Alliance Patterns and Job Acquisition

Frequency analyses seems to suggest that clients in clusters SHA and SLA were more likely to be employed at 6-month follow-up than clients in cluster LDA (Cluster SHA = 80%, Cluster SLA = 70%, Cluster LDA = 33%).

### 3.3.4 Factors Affecting the Working Alliance Patterns and Job Acquisition

The results of the qualitative analyses are presented in 3 categories: 1) the factors that may have positively or negatively affected the development of the alliance between the ESs and their clients, 2) the relative importance of the 3 components of the working alliance in achieving the objectives of the SE program and 3) the factors related to job acquisition of the client from the point of view of the CES.

#### 3.3.4.1 Factors Affecting the Working Alliance

In the interviews, ESs raised many factors that may have affected the development of the working alliance with their clients. Some factors were related to the client's characteristics, such as their

---

<sup>1</sup> The average score for this cluster corresponds to a fairly good level of alliance. The term low has been chosen for the sake of clarity, to differentiate it from the higher pattern.

diagnosis and their attitudes, others were related to the ES's characteristics such as their work experience or personality, and some were related to the context (e.g., workload). However, it seems clear that the personal characteristics of clients and ESs alone did not increase or decrease the working alliance; it was the complex interrelationship between the characteristics of both stakeholders that affected the level of working alliance perceived by the ES. Figure 3.2 shows all the meta themes (in bold) and sub-themes (in italic) raised during the analysis. The next few pages will present the most clinically salient results.

Despite certain client reactions to the CES, such as a tendency to be defensive or to mistrust, that made creating and maintaining a good working alliance more difficult for many ESs, most client characteristics were experienced differently by different ESs. For example, one ES could react positively to a client who showed a certain passivity in the work integration process because they are comfortable with taking a more active role in the meetings, while another ES could react negatively, perceiving this passivity as a lack of motivation and a major obstacle to the relationship and the work integration.

The similarity in characteristics between the client and ES often positively affected the working alliance but a positive and solid alliance can also be developed despite significant personal differences.

*The alliance was there from the start, even though we were completely different people. We both agree that we were different, he is a very colorful artist, and I'm conventional, but it doesn't matter that we're different, we can establish a common goal and we move forward.* ES#11\_C4 (Cluster SHA, obtained a job)

The client's diagnosis, or more specifically, the symptoms associated with it, may influence the perceived working alliance for some ESs, but it appears to be linked to their personal strengths, challenges and competencies:

*It's harder for me to create a good alliance with people who have a depressive pattern. It seems to feel a bit helpless because it affects their sleep, it affects their attendance, it affects their ability to function daily, so sometimes I don't really know what to do to help them.* ES#5\_4 (Cluster LDA, obtained a job)

For some clients, it is the ES's conscious effort to actively adapt to the client's personality, needs, and goals that foster the working alliance. *"With him, I had to analyze what I was doing more. You know, I had to be more careful, not rush him, and respect his limits. It was more mentally demanding with him than with the first client."* ES#11\_C2 (Cluster SHA, obtained a job).

ESs do not always perceive, in action, the complex interrelationships that affect their perceived level of the working alliance. Some ESs are aware of their challenges and the emotions that may emerge when they encounter certain characteristics of their clients. Whether it is a difficulty in tolerating the possible anger of a client who reacts strongly to criticism, the feeling of not being competent enough to deal with a much older person, or the tendency to take responsibility for the success of the job acquisition process, altogether, these reactions can make the working alliance more fragile if the ES does not consider them.

Some ESs were able to address their perceptions of the working alliance with some of their clients:

*There was transparency in our relationship. At one point I said to him: "I realize that you and I are not going at the same pace as if I wanted more than you. Could it be that I'm in more of a hurry than you?"* ES#11\_C1 (Cluster SHA, obtained a job)

However, directly addressing working alliance perceptions is not easy and ESs were not able to do so with every client:

*You know, there are some clients where it's easier to do that, to address things, but with her, I couldn't do so. I didn't want her to be angry, I didn't want her to be upset, I didn't want to break the fragile bond!* ES#16\_C2 (Cluster SLA, did not obtain a job)

This leads to an important factor that appears to differentiate SHA cluster cases from the other two clusters. In the SLA and LDA clusters, the ESs may be confronted with emotions they don't fully understand when in contact with their clients, or they become aware of these emotions, manage to link them to the attitudes, symptoms, or characteristics of the clients, but fail to use them to serve the client and the process. The clients associated with these patterns had disparate characteristics that were difficult to link to the pattern in question. However, ESs belonging to these patterns were more likely to avoid raising perceived challenges in the relationship or disagreements about tasks and goals, or they preferred to focus primarily on the technical aspect of the process (e.g., resume

writing) rather than the more emotional aspect of the relationship. These patterns may have stagnated due to a lack of interventions focused on the relationship itself.

In the SHA Cluster, the 4 cases analyzed in more depth showed that the 2 ESs to whom these cases belonged, reacted to certain client characteristics or attitudes, but they were able to address their perceptions to help clients progress and develop better skills. In these patterns, according to the interviews, ESs report feeling trusted quickly by the clients and if the challenges in terms of mutual agreement on goals and tasks are addressed quickly, a stable good working alliance across time is formed. Clients associated with these patterns usually have favorable interpersonal qualities or demonstrate good motivation in the process. ESs who belonged to this pattern usually had several years of experience and were able to perceive their reactions to the client's characteristics and attitudes to adjust their interventions and work on both the working alliance and the achievement of the objectives during the process.

The context in which ESs and clients are embedded also affects the development of the working alliance. The factors raised by the ESs were workload and meeting methods (phone, video conference, or face-to-face). Most ESs felt overwhelmed by their workload, and they did not always have time to adequately care for the working alliances they were developing with their clients, especially with clients where the work was most challenging. *“You know I wish I had more time to take care of the alliance I am developing with him. Sometimes I feel more in survival mode, so I try to save my energy”*. ES#5\_C2 (Cluster LDA, obtained a job). These overwhelmed ESs claim that they will sometimes make choices that may affect the clients under their care, in order to preserve their mental health. They will help customers who, according to their outlook, have a better chance of finding a job, or they will devote less energy to understanding the motivational difficulties of less committed customers. They may even disengage when these customers need more support.

The ESs agreed that it was possible to intervene via technology, but that it was more appropriate for clients who had good technical and relational skills and where the focus of the intervention was more technical. Even in these situations, ESs pointed out that information was still missing (e.g., physical appearance, style), especially if the telephone was used. Even in face-to-face situations,

the use of a medical mask could make it more difficult to perceive the clients' reactions, which could sometimes lead to misunderstandings and rupture of the working alliance.

#### 3.3.4.2 The importance of the Three Working Alliance Components

ESs readily discussed the 3 components of the working alliance, the bond, the mutual agreement about the task and objective to pursue, as well as their perception of their relative contribution as ES to achieving the goals of the SE program with their clients.

One of the central criteria for assessing the level of the working alliance as perceived by the ES is the level of trust that the client seems to have in the ES. For some clients, this trust is established quickly, while for others, the ES must make additional effort to gain the client's trust. Trust seems to be closely related to a common understanding of the targets to be reached (the objectives) and the means to achieve them (the tasks).

*He trusted me enough. I felt quickly that what I was saying made sense to him. My proposals also made sense to him, which means that I understood his situation, that I had understood what his difficulties were, and his expectations.* ES#16\_C4 (Cluster SHA, obtained a job)

Sometimes mistrust seems so ingrained in the client that counselors feel unable to make an emotional connection. This weak emotional bond leads the ES to focus their efforts on concrete tasks and mainly technical support.

*I think it was his distrust that scared me. I felt like I didn't have access to him, but I wasn't pushing it either. I was always afraid that it would reinforce his distrust, that he would become even more withdrawn, even more secretive. So, I was more focused on the task with him.* ES#5\_C2 (Cluster SLA, obtained a job)

In some cases, despite a good relationship and mutual respect, it was difficult to reach a clear agreement on the objectives, affecting the working alliance as a whole, and the SE process and work outcomes. *“I had a vision of a helping approach for this client. But she was reluctant. So, she pulls on one side, and I pull on the other, so we don't go to the same place, and it doesn't work.”* ES#16\_C2 (Cluster LDA, did not obtain a job)

Conversely, in some cases, the affective bond may be neutral, yet still respectful, fostering a collaborative effort to help the client achieve their goal of obtaining employment. If there was agreement on the tasks, the objectives could be reached.

*In our meetings, it was "OK straight to the point", it was clear in terms of the task, she knew where she was going, and it was consistent with her pattern. That reassured me and favored my alliance with this person. ES#5\_C4, (Cluster SLA, obtained a job)*

Finally, in some cases, like one client (Cluster LDA, did not obtain a job), the 3 components of the working alliance were sufficient and the person did not get a job because both the ES and the client agreed that it may not be the right time for them to integrate the competitive labor market, even though that was the original objective.

#### 3.3.4.3 Factors Related to Job Acquisition

The factors raised by ESs to explain whether their clients obtained a job or not are the following: the working alliance between them, the relational and professional competency of the clients, and the shortage of personnel.

For some ESs, it seems clear that the competencies of clients and the solid working alliance often reinforced by these clients' characteristics facilitate job acquisition.

*Well, it's sure that when I have a good alliance, and if I believe in the potential of the client and his abilities, it's easier to convince the employer to hire him. ES#5\_C5 (Cluster LDA, obtained a job)*

ES#16 specifies that believing in the potential of the client can help her to convince an employer, but above all her confidence, her hope can be felt by the client and by the employer she meets.

*When I believe the client despite all the failures, the challenges, I often believe that it shows through, then that for the clients it's like: she believes in me! People can have a little more confidence in themselves because I believe in it so much. And it helps me to present the client with all his limitations, but all his strengths so that the employer says to himself: oh well, I feel like giving him a chance. ES#16\_C4 (Cluster SHA, obtained a job)*

According to all the ESs, the situation of full employment and the shortage of personnel would greatly facilitate job acquisition for people with a SMI since the pandemic.

*During the pandemic, employers opened the door to hiring people with disabilities, because there is a labor shortage! Employers have no choice but to open up and give differences a chance. I think it help this client a lot. ES#6\_C2 (Cluster LDA, obtained a job)*

Other factors linked to whether customers acquire employment seems to be present in the analyses, but are not clearly stated by the ESs. Indeed, in 3 of the 5 cases qualitatively analyzed from the ES' point of view, where the client did not obtain employment, the ES reported significant difficulties in agreeing on the objectives to be pursued and the tasks to be performed in order to achieve them. In all three cases, the ESs do not raise this disagreement and in two of them (associated with the LDA patterns), the ES seem to disengage from the relationship. In the other two cases where there was no job acquisition, there was either agreement that competitive employment was perhaps not the right objective to pursue at the moment or the presence of a significant obstacle to employment unrelated to the person's mental illness (criminal record limiting employment opportunities).

### 3.4 Discussion

A first surprising result was the ease with which study participants were able to find employment. Two-thirds of the clients who were recruited by ESs obtained employment at 6-month follow-up, which is higher than the 50% employment acquisition found in studies on the effectiveness of SE programs (Frederick & VanderWeele, 2019; Kern et al., 2018; Modini et al., 2016 ; Suijkerbuijk et al., 2017). Also, the time required for obtaining competitive employment in our study, approximately 2 months, was significantly shorter than in previous studies, with means ranging from 4 to 9 months (Bond et al., 2007; Drake et al., 1999; Hoffmann et al., 2012; Latimer et al., 2006; Michon et al., 2014; Mueser et al., 2004). One of the possible reasons for these differences, as suggested by ESs in the interviews, is the staff shortage in Canada, and more specifically in Quebec, since the COVID-19 pandemic. Indeed, although there was a large increase in the unemployment rate in the first months of the pandemic (going up to 18.3% in April 2020), the rate then decreased to around 4% (Belzile et al., 2022). This context is a major difficulty for employers who are struggling to recruit employees, especially for jobs with little or no specialization (Institut de la statistique du Québec, 2022).



In this study, the first objective was to better understand the development of the working alliance as assessed by the ES vis-à-vis their client. To do this, we investigated the process of working alliance development over the first three employment support encounters using a methodology previously used in the context of psychotherapy and counseling. Three different working alliance patterns from the perspective of the ESs were revealed using cluster analysis: SHA (28%), SLA (56%), and LDA (17%).

The SHA cluster, representing just under one third of the working alliance patterns, corresponds to one of the two patterns most often found in studies that have examined the longitudinal development of the working alliance as perceived by the client in the context of psychotherapy (de Roten et al., 2004; Loos et al., 2015; Stiles et al., 2004) or career counseling (Covali et al., 2011). This pattern corresponds to a very strong working alliance (average working alliance = 6.6/7) from the outset with very little variability throughout the process. In the study by Loos et al. (2015) high and stable patterns and high and linearly increasing patterns were grouped and constituted 82% of their patterns. In the present study, the patterns in the SHA cluster have a very high average working alliance score (6.64/7 or 79.68/82) and it is possible that the scores were limited by a ceiling effect, preventing a perceived increase in scores over time since the first measure was very high (6.55/7 or 78.6/82). This ceiling effect is frequently observed in longitudinal studies using the WAI or other working alliance measures (Meier, 2022; Meier & Feeley, 2022).

The SLA pattern corresponds to a little more than half of the cases. These cases show little variability throughout the process, like the previous cluster, but the level of the working alliance is lower (average working alliance = 5.1/7). This score, although described as low, is consistent with the average working alliance level found in other studies of therapist perception of working alliance with individuals having SMI, where only one measurement time was used (Evans-Jones et al., 2009; Hasson-Ohayon et al., 2021; Johansen et al., 2013).

The LDA pattern found in this study is scarce (16.7%) and represents a very strong initial working alliance that diminishes throughout the process. This type of pattern is also found in small numbers (12.7%, 11.3%) in two studies on the development of the working alliance as perceived by the clients (Loos et al., 2015; Stiles et al., 2004).

The second objective was to better understand the link between the working alliance as perceived by the ES and the client's job acquisition, an important link already reported in the literature (Catty et al., 2008; Corbière et al., 2017). The clients represented by the patterns in the SHA and SLA clusters integrated more often employment than those in the LDA cluster in this sample.

Although there appears to be a distinction between these clusters, the connection between the working alliance and job acquisition is tenuous in the first phase of the study. In some cases, despite a suboptimal working alliance, clients still secure employment by the end of the process. Furthermore, despite variations in job acquisition rates, based on cluster membership, neither working alliance scores at times 1, 2, or 3, nor the average working alliance score, were related to job acquisition six months after program commencement. Some of these results might be explained by the previously discussed labor shortage, but other factors could also be at play, such as the technical aspect of the ES job (Corbière et al., 2014a), or simply an effect of the small sample size in the present study. The interviews and their qualitative analysis did, however, reveal some factors that could explain the differences in job acquisition between the clusters. Indeed, in addition to the factors raised by the ESs - the quality of the alliance, optimism, and the full employment situation - the analyses suggest that the ES's disengagement when confronted with a disagreement over the objectives to be pursued (rather than addressing it clearly with the client) may be a factor explaining the lower employment rate of cases in the LDA patterns.

The third and final objective was to better understand which factors (related to the client, to the ES, to their relationship, and to the context) could explain the different patterns of working alliance development and their potential links with job acquisition. Interviews with the ESs shed light on some of the factors that, from their point of view, may have affected the working alliance pattern developed with their clients.

The working alliance is a process that involves two individuals, the professional (e.g., therapist, ES) and the client, and both actors contribute to the alliance. In this study, although certain client characteristics or attitudes may facilitate (e.g., motivation) or limit (e.g., distrust) the creation and maintenance of the alliance, it was primarily the counselor's affective, cognitive, and especially behavioral response to these characteristics and attitudes that seem important. ESs with stable and high working alliance patterns consciously make efforts to adapt to the client's characteristics,

needs, and objectives. They are aware of the emotions that arise when they come into contact with certain characteristics of their clients, and they address their perceptions and anticipate possible pitfalls or ruptures in the relationship (e.g., disagreement on objectives). On the other hand, ESs with stable and low or declining working alliance patterns encounter challenges in recognizing their responses to client characteristics. Even when such awareness arises, they struggle to effectively utilize these insights, often due to uncertainty about how to apply them or heightened anxiety inhibiting their utilization. Lack of self-awareness in action leads to behavioral reactions on the part of the ES, which can go as far as disengagement from the relationship, with major consequences for the results of the employment support approach. These findings are consistent with previous research on therapist effect (Ruiz-Aranda et al., 2021; Wampold & Owen, 2021).

In the psychotherapy literature, the working alliance is seen as the process that explains the therapist's effect and would reflect essential characteristics and skills of a good therapist, intrapersonal and interpersonal skills (Wampold et al., 2017; Wampold & Owen, 2021). One of these essential skills is mentalization which refers to the capacity to understand and interpret one's own and others' mental states, including thoughts, feelings, and intentions (Bateman & Fonagy, 2019; Reading et al., 2019). Creating and maintaining a good working alliance involves mentalization and being aware of one's countertransference, which is cognitive and emotional reactions to the client, moment-by-moment (Gelso & Perez-Rojas, 2017). A lack of awareness of self and how the client affects the therapist leads to less appropriate interventions and, thus less therapeutic effectiveness (Hayes & Vinca, 2017). These emotions are unavoidable and can be beneficial to the therapeutic work as long as the therapist is aware of them, questions where they are coming from, and makes a conscious decision to take appropriate actions with the client (Gelso & Perez-Rojas, 2017). The therapist must be able to recognize what they are experiencing, but also be able to tolerate these emotions (Wolf et al., 2013). Among these emotions is anxiety, which acts as an important indicator of the presence of countertransference and can lead to behaviors such as experiential avoidance (e.g., not addressing certain topics that arouse anxiety in the therapist), withdrawal, and a decrease or even increase in the therapist's involvement (Hayes et al., 2019). These affective skills, while perceived and acted upon by some ESs in their contact with clients in this study, seem to be missing in other interviews. The ability to mentalize, to be aware of emotions, and to regulate them is linked, at least in part, to the therapist's attachment security (Cologon et al.,

2017). The link between the therapist's attachment security and his or her ability to form and maintain a good working alliance has also been studied multiple times (Degnan et al., 2016; Steel et al., 2018). These studies have shown that therapists with a secure attachment style feel more confident and comfortable in the relationship, enabling them to use their skills to resolve conflicts or breakdowns in the therapeutic relationship and thus maintain a better relationship over time (Marmarosh et al., 2014). An insecure attachment style on the part of the therapist often resulted in an initial high working alliance that diminished over time. These therapists, more vulnerable to reactivation of their attachment anxieties, failed to regulate their anxiety and used defensive strategies that prevented them from remaining attentive to the client and to the relation (Ruiz-Aranda et al., 2021).

The ES also raised two contextual factors that may have influenced the alliance pattern they developed with their clients; workload and the modality used for meetings. According to best practices, a small caseload (maximum 25 cases) is crucial, allowing the counselor to adequately do their job in a successful SE program (Drake et al., 2012). In practice, however, many settings exceed these recommended targets, requiring ESs to choose with which customers to deploy their energies (McDowell, 2022). Regarding the modality of encounters, several studies have looked at the effectiveness of services delivered via technologies and the effects of the use of its technologies on working alliance since the onset of the pandemic (Simpson et al., 2020). However, very few studies have focused on SMI clientele (Greenwood et al., 2022). The results of studies carried out to date shows that these technologies can be used to develop as good working alliance as face-to-face encounters, especially if the participants (clients and professionals) are comfortable using them (Simpson et al., 2020). It should be noted that Covid-19, with its demands for adaptation, learning new practices, and contact with vulnerable individuals made even more fragile by the context, has impacted mental health professionals, leading to increased fatigue (Ricks & Brannon, 2023).

The ESs interviewed perceived the working alliance as an important factor in their work. However, among the three components of the working alliance, the ones that, from their point of view, seem to explain more the achievement of the client's goal (acquisition of a job) are agreement on the goal and on the tasks to achieve it. Although the importance of the affective relationship was raised by several counselors, many of the clients with whom they developed a more neutral or task-oriented

relationship (e.g., writing resumes, calling employers) obtained jobs. In cases where there were unresolved disagreements about goals and tasks, the client's chances of getting a job decreased. In 1979, Bordin addressed not only the trans-theoretical aspect of the working alliance but also the differences in working alliances between different types of psychotherapy. Although his model proposed three main essential components (affective bonding, goal agreement and task agreement), different contexts could place greater emphasis on one or the other of these components. It is also possible that these two components are more easily linked to the goal being pursued, i.e., obtaining a job. However, other objectives may be pursued in the context of employment support: helping clients to make choices consistent with their characteristics, abilities, and needs, developing a greater sense of personal efficacy, reducing self-stigmatization (Corbière et al. 2014b; Corbière et al. 2017), and these objectives may be more closely linked to the affective aspect of the working alliance.

### 3.5 Clinical implications

The ES is a relatively new role for which specific training is not usually provided; it is learned in action (Butenko et al., 2022; McDowell et al., 2022) and has been scarcely studied (Teixeira et al., 2020). However, we know that the performance of this role varies significantly across counselors (Drake et al., 2006) and this variability can be explained, at least in part, by the ES's skills (Corbière et al., 2014a; Glover & Frounfelker, 2011, 2013; Kinn et al., 2021; Teixeira et al., 2020; Whitley et al., 2010). The importance of the working alliance and relational skills of ESs have been raised both in studies focusing on the outcomes of the employment support process (Catty et al., 2008; Corbière et al., 2017) and the subjective experiences of clients participating in these same programs (Kinn et al., 2021). This study has the advantage of going further in understanding the factors and processes involved in creating and maintaining the working alliance in the context of employment support and highlights intrapersonal and interpersonal skills to focus on in the development of ESs.

ESs in this study confirm that they see the working alliance as an important factor in achieving their goals with their clients. Some ESs are actively engaged in this area and are seeking to improve their ability to build strong working alliances, while others appear to have more difficulty doing so and may need support. Although the importance of supervision for employment counselors has

been raised by research in the past (Rinaldi et al., 2010), the availability of quality supervision for these professionals is still reportedly lacking (Butenko et al., 2022).

### 3.6 Limitations

Despite the strengths of this study and the innovative contribution to the literature on the working alliance in the context of employment support, there are important limitations to consider. First, the study sample is small, limiting the analyses performed and the generalization of results. This limitation can be explained in part by recruitment difficulties related to the Covid-19 context. The small sample size of ES and the over-representation of work alliance patterns associated with certain ESs in some clusters make respondent bias possible. Therefore, the results should be treated with caution. Additional studies, incorporating a larger sample size that allows for the isolation of the contribution of ES's and enables the use of inferential analyses, are needed to ensure the validity and transferability of results. Another limitation of this study is that it only addresses job acquisition, but not job tenure. Job integration involves not only acquiring a job but also maintaining it over the long term. Altogether, this study remains an important cornerstone in the domain since the ES perspective in SE programs is understudied.

### 3.7 Conclusion

In conclusion, this study suggests that alliance development patterns provide more nuanced and comprehensive information than a single alliance measure when evaluating the working alliance in the context of SE programs and job acquisition. Although the most frequent pattern in this study is a rather low and stable pattern, it is the high and stable patterns that are more often linked to job acquisition among SMI clients. The in-depth interviews also explored and highlighted important factors related to the ES-client relationship (e.g., level of trust), ES competencies (e.g., awareness of one's countertransference), and context (e.g., workload) that ultimately affect the working alliance development patterns and job acquisition. This information can be considered in the initial and ongoing training of ESs and in the implementation of quality SE programs.

## **Acknowledgment**

The authors would like to thank the SE program administrators who agreed to participate in this study, all the ESs who agreed to share their vision of their work, as well as the statistician, Charles-Edouard Giguère of the Research Centre of Institut Universitaire en Santé Mentale à Montréal (CR-IUSMM) for his support.

## **Conflict of interest**

The authors declare that they have no conflict of interest.

## **Funding**

The authors would like to thank the Institut de recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST) for the grants that made it possible to finance the work associated with this article.

## **Ethics statement**

The study was approved by the Research Ethics Board of the Université du Québec à Montréal (CERPÉ UQAM; certificate number: 4189, date of approval: 15-06-2020) and all procedures followed were in accordance with the ethical standards of with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000.

## **Informed Consent**

Informed consent was obtained from all participants included in the study.

### 3.8 Figures and tables

Figure 3.1 Example of the tracking document provided to the employment specialist

<b>Name of the client*</b>	<b>Evaluation meeting</b>	<b>1<sup>st</sup> meeting</b>	<b>2nd meeting</b>	<b>3rd meeting</b>	<b>4th meeting</b>	<b>Date of employment**</b>
1.	Consent Form	Socio-demo questionnaire	Working alliance	Working alliance	Working alliance	Date

\* To be kept confidential.

\*\* The date of employment is the date the client begins employment (or learns that they have been selected for the position).



Figure 3.2 Presentation of the meta-theme and sub-themes (adapted from Ross et al., 2008)

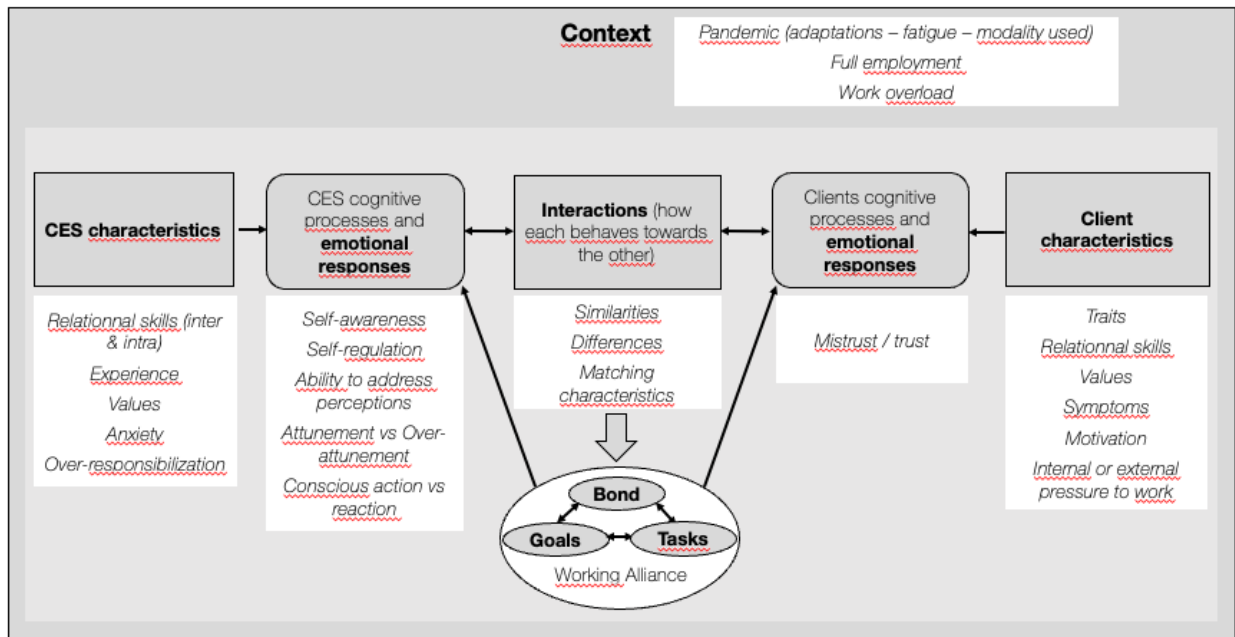
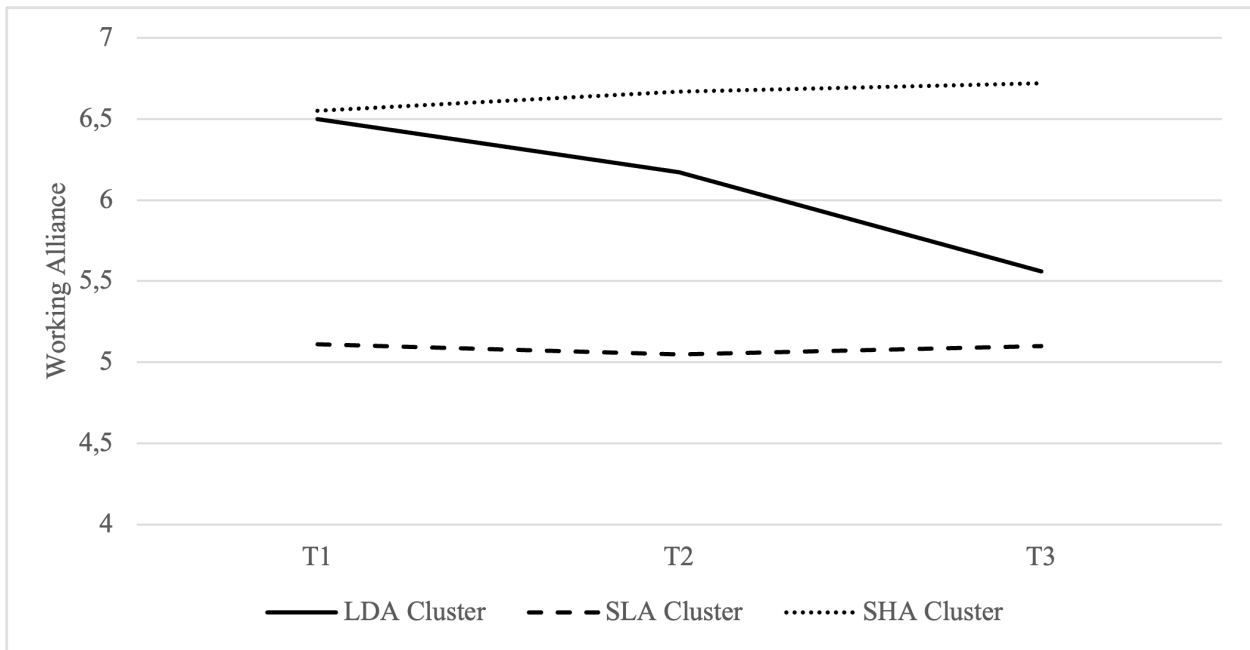


Tableau 3.1 Client's Sociodemographic Information

Baseline characteristics	N= 18 (%) [SD]	Job acquisition	
		Yes (N=12)	No (N=6)
Age	37.94 [9.96]	37.83	38.17
<b>Diagnosis</b>			
Anxiety disorder	6 (33.3)	83.3% (5)	16.7% (1)
Mood disorder	5 (27.8)	60% (3)	40% (2)
Psychotic disorder	6 (33.3)	50% (3)	50% (3)
Borderline Personality Disorder	1 (5.6)	100% (1)	0% (0)
<b>Absence from the labor market</b>			
Less than a year	9 (50)	66.7 (6)	33.3% (3)
1 to 2 years	2 (11.1)	50% (1)	50% (1)
2 to 5 years	5 (27.8)	60% (3)	40% (2)
More than 5 years	5 (11.1)	100% (2)	0% (0)
<b>Benefits</b>			
No benefits	4 (22.2)	100% (4)	0% (0)
Benefits (social assistance, social solidary, long-term insurance)	9 (50)	44.4% (4)	55.6% (5)
Short term benefits (Benefits for participating in the SEP, Canada Emergency Response Benefit)	5 (27.8)	80% (4)	20% (1)

Figure 3.3 Evolution of WAI scores across times 1–3 for the three patterns (shape and level) detected by cluster analysis



LDA = Linear decrease alliance pattern, SLA = Stable low alliance pattern, SHA= Stable high alliance pattern

Tableau 3.2 Means and Standard Deviations of Working Alliance Ratings Across Three Meetings

Cluster	<i>n</i>	<i>%</i>	1 <sup>st</sup> meeting		2 <sup>nd</sup> meeting		3 <sup>rd</sup> meeting		Mean of the 3 meetings	
			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Stable high alliance (cluster 1)	5	27.78	6.55	0.16	6.67	0.14	6.72	0.21	6.64	0.15
Stable low alliance (cluster 2)	10	55.56	5.11	0.11	5.05	0.10	5.10	0.15	5.09	0.34
Linear decrease alliance (cluster 3)	3	16.67	6.50	0.21	6.17	0.18	5.56	0.27	6.07	0.29

Tableau 3.3 Description of Clients by Cluster

Cluster	Clients (ES#_Client#)	Age	Diagnosis	Absence	Benefits	Job
SHA	ES#11_C1	33	Anxiety disorder	Less than a year	No benefits	Yes
	ES#11_C2	31	Anxiety disorder	Less than a year	No benefits	Yes
	ES#11_C4	21	Anxiety disorder	Less than a year	Short term benefits	Yes
	ES#16_C4	48	Psychotic disorder	Less than a year	No benefits	Yes
	ES#22_C1	57	Mood disorder	Less than a year	Benefits	No
SLA	ES#5_C2	31	BPD	2 to 5 years	Short term benefits	Yes
	ES#5_C3	29	Psychotic disorder	2 to 5 years	Benefits	Yes
	ES#5_C.4	48	Mood disorder	Less than a year	Short term benefits	Yes
	ES#5_C5	51	Mood disorder	2 to 5 years	No benefits	Yes
	ES#6_C1	48	Psychotic disorder	More than 5 years	Benefits	Yes
	ES#6_C2	28	Anxiety disorder	1 to 2 years	Benefits	Yes
	ES#6_C4	34	Psychotic disorder	2 to 5 years	Benefits	No
	ES#6_C5	49	Mood disorder	More than 5 years	Benefits	Yes
	ES#6_C7	28	Psychotic disorder	1 to 2 years	Benefits	No
ES#6_C9	33	Psychotic disorder	Less than a year	Benefits	No	
LDA	ES#5_C1	37	Anxiety disorder	Less than a year	Short term benefits	Yes
	ES#16_C2	38	Anxiety disorder	Less than a year	Short term benefits	No
	ES#18_C1	39	Mood disorder	2 to 5 years	Benefits	No

SHA = Stable high alliance pattern, SLA = Stable low alliance pattern, LDA = Linear decrease alliance pattern, ES = Employment specialist, BPD = borderline personality disorder.

### 3.9 References

- Ardito, R. B. & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy : Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Belzile, L., Braham, E., Savard, S., Homsy, M. & Diallo, D. (2022, february 17). *Bilan 2021 de l'emploi au Québec*. Institut du Québec. <https://institutduquebec.ca/bilan-2021-de-lemploi-au-quebec/>
- Bond, G. R., Drake, R. E. & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 280-290. <https://doi.org/10.2975/31.4.2008.280.290>
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R. E., Becker, D. R., Fraser, V. V. & Haines, M. (2007). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 968-982. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.968>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Briand, M. & Larivière, N. (2020). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. In M. Corbière & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 865-893). Presses de l'Université du Québec.
- Butenko, D., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Killackey, E., Johnsen, E. & Mykletun, A. (2022). Turnover of IPS employment specialists : Rates and predictors. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 57(1), 23-32. <https://doi.org/10.3233/JVR-221195>
- Byrne, D. & Uprichard, E. (2012). Useful complex causality. In H. Kincaid (Ed.), *The Oxford Handbook of Philosophy of Social Science* (pp.109-129). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195392753.013.0006>
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D. & Burns, T. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness : Results of an international six-centre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 224-231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.041475>
- Charette-Dussault, É. & Corbière, M. (2019). An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(7), 523-537. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001013>

- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S. & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36-45. <https://doi.org/10.1002/mpr.27>
- Corbière, M., Brouwers, E., Lanctôt, N. & van Weeghel, J. (2014). Employment specialist competencies for supported employment programs. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(3), 484-497. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9482-5>
- Corbière, M., Charette-Dussault, É. & Villotti, P. (2020). Predictors of job acquisition and job tenure for people with severe mental disorders. In U. Bültmann & J. Siegrist (Eds.), *Handbook of disability, work and health* (pp.1-26). Springer International Publishing, 1-26. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2\\_29-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_29-1)
- Corbière, M., Lecomte, T., Reinharz, D., Kirsh, B., Goering, P., Menear, M., Berbiche, D., Genest, K. & Goldner, E. M. (2017). Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(4), 275-282. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000612>
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K. & Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : Deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave [Disclosure of a mental disorder in the workplace and work accommodations: Two factors associated with job tenure of people with severe mental disorders]. *L'Encéphale*, 40(S2), 91-102. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.006>
- Covali, T., Bernaud, J.-L. & Di Fabio, A. (2011). Processus de changement et variabilité individuelle au cours des consultations d'orientation. *Swiss Journal of Psychology*, 70(3), 175-183. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000053>
- de Roten, Y., Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N. & Despland, J.-N. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 324-331. <https://doi.org/10.1002/cpp.420>
- de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Sanches, S., Michon, H. & Bond, G. R. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e50. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000300>
- Donnell, C. M., Lustig, D. C. & Strauser, D. R. (2004). The working alliance : Rehabilitation outcomes for persons with severe mental illness. *The Journal of Rehabilitation*, 70(2), 12-18.
- Drake, R. E. & Bond, G. R. (2014). Introduction to the special issue on individual placement and support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 76-78. <https://doi.org/10.1037/prj0000083>
- Drake, R. E., Bond, G. R. & Becker, D. R. (2012). *Individual Placement and Support : An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press.

- Drake, R. E., Bond, G. R. & Rapp, C. (2006). Explaining the variance within supported employment programs : Comment on « What predicts supported employment outcomes? » *Community Mental Health Journal*, 42(3), 315-318.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-006-9038-7>
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R. & Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 627-633.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.627>
- Drake, R. E. & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness : Description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242.  
<https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Elad-Strenger, J. & Littman-Ovadia, H. (2012). The contribution of the counselor–client working alliance to career exploration. *Journal of Career Assessment*, 20(2), 140-153.  
<https://doi.org/10.1177/1069072711420850>
- Evans-Jones, C., Peters, E. & Barker, C. (2009). The therapeutic relationship in CBT for psychosis : Client, therapist and therapy factors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 527-540. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990269>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy : A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frederick, D. E. & VanderWeele, T. J. (2019). Supported employment : Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PloS One*, 14(2), e0212208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208>
- Gelso, C. J. & Perez-Rojas, A. E. (2017). Inner experience and the good therapist. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? : Understanding therapist effects* (p. 101-115). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/0000034-007>
- Glover, C. M. & Frounfelker, R. L. (2011). Competencies of employment specialists for effective job development. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), 198-211.  
<https://doi.org/10.1080/15487768.2011.598093>
- Glover, C. M. & Frounfelker, R. L. (2013). Competencies of more and less successful employment specialists. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 311-316.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-011-9471-0>
- Hair, J. F. & Black, W. C. (2000). Cluster analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding MORE multivariate statistics* (pp. 147-205). American Psychological Association.



- Hasson-Ohayon, I., de Jong, S., Igra, L., Carter, S. A., Faith, L. A. & Lysaker, P. (2021). Longitudinal changes in therapeutic alliance with people with psychosis : Relationship between client and therapist assessments. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1243-1253. <https://doi.org/10/gmprng>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Kivlighan, D. M. & Goldberg, S. (2019). Managing countertransference. In J.C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work : Evidence-based therapist contribution* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 522-548). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0015>
- Hayes, J. A. & Vinca, M. (2017). Therapist presence, absence, and extraordinary presence. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? : Understanding therapist effects* (pp. 85-99). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-006>
- Heppner, M. J., Lee, D., Heppner, P. P., McKinnon, L. C., Multon, K. D. & Gysbers, N. C. (2004). The role of problem-solving appraisal in the process and outcome of career counseling. *Journal of Vocational Behavior*, 65(2), 217-238. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(03\)00100-3](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(03)00100-3)
- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S. & Kupper, Z. (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(2), 157-167. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01780.x>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Comment évolue la participation au marché du travail en temps de pandémie au Québec et ailleurs au Canada ? Quatrième trimestre de 2021*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/participation-marche-travail-pandemie-quebec-et-canada-quatrieme-trimestre-2021>
- Johansen, R., Iversen, V. C., Melle, I. & Hestad, K. A. (2013). Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders : A cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-14>
- Kern, R. S., Zarate, R., Glynn, S. M., Turner, L. R., Smith, K. M., Mitchell, S. S., Sugar, C. A., Bell, M. D., Liberman, R. P., Kopelowicz, A. & Green, M. F. (2018). Improving work outcome in supported employment for serious mental illness : Results from 2 independent studies of errorless learning. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 38-45. <https://doi.org/10/gcwk5h>

- Kinn, L. G., Costa, M., Voll, I., Austrheim, G., Aas, R. W. & Davidson, L. (2021). “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*, 31(3), 512-531. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09943-6>
- Kivlighan, D. M. & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development : A typology of client’s working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362-371. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.3.362>
- Latimer, E. A., Lecomte, T., Becker, D. R., Drake, R. E., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St-Pierre, M.-S., Therrien, C. & Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment : Results of a Canadian randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 65-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012641>
- Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7-24. <https://doi.org/10.7202/032412ar>
- Lecomte, C. & Savard, R. (2006). *Les effets d’une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité* (R-448). Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et Sécurité au Travail. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-448.pdf>
- Lloyd, C. (2010). *Vocational rehabilitation and mental health*. John Wiley & Sons.
- Loos, S., Arnold, K., Slade, M., Jordan, H., Del Vecchio, V., Sampogna, G., Süveges, Á., Nagy, M., Krogsgaard Bording, M., Østermark Sørensen, H., Rössler, W., Kawohl, W., Puschner, B. & The CEDAR study group (2015). Courses of helping alliance in the treatment of people with severe mental illness in Europe : A latent class analytic approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 363-370. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0963-4>
- Marmarosh, C. L., Kivlighan Jr, D. M., Bieri, K., LaFauci Schutt, J. M., Barone, C., & Choi, J. (2014). The insecure psychotherapy base: Using client and therapist attachment styles to understand the early alliance. *Psychotherapy*, 51(3), 404. <https://doi.org/10.1037/a0034939>
- McDowell, C., Fossey, E. & Harvey, C. (2022). Moving clients forward : A grounded theory of disability employment specialists’ views and practices. *Disability and Rehabilitation*, 44(19), 5504-5512. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1937341>
- Meier, S. T. (2022). Investigation of causes of ceiling effects on working alliance measures. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.949326>
- Meier, S. T. & Feeley, T. H. (2022). Ceiling effects indicate a possible threshold structure for working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 69(2), 235-245. <https://doi.org/10.1037/cou0000564>

- Michon, H., van Busschbach, J. T., Stant, A. D., van Vugt, M. D., van Weeghel, J. & Kroon, H. (2014). 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), 129-136. <https://doi.org/10.1037/prj0000061>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.-J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A. & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness : Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., McHugo, G. J., Bond, G. R., Essock, S. M., Becker, D. R., Wolfe, R. & Swain, K. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 479-490. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.479>
- Mueser, K. T. & McGurk, S. R. (2014). Supported employment for persons with serious mental illness : Current status and future directions. *L'Encéphale*, 40(2), S45-S56. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.008>
- Multon, K. D., Heppner, M. J., Gysbers, N. C., Zook, C. & Ellis-Kalton, C. A. (2011). Client psychological distress : An important factor in career counseling. *The Career Development Quarterly*, 49(4), 324-335. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.2001.tb00960.x>
- O'Reilly, L. & Cara, C. (2020). La phénoménologie selon l'école de pensée de Husserl. In M. Corbière & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition: Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 33-55). Presse de l'Université du Québec.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales—5e éd.* Armand Colin.
- Rinaldi, M., Miller, L. & Perkins, R. (2010). Implementing the Individual Placement and Support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 163-172. <https://doi.org/10.3109/09540261003720456>
- Rokach, L. & Maimon, O. (2005). Clustering Methods. In O. Maimon & L. Rokach (Eds.), *Data Mining and Knowledge Discovery Handbook* (pp. 321-352). Springer Science & Business Media.
- Ross, E. C., Polaschek, D. L. L. & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance : A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13(6), 462-480. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.07.003>
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2007). *Therapist relationship interview* [Unpublished manuscript].

- Safran, J. D., Muran, J. C. & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy : Bridging the gap between science and practice* (pp. 201-225). Humana Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_9)
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B., S. & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 109-129. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.109>
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A. & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis : Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M. & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD011867. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- Teixeira, C., Rogers, E. S., Russinova, Z. & Lord, E. M. (2020). Defining employment specialist competencies : Results of a participatory research study. *Community Mental Health Journal*, 56(3), 440-447. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00497-3>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. g. & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? : Understanding therapist effects* (pp. 37-53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Wampold, B. E. & Owen, J. (2021). Therapist effects : History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. In M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change : 50th anniversary edition* (pp. 297-326). John Wiley & Sons, Inc.
- Ward, J. H. (1963). Hierarchical grouping to optimize an objective function. *Journal of the American Statistical Association*, 58(301), 236-244. <https://doi.org/10.1080/01621459.1963.10500845>
- Whitley, R., Kostick, K. M. & Bush, P. W. (2010). Desirable characteristics and competencies of supported employment specialists : An empirically-grounded framework. *Administration and Policy in Mental Health*, 37(6), 509-519. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0297-9>
- Wolf, A. W., Goldfried, M. R. & Muran, J. C. (2013). *Transforming negative reactions to clients : From frustration to compassion*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrt4g>

## CHAPITRE 4

### DISCUSSION GÉNÉRALE

Le travail est considéré comme une voie privilégiée vers le rétablissement des personnes ayant un TMG (Corbière, 2023; Winsper *et al.*, 2020). Le travail, lorsque l’ambiance y est saine, favorise le rétablissement autant fonctionnel que social, clinique, et existentiel, permettant ainsi aux personnes ayant un TMG de développer une identité plus riche et nuancée que celle d’une personne malade (Winsper *et al.*, 2020). Malheureusement, ce ne sont pas toutes les personnes ayant un TMG qui parviennent à intégrer et maintenir un emploi, et ce, même si elles le souhaitent ardemment (Mueser et McGurk, 2014). En effet, elles sont confrontées, sur leur chemin vers l’intégration en emploi, à de nombreux obstacles personnels et environnementaux et ont souvent besoin de soutien pour les surmonter efficacement.

Cette thèse de doctorat visait à mieux comprendre les obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant un TMG lorsqu’elles souhaitent intégrer le marché du travail régulier ainsi qu’à explorer et mieux comprendre un facteur important du soutien à l’emploi, soit l’AT qui se développe entre le client et les CES.

Le premier article avait pour objectif d’extraire des recherches publiées entre 1997 et 2017 – adoptant une méthodologie quantitative, qualitative ou mixte – les facteurs pouvant faire obstacle ou être perçus comme des obstacles à l’intégration au travail, tout en se concentrant sur les facteurs sur lesquels il est possible d’intervenir (facteurs modifiables). Cliniquement parlant, il s’agissait de dresser un portrait complet de ce que les personnes ayant un TMG et leurs intervenants, y compris les CES, doivent considérer comme obstacles dans leurs interventions et ainsi réfléchir à des moyens pour les surmonter.

Le deuxième article visait à mieux comprendre un facteur important qui ressort de la première étude et qui peut constituer un outil important pour surmonter les obstacles pavant la voie vers le travail, soit l’AT qui se tisse entre le client et son CES au cours d’un processus de recherche d’emploi. En premier lieu, le but était de mieux comprendre le développement de l’AT telle que perçue par le CES. Ensuite, des liens ont été établis entre les différents profils de développement

de l'AT et l'objectif du PSE, soit l'obtention d'un emploi compétitif par la personne avec un TMG. Finalement, les facteurs pouvant expliquer ces profils de développement de l'AT, soit les facteurs liés aux clients, ceux liés aux conseillers et ceux liés au contexte dans lequel l'AT se forme, ainsi que les facteurs pouvant expliquer le résultat sur le plan de l'emploi ont été abordés.

Ce chapitre est divisé en 4 sections. La première section permettra de discuter des principales contributions issues des deux articles de cette thèse, soit 1) la présence de nombreux obstacles à explorer et à surmonter ensemble, 2) la contribution du CES à l'AT avec son client : un socle plus ou moins solide pour avancer dans l'accompagnement et 3) les liens entre l'alliance de travail et l'acquisition d'un emploi. La seconde section consistera à présenter les contributions originales, mais également les limites de cette thèse. La troisième section sera consacrée à la présentation des recherches futures permettant de bonifier les thématiques dégagées dans le cadre de cette thèse. Finalement, la quatrième section visera à préciser les implications pratiques de ce travail de doctorat.

## 4.1 Principales contributions

### 4.1.1 De nombreux obstacles à explorer et à surmonter ensemble

Il est reconnu que la grande majorité des personnes ayant un TMG sont confrontées à de nombreux obstacles dans leur cheminement vers le rétablissement (Stuart *et al.*, 2017). Ces obstacles, qu'ils soient liés à la personne ou issus de l'environnement, sont bien réels et il est important de les comprendre afin de limiter la stigmatisation à l'endroit des personnes ayant un TMG qui peinent à atteindre leurs objectifs (Harper et Speed, 2014), mais également pour les aider à les surmonter lorsqu'il est possible de le faire (Le Boutillier *et al.* 2011). Dans les dernières décennies, plusieurs études se sont penchées spécifiquement sur les facteurs pouvant influencer l'obtention d'un emploi compétitif par les personnes ayant un TMG, mais celles-ci s'intéressaient soit aux facteurs corrélationnels ou prédictifs à travers des études à devis quantitatif, soit aux perceptions des usagers ou des professionnels qui les accompagnent à travers des devis qualitatifs. Aucun article, à notre connaissance, n'avait synthétisé et intégré ces données quantitatives et qualitatives dans un seul et même travail scientifique.

Cette thèse et plus spécifiquement le premier article permettent de brosser un portrait complet et nuancé des obstacles qui se présentent aux personnes ayant un TMG dans leur processus de recherche d'emploi, tout en intégrant les données quantitatives et qualitatives issues de la littérature scientifique publiées sur une période de 20 ans (1997-2017). Des résultats de cette revue portant sur 35 articles, six thèmes principaux ont émergé : trois thèmes liés à des obstacles personnels – 1) les obstacles liés à la condition médicale, 2) les obstacles liés aux expériences de travail et aux compétences et 3) les obstacles liés à la perception de soi, aux peurs et à la motivation – et trois autres thèmes liés à des obstacles environnementaux tels que : 4) les obstacles liés aux prestations sociales et autres ressources physiques, 5) les obstacles liés au stigma et au soutien social et 6) les obstacles liés à l'accès aux services vocationnel et aux compétences des CES.

En plus de ces thèmes importants provenant des études qualitatives, quantitatives ou mixtes, les résultats de la méthode « best evidence synthesis » (Slavin *et al.*, 2009) utilisée exclusivement sur les 18 articles à devis quantitatif prospectif ont permis d'extraire les facteurs les plus saillants, c'est-à-dire ceux qui ont démontré, de façon la plus constante à travers les études, un lien de prédiction significatif avec l'acquisition d'un emploi par la personne ayant un TMG. Ces facteurs concernent des facteurs personnels comme le manque d'expérience de travail, la présence de déficits cognitifs, l'inaction et le manque d'utilisation de stratégies de recherche d'emploi, le fait de percevoir de nombreux obstacles sur le chemin de l'intégration en emploi et des facteurs environnementaux comme le fait de recevoir des prestations d'invalidité et le fait d'avoir une AT faible avec son conseiller en emploi. D'autres facteurs personnels comme un faible niveau d'éducation, des symptômes généraux importants et des symptômes d'anxiété et de dépression ressortent au contraire comme étant rarement ou jamais significativement liés à l'acquisition d'un emploi chez les usagers de PSE. Ils ne seraient donc pas des facteurs prédictifs solides de l'employabilité de la clientèle ayant un TMG. D'autres facteurs présentent des résultats plutôt inconstants, étant parfois des facteurs significatifs de l'acquisition d'un emploi dans certaines études et des facteurs non significatifs dans d'autres études. Bien que les résultats prospectifs permettent d'isoler des facteurs prédictifs bien appuyés par la littérature, les facteurs issus des études transversales et des études qualitatives peuvent également être importants sans pour autant être directement liés à l'objectif d'obtenir un emploi sur le marché ordinaire du travail.

Ces divers obstacles seront discutés dans les pages suivantes tout d’abord en conservant les grandes thématiques d’obstacles personnels et environnementaux, mais aussi en différenciant les obstacles les plus saillants (facteurs prédictifs selon la littérature) de ceux dont la contribution pourrait être plus indirecte.

#### 4.1.1.1 Les obstacles personnels

Le manque d’expérience de travail ou une longue absence du marché du travail représente un des obstacles personnels à l’intégration à l’emploi des personnes ayant un TMG, lequel est fortement appuyé par les recherches. Ce facteur a déjà été mentionné par d’autres revues systématiques couvrant uniquement des études quantitatives (Bond et Drake, 2008; Tsang *et al.*, 2010). Ce résultat vient confirmer l’importance d’intervenir rapidement à la suite de la survenue d’un épisode d’un trouble mental pour permettre à l’individu de retrouver son employabilité sans passer par des formations préparatoires comme le préconisent d’ailleurs les PSE (Drake *et al.*, 2012). Cependant, lorsque ce n’est pas possible, il serait pertinent de se pencher sur les effets de ce manque d’expérience autant sur les croyances et perceptions de la personne (ex. : doutes légitimes ou non par rapport à ses compétences, peurs liées à l’échec ou à la stigmatisation, difficultés à s’approprier une identité de travailleur) que sur son environnement (ex. : perception négative des employeurs potentiels, croyances pessimistes des intervenants en santé mentale et en réadaptation vocationnelle). En effet, bien que le travail puisse être perçu comme un objectif stimulant et valorisant, il peut également être considéré comme inaccessible ou dangereux par les personnes absentes du marché du travail depuis une longue période. Les personnes ayant un TMG pourraient donc bénéficier de soutien pour mieux tolérer les risques, y compris les refus et les possibles échecs, auxquels elles pourraient être confrontées dans leur parcours socioprofessionnel (Le Boutillier *et al.*, 2011). En outre, bien que le niveau d’études ne semble pas lié directement à l’intégration en emploi des personnes ayant un TMG, il convient de considérer que certains clients pourraient ne pas avoir certaines compétences ou aptitudes essentielles à l’emploi visé, notamment dans un marché de l’emploi en constante évolution. Donc, bien que les PSE privilégient une intégration rapide en emploi, il pourrait être pertinent d’accompagner certains clients soit vers des programmes visant à développer des aptitudes générales (ex. : capacité à travailler en équipe, compétences liées aux interactions sociales) ou techniques (ex. : utilisation des technologies de l’information), soit de les accompagner vers des programmes de formation plus approfondis (ex. : formations qualifiantes



de niveau secondaire, collégial ou universitaire). Les programmes de soutien à la formation peuvent, à cet effet, aider les personnes à obtenir des emplois plus en adéquation avec leurs intérêts ou à obtenir de meilleurs salaires et conditions de travail (Mueser et Cook, 2012; Gao *et al.*, 2010, 2011). En outre, des interventions de type module de développement de compétences ciblées (ex. : entraînement aux habiletés sociales, renforcement de l'estime de soi, thérapie cognitive comportementale) venant se combiner aux PSE ont fait leurs preuves et sont à considérer (Corbière et Lecomte, 2009; Corbière *et al.*, 2011; Suijkerbuijk *et al.*, 2017). Bien que pouvant retarder leur entrée en emploi, ces interventions et programmes pourraient permettre non seulement l'acquisition de réelles compétences, mais également d'aider les personnes ayant un TMG à développer une meilleure confiance en leurs capacités et compétences. Une autre possibilité est de permettre à l'individu d'obtenir un emploi rapidement afin de rétablir son employabilité, de favoriser sa mise en action et de l'aider à développer des compétences et aptitudes transversales pour ensuite l'aider à choisir un emploi à la hauteur de ses ambitions (Corbière *et al.*, 2005).

L'inaction et la faible utilisation de stratégies de recherche d'emploi, décrites comme l'aspect comportemental de la motivation (Mueser *et al.*, 2001), constituent également un obstacle personnel saillant et univoque selon les résultats de cette étude. Cette inaction de la part des personnes ayant un TMG doit être explorée et comprise afin que des interventions efficaces puissent être mises en place par les CES. Selon les théories du comportement planifié (theory of planned behavior; Ajzen, 1991, 2002) et du sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1977, 1982), l'intention ou le désir d'adopter un comportement ou de viser un but n'est pas suffisant pour passer à l'action, il faut également que la personne ait la perception qu'elle exerce du contrôle ou qu'elle a les capacités d'atteindre ce but. Un manque de confiance en soi et en ses compétences, une faible estime personnelle, un faible sentiment d'efficacité personnelle, l'autostigmatisation ou l'impression d'être confronté à de trop nombreux obstacles, peuvent mener la personne à l'immobilisme. D'ailleurs, selon les recherches prospectives recensées dans le premier article de thèse, le nombre d'obstacles à l'emploi perçus par la personne ayant un TMG fait également partie des facteurs qui entravent l'obtention d'un emploi. Malheureusement, comme soulevé dans le deuxième article, mais également dans plusieurs études qualitatives sur les expériences des personnes ayant un TMG inscrites dans un PSE (McDowell *et al.*, 2022), il arrive que le peu d'implication perçue chez le client entraîne une moins grande implication du CES dans les

démarches. On notera que certains CES de la 2<sup>e</sup> étude semblent en mesure de soulever ce manque d'implication non pas pour juger et critiquer la personne ayant un TMG, mais plutôt avec toute la curiosité et l'ouverture nécessaire à la compréhension de ce qui se dessine sous la surface de cette « immobilité ». Cependant, dans cette étude, même les CES les plus sensibles à la présence possible de ces obstacles personnels, semblent omettre de les explorer lorsqu'elles se sentent surchargées. Ces compétences non mobilisées par les CES auprès de leur clientèle pourraient entraîner des conséquences importantes limitant le rétablissement de la personne ayant un TMG.

La présence de déficits cognitifs représente un autre obstacle personnel à l'intégration à l'emploi des personnes ayant un TMG, mais qui est toutefois modérément appuyé par les recherches prospectives incluses dans la revue du premier article de thèse. Ce facteur avait été soulevé comme étant un obstacle à l'intégration à l'emploi des participants de PSE dans plusieurs revues systématiques (Bond et Drake, 2008; Tsang *et al.*, 2010). Ce résultat vient appuyer la pertinence d'intégrer des interventions sur ces déficits cognitifs aux programmes de PSE (Suijkerbuijk *et al.*, 2017) ainsi que l'importance de cibler des emplois qui correspondent aux intérêts et capacités de la personne ayant un TMG (Bégin et Corbière, 2012). Bien que les autres facteurs liés à la condition médicale de la personne ayant un TMG (symptômes liés au trouble mental, symptômes de dépression et d'anxiété, troubles comorbides et effets secondaires de la médication) soient moins clairement appuyés par les recherches prospectives, il convient de garder à l'esprit que ces premiers sont perçus comme des obstacles à considérer autant par les personnes ayant un TMG que par celles qui les accompagnent. Cette préoccupation en lien avec le rétablissement clinique – la disparition des symptômes – convient d'être abordée et validée tout en soulevant l'importance d'avancer, au rythme de la personne cliente, vers ses objectifs personnels, et ce, malgré la présence du trouble et de ses symptômes (Anthony, 1993). En outre, les symptômes persistants et les effets secondaires de la médication peuvent réellement entraver certaines capacités de travail. Certaines de ces difficultés, si elles sont adéquatement abordées et considérées, peuvent être dépassées grâce aux aménagements et adaptations implantées en milieu de travail (St-Arnaud *et al.*, 2011; Corbière *et al.*, 2014b). À cet effet, il a été démontré que lorsque le CES possédait des compétences spécifiquement liées à la planification et à la négociation des aménagements de travail, les chances d'intégration en emploi de ses clients s'en trouvaient augmentées (Corbière *et al.*, 2017).

#### 4.1.1.2 Les obstacles environnementaux

En accord avec les revues sur le sujet (Bond et Drake, 2008; Tsang *et al.*, 2010), l'obstacle environnemental le plus fortement soutenu par la littérature prospective est le fait que la personne ayant un TMG reçoive des prestations d'invalidité. Bien que ces programmes d'invalidité soient imparfaits et maintiennent souvent les prestataires dans des conditions de pauvreté, ils offrent une stabilité. Par conséquent, il peut être difficile de quitter ce type de programme, surtout au risque d'une situation financière encore plus précaire (Hampson *et al.*, 2016). Cet obstacle en est un principalement sociopolitique difficile à modifier par les intervenants de première ligne en employabilité et en réadaptation vocationnelle. Cependant, les CES qui accompagnent les personnes ayant un TMG ont le rôle de les aider à faire un choix éclairé en leur communiquant de l'information juste et complète sur les avantages et désavantages des prestations sociales et de l'intégration d'un emploi à temps plein ou à temps partiel (Drake *et al.*, 2012). De plus, d'autres obstacles physiques sont rapportés par les personnes ayant un TMG comme l'inefficacité ou l'inaccessibilité des transports publics, les difficultés d'accès aux services de garde d'enfants ou l'absence d'assurance maladie. Tous ces éléments devraient être abordés dans le cadre d'un plan d'action visant à faciliter l'intégration en emploi de ce public.

Un autre obstacle important à l'accès du marché du travail mentionné par les différents acteurs de la réadaptation vocationnelle, y compris le client, demeure la stigmatisation à laquelle sont confrontées les personnes ayant un TMG. Cet obstacle n'a pas pu être étudié de façon prospective, étant donné l'impossibilité de contrôler ce facteur souvent pernicieux et difficile à évaluer. Cependant, dans une expérience sur le terrain s'intéressant à la discrimination provenant des employeurs, Hipes *et al.* (2016) ont répondu à 635 offres d'emploi par des candidatures fictives qui expliquaient une absence de quelques mois du marché du travail soit pour un problème de santé mentale, soit pour un problème de santé physique. Les résultats ont permis de constater une discrimination importante à l'égard des candidats ayant des antécédents de trouble mental comparativement aux candidats ayant des antécédents de trouble physique. Les préjugés et stéréotypes liés au TMG doivent être considérés par les CES et la divulgation du trouble mental en milieu de travail bien réfléchi et préparée avec le client (McGahey *et al.*, 2016; Toth *et al.*, 2022).

Dans le premier article de cette thèse, une faible AT entre le CES et le client ayant un TMG ressort comme étant un obstacle saillant et modérément appuyé par les études prospectives. L'AT est reconnue comme étant un facteur central dans l'atteinte des résultats thérapeutiques en psychothérapie et en counseling d'orientation (Flückige *et al.*, 2018; Horvath *et al.*, 2011). Ce constat vient appuyer la perception qu'il en est de même en contexte de soutien à l'emploi. Bien que des facteurs liés à la personne ayant un TMG comme des symptômes importants, une faible conscience de ses difficultés ou de faibles compétences sociales puissent entraver la création de l'AT (Ruchlewska *et al.*, 2016; Torres *et al.*, 2021), c'est au CES de veiller à faciliter la création et le maintien de l'AT en considérant les caractéristiques de la personne qu'il ou elle accompagne. L'AT est le socle plus ou moins solide sur lequel les deux acteurs – le client ayant un TMG et le CES – travailleront pour surmonter les obstacles se présentant sur le chemin de l'intégration en emploi, tout en tenant compte des désirs et capacités de la personne ayant un TMG. C'est d'ailleurs pour cette raison que c'est le facteur, l'AT, qui a été sélectionné pour la seconde partie de cette thèse.

Bien que certains obstacles soient plus fortement appuyés par la recherche, il est important que le CES évalue tous les obstacles pouvant se manifester sur le chemin de la personne ayant un TMG qui pourraient entraver le travail commun qu'ils font ensemble, guidé vers l'atteinte de leurs objectifs socioprofessionnels. Ces résultats viennent également souligner l'importance pour le CES de travailler non seulement sur les aspects techniques de la recherche d'emploi, mais également sur les processus facilitant le rétablissement existentiel, en développant avec le client une relation positive et soutenante, en cultivant avec le client l'espoir et l'optimisme envers le futur, en aidant le client à développer une identité positive et nuancée et en lui permettant de développer un sentiment de contrôle sur sa propre existence (Leamy, 2011; van Weeghel *et al.*, 2019; Corbière *et al.*, 2014b; Teixeira *et al.*, 2020).

De plus, bien que cela n'ait pas été soulevé dans le premier article, dans le second les CES évoquent un des facteurs majeurs de l'acquisition d'un emploi par les clients participants, il s'agit de la pénurie de main-d'œuvre, qui existait alors. Dans ce contexte, les CES rapportaient une plus grande facilité à trouver des employeurs ouverts à embaucher des personnes ayant un profil plus atypique comme les personnes aux prises avec un TMG. Les démarches étaient alors plus courtes et axées plus directement sur la recherche d'emploi, sans nécessairement investiguer ou intervenir sur les

obstacles de nature plus personnelle. Cette facilité à acquérir un travail ne garantit cependant pas une intégration réussie puisque le maintien en emploi est connu comme étant fragile pour cette clientèle (Corbière *et al.*, 2020). Dans le cadre de cette étude, le maintien en emploi n'a malheureusement pas pu être évalué.

Le contexte économique et le taux de chômage régional sont des facteurs contextuels qui affectent le taux d'emploi des personnes ayant un TMG (Metcalfé *et al.*, 2018). Par exemple, pendant la récession de la fin des années 2000, le taux de chômage a augmenté plus fortement pour les personnes en situation de handicap que pour l'ensemble de la population active (Fogg *et al.*, 2010). Selon d'autres recherches (Metcalfé *et al.*, 2018), le fait de participer à un PSE viendrait amoindrir l'effet du taux de chômage régional sur l'intégration en emploi des personnes ayant un TMG. Il est donc plausible de croire qu'une situation favorable sur le plan économique, couplé à des services spécialisés de main-d'œuvre, soit venue occulter momentanément les obstacles habituellement rencontrés lors de l'intégration en emploi de personnes avec un TMG.

#### 4.1.2 La contribution du CES à l'AT : un socle plus ou moins solide pour avancer

Les chercheurs s'entendent sur le fait que l'AT représente un facteur central à l'atteinte des objectifs thérapeutiques en psychothérapie et en counseling d'orientation (Flückiger *et al.*, 2018 ; Horvath *et al.*, 2011). Malgré le peu d'études réalisées sur le sujet, l'AT apparaît également comme un facteur important en contexte de soutien à l'emploi (ANSA, 2020). Il appert également que dans ce contexte, la perspective du CES est autant sinon plus fortement liée à l'intégration d'un emploi par le client que la perspective du client elle-même (Catty *et al.*, 2008; Corbière *et al.*, 2017). Ce contexte est différent de celui de la psychothérapie et du counseling où dans ces derniers cas, la perspective du client est la plus explicative des résultats thérapeutiques (Elad-Strenger et Littman-Ovadia, 2012; Horvath et Symonds, 1991). Le processus de développement de l'AT, tel que perçu par le CES dans un contexte de réinsertion au travail, a été peu exploré dans la littérature scientifique. De plus, nous possédons peu d'informations sur les facteurs qui viennent influencer la création et le maintien de l'AT dans un contexte de soutien à l'emploi. Le deuxième article de cette thèse visait à combler en partie ces lacunes observées dans la littérature scientifique.

Eu égard à ces constats, la deuxième étude était consacrée au processus de développement de l'AT, tel que perçu par le CES, au cours des trois premières rencontres de soutien à l'emploi avec des clients ayant un TMG. La version française du WAI (Corbière *et al.*, 2006), une mesure basée sur la conceptualisation de Bordin, a été l'outil que les CES remplissaient. Des analyses de cluster effectuées sur les données recueillies auprès des CES ont permis de révéler trois différents profils de développement de l'AT: 1) un profil très élevé et stable, 2) un profil plus faible et stable et 3) un profil présentant une diminution linéaire au fil des rencontres. Des analyses de fréquences ont pour leur part permis de constater que les clients associés au profil très élevé et stable et au profil plus faible et stable semblaient intégrer plus souvent des emplois dans le marché du travail régulier que ceux du profil en diminution linéaire.

**Le premier profil** est représenté par un score très élevé dès la première rencontre avec très peu de variabilité au fil des rencontres. Celui-ci a été observé chez près du tiers des clients inclus dans l'étude et 80 % (4 clients sur 5) de ceux-ci ont obtenu un emploi dans les 6 mois suivant la première rencontre de soutien à l'emploi. Ce profil correspond au deuxième profil le plus souvent répertorié dans les études sur les profils d'AT tel que perçu par le client en psychothérapie et en counseling d'orientation (Covali *et al.*, 2011; de Roten *et al.*, 2004; Loos *et al.*, 2015; Stiles *et al.*, 2004). Le profil le plus souvent retrouvé dans la littérature et qui est le plus souvent associé à une amélioration clinique est un profil élevé qui augmente de façon linéaire au fil des rencontres (Covali *et al.*, 2011 ; de Roten *et al.*, 2004 ; Elad-Strenger et Littman-Ovadia, 2012 ; Heppner *et al.*, 2004 ; Loos *et al.*, 2015 ; Multon *et al.*, 2001 ; Stiles *et al.*, 2004). Dans l'étude de Loos *et al.* (2015), les profils élevés et stables et les profils élevés et en augmentation linéaire ont été regroupés et constituaient 82 % de leurs profils. Dans la présente étude, nous n'avons pas trouvé de profil élevé et présentant une augmentation linéaire. Cependant, les profils du groupe très élevé et stable ont un score moyen d'AT se situant tout juste sous la limite supérieure de l'échelle (score de 6,64 sur un score total possible de 7) et il est possible que les scores aient été limités par un effet plafond, empêchant une augmentation significative des scores au fil du temps puisque la première mesure était très élevée (6,55/7). Cet effet plafond est fréquemment observé dans les études longitudinales utilisant le WAI ou d'autres mesures d'AT (Meier, 2022 ; Meier et Feeley, 2022).

Les entretiens effectués avec les CES ont permis de découvrir que les clients associés à ces profils très élevés et stables détenaient habituellement des compétences interpersonnelles favorables et

démontraient une bonne motivation pour participer au processus. Les CES chez qui on trouvait plus souvent ces profils possédaient habituellement plusieurs années d'expérience et étaient en mesure de percevoir rapidement et de façon juste leurs propres réactions aux caractéristiques et attitudes des clients. Les CES étaient également en mesure d'ajuster leurs interventions afin de maintenir l'AT et de travailler vers l'atteinte des objectifs du client. Pour ces profils très élevés et stables, les CES se sentaient aussi rapidement en confiance au contact des clients et si des défis ou des désaccords survenaient concernant les objectifs ou les tâches à accomplir pour y parvenir, ils étaient rapidement soulevés par le CES et discutés ensemble. Cette transparence et cette collaboration empreinte de curiosité et d'ouverture pourraient avoir permis de maintenir ou de restaurer rapidement cette AT dans le temps, avant même une éventuelle détérioration. Ces résultats viennent confirmer les résultats d'autres études qualitatives s'étant penchées sur les compétences des CES selon la perspective des clients bénéficiaires des PSE et des CES y travaillant. Dans ces études, les CES les plus performants étaient ceux qui créaient une forte AT avec leurs clients en adoptant une approche égalitaire, collaborative et qui avaient la capacité à se montrer ouverts, sensibles et honnêtes tout en ayant le souci de s'adapter aux besoins et préférences de leurs clients et en les aidant à se faire confiance (Kinn *et al.*, 2021; McDowell *et al.*, 2022).

Le profil le plus fréquent dans notre étude, soit le **profil d'AT plus faible et stable**, est observé chez un peu plus de la moitié de l'échantillon. Comme le profil précédent, ces cas montrent peu de variabilité au cours du processus, mais le niveau d'AT est plus faible (AT moyenne = 5.1/7). Ce score, bien que décrit comme faible, correspond au niveau moyen d'AT trouvé dans d'autres études sur la perception de l'AT par le thérapeute avec des personnes ayant un diagnostic de TMG et où un seul temps de mesure a été utilisé (Evans-Jones *et al.*, 2009; Hasson-Ohayon *et al.*, 2021; Johansen *et al.*, 2013). Les clients liés à ce profil ont obtenu légèrement moins souvent un emploi que le groupe précédent (70 %, 7 clients sur 10), mais plus souvent que le dernier profil intitulé « diminution linéaire au fil des rencontres ».

Selon les entretiens effectués avec les CES, les clients associés à ces profils plus faibles, mais stables présentaient des caractéristiques disparates qu'il est difficile de lier au profil en question. Cependant, les CES appartenant à ce profil étaient plus susceptibles d'éviter de soulever les difficultés perçues dans la relation ou les désaccords sur les tâches et les objectifs. Ils préféraient également se concentrer principalement sur l'aspect technique du processus (ex. : la rédaction d'un

CV, la préparation et l'accompagnement en entrevue d'embauche) plutôt que sur l'aspect plus affectif de la relation. La stagnation présente dans ces profils peut être attribuable au manque d'interventions axées sur la relation elle-même. Certains CES dans notre étude affirment clairement avoir l'impression que les services qu'ils offrent à leurs clients sont de même qualité, peu importe le niveau d'AT développé avec leurs clients. Contrairement à cette croyance, dans une étude visant à explorer ce qui avait été central dans le parcours vers le rétablissement de bénéficiaires de services en santé mentale, ces derniers exprimaient que la possibilité de développer de vraies relations positives s'était révélée utile, au-delà des connaissances et compétences techniques des professionnels. Les CES ayant obtenu des profils d'alliances plus faibles et stables dans notre étude pourraient être perçus comme des professionnels compétents, accomplissant les tâches convenues avec les clients. Cependant, il est possible qu'ils soient moins en mesure de favoriser les aspects plus internes du rétablissement vocationnel comme la restauration de l'autonomie, la confiance en soi et l'espoir chez le client (Teixeira *et al.*, 2020).

**Le troisième profil présentant une diminution linéaire au fil des rencontres** est plutôt rare dans le présent échantillon (16,7 %, 3 clients). Ce profil représente une AT initiale très forte (moyenne de la première mesure = 6,5/7) qui diminue au cours du processus (moyenne de la dernière mesure = 5,6). Seul 1 des 3 clients faisant partie de ce groupe a obtenu un emploi dans les 6 mois suivant le début des rencontres de soutien à l'emploi. Ce type de profil est également présent en petit nombre (12,7 %, 11,3 %) dans deux études sur le développement de l'AT telles que perçues par les clients en contexte de psychothérapie (Loos *et al.*, 2015; Stiles *et al.*, 2004). Alors que Loos *et al.* (2015) soulèvent l'importance d'étudier davantage les caractéristiques des clients présentant ce type de profil d'AT, Stiles *et al.* (2004) soulignent que les clients présentant ce profil semblent avoir un style de personnalité plus dépendant, ayant tendance à s'impliquer rapidement dans la relation, puis à éprouver de la déception par la suite.

Dans la présente étude, selon les entretiens effectués avec les CES, les contacts initiaux entre les CES et les clients sont bons et les compétences interpersonnelles des clients sont perçues comme adéquates, mais lorsque des obstacles apparaissent au cours du processus (ex. : divergence d'objectifs, diminution de l'engagement du client), les CES ne les abordent pas et peuvent aller jusqu'à se désengager, ce qui peut expliquer la dégradation de la relation dans le temps. Dans les études antérieures sur les compétences des CES, certains CES moins performants avaient tendance



à se désengager rapidement, acceptant plus difficilement les attitudes plus craintives ou les brèches dans la motivation de leurs clients (Kinn *et al.*, 2021). Ces conseillers pourraient avoir une moins grande compréhension ou une moins grande sensibilité aux obstacles internes de leurs clients, comme les peurs, un faible sentiment d'auto-efficacité personnelle, une faible estime de soi ou encore des caractéristiques intrinsèques à leurs troubles mentaux comme une faible volition, de la méfiance, etc.

Les entretiens avec les CES ont également permis de faire ressortir deux facteurs contextuels qui semblent affecter leur capacité à développer une bonne alliance avec leurs clients, soit leur charge de travail perçue et la modalité utilisée pour faire les rencontres en contexte de pandémie (c.-à-d. face à face ou en utilisant des technologies). Les CES ayant participé à cette étude ont rapportés des charges de cas allant de 30 à 116 clients. La charge de travail considérée comme adéquate dans un PSE ne devrait pas dépasser 25 cas afin de permettre au conseiller d'effectuer son travail de manière appropriée (ANSA, 2020; Drake *et al.*, 2012). Cependant, dans la pratique, de nombreux milieux dépassent ces cibles recommandées, ce qui demande aux CES de choisir auprès de quels clients ils déploient leur énergie (McDowell *et al.*, 2020). C'est d'ailleurs ce qu'on rapportés plusieurs de CES lors des entrevues. Concernant la modalité des rencontres, plusieurs études ont abordé l'efficacité des services dispensés par le biais des technologies et les effets de l'utilisation de ces technologies sur l'AT depuis l'apparition de la pandémie (Simpson *et al.*, 2021). Cependant, très peu d'études se sont penchées sur les clientèles ayant un TMG (Greenwood *et al.*, 2022). Les résultats des études effectuées jusqu'à présent démontrent que ces technologies peuvent permettre de développer d'aussi bonnes AT que les rencontres en face à face, surtout si les participants (clients et intervenants) sont à l'aise avec l'utilisation de ceux-ci (Simpson *et al.*, 2021). À cet effet, bien que plusieurs personnes ayant un TMG soient pleinement en mesure d'utiliser les technologies de télésanté (Miu *et al.*, 2021), d'autres sont confrontées à des obstacles de taille : une faible connaissance des technologies et de leur utilisation (Brunette *et al.*, 2012), des déficits cognitifs rendant l'utilisation de ces technologies difficiles (Torous et Keshavan, 2020) ou encore un manque d'accès à la technologie, à un réseau internet efficace ou à un environnement adéquat pour faire les rencontres (Miu *et al.*, 2021).

L'AT est un processus dyadique dans lequel les deux protagonistes, le professionnel et le client, contribuent et où leurs caractéristiques entrent en interaction et s'interinfluencent (Ross *et al.*,

2008). Dans cette thèse et plus spécifiquement dans le deuxième article, il est possible de constater que certaines caractéristiques ou attitudes du client ont pu faciliter (ex. : l'engagement, la motivation) ou limiter (ex. : la méfiance) la création et le maintien de l'AT. Il apparaît également que certains facteurs du contexte peuvent exercer une influence sur le développement de l'AT tel que perçu par le CES. Cependant, c'est principalement la réponse affective, cognitive et surtout comportementale du conseiller à ces caractéristiques et attitudes qui semble expliquer les résultats (voir le modèle de Ross *et al.*, 2008). Dans le domaine de la psychothérapie, il est admis que la contribution du thérapeute à l'AT, de même que les efforts conscients qu'il y met, expliquent le plus le changement thérapeutique (Wampold et Owen, 2021). En d'autres termes, comme en psychothérapie, c'est le CES qui est responsable de la création et du maintien de l'AT, et ce, malgré les symptômes, les difficultés et les caractéristiques du client qui a besoin d'aide pour atteindre ses objectifs.

L'AT n'est cependant pas un ingrédient simple du processus thérapeutique, c'est une entité complexe et multidimensionnelle (Norcross et Lambert, 2019). Pour certains auteurs, l'AT serait le processus qui explique l'effet du thérapeute et refléterait des caractéristiques et des compétences essentielles d'un bon thérapeute; des compétences intrapersonnelles et interpersonnelles (Wampold *et al.*, 2017 ; Wampold et Owen, 2021). L'une de ces compétences essentielles consiste à être conscient de ses réactions cognitives et émotionnelles face au client, instant après instant (Gelso et Perez-Rojas, 2017). Un manque de conscience de soi et de la manière dont le thérapeute est affecté par le client conduit à des interventions moins appropriées, et donc renvoie à une moindre efficacité thérapeutique (Hayes et Vinca, 2017). Ces réactions affectives sont inévitables et peuvent être bénéfiques au travail thérapeutique à condition que le thérapeute en soit conscient, qu'il s'interroge sur leur origine et qu'il décide consciemment de prendre les mesures appropriées avec le client (Gelso et Perez-Rojas, 2017). Le thérapeute doit être capable de reconnaître ce qu'il vit, mais aussi de tolérer ses émotions (Wolf *et al.*, 2013). Parmi ces émotions figure l'anxiété, qui agit comme un indicateur important de la présence d'un contre-transfert et peut conduire à des comportements tels que l'évitement expérientiel (ex. : ne pas aborder certains sujets qui suscitent de l'anxiété chez le thérapeute), le retrait et une diminution, voire une augmentation, de l'implication du thérapeute (Hayes *et al.*, 2019). La colère et l'irritation sont également des indicateurs de réactions aux caractéristiques ou attitudes du client et peuvent mener à des comportements ouvertement hostiles

(ex. : critiques et accusations) ou à un désengagement de la relation (ex. : ne pas répondre aux appels du client, espacer ou réduire la durée des rencontres) (Wolf *et al.*, 2013). Ces compétences affectives, bien que perçues et mises en œuvre par certains CES dans leurs contacts avec les clients de cette étude, semblent être plus limitées dans d'autres entretiens. De plus, les entrevues ont permis de percevoir que certaines de ces compétences réflexives et affectives, bien que parfois présentes lors des entrevues, n'étaient pas toujours mobilisées dans l'action avec la personne accompagnée. La majorité des CES semblaient bénéficier de l'entrevue avec la chercheure pour prendre du recul face à leurs interventions et ainsi percevoir les enjeux et les interventions qui avaient été bénéfiques au développement de l'alliance de travail ou à l'atteinte de l'objectif de leur client. Dans une étude de Chow *et al.* (2015), les thérapeutes les plus efficaces passaient presque 3 fois plus de temps par semaine à effectuer des activités comme : réfléchir à leurs cas les plus complexes, planifier leurs rencontres subséquentes, assister à des activités de formations ou de supervision. Ce temps de recul, qu'il soit fait seul ou accompagné d'un expert (ex. : superviseur) permet un meilleur développement des compétences autant réflexives, affectives, qu'interactives (la capacité à utiliser la bonne intervention au bon moment) (Lecomte *et al.*, 2004). Pour que cela soit possible, il faut cependant que les CES aient les ressources nécessaires c'est-à-dire le temps et l'accès à des superviseurs ou à des groupes de pairs (interview).

#### 4.1.3 Les liens entre l'alliance de travail et l'acquisition d'un emploi

Bien qu'il semble y avoir une distinction entre les profils, le lien entre l'alliance de travail et l'obtention d'un emploi est tenu dans la phase quantitative de la seconde étude. Dans certains cas, malgré une alliance de travail sous optimale, les clients obtiennent un emploi à la fin du processus. En outre, ni les scores d'alliance de travail aux temps 1, 2 ou 3, ni le score moyen de l'alliance de travail n'étaient liés à l'obtention d'un emploi six mois après le début du PSE. Ces résultats peuvent s'expliquer par la pénurie de main-d'œuvre évoquée précédemment, mais d'autres facteurs peuvent également entrer en ligne de compte comme l'aspect technique de l'emploi de CES (Corbière *et al.*, 2014a). Dans les entrevues, les CES interrogés perçoivent l'alliance de travail comme un facteur important dans leur travail. Cependant, parmi les trois composantes de l'alliance de travail, celles qui, de leur point de vue, semblent expliquer davantage la réalisation de l'objectif du client (acquisition d'un emploi) sont l'accord sur l'objectif et sur les tâches à accomplir pour l'atteindre. Bien que l'importance de la relation affective ait été soulevée par plusieurs conseillers, de

nombreux clients avec lesquels ils ont développé une relation plus neutre ou axée sur les tâches (par exemple, rédaction de CV, appels aux employeurs) ont obtenu un emploi. Dans les cas où il y avait des désaccords non résolus sur les objectifs et les tâches, les chances du client d'obtenir un emploi diminuaient. En 1979, Bordin a abordé non seulement l'aspect transthéorique de l'alliance de travail, mais aussi les différences de composition de l'alliance de travail entre les divers types de psychothérapie ou de relations d'aide. Bien que son modèle propose trois grandes composantes essentielles (le lien affectif, l'accord sur les objectifs et l'accord sur les tâches), différents contextes peuvent mettre davantage l'accent sur l'une ou l'autre de ces trois composantes. Par exemple, dans une psychothérapie d'approche humaniste ou relationnelle, l'accent central est la relation affective alors que certaines thérapies plus comportementales vont mettre un accent plus grand sur l'accord inhérent à l'objectif et aux tâches. Il est donc possible que les deux composantes plus cognitives de l'alliance (l'accord sur l'objectif et les tâches) soient plus centrales dans le contexte de PSE ou du moins, plus facilement liées à l'objectif poursuivi, à savoir l'obtention d'un emploi. Il convient de préciser que d'autres objectifs peuvent être poursuivis dans le cadre d'un PSE tels que : aider les clients à faire des choix cohérents avec leurs caractéristiques, leurs capacités et leurs besoins, aider les clients à développer un plus grand sentiment d'efficacité personnelle, réduire l'autostigmatisation (Corbière *et al.*, 2014b ; Corbière *et al.*, 2017). Ces objectifs visant un changement sur le plan des attitudes ou de la perception de soi pourraient nécessiter un lien affectif plus fort avec le CES.

Le deuxième article de cette thèse a permis de faire ressortir trois profils d'AT tels que perçus par les CES. Comme nous avons pu le constater, ces profils permettent aux clients ayant un TMG de disposer d'un socle plus ou moins solide pour avancer vers leur objectif d'intégration en emploi. Les clients associés aux profils très élevé et stable et plus faible et stable obtiennent plus souvent un emploi que ceux du profil en diminution linéaire dans cet échantillon. Ces trois profils distincts sont également liés à différents facteurs liés aux clients, aux conseillers et au contexte dans lequel se forme l'AT. Cependant, les facteurs qui semblent les plus saillants et les plus liés à ces différents profils restent les compétences interpersonnelles et intrapersonnelles du CES et plus spécifiquement leur compétence affective. Cette découverte vient s'ajouter aux études sur les compétences centrales des CES (Corbière *et al.*, 2014b; Kinn *et al.*, 2021; Teixeira *et al.*, 2020; Whitley *et al.*, 2010). Les CES de cette étude confirment qu'ils considèrent l'AT comme un facteur

important pour atteindre leurs objectifs avec leurs clients. Certains CES sont activement engagés dans ce domaine et cherchent à améliorer leur capacité à construire des AT solides, tandis que d'autres semblent éprouver plus de difficultés à le faire et pourraient avoir besoin de soutien pour pallier cette lacune.

#### 4.2 Forces et limites

Cette thèse apporte une contribution significative à l'avancement des connaissances, et ce, sur plusieurs plans. Tout d'abord, le premier article, présentant une revue sur les obstacles liés à l'obtention d'un emploi, ajoute à la littérature existante en intégrant les résultats de recherches effectuées à l'aide de diverses méthodologies (quantitative, qualitative et mixte) afin de fournir une vue d'ensemble plus exhaustive des obstacles rencontrés par les personnes atteintes de TMG et par les personnes qui les accompagnent. Les obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant un TMG sur leur trajet vers l'emploi sont nombreux, complexes, mais surtout personnels – deux personnes ayant un TMG pourraient être confrontées à des obstacles différents en fonction de leur vécu, de leurs caractéristiques et de l'environnement dans lequel elles cheminent. Cette revue permet d'appréhender plus facilement cette complexité en ayant accès dans un seul article aux résultats des recherches à devis quantitatif et qualitatif ayant été conduites sur une période de vingt ans. Deuxièmement, le second article comporte l'avantage d'aller plus loin dans la compréhension des facteurs et processus impliqués dans la création et le maintien de l'AT en contexte de PSE. Il met en évidence les compétences intrapersonnelles et interpersonnelles à privilégier dans le développement des CES en contexte de réinsertion au travail. Bien que plusieurs auteurs aient étudié les compétences essentielles des CES travaillant dans des PSE, c'est, à notre connaissance, la première fois que les compétences affectives de ces CES sont mises en exergue pour leur contribution à l'AT.

Malgré les forces de cette recherche doctorale et ses contributions à la littérature sur les obstacles à l'intégration à l'emploi de personnes ayant un TMG et sur l'AT en contexte de soutien à l'emploi, elle présente aussi des limitations. Premièrement, malgré une évaluation de la qualité des études sélectionnées, la revue intégrative de la littérature comprend des articles ayant différents niveaux de rigueur scientifique et ceux-ci peuvent contenir des biais importants, difficiles à pondérer. À cet effet, en ce qui concerne les études transversales, même si elles sont pertinentes et ajoutent des

informations intéressantes à cette revue, il n'est pas possible d'établir si le facteur étudié dans ces études influence l'acquisition d'un travail ou s'il s'agit à l'inverse d'une conséquence du fait de travailler. L'utilisation de la méthode « best-evidence synthesis » permettant d'extraire les facteurs qui ont démontré de façon la plus constante des liens de prédiction significatifs avec l'acquisition d'un emploi permet cependant de pallier, en partie, cette limite. Deuxièmement, les facteurs et objectifs étudiés peuvent être définis et mesurés de différentes façons dans les articles inclus dans la revue intégrative. Par exemple, l'acquisition d'un emploi peut être définie comme étant atteinte après une seule journée de travail dans une étude et après une semaine complète d'emploi dans une autre étude, voire sur une plus longue période. Parfois, on ne sait pas non plus si la personne a su conserver son emploi sur une durée significative. Troisièmement, les populations ainsi que les programmes étudiés peuvent présenter également une grande variabilité rendant l'analyse des résultats difficiles à généraliser. Il convient donc de rester prudent dans l'interprétation et l'utilisation de l'ensemble de ces résultats. Finalement, l'acquisition d'un emploi constitue un objectif intéressant, mais n'est pas le seul objectif à considérer. Pour que l'expérience de travail puisse réellement contribuer au rétablissement, il faut également que le travail occupé soit en adéquation avec les besoins et désirs de la personne, que les conditions de travail soient perçues comme positives par le travailleur et que cet emploi soit maintenu dans le temps ou du moins que la personne se maintienne sur le marché du travail de façon pérenne.

Concernant le deuxième article, tout d'abord, l'échantillon de l'étude est petit et hétérogène, ce qui limite les analyses effectuées, rend difficile l'interprétation des résultats et restreint la possibilité de généraliser les résultats. Cette limite peut s'expliquer en partie par les difficultés de recrutement liées au contexte de la COVID-19. En effet, bien que 29 conseillers aient été recrutés et aient rempli le formulaire de consentement pour participer à ce projet de recherche, seuls six d'entre eux ont recruté des clients et rempli des questionnaires sur l'AT. De plus, les six conseillers qui ont persévéré ont recruté 30 clients, mais seuls 18 profils d'AT ont été complétés (plus de 3 mesures d'AT), tandis que les 12 profils restants étaient incomplets (moins de 3 mesures d'AT). La pandémie de COVID-19 semble avoir entraîné des défis importants dans la vie quotidienne des CES. Certains d'entre eux ont constaté une diminution de la demande de services spécifiquement destinés aux personnes souffrant de TMG, tandis que d'autres ont vu leur charge de travail augmenter ou changer considérablement. Dans les deux cas, de nombreux conseillers ont eu du

mal à accomplir les tâches liées à ce projet de recherche, soit parce qu'ils n'avaient pas les clients nécessaires, soit parce qu'ils étaient trop fatigués et déstabilisés pour ajouter des tâches à leur charge de travail. Un autre défi signalé par les conseillers recrutés était lié au plein emploi. En effet, comme les employeurs avaient un grand besoin de main-d'œuvre, les conseillers ont indiqué que le processus d'accompagnement et de recherche d'emploi était plus court que d'habitude. Ensuite, les mesures et les profils d'AT ne sont pas indépendants puisqu'ils sont liés à six CES (données imbriquées) et cela pourrait entraîner un biais de répondant. En effet, certains CES pourraient avoir tendance à toujours évaluer leurs AT de manière très positive, tandis que d'autres pourraient être plus nuancés dans leurs réponses et cela pourrait biaiser les résultats obtenus. Un échantillon plus conséquent, tant en ce qui concerne les CES que les profils d'alliance de travail, aurait offert la possibilité d'isoler l'impact des CES et de mener des analyses inférentielles entre les profils d'alliance et l'acquisition d'un emploi, en plus d'effectuer des analyses multivariées afin d'approfondir la compréhension des facteurs liés à l'intégration professionnelle.

L'échantillon de CES est également restreint et peut ne pas représenter la variabilité des caractéristiques, des compétences et des perceptions liées à l'AT de ce large groupe de professionnels ce qui rend la transférabilité des résultats incertaine et risquée (Malterud, 2001). De plus, malgré les méthodes mises en place pour limiter les biais associés à l'auteure, le travail qualitatif en suivant une approche constructiviste est par définition teinté par la subjectivité du chercheur. Cette subjectivité peut avoir apporté une profondeur à l'analyse, mais peut également avoir modifié ou dirigé le vécu subjectif des participants présenté dans cette thèse (Mehra, 2002). Une autre limite est la possibilité que les données obtenues lors des entretiens aient été faussées par un biais de désirabilité sociale ou encore par un biais de rappel qui viendrait limiter la validité des résultats obtenus. Bien que l'auteure ait tenté d'établir un climat de confiance sans jugements, il est très difficile d'écarter complètement le risque lié à la désirabilité sociale dans les études qualitatives où l'image du sujet peut-être fragilisée comme c'est le cas dans cette étude (Bergen et Labonté, 2020). Aussi, les participants nous rapportent leur vécu plusieurs semaines après leur survenue. Il est alors possible que l'événement ait pu être construit et reconstruit avec le temps et ne représenter que les émotions et pensées les plus prégnantes, nous faisant perdre la finesse du vécu en action (Thomas et Diener, 1990).

### 4.3 Pistes de recherche futures

Cette thèse doctorale permet d'envisager plusieurs pistes de recherche futures. Premièrement, cette thèse s'intéresse exclusivement à la clientèle ayant un TMG. Bien que cette clientèle éprouve des difficultés importantes à intégrer un emploi, c'est également le cas pour d'autres clientèles dites vulnérables. Il pourrait être intéressant d'évaluer les obstacles à l'emploi communs à plusieurs clientèles vulnérables comme les personnes en situation de handicap, mais également les personnes ayant des maladies chroniques. En outre, au Québec, de nombreux PSE s'adressent à des clientèles diversifiées. Ces programmes desservent les personnes ayant un TMG, mais également des personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, des déficiences sensorielles ou physiques, etc. Les CES de ces ressources doivent donc souvent s'adapter à des personnes ayant des caractéristiques et des défis très divers. Il pourrait être intéressant d'étudier les facteurs communs et spécifiques à ces clientèles concernant le processus de développement de l'AT, sans oublier les facteurs qui peuvent favoriser ou entraver le développement de l'AT et ses liens avec l'acquisition d'un emploi. Une recherche intégrant un plus grand nombre de CES et de clients pourrait d'ailleurs permettre de répliquer l'étude 2 et ainsi pallier les limites liées au faible échantillon. Par ailleurs, si la perspective des CES est importante et peu étudiée, la perspective des clients, mais également celle des superviseurs dans les PSE pourraient apporter un éclairage intéressant et peaufiner les résultats déjà obtenus.

En continuité avec les résultats obtenus dans le deuxième article, il pourrait être intéressant d'examiner plus spécifiquement les compétences intrapersonnelles et interpersonnelles des CES. Des études en psychothérapie ont permis de lier l'efficacité du thérapeute à des compétences interpersonnelles comme la capacité à être pleinement présent, la capacité d'empathie, la capacité à stimuler l'espoir, la capacité à être congruent et authentique et la capacité à être flexible et à s'adapter aux besoins du client (Castonguay et Hill, 2017) et interpersonnelles comme la conscience de soi et de ses réactions aux attitudes et caractéristiques du client (Hayes et Vinca, 2017). Ces résultats sont cependant vrais uniquement lorsque les compétences du thérapeute sont mesurées par observation (Wampold *et al.*, 2017). En effet, les compétences interpersonnelles et intrapersonnelles, lorsqu'elles sont autorapportées, ne prédisent pas efficacement les résultats thérapeutiques (Anderson *et al.*, 2009). Par exemple, Walfish, McAlister, O'Donnell et Lambert (2012) ont effectué un sondage auprès de 129 thérapeutes en santé mentale où on leur demandait



d'évaluer leur niveau de compétences en tant que thérapeute. Les thérapeutes questionnés évaluaient que leur performance se situait, en moyenne, au 80<sup>e</sup> percentile. Aucun des thérapeutes n'a évalué sa performance comme étant en dessous de la moyenne standard et 25 % des thérapeutes se sont évalués comme étant dans le 90<sup>e</sup> percentile en matière d'efficacité. En somme, les thérapeutes ne semblent pas de bons juges de leur efficacité réelle. Une recherche visant à mieux comprendre les compétences interpersonnelles et intrapersonnelles des CES et les liens entre celles-ci et l'AT établie avec leurs clients ainsi qu'avec les résultats du processus de soutien à l'emploi (acquisition, maintien et satisfaction en emploi) impliquerait donc un regard externe comme celui des superviseurs des PSE ou de CES experts afin de pallier ces potentiels biais.

#### 4.4 Implications cliniques

Cette thèse vient confirmer les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes ayant un TMG sur leur trajet vers l'emploi et leur rétablissement, mais également l'importance du CES et du soutien qu'il peut offrir dans le cadre d'un PSE.

Les résultats de cette thèse et plus spécifiquement du premier article viennent outiller les CES dans leur travail quotidien. Les obstacles répertoriés et discutés dans cette thèse pourraient servir de base d'évaluation pour les CES qui travaillent avec des personnes ayant un TMG. Une évaluation systématique et approfondie de la situation de la personne requérant leurs services et incluant les obstacles à l'emploi, mais également les ressources internes et externes sur lesquelles les clients peuvent s'appuyer pour surmonter ces obstacles, comporte le potentiel de développer un plan d'intervention ajusté aux besoins du client. Pour les CES, une meilleure compréhension des obstacles auxquels les clients sont confrontés, qu'ils soient externes à eux (ex. : la stigmatisation) ou à l'intérieur d'eux-mêmes (ex. : faible sentiment d'efficacité personnelle) peut également leur permettre d'être plus empathique au vécu de leurs clients. De plus, une plus grande connaissance des obstacles personnels comme une faible estime de soi, les craintes d'être stigmatisé et des liens entre ceux-ci et une faible motivation exprimée (ex. : faible utilisation des stratégies actives de recherche d'emploi) pourrait permettre aux CES d'être plus à l'affût des signes montrant un désengagement du client, mais aussi et surtout plus ouverts à l'exploration des raisons sous-jacentes à ce possible désengagement chez le client.

Le deuxième article vient, pour sa part, confirmer l'importance du rôle du CES et plus spécifiquement des compétences qu'il est en mesure de mobiliser pour développer et maintenir une AT suffisamment solide en vue d'aider son client à avancer vers son objectif. Le rôle du CES est un rôle complexe qui est malheureusement trop souvent appris sur le tas, en cours d'emploi avec les moyens du bord et au contact d'autres CES et parfois de superviseurs ayant plus d'expérience. Les résultats du deuxième article viennent soulever l'importance de former adéquatement les CES, et ce, non seulement pour développer des compétences techniques et pratiques, mais également des compétences intrapersonnelles et interpersonnelles. D'autres auteurs ont déjà conclu que la formation des CES devait être un objectif à poursuivre rapidement pour permettre une plus grande efficacité des PSE (Teixeira *et al.*, 2020; Corbière *et al.*, 2014b; Butenko *et al.*, 2020). Des projets novateurs comme le projet de formation continue « Santé Mentale et Travail » développé et implanté par la Chaire de recherche Santé Mentale et Travail depuis 2020 dans les PSE membres du Regroupement des organismes spécialisés pour l'emploi des personnes handicapées (ROSEPH) permet d'offrir des modules de formations, y compris un module théorique sur l'AT, aux CES de ces ressources québécoises. Des projets semblables, intégrant les résultats de cette thèse, pourraient s'avérer bénéfiques à une plus grande échelle. En outre, bien que la formation théorique soit importante pour comprendre les assises du travail des CES, les compétences sur lesquelles s'appuie l'AT sont des compétences relationnelles qui s'apprennent dans un contexte également relationnel comme la supervision. Bien que l'importance de la supervision pour les CES ait été soulignée par la recherche dans le passé (Rinaldi *et al.*, 2010), la disponibilité d'une supervision de qualité pour ces professionnels fait toujours défaut (Butenko *et al.*, 2022).

## CONCLUSION

En conclusion, la présente thèse doctorale a, d'une part, exploré les obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant TMG lorsqu'elles cherchent à intégrer le marché du travail régulier. D'autre part, ce travail doctoral a mis en exergue le rôle crucial de l'AT entre le client et les CES, selon la perspective de ce dernier acteur. À travers deux articles scientifiques, cette thèse a cherché à fournir une compréhension approfondie sur ces questions de recherche clinique.

Le premier article a synthétisé les études antérieures utilisant des méthodologies autant quantitatives, qualitatives que mixtes portant sur les obstacles à l'emploi auxquels sont confrontées les personnes atteintes de TMG. Cette revue de littérature exhaustive a permis de mettre en évidence les nombreux obstacles avec lesquels doivent composer ces individus, sur le plan autant personnel qu'environnemental. Les résultats ont souligné l'importance de prendre en compte ces obstacles dans les interventions cliniques et ont encouragé une réflexion sur des moyens d'y remédier efficacement.

Le deuxième article s'est concentré sur le développement de l'AT entre les personnes ayant un TMG et leurs CES. Cette étude a permis de mieux comprendre la formation de cette AT du point de vue des CES. De plus, elle a permis d'établir des liens entre différents profils de développement de l'AT et l'objectif des PSE, soit l'intégration professionnelle des personnes ayant un TMG. Cette recherche a également examiné les facteurs qui influencent le développement de l'alliance, notamment ceux liés aux clients, aux conseillers et au contexte de formation de l'AT. Les résultats ont permis de souligner l'importance des compétences interpersonnelles et intrapersonnelles des CES travaillant dans des PSE et viennent bonifier les recherches effectuées jusqu'à présent.

# ANNEXE A

## CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



No. de certificat : 2021-3187  
Date : 2023-06-15

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : PROFILS DE L'ALLIANCE DE TRAVAIL DANS UN CONTEXTE DE SOUTIEN À L'EMPLOI AUPRÈS DE PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL : PERSPECTIVE DE L'INTERVENANT

Nom de l'étudiant : Elyse Charette-Dussault

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Marc Corbiere

#### Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

**Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission.** Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2024-06-15**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Sylvie Lévesque  
Professeure, Département de sexologie  
Présidente du CERPE FSH

## ANNEXE B

### FORMULAIRES DE CONSENTEMENT



#### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU CONSEILLER

##### IDENTIFICATION

Nom du projet : **Profils de l'alliance de travail dans un contexte de soutien à l'emploi auprès de personnes avec un problème de santé mentale : Perspective du conseiller**

Chercheure principale Élyse Charette-Dussault Candidate au Ph.D/Psy D.  
Université du Québec à Montréal

Directeur de recherche : Marc Corbière, Ph. D.  
Professeur titulaire en counseling de carrière du département d'éducation et de pédagogie de la Faculté d'Éducation et professeur externe du département de psychologie de la Faculté des Sciences humaines

##### INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche. Demandez-lui de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

##### BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Vous êtes invité(e) à prendre part au présent projet visant à mieux comprendre comment se développe l'alliance de travail entre le conseiller spécialisé (l'intervenant en employabilité) et ses clients, ainsi que les liens entre cette alliance de travail et les retombées sur le plan de la réintégration au travail. Plus particulièrement, ce projet de recherche consiste en deux phases. La première phase vise à mieux comprendre le développement de l'alliance de travail telle qu'évaluée par le conseiller spécialisé et les liens entre celui-ci et l'obtention d'un emploi de ses clients. La

seconde phase vise à mieux comprendre les facteurs liés au client, au conseiller, à la relation des deux acteurs et à ceux du contexte global (sociopolitique ; lois, programmes et mesures, marché du travail) et spécifique (liés à l'environnement thérapeutique immédiat) pouvant expliquer les différents profils de développement de l'alliance de travail.

Ce projet est réalisé dans le cadre de la thèse de doctorat réalisée par Élyse Charette-Dussault, étudiante au doctorat en psychologie, sous la direction de Marc Corbière, professeur titulaire en counseling de carrière du département d'éducation et de pédagogie de la Faculté d'Éducation et professeur externe du département de psychologie de la Faculté des Sciences humaines. Il peut être joint au (514) 987-3000 poste 5574 ou par courriel à l'adresse : [corbiere.marc@uqam.ca](mailto:corbiere.marc@uqam.ca)

## PROCÉDURE(S) OU TÂCHES DEMANDÉES AU PARTICIPANT

### **Phase 1 :**

Votre participation à cette première phase consiste à effectuer plusieurs courtes tâches. En premier lieu, il vous sera demandé de remplir un court questionnaire sur vos caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Ce questionnaire devrait vous prendre 5 à 10 minutes à remplir.

Il vous sera ensuite demandé de cibler, lors des rencontres d'évaluation, cinq nouveaux clients ayant un trouble mental et étant à la recherche d'un emploi afin de leur présenter sommairement le projet de recherche et leur remettre un formulaire de consentement vous autorisant à me partager certaines informations anonymisées à leur sujet (âge, diagnostic en vertu duquel ils ont accès au service, durée d'absence du marché du travail, réception ou non de prestations sociales et date d'acquisition d'un emploi). Si les clients ont des questions sur le projet de recherche ou sur le consentement, vous n'aurez qu'à les encourager à contacter l'étudiante-chercheuse aux coordonnées disponibles plus bas.

Lorsque les clients auront consenti à participer, il vous sera demandé de répondre à un court questionnaire sur leurs caractéristiques personnelles. Ce questionnaire est construit de façon à préserver l'anonymat de vos clients et devrait prendre 5 minutes à remplir.

Par la suite, il vous sera demandé de répondre à un questionnaire d'alliance de travail à la suite des quatre premières rencontres de soutien à l'emploi effectuées avec ces cinq nouveaux clients. Ces questionnaires (alliance de travail) devraient vous prendre environ 5 minutes à remplir à chaque fois.

Finalement, il vous sera demandé de fournir la date d'obtention d'emploi des 5 clients ayant accepté de participer, et ce, jusqu'à 6 mois après le début des démarches de soutien à l'emploi.

### **Phase 2 :**

Votre participation à cette seconde phase consiste à participer à une ou plusieurs entrevues individuelles au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire, entre autres choses, les facteurs

qui ont pu, selon votre perception, influencer le développement de l'alliance de travail entre vous et votre client ainsi que les retombées sur le plan de l'emploi (l'obtention ou non d'un emploi).

Cette entrevue sera enregistrée numériquement avec votre permission et prendra environ 60 minutes de votre temps. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec l'étudiante-chercheuse responsable du projet. Cette entrevue et les autres contacts seront effectués de façon à respecter les consignes de la santé publique (COVID-19) et pourraient se faire en utilisant un logiciel de conférence à distance (ex. : ZOOM). La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

## AVANTAGES ET RISQUES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel direct de votre participation à cette étude si ce n'est d'avoir l'occasion de prendre du recul afin de réfléchir au profil d'alliance que vous avez développé avec un client en particulier. En participant, vous contribuerez avant tout à l'avancement des connaissances sur l'alliance de travail en contexte de soutien à l'emploi. La participation à cette étude pose très peu de risques. Certaines questions pourraient générer un inconfort psychologique. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante ou de vous retirer en tout temps sans avoir à vous justifier. Il est de la responsabilité de l'étudiante-chercheuse de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue si elle estime que votre bien-être est menacé.

## ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis par questionnaires et lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls l'étudiante-chercheuse responsable du projet, Élyse Charette-Dussault, et son directeur de recherche, le professeur Marc Corbière, auront accès à vos questionnaires, aux enregistrements et aux contenus de la transcription. Le matériel de recherche (questionnaires, enregistrement numérique et transcription codée) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par l'étudiante-chercheuse responsable du projet pour la durée totale du projet. Les données ainsi que les formulaires de consentement pourront être détruits 5 ans après le dépôt final du travail de recherche. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier ni d'identifier vos clients.

## PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que, par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Si vous décidez de retirer votre consentement au cours de l'étude ou même après, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoire, essai ou thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement.

## COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte sans compensation financière. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet.

## DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS ?

Vous pouvez contacter l'étudiante-chercheuse responsable du projet au numéro (514) 251-4000 #2401 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

*Le projet auquel vous allez participer a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines (CERPÉ FSH). Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche, ou à l'étudiante responsable, ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines (CERPÉ FSH), par l'intermédiaire de son secrétariat, au numéro 514-987-3000 poste 3642 ou par courriel à : [Sergent.julie@uqam.ca](mailto:Sergent.julie@uqam.ca).*

## REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

## SIGNATURES

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

Je reconnais aussi que l'étudiante-chercheuse responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer.

Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

---

Nom du participant (VOUS)	Signature	Date
---------------------------	-----------	------

### **Signature de la personne qui obtient le consentement**

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Nom de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
------------------------------------------------	-----------	------



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU CLIENT

### IDENTIFICATION

Nom du projet :	<b>Profils de l'alliance de travail dans un contexte de soutien à l'emploi auprès de personnes avec un problème de santé mentale : Perspective du conseiller</b>
Chercheure principale	Élyse Charette-Dussault Candidate au Ph.D/Psy D. Université du Québec à Montréal
Directeur de recherche :	Marc Corbière, Ph. D. Professeur titulaire en counseling de carrière du département d'éducation et de pédagogie de la Faculté d'Éducation et professeur externe du département de psychologie de la Faculté des Sciences humaines

### INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche. Demandez-lui de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Cette étude vise à mieux comprendre comment se développe l'alliance de travail entre le conseiller spécialisé (l'intervenant en employabilité) et ses clients, ainsi que les liens entre cette alliance de travail et les retombées sur le plan de la réintégration au travail. L'alliance de travail consiste en la relation de confiance, de respect et de collaboration que vous développerez avec votre conseiller.

Plus particulièrement, ce projet de recherche consiste en deux phases. La première phase vise à mieux comprendre le développement de l'alliance de travail telle qu'évaluée par le conseiller spécialisé et les liens entre cette évaluation de la qualité de l'alliance et l'obtention d'un emploi par

ses clients. La seconde phase vise à mieux comprendre les facteurs qui peuvent expliquer les différents profils de développement de l'alliance de travail qui se développent entre le conseiller et ses clients, par exemple, les lois et programmes disponibles, les caractéristiques des conseillers, les caractéristiques de leurs clients, etc.

Ce projet est réalisé dans le cadre de la thèse de doctorat réalisée par Élyse Charette-Dussault, étudiante au doctorat en psychologie, sous la direction de Marc Corbière, professeur titulaire en counseling de carrière du département d'éducation et de pédagogie de la Faculté d'Éducation et professeur externe du département de psychologie de la Faculté des Sciences humaines. Il peut être joint au (514) 987-3000 poste 5574 ou par courriel à l'adresse : [corbiere.marc@uqam.ca](mailto:corbiere.marc@uqam.ca)

## PROCÉDURE(S) OU TÂCHES DEMANDÉES AU PARTICIPANT

Dans ce projet de recherche, vous n'avez aucune tâche à effectuer, mais il est important de savoir que si vous acceptez de participer, certaines informations vous concernant seront partagées par votre conseiller en emploi à l'étudiante-chercheure.

Plus spécifiquement, pour la première phase, ce sont les informations suivantes qui seront partagées par votre conseiller en emploi à l'étudiante-chercheure: votre âge, le diagnostic en vertu duquel vous avez accès au service de soutien à l'emploi, la durée de votre absence du marché du travail, le fait que vous receviez ou non des prestations sociales (par exemple; prestations d'aide sociale) et la date d'obtention de votre emploi. Ces informations seront obtenues de façon confidentielle, c'est-à-dire que le conseiller en emploi vous attribuera un code afin de limiter la possibilité de faire le lien entre les informations qu'il partagera à l'étudiante-chercheure et votre nom.

Pour la seconde phase, l'étudiante-chercheure aura une discussion avec votre conseiller en emploi afin de mieux comprendre les facteurs qui ont pu, selon sa perception, influencer le développement de l'alliance de travail qu'il a développé avec vous ou qui ont facilité ou rendu plus difficile votre intégration en emploi.

## AVANTAGES et RISQUES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel direct de votre participation à cette étude. En participant, vous contribuerez avant tout à l'avancement des connaissances sur l'alliance de travail en contexte de soutien à l'emploi. L'objectif étant de connaître ce qui fonctionne le mieux et qui facilite l'obtention d'un emploi par d'autres personnes qui auront des services de soutien à l'emploi. La participation à cette étude pose très peu de risques pour vous. Les informations partagées sont des informations que vous avez accepté de divulguer à votre conseiller.

## ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis par questionnaires et lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls l'étudiante-chercheure responsable du projet, Élyse Charette-Dussault et son directeur de recherche, le professeur Marc Corbière, auront accès à ce formulaire de consentement et aux informations transmises par votre conseiller en emploi. Le matériel de

recherche (questionnaires, notes) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par l'étudiante-chercheuse responsable du projet pour la durée totale du projet. Les données ainsi que les formulaires de consentement pourront être détruits 5 ans après le dépôt final du travail de recherche. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

## PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que, par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Le conseiller en emploi vous offrira exactement le même service que vous acceptiez ou non à ce que vos données soient utilisées dans ce projet de recherche. Si vous décidez de retirer votre consentement au cours de l'étude ou même après, les renseignements vous concernant seront détruits.

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoire, essai ou thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement.

## COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte sans compensation financière.

## DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS ?

Vous pouvez contacter l'étudiante-chercheuse responsable du projet, Élyse Charette-Dussault, au numéro (514) 251-4000 #2401 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche, Marc Corbière, des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

*Le projet auquel vous allez participer a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines (CERPÉ FSH). Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche, ou à l'étudiante responsable, ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines (CERPÉ FSH), par l'intermédiaire de son secrétariat, au numéro 514-987-3000 poste 3642 ou par courriel à : [Sergent.julie@uqam.ca](mailto:Sergent.julie@uqam.ca).*

## REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

## SIGNATURES

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

Je reconnais aussi que l'étudiante-chercheuse responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer.

Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

---

Nom du participant (VOUS)	Signature	Date
---------------------------	-----------	------

### ***Signature de la personne qui obtient le consentement***

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Nom de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
------------------------------------------------	-----------	------

## ANNEXE C

### QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DU CONSEILLER

Code du conseiller	Code du client

Date		
		2   0
Jour	Mois	Année

### QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DU CONSEILLER

Ces informations nous permettront de mieux vous connaître et demeureront confidentielles en tout temps. Veuillez répondre aux questions suivantes s.v.p.

1. **Genre :**    \_\_\_\_\_ Homme    \_\_\_\_\_ Femme

2. **Âge :**       \_\_\_\_\_

3. **Formation :**

4. **Nombre d'années à l'emploi comme conseiller spécialisé dans cet organisme :**

\_\_\_\_\_ années et \_\_\_\_\_ mois

5. **Nombre d'années de pratique comme conseiller spécialisé :**

\_\_\_\_\_ années et \_\_\_\_\_ mois

6. **Nombre de dossiers actif en ce moment:** \_\_\_\_\_

7. **Nombre de dossiers actifs au courant de la dernière année (12 mois complets) :**

\_\_\_\_\_

8. Quelle est la clientèle ciblée par vos interventions (soulignez celles qui s'appliquent):

Troubles mentaux graves (TMG), déficience intellectuelle, troubles neurodéveloppementaux,

déficience physique, déficience sensorielle, autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Code du conseiller	Code du client

Date			
		2	0
Jour	Mois	Année	

9. **Au courant de la dernière année (12 mois complets), quelle proportion de vos clients a obtenu un emploi compétitif** (emploi non réservé aux personnes étant en situation de handicap et payé au salaire minimum ou plus) : \_\_\_\_\_ %

10. **Au courant de la dernière année (12 mois complets), quelle proportion de vos clients ayant un TMG a intégré un autre projet que l'emploi compétitif** (ex. : bénévolat, projet préparatoire à l'emploi, formation) : \_\_\_\_\_ %

11. **Au courant de la dernière année (12 mois complets), quelle proportion de vos clients ayant un TMG a cessé les démarches avant d'avoir atteint un objectif professionnel** : \_\_\_\_\_ %

**ANNEXE D**  
**QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DU CLIENT**

Code du conseiller	Code du client

Date		
		2 0
Jour	Mois	Année

**QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DU CLIENT**

Ce questionnaire doit être rempli par le conseiller spécialisé.

Ces informations nous permettront de mieux comprendre chacun de vos clients et demeureront confidentielles en tout temps. Veuillez garder une copie du code que vous aurez attribué à votre client pour assurer une continuité entre les temps de mesure.

Veuillez, s.v.p., répondre aux questions suivantes.

1. **Genre :**    \_\_\_\_\_ Homme    \_\_\_\_\_ Femme
  
2. **Âge :**    \_\_\_\_\_
  
3. **Diagnostic :**    \_\_\_\_\_
  
4. **Durée d'absence du marché du travail régulier**    \_\_\_\_\_
  
5. **Reçois des prestations d'invalidité**
  1. Aide Sociale (régulière)
  2. Solidarité sociale – Contraintes sévères temporaires
  3. Solidarité sociale – Contraintes sévères permanentes
  4. Prestation de remplacement du revenu (CNESST, IVAC, SAAQ)
  5. Retraite Québec

## ANNEXE E

### QUESTIONNAIRE D'ALLIANCE

Code du conseiller	Code du client

Date					
2	0				
Jour		Mois		Année	

#### QUESTIONNAIRE D'ALLIANCE (VERSION COURTE, CONSEILLER SPÉCIALISÉ)

**Rencontre :** 1  2  3  4

**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	Occasion- nellement	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

© Horvath & Greenberg (1989); validé par Corbière et al. (2006)



## ANNEXE F

### SCHEMA D'ENTRETIEN

#### OUVERTURE DE L'ENTRETIEN :

Merci d'accepter de me rencontrer aujourd'hui. Votre participation est grandement appréciée et permettra de mieux comprendre les facteurs qui, selon votre point de vue, peuvent influencer le développement d'un (ou de plusieurs) profil(s) d'alliance de travail spécifique(s), dans un contexte de soutien à l'emploi avec une clientèle ayant un trouble mental.

Au cours de l'entrevue d'environ une heure, nous discuterons des facteurs liés au client (p. ex. ses caractéristiques, sa personnalité, ses buts et attentes), des facteurs liés au conseiller (p.ex. vos traits personnels, vos compétences personnelles), des facteurs liés à la relation conseiller-client (p.ex. les comportements de chacun envers l'autre), ainsi que des facteurs liés au contexte (p.ex. les programmes, lois, règles du programme) qui ont pu expliquer le développement du profil d'alliance dans le cas du client X (utiliser l'alias donné par le conseiller) (ou des clients x, y, z) ainsi que les facteurs ayant pu expliquer le résultat final (soit l'obtention ou non d'un emploi compétitif 6 mois après le début de vos interventions). Pendant l'entrevue, il se peut qu'à certains moments, je vous encourage à élaborer sur certaines réponses, alors qu'à d'autres moments, je me montre plus directive pour m'assurer de couvrir tous les sujets prévus. Je vais également parfois prendre des notes pour m'assurer de ne rien oublier. Est-ce que cela vous convient ?

Avant tout, j'aimerais que l'on regarde ensemble le formulaire de consentement. Avez-vous des questions ?

Aussi, avant d'entrer dans le vif du sujet, j'aimerais vous présenter le profil de développement de l'alliance qui correspond au client X (ou aux clients X, Y, Z) et sur lequel nous nous appuyerons pour réaliser cet entretien. Les prochaines questions seront en lien direct avec ce (ou ces) profil(s).

## QUESTIONS DE L'ENTRETIEN :

### **Caractéristiques du client**

1. En ayant toujours en tête le profil d'alliance avec le client X (utiliser l'alias donné par le conseiller), quelles pourraient être les caractéristiques de celui-ci qui ont pu influencer ce profil de développement de l'alliance ?

- *Exemple de caractéristiques pour les relances* : Âge, Genre, Origine ethnique, symptômes liés au TMG, traits de personnalité, attitudes.

### **Caractéristiques du conseiller**

2. Maintenant, selon vous, est-ce qu'il y a certaines de vos caractéristiques personnelles ou professionnelles qui ont pu influencer ce profil de développement de l'alliance particulier ?

- *Exemple de caractéristiques pour les relances* : Âge, Genre, Origine ethnique, expérience de travail, traits de personnalité, attitudes, niveau de fatigue ou d'épuisement.

### **Caractéristiques de la relation**

3. J'aimerais, si vous le voulez bien, que l'on s'attarde à l'alliance entre vous et le client.

3.1. Selon vous, aviez-vous une même perception des objectifs de la démarche ?

- Si oui/Si non, quels étaient les indices démontrant qu'il en était ainsi ?
- Comment ces indices ont pu, selon vous, influencer le développement de l'alliance ?

3.2. Selon vous, aviez-vous une même perception des tâches à accomplir dans la démarche ?

- Si oui/Si non, quels étaient les indices démontrant qu'il en était ainsi ?
- Comment ces indices ont pu, selon vous, influencer le développement de l'alliance ?

3.3. Pouvez-vous me décrire votre relation avec le client X depuis le début et au fil des démarches ?

*Relances possibles :*

- Pouvez-vous me nommer 5 adjectifs ou mots qui reflètent comment vous vous sentiez avec le client ? Pouvez-vous élaborer ?
- Selon vous, comment X vous percevait-il ?
- Y a-t-il des choses que vous trouviez difficiles dans votre travail avec ce client ?
- Avez-vous vécu des moments de conflit, de désaccord, de malentendu ou de tension dans votre relation avec votre client ?

Si oui, pouvez-vous élaborer sur vos émotions et sur vos réactions ?

**Caractéristiques du contexte :**

4. Est-ce que, selon vous, des éléments du contexte ont pu influencer le développement de ce profil d'alliance de travail en particulier ?

*Exemple de caractéristiques pour les relances :* les règles ou le fonctionnement de l'organisme, la charge de travail, les locaux ou lieux de rencontres, les mesures et programmes offerts, les conditions offertes par le marché du travail.

Résultat de la démarche :

5. Comment expliquez-vous le résultat de la démarche (obtention ou non d'un emploi) au regard de l'alliance que vous avez développé avec votre client ?

6. Aimeriez-vous aborder des éléments qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez à ce profil d'alliance et que nous n'avons pas pu discuter jusqu'à présent ?

FERMETURE DE L'ENTRETIEN :

Merci beaucoup de m'avoir accordé votre temps pour cette entrevue. Vous avez apporté des réponses pertinentes sur X, Y, Z (être spécifique et collée à ce qui a été dit) et qui ajoutent à ma compréhension des profils d'alliance dans le contexte de réintégration au travail de personnes aux prises avec un TMG.

Dans les prochains jours, je rédigerai un résumé de notre rencontre. Je vous ferai parvenir ce résumé par courriel et j'aimerais que vous en preniez connaissance afin que vous puissiez vérifier que je rapporte bien vos propos. J'aimerais également valider avec vous votre ouverture à ce que je vous recontacte si j'avais des questions supplémentaires.

## RÉFÉRENCES

- Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA). (2020, avril). *Emploi accompagné : Suivi et évaluation du dispositif au 31 décembre 2019*. <https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2021-02/%C3%A9tude%20emploi%20accompagn%C3%A9.pdf>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Allott, K. A., Cotton, S. M., Chinnery, G. L., Baksheev, G. N., Massey, J., Sun, P., Collins, Z., Barlow, E., Broussard, C., Wahid, T., Proffitt, T.-M., Jackson, H. J. et Killackey, E. (2013). The relative contribution of neurocognition and social cognition to 6-month vocational outcomes following Individual Placement and Support in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.047>
- Alverson, H., Carpenter, E. et Drake, R. E. (2006). An ethnographic study of job seeking among people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 15-22. <https://doi.org/10.2975/30.2006.15.22>
- An, M., Kivlighan, D. et Hill, C. (2022). Working alliance after transferring from one therapist to another in a training clinic: influence of therapist attachment style. *Journal of Counseling Psychology*. <https://doi.org/10.1037/cou0000642>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. et Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Ardito, R. B. et Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy : historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, (s. p.). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Au, D. W. H., Tsang, H. W. H., So, W. W. Y., Bell, M. D., Cheung, V., Yiu, M. G. C., Tam, K. L. et Lee, G. T. (2015). Effects of integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 297-303. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.013>

- Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : post-modernisme ou pragmatisme ? *Revue Management et Avenir*, (43), 372-391. <https://doi.org/10.3917/mav.043.0372>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy :toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Barnett-Page E. et Thomas J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC medical research methodology*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59>
- Barrowclough, C., Meier, P., Beardmore, R. et Emsley, R. (2010). Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(5), 373-377. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da4d4e>
- Bégin, É. et Corbière, M. (2012). Les compétences perçues de la personne ayant un trouble mental grave: un facteur significatif de maintien en emploi. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 31(2), 35-50. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2012-0012>
- Bergen, N. et Labonté, R. (2020). “Everything is perfect, and we have no problems”: detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. *Qualitative health research*, 30(5), 783-792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>
- Bethea, A. R., Acosta, M. C. et Haller, D. L. (2008). Patient versus therapist alliance: Whose perception matters?. *Journal of substance abuse treatment*, 35(2), 174-183. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.09.007>
- Blitz, C. L. et Mechanic, D. (2006). Facilitators and barriers to employment among individuals with psychiatric disabilities : A job coach perspective. *Work*, 26(4), 407-419.
- Bond G.R. et Drake R. E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 362-369. <https://doi.org/10.1186/s12995-022-00345-3>
- Bond G. R. et Drake R. E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 41(1), 69-73. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0444-6>
- Bond, G. R., Drake, R. E. et Becker, D. R. (2010). Beyond evidence-based practice: Nine ideal features of a mental health intervention. *Research on Social Work Practice*, 20(5), 493-501. <https://doi.org/10.1177/1049731509358085>

- Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R. E., Becker, D. R., Fraser, V. V. et Haines, M. (2007a). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 968-982. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.968>
- Bond, G. R., Xie, H. et Drake, R. E. (2007b). Can SSDI and SSI beneficiaries with mental illness benefit from evidence-based supported employment? *Psychiatric Services*, 58(11), 1412-1420. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.11.1412>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Boycott, N., Akhtar, A. et Schneider, J. (2015). « Work is good for me » : Views of mental health service users seeking work during the UK recession, a qualitative analysis. *Journal of Mental Health*, 24(2), 93-97. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1019044>
- Briand, M. et Larivière, N. (2020). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2<sup>e</sup> éd., p. 865-893). Presses de l'Université du Québec.
- Brown, W. et Kandirikirira, N. (2007). *Recovering mental health in Scotland. Report on narrative investigation of mental health recovery*. Scottish Recovery Network.
- Brunette, M. F., Ferron, J. C., Devitt, T., Geiger, P., Martin, W. M., Pratt, S., Santos, M. et McHugo, G. J. (2012). Do smoking cessation websites meet the needs of smokers with severe mental illnesses?. *Health Education Research*, 27(2), 183-190. <https://doi.org/10.1093/her/cyr092>
- Butenko, D., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Killackey, E., Johnsen, E. et Mykletun, A. (2022). Turnover of IPS employment specialists : Rates and predictors. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 57(1), 23-32. <https://doi.org/10.3233/JVR-221195>
- Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D., Razzano, L. A., Blyler, C. R., Leff, H. S., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., Cook, W. L., Hoppe, S. K., Stewart, M., Blankertz, L., Dudek, K., Taylor, A. L. et Carey, M. A. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42(2), 143-159. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-9017-4>
- Byrne, D. et Uprichard, E. (2012). Useful complex causality. Dans H. Kincaid (dir.) *The Oxford Handbook of Philosophy of Social Science*, Oxford Handbooks (p. 109-129). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195392753.013.0006>
- Campbell, K., Bond, G. R., Drake, R. E., McHugo, G. J. et Xie, H. (2010). Client predictors of employment outcomes in high-fidelity supported employment : A regression analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 556-563. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181ea1e53>

- Carmona, V. R., Gomez-Benito, J., Huedo-Medina, T. B. et Rojo, J. E. (2017). Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 30(3), 345-366. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01074>
- Castonguay, L. G. et Hill, C. E. (2017) *How and why are some therapists better than others?* American Psychological Association Press.
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D. et Burns, T. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness : Results of an international six-centre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 224-231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.041475>
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient controlled alternatives to the mental health system*, McGraw-Hill.
- Charette-Dussault, É. et Corbière, M. (2019). An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(7), 523-537.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2018). *Comprendre la santé mentale, la maladie mentale et leur incidence en milieu de travail*. [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2018-07/Monreau\\_White\\_Paper\\_Report\\_fr.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2018-07/Monreau_White_Paper_Report_fr.pdf)
- Corbière, M. (2023). Les programmes de soutien à l'emploi : leurs principes et les stratégies d'implantation. Dans T. Lecompte (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3<sup>e</sup> éd., p. 227-252). Presse de l'Université du Québec.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S. et Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36-45. <https://doi.org/10.1002/mpr.27>
- Corbière, M., Brouwers, E., Lanctôt, N. et van Weeghel, J. (2014a). Employment specialist competencies for supported employment programs. *Journal of occupational rehabilitation*, 24, 484-497. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9482-5>
- Corbière, M., Charette-Dussault, É., Villotti, P. (2020). Factors of competitive employment for people with severe mental illness, from acquisition to tenure. Dans U. Bültmann et J. Siegrist (dir.) *Handbook of Disability, Work and Health. Handbook Series in Occupational Health Sciences* (vol. 1). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2\\_29-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_29-1)
- Corbière, M. et Durand, M. J. (2011). *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*. Presse de l'Université du Québec.



- Corbière, M. et Lanctôt, N. (2011). Salient components in supported employment programs: Perspectives from employment specialists and clients. *Work*, 39(4), 427-439. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1192>
- Corbière, M. et Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. *Journal of mental Health*, 18(1), 38-50. <https://doi.org/10.1080/09638230701677779>
- Corbière, M., Lecomte, T., Reinharz, D., Kirsh, B., Goering, P., Menear, M., Berbiche, D., Genest, K. et Goldner, E. M. (2017). Predictors of acquisition of competitive employment for people enrolled in supported employment programs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(4), 275-282. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000612>
- Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A. et Villeneuve, K. (2005). L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale: Analyse des caractéristiques de la personne [Professional integration of individuals with a mental illness : An analysis of individual characteristics]. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 50(11), 722-733. <https://doi.org/10.1177/070674370505001112>
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K. et Waghorn, G. (2014b). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : Deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave [Disclosure of a mental disorder in the workplace and work accommodations: Two factors associated with job tenure of people with severe mental disorders]. *L'Encéphale*, 40(S2), 91-102. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.006>
- Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T., Bond, G., Gilles, P.-Y., Lesage, A. et Goldner, E. (2011). Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs : A theoretically grounded empirical study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 342-354. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9315-3>
- Couture, S. M., Roberts, D. L., Penn, D. L., Cather, C., Otto, M. W. et Goff, D. (2006). Do baseline client characteristics predict the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia?. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(1), 10-14.
- Covali, T., Bernaud, J.-L. et Di Fabio, A. (2011). Processus de changement et variabilité individuelle au cours des consultations d'orientation. *Swiss Journal of Psychology*, 70(3), 175-183. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000053>
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S. et Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 267-278. <https://doi.org/10.1037/a0023668>
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T. et Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric services*, 57(5), 640-645.

- Dawson, S., Muller, J., Renigers, V., Varona, L. et Kernot, J. (2021). Consumer, health professional and employment specialist experiences of an individual placement and support programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(6), 433-445. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1714719>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- de Pierrefeu, I., Corbière, M. et Pachoud, B. (2017). Vocational counselors in France: Comparison to competencies of employment specialists working in Canadian IPS programs. *Community Mental Health Journal*, 53, 871-877. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0109-8>
- de Roten, Y., Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N. et Despland, J.-N. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 324-331. <https://doi.org/10.1002/cpp.420>
- de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Sanches, S., Michon, H. et Bond, G. R. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e50. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000300>
- Diallo, L. B., Emna Braham, Simon Savard, Mia Homsy, Daye. (2022, février 17). *Bilan 2021 de l'emploi au Québec*. Institut du Québec. <https://institutduquebec.ca/bilan-2021-de-lemploi-au-quebec/>
- Donnell, C. M., Lustig, D. C. et Strauser, D. R. (2004). The working alliance : Rehabilitation outcomes for persons with severe mental illness. *The Journal of Rehabilitation*, 70(2), 12-18.
- Drake, R. E. et Bond, G. R. (2014). Introduction to the special issue on individual placement and support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 76-78. <https://doi.org/10.1037/prj0000083>
- Drake, R. E., Bond, G. R. et Becker, D. R. (2012). *Individual placement and support : An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001>
- Drake, R. E., Bond, G. R. et Rapp, C. (2006). Explaining the variance within supported employment programs : Comment on « What predicts supported employment outcomes? ». *Community Mental Health Journal*, 42(3), 315-318. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9038-7>
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R. et Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 627-633. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.627>

- Drake, R. E. et Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness : description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589. <https://doi.org/10.3233/WOR-141914>
- Elad-Strenger, J. et Littman-Ovadia, H. (2012). The contribution of the counselor–client working alliance to career exploration. *Journal of Career Assessment*, 20(2), 140-153. <https://doi.org/10.1177/1069072711420850>
- Elsbach, K. D. et Van Knippenberg, D. (2020). Creating high - impact literature reviews: An argument for ‘integrative reviews’ . *Journal of Management Studies*, 57(6), 1277-1289. <https://doi.org/10.1111/joms.12581>
- Evans-Jones, C., Peters, E. et Barker, C. (2009). The therapeutic relationship in CBT for psychosis : client, therapist and therapy factors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 527-540. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990269>
- Evensen, S., Ueland, T., Lystad, J. U., Bull, H., Klungsøyr, O., Martinsen, E. W. et Falkum, E. (2017). Employment outcome and predictors of competitive employment at 2-year follow-up of a vocational rehabilitation programme for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), 180-187. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1247195>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. et Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy : A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fogg, N. P., Harrington, P. E., & McMahon, B. T. (2010). The impact of the Great Recession upon the unemployment of Americans with disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 33(3), 193-202. <https://doi.org/10.3233/JVR-2010-0527>
- Fossey, E. M. et Harvey, C. A. (2010). Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 303-314. <https://doi.org/10.1177/000841741007700501>
- Fortin, G., Lecomte, T. et Corbière, M. (2017). Does personality influence job acquisition and tenure in people with severe mental illness enrolled in supported employment programs? *Journal of Mental Health*, 26(3) 1-9. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276534>
- Frederick, D. E. et VanderWeele, T. J. (2019). Supported employment : Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLOS ONE*, 14(2), e0212208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208>

- Gao, N., Gill, K. J., Schmidt, L. T. et Pratt, C. W. (2010). The application of human capital theory in vocational rehabilitation for individuals with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32(1), 25-33. <https://doi.org/10.3233/JVR-2010-0492>
- Gao, N., Schmidt, L. T., Gill, K. J. et Pratt, C. W. (2011). Building human capital to increase earning power among people living with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(2), 117-124. <https://doi.org/10.2975/35.2.2011.117.124>
- Gelso, C. J. et Perez-Rojas, A. E. (2017). Inner experience and the good therapist. Dans L. G. Castonguay et C. E. Hill (dir.) *How and why are some therapists better than others? : Understanding therapist effects* (p. 101-115). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-007>
- Giugiario, M., Crivelli, B., Mingrone, C., Montemagni, C., Scalese, M., Sigaudò, M., Rocca, G. et Rocca, P. (2012). Cognitive function and competitive employment in schizophrenia : Relative contribution of insight and psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(4), 553-561. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0367-7>
- Glover, C. M. et Frounfelker, R. L. (2011). Competencies of employment specialists for effective job development. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), 198-211. <https://doi.org/10.1080/15487768.2011.598093>
- Glover, C. M. et Frounfelker, R. L. (2013). Competencies of more and less successful employment specialists. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 311-316. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9471-0>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. et Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 215-231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155-181. <https://doi.org/10.1080/21674086.1965.11926343>
- Greenwood, H., Krzyzaniak, N., Peiris, R., Clark, J., Scott, A. M., Cardona, M., Griffith, R. et Glasziou, P. (2022). Telehealth versus face-to-face psychotherapy for less common mental health conditions : Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR Mental Health*, 9(3), e31780. <https://doi.org/10.2196/31780>
- Guba, E. G., et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. SAGE.
- Hair, J. F. et Black, W. C. (2000). Cluster analysis. Dans L. G. Grimm et P. R. Yarnold (dir.), *Reading and understanding MORE multivariate statistics* (p. xiii, 437). American Psychological Association.
- Hampson, M., Hicks, R. et Watt, B. (2016). Understanding the employment barriers and support needs of people living with psychosis. *The Qualitative Report*, 21(5), 870-886. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2016.2397>

- Hanisch, S., Wryne, C. et Weigl, M. (2017). Perceived and actual barriers to work for people with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 46, 19-30.  
<https://doi.org/10.3233/JVR-160839>
- Haro, J. M., Novick, D., Bertsch, J., Karagianis, J., Dossenbach, M. et Jones, P. B. (2011). Cross-national clinical and functional remission rates : Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 194-201.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082065>
- Harper, D. et Speed, E. (2014). Uncovering recovery: The resistible rise of recovery and resilience. Dans E. Speed, J. Moncrieff et M. Rapley (dir.) *De-medicalizing misery II: Society, politics and the mental health industry*, (p. 40-57). Palgrave Macmillan.  
[https://doi.org/10.1057/9781137304667\\_3](https://doi.org/10.1057/9781137304667_3)
- Hasson-Ohayon, I., Jong, S., Igra, L., Carter, S. A., Faith, L. A. et Lysaker, P. (2021). Longitudinal changes in therapeutic alliance with people with psychosis : Relationship between client and therapist assessments. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1243-1253. <https://doi.org/10/gmprng>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Kivlighan, D. M. et Goldberg, S. B. (2019). Managing countertransference. Dans John C. Norcross et Michael J. Lambert (dir.), *Psychotherapy relationships that work : Evidence-based responsiveness* (3<sup>e</sup> éd., p. 522-548). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0015>
- Hayes, J. A. et Vinca, M. (2017). Therapist presence, absence, and extraordinary presence. Dans L. G. Castonguay et C. E. Hill (dir.), *How and why are some therapists better than others? : Understanding therapist effects* (p. 85-99). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/0000034-006>
- Henry, A. D. et Lucca, A. M. (2004). Facilitators and barriers to employment : The perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. *Work*, 22(3), 169-182.
- Heppner, M. J., Lee, D., Paul Heppner, P., McKinnon, L. C., Multon, K. D. et Gysbers, N. C. (2004). The role of problem-solving appraisal in the process and outcome of career counseling. *Journal of Vocational Behavior*, 65(2), 217-238.  
[https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(03\)00100-3](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(03)00100-3)
- Hernandez, M., Barrio, C., Lim, C. et Brekke, J. S. (2017). The relationship between social competence, symptom severity and employment in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 4, 231-235.  
<https://doi.org/10.1007/s40737-017-0088-7>
- Hipes, C., Lucas, J., Phelan, J. C. et White, R. C. (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research*, 56, 16-25.  
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.001>

- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S. et Kupper, Z. (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(2), 157-167. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01780.x>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. et Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O. et Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A. O. et Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O. et Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L. et Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 169-183. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.011>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2022). *Comment évolue la participation au marché du travail en temps de pandémie au Québec et ailleurs au Canada ? Quatrième trimestre de 2021*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/participation-marche-travail-pandemie-quebec-et-canada-quatrieme-trimestre-2021>
- Jacobson, N. et Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, 52(4), 482-485. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>
- Jenkins, E. K., McAuliffe, C., Hirani, S., Richardson, C., Thomson, K. C., McGuinness, L., ... et Gadermann, A. (2021). A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Preventive medicine*, 145, 106333. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106333>
- Johansen, R., Iversen, V. C., Melle, I. et Hestad, K. A. (2013). Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders : A cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), Art. 14. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-14>
- Johannesen, J. K., McGrew, J. H., Griss, M. E. et Born, D. (2007). Perception of illness as a barrier to work in consumers of supported employment services. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27(1), 39-47.

- Johannesen, J. K., McGrew, J. H., Griss, M. E. et Born, D. L. (2009). Change in self-perceived barriers to employment as a predictor of vocational rehabilitation outcome. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(4), 295-316. <https://doi.org/10.1080/15487760903248358>
- Kern, R., Zarate, R., Glynn, S., Turner, L., Smith, K., Mitchell, S., Sugar, C., Bell, M., Liberman, R., Kopelowicz, A. et Green, M. (2018). Improving work outcome in supported employment for serious mental illness : results from 2 independent studies of errorless learning. *Schizophrenia bulletin*, 44(1), 38-45. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx100>
- Kinn, L. G., Costa, M., Voll, I., Austrheim, G., Aas, R. W. et Davidson, L. (2021). “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*, 31(3), 512-531. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09943-6>
- Kivlighan, D. et Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development : A typology of client’s working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362-371. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.3.362>
- Koletsis, M., Niersman, A., van Busschbach, J. T., Catty, J., Becker, T., Burns, T., Fioritti, A., Kalkan, R., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Wiersma, D. et EQOLISE Group. (2009). Working with mental health problems : Clients’ experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 961-970. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0017-5>
- Krupa, T., Eastabrook, S., Hern, L., Lee, D., North, R., Percy, K., Von Briesen, B. Wing, G. (2005). How do people who receive assertive community treatment experience this service?. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 18-24. <https://doi.org/10.2975/29.2005.18.24>
- Latimer, E. A., Lecomte, T., Becker, D. R., Drake, R. E., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St-Pierre, M.-S., Therrien, C. et Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment : Results of a Canadian randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 189, 65-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012641>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J. et Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470–1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

- Lecomte, C. et Savard, R. (2006). *Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité*. Études et recherches IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-448.pdf?v=2023-07-19>
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lecomte, C., Savard, R. et Guillon, V. (2011). Alliance de travail: élément pivot de la réadaptation au travail. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail* (p. 279–313). Presse de l'Université du Québec.
- Lecomte, T., Corbière, M. et Lysaker, P. H. (2014). Une intervention cognitive comportementale de groupe pour les personnes suivies dans le cadre d'un programme de soutien en emploi (TCC-SE). *L'Encéphale*, 40, S81-S90. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.005>
- Le Moigne, J. L. (1997). Les épistémologies constructivistes : un nouveau commencement. *Sciences de la Société*, 41(1), 195-216.
- Llerena, K., Reddy, L. F. et Kern, R. S. (2018). The role of experiential and expressive negative symptoms on job obtainment and work outcome in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 192, 148-153. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.001>
- Lloyd, C. (2010). *Vocational rehabilitation and mental health*. Wiley-Blackwell.
- Loos, S., Arnold, K., Slade, M., Jordan, H., Vecchio, V. D., Sampogna, G., Süveges, Á., Nagy, M., Krogsgaard Bording, M., Østermark Sørensen, H., Rössler, W., Kawohl, W. et Puschner, B. (2015). Courses of helping alliance in the treatment of people with severe mental illness in Europe : A latent class analytic approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 363-370. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0963-4>
- Lysaker, P. et Lysaker, J. (2012). From being subjected to being a subject: Recovery in relation to schizophrenia. Dans A. Rudnick (dir.), *Recovery of people with mental illness: Philosophical and related perspectives*. Oxford University Press (p. 166-178). <https://doi.org/10.1093/med/9780199691319.003.0011>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Mancini, M. A., Hardiman, E. R. et Lawson, H. A. (2005). Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 29(1), 48-55. <https://doi.org/10.2975/29.2005.48.55>
- Marshall, T., Goldberg, R. W., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., George, P. et Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(1), 16-23. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300262>



- Marwaha, S. et Johnson, S. (2005). Views and experiences of employment among people with psychosis : A qualitative descriptive study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 51(4), 302-316. <https://doi.org/10.1111/eip.12196>
- McGahey, E., Waghorn, G., Lloyd, C., Morrissey, S. et Williams, P. L. (2016). Formal plan for self-disclosure enhances supported employment outcomes among young people with severe mental illness. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(2), 178-185. <https://doi.org/10.1111/eip.12196>
- McGurk, S. R. et Mueser, K. T. (2003). Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(12), 789-798. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000100921.31489.5a>
- McDowell, C., Fossey, E. et Harvey, C. (2022). Moving clients forward : A grounded theory of disability employment specialists' views and practices. *Disability and Rehabilitation*, 44(19), 5504-5512. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1937341>
- Mehra, B. (2002). Bias in qualitative research: Voices from an online classroom. *The qualitative report*, 7(1), 1-19.
- Meier, S. T. (2022). Investigation of causes of ceiling effects on working alliance measures. *Frontiers in Psychology*, 13, 949326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.949326>
- Meier, S. T. et Feeley, T. H. (2022). Ceiling effects indicate a possible threshold structure for working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 69, 235-245. <https://doi.org/10.1037/cou0000564>
- Metcalfe, J. D., Drake, R. E. et Bond, G. R. (2016). predicting employment in the mental health treatment study : do client factors matter? *Administration and Policy in Mental Health*, 44, 345-353. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0774-x>
- Metcalfe, J. D., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2018). 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*, 44(1), 22-31. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx132>
- Michon, H., van Busschbach, J., Stant, A. D., van Vugt, M. D., Van Weeghel, J. et Kroon, H. (2014). 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), 129-136. <https://doi.org/10.1037/prj0000061>
- Milfort, R., Bond, G. R., McGurk, S. R. et Drake, R. E. (2015). Barriers to employment among Social Security Disability Insurance beneficiaries in the Mental Health Treatment Study. *Psychiatric Services*, 66(12), 1350-1352. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400502>

- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). (2023). *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*.  
[https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/STAT\\_clientele\\_prog-aide-sociale\\_avril2023\\_MESS.pdf](https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/STAT_clientele_prog-aide-sociale_avril2023_MESS.pdf)
- Miu, A. S., Vo, H. T., Palka, J. M., Glowacki, C. R. et Robinson, R. J. (2021). Teletherapy with serious mental illness populations during COVID-19: telehealth conversion and engagement. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 704-721.  
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1791800>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B. et Harvey, S. B. (2016a). The mental health benefits of employment : Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331-336.  
<https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.-J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A. et Harvey, S. B. (2016b). Supported employment for people with severe mental illness : Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 250. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., McHugo, G. J., Bond, G. R., Essock, S. M., Becker, D. R., Wolfe, R. et Swain, K. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 479-490. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.479>
- Mueser, K. T. et Cook, J. A. (2012). Supported employment, supported education, and career development. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(6), 417-420.  
<https://doi.org/10.1037/h0094573>
- Mueser, K. T. et McGurk, S. R. (2014). Supported employment for persons with serious mental illness: Current status and future directions. *L'encéphale*, 40(S2), S45-S56.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.008>
- Mueser, K. T., Salyers, M. P. et Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 281-296.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006874>
- Multon, K. D., Heppner, M. J., Gysbers, N. C., Zook, C. et Ellis-Kalton, C. A. (2011). Client psychological distress : An important factor in career counseling. *The Career Development Quarterly*, 49(4), 324-335. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.2001.tb00960.x>

- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. et Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Netto, J. A., Polly Yeung, Cocks, E. et McNamara, B. (2016). Facilitators and barriers to employment for people with mental illness : A qualitative study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 44(1), 61-72. <https://doi.org/10.3233/JVR-150780>
- Norcross, J. C. et Lambert, M. J. (dir.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>e</sup> éd., vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.001.0001>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2022). *Rapport mondial sur la santé : Transformer la santé mentale pour tous*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860#:~:text=Dans%20le%20monde%20entier%2C%20les,la%20sant%C3%A9%20mentale%20pour%20tous>
- O'Reilly, L. et Cara, C. (2020). La phénoménologie selon l'école de pensée de Husserl: survol de notions épistémologiques et application de la méthode Investigation Relationnelle Caring pour mieux comprendre l'expérience infirmière d'« être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2<sup>e</sup> éd., p. 33-58). Presses de l'Université du Québec.
- Pachoud, B. (2023). Le rétablissement : un changement de regard sur les troubles mentaux et le devenir des personnes qui en sont atteintes. Dans T. Lecompte (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3<sup>e</sup> éd., p. 1-26). Presse de l'Université du Québec.
- Pachoud, B. et Corbière, M. (2014). Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves: résultats et pistes de recherche. *L'encéphale*, 40(S2), S33-S44. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.001>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5<sup>e</sup> éd.) Armand Colin.
- Peters, M. D., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., ... et Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM evidence synthesis*, 18(10), 2119-2126. <http://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Piat, M. et Sabetti, J. (2009). The development of a recovery-oriented mental health system in Canada : What the experience of Commonwealth countries tells us. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 17-33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0020>

- Pincus, H. A., Spaeth-Ruble, B., Sara, G., Goldner, E. M., Prince, P. N., Ramanuj, P., Gaebel, W., Zielasek, J., Großimlinghaus, I., Wrigley, M., van Weeghel, J., Smith, M., Ruud, T., Mitchell, J. R. et Patton, L. (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0104-4>
- Pluye, P. et Hong, Q. N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers : Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health*, 35, 29-45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
- Puig, O., Thomas, K. R. et Twamley, E. W. (2016). Age and improved attention predict work attainment in combined compensatory cognitive training and supported employment for people with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(11), 869-872. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000604>
- Razzano, L. A., Cook, J. A., Burke-Miller, J. K., Mueser, K. T., Pickett-Schenk, S. A., Grey, D. D., Goldberg, R. W., Blyler, C. R., Gold, P. B., Leff, H. S., Lehman, A. F., Shafer, M. S., Blankertz, L. E., McFarlane, W. R., Toprac, M. G. et Ann Carey, M. (2005). Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness : Findings from the employment intervention demonstration program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 705-713. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000185939.11282.3e>
- Reddy, L. F., Llerena, K. et Kern, R. S. (2016). Predictors of employment in schizophrenia : The importance of intrinsic and extrinsic motivation. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 462-466. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.006>
- Rinaldi, M., Miller, L. et Perkins, R. (2010). Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 163-172. <https://doi.org/10.3109/09540261003720456>
- Roberts, M. M., Murphy, A., Dolce, J., Spagnolo, A., Gill, K., Lu, W. et Librera, L. (2010). A study of the impact of social support development on job acquisition and retention among people with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 33(3), 203-207.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Rokach, L. et Maimon, O. (2005). Clustering Methods. Dans O. Maimon et L. Rokach (dir.), *Data Mining and Knowledge Discovery Handbook* (p. 321-352). Springer Science & Business Media. [https://doi.org/10.1007/0-387-25465-X\\_15](https://doi.org/10.1007/0-387-25465-X_15)
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23(5), 217-218. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.928406>
- Rosenheck, R. A., Estroff, S. E., Sint, K., Lin, H., Mueser, K. T., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Marcy, P. et Kane, J. M. (2017). Incomes and outcomes : Social Security Disability Benefits in first-episode psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 174(9), 886-894. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111273>

- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J. K., Lieberman, J. et CATIE Study Investigators Group. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 163(3), 411-417. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.411>
- Ross, E. C., Polaschek, D. L. L. et Ward, T. (2008). The therapeutic alliance : A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13(6), 462-480. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.07.003>
- Ruchlewska, A., Kamperman, A. M., Gaag, M. van der, Wierdsma, A. I. et Mulder, N. C. L. (2016). Working alliance in patients with severe mental illness who need a crisis intervention plan. *Community Mental Health Journal*, 52(1), 102-108. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9839-7>
- Ruiz-Aranda, D., Cardoso-Álvarez, S. et Fenollar-Cortés, J. (2021). Therapist Attachment and the Working Alliance: The Moderating Effect of Emotional Regulation. *Frontiers in Psychology*, 12, 784010. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.784010>
- Saavedra, J., López, M., González, S., Arias, S. et Crawford, P. (2016). Cognitive and social functioning correlates of employment among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 851-858. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9874-4>
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (2007). *Therapist relationship interview* [document inédit].
- Safran, J. D., Muran, J. C. et Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. Dans R. A. Levy et J. S. Ablon (dir.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy : Bridging the Gap Between Science and Practice* (p. 201-225). Humana Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_9)
- Saint-Arnaud, L., Saint-Jean, M. et Damasse, J. (2006). Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25, 303-315. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0027>
- Salkever, D. S., Karakus, M. C., Slade, E. P., Harding, C. M., Hough, R. L., Rosenheck, R. A., Swartz, M. S., Barrio, C. et Yamada, A. M. (2007). Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatric Services*, 58(3), 315-324. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.315>
- Savoie-Zajc, L. (2019). Les pratiques des chercheurs liées au soutien de la rigueur dans leur recherche: une analyse d'articles de Recherches qualitatives parus entre 2010 et 2017. *Recherches qualitatives*, 38(1), 32-52. <https://doi.org/10.7202/1059646ar>
- Shattock, L., Berry, K., Degnan, A. et Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), e60-e85. <https://doi.org/10.1002/cpp.2135>

- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G. et Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(2), 409-421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S. et Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery : Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10/b336>
- Slavin, R. E., Lake, C. et Groff, C. (2009). Effective programs in middle and high school mathematics : A best-evidence synthesis. *Review of Educational Research*, 79(2), 839-911. <https://doi.org/10.3102/0034654308330968>
- Smetanin, P., Briante, C., Khan, M., Stiff, D. et Ahmad, S. (2015). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada / : Economic impact of major mental illnesses in Canada*. Canadian Electronic Library. <https://policycommons.net/artifacts/1218759/the-life-and-economic-impact-of-major-mental-illnesses-in-canada/1771835/>
- St-Arnaud, L., Briand, C., Corbière, M., Durand, M.-J., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., Pelletier, M., Delisle, S. et Kedl, E. (2011). *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale*. IRSST. <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-706.pdf>
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B., S. et Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 109-129. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.109>
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A. et Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis : Are productive relationships u-shaped or v-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ... et Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2), 337. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.337>
- Stuart, S. R., Tansey, L. et Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery : A systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 26(3), 291-304. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056>
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M. et Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), article CD011867. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>

- Taskila, T., Steadman, K., Gulliford, J., Thomas, R., Elston, R. et Bevan, S. (2014). Working with schizophrenia : Experts' views on barriers and pathways to employment and job retention. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 41, 29-44. <https://doi.org/10.3233/JVR-140696>
- Teixeira, C., Rogers, E. S., Russinova, Z. et Lord, E. M. (2020). Defining employment specialist competencies : Results of a participatory research study. *Community Mental Health Journal*, 56(3), 440-447. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00497-3>
- Thomas, D. L., et Diener, E. (1990). Memory accuracy in the recall of emotions. *Journal of personality and social psychology*, 59(2), 291. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.2.291>
- Torous, J. et Keshavan, M. (2020). COVID-19, mobile health and serious mental illness. *Schizophrenia Research*, 218, 36-37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.013>
- Torres, A., Diaz, P., Freund, R., Baker, T. N., Baker, A. Z. et Peluso, P. (2021). Therapeutic alliance in vocational rehabilitation counseling: Assessing client factors and functioning. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 55(3), 313-322. <https://doi.org/10.3233/JVR-211165>
- Toth, K. E., Yvon, F., Villotti, P., Lecomte, T., Lachance, J. P., Kirsh, B., Stuart, H., Berbiche, D. et Corbière, M. (2022). Disclosure dilemmas: how people with a mental health condition perceive and manage disclosure at work. *Disability and Rehabilitation*, 44(25), 7791-7801. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1998667>
- Tracy, S. J. (2019). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. John Wiley & Sons.
- Tsang, H. W. H., Leung, A. Y., Chung, R. C. K., Bell, M. et Cheung, W.-M. (2010). Review on vocational predictors : A systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: An update since 1998. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 495-504. <https://doi.org/10.3109/00048671003785716>
- van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D. et Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness : A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169-181. <https://doi.org/10.1037/prj0000356>
- Von Glasersfeld, E. (2013). *Radical constructivism*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203454220>
- Villotti, P., Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T. et Fraccaroli, F. (2015). Evaluating the motivation to obtain and sustain employment in people with psychiatric disabilities. *Psicologia sociale*, 10(1), 57-69.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. et Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>

- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. grosse et Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? Dans L. G. Castonguay et C. E. Hill (dir.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (p. 37-53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Wampold, B. E. et Owen, J. (2021). Therapist effects : History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. Dans M. Barkham, W. Lutz et L. G. Castonguay (dir.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7<sup>e</sup> éd., p. 297-326). John Wiley & Sons, Inc.
- Ward, J. H. (1963). Hierarchical grouping to optimize an objective function. *Journal of the American Statistical Association*, 58(301), 236-244. <https://doi.org/10.1080/01621459.1963.10500845>
- Waynor, W. R., Gill, K. J. et Gao, N. (2016). The role of work related self-efficacy in supported employment for people living with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(1), 62-67. <https://doi.org/10.1037/prj0000156>
- Wewiorski, N. J. et Fabian, E. S. (2004). Association between demographic and diagnostic factors and employment outcomes for people with psychiatric disabilities: A synthesis of recent research. *Mental health services research*, 6, 9-21. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000011253.36712.15>
- Whitley, R. et Drake, R. E. (2010). Recovery : A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61(12), 1248-1250. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>
- Whitley, R., Kostick, K. M. et Bush, P. W. (2010). Desirable characteristics and competencies of supported employment specialists : An empirically-grounded framework. *Administration and Policy in Mental Health*, 37(6), 509-519. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0297-9>
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review : Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Williams, A. E., Fossey, E., Corbière, M., Paluch, T. et Harvey, C. (2016). Work participation for people with severe mental illnesses: An integrative review of factors impacting job tenure. *Australian occupational therapy journal*, 63(2), 65-85. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12237>
- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.-J. et Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, 76, 101815. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>
- Wolf, A. W., Goldfried, M. R. et Muran, J. C. (dir.) (2013). *Transforming negative reactions to clients : From frustration to compassion*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13940-000>