



Insertion des personnes en situation de handicap : intégrer les parties-prenantes à la construction d'un dispositif de mise en activité accompagnée

Jérôme Clus, Sonya Yakimova, Gérard Pithon, Adrien Jourjon, Laure Guilbert, Guillaume Broc

DANS **LE TRAVAIL HUMAIN** 2023/3 (VOL. 86), PAGES 243 À 269
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0041-1868

DOI 10.3917/th.863.0243

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2023-3-page-243.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

THÉORIES ET MÉTHODOLOGIES
THEORIES AND METHODOLOGIES

INSERTION DES PERSONNES EN SITUATION DE
HANDICAP : INTÉGRER LES PARTIES-PRENANTES
À LA CONSTRUCTION D'UN DISPOSITIF DE MISE
EN ACTIVITÉ ACCOMPAGNÉE
INTEGRATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES:
INVOLVING STAKEHOLDERS IN THE
PLANIFICATION OF AN ACTIVITY SUPPORTED
PROGRAM

PAR/BY JÉRÔME CLUS^{1, 2}, SONYA YAKIMOVA^{2,3 *},
GÉRARD PITHON¹, ADRIEN JOURJON², LAURE GUILBERT^{1 **}
& GUILLAUME BROC^{1 **}

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, en France, de nombreuses personnes présentant un trouble de la santé limitant sont très éloignées de l'emploi. Les travaux sur l'employabilité recommandent d'agir à la fois aux niveaux individuel, organisationnel et gouvernemental pour soutenir l'accès et le retour à l'emploi de ces personnes. Cependant, les actions entreprises pour promouvoir cette cause ne suivent pas souvent cette recommandation. En outre, la mise en activité n'est pas toujours abordée comme un préalable au rétablissement. Pour autant, la démarche IPS (Individual Placement and Support) – centrée justement sur cet aspect – a fait ses preuves auprès de cette population. Notre objectif est ainsi de développer un dispositif innovant d'accompagnement vers l'activité des personnes limitées par un trouble de la santé en nous inspirant des préconisations de la littérature et de la démarche IPS. Nous avons notamment l'intention d'agir sur l'employabilité par des leviers individuels, organisationnels et gouvernementaux, en favorisant le rétablissement par une mise en activité rapide. Cet article décrit le protocole de recherche participative préliminaire à la création de ce dispositif et les outils

* auteure correspondante : postdoctorant-cma@ate-apsh34.org, sonya.yakimova@univ-rennes2.fr ;

** co-derniers auteurs

1. EPSYLON EA 4556, Université Paul-Valéry Montpellier, route de Mende, 34199 Montpellier Cedex 5, France. doctorant-cma@ate-apsh34.org, gerard.pithon@univ-laure.guilbert@univ-montp3.fr, guillaume.broc@univ-montp3.fr

2. APSH34, 284 avenue du professeur Jean-Louis Viala, 34193 Montpellier Cedex 5, France. doctorant-cma@ate-apsh34.org, postdoctorant-cma@ate-apsh34.org, ajourjon@ate-apsh34.org

3. LP3C EA 1285, Université Rennes 2, place du Recteur Henri Le Moal, CS 24307, 35043 Rennes Cedex, France. sonya.yakimova@univ-rennes2.fr

d'accompagnement utilisés. Suivant les méthodes de planification de programme dans le domaine de la santé et du handicap, le protocole prévoit une phase d'analyse des besoins fondée sur une revue de la littérature dans le champ du retour à l'activité et une enquête par entretiens auprès des acteurs concernés. Nous présenterons ensuite la façon dont sont envisagées les phases de conception et d'implémentation du dispositif et de ses outils (par exemple, concertation avec un comité stratégique constitué des parties prenantes du suivi vers la mise en activité). L'accompagnement est ainsi envisagé de façon globale et systémique, en considérant le rôle de l'environnement et des acteurs impliqués, afin de proposer des interventions efficaces en phase avec les besoins de notre public d'intérêt.

Mots-clés : *handicap, employabilité, dispositif d'accompagnement, cartographie d'intervention, approche écosystémique, protocole de recherche participative.*

SUMMARY

Today, in France, many people with a limiting health disorder have difficulties to be employed. The scientific research in the field of employability recommends taking actions at the individual, organizational and government levels to support the access and return to work of these individuals. Although, actions taken to support this cause do not often follow this recommendation. In addition, being employed is not always considered as a previous condition for recovery. However, the IPS (Individual Placement and Support) approach – focused precisely on this aspect – has proven its worth among this population. Our goal is to develop an innovative support program for people who experience a limiting health disorder, which is inspired by the recommendations in the research field of employability as well as the IPS approach. We want to act in particular on employability through individual, organizational and governmental levels and by promoting recovery through a rapid access to a professional activity. This paper describes the action research protocol which is preliminary to the creation of our program and its tools. Following the methods of program planning in the field of health and disability, the protocol includes a phase with a needs analysis based on a systematic review in the area of return to activity and a qualitative survey through interviews with the concerned actors. We will then present the way in which the design and implementation phases of the program and its tools are expected (for example, consultation from the design to the implementation phases with a strategic committee whose members are different stakeholders in the support process). The support is thus considered in a global and a systemic way, taking into account the role of the environment and the different involved actors in the support process. This is in order to propose efficient interventions in line with the needs of our population of interest.

Keywords: *disability, employment, supported program, intervention mapping, ecosystemic approach, participatory research protocol.*

I. INTRODUCTION

En France, les derniers chiffres de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie [CNSA] font état d'environ 4,3 millions de personnes entre 20 et 59 ans vivant avec une ou plusieurs limitations fonctionnelles, et/ou bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap (Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés, [BOETH]) (CNSA, 2020). Selon la loi du 11 février 2005, est reconnu comme handicap toute « limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant ». Les personnes en situation de handicap représentent 3,8 % de la population en emploi et 7,8 % des demandeurs d'emploi (AGEFIPH, 2021). Ces personnes décrocheraient deux fois plus de temps partiels que la population générale (Chevalier, 2020) et leur taux d'emploi en temps plein en 2019, par exemple, reste invariable depuis 2016 (DARES/Collet, 2021).

L'employabilité peut être définie comme la possibilité d'accéder à un emploi idoine ou de s'y maintenir (voir Guilbert et al., 2016, pour une revue de question et définition). Cette possibilité découle des interactions évolutives entre l'individu, les stratégies organisationnelles, les politiques gouvernementales et éducatives, et le contexte économique, social, culturel et technologique (Guilbert et al., 2016). Cette définition permet d'identifier trois niveaux d'objectifs interdépendants et complémentaires de l'employabilité. Pour le gouvernement, il s'agit de réduire le chômage et de favoriser le développement économique et l'insertion sociale. Pour les entreprises, d'améliorer l'adéquation entre leurs besoins et les compétences disponibles tout en exerçant leur responsabilité sociale. Et enfin pour les personnes, de gérer leur trajectoire professionnelle. L'atteinte de ces trois objectifs implique de mettre en place des politiques de prévention primaire (agir sur les causes d'une faible employabilité), secondaire (détecter les personnes dont l'employabilité baisse) et tertiaire (proposer un accompagnement spécifique pour les publics en difficulté). Dans un monde du travail plus que jamais incertain et mouvant, les personnes en situation de handicap sont celles dont l'employabilité est la plus impactée (Maroto & Pettinicchio, 2020).

I. 1. EMPLOYABILITÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : DU MODÈLE BIOMÉDICAL AU MODÈLE ÉCOSYSTÉMIQUE

Les premières taxonomies sur l'insertion et le maintien en activité des personnes en situation de handicap, dont la Classification Internationale des Déficiences, des Incapacités et des Handicaps (WHO, 1980), s'inscrivent dans une perspective biomédicale centrée sur la nature du handicap et ses conséquences fonctionnelles. Ces taxonomies jouent un rôle majeur dans l'insertion et le maintien en activité des personnes. Les

recommandations préconisées dans ces cadres conceptuels vont dans le sens d'initiatives concrètes visant à aménager les espaces professionnels et le poste de travail et permettre la participation sociale et professionnelle des individus en situation de handicap (Lindsay & Dutton, 2010). Toutefois, l'individu ne saurait être réduit à son handicap. D'autres déterminants individuels de l'employabilité, tels que les perceptions, motivations et ressources des personnes limitées par un trouble de la santé devraient aussi être pris en compte (Schultz et al., 2007).

Les modèles biopsychosociaux, à l'instar de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé [ICF] (WHO, 2001), présentent l'activité comme la résultante d'une interaction entre la personne – dans ses dimensions physique (par exemple, limitations dues à l'état de santé) et psychologique (par exemple, cognition, management des ressources) – et son environnement (par exemple, opportunités, contraintes, ressources du milieu). Selon ces modèles, favoriser l'employabilité des publics avec un handicap requiert de promouvoir leurs ressources personnelles, telles que la motivation (Vanovenberghe et al., 2020) et le sentiment d'efficacité personnelle (Lyons & Bandura, 2018 ; Zapata, 2020), tout en s'assurant que le milieu de travail facilite bien l'utilisation de ces ressources (Hobfoll et al., 2018). Selon ces conceptions, le milieu est surtout pris en compte comme médiateur (facilitateur ou inhibiteur) de l'activité au sein d'un modèle centré sur l'individu porteur de handicap. Peu d'informations y sont modélisées pour appréhender l'environnement dans sa complexité et donc efficacement agir sur cet environnement.

Dans la théorie écosystémique de Bronfenbrenner (2009), le niveau de l'individu n'est qu'un système (l'ontosystème) au sein d'un ensemble complexe d'autres systèmes plus ou moins contingents à lui. L'auteur considère :

- l'environnement immédiat de l'individu ou microsystème (par exemple, famille, entreprise) ;
- l'environnement où se jouent les interactions avec et entre les agents du microsystème (mésosystème) ;
- l'environnement politique/juridique/institutionnel (macrosystème) ;
- l'environnement culturel et représentationnel (exosystème), et
- la dimension temporelle (chronosystème) rendant compte du caractère transitoire, dynamique et évolutif de l'environnement.

Dans le champ de l'employabilité des personnes avec un trouble de la santé limitant, le modèle de Sherbrooke (Loisel et al., 2005) nous semble particulièrement pertinent car il prévoit d'agir au niveau de l'individu (dimensions cognitives, affectives, sociales), mais également de l'entreprise, des professionnels de santé et du handicap (système de soins) et des institutions/politiques publiques (par exemple, assurance maladie, législation). Bonaccio et al. (2020) énoncent à cet effet un certain nombre de recommandations à destination des employeurs afin de permettre l'insertion et l'intégration en entreprise des personnes en situation de handicap. A titre d'exemple, l'une d'elles incite les recruteurs à collaborer

avec les structures associatives spécialisées dans l'accompagnement des publics porteurs de handicap.

Historiquement, les modèles permettant de comprendre l'employabilité ont ainsi d'abord été centrés sur l'individu, pour aller vers une intégration progressive de l'environnement et des dynamiques – temporelles, interindividuelles – qui régissent les systèmes (voir Costa-Black et al., 2011 ou AlHadi et al., 2017 ; Jahan & Ellibidy, 2017 pour une revue). Parmi ces théorisations, la perspective écosystémique offre l'avantage d'une vision holistique du problème et souligne toute la complexité d'une intervention pour promouvoir l'employabilité.

I. 2. DES DISPOSITIFS D'INSERTION RELEVANT DE DIFFÉRENTS NIVEAUX

Les modèles d'employabilité successifs ont été à l'origine de différents dispositifs d'insertion. Un bref historique permet de repérer que les premières volontés d'insérer des personnes porteuses d'un handicap sont apparues au lendemain de la Première Guerre Mondiale. L'État français propose alors des aides financières à la rééducation ainsi que des formations et crée des emplois « réservés » aux mutilés de guerre dans les administrations publiques (Romien, 2005). Toutefois, ces personnes sont peu à peu perçues comme inutiles à la société et sont stigmatisées voire exclues (Winance, 2004). Le modèle « psychologisant » de l'époque (Castra, 2015) insiste sur la nécessité pour un individu de s'adapter à son environnement professionnel. Dans le contexte du recrutement, ce modèle permet d'estimer rapidement si la personne peut travailler en entreprise à partir de l'analyse de ses diplômes ou expériences passées. Les personnes en situation de handicap, présentant un faible niveau d'insertion, ne peuvent alors candidater que sur des postes à faible responsabilité. Dans les années 1980 se développe le modèle « médical » (Tremblay & Loïselle, 2016), influencé par l'avancée des sciences médico-sociales qui soulignent l'importance du travail comme thérapie (Arveiller, 2014). Toutefois, ce modèle et les politiques associées ne concernent que les personnes porteuses de handicaps moteurs. Les personnes atteintes d'autres types de handicap voient leur insertion professionnelle régresser. Les années 1990 se caractérisent par une évolution du terme « handicap », qui ne sert plus à qualifier une personne mais sa situation. Cela a pour conséquence de réduire le stigmate, sans pour autant le supprimer. L'accompagnement vers l'emploi se tourne progressivement vers un modèle « social » (Gill, 1994, cité par Phillion et al., 2012), qui développe une vision plus holistique et systémique de l'accompagnement. La personne éloignée de l'emploi n'est pas la principale responsable de sa situation, le processus de sélection pratiqué dans l'entreprise est également impliqué. Cela permet d'inclure l'entreprise, partenaire essentiel, dans la stabilisation du parcours de la personne en situation de handicap en lui assurant si nécessaire un soutien.

Au niveau gouvernemental, l'État met en place des lois, dispositifs et programmes afin de renforcer et développer l'employabilité (Bivand,

2012 ; Grist et al., 2011). En ce qui concerne l'employabilité des personnes en situation de handicap, on retrouve l'Aide à la Mobilisation des Employeurs pour l'Embauche de Travailleurs Handicapés [AMEETH], ou encore un accès plus rapide concernant les démarches administratives en lien avec le handicap⁴, notamment pour obtenir une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé [RQTH]. Par ailleurs, depuis 1987 et avec une mise à jour conséquente en 2005, il existe l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés [OETH]. La loi oblige les entreprises à avoir un taux supérieur ou égal à 6 % de personnes en situation de handicap dans leur personnel⁵, sous peine de verser une contribution pouvant atteindre 600 fois le SMIC horaire. Tout d'abord cette contribution était versée à l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées [AGEFIPH] – organisme ayant pour mission l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans les entreprises du secteur privé ou, depuis 2005, le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique [FIPHFP]. À partir de 2020, c'est l'URSSAF ou la caisse de la MSA (le régime de sécurité sociale agricole), selon le régime de sécurité sociale auquel est rattaché l'employeur, qui perçoit la contribution.

Au niveau organisationnel, des structures comme le Cap Emploi⁶, la MDA⁷ [Maison Départementale de l'Autonomie], l'ADAPT [Association pour l'aDAPtation sociale et professionnelle des personnes handicapées] et les UGECAM [Unions pour la Gestion des Etablissements des Caisses de l'Assurance Maladie] sont implantées sur l'ensemble de la France pour accompagner les personnes en situation de handicap. Ces organismes regroupent des experts du handicap (des conseillers à l'insertion professionnelle, des job-coachs, des psychologues du travail et des organisations, des assistantes sociales, etc.) qui promeuvent l'inclusion de ce public dans la société en ciblant l'insertion professionnelle, l'aide sociale ou encore les soutiens administratifs par exemple. Toutefois, le nombre de ces suivis est limité et les personnes n'y font pas forcément appel.

Parallèlement, les entreprises ont également une responsabilité sociale dans la promotion de l'employabilité. Cela peut se traduire par l'aménagement de postes, la valorisation de la diversité, ou encore la mise en place de formations permettant des évolutions de carrière (Lindsay & Dutton, 2010 ; Lindsay & Mailand, 2009). Toutefois, alors que la situation de handicap recouvre un spectre extrêmement varié, les aménagements en entreprises se limitent souvent à adapter ergonomiquement les postes de travail (Barhoumi, 2017). Le handicap est ainsi assimilé aux personnes en situation de mobilité réduite, qui ne représentent pourtant qu'un dixième des handicaps reconnus (Dagot, 2007).

4. <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/>

5. Articles L 5212-1 et L 5212-2 du Code du travail.

6. Le Cap Emploi avait intégré les anciens SAMETH [Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés] et fait aujourd'hui partie avec le Pôle Emploi du Lieu Unique d'Accompagnement [LUA].

7. Anciennement la MDPH [Maison Départementale Des Personnes Handicapées].

Au niveau individuel, si les personnes en situation de handicap présentent un plus fort taux de chômage que le reste de la population générale (IGAS, 2020), elles ne sont pas moins performantes que les personnes considérées comme valides (Birck & Bonnet, 2018 ; Bruneau & Ménestrier, 2020). Malgré cela, elles restent victimes de stéréotypes et de stigmatisations⁸, ce qui limite leur bien-être au sein de l'environnement du travail (Guével et al., 2018). Concernant leurs performances professionnelles, les personnes en situation de handicap sont jugées (quand la mesure des stéréotypes se fait au niveau explicite) comme plus courageuses et plus agréables mais moins compétentes que les personnes de la population générale (Louvet & Rohmer, 2010). Le jugement devient encore plus négatif quand la mesure des stéréotypes se fait au niveau implicite (Rohmer & Louvet, 2012) : les personnes en situation de handicap sont considérées comme étant à la fois peu compétentes et peu agréables (Chavenon et al., 2022). De plus, les employeurs sont réticents à les recruter par peur que leurs comportements soient trop imprévisibles et que cela impacte le climat au travail et les résultats économiques de l'entreprise (Renaud, 2014). Dans un contexte professionnel en tension, le dispositif de RQTH témoigne d'une volonté de réduire la discrimination et de favoriser l'insertion des personnes limitées par un trouble de santé. Toutefois, de nombreuses entreprises ne respectent pas la loi et les personnes reconnues comme travailleurs handicapés voient leurs chances d'être employées divisées par trois (Barhoumi, 2017). Les dispositifs individuels tels que la RQTH trouvent ainsi leurs limites.

C'est pour contrer les stéréotypes dont sont victimes les personnes en situation de handicap que la méthode IPS (*Individual Placement and Support*, Drake, 1998) a vu le jour. Cette méthode, initialement destinée à des personnes atteintes d'une maladie mentale ou psychique, a fait ses preuves auprès de cette population (Modini et al., 2016). Elle est testée avec succès depuis une quinzaine d'années auprès de personnes atteintes d'autres troubles de santé (Bond et al., 2019 ; Frederick & VanderWeele, 2019). L'objectif de l'IPS consiste à aider les individus à obtenir et à maintenir une activité rémunérée ou non (par exemple, bénévolat, mise en situation) en milieu ordinaire (Fyhn et al., 2020). Pour une mise en activité rapide, des job-coachs prospectent auprès des entreprises afin de solliciter « un essai sur le terrain » et de confronter ainsi directement la personne à son projet (voir Arveiller & Cyrille, 2018 ; Latimer & Lecomte, 2002). Cette méthode permet de limiter non seulement les démarches de recherche d'emploi, mais également les barrières telles que l'exigence de diplômes ou d'expériences préalables. Ce placement vise dans un premier temps une réinsertion sociale porteuse d'expérience et

8. Ceci est d'autant plus vrai s'il s'agit d'un handicap invisible (handicap psychique, maladie chronique, etc.). Par exemple, Sevak et Khan (2017) constatent que les candidats en situation de handicap psychique sont plus longtemps sans activité professionnelle que les candidats en situation de handicap moteur. La méfiance et l'inquiétude des employeurs sont plus élevées vis-à-vis des premiers (problématique psychique) que les seconds (problématique moteur) (Hernandez et al., 2000 ; Shani & Pizam, 2009). Selon Laberon et al. (2017), un des freins principaux à l'accès à l'activité professionnelle est ce type de stigmatisation.

de sens pour cette personne. Cette dernière est ensuite plus susceptible de s'engager dans une remise à niveau, une formation ou encore une réorientation professionnelle. Par ailleurs, selon la même logique, des Périodes de Mise en Situation en Milieu Professionnel (PMSMP) sont proposées au sein des entreprises pour connaître le terrain de manière concrète. Cette stratégie, déjà appliquée au Canada et aux États-Unis depuis le siècle dernier, est instituée en France en 2014 avec la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale⁹. Ces deux stratégies – IPS et PMSMP – permettent de sortir du modèle séquentiel et d'améliorer le taux d'insertion professionnelle du public précaire. En effet, le mode de recrutement classique est un frein pour l'insertion de ce public (Castra & Valls, 2007 ; Salognon, 2007).

En définitive, les interventions proposées sont généralement centrées sur l'individu, délaissant certains acteurs de l'insertion. Plus largement, elles ont tendance à occulter le système global complexe dans lequel s'inscrit la personne en situation de handicap, se limitant à un niveau d'analyse de l'employabilité sur les trois décrits précédemment.

II. POSITIONNEMENT ET OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Une hypothèse est que les dispositifs actuels ne seraient théoriquement pas ancrés dans une compréhension écosystémique du problème, ou peindraient à aboutir à l'opérationnalisation d'un tel modèle. La planification d'interventions complexes représente en effet un défi pour le développement, l'implémentation et l'évaluation de ces interventions (Craig et al., 2013). L'enjeu est de considérer le problème sur un mode d'analyse écologique qui :

- intègre la complexité du système, en particulier l'interrelation des acteurs avec les bénéficiaires et des acteurs entre eux, notamment le poids des politiques et du contexte environnemental (par exemple, contexte socio-économique, contexte organisationnel relevant de l'entreprise) ;
- saisit la dynamique temporelle de l'insertion ;
- permet la mise en place d'un dispositif d'accompagnement ne se focalisant pas que sur l'individu, mais aussi sur des leviers d'intervention au niveau de l'environnement, dont les entreprises, les institutions (par exemple, professionnels de santé et du handicap) et les politiques (Loisel et al., 2005 ; Schultz et al., 2007).

Afin de relever ce défi, une recherche participative sur la mise en activité accompagnée a été initiée avec comme objectif l'accès à un emploi, un stage, une formation professionnalisante, un service civique, un travail bénévole, etc., des personnes porteuses d'un handicap reconnu adminis-

9. Loi n° 2014-288.

trativement ou non. Ce projet est financé dans le cadre d'un Appel à Projets « Plan d'Investissement des Compétences 100 % inclusion ». Il repose sur une collaboration entre un laboratoire scientifique en psychologie et une structure d'accompagnement vers l'activité des personnes en situation de handicap. La recherche – guidée par les paradigmes et méthodes de la psychologie – propose d'intégrer l'ensemble des parties-prenantes aux étapes de construction du dispositif d'accompagnement et de ses outils, tel que recommandé dans la littérature sur le retour à l'emploi (Franche et al., 2005).

Le présent article cherche à décrire la manière dont sont envisagées les phases allant de la conception jusqu'à l'implémentation et l'évaluation de l'intervention.

III. MÉTHODE

III. 1. ANCRAGE MÉTHODOLOGIQUE

En recherche interventionnelle, une méthodologie idoine pour intégrer la complexité du problème à chaque étape de sa résolution et optimiser la planification d'une intervention est celle du protocole d'*Intervention Mapping* [IM] ou « cartographie d'intervention » (Bartholomew Eldredge et al., 2016). Il s'agit d'une méthode de planification de programmes dans le champ de la santé et du handicap fondée sur la théorie et la preuve (Kok et al., 2016). Cette méthode se base sur une triple logique. La première logique, dite écosystémique, considère à la fois l'individu et les systèmes plus ou moins contingents à lui dans lesquels il évolue. La deuxième logique, dite participative, mobilise non seulement les bénéficiaires, mais aussi l'ensemble des acteurs/institutions parties-prenantes de la situation, depuis le diagnostic du problème jusqu'à la construction, l'implémentation et l'évaluation de l'intervention. La troisième logique, dite scientifique, fonde sa démarche sur la théorie et la preuve (c'est-à-dire, triangulation des données probantes de la recherche, de l'expertise des professionnels, des savoirs expérientiels des patients/usagers). L'implication des acteurs est encouragée par l'IM. Elle peut revêtir plusieurs formes allant d'une configuration où le promoteur (chef du projet – le responsable et le coordinateur du déroulement de l'intervention) travaille avec la communauté et les planificateurs (des acteurs de terrain qui planifient l'intervention) pour identifier les problèmes et les solutions, à une configuration où les membres de la communauté sont les planificateurs, par exemple, modèles d'empowerment de la communauté qui constituent déjà des interventions en soi (Kruahong et al., 2023).

Les étapes de l'IM sont au nombre de six. L'étape 1 renvoie à l'évaluation des besoins pour modéliser le problème et définir les objectifs finaux du programme. L'étape 2 a pour but de définir les objectifs proximaux et les déterminants cibles du programme envisagé. Le recours à la théorie est nécessaire pour établir une sélection et bâtir un modèle logique du

changement. Les étapes 3, 4 et 5 renvoient à la préparation de l'intervention proprement dite, à savoir la conception du programme en puisant dans les méthodes issues de la théorie et les stratégies issues du terrain (étape 3), sa production (étape 4) et la planification de son implémentation sur le terrain (étape 5). Enfin, l'étape 6 concerne la planification de l'évaluation du programme.

Le protocole d'IM a été appliqué auprès d'une grande diversité de publics, incluant des populations handicapées physiques difficiles d'accès (Krops et al., 2018) ou défavorisées sur le plan socioéconomique ou de la santé mentale (Hengel et al., 2011 ; Schmid et al., 2010). À titre d'exemple, l'IM a été utilisée pour la prévention des risques professionnels et des incapacités au travail (Bakhuys Roozeboom et al., 2021 ; Fassier et al., 2019), notamment des lombalgies chroniques (Igwechi-Chidobe et al., 2020), l'empowerment dans les soins de patients souffrants d'épilepsie (Shegog & Begley, 2017) ou encore la promotion de l'accès à des services de santé pour des personnes en situation de handicap (Suzuki et al., 2012). En France, l'IM a été utilisée pour la première fois par Fassier et al. (2018) dans le cadre du projet FASTRACS¹⁰ visant à faciliter et soutenir le retour à l'emploi après un cancer du sein. Nous fondons notre démarche sur l'IM dans le cadre de notre projet afin de construire le dispositif d'accompagnement avec ses outils selon la même logique.

III. 2. ADAPTATION DU PROTOCOLE D'INTERVENTION MAPPING DANS LE CADRE DU PROJET

III. 2. A. Implication des parties-prenantes aux différentes phases de la recherche

Parmi les modalités d'implication de la communauté de parties-prenantes évoquées par l'IM, nous avons choisi de nous inspirer de l'organisation décrite par Fassier et al. (2021) dans le cadre du projet FASTRACS et de constituer deux comités : un Comité Recherche [COR] et un Comité Stratégique [COS].

Dans ce fonctionnement, le COR pilote l'étude, procède aux recueils et analyses (revues systématiques de la littérature, entretiens semi-directifs et focus groupes) et propose les modèles d'intervention. Dans notre projet, il sera composé d'une équipe pluridisciplinaire (chercheurs en psychologie du travail et des organisations et en psychologie de la santé, responsables d'une structure d'accompagnement vers l'activité de personnes en situation de handicap, psychologue spécialisé en prévention santé et handicap au travail).

Le COS réunira quant à lui des parties-prenantes du problème, c'est-à-dire des bénéficiaires (personnes en situation de handicap), des représentants d'associations en lien avec le handicap, des acteurs de l'entreprise, des professionnels de santé (médecins généralistes, médecins du travail) et des représentants des institutions de la Région (par exemple,

10. Faciliter et Soutenir le retour du TRAvail après un Cancer du Sein [FASTRACS].

Assurance Maladie, Maison Départementale des Personnes Handicapées [MDPH]). À chaque étape clef, le COR mobilisera le COS pour avoir son avis, valider ses avancées et prendre conseil sur les orientations à tenir. Conformément aux recommandations (Dupoyet et al., 2020 ; Fassier et al., 2021), une charte de partenariat sera co-construite et signée avec les acteurs constituant le COS pour favoriser leur implication tout du long du processus de planification.

III. 2. B. Étape d'analyse et de modélisation des besoins

Dans le cadre de notre projet – et en accord avec les préceptes de l'IM (Bartholomew Eldredge et al., 2016) – l'étape 1 d'analyse et de modélisation des besoins reposera sur la triangulation de trois méthodes (voir Denzin & Lincoln, 2000), à savoir :

- l'observation *in situ* des pratiques d'accompagnement vers l'activité des personnes avec un trouble de la santé limitant ;
- une revue systématique de la littérature dans le champ de l'accès à l'activité ;
- une enquête par entretiens semi-directifs auprès des acteurs concernés.

Ces méthodes conjointes autoriseront un recueil complet des informations nécessaires à la compréhension du problème¹¹ dans sa complexité. La synthèse de ces trois étapes prendra la forme d'un modèle logique (Watkins et al., 2012) cartographiant les facteurs individuels et environnementaux qui facilitent ou entravent l'insertion dans l'activité des personnes limitées par un trouble de santé.

La phase d'observation sera réalisée par un chercheur immergé dans la structure de mise en activité accompagnée des bénéficiaires (publics en situation de handicap). Cette phase d'immersion préliminaire – supportée par une méthode d'observation participante (Kawulich, 2005) – apportera les premiers éléments d'éclairage pour comprendre le problème et calibrer la recherche. Elle permettra d'interroger les pratiques, de prendre conscience de la réalité du contexte (ressources et enjeux) et d'identifier le contour des dispositifs visant à promouvoir l'activité chez ces personnes.

En parallèle, la recension des écrits dans le champ de l'employabilité et du rétablissement permettra de documenter les leviers d'intervention adaptés pour favoriser l'insertion ou le retour à l'activité des publics en situation de handicap. Cette recension, effectuée à partir des bases de données scientifiques et de la littérature grise (par exemple, rapports, brevets), prendra la forme d'une revue systématique – voire d'une méta-synthèse qualitative (McCormick, 2003) – respectant les normes PRISMA [*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*] (Moher et al., 2009).

Enfin, l'enquête qualitative sera menée par entretiens et focus groupes auprès des quatre parties-prenantes les plus saillantes du retour à l'activité

11. Dans notre cas, il s'agit de l'accès à l'activité professionnelle des personnes limitées par un trouble de santé.

(bénéficiaires, job-coachs, acteurs médico-sociaux, acteurs de l'entreprise) pour identifier les besoins spécifiques ainsi que les leviers d'intervention mobilisables afin de favoriser le retour à l'activité des bénéficiaires (publics en situation de handicap). Tout d'abord, des entretiens individuels semi-structurés d'une heure en moyenne seront organisés sur site ou par téléphone. Cette durée estimative pourra être augmentée selon la qualité et le contenu des échanges pour tenir compte de la complexité des enjeux. Pour les bénéficiaires, un temps plus court de trente à quarante-cinq minutes a été anticipé compte-tenu de leur profil (c'est-à-dire, décrochage important de l'activité, impact cognitif et émotionnel de leur état de santé rendant les évaluations difficiles). L'objectif des entretiens individuels est d'explorer les perceptions relatives à l'accompagnement vers l'activité (bénéfices et limites de cet accompagnement et suggestions d'amélioration) et les représentations du handicap. Nous interrogerons une dizaine de participants par catégorie de parties-prenantes. Nous réaliserons ensuite des focus groupes confirmatoires en présentiel d'environ une heure et demie. Leur objectif est de confirmer et d'approfondir le résultat de la phase d'entretiens individuels afin de retenir les déterminants essentiels pour la mise en activité des personnes en situation de handicap. Trois focus groupes d'une dizaine de personnes issues d'un échantillon différent de participants sont envisagés, et incluront des représentants de chacune des catégories d'acteurs précitées. Nous nous appuyons sur les items COREQ [*CO*nsolidated *CR*iteria for *RE*porting *Q*ualitative research] (Gedda, 2015) et les standards de validité des études qualitatives (Denzin & Lincoln, 2000 ; Rohleder & Lyons, 2014) pour guider la réalisation de cette phase qualitative.

III. 2. C. Définition des objectifs proximaux et des déterminants cibles du programme

Nous l'avons dit, l'objectif final du programme – « objectif distal » dans le vocable de l'IM – serait de promouvoir l'insertion dans l'activité des publics en situation de handicap. À ce stade, l'analyse des besoins aura permis de recenser un certain nombre de facteurs qui favorisent ou au contraire entravent cette mise en activité, et qui auront été synthétisés dans le modèle logique du problème. Ces déterminants seront organisés, dans une optique opérationnelle, en comportements aidants (par exemple, « le bénéficiaire dépose des candidatures spontanées », « l'entreprise participe à des salons/tables rondes ») et en comportements problèmes (par exemple, « le bénéficiaire ne vient pas au rendez-vous », « la structure n'applique pas la réglementation sur l'accessibilité des personnes en situation de handicap »). L'objectif distal pourra être décliné en autant d'objectifs dits « de performance » visant la résolution de ces différents comportements (Bartholomew Eldredge et al., 2016). En pratique, ces objectifs sont formulés dans le sens de la promotion des comportements aidants. Renforcer une conduite, et vouloir qu'une autre diminue ou s'éteigne, procède de deux stratégies indépendantes et complémentaires dans le cadre d'un plan de changement (Scott et al., 2022). Comme il est d'usage en clinique (par exemple, en Thérapie

comportementale et cognitive), il peut être dans certaines situations adapté et concret de montrer ce qu'il ne faut plus faire en tentant de limiter ou stopper de tels comportements dysfonctionnels (par exemple, comportements discriminatoires, conduites déplacées et harcèlement de la part de l'entreprise).

Enfin, les objectifs « proximaux » (ou « objectifs de changement ») concerneront le ciblage spécifique des déterminants individuels et/ou de l'environnement à l'origine de ces comportements (par exemple, « l'action augmente le sentiment d'efficacité personnelle des bénéficiaires à candidater » ; « l'action sensibilise l'entreprise sur le handicap »). Selon les préconisations de l'IM, la matrice de changements est un outil que nous devons bâtir pour nous aider à résumer et à atteindre chacun de ces objectifs (voir Figure 1). Elle permettra de construire le modèle logique de changement de l'intervention.

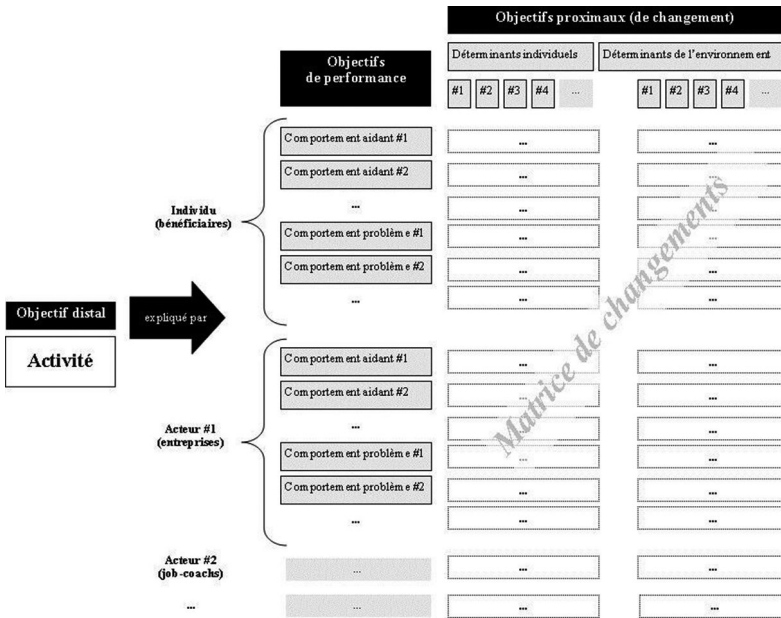


Figure 1. Suggestion de présentation d'une matrice de changements dévoilant les objectifs du programme.

Les comportements aidants – à promouvoir – et les comportements problèmes – à limiter/stopper – sont d'ordre empirique, ils résultent du modèle logique du problème. Les déterminants individuels et environnementaux de ces comportements sont issus de la théorie et seront ciblés par l'intervention.

Figure 1. Suggested presentation of a change matrix revealing the objectives of the program.

The supportive behaviours to promote and the problem behaviours to limit/stop are empirical; they result from the logic model related to the problem. The individual and environmental determinants of these behaviours are theoretical and will be targeted by the intervention.

De nombreux auteurs (par exemple, Glanz et al., 2015 ; Michie & Prestwich, 2010) recommandent à ce stade de faire appel à la théorie pour réduire (ou sélectionner) et modéliser l'information (ou articuler de manière logique les éléments recueillis pour rendre intelligibles les mécanismes qui sous-tendent l'émergence du comportement). Au-delà de la compréhension du phénomène, la théorie est utile pour :

- guider l'intervention, en suggérant des méthodes pour agir sur les déterminants clefs identifiés (Michie et al., 2013) ;
- évaluer et répliquer l'intervention (MacKenzie et al., 2010).

L'IM prévoit à ce titre l'ancrage conceptuel du modèle logique de changement pour intégrer les déterminants cibles du programme et permettre de guider l'intervention (Bartholomew Eldredge et al., 2016). Dans notre projet, nous passerons en revue les principaux cadres théoriques de l'employabilité et du rétablissement pour identifier ceux qui ajusteraient le mieux les informations du modèle logique du problème.

III. 2. D. Préparation de l'intervention

Nous aborderons ici les étapes 3 (conception du programme), 4 (production du programme) et 5 (planification de l'implémentation du programme) de l'IM. D'abord, nous identifierons parmi les méthodes issues de la théorie et les stratégies issues du terrain, les leviers d'action susceptibles d'agir sur les déterminants cibles de la matrice de changement que nous aurons élaborée. La taxonomie de Michie et al. (2013) ne décrit par exemple pas moins de quatre-vingt-trois techniques centrées sur l'individu (par exemple, éducation, *modelling*) ou sur l'environnement (par exemple, restructuration du contexte, formation des agents) à mobiliser à des moments clefs de l'intervention, et qui nous seront utiles pour planifier le programme. À défaut d'une action clef-en-main qui agisse sur l'ensemble des déterminants, il faudra retrouver dans ces taxonomies des composantes ou *principes actifs* de ces interventions reconnues comme agissant efficacement sur l'un ou l'autre des déterminants.

Là encore, le COS se révélera particulièrement aidant puisqu'il sera à même de valider l'importance et la faisabilité des leviers d'action suggérés et de proposer des solutions opérationnelles (McEachan et al., 2008). Ne pouvant opérationnaliser toutes ces options, l'expertise et l'expérience des parties-prenantes seront déterminantes pour hiérarchiser et faire un choix parmi tous ces possibles. Le COS pourra être mobilisé à distance sur ces questions dans le cadre de méthodes de consensus (par exemple, méthode Delphi, Okoli & Pawlowski, 2004). Toutefois, nous privilégierons le groupe de travail et les dynamiques entre les acteurs, en particulier le focus groupe qui constitue à la fois un outil de recherche et d'intervention (Luke & Goodrich, 2019). Ce travail aboutira à la construction du plan de l'intervention et de son cahier des charges, qui spécifient le calendrier de l'action, les séquences des outils à déployer et les lieux d'implantation afin d'accompagner l'application du programme.

Viendra alors la phase de production. Le design préliminaire du programme devra être amendé et validé par le COS. Comme recommandé par Bartholomew Eldredge et al. (2016), nous solliciterons les compétences d'une équipe de production (par exemple, service de communication, graphiste, chef de produit, webdesigner) avec laquelle :

- nous préparerons des plans pour le matériel du programme (des « documents de design » notifiant les idées/synopsis et des « documents de production » opérationnalisant au fur et à mesure ces idées de manière créative) ;
- nous produirons les messages, le matériel et les protocoles préliminaires ;
- nous pré-testerons, affinerons et réviserons le programme, auprès du COS et d'un panel de participants représentatifs du public ciblé par l'intervention.

La dernière étape consistera à planifier l'implémentation du programme. Le travail avec les parties-prenantes permettra d'affiner notre connaissance du contexte et d'anticiper les barrières individuelles et organisationnelles, mais également les ressources à cette implantation. Notons que le COS impliqué depuis le départ dans la co-construction du programme représentera en soi un appui et facilitera en temps utile l'implémentation de l'intervention.

III. 2. E. Évaluation de l'intervention

L'évaluation des interventions complexes est un enjeu en soi. Craig et al. (2013) rappellent que le choix d'un protocole doit être adapté à la nature même et au contexte de l'intervention (nombre de groupes ou niveaux organisationnels ciblés, effets principaux et secondaires attendus, nombre de composantes en interaction, degré d'aménagements de l'intervention autorisé, etc.). Dans notre étude, nous privilégierons vraisemblablement un protocole à la jonction de l'approche expérimentale – dont le *gold standard* est l'étude randomisée-contrôlée (Hariton & Locascio, 2018) – et l'évaluation réaliste (Marchal et al., 2013 ; Pawson, 2013) – laquelle permet une analyse fine des processus ayant suscité ou non des effets de l'intervention (c'est-à-dire intégrer le caractère dynamique et complexe de l'employabilité).

IV. DISCUSSION

L'employabilité des personnes avec un trouble de la santé limitant revêt un caractère complexe qui nécessite des interventions adaptées ciblant la personne et son écosystème (c'est-à-dire, le milieu, et les acteurs de ce milieu) (voir Loisel et al., 2005 ou Schultz et al., 2007). En pratique, les actions de mise en activité ne se focalisent que sur un, voire deux niveaux d'analyse de l'employabilité parmi les trois identifiés

(personne, organisation, État), avec pour conséquence une responsabilisation excessive des personnes vis-à-vis de leur employabilité (De Vos et al., 2020 ; Guilbert et al., 2016 ; Rodriguez et al., 2018). Elles tiennent difficilement compte de la dynamique temporelle du processus d'employabilité (Guilbert et al., 2016), comme de son caractère global. Ainsi la dimension extra-professionnelle reste souvent négligée alors que les transitions professionnelles impactent fréquemment la vie entière des personnes et leur santé (Direnzo et al., 2015 ; Guilbert et al., 2016 ; Veld et al., 2015). Une hypothèse pour améliorer le développement, l'implémentation et l'efficacité des interventions dans ce contexte, sera d'adopter une méthodologie de planification de programme appropriée, centrée sur la théorie et la preuve, qui envisage le problème dans sa complexité (Craig et al., 2013 ; Michie & Prestwich, 2010 ; Michie et al., 2017). Notre contribution cherche à montrer comment le protocole IM (Bartholomew Eldredge et al., 2016 ; Kok et al., 2016) pourra être appliqué dans cette logique afin de promouvoir le retour à l'activité des personnes limitées par un trouble de santé.

Sur la dimension participative, tout d'abord, l'intégration des parties-prenantes à chaque étape de la planification du programme est l'un des enjeux majeurs de l'IM, en conformité avec les recommandations pour le développement des interventions de retour à l'activité (Franche et al., 2005). Plusieurs modalités d'implication sont prévues par l'IM, dont l'empowerment des acteurs de terrain qui seront les planificateurs de l'intervention (Kruahong et al., 2023). Si l'option paraît séduisante, elle est à l'usage difficile à mettre en pratique, a fortiori dans le contexte en présence, pour un certain nombre de raisons comme le manque de temps des acteurs pour s'impliquer dans la démarche (processus inscrit dans un temps long), manque de confiance sur leur compétence/leur légitimité, résistances (culturelles) au changement, stéréotypes (voir Berry et al., 2014). Déjà au sein du COS, des attitudes défensives, telles que des discours de posture sont à anticiper dans la mesure où le processus d'IM amène à questionner les pratiques et à les synergiser autour d'un enjeu commun à des acteurs historiquement en concurrence « économique » voire « épistémologique »¹². Méthodologiquement, l'organisation en COR et COS suggérée par Fassier et al. (2021) offrira l'opportunité de pouvoir au moins encadrer ces résistances, et les laisser s'exprimer de façon fonctionnelle pour faire avancer la question. Dans cette organisation, le promoteur endosse plus largement un rôle de facilitateur des échanges, et guide la planification à l'aide de diverses techniques d'animation de groupe, à l'image de celles décrites par Schuman (2007). L'option permettra aussi de résoudre la question de l'implication des acteurs, en ne les sollicitant qu'avec parcimonie aux étapes décisionnelles de la planification (les opérations étant assurées par le COR sur le long cours). Pour

12. Comme Degrand et le groupe d'étude et de recherche du Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale (MAIS, 2010) le soulignent, les travailleurs sociaux à l'œuvre depuis longtemps dans ces secteurs se sentent immanquablement menacés dans leur identité, et cherchent à défendre leurs spécificités professionnelles au sein d'une offre déjà dense de dispositifs et de procédures pour l'accompagnement.

optimiser le fonctionnement entre le COR et le COS, et assurer la bonne communication entre les acteurs au sein du COS, la co-construction de la charte de partenariat est impérative pour réunir autour de valeurs communes, des acteurs multiples aux expériences et intérêts variés (Dupoyet et al., 2020 ; Fassier et al., 2021).

Concernant l'application de l'IM dans le cadre de la modélisation du problème et des objectifs de changement (étapes 1 et 2), la méthode offre l'intérêt d'une approche à la fois idiographique (c'est-à-dire, clinique, centrée sur la singularité des acteurs et des contextes) et nomothétique (c'est-à-dire, tirant des lois générales de ces expériences). En cela, la démarche peut être rapprochée de la Théorisation ancrée (Chun et al., 2019 ; Turner & Astin, 2021) ayant déjà démontré son intérêt dans la recherche interventionnelle en santé (Foley et al., 2015 ; Williams et al., 2022). Plus largement, l'IM recommande l'emploi des méthodes mixtes intégrant le qualitatif et le quantitatif selon différentes séquences possibles (voir Steckler et al., 1992) pour corroborer, confirmer et trianguler les résultats de l'analyse des besoins (Creswell et al., 2011). La triangulation, couplée aux autres procédures décrites par Lincoln et Guba (1985) (saturation de contenu, écoute des cas atypiques, observation persistante et prolongée, etc.) permettent d'assurer la validité de la recherche. Sur la partie qualitative du projet (entretiens individuels et focus groupes), un compromis nécessaire devra être trouvé entre cette exigence de validité, souvent chronophage, et la réalisation de l'enquête à mener dans un temps contraint, par le promoteur mais aussi des évolutions rapides du contexte d'insertion qui pourront rendre caduques certains rationnels de l'intervention (des logiques de l'intervention préconisées dites aussi principes actifs-transférables ou *fonctions clefs*) si celle-ci est créée trop tardivement après l'analyse des besoins (O' Cathain et al., 2019). Des disparités dans la participation aux enquêtes des personnes limitées par un trouble de santé sont également à prévoir (niveau de littératie, éducation, aptitudes cognitives, etc.) (Goggins et al., 2014 ; Jahagirdar et al., 2012 ; Kripalani et al., 2021). La plupart des travaux reposent sur des auto-évaluations (ici, des entretiens aménagés pour tenir compte de l'état de santé des bénéficiaires), qui sont des mesures subjectives mono-source (Vanhercke et al., 2016). Il sera opportun de les conjuguer avec des hétéro-évaluations (mesures subjectives multi-sources), des mesures de l'employabilité réelle (mesures objectives) ou encore d'autres mesures plus implicites telles que les évaluations projectives. Sur la sélection des objectifs cibles du programme, le recours aux méthodes de consensus d'experts, telle que la procédure Delphi (Okoli & Pawlowski, 2004), est recommandée par l'IM. A l'usage, la méthode TRIAGE s'avère à notre sens plus avantageuse puisqu'elle permet des discussions entre les experts (Gervais & Pépin, 2002) et pourra aisément s'articuler avec le fonctionnement du COS.

Au niveau du développement de l'intervention, des allers-retours itératifs entre les étapes de conception, de production et d'implantation du programme sont prévues par l'IM (Kok et al., 2017). Boutinet et al. (2007) soulignent ainsi la multiplicité des pratiques d'accompagnement, allant du coaching au tutorat en passant par le mentorat et le conseil, qui

ont progressivement été mises en place par les professionnels et bénévoles de l'éducation, du travail social, de la santé mais aussi des entreprises. Ces initiatives se recoupent parfois (*overlap*), mais présentent une terminologie différente qui entache la lisibilité de ces dispositifs/postures professionnels auprès des acteurs et limite in fine leur usage. Plutôt qu'ajouter à la complexité, les programmes s'inspirant ainsi de l'IM devront miser, autant que faire se peut, sur les dynamiques des échanges et la continuité entre les dispositifs existants, assurant par là même la pertinence, l'acceptabilité et la faisabilité de ces programmes (Skivington et al., 2021).

Un deuxième postulat méthodologique est que l'action proposée doit pouvoir concilier les approches idiographiques et nomothétiques en dépassant leurs limitations respectives. À un niveau généralisable, l'intervention doit être formalisée à travers un cahier des charges qui définit sa structure et son rationnel (principes actifs-transférables ou *fonctions clefs*), ainsi que les facteurs d'implémentation et les contextes visés (Fianu et al., 2017 ; Skivington et al., 2021). Il ne s'agit pas de prétendre à un déploiement systématisé de l'intervention, mais plutôt à son orientation pour maintenir une cohérence d'ensemble du programme et de ses composantes, en évitant l'écueil du cas par cas. À un niveau clinique, le choix d'un mode d'accompagnement « flexible » adapté à chaque situation reste néanmoins compatible et encouragé. Il ne s'agit pas alors de lister, en vain, tous les aménagements possibles, mais plutôt de laisser la marge de manœuvre aux professionnels de terrain pour s'approprier l'intervention et décider par eux-mêmes des arrangements nécessaires.

À titre d'exemple, la méthode IPS nous semble prometteuse. Elle pourra s'inscrire dans une telle logique si elle émerge du processus de planification de l'IM. Au regard de la diversité des troubles de santé, des situations de handicap individuelles et sociales, il serait illusoire de toutes les décrire pour les prendre en compte dans l'intervention, en présumant de leur impact sur la mise en activité. Le cahier des charges ne précisera que les éléments nécessaires pour le placement accompagné à brève échéance des bénéficiaires. Des outils seront mis à disposition des job coaches afin de les guider au mieux dans leur accompagnement (par exemple, approches rogériennes de la communication, entretien motivationnel, grilles d'analyse des besoins/du rétablissement, autonomisation). La méthode IPS insiste sur les interactions avec les entreprises. Ces dernières sont intégrées dans l'accompagnement au même titre que les bénéficiaires (Arveiller & Cyrille, 2018). Cela se rapproche des recommandations de Guilbert et al. (2016) qui insistent sur la nécessité de ne pas prendre uniquement en compte l'individu et ses caractéristiques pour agir sur son employabilité. Frederick et VanderWeele (2019) soulignent les effets favorables de la méthode IPS sur l'insertion professionnelle des personnes ayant des problématiques de santé différentes mais recommandent toutefois de ne pas considérer cette méthode comme une solution miraculeuse (les bénéficiaires travaillent souvent en temps partiel et ne sont pas entièrement guéries).

Un dernier postulat méthodologique relatif au chronosystème (Bronfenbrenner, 2009) porte sur les changements sociaux qui prennent du

temps avant de pouvoir faire éventuellement la preuve de leur pertinence. Les acteurs doivent se former et faire évoluer leurs pratiques professionnelles dans un environnement lui-même évolutif, et donc difficile à prédire sur le long terme. Ainsi, les interventions doivent être suffisamment flexibles pour s'adapter aux contingences de l'environnement (par exemple, contraintes imposées par la crise sanitaire ; nouvelle législation concernant la revalorisation de la rémunération des jeunes stagiaires de la formation professionnelle, décret n° 2021-522 du 29 avril 2021, nouveaux enjeux politiques et économiques sur la mise en place de tels dispositifs ; Charlier 2018). L'évaluation des interventions devra se faire en tenant compte de ces changements environnementaux. Le modèle Fonctions-Clefs/Implémentation/Contextes [FIC] (Fianu et al., 2017), et plus largement l'évaluation réaliste (Pawson, 2013), peuvent être des pistes intéressantes pour documenter ces transitions et leur influence sur l'intervention.

In fine, la méthodologie de l'IM peut s'avérer opérationnelle pour permettre d'anticiper et de guider ces évolutions. Plus largement, la méthode devra permettre d'appréhender dans sa complexité le problème de l'insertion dans l'activité des personnes limitées par un trouble de santé, dans l'intérêt du public, mais également des acteurs ayant pour vocation de les accompagner.

V. RÔLE DES AUTEURS

JC Jérôme CLUS
 SY Sonya YAKIMOVA
 GP Gérard PITHON
 AJ Adrien JOURJON
 LG Laure GUILBERT
 GB Guillaume BROCC

JC, SY, AJ : Planification de l'implémentation du dispositif ; Relation avec le public et les parties-prenantes ; Rédaction, co-rédaction, commentaire ou révision

GP, LG, GB : Conceptualisation ; Rédaction, co-rédaction, commentaire ou révision

GB : Développement de la méthodologie

LG, GB : Supervision de la recherche

RÉFÉRENCES

AGEFIPH (2021). *Emploi et chômage des personnes handicapées*. Observatoire de l'emploi et du handicap, AGEFIPH.
https://www.agefiph.fr/sites/default/files/medias/fichiers/2021-10/Agefiph-TB-1sem21_BD.pdf

- AlHadi, A. N., AlAteeq, D. A., Al-Sharif, E., Bawazeer, H. M., Alanazi, H., AlShomrani, A. T., Shuqdar, R. M., & AlOwaybil, R. (2017). An Arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample. *Annals of General Psychiatry, 16*(32), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0155-1>
- Arveiller, J. P. (2014). Travail thérapeutique et insertion dans l'emploi. Quels liens ? *Pratiques en Santé Mentale, 60*(3), 7-12. <https://doi.org/10.3917/psm.143.0007>
- Arveiller, J.-P., & Cyrille, B. (2018). La méthode IPS (Individual Placement and Support ou soutien à l'emploi). Origines et pratiques. *Pratiques En Santé Mentale, 65*(3), 27-34. <https://doi.org/10.3917/psm.183.0027>
- Bakhuys Roozeboom, M. C., Wiezer, N. M., Boot, C. R. L., Bongers, P. M., & Schelvis, R. M. C. (2021). Use of intervention mapping for occupational risk prevention and health promotion: A systematic review of literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4), 1775-1794. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041775>
- Barhoumi, M. (2017). *Travailleurs handicapés : quels accès à l'emploi en 2015 ? DARES analyses, n° 32*. <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/travailleurs-handicapes-quel-acces-a-l-emploi-en-2015>
- Bartholomew Eldredge, L. K., Markham, C. M., Ruitter, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: An Intervention Mapping approach* (4th ed.), New York, Jossey-Bass Inc. <https://www.interventionmapping.com/>
- Berry, N. S., Murphy, J., & Coser, L. (2014). Empowerment in the field of health promotion: Recognizing challenges in working toward equity. *Global Health Promotion, 21*(4), 35-43. <https://doi.org/10.1177/1757975914528725>
- Birck, G., & Bonnet, C. (2018). *L'entreprise face au trouble psychique*, Toulouse : ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.birck.2017.01>
- Bivand, P. (2012). *Generation lost: Youth unemployment and the youth labour market*. Trades Union Congress. https://www.tuc.org.uk/sites/default/files/generation_lost_touchstone_extras_2012.pdf
- Bonaccio, S., Connelly, C. E., Gellatly, I. R., Jetha, A., & Ginis, K. A. M. (2020). The participation of people with disabilities in the workplace across the employment cycle: Employer concerns and research evidence. *Journal of Business and Psychology, 35*(2), 135-158. <https://doi.org/10.1007/s10869-018-9602-5>
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Pogue, J. A. (2019). Expanding individual placement and support to populations with conditions and disorders other than serious mental illness. *Psychiatric Services, 70*(6), 488-498. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800464>
- Boutinet, J.-P., Robin, J., Pineau, G. & Denoyel, N. (2007). Avant-propos. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau, J.-Y. Robin (dirs.), *Penser l'accompagnement adulte*, Paris, Puf, p. 1-3. <https://doi.org/10.3917/puf.claud.2007.01.0002>
- Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, Boston, Harvard University. <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6>
- Bruneau, C., & Ménestrier, E. (2020). *L'emploi des personnes handicapées : quel impact sur la performance des entreprises ?* France Stratégie. <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2020-dt-handicap-mai.pdf>
- Castra, D. (2015). *L'insertion professionnelle des publics précaires*, (éd. 6e), Paris, Puf. <https://doi.org/10.3917/puf.castra.2003.01>

- Castra, D., & Valls, F. (2007). *L'insertion malgré tout : l'intervention sur l'Offre et la Demande, 25 ans d'expérience*, Toulouse, Octarès. <https://www.decitre.fr/livres/l-insertion-malgre-tout-9782915346480.html>
- Charlier, É. (2018). Aidants proches : une reconnaissance en demi-teinte ? *La Revue Nouvelle*, 4(2), 59-64. <https://doi.org/10.3917/rn.184.0059>
- Chavenon, M., Enea-Drapeau, C., Arciszewski, T. & Gilles, P.-Y. (2022). Perception sociale du handicap et orientation scolaire. Social perception of disability and academic tracking. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 51(3), 513-542. <https://doi.org/10.4000/osp.16460>.
- Chevalier, T. (2020). *10 chiffres clés sur l'emploi des personnes handicapées*. Consulté le 1 août 2023 sur <https://www.hellowork.com/fr-fr/medias/chiffres-handicap-travail.html>
- Chun Tie, Y., Birks, M., & Francis, K. (2019). Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *SAGE open medicine*, 7, 1-8. <https://doi.org/10.1177/2050312118822927>
- CNSA (2020). *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2020*. CNSA <https://www.cnsa.fr/node/5586>
- Costa-Black, K. M., Cheng, A. S., Li, M., & Loisel, P. (2011). The practical application of theory and research for preventing work disability: A new paradigm for occupational rehabilitation services in China? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(1), 15-27. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9296-2>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, 1-6, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Creswell, J.W., Klassen, A.C., Plano Clark, V.L., Smith, K.C. for the Office of Behavioral and Social Sciences Research (2011). *Best practices for mixed methods research in the health sciences*. National Institutes of Health. https://obsr.od.nih.gov/sites/obsr/files/Best_Practices_for_Mixed_Methods_Research.pdf
- Dagot, L. (2007). Menace du stéréotype et performance motivationnelle : le cas des demandeurs d'emploi. *L'orientation Scolaire et Professionnelle*, 36(3), 343-356. <https://doi.org/10.4000/osp.1452>
- DARES/Collet, M. (novembre 2021). *Obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2019 : Le taux d'emploi direct en équivalent temps plein reste stable depuis 2016*. Dares Résultats N° 63. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/obligation-demploi-des-travailleurs-handicapes-en-2019>
- Degrand, F. & Le groupe d'étude et de recherche du MAIS (2010). Introduction. Dans *Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale (MAIS) (dirs.), L'accompagnement social : Histoire d'un mouvement, concepts et pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 5-8. <https://doi.org/10.3917/ehesp.mais.2010.01.0005>
- Denzin N. K., & Lincoln Y. S. (2000). *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed.), Thousand Oaks, Sage Publications Ins. https://openlibrary.org/books/OL6775772M/Handbook_of_qualitative_research
- De Vos, A., Van der Heijden, B.I., & Akkermans, J. (2020). Sustainable careers: Towards a conceptual model. *Journal of Vocational Behavior*, 117, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.06.011>
- Direnzo, M. S., Greenhaus, J. H., & Weer, C. H. (2015). Relationship between protean career orientation and work-life balance: A resource perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 36(4), 538-560. <https://doi.org/10.1002/job.1996>
- Drake, R. E. (1998). A brief history of the Individual Placement and Support model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 3-7. <https://doi.org/10.1037/h0095273>

- Dupoyet, C., Guittard, L., Rouat, S., Letrilliart, L., Carretier, J., Lamort-Bouché, M., & Fassier, J. B. (2020). Retour à l'emploi après cancer du sein : apports de la recherche collaborative en santé au travail et d'une charte de partenariat entre acteurs concernés. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 81(6), 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.01.002>
- Fassier, J. B., Lamort-Bouché, M., Broc, G., Guittard, L., Péron, J., Rouat, S.,... & Sarnin, P. (2018). Developing a return to work intervention for breast cancer survivors with the intervention mapping protocol: Challenges and opportunities of the needs assessment. *Frontiers in Public Health*, 6(35), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00035>
- Fassier J. B., Rouat S, Guittard L, et al. (2021). Faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein : partenariat chercheurs-acteurs dans un processus de modélisation d'une intervention. *Global Health Promotion.*, 28(1_ suppl), 15-23. <https://doi.org/10.1177/1757975921993358>
- Fassier, J. B., Sarnin, P., Rouat, S., Péron, J., Kok, G., Letrilliart, L., & Lamort-Bouché, M. (2019). Interventions developed with the Intervention Mapping Protocol in Work Disability Prevention: A systematic review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(1), 11-24. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9776-8>
- Fianu, A., Villeval, M., Naty, N., Favier, F. & Lang, T. (2017). Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète. *Santé Publique*, 29, 525-534. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0525>
- Foley, G., & Timonen, V. (2015). Using grounded theory method to capture and analyze health care experiences. *Health Services Research*, 50(4), 1195-1210. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12275>
- Franche, R. L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M., & Loisel, P. (2005). Work-place-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 525-542. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8032-1>
- 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), 1-26, e0212208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208>
- Fyhn, T., Ludvigsen, K., Reme, S.E., & Schaafsma, F. (2020). A structured mixed method process evaluation of a randomized controlled trial of Individual Placement and Support (IPS). *Implementation Science Communications*, 1(95), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00083-9>
- Gedda M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Revue*, 15(157), 50-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>
- Gervais M., & Pépin G. (2002). Triage: A new group technique gaining recognition in evaluation. *Evaluation Journal of Australasia*. 2(2), 45-49. doi:10.1177/1035719X0200200212
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (5th ed.), New York, Jossey-Bass. <https://www.wiley.com/en-us/Health+Behavior%3A+Theory%2C+Research%2C+and+Practice%2C+5th+Edition-p-9781118629000>
- Goggins, K. M., Wallston, K. A., Nwosu, S., Schildcrout, J. S., Castel, L., Kripalani, S., & Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS) (2014). Health literacy, numeracy, and other characteristics associated with hospitalized patients' preferences for involvement in decision making. *Journal of Health Communication*, 19 Suppl 2(2), 29-43. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.938841>
- Grist, M., Birdwell, J., Gregory, T., & Ousbey, J. (2011). *Youth labour's lost*, Paris, Demos. <https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/23203>

- Guével, M. R., Darlington, E., Codina, M., Joanny, R., & Pommier, J. (2018). Qualité de vie au travail et situation de handicap. Dans M. R. Guével (Éd.), *Inclure sans stigmatiser. Emploi et handicap dans la fonction publique*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 191-206. <https://doi.org/10.3917/chesp.gueve.2018.01.0191>
- Guilbert, L., Bernaud, J. L., Gouvernet, B., & Rossier, J. (2016). Employability: Review and research prospects. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 16(1), 69-89. <https://doi.org/10.1007/s10775-015-9288-4>
- Hariton, E., & Locascio, J. J. (2018). Randomised controlled trials – the gold standard for effectiveness research: Study design: randomised controlled trials. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology*, 125(13), 1716. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15199>
- Hengel, K. M. O., Joling, C. I., Proper, K. I., van der Molen, H. F., & Bongers, P. M. (2011). Intervention mapping as a framework for developing an intervention at the worksite for older construction workers. *American Journal of Health Promotion*, 26(1), 1-10. <https://doi.org/10.4278/ajhp.100326-QUAL-88>
- Hernandez, B., Keys, C.B., & Balcazar, F.E. (2000). Employer attitudes toward workers with disabilities and their ADA employment rights: A literature review. *Journal of Rehabilitation*, 66, 4-16.
- Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J. P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103-128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
- IGAS (2020). *Handicaps et Emploi*. République française. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_igas-2020-handicapsetemploi_interactif.pdf
- Igwesi-Chidobe, C. N., Kitchen, S., Sorinola, I. O., & Godfrey, E. L. (2020). Evidence, theory and context: Using intervention mapping in the development of a community-based self-management program for chronic low back pain in a rural African primary care setting – the good back program. *BMC Public Health*, 20(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8392-7>
- Jahagirdar, D., Kroll, T., Ritchie, K., & Wyke, S. (2012). Using patient reported outcome measures in health services: A qualitative study on including people with low literacy skills and learning disabilities. *BMC Health Services Research*, 12, 431-438. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-431>
- Jahan, A., & Ellibidy, A. (2017). *A review of conceptual models for rehabilitation research and practice*. *Rehabilitation Science*, 2(2), 46-53. <https://doi.org/10.11648/j.rs.20170202.14>
- Kawulich, B. B. (2005). Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), 1-28. <https://doi.org/10.17169/fqs-6.2.466>
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G.-J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A. C., et al. (2016). A taxonomy of behaviour change methods: An Intervention Mapping approach. *Health Psychology Review*, 10, 297-312. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155>
- Kok, G., Peters, L. W. H., & Ruiter, R. A. C. (2017). Planning theory- and evidence-based behavior change interventions: a conceptual review of the intervention mapping protocol. *Psicologia, reflexao e critica : revista semestral do Departamento de Psicologia da UFRGS*, 30(1), 19-32. <https://doi.org/10.1186/s41155-017-0072-x>
- Kripalani, S., Goggins, K., Couey, C., Yeh, V. M., Donato, K. M., Schnelle, J. F., Wallston, K. A., & Vanderbilt Inpatient Cohort Study (2021). Disparities in research participation by level of health literacy. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(2), 314-321. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.058>
- Krops, L. A., Dekker, R., Geertzen, J. H. B., & Dijkstra, P. U. (2018). Development of an intervention to stimulate physical activity in hard-to-reach

- physically disabled people and design of a pilot implementation: an intervention mapping approach. *BMJ open*, 8(3), 1-10, e020934. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020934>
- Kruahong, S., Tankumpuan, T., Kelly, K., Davidson, P. M., & Kuntajak, P. (2023). Community empowerment: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jan.15613>
- Laberon, S., Scordato, N. & Corbière, M. (2017). Représentations du « trouble psychique » et adéquation à l'emploi perçue par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. *Santé Mentale au Québec*, 42(2), 133-153. <https://doi.org/10.7202/1041920ar>
- Latimer, E. & Lecomte, T. (2002). Le soutien à l'emploi de type « IPS » pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec ? *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 241-267. <https://doi.org/10.7202/014549ar>
- Lincoln, YS. & Guba, EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*, Thousand Oaks, Sage Publications. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/naturalistic-inquiry/book842>
- Lindsay, C., & Dutton, M. (2010). Employability through health? Partnership-based governance and the delivery of Pathways to Work condition management services. *Policy Studies*, 31(2), 245-264. <https://doi.org/10.1080/01442870903429660>
- Lindsay, C., & Mailand, M. (2009). Delivering employability in a vanguard “active” welfare state: The case of greater Copenhagen in Denmark. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 27(6), 1040-1054. <https://doi.org/10.1068/c08>
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M., & Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2>
- Louvet, E., & Rohmer, O. (2010). Les travailleurs handicapés sont-ils perçus comme des travailleurs compétents ? *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(1), 47-62. [https://doi.org/10.1016/S1420-2530\(16\)30160-1](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30160-1)
- Luke, M. M., & Goodrich, K. M. (2019). Focus group research: An intentional strategy for applied group research? *Journal for Specialists in Group Work*, 44(2), 77-81. <https://doi.org/10.1080/01933922.2019.1603741>
- Lyons, P.R., & Bandura, R.P. (2018). Self-efficacy measure may enhance your recruitment and placement efforts. *Human Resource Management International Digest*, 26(3), 35-37. <https://doi.org/10.1108/HRMID-03-2018-0043>
- Mackenzie, M., O'Donnell, C., Halliday, E., Sridharan, S., & Platt, S. (2010). Do health improvement programmes fit with MRC guidance on evaluating complex interventions? *BMJ (Clinical research ed.)*, 340, 1-9, c185. <https://doi.org/10.1136/bmj.c185>
- Marchal, B., Westhorp, G., Wong, G., Van Belle, S., Greenhalgh, T., Kegels, G., & Pawson, R. (2013). Realist RCTs of complex interventions –an oxymoron. *Social Science & Medicine*, 94, 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.025>
- Maroto, M., & Pettinicchio, D. (2020). Barriers to economic security: Disability, employment, and asset disparities in Canada. *Canadian Review of Sociology*, 57(1), 53-79. <https://doi.org/10.1111/cars.12268>
- McCormick, C. B. (2003). Metacognition and Learning. In I. B. Weiner, D. K. Freedheim, W. M. Reynolds, J. A. Schinka, & G. E. Miller (Eds.), *Handbook of Psychology: Educational Psychology*, New York, John Wiley & Sons. <http://dx.doi.org/10.1002/0471264385.wei0705>
- McEachan, R. R. C., Lawton, R. J., Jackson, C., Conner, M., & Lunt, J. (2008). Evidence, theory and context: Using intervention mapping to develop a

- worksite physical activity intervention. *BMC Public Health*, 8, 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-326>
- Michie, S., & Prestwich, A. (2010). Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. *Health Psychology*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.1037/a0016939>
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M. et al. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46, 81-95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Michie, S., Thomas, J., Johnston, M., Aonghusa, P. M., Shawe-Taylor, J., Kelly, M. P., Deleris, L. A., Finnerty, A. N., Marques, M. M., Norris, E., O'Mara-Eves, A., & West, R. (2017). The Human Behaviour-Change Project: Harnessing the power of artificial intelligence and machine learning for evidence synthesis and interpretation. *Implementation Science*, 12(1), 121-133. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0641-5>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N.,... & 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>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1-6, 1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- O' Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ open*, 9(8), 1-9, e029954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954>
- Okoli, C., & Pawlowski, S.D. (2004). The Delphi method as a research tool: An example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1), 15-29. <https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002>
- Pawson, R. (2013). *The science of evaluation: A realist manifesto*, Thousand Oaks, Sage Publications Ltd. <https://dx.doi.org/10.4135/9781473913820>
- Phillion, R., Lebel, C., & Bélair, L. M. (2012). Le modèle *Universal Instructional Design* au service de l'égalité des chances dans les universités canadiennes : apports, enjeux et défis. *Éducation et Socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 31, 21-37. <https://doi.org/10.4000/edso.780>
- Renaud, A. (2014). *L'insertion des personnes handicapées en milieu "ordinaire" de travail* [Mémoire de master, Université de Reims Champagne-Ardenne]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163385>
- Rodriguez, S. A., Roncancio, A. M., Savas, L. S., Lopez, D. M., Vernon, S. W., & Fernandez, M. E. (2018). Using intervention mapping to develop and adapt two educational interventions for parents to increase HPV vaccination among Hispanic adolescents. *Frontiers in Public Health*, 6, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00164>
- Rohleder, P., & Lyons, A. (Eds.) (2014). *Qualitative research in clinical and health psychology*, Londres, Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-1-137-29105-9_1
- Rohmer, O., & Louvet, E. (2012). Implicit measures of the stereotype content associated with disability. *British Journal of Social Psychology*, 51(4), 732-740. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.2011.02087.x>
- Romien, P. (2005). A l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées : la prise en charge des invalides de guerre. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, 229-247. <https://doi.org/10.3917/rfas.052.0229>

- Salognon, M. (2007). Le chômage de longue durée : une rupture à combattre autrement pour assurer sa réversibilité. Dans J.-F. Giret, Y. Grelet, C. Lavialle, J. Timoteo, & P. Werquin (dirs.), « Ruptures et irréversibilités dans les trajectoires : Comment sécuriser les parcours professionnels ? », Actes des Journées d'étude sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail (JDL n° XIV; 30-31 mai 2007; Orléans). *Relief*, n° 22. Céreq. <https://www.cereq.fr/ruptures-et-irreversibilites-dans-les-trajectoires-comment-securiser-les-parcours-professionnels>
- Schmid, A. A., Andersen, J., Kent, T., Williams, L. S., & Damush, T. M. (2010). Using intervention mapping to develop and adapt a secondary stroke prevention program in Veterans Health Administration medical centers. *Implementation Science*, 5(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-97>
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M., & Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 17(2), 327-352. <https://doi.org/10.1007/s10926-007-9071-6>
- Schuman S. (2007). *The IAF Handbook of Group Facilitation: Best Practices from the Leading Organization in Facilitation*. 1st Edition, New York, John Wiley & Sons. <https://www.wiley.com/en-nz/exportProduct/pdf/9781118429648>
- Scott, H. K., Jain, A., & Cogburn, M. (2022). Behavior Modification. In *Stat-Pearls*, New York, StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083709/>
- Sevak, P., & Khan, S. (2017). Psychiatric versus physical disabilities: A comparison of barriers and facilitators to employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(2), 163-171. <https://doi.org/10.1037/prj0000236>
- Shani, A., & Pizam, A. (2009). Work-related depression among hotel employees. *Cornell Hospitality Quarterly*, 50(4), 446-459. <https://doi.org/10.1177/1938965509344294>
- Shegog, R., & Begley, C. E. (2017). Clinic-based mobile health decision support to enhance adult epilepsy self-management: an intervention mapping approach. *Frontiers in Public Health*, 5, 1-26. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00256>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, 1-11, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Steckler, A., McLeroy, K. R., Goodman, R. M., Bird, S. T., & McCormick, L. (1992). Toward integrating qualitative and quantitative methods: An introduction. *Health Education Quarterly*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1177/109019819201900101>
- Suzuki, R., Peterson, J. J., Weatherby, A. V., Buckley, D. I., Walsh, E. S., Kailes, J. I., & Krahn, G. L. (2012). Using intervention mapping to promote the receipt of clinical preventive services among women with physical disabilities. *Health Promotion Practice*, 13(1), 106-115. <https://doi.org/10.1177/1524839910382624>
- Tremblay, S., & Loiselle, C. (2016). Handicap, éducation et inclusion : perspective sociologique. *Éducation et Francophonie*, 44(1), 9-23. <https://doi.org/10.7202/1036170>
- Turner, C., & Astin, F. (2021). Grounded theory: What makes a grounded theory study?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 285-289. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa034>
- Vanhercke, D., De Cuyper, N., & De Witte, H. (2016). Perceived employability and well-being: An overview. *Psihologia Resurselor Umane*, 14(1), 8-18. <https://hrp-journal.com/index.php/pru/article/view/93>

- Vanovenberghe, C., Van den Broeck, A., Lauwerier, E., Goorts, K., & Du Bois, M. (2020). Motivation in the return to work process: A self-determination cluster approach. *Disability and Rehabilitation*, 44(10), 2053-2062. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1826584>
- Veld, M., Semeijn, J.H., & Vuuren, T.V. (2015). Enhancing perceived employability: An interactionist perspective on responsibilities of organizations and employees. *Personnel Review*, 44, 866-882. <https://doi.org/10.1108/PR-05-2014-0100>
- Watkins, R., Meiers, M. W., & Visser, Y. (2012). *A guide to assessing needs: Essential tools for collecting information, making decisions, and achieving development results*. World Bank Publications. <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/13865ef2-cb95-538b-91b0-6618ec02c869>
- WHO (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>
- WHO (2001). The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- Williams, T.R., Wiles, J.L., Smith, M., & Ward, K. (2022). Combining action research and grounded theory in health research: A structured narrative review. *SSM – Qualitative Research in Health*, 2, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100093>
- Winance, M. (2004). Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 17(66), 201-227. <https://doi.org/10.3406/polix.2004.1022>
- Zapata, M. A. (2020). An exploratory study of general self-efficacy and employment in adults with retinitis pigmentosa. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 114(1), 18-30. <https://doi.org/10.1177/0145482X19900715>

Manuscrit reçu / Received : Octobre 2022/ October 2022
Accepté par / Accepted by A. Aublet-Cuvelier : Juillet 2023/ July 2023