

erg-go!

SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

RÉADAPTATION VOCATIONNELLE EN MILIEU INSTITUTIONNEL POUR
LES ADULTES PRÉSENTANT UN TROUBLE MENTAL GRAVE

JUILLET 2022



SYLVIA ELAFFI, erg [20-202], MAÏMOUNA MAÏGA, erg [20-235]
et MATHIEU DUMONT, erg [11-076]



SYLVIA ELAFFI A GRADUÉ DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL EN 2020. ELLE TRAVAILLE ACTUELLEMENT À LA CLINIQUE EXTERNE DE PSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE. SYLVIA A UN GRAND INTÉRÊT POUR LA RÉADAPTATION DES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE, QUE CE SOIT UN TROUBLE MENTAL GRAVE OU COURANT.

MAÏMOUNA MAÏGA A GRADUÉ DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL EN 2020. ELLE TRAVAILLE ACTUELLEMENT À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ADULTE. MAÏMOUNA A UN GRAND INTÉRÊT POUR LA RÉADAPTATION AU TRAVAIL DES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE.



MATHIEU DUMONT EST PROFESSEUR ADJOINT AU DÉPARTEMENT D'ERGOTHÉRAPIE DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES. IL A ŒUVRÉ COMME CLINICIEN PENDANT PRÈS DE 10 ANS À L'INSTITUT NATIONAL DE PSYCHIATRIE LÉGALE PHILIPPE-PINEL. SES INTÉRÊTS DE RECHERCHE PORTENT D'AILLEURS SUR LA RÉADAPTATION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX AYANT UN PARCOURS JUDICIAIRISÉ.



INTRODUCTION

Les troubles mentaux entraînent des difficultés qui limitent les capacités et la performance des individus dans plusieurs grands domaines de la vie, et ce, avec une persistance plus ou moins grande au cours du temps selon qu'ils soient graves ou communs (Corbière et coll., 2011). Particulièrement en lien avec le domaine du travail et de l'emploi, l'étude de Turcotte (2014) a notamment établi que les adultes de 25 à 64 ans présentant une incapacité mentale ou psychologique ont 10 % moins de chance d'avoir un emploi que ceux dont l'incapacité n'est pas de nature mentale ou psychologique, soit 43 % contre 53 %. Corbière et collaborateurs (2011) évoquent un enjeu supplémentaire relatif au travail pour les individus présentant un trouble mental

grave (TMG). Effectivement, souvent, ces individus n'ont pas un lien d'emploi, ont des incapacités sévères limitant leurs activités, et subissent des pratiques discriminatoires lors de l'embauche. Ainsi, l'intégration au travail de plusieurs adultes présentant un TMG représente un enjeu. Or, le travail joue un rôle primordial dans leur rétablissement, d'où l'importance de la réadaptation vocationnelle auprès de cette population. La réadaptation vocationnelle des adultes présentant un TMG se divise en deux approches. La réadaptation prévocationnelle vise le développement des habiletés de travail préalablement à l'intégration à un emploi sur le marché du travail ordinaire (Corbière et coll., 2011). Le soutien à l'emploi vise l'intégration à un emploi sur le marché

du travail ordinaire pendant lequel un accompagnement professionnel intensif sur le lieu de travail est offert (Corbière et coll., 2011). En 2001, dans une revue systématique publiée par l'organisation Cochrane (Crowther et coll., 2001), l'efficacité de la réadaptation prévocationnelle a été comparée à l'efficacité du soutien à l'emploi. Les auteurs ont conclu que le taux d'emploi des individus ayant bénéficié du soutien à l'emploi était significativement supérieur à celui de ceux ayant bénéficié de la réadaptation prévocationnelle, soit 34 % contre 12 %. Cela dit, malgré l'efficacité supérieure du soutien à l'emploi, sa faisabilité est limitée dans certains contextes cliniques. De par ses principes comme la recherche rapide et l'obtention directe d'un emploi sur le marché du travail ordinaire (Drake et coll., 2012), le soutien à l'emploi paraît davantage faisable auprès des adultes suivis dans la communauté qu'auprès des adultes présentant une longue hospitalisation en psychiatrie générale, voire en psychiatrie légale. Or, malgré la diminution du nombre de longues hospitalisations avec le mouvement de désinstitutionnalisation, une population restreinte d'adultes présentant un TMG nécessite des soins soutenus et de longues durées en milieu hospitalier (Dumont et coll., 2012 ; Fisher et coll., 2001). Cela peut être expliqué par divers éléments, tel que la concomitance d'un trouble lié à une substance et les problèmes comportementaux. Ces éléments limitent le retour dans la communauté, et, par le fait même, les opportunités de mettre en œuvre auprès de cette population des interventions en réadaptation vocationnelle basées sur les évidences et conçues pour être offertes dans la communauté, comme le soutien à l'emploi. Cela amène donc à questionner la pertinence de mobiliser la réadaptation vocationnelle auprès de ces adultes pendant leur séjour en milieu institutionnel. Pourtant, en psychiatrie légale, les rôles productifs font partie des piliers du traitement des patients à travers leur parcours institutionnel. Selon le Dangerousness understanding, recovery and urgency manual (DUNDRUM-3), un outil validé de planification des services en psychiatrie légale, le travail est un domaine essentiel à adresser afin de répondre aux besoins des patients et de les soutenir dans leur progression vers le retour dans la communauté (O'Dwyer et coll., 2011). Cependant,

l'approche à privilégier pour y parvenir demeure peu définie.

MÉTHODE

Dans le cadre de notre projet d'intégration à la maîtrise, nous avons donc effectué une revue rapide afin d'identifier les interventions en réadaptation vocationnelle qui pourraient être mises en œuvre auprès des adultes présentant un TMG et nécessitant des soins soutenus et de longues durées en milieu institutionnel. Le but était de soutenir l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP) dans la réorganisation de ses services cliniques selon le DUNDRUM. Les variables examinées étaient : les programmes d'intervention et leurs cibles; la population visée; l'implantation des programmes dans les milieux institutionnels; les retombées positives des programmes et; les types de devis de recherche. Seuls les articles rapportant des retombées positives statistiquement significatives ont été inclus dans notre étude. La recherche a été menée dans les bases de données MEDLINE, EMBASE et PsycINFO. Neuf études, présentant un total de 10 programmes, ont été incluses dans la revue rapide. Une description narrative des résultats a été produite.

RÉSULTATS

TYPES DE PROGRAMMES D'INTERVENTION

Dix programmes d'intervention s'apparentant à deux approches ont été identifiés. Ainsi, six programmes se rapportaient à la réadaptation prévocationnelle, alors que quatre programmes se rapportaient à une approche combinée de réadaptation prévocationnelle et de soutien à l'emploi. Le Tableau 1 présente les neuf études incluses ainsi que l'approche préconisée par leur(s) programme(s). L'approche combinée pouvait être mobilisée de façon séquentielle (approche prévocationnelle suivie du soutien à l'emploi) ou simultanée (approche prévocationnelle et soutien à l'emploi mobilisés en même temps).

POPULATION VISÉE PAR LES PROGRAMMES D'INTERVENTION ET IMPLANTATION DANS LES MILIEUX INSTITUTIONNELS

La majorité des programmes ciblaient les adultes

[suite page 04]

présentant un trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, particulièrement la schizophrénie et le trouble schizoaffectif (n=8). Par ailleurs, deux programmes ciblaient les adultes présentant un trouble de la personnalité (Thunissen et coll., 2008). Les programmes d'intervention étaient offerts dans divers types de milieux cliniques: centre hospitalier (n=7), clinique en santé mentale (n=2) et centre de réadaptation (n=1).

Dans sept programmes, les participants étaient hospitalisés ou hospitalisés pendant la première partie du programme. Dans les trois autres programmes, les participants vivaient dans la communauté, mais réalisaient le programme en milieu clinique. Dans la partie soutien à l'emploi des programmes mobilisant l'approche combinée de façon simultanée, des emplois étaient offerts sur des sites de travail collaborant avec le centre de réadaptation ou à même les divers départements du centre hospitalier. Le Tableau 1 présente pour chaque programme le milieu clinique et le contexte d'habitation des participants.

CIBLES D'INTERVENTION DES PROGRAMMES

Neuf programmes ciblaient le développement des habiletés de travail. Par exemple, certains favorisaient la participation à des tâches de travail en milieu protégé (n=6). Sept programmes ciblaient la résolution de problème. Par exemple, les programmes s'inscrivant en réadaptation prévocationale pouvaient offrir des tâches de travail axées sur la résolution de problème (n=2). Dans la partie soutien à l'emploi des programmes s'inscrivant dans une approche combinée, la résolution de problème pouvait être utilisée en mobilisant sur le lieu du travail un moniteur qui offrait des conseils individualisés en présence de difficultés au travail (n=2). Six programmes prévoyaient l'utilisation par les thérapeutes de stratégies favorisant la motivation au changement des participants ainsi que les changements positifs. Par exemple, ces programmes pouvaient impliquer l'établissement, avec le participant, d'objectifs orientés sur le rendement au travail ou le fonctionnement cognitif (n=3). Dans tous les programmes à l'approche combinée (n = 4), un emploi à l'égal d'un emploi sur le marché du travail

ordinaire était offert. Cet emploi était offert à même les installations où avait lieu la réadaptation ou dans la communauté. Deux programmes visaient l'entraînement de capacités cognitives spécifiques chez les participants, par exemple en incluant des exercices à l'ordinateur. Le Tableau 1 présente et décrit les cibles d'intervention des programmes.

TABLEAU 1
Cibles d'intervention des programmes

Étude / Devis	Type de programme (contexte d'habitation) / Milieu clinique	Échantillon n = le nombre de participants	Développement des habiletés de travail	Résolution de problème	Stratégies favorisant la motivation et les changements positifs	Emploi sur le marché du travail ordinaire	Entraînement de capacités cognitives spécifiques	Salaire
Bell et coll. (2001) / Essai clinique randomisé	Approche combinée simultanée (participants non hospitalisés) / Centre hospitalier (CH)	Groupe expérimental = 31, Groupe contrôle = 34	Groupe de traitement de l'information	Soutien en milieu de travail, Groupe de soutien	Établissement d'objectifs, Salaire	X	Exercices à l'ordinateur	X
Bell et coll. (2005) / Essai clinique randomisé	Approche combinée simultanée (participants non hospitalisés) / CH	Groupe expérimental = 41, Groupe contrôle = 104	Groupe de traitement de l'information	Soutien en milieu de travail, Groupe de soutien	Établissement d'objectifs, Salaire	X	Exercices à l'ordinateur	X
Kern et coll. (2002) / Essai clinique randomisé	Réadaptation prévocationale (participants non hospitalisés) / CH	Groupe expérimental = 32, Groupe contrôle = 33	Tâches de travail en milieu protégé					
Thunissen et coll. (2008) / Essai clinique randomisé	Réadaptation prévocationale (participants hospitalisés) / Clinique en santé mentale	Groupe expérimental = 55,	Psychothérapie psychodynamique de groupe	Enseignement, Discussions	Contrat thérapeutique			
		Groupe contrôle = 53	Psychothérapie psychodynamique de groupe		Contrat thérapeutique			
Tsang et Man (2013) / Essai clinique randomisé	Réadaptation prévocationale (participants hospitalisés) / CH	Groupe expérimental = 25, Groupe contrôle 2 = 25	Tâches de travail en milieu protégé	Tâches axées sur la résolution de problème				
		Groupe contrôle 1 = 25	Tâches de travail en milieu protégé	Tâches axées sur la résolution de problème				
Vauth et coll. (2005) / Essai clinique randomisé	Approche combinée simultanée (participants hospitalisés) / Centre de réadaptation	Groupe expérimental = 47, Groupe contrôle 1 = 45, Groupe contrôle 2 = 46		Soutien en milieu de travail	Établissement d'objectifs	X	Exercices à l'ordinateur, Stratégies d'auto-instruction	
Schindler (2004) / Avant-après à mesures répétées avec groupe contrôle	Approche combinée séquentielle (participants hospitalisés) / CH	Groupe expérimental = 42, Groupe contrôle = 42	Tâches de travail en milieu protégé	Enseignement, Jeux de rôle	Établissement d'objectifs, Renforcement positif des actions pendant les tâches	X		X
Suresh Kumar (2008) / Étude descriptive transversale	Réadaptation prévocationale (participants non hospitalisés) / CH	Groupe expérimental = 34, Groupe contrôle = 40	Tâches de travail en milieu protégé					X
Oka et coll. (2004) / Étude rétrospective	Approche combinée séquentielle (participants hospitalisés) / CH	Groupe expérimental = 52	Tâches de travail en milieu protégé	Évaluation du poste de travail	Renforcement positif des actions pendant les tâches	X		X

RETOMBÉES POSITIVES DES PROGRAMMES D'INTERVENTION

Les retombées positives des programmes couvraient 10 catégories : le fonctionnement cognitif, le rendement au travail, les symptômes, le fonctionnement social, l'absentéisme au travail, le taux d'emploi, le taux d'hospitalisation, la qualité de vie, le sentiment d'efficacité personnelle au travail et le maintien en communauté. Parmi les retombées les plus fréquem-

ment rapportées, il y avait l'amélioration du fonctionnement cognitif (n = 5), l'amélioration du rendement au travail (n = 5), la diminution des symptômes (n = 4) et l'amélioration du fonctionnement social (n = 3). La moitié des programmes entraînait au moins 3 retombées, donc leur impact était plus large. Le Tableau 2 présente les retombées positives des programmes.

[suite page 06]

TABLEAU 2
Retombées positives des programmes d'intervention

Étude	
Bell et coll. (2001)	Amélioration des fonctions exécutives (persévérance, flexibilité au niveau de la pensée abstraite) Amélioration de la mémoire de travail Note : Le nombre de participants ayant une mémoire de travail dans les normes a augmenté de façon significative suite au programme. Amélioration de la reconnaissance de l'affect
Bell et coll. (2005)	Diminution des symptômes (positifs, négatifs, inconfort émotionnel) Amélioration du rendement au travail (coopération, habitudes de travail, qualité du travail, habiletés sociales, apparence personnelle) Amélioration de la qualité de vie (fonctionnement au travail, sentiment d'utilité et motivation, participation dans la communauté, expériences sociales)
Kern et coll. (2002)	Amélioration du rendement au travail (exactitude, productivité)
Thunissen et coll. (2008) – Programme expérimental	Diminution des symptômes Diminution de l'absentéisme au travail
Thunissen et coll. (2008) – Programme contrôle	Diminution des symptômes Diminution de l'absentéisme au travail Augmentation du taux d'emploi
Tsang et Man (2013) – Programme expérimental	Amélioration des fonctions exécutives Note : Sur le plan des fonctions exécutives, le programme expérimental a entraîné des améliorations supérieures par rapport au programme contrôle. Amélioration du rendement au travail (connaissances et habiletés reliées à l'emploi) Augmentation du sentiment d'efficacité personnelle à réaliser les tâches reliées à l'emploi
Tsang et Man (2013) – Programme contrôle	Amélioration des fonctions exécutives Amélioration du rendement au travail (connaissances et habiletés reliées à l'emploi) Note : Sur le plan du rendement au travail, le programme contrôle a entraîné des améliorations supérieures par rapport au programme expérimental.
Vauth et coll. (2005)	Amélioration de la mémoire verbale Augmentation du taux d'emploi
Schindler (2004)	Amélioration des habiletés à la tâche Amélioration des habiletés interpersonnelles Amélioration du fonctionnement social (travail, vie quotidienne et soins personnels, réseau social, réseau social élargi)
Suresh Kumar (2008)	Amélioration du fonctionnement cognitif (orientation, attention, langage) Diminution des symptômes (positifs, négatifs, psychopathologie générale, manque d'énergie, trouble de la pensée, paranoïa) Amélioration du fonctionnement social (soins personnels, rôles occupationnels et rendement au travail, rôles familiaux, autres rôles sociaux) Diminution du taux d'hospitalisation
Oka et coll. (2004)	Diminution du risque de réhospitalisation Amélioration du fonctionnement social (autonomie dans les activités quotidiennes et sociales, relations positives avec les membres de la famille) Amélioration du maintien en communauté

DISCUSSION

Cette revue rapide a permis d'identifier plusieurs programmes de réadaptation vocationnelle offerts dans différents milieux institutionnels et rapportant diverses retombées positives pour les adultes présentant un TMG. Les programmes utilisaient une approche prévocationnelle ou une approche combinée. Les deux types de programmes étaient proposés aux patients qu'ils soient hospitalisés, ou qu'ils vivent dans la communauté et reçoivent leur traitement en milieu clinique. Ainsi, bien que les limites de la faisabilité du soutien à l'emploi pour les patients présentant une longue hospitalisation aient été évoquées, ce résultat suggère que le contexte d'habitation du patient ne détermine pas à lui seul l'approche à préconiser. En fait, le soutien à l'emploi

peut être adapté au contexte institutionnel en préservant le mieux possible certains de ses principes clés. La partie soutien à l'emploi des programmes présentant une approche combinée mobilisait alors certains des huit principes clés du soutien à l'emploi de type Placement et soutien individuels de Drake et collaborateurs (2012), comme l'emploi sur le marché du travail ordinaire et le soutien individualisé sur le plan du travail. D'autres principes clés n'étaient toutefois pas mobilisés, particulièrement l'initiation rapide à la recherche d'un emploi régulier, principe qui préconise l'absence d'entraînement prévocationnel. Cela peut être expliqué par la sévérité des déficits chez les patients suivis en milieu institutionnel. En effet, tel que Razzano et

collaborateurs (2005) le rapportent, plusieurs facteurs cliniques comme un faible fonctionnement quotidien, d'importants symptômes négatifs et des incapacités cognitives concomitantes limitent l'obtention et le maintien d'un emploi régulier d'un sous-groupe des individus présentant un TMG. Ces facteurs limitent la participation au marché du travail de ceux-ci, même lorsqu'ils bénéficient du soutien à l'emploi. Par exemple, en Amérique du Nord, seulement 40 % à 60 % en moyenne des personnes participant à un programme de soutien à l'emploi obtiennent un emploi régulier et les emplois sont souvent maintenus pour une période de trois à cinq mois seulement, du fait de ces facteurs (Lecomte et coll., 2014). Pour les individus ayant d'importants déficits, il pourrait donc être plus approprié de mobiliser une approche prévocationnelle permettant d'agir sur ces facteurs cliniques et d'acquérir certaines habiletés avant d'offrir un emploi régulier. L'approche combinée, telle qu'identifiée dans cette étude, pourrait également être appropriée. Effectivement, la partie prévocationnelle permet d'agir sur ces facteurs cliniques et de favoriser l'acquisition d'habiletés par le patient, alors que la partie soutien à l'emploi lui offre des opportunités de mobiliser ses habiletés dans un emploi régulier.

L'approche combinée identifiée dans cette revue rapide reflète la place grandissante que prend le fait de combiner différentes pratiques, dans la littérature scientifique sur la réadaptation vocationnelle. En effet, le fait de combiner le soutien à l'emploi à d'autres interventions psychosociales basées sur les données probantes, comme la thérapie cognitivo-comportementale, l'entraînement aux habiletés sociales ou la remédiation cognitive, permet de maximiser les retombées positives du soutien à l'emploi. Effectivement, le fait d'intégrer ensemble deux interventions basées sur les données probantes permet de cibler plusieurs objectifs thérapeutiques à la fois et d'augmenter le potentiel de ces interventions à entraîner des changements positifs (Lecomte et coll., 2014). La pertinence de mobiliser une approche combinée a aussi été soulignée dans une revue systématique Cochrane traitant des interventions en réadaptation vocationnelle pour les adultes ayant un TMG. Effectivement, les résultats suggèrent

que le soutien à l'emploi augmenté, c'est-à-dire combiné à d'autres interventions prévocationnelles ou psychiatriques, pourrait être plus efficace que le soutien à l'emploi pour l'obtention et le maintien d'un emploi régulier (Suijkerbuijk et coll., 2017). Cependant, cette conclusion est basée sur des études dont la qualité des données probantes est faible à modérée (Suijkerbuijk et coll., 2017).

Dans cette revue rapide, les cibles d'interventions mobilisées dans la majorité des programmes sont le développement des habiletés de travail, la résolution de problème et les stratégies favorisant la motivation et les changements positifs. Il est alors possible de supposer que ces cibles contribuent aux retombées positives observées et qu'elles soient donc des ingrédients clés dans les interventions en réadaptation vocationnelle auprès des adultes présentant un TMG. Les retombées positives observées étaient de natures diverses et principalement relatives au fonctionnement cognitif, au rendement au travail, aux symptômes et au fonctionnement social.

Cette étude est particulièrement importante en ergothérapie. Effectivement, l'ergothérapeute, à titre d'expert en habilitation de l'occupation, a le rôle de favoriser le rendement et l'engagement occupationnels dans les activités productives tel le travail (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Cette étude permettra donc aux ergothérapeutes cliniciens de faire un choix plus éclairé sur les approches et les cibles d'intervention à mobiliser pour intervenir précocement auprès des adultes ayant un TMG, présentant une longue hospitalisation ou des déficits sévères et souhaitant développer le rôle de travailleur.

CONCLUSION

Plusieurs programmes en réadaptation vocationnelle offerts dans différents milieux institutionnels ont été étudiés auprès d'adultes présentant un TMG. Ces programmes démontrant diverses retombées positives adoptaient une approche prévocationnelle ou combinée. Les programmes à l'approche combinée vont au-delà d'une approche strictement prévocationnelle en intégrant certains principes clés du

[suite page 08]

soutien à l'emploi. Bien que les deux types de programmes aient diverses retombées positives, l'approche combinée est à favoriser, car elle reflète davantage les pratiques recommandées en réadaptation vocationnelle auprès des individus présentant un TMG. En effet, l'approche combinée permet de mobiliser le soutien à l'emploi et de le combiner à d'autres interventions prévocationnelles qui tiennent compte des déficits de ces individus. Les deux types de programmes intègrent l'utilisation de différentes cibles d'intervention, comme le développement des habiletés de travail, la résolution de problème et les stratégies favorisant la motivation et les changements positifs. Cela dit, d'autres études de qualité supérieure sont nécessaires pour bien cerner les cibles d'intervention clés et les retombées des différents programmes.

Pour joindre les auteurs :
maimouna.maiga@umontreal.ca

Crédits photos :
Pexels_Photographe Edmond Dantès

RÉFÉRENCES

Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (2012)*. Association canadienne des ergothérapeutes. https://www.caot.ca/site/pt/otprofile_can?language=fr_FR&nav=sidebar

Bell, M., Bryson, G., Greig, T., Corcoran, C. et Wexler, B. E. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: Effects on neuropsychological test performance. *Archives of general psychiatry*, 58(8), 763-768. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.8.763>

Bell, M. D., Fiszdon, J. M., Greig, T. C. et Bryson, G. J. (2005). Can older people with schizophrenia benefit from work rehabilitation? *The Journal of nervous and mental disease*, 193(5), 293-301. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000161688.47164.71>

Corbière, M. et Durand M. J. (2011). Introduction. Dans M. Corbière et M. J. Durand (dir.), *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* (p. 1-13). Presses de l'Université du Québec.

Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R. et Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews, (2), 1-69. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003080>

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>

Dumont, M., Dumais, A., Briand, C., Côté, G., Lesage, A. et Dubreucq, J. L. (2012). Clinical characteristics of patients deemed to require long-term hospitalization in a civil or forensic psychiatric setting. *International journal of forensic mental health*, 11(2), 110-118. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.690019>

Fisher, W. H., Barreira, P. J., Geller, J. L., White, A. W., Lincoln, A. K. et Sudders, M. (2001). Long-stay patients in state psychiatric hospitals at the end of the 20th century. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(8), 1051-1056. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.8.1051>

Kern, R. S., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Mintz, J. et Green, M. F. (2002). Applications of errorless learning for improving work performance in persons with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1921-1926. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.11.1921>

Lecomte, T., Corbière, M., Simard, S. et Leclerc, C. (2014). Merging evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 4(4), 437-447. <https://doi.org/10.3390/bs4040437>

O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K. et Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM Quartet: Validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, 4:229. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-229>

Oka, M., Otsuka, K., Yokoyama, N., Mintz, J., Hoshino, K., Niwa, S. I. et Liberman, R. P. (2004). An evaluation of a hybrid occupational therapy and supported employment program in Japan for persons with schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 466-475. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.4.466>

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 Carey M. A. (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>

Schindler, V. P. (2004). *Occupational therapy in forensic psychiatry: Role development and schizophrenia*. Haworth Press.

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), 1-195. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>

Suresh Kumar, P.N. (2008). Impact of vocational rehabilitation on social functioning, cognitive functioning, and psychopathology in patients with chronic schizophrenia. *Indian journal of psychiatry*, 50(4), 257-261. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.44747>

Thunnissen, M., Duivenvoorden, H., Busschbach, J., Hakkaart-van Roijen, L., van Tilburg, W., Verheul, R. et Trijsburg, W. (2008). A randomized clinical trial on the effectiveness of a reintegration training program versus booster sessions after short-term inpatient psychotherapy. *Journal of personality disorders*, 22(5), 483-495. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.5.483>

Tsang, M. M. et Man, D. W. K. (2013). A virtual reality-based vocational training system (VRVTS) for people with schizophrenia in vocational rehabilitation. *Schizophrenia research*, 144(1-3): 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.024>

Turcotte, M. (2014, 3 décembre). *Les personnes avec incapacité et l'emploi*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2014001/article/14115-fra.pdf>

Vauth, R., Corrigan, P. W., Clauss, M., Dietl, M., Dreher-Rudolph, M., Stieglitz, R. D., Vater, R. (2005). Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation, *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 55-66. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi013>