



Expérimentation du modèle d'intervention
Milieu de formation et de travail adaptés
auprès des personnes handicapées

Rapport de recherche présenté
à
L'Office des personnes handicapées du Québec

Suzanne Dugré
Daniel Thomas

Juin 2009

AUTEURS ET COLLABORATEURS

Première partie (étude rétrospective)

Suzanne Dugré et Daniel Thomas avec la collaboration de Chantal Pioch-Bregand et Judy-Ann Connelly

Deuxième partie (étude prospective)

Suzanne Dugré avec la collaboration de Mélissa McKenzie

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Les partenaires

Le projet MFTA a été réalisé grâce à l'implication professionnelle et financière des établissements et des organismes suivants :

L'Office des personnes handicapées du Québec

Service Canada

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Le Centre de réadaptation en déficience physique La Maison

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Clair Foyer

Vision Travail Abitibi-Témiscamingue

Le Centre de Santé et de Services sociaux de la Vallée-de l'Or

Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Regroupement des associations de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue

Réseau de l'intégration en emploi de l'Abitibi-Témiscamingue

Le ministère de l'Éducation, du loisir et du sport

L'évaluation du projet, réalisée par le LARESCO, a été encadrée par un comité de suivi composé de représentants de ces établissements et organismes.

Le financement du projet

Le projet a été financé par l'Office des personnes handicapées du Québec dans le cadre du Programme de subventions à l'expérimentation (2007-2009). Il a aussi bénéficié du soutien financier des partenaires et de l'UQAT (LARESCO).

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont accepté de participer au projet, le comité de suivi de la recherche, les Tables action-travail ainsi que l'ensemble des acteurs de ce projet. Finalement, nous tenons à souligner, de manière toute spéciale, la collaboration assidue des participants et de leurs employeurs.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	9
RÉSUMÉ	11
LISTE DES ACRONYMES	13
CONTEXTE	15
PROBLÉMATIQUE	17
Historique	17
Modèle initial du MFTA	18
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	23
QUESTIONS DE RECHERCHE	24
PHASE I : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE	25
MÉTHODOLOGIE	26
Dépouillement des dossiers	26
Entrevues individuelles	26
RÉSULTATS	27
Données cliniques et administratives	27
Profil des participants ayant intégré le marché du travail	27
Données cliniques et profil de services	28
Données relatives au travail ou à l’insertion socioprofessionnelle	29
Portrait type des participants ayant intégré le marché du travail	31
Profil des participants n’ayant pas intégré le marché du travail	32
Données cliniques et profil de services	32
Données relatives au travail ou à l’insertion socioprofessionnelle	34
Portrait type des participants MFTA n’ayant pas intégré le marché du travail	37
Comparaisons statistiques	38
Entrevues individuelles	39
Profil des participants	39
Perceptions du travail chez le participant	39
Perceptions des participants et du MFTA par l’employeur	41
PHASE II : ÉTUDE PROSPECTIVE	44
Objectifs visés	44
MÉTHODOLOGIE	44

Participants et procédures	44
Les nouveaux participants au projet MFTA	45
Les intervenants cliniques et les superviseurs	46
Les employeurs	46
Les coordonnateurs territoriaux	46
Matériel.....	47
Grille d'analyse des dossiers des participants	47
Protocoles d'entrevues.....	47
Mesure de la qualité de vie	48
Mesure du handicap.....	48
Traitement et analyses des données.....	49
RÉSULTATS	50
Profil des participants	50
Données cliniques et profil de services	51
Données relatives au travail ou à l'insertion socioprofessionnelle	52
Effets du programme chez les participants.....	55
Encadrement requis	55
Sources de motivation	56
Parcours relatif à l'emploi	56
Mesure de la qualité de vie	58
Mesure de la sévérité du handicap.....	60
Exemples de parcours : changements entre temps 1 et 2	62
Parcours 1 : santé mentale	63
Parcours 2 : déficience intellectuelle	64
Parcours 3 : déficience physique	65
Fonctionnement du MFTA dans chaque territoire de MRC.....	67
Perceptions et appréciation du MFTA des différents groupes	69
Participants au MFTA	70
Employeurs.....	71
Superviseurs et intervenants cliniques.....	74
Coordonnateurs.....	75
Comité régional	79
DISCUSSION.....	81

Limites de l'étude	84
CONCLUSION	85
RÉFÉRENCES	85
APPENDICE A	87
Formulaires de consentement aux entrevues	87
APPENDICE B	99
Instruments d'évaluation	99
APPENDICE C	105
Protocoles d'entrevues.....	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Niveau d'aide apportée aux participants concernant la tâche (n=28)	29
Tableau 2	Nombre et taux de placements en fonction du secteur d'activité	30
Tableau 3	Sources de motivation du participant (n : 28)	30
Tableau 4	Niveau d'aide apportée aux participants concernant la tâche (n=80)	35
Tableau 5	Sources de motivation du participant (n : 80)	36
Tableau 6	Variables montrant une différence modérée ou significative* entre les groupes	38
Tableau 7	Niveau d'aide apportée aux participants concernant la tâche au pré test (n=30)	53
Tableau 8	Niveau d'aide apportée aux participants selon le type de handicap au pré test (n=30)	53
Tableau 9	Sources de motivation du participant au pré test (n : 30)	54
Tableau 10	Niveau d'aide apportée aux participants au pré test et au post test (n = 23)	55
Tableau 11	Sources de motivation du participant (n : 23)	56
Tableau 12	Situation des participants sur le parcours de l'employabilité (n=23)	57
Tableau 13	Variation dans la qualité de vie aux différentes dimensions (n=23)	58
Tableau 14	Variations de la qualité de vie selon le type de déficience (n=23)	59
Tableau 15	Variations de la qualité de vie à chaque dimension selon le type de déficience (n=23)	59
Tableau 16	Variation de la mesure du handicap aux différentes dimensions (n=23)	61
Tableau 17	Variations globales de la mesure du handicap selon le type de déficience (n=23)	61
Tableau 18	Variations de la mesure du handicap à chaque dimension selon le type de déficience (n=23)	62

FIGURE

Figure 1	Interactions entre les différents acteurs du MFTA	69
----------	---	----

RÉSUMÉ

Le projet «Milieu de formation et de travail adapté (MFTA)» vise l'intégration au travail des personnes ayant des incapacités significatives et persistantes en santé mentale, déficience physique et déficience intellectuelle. La clientèle ciblée par ce projet exige une supervision constante et/ou ne rencontre pas les critères d'admissibilité des programmes gouvernementaux existants ou ne peut intégrer une entreprise adaptée. Les attentes des employeurs face à la performance et la productivité à court terme, sont peu compatibles avec des clientèles qui nécessitent du temps pour bien intégrer les apprentissages et pour les généraliser. En ce sens, les employeurs, dans un souci de rentabilité, sont peu enclins à offrir une supervision à moyen ou à long terme. À partir d'un projet pilote, différents partenaires constatent l'importance de donner du support à l'employeur et de maintenir les liens avec les intervenants qui gravitent autour des personnes intégrées dans ces milieux de formation et de travail adaptés. Cette constatation a favorisé la mise en place de structures locales avec une ramification régionale, ce qui constitue finalement le projet MFTA. Les participants reçoivent une formation adaptée à leurs besoins dans le but de développer leur employabilité soit dans un organisme communautaire, une entreprise privée, une entreprise d'économie sociale, un établissement public, un organisme public ou parapublic. Ils bénéficient d'une structure permanente dont un superviseur sur place, permettant à la personne de s'intégrer au sein d'une équipe régulière de travail. Cette dernière effectue un travail qui convient à ses goûts et intérêts, où elle peut s'épanouir et recevoir une allocation en lien avec son parcours d'intégration en milieu de travail. Le projet sous sa forme actuelle, a débuté en 2003 et 211 personnes ont participé à des milieux de formation en développement de l'employabilité depuis (entre 2003 et 2006). Parmi celles-ci, 43 personnes ont intégré le marché régulier du travail et 8 sont retournées à l'école. Les premiers essais, soutenus par une vision commune de l'intervention, semblent apporter des résultats inespérés. Les organismes souhaitent maintenant expérimenter systématiquement le projet auprès de nouvelles personnes. La recherche, d'une durée de deux ans, comprend une étude rétrospective et une étude prospective qui permettent de déterminer l'encadrement requis pour soutenir les participants et les employeurs, le fonctionnement réel dans chaque territoire de la région et l'effet du programme sur les clientèles en fonction du niveau d'employabilité, de la qualité de vie et des connaissances relatives à l'emploi. Les informations ainsi recueillies permettent de circonscrire les variables qui semblent avoir davantage contribué à l'employabilité tant au niveau des individus que des milieux d'accueil.

LISTE DES ACRONYMES

ASSSAT	Agence de la Santé et des Services sociaux de l’Abitibi-Témiscamingue
CAMO	Comité d’adaptation de la main d’œuvre
CLE	Centre local d’emploi
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique (CRLM)
CSSS	Centre de Santé et de Services sociaux
DSP	Direction des services professionnels
LARESCO	Laboratoire de recherche pour le soutien des communautés
MFTA	Milieus de formation et de travail adaptés
MELS	Ministère de l’Éducation, du loisir et du sport
MRC	Municipalité régionale de comté
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PIIT	Plan d’intégration individualisé au travail
PSEA	Programme de soutien pour entreprises adaptées (CTA)
RAPHAT	Regroupement des associations de personnes handicapées de l’Abitibi-Témiscamingue
RIEAT	Réseau de l’intégration en emploi de l’Abitibi-Témiscamingue

CONTEXTE

Plus de 12 200 personnes vivent avec une incapacité en Abitibi ce qui correspond à environ 8,5 % de l'ensemble de la population de la région (Statistique Canada). On retrouve le plus grand nombre d'entre elles dans les territoires de Rouyn-Noranda et de la Vallée de l'Or. En fait, près de six personnes sur dix ayant une incapacité en Abitibi-Témiscamingue habitent ces territoires.

Une part un peu plus importante d'hommes que de femmes présente des incapacités dans la région (52 % contre 48 %). Parmi les personnes de la région présentant des incapacités, 67 % ont entre 15 et 64 ans, tant chez les hommes que chez les femmes, ce qui constitue un enjeu important par rapport aux programmes et budgets à mettre en place en fonction des clientèles.

Parmi la population avec incapacités de la région, on dénombre plus de 8000 personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, ce qui équivaut environ 70 % de cette population comparativement à 40 % chez la population sans incapacité de l'Abitibi-Témiscamingue. Plus de 6100 personnes affectées par des incapacités n'ont pas atteint la 9^e année (secondaire 2), soit la moitié des personnes avec incapacités de 15 ans et plus de la région.

Les taux d'activité et d'emploi de ces dernières sont inférieurs à ceux des personnes sans incapacité; ils sont respectivement de 20 % et de 15,5 % pour les premiers et s'élèvent à 66 % et 57 % pour les deuxièmes (Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue).

Les personnes handicapées doivent donc faire face quotidiennement à des obstacles qui limitent leur participation sociale et particulièrement leur accès au marché du travail. Elles représentent de plus, l'un des secteurs de la population les plus défavorisés sur le plan de la formation et de l'emploi. Par conséquent, elles sont parmi les personnes les plus touchées par la pauvreté et l'exclusion sociale (Gouvernement du Québec, 2008).

PROBLÉMATIQUE

Historique

Les conclusions du rapport Pelletier (1999) qui mettaient, entre autres, en évidence le travail non rétribué de certaines personnes handicapées, amenèrent des intervenants de l'Abitibi-Témiscamingue à tenter de trouver des solutions afin de corriger cette situation. Le rapport soulignait que certaines personnes trop lourdement handicapées pour intégrer un centre de travail adapté sont cependant en mesure de fournir un travail si elles sont encadrées et soutenues. Elles doivent acquérir certaines habitudes de travail qui permettront éventuellement leur intégration à l'emploi si elles en manifestent le désir.

Avant la mise sur pied du projet dont nous ferons état, les différents organismes reliés à la déficience physique, à la déficience intellectuelle et à la santé mentale, se succédaient chez le même employeur à la recherche de lieux de travail particuliers pour leur clientèle. Par ailleurs, certains employeurs étaient prêts à offrir des possibilités d'expérience de travail, mais voulaient être assurés d'un soutien professionnel.

Pour contrer ces difficultés, en septembre 2000, un projet pilote (La Fabrique Notre-Dame-de-Protection de Rouyn-Noranda), fut mis en place afin d'évaluer les impacts du travail rémunéré auprès des personnes handicapées. De plus, les promoteurs voulaient connaître l'impact d'un tel projet chez les employeurs. Cette première démarche, issue du CRDI Clair Foyer, associait plusieurs partenaires gouvernementaux et organismes du milieu. Ainsi, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), Emploi Québec, le Regroupement des associations de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (RAPHAT), le Comité d'adaptation de la main d'œuvre (CAMO) et Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue s'associèrent pour construire des outils d'évaluation et assurer le suivi et le bon cheminement du projet.

Durant un an, des travailleurs handicapés furent évalués régulièrement sur l'ensemble des points préétablis par des professionnels. L'appréciation du projet pilote a permis d'observer que plusieurs participants sont en mesure et désirent augmenter leur temps de travail par rapport au temps alloué au début du projet. Un encadrement constant est nécessaire, mais

graduellement le degré d'autonomie augmente pour une partie des individus et amène une diminution au niveau du support requis. En ce qui concerne l'employeur, sa collaboration est proportionnelle à l'appui qu'il reçoit. L'assurance d'obtenir l'assistance de spécialistes en cas de difficulté est primordiale.

Cette première expérience réalisée dans la MRC de Rouyn-Noranda allait inspirer un autre groupe d'intervenants de la MRC du Témiscamingue qui, à la suite du Sommet 2000 sur l'emploi et l'économie, a voulu trouver des solutions pour intégrer à l'emploi des personnes présentant des incapacités importantes et qui exigeaient une supervision constante et qui ne rencontraient pas les critères d'admissibilité des programmes gouvernementaux existants (CIT, CTA, Emploi Québec, Sphère Québec).

En avril 2000, la Table de concertation à l'emploi des personnes avec limitations du Témiscamingue, après analyse de la situation, constate l'importance de donner du support à l'employeur et de maintenir les liens avec les intervenants (éducateur, psychologue, travailleur social, famille d'accueil, famille naturelle, etc.) qui gravitent autour des personnes intégrées dans ces milieux de formation et de travail adaptés.

Ces expériences positives dans ces deux MRC, amenèrent madame Claudette Deault de l'OPHQ et monsieur Michel Darby du CRLM à supporter la restructuration des tables action-travail sectorielles dans les trois autres MRC de la région, en s'inspirant des deux modèles existants.

L'expérience de deux MRC «fondatrices» a favorisé la mise en place de structures locales avec une ramification régionale, ce qui constitue finalement le projet «Milieu de formation et de travail adaptés» (MFTA).

Modèle initial du MFTA

Pour favoriser l'harmonisation du projet au niveau régional, un comité régional est mis en place; il regroupe différents partenaires concernés par l'intégration au travail des personnes présentant des incapacités significatives et persistantes. Ces partenaires sont : l'Agence régionale de développement des réseaux locaux de services de santé et services sociaux (ASSSAT), le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée de l'Or (CSSS-volet

régional santé mentale), le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le CRDP La Maison, le CRDI Clair Foyer, Emploi Québec, la Sécurité du Revenu, l'OPHQ, le RAPHAT, Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue (service externe de main d'oeuvre) et Services Canada. De par leur fonction de gestionnaires, ces personnes peuvent influencer les instances décisionnelles de leur organisation ou d'autres organismes. Leur mandat est de s'assurer de la viabilité du projet et du respect de la vision et des orientations régionales.

Deux personnes attitrées à la coordination régionale siègent d'office à chaque rencontre du comité régional. Ces personnes, désignées par le comité régional, représentent le comité et s'assurent de la coordination régionale du projet des milieux de formation et de travail adaptés. Le comité régional a ainsi mandaté une représentante de l'OPHQ ainsi qu'un représentant du Centre de réadaptation La Maison (CRDP). Ces deux personnes s'assurent de la planification régionale du projet et veillent à assurer la cohérence de l'application de celui-ci. De plus, un représentant des coordonnateurs ou coordonnatrices locaux siège au comité régional lorsque ce dernier le requiert ou qu'une demande expresse des coordonnateurs locaux a été faite.

On retrouve dans chacune des MRC de la région les Tables action-travail sectorielles qui regroupent des représentants d'organismes ayant eux aussi pour mission de favoriser l'intégration au travail des personnes présentant des incapacités significatives et persistantes. La composition des tables est généralement la suivante: le CRDI Clair Foyer, le CRDP La Maison, les organismes communautaires, Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue, la commission scolaire, l'OPHQ, le Centre local d'emploi, le CSSS (pour la santé mentale) et le coordonnateur local du projet MFTA.

Le rôle des tables action-travail sectorielles est en lien direct avec les orientations régionales définies au MFTA. Elles ont à déterminer les priorités de leur MRC et supportent le coordonnateur dans ses actions. Leurs responsabilités sont d'établir les priorités locales en fonction des besoins des différents participants, d'assurer un suivi des fonds alloués à l'organisme fiduciaire local, de faire des représentations auprès des partenaires locaux afin de solliciter leur collaboration, d'effectuer des demandes de financement, d'entériner les actions du coordonnateur et d'assurer son encadrement.

Le coordonnateur local coordonne le projet des milieux de formation et de travail adaptés dans sa MRC tout en respectant la vision et les orientations régionales. Il doit en faire la promotion auprès des employeurs potentiels, en vue de développer le marché de l'emploi pour la clientèle visée. Il travaille en étroite collaboration avec les différents intervenants qui gravitent autour du participant afin de favoriser son intégration dans le milieu de formation et de travail adaptés. Il s'assure de la participation de l'intervenant clinique auprès du participant lorsqu'une intervention spécialisée est nécessaire. Il fournit au superviseur les outils d'intervention appropriés afin qu'il puisse intervenir de façon adéquate. Il s'assure du financement nécessaire pour permettre l'intégration au MFTA (allocation, transport). Il prévoit l'adaptation des postes de travail des participants lorsque nécessaire. Il fait le lien entre le superviseur et l'employeur. De concert avec les partenaires, il coordonne et participe à l'élaboration des plans d'intégration individualisés au travail (PIIT) et en assure le suivi. Il s'assure de la dispensation de formations et participe à l'élaboration de formations adaptées afin d'augmenter l'employabilité des participants. Il assure le suivi auprès des employeurs. En collaboration avec le comité clinique, il fait l'évaluation continue du projet MFTA dans les milieux de formation de son secteur. Il informe les partenaires des tables action-travail sectorielles de l'évolution du projet. Il participe à des rencontres régionales mensuelles des coordonnateurs afin de partager et d'échanger sur la vision régionale MFTA.

Au niveau local, en plus de bénéficier d'une table action-travail sectorielle et d'un coordonnateur, le projet se voit associé à un superviseur qui a pour mandat de superviser les personnes présentant des incapacités significatives et persistantes, directement dans les milieux de formation et de travail adaptés.

Le superviseur collabore avec l'employeur, s'assure que la description des tâches respecte et s'ajuste aux capacités des participants. Il effectue un suivi auprès de l'employeur en regard de la tâche. Il collabore avec l'intervenant clinique pour cibler les besoins de formation des participants. Il supervise la personne lors de l'exécution de tâches reliées à son travail. Il applique le PIIT du participant. Il voit au développement de l'employabilité par l'amélioration des habitudes, des aptitudes et des habiletés de travail chez la personne. Il

l'encouragement et la stimule. Il avise le coordonnateur lors de situations problématiques afin de prévoir, conjointement, les mesures nécessaires pour stabiliser la situation. Il travaille en collaboration avec l'intervenant clinique.

L'intervenant clinique, acteur important dans la structure, collabore à l'intégration de son client, c'est-à-dire qu'avec le superviseur, il cible les besoins de formation de ce dernier. Sur demande du coordonnateur, il intervient dans le milieu de travail auprès du participant lorsqu'une intervention spécialisée est nécessaire. En collaboration avec le coordonnateur et le superviseur, il s'assure d'un environnement sain et sécuritaire pour le participant. Finalement, il participe à l'élaboration et au suivi du plan d'intégration individualisé au travail.

Les coordonnateurs font partie du projet MFTA grâce au financement des centres de réadaptation et de la santé mentale et les salaires des superviseurs sont assurés par le programme de subvention «Fonds d'intégration au travail pour les personnes handicapées» gérés par Sphère-Québec et Service Canada dans leurs volets respectifs.

Différents organismes locaux à but non lucratif et un organisme régional, assument l'administration des fonds fournis par les différents partenaires et bailleurs de fonds dans le cadre du projet, en lien avec sa MRC ou la région. Ils ont à fournir, sur demande des partenaires, l'état de situation des dépenses, minimalement une fois l'an aux tables action-travail sectorielles et au comité régional. Ils participent aux rencontres de la table action-travail sectorielle de leur MRC.

Un investissement financier des établissements en santé et services sociaux, jumelé à un travail de partenariat entre les multiples collaborateurs, a fait en sorte que la méthode d'intervention s'est raffinée et a permis de donner de bons résultats. En effet, le projet sous sa forme actuelle, a débuté en 2003 et 211 personnes ont été intégrées dans des milieux de formation en développement de l'employabilité depuis. Parmi celles-ci, 43 personnes ont intégré le marché régulier du travail, 13 d'entre elles sont intégrées dans un milieu de travail sans salaire et 8 sont retournées à l'école.

Le comité régional désire maintenant l'appui de chercheurs indépendants pour permettre de mettre en lumière les points forts et les faiblesses du MFTA et pour en mesurer les effets auprès d'un nouveau groupe de participants. Le Laboratoire de recherche pour le soutien des communautés (LARESCO), a alors procédé aux différentes phases requises ce qui donne lieu au rapport présenté ici. Un comité de suivi de la recherche a été instauré dès le début de l'étude. Il supporte les chercheurs dans les différentes étapes et apporte les informations nécessaires au bon déroulement du projet.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Sur le plan éthique, l'ensemble de ce projet de recherche s'effectue en collaboration avec chacun des organismes concernés. Le comité de suivi mis sur pied se compose d'un représentant du CRDI, un représentant du CRDP, un représentant de l'OPHQ, un représentant de Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue, un représentant d'Emploi Québec et un représentant du CSSS de la Vallée de l'Or (volet santé mentale).

Plusieurs précautions sont prises tout au long de cette recherche, afin d'assurer le respect de l'éthique reliée à la recherche. Les principales mesures prévues concernent l'obtention des consentements, le mode d'entreposage des questionnaires, les engagements à la confidentialité des renseignements et à l'anonymat des participants ainsi que la gestion des entrevues.

Au moment d'obtenir les consentements, les participants se voient remettre un formulaire de consentement décrivant entre autres les objectifs de l'étude, le déroulement prévu ainsi que les engagements des chercheurs relativement aux normes d'éthique. Si ceux-ci ne sont pas aptes à consentir (situation peu probable, mais possible), la demande est soumise au préalable au tuteur ou responsable légal de la personne. Toutefois, même dans une telle situation, le participant doit donner son consentement. Le formulaire de consentement a été vulgarisé pour en favoriser la compréhension (appendice A). De plus, au moment de la réalisation des entrevues, la formulation des questions a été simplifiée en fonction de la clientèle rencontrée pour s'adapter aux besoins de compréhension.

Enfin, les chercheurs s'engagent à assurer l'anonymat des participants en ne divulguant aucune information nominale pouvant permettre leur identification (tant dans le rapport intérimaire que dans le rapport final). Les résultats de l'étude ne seront utilisés par les chercheurs qu'à des fins scientifiques et académiques.

QUESTIONS DE RECHERCHE

Jusqu'à maintenant, le projet MFTA a permis de clarifier les responsabilités et les tâches des divers acteurs au palier régional et territorial (MRC). Il a aussi permis de clarifier le processus de collaboration qui permet l'insertion dans les milieux de travail de personnes qui ont des difficultés fonctionnelles importantes. Cependant, l'appréciation du projet réalisé ainsi que sa formalisation laissent en suspens un certain nombre de questions auxquelles l'évaluation devrait répondre.

- 1) Au moment où elles entrent dans le projet, les personnes participantes qui intégreront le marché régulier du travail sont-elles différentes de celles qui ne le feront pas ?
- 2) Quel est l'encadrement requis pour soutenir les personnes participantes ?
- 3) Quel est l'encadrement requis pour soutenir les employeurs ?
- 4) Quel est le fonctionnement réel et l'appréciation du MFTA dans chaque territoire de MRC?
- 5) Le programme permet-il d'accroître la qualité de vie, le niveau d'employabilité et les connaissances relatives à l'emploi des personnes participantes ?

Pour répondre à ces questions, la recherche comprend deux parties distinctes : a) une étude rétrospective permettant de connaître le portrait des participants et de l'organisation en place depuis le début; b) une étude prospective auprès de 25 nouveaux participants comprenant l'évaluation des effets (pré-test/post-test) et l'évaluation d'implantation du projet dans les 5 MRC.

PHASE I : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE

Afin de dresser le portrait le plus détaillé possible des variables à prendre en compte lors de l'évaluation de l'expérimentation, une analyse rétrospective a été privilégiée en début de processus. Cette stratégie de recherche a permis de produire un ensemble de données pour relever les caractéristiques spécifiques des personnes ayant intégré ou non le marché du travail régulier : âge, sexe, type et sévérité de handicap, type de milieu de travail, nature et intensité d'encadrement requis, expérience antérieure d'insertion au travail ou accès à d'autres mesures d'insertion socioprofessionnelle, scolarité et raisons de l'abandon du MFTA s'il y a lieu.

Pour ce faire, trois stratégies de collecte de données ont été utilisées en fonction des informations à recueillir dans chaque MRC : a) un relevé des données cliniques et administratives disponibles aux dossiers des 100 derniers participants à avoir intégré le projet précédant l'expérimentation formelle (2005-2006), b) la réalisation d'entrevues individuelles auprès de 10 anciens participants ayant obtenu et conservé un emploi, ainsi que (c) la réalisation d'entrevues individuelles auprès de leur employeur. Ces entrevues semi-dirigées ont permis d'enrichir les informations obtenues par l'étude des dossiers (juin-juillet-août 2007) et de vérifier le degré de satisfaction des participants intégrés et des employeurs.

MÉTHODOLOGIE

Dépouillement des dossiers

Au moins 100 dossiers d'anciens participants devaient être dépouillés et des rencontres complémentaires avec certains intervenants devaient permettre de compléter les données manquantes. Les autorisations de procéder à l'étude des dossiers ont été obtenues des différents DSP et la consultation des dossiers avait lieu en présence d'intervenants ou de gestionnaires dans chacune des instances (CRDI, CRDP, Santé mentale). Cette opération se faisait à partir d'une grille à compléter selon un ensemble de variables retenues en fonction des besoins de recherche ainsi que de la revue de littérature.

À partir des données recueillies, un portrait global des participants n'ayant pas intégré le milieu du travail ainsi que celui des participants intégrés a été produit pour permettre une comparaison entre les deux groupes. Les données ont été traitées au moyen du logiciel SPSS.

Entrevues individuelles

Pour compléter les données quantitatives, dix personnes ayant obtenu un emploi à la suite d'un MFTA ainsi que leurs employeurs ont été rencontrés en entrevue individuelle (entrevue semi-dirigée). Une autorisation écrite du participant et de l'employeur était requise et les rencontres se sont déroulées dans le milieu de travail. Les rendez-vous ont été pris en collaboration avec les intervenants locaux.

La classification thématique des verbatim a permis d'en tirer une analyse verticale et horizontale.

RÉSULTATS

Données cliniques et administratives

Les dossiers les plus récents ont été privilégiés car les informations relatives à ceux-ci démontraient des modalités plus précises de gestion (entrées et sorties, statistiques...). Les différentes participations au MFTA se sont réalisées entre 2004 et 2006. Cent huit dossiers ont été consultés et des données complémentaires ont généralement été recueillies auprès des intervenants. Quatre-vingts participants sont non intégrés en emploi et 28 le sont (26 %). Ils proviennent de Rouyn-Noranda (28), Vallée-de-l'Or (25), Témiscamingue (19), Abitibi (18) et Abitibi-Ouest (18). Ils présentent les déficiences suivantes : déficience intellectuelle (66), problème de santé mentale (35) et déficience physique (7).

Profil des participants ayant intégré le marché du travail

Vingt-huit personnes ont été intégrées. Parmi elles, on retrouve 32 % de femmes et 68 % d'hommes. Les hommes sont donc proportionnellement légèrement surreprésentés dans le groupe des personnes à l'emploi (68 % vs 59 %).

Comme pour l'ensemble des participants, sauf pour la tranche d'âge de plus de 55 ans (4 % des sujets), on retrouve une distribution relativement équilibrée des participants en fonction des groupes d'âge bien qu'une plus forte proportion se situe entre 45 et 54 ans : 18-24 ans (21 %); 25-34 ans (25 %); 35-44 ans (18 %); 45-54 ans (32 %) (Moyenne : 36,32 ans).

La plupart sont célibataires (70 %); les autres s'identifient à peu près également comme conjoints de fait ou mariés (11 %), séparés (15 %) ou veufs/veuves (4 %). Cinquante pour cent d'entre eux vivent seuls en appartement, 7 % en appartement supervisé, 29 % chez des membres de leur famille et 14 % en résidence d'accueil.

Ils proviennent des MRC suivantes : Témiscamingue (9), Vallée-de-l'Or (7), Abitibi (5), Rouyn-Noranda (4) et Abitibi-Ouest (3).

Leur réseau social est considéré limité (54 % des cas), moyennement développé (25 %) et développé (21 %). Leurs familles s'impliquent à l'occasion (28 %), jamais (20 %), souvent (8 %) ou toujours (32 %) auprès d'eux.

Dix-huit pour cent des personnes intégrées n'ont jamais été scolarisées ou sont au niveau de l'alphabétisation, 61 % ont fait leur scolarité dans des classes de cheminement particulier, 11 % ont fréquenté le secondaire et 11 % ont étudié au niveau postsecondaire.

Données cliniques et profil de services

Parmi les dossiers étudiés, 29 % relèvent du CSSS, 46 % du CRDI, 7 % du CRDP et 14 % de Vision-Travail A.T. Aucune personne ne relève d'un organisme communautaire. Quatre pour cent des dossiers étaient fermés au moment de l'étude. On retrouve 61 % des personnes avec un handicap intellectuel, 7 % avec un handicap physique et 32 % avec des problèmes de santé mentale.

Soixante-sept pour cent d'entre eux ont été orientés vers le MFTA par leur intervenant clinique, 27 % par Vision-Travail A.T. et 7 % ont fait la demande eux-mêmes.

Pour l'ensemble des dossiers comprenant cette information (71 %), la déficience intellectuelle est légère (54 %), moyenne (26 %) ou profonde (19 %).

Parmi les 8 personnes intégrées présentant une limite physique, les troubles suivants sont identifiés : épilepsie (25 %), paralysie/parésie (25 %) dysphasie (25 %) et autres (25 %). Il apparaît donc que le niveau d'intégration au travail ne serait pas tributaire du type de handicap physique.

En santé mentale, on retrouve plusieurs diagnostics et, généralement des troubles associés au diagnostic premier. Douze participants sur les 28 dossiers analysés auraient des troubles de santé mentale. Les principaux sont : schizophrénie et psychose (17 %), troubles de l'humeur (25 %), troubles de la personnalité (17 %), troubles diagnostiqués dans l'enfance (17 %), troubles sexuels (8 %), troubles anxieux (8 %).

Pour la plupart des participants (85 %), quel que soit le type de handicap, on retrouve des troubles associés au diagnostic principal. Parmi les sujets étudiés, on identifie de 0 à 6 troubles associés, la majorité d'entre eux en présentant 1 ou 2. Ce sont les limites physiques ou intellectuelles avec troubles de santé mentale (41 %), troubles liés à la santé mentale (11 %), limites reliées au travail, à la santé mentale et troubles relationnels (19 %),

limites reliées au travail (7 %), limites reliées au travail et troubles relationnels (7 %). On ne retrouve pas de différence avec le groupe non intégré.

La mesure de l'estime de soi fait également partie des mesures inscrites au dossier des participants dans 40 % des cas. Elle indique une estime de soi faible ou très faible dans 78 % des cas (vs 69 %) et moyenne ou bonne dans 22 % des dossiers (vs 31 %). On identifie la présence de troubles graves du comportement dans 23 % des dossiers. Les autres participants ne manifesteraient pas de trouble comportemental (77 %).

Certaines difficultés particulières limitent l'intégration au travail chez 62 % des personnes intégrées. Parmi ces dernières, le manque d'éthique du travail (20 %) le manque d'hygiène (60 %) et ces deux difficultés combinées (20 %) sont soulignées comme principaux obstacles.

Données relatives au travail ou à l'insertion socioprofessionnelle

Les participants intégrés ont été référés par l'intervenant clinique (67 %), par Vision-Travail (36 %) ou par eux-mêmes (7 %).

Les expériences de travail ou d'insertion professionnelle s'échelonnent de 0 à 14 (Moyenne 4,04). La plus forte proportion des participants en a vécu une seule (21 %). Six pour cent des participants n'ont jamais vécu d'insertion professionnelle, 40 % en ont vécu une ou deux, 29 % trois ou quatre, 19 % 5 ou 6 et 6 % plus de sept. Peu d'entre eux ont occupé un travail (au même endroit ou non) sur une longue période (moyenne 3,34 ans).

Le tableau suivant illustre le secteur déficitaire et le niveau d'aide requis par les participants intégrés (%) au niveau des aptitudes (savoir), attitudes (savoir être) et habiletés (savoir-faire).

Tableau 1

Niveau d'aide apportée aux participants concernant la tâche (n=28)

	Rarement	À l'occasion	Souvent	Constamment
--	----------	--------------	---------	-------------

Acquisition d'aptitudes spécifiques	39	22	22	17
Acquisition d'attitudes au travail	22	22	39	17
Acquisition d'habiletés de travail	32	32	21	16

Le MFTA est réalisé dans une entreprise privée (43 %), dans un OBNL, entreprise d'économie sociale ou organisme communautaire (16 %) dans un milieu de travail adapté ou projets spéciaux (33 %). Les participants occupent différentes fonctions : entretien ménager (36 %), manutention (43 %), entretien paysager (11 %) aide en restauration (11 %). La plupart d'entre eux travaillent 20 heures/semaine (34 %), de 24 à 35 heures (22 %) et de 10 à 15 heures (44 %) alors qu'une personne travaille 3 heures/semaine (Moyenne : 20,08 heures). Le tableau suivant illustre dans quel secteur d'activité se retrouvent les clients intégrés.

Tableau 2

Nombre et taux de placements en fonction du secteur d'activité

Secteurs d'activité	Nombre de participants	Nombre de placements	%
Entreprise privée	35	15	43
OBNL/Organisme communautaire/économie sociale/public et parapublic	64	10	16
Entreprise adaptée et projets spéciaux (cartes et reliure)	9	3	33

Les participants se rendent dans le milieu au moyen du transport adapté (19 %), à pied (41 %), en voiture seuls (7 %) ou accompagnés (30 %) et en autobus (4 %).

Le tableau suivant illustre les principales sources de motivation incitant les individus à participer au projet (%). Globalement, ce groupe est un peu motivé (8 %), assez (23 %) et très motivé (69 %).

Tableau 3

Sources de motivation du participant (n : 28)

	Motivation première	Motivation secondaire
--	---------------------	-----------------------

Salaires et nécessité financière	44	26
Tâches à accomplir	11	19
Collègues de travail	11	11
Valorisation personnelle	33	30
Ne sait pas	0	15

Portrait type des participants ayant intégré le marché du travail

Le sujet intégré est généralement un homme de 36,32 ans, célibataire, qui vit en appartement de manière autonome. Son cheminement scolaire a été réalisé en dehors du circuit régulier. Son réseau social est limité et sa famille le supporte peu. Il a un diagnostic de déficience intellectuelle légère qui se complexifie avec la présence de 2,11 troubles associés, généralement en santé mentale. Il a été pris en charge en moyenne 11,71 ans par un organisme du réseau et est encore suivi mais de manière moins intense. Il n'a pas de suivi au niveau communautaire. Il démontre une faible estime de soi mais manifeste peu de troubles de comportement. Des obstacles particuliers limitent son intégration harmonieuse au travail particulièrement au niveau de l'hygiène. Il a réalisé 4,04 tentatives d'intégration professionnelle pour un total de 3,34 ans. Son séjour en MFTA a été de 2,25 ans. Il nécessite un niveau d'aide minimal au niveau des habiletés et des aptitudes au travail mais davantage au niveau des attitudes. Il a été intégré généralement dans une entreprise privée, dans une tâche d'entretien ménager ou de manutention où il travaille 20,08 heures par semaine. Il est autonome dans ses déplacements et le transport lui apparaît peu problématique. Il est très motivé au travail et ses sources d'intérêt sont le salaire et la valorisation personnelle.

Fait intéressant, le taux de placement représente exactement le taux de participants de chaque clientèle démontrant que le type de handicap n'explique pas le niveau d'intégration au travail : 61 % des 108 participants ont une déficience intellectuelle et 61 % des 28 intégrés ont une déficience intellectuelle; 32 % des 108 participants ont un trouble de santé mentale et 32 % des intégrés ont un trouble de santé mentale alors que 7 % des 108 participants ont un handicap physique ce qui représente 7 % des personnes intégrées.

Profil des participants n'ayant pas intégré le marché du travail

Cette clientèle comprend 41 % de femmes et 59 % d'hommes dont l'âge varie de 18 à 59 ans (moyenne 38,44 ans). Sauf pour la tranche d'âge de plus de 55 ans (5 % des sujets), on retrouve une distribution relativement équilibrée des participants en fonction des groupes d'âge bien qu'une plus forte proportion se situe entre 45 et 54 ans : 18-24 ans (19 %); 25-34 ans (19 %); 35-44 ans (26 %); 45-54 ans (31 %) (Moyenne 38,44 ans).

La plupart sont célibataires (81 %); les autres s'identifient à peu près également comme conjoints de fait ou mariés (9 %) séparés (9 %); ou veuf (veuve) (1 %). Trente-cinq pour cent d'entre eux vivent dans leur appartement, 11 % en appartement supervisé, 25 % chez des membres de leur famille et 28 % en résidence d'accueil. Ce résultat démontre que les personnes vivant dans leur appartement occupent davantage d'emplois (50 % vs 35 %) et que les personnes en résidence d'accueil sont sous-représentées (14 % vs 28 %).

Leur réseau social est considéré limité (35 % des cas), moyennement développé (32 %) et développé (32 %). Leurs familles s'impliquent auprès d'eux: toujours (24 %), souvent (31 %), à l'occasion (26 %), jamais (11 %). Les personnes non intégrées semblent jouir d'un réseau social plus développé que l'autre groupe : (limité 35 % vs 34 %) et développé (32 % vs 21 %) et moins d'entre eux n'ont jamais de support familial (8 % vs 20 %).

Leur cheminement scolaire s'avère généralement pauvre. En effet, 15 % n'ont jamais été scolarisés ou ont été uniquement en classe d'alphabétisation, 50 % ont suivi leur scolarité dans des classes de cheminement particulier, 6 % ont fréquenté le primaire, 21 % le secondaire et 8 % ont étudié au niveau postsecondaire. Ici encore, la différence de scolarité s'avère un peu plus forte chez les personnes non intégrées (65 % vs 79 % non scolarisés ou cheminement particulier) et une plus grande proportion d'entre eux a dépassé le niveau primaire (28 % vs 22 %).

Données cliniques et profil de services

Parmi les dossiers étudiés, 24 % relèvent du CSSS, 56 % du CRDI, 6 % du CRDP, 9 % d'un organisme communautaire et 0 % de Vision-Travail (accès problématique aux dossiers). Cinq pour cent des dossiers étaient fermés. On retrouve 61 % des personnes avec un handicap intellectuel, 7 % avec un handicap physique et 32 % avec des problèmes de

santé mentale. Ces données sont identiques dans les deux groupes. La presque totalité des personnes (96 %) a été orientée vers la formation MFTA par son intervenant clinique, 3 % par l'organisme Vision Travail alors qu'un participant s'est référé lui-même. Une moindre proportion des personnes intégrées a été orientée vers la formation MFTA par son intervenant clinique (67 % vs 96 %). Chez les personnes intégrées à l'emploi, 25 % ont été référés par l'organisme Vision-Travail A.T. et 7 % ont fait la demande eux-mêmes. Ces résultats différencient les groupes.

Pour l'ensemble des dossiers comprenant cette information (67 %), la déficience intellectuelle est légère (54 %), moyenne (26 %) ou profonde (19 %) ne démontrant pas de différences statistiques entre les groupes.

Les troubles ou déficiences physiques suivantes sont identifiées parmi les 18 personnes présentant une limitation physique: épilepsie (33 %), paralysie/parésie (22 %) dysphasie (17 %), traumatisme crânien-cérébral (TCC) (11 %), et autres (17 %).

En santé mentale, on retrouve plusieurs diagnostics. Chez les 43 sujets manifestant des problèmes de santé mentale, les principaux sont: schizophrénie et psychose (40 %), troubles de l'humeur (18 %), troubles de la personnalité (18 %), troubles diagnostiqués dans l'enfance (14 %), troubles sexuels (8 %), démence et délirium (2 %). Aucune des différences entre les deux groupes concernant ces variables n'est statistiquement significative. Toutefois, la présence accrue de troubles psychotiques dans le groupe de personnes non intégrées est nettement marquée (17 % vs 40 %).

Pour la plupart des participants (84 %), quel que soit le type de handicap, on retrouve des troubles associés au diagnostic principal. Parmi les dossiers étudiés, on identifie de 1 à 6 troubles associés par individu, la majorité d'entre eux en présentant 1 ou 2 (moyenne 1,68). Ce sont les limites physiques ou intellectuelles et troubles de santé mentale (20 %), troubles liés à la santé mentale (25 %), limites reliées au travail, à la santé mentale et troubles relationnels (13 %), limites reliées au travail (16 %), limites reliées au travail et troubles relationnels (8 %), troubles relationnels et de santé mentale (1 %) et troubles relationnels seuls (1 %).

L'estime de soi fait partie des mesures inscrites au dossier de participants dans 40 % des cas. Elle indique une estime de soi faible ou très faible dans 69 % des cas et moyenne ou bonne dans 31 % des dossiers. Cette variable ne semble pas un facteur décisif pour l'engagement puisque davantage de personnes démontrent une faible estime de soi dans le groupe de personnes intégrées au travail.

On identifie la présence de troubles modérés du comportement dans 26 % des dossiers et de troubles graves dans 18 %. Les autres participants ne manifesteraient pas de trouble comportemental (56 %). Cette différence en faveur des personnes intégrées est significative.

La durée totale des suivis de ce groupe au niveau clinique est de 12,64 ans en moyenne (11,72 ans pour les participants intégrés). Cette différence est significative. Les participants non intégrés ont profité de moins de prises en charge antérieures en CSSS (52 % vs 61 %), en CRDP (8 % vs 21 %), en CRDI (38 % vs 46 %) mais davantage en santé mentale (30 % vs 25 % et au niveau communautaire (29 % vs 18 %). Cette dernière donnée est statistiquement significative. Par ailleurs, ils sont davantage supportés par une intervenant clinique actuellement : CRDI (61 % vs 50 %), santé mentale (43 % vs 29 %), CSSS (44 % vs 32 %) et communautaire (41 % vs 21 %).

Certaines difficultés particulières limitent l'intégration au travail pour plus de la moitié des participants (52 %). Parmi ces dernières, le manque d'éthique du travail (47 %) le manque d'hygiène (31 %) et ces deux difficultés combinées (21 %) sont soulignées comme principaux obstacles. Aucune des différences entre les deux groupes concernant ces variables ne sont significatives.

Données relatives au travail ou à l'insertion socioprofessionnelle

Le nombre d'expériences de travail ou d'insertion professionnelle s'échelonne de 0 à 14 (moyenne 2,78 vs 4,04 pour le groupe intégré). Cette donnée différencie les deux groupes. Huit pour cent des participants n'ont jamais vécu d'insertion professionnelle, 41 % en ont vécu une ou deux, 28 % trois ou quatre, 18 % cinq ou six et 2 % plus de sept (moyenne 2,78 expériences d'insertion). Peu d'entre eux ont occupé un travail (au même endroit ou non) sur une longue période. En effet, 21 % ont travaillé moins d'un an, 42 % entre 0 et 2

ans, 18 % entre 3 et 5 ans et 19 % plus de 5 ans (moyenne 3,72 ans). Cette proportion est légèrement supérieure aux résultats du groupe intégré.

La plupart d'entre eux ont participé à un seul MFTA (75 %) mais certains, généralement trop éloignés du marché du travail, ont participé à deux (23 %) ou à 3 sessions (3 %) (Moyenne : 1,30 MFTA). On ne retrouve pas de différence en fonction du nombre de MFTA réalisés entre les deux groupes (intégrés:1,25; non intégrés:1,30) mais une différence apparaît quand on calcule la durée du programme (intégrés : 2,25 ans; non-intégrés : 1,88 an).

Pour ceux qui ne sont pas intégrés au travail (80) et qui ont terminé leur programme (52), les raisons évoquées pour expliquer le départ du dernier MFTA sont le renvoi du participant (21 %), l'abandon (51 %), la fermeture du milieu (5%) et la fin du projet (10 %). Certains d'entre eux ont été intégrés au travail puis ont abandonné par la suite (11 %).

Les participants bénéficient des services d'un coordonnateur et d'un superviseur dans le milieu de travail. Ces derniers les supportent au niveau de l'acquisition d'aptitudes (savoir), d'attitudes (savoir être) et d'habiletés adéquates (savoir-faire) avec différents niveaux d'intensité. Le tableau suivant illustre le secteur déficitaire et le niveau d'aide requis (%)

Tableau 4

Niveau d'aide apportée aux participants concernant la tâche (n=80)

	Rarement	À l'occasion	Souvent	Constamment
Acquisition d'aptitudes spécifiques	16	12	53	19
Acquisition d'attitudes au travail	13	18	50	19
Acquisition d'habiletés de travail	15	13	50	22

Le groupe de personnes non intégrées requiert davantage d'aide au niveau des aptitudes et des habiletés de travail. La variable attitude ne différencie pas les groupes.

Leur MFTA est réalisé dans une entreprise privée (25 %) dans un OBNL, entreprise d'économie sociale ou organisme communautaire (67 %) dans un milieu de travail adapté

ou projets spéciaux (7,5 %). Davantage de participants intégrés ont fait leur MFTA en entreprise privée ou en entreprise adaptée/projets spéciaux.

Les participants occupent différentes fonctions : entretien ménager (46 %), manutention (35 %), entretien paysager (11 %) aide en restauration (4 %) et différentes tâches (4 %). Les heures travaillées varient de 3 à 40 heures par semaine mais la plupart d'entre eux travaillent 15 heures/semaine (39 %) ou 20 heures (22 %) (Moyenne : 14,21 heures). Cette différence est significative, les personnes intégrées travaillent un plus grand nombre d'heures (14,21 vs 20,08).

Les participants se rendent au travail au moyen du transport adapté (41 %), à pied (27 %), en taxi (11 %), seuls en voiture, (6 %) accompagnés (9 %), en autobus (9 %). Pour 59 % d'entre eux, le transport serait un obstacle. Les personnes intégrées auraient moins de difficultés à se déplacer de manière autonome. L'utilisation du transport adapté différencie statistiquement les deux groupes (19 % vs 41 %).

Les participants seraient peu (9 %), un peu (16 %), assez (32 %) ou très motivés (43 %). Cette différence est significative (69 % des personnes intégrées se disent très motivées vs 43 %). Le tableau suivant illustre les principales sources de motivation incitant les individus à participer au projet (%)

Tableau 5

Sources de motivation du participant (n=80)

	Motivation première	Motivation secondaire
Salaires et nécessité financière	47	15
Tâches à accomplir	9	17
Collègues de travail	9	13
Valorisation personnelle	33	26
Ne sait pas	2	30

Les motivations des deux groupes se rejoignent, les salaires et la valorisation personnelle sont sources principales de motivation.

Portrait type des participants MFTA n'ayant pas intégré le marché du travail

Le sujet non intégré est généralement un homme de 38,44 ans, célibataire, qui vit en milieu protégé (famille, appartement supervisé, famille d'accueil). Son cheminement scolaire est minimal et a été réalisé en dehors du circuit régulier. Son réseau social est moyennement développé mais sa famille le supporte généralement. Il a un diagnostic de déficience intellectuelle légère qui se complexifie avec la présence de troubles associés (moyenne 1,68), généralement en santé mentale. Il a été pris en charge 12,64 ans en moyenne par un organisme du réseau et est encore suivi. Il démontre une faible estime de soi et manifeste généralement des troubles de comportement. Des obstacles particuliers limitent son intégration harmonieuse au travail particulièrement au niveau de l'éthique du travail. Il a réalisé 2,78 tentatives d'intégration professionnelle pour un total de 3,72 ans. Il a généralement fait un seul MFTA. Il nécessite un niveau d'aide important particulièrement au niveau des habiletés et des aptitudes au travail. Son MFTA a été réalisé généralement dans une OBNL, un organisme communautaire, un organisme d'économie sociale ou un organisme public/parapublic dans une tâche d'entretien ménager ou de manutention où il travaille 14,21 heures par semaine. Il est peu autonome dans ses déplacements et le transport lui apparaît problématique. Il est généralement motivé au travail et ses sources d'intérêt sont le salaire et la valorisation personnelle.

Comparaisons statistiques

Pour permettre de visualiser les principales différences entre les deux groupes, les variables démontrant une différence modérée ou statistiquement significative (*) entre les groupes sont illustrées dans le tableau suivant :

Tableau 6

Variables montrant une différence modérée ou significative entre les groupes*

Variables	Non intégrés N : 80	Intégrés N : 28
Célibataire	81 %	70 %
En appartement	35 %	50 %
En résidence d'accueil	28 %	14 %
Réseau social limité	35 %	54 %
Soutien familial intense	55 %	40 %
Scolarité minimale (aucune ou cheminement)	65 %	79 %
Scolarité post-primaire	28 %	22 %
Avec problème santé mentale (diagnostic principal ou non)	32 %	43 %
Troubles psychotiques	40 %	17 %
Estime de soi faible	69 %	78 %
Suivis actuels en CRDI	61 %	50 %
Suivis actuels en santé mentale	43 %	29 %
Suivis actuels en communautaire*	41 %	21 %
Intensité élevée d'aide aptitudes *	72 %	39 %
Troubles de comportement modérés/ graves*	44 %	23 %
MFTA dans une entreprise privée*	25 %	43 %
Dans org. comm./OBNL/écon.soc./publ.parap.*	67 %	16 %
Dans entreprise adaptée/projets spéciaux *	7,5 %	33 %
Haut niveau de motivation*	43 %	69 %
Transport adapté pour le travail*	41 %	19 %
Nombre d'heures/sem.*	14,21	20,08
Nombre d'expériences d'insertion au travail*	2,78	4,04
Durée de la formation en MFTA*	1,88 an	2,25 ans

un résultat statistiquement significatif () indique un faible risque que ce résultat soit dû au hasard

Entrevues individuelles

Dix participants ayant intégré le marché du travail et leurs employeurs ont été rencontrés dans le but de recueillir des données complémentaires sur les caractéristiques des personnes intégrées et sur les variables ayant pu influencer sur leur engagement et sur leur maintien en emploi.

Profil des participants

Les caractéristiques des 10 participants retenus pour cette étape s'apparentent à celles des 28 participants intégrés (dossiers) tant au niveau du profil général que des données relatives aux services ainsi qu'aux caractéristiques reliées à la formation ou au travail. Les quelques différences sont les suivantes :

- Les participants rencontrés proviennent de 3 municipalités seulement puisqu'il a été difficile de rejoindre des sujets et employeurs disponibles et intéressés au moment où avaient lieu les entrevues (Abitibi, d'Abitibi-Ouest et Témiscamingue);
- On retrouve 4 femmes et 6 hommes ce qui dépasse la proportion de femmes chez les 28 personnes intégrées dont les dossiers ont été dépouillés;
- Contrairement au groupe initial, on retrouve proportionnellement une plus grande diversité de tâches occupées par les sujets (horticulture, cuisine, manutention, entretien ménager...).

Cette section s'attardera davantage à faire état du vécu des participants et de leur employeur (voir canevas d'entrevue appendice C).

Perceptions du travail chez le participant

Parmi les 10 participants ayant obtenu un emploi, 5 sont en entreprise privée, 4 dans un organisme communautaire (sous-traitance) et 1 dans une entreprise d'économie sociale. Les milieux de travail comptent en moyenne 24 employés (de 9 à 70). Quatre participants n'avaient jamais travaillé, 4 avaient une faible expérience de travail et 2 avaient déjà travaillé pendant plusieurs années (11 ans et 15 ans). Ces deux derniers présentent une déficience physique. Les participants croient qu'ils ont obtenu un emploi parce qu'ils ont bien travaillé pendant le MFTA ou dans leurs stages (5), parce qu'ils étaient fiables (2), parce que leur intervenant les a supportés et aidés à se préparer (4), parce qu'ils étaient motivés, parce qu'ils avaient de bonnes relations avec leurs collègues pendant le MFTA ou

parce qu'ils avaient suivi des cours spécifiques au travail (horticulture). La majorité des participants (7) trouvent qu'ils évoluent très bien dans leur travail alors que les autres disent se maintenir. Ils ont eu à relever des défis professionnels à l'entrée en emploi : apprendre de nouvelles choses (3), travailler avec des collègues (2), apprendre à se lever le matin et à se coucher tôt (4), apprendre à demander de l'aide, accepter les réprimandes mais également à relever des défis personnels : vaincre la timidité (2), avoir confiance en eux (2), gérer les erreurs, gérer le stress et s'entendre avec les autres. Ils considèrent que la présence du superviseur (4), le support mutuel (2) et la présence de collègues sympathiques (particulièrement quand ils en connaissaient avant l'entrée dans le milieu) et leur formation leur permettent de relever ces nouveaux défis. De manière générale, ils apprécient énormément leur travail. Le type d'emploi, l'emploi à proximité de leur logement, le support du superviseur, le respect de leur rythme, l'obligation de se lever le matin qui donne un sens à leur vie, le fait d'être occupés et utiles, les tâches accomplies et les collègues qui les supportent, semblent faire en sorte qu'ils apprécient travailler. L'un d'entre eux avoue également que le travail a fait diminuer la fréquence de ses hallucinations. Depuis qu'ils travaillent, certains d'entre eux observent des changements : leur situation financière améliorée, la fierté de dire qu'ils travaillent, la capacité de travailler avec d'autres, de s'entraider, de rire, le sommeil amélioré, l'autonomie renforcée. L'un d'eux craint toutefois que le travail lui fasse perdre la gratuité de ses médicaments et il se dit inquiet. Plusieurs d'entre eux ont développé des projets d'avenir avec l'entrée au travail. Deux d'entre eux voudraient une automobile, 2 voudraient changer d'emploi pour un travail dans une entreprise privée, deux autres aimeraient continuer à s'instruire, deux voudraient résider dans leur appartement, un désire acquérir un métier et un autre souhaite pouvoir gâter son entourage.

Enfin, ils ont donné leur opinion sur le fonctionnement du MFTA : quatre soulignent l'importance de la présence du superviseur sans qui ils ne seraient pas restés, un autre a souligné également cette importance pour permettre la transition même après que le participant ait trouvé un emploi; le MFTA semble les avoir outillés (ex. faire un curriculum, apprendre à accepter la critique...) ; un autre dit que le MFTA lui a permis

d'abandonner la drogue alors qu'un dernier souligne qu'il a compris l'importance de l'école.

Perceptions des participants et du MFTA par l'employeur

Les employeurs ont pris connaissance du programme par Vision-Travail (6), par un article dans un journal local (2), par un intervenant (2) et lors d'une activité de financement. Ils ont accepté d'embaucher une personne handicapée pour différentes raisons : implication sociale (8), main d'œuvre supplémentaire (6) soutien financier à l'embauche (3) et mission de l'entreprise. La majorité des employeurs ne connaissent pas le type de handicap de l'employé. Quatre d'entre eux considèrent que l'intégration des participants a été harmonieuse alors que les autres ont vécu certaines difficultés: problèmes d'intégration et d'apprentissage, peur des réactions au niveau du comportement (surtout pour les problèmes de santé mentale), troubles de comportement, demande de support important du superviseur, demande investissement humain important et difficultés familiales et sociales de l'employé. Ces difficultés, ainsi que l'engagement de personnes ayant des limitations, ont fait en sorte que les employeurs ont eu à relever de nombreux défis : gérer les pertes de mémoire, donner soutien et attention, structurer davantage les tâches, trouver le bon poste pour maximiser le potentiel des participants, faire face au retrait du superviseur après quelques semaines, favoriser la concentration, la confiance et la persévérance au travail, les amener à se coucher tôt pour être plus productifs, favoriser la notion de plaisir au travail, et les inviter à communiquer avec leurs collègues.

D'autre part, les relations avec les autres employés sont généralement harmonieuses particulièrement après quelques semaines d'adaptation mutuelle. Quelques-uns demeurent toutefois un peu isolés. Quelques cas de compétition ont également été observés particulièrement chez des personnes handicapées entre elles.

Les employeurs sont unanimes à reconnaître l'importance de la présence du superviseur sans qui le projet ne pourrait fonctionner. Quelques-uns apprécient particulièrement les séances mensuelles d'évaluation du cheminement du participant. Dans certains cas, lors d'un départ, le superviseur n'a pas été remplacé avant un certain temps ce qui aurait été très difficile pour les milieux et pour les participants au MFTA. Il semble également que les

horaires des superviseurs ne soient pas toujours compatibles avec les horaires du milieu de travail ce qui retarde l'intégration des participants. Un employeur déplore également que l'un des superviseurs ait dû superviser deux personnes à la fois ce qui lui apparaît trop lourd. Dans certains cas, les intervenants cliniques seraient peu présents dans le milieu et les employeurs souhaiteraient les connaître et apprendre les meilleures attitudes à adopter pour respecter les limitations des participants. Ils se disent généralement peu outillés particulièrement au niveau des problèmes de santé mentale et ne savent pas toujours ce qu'ils doivent faire en cas de désorganisation de l'individu. L'amélioration de la communication entre les différentes instances est soulignée à quelques reprises.

Les employeurs ont profité de certains services pour pallier l'engagement de personnes ayant des limitations. Certains reçoivent le support d'un superviseur et d'un coordonnateur ainsi que d'allocations financières (3), d'autres reçoivent le support d'un superviseur, d'un intervenant et d'allocations (3) alors que les autres (4) disent ne plus avoir de superviseur sur place depuis l'engagement ce qui rend l'encadrement plus difficile. Ils souhaiteraient que le support, même moins intensif, se poursuive pour favoriser une intégration moins risquée. Dans certains cas, le superviseur est encore présent une journée/semaine ce qui semble très apprécié de l'employeur.

Finalement, les employeurs ont conclu que l'engagement des personnes vivant avec des limitations s'avère un apport humain inestimable dans le milieu de travail. Ils soulignent leur satisfaction de les voir évoluer un peu plus chaque jour, de les voir instaurer un climat de gaieté et d'entraide dans le milieu, de les avoir aidés à vaincre leurs préjugés par rapport aux personnes avec des incapacités, de les avoir amenés à développer leur patience et leur souplesse dans la gestion du personnel, sans négliger l'opportunité de former des employés qui facilitent le développement de nouveaux débouchés (ex. sous-traitance). Certains sont même allés jusqu'à dire que leur présence les avait amenés à accepter de recevoir de l'affection sans rien attendre en retour ce qui les a conduits à une plus grande ouverture et une plus grande humanité. Enfin, deux employeurs ont souligné que leurs employés ont commencé à offrir de l'aide aux personnes handicapées lors de leur entrée puis, avec le temps, ont commencé à le faire entre eux ce qui n'était pas le cas auparavant.

Il semble donc que, malgré les efforts nécessaires à l'intégration des personnes vivant avec des incapacités, les bénéfices humains viennent compenser et contribuer à l'amélioration des personnes et de l'atmosphère de travail. Ces données feront en sorte que, outre les variables retenues à partir du dépouillement des dossiers en première partie de l'analyse rétrospective, les variables relationnelles et affectives devront faire partie des canevas d'entrevue de l'expérimentation.

PHASE II : ÉTUDE PROSPECTIVE

Objectifs visés

L'étude prospective vise deux objectifs. D'une part, elle cherche à identifier les impacts du projet MFTA auprès d'un nouveau groupe de personnes ayant débuté leur participation au projet durant l'année 2007. L'évaluation couvrira une période maximale de 12 mois après leur entrée au programme. D'autre part, l'étude prospective vise à évaluer les conditions d'implantation du projet dans le but de déterminer l'adéquation des mécanismes mis en place dans les MFTA (écart entre le modèle et son application). L'étude portera spécifiquement sur les caractéristiques des personnes participantes (la clientèle), les services reçus par la clientèle et par les employeurs, le fonctionnement du MFTA dans chaque MRC, les effets du projet MFTA sur les participants et l'appréciation du fonctionnement. Cette seconde partie de l'étude permettra de dresser un portrait plus détaillé des participants et de suivre leur évolution parallèlement à leur participation au projet. En effet, un plus grand nombre d'entrevues seront menées auprès des personnes qui gravitent autour des participants dans le but de mettre en parallèle les données issues de différents observateurs. De plus, l'ajout de deux instruments de mesure (un sur la qualité de vie et l'autre sur la sévérité du handicap) permettra d'obtenir des données plus précises (à la fois subjectives et objectives) sur les changements susceptibles de survenir auprès de la clientèle.

MÉTHODOLOGIE

Participants et procédures

Diverses catégories d'individus participent à la phase deux : (1) les nouveaux participants au projet MFTA, (2) les intervenants cliniques et les superviseurs, (3) les employeurs accueillant un nouveau participant et (4) les intervenants et superviseurs, les coordonnateurs territoriaux. Les entrevues individuelles avec les participants, les coordonnateurs, les superviseurs, les intervenants cliniques et les employeurs/formateurs se tiendront dans les cinq MRC dans un endroit choisi par la Table action-travail sectorielle (bureau administratif ou milieu de travail). Le milieu choisi devra permettre une intimité

suffisante pour assurer la confidentialité des contenus verbaux. Les rendez-vous sont pris en collaboration avec les coordonnateurs locaux.

Les nouveaux participants au projet MFTA

Les participants à l'évaluation d'implantation seront les 25 premières personnes ayant débuté le projet en 2007. Un minimum de trois personnes par MRC sera toutefois nécessaire (même si cette manière de faire amène à dépasser le nombre de 25). Les personnes retenues seront toutes âgées de 18 ans et plus, et elles seront comprises dans l'une des trois catégories suivantes : déficience intellectuelle, déficience physique ou problème lié à la santé mentale. La sélection des participants sera réalisée par les cinq coordonnateurs locaux présents dans chacune des MRC de la région. Dès qu'une personne débute dans le milieu de formation, le coordonnateur l'indique à l'équipe de recherche.

Les caractéristiques des 25 personnes participantes seront obtenues en analysant les dossiers d'utilisateurs dans chacune des instances (CRDI, CRDP, CSSS santé mentale). Les variables examinées seront les suivantes : l'âge, le sexe, le réseau social, le type de handicap, la sévérité du handicap, la formation (parcours scolaire), le parcours relatif à l'emploi (accession à l'emploi régulier, absence d'emploi régulier, autres mesures d'insertion socioprofessionnelle), les expériences antérieures d'insertion sociale et professionnelle. Dans le cas où certaines de ces informations ne seraient pas disponibles au dossier (ce qui semble souvent être le cas du parcours scolaire et des expériences de travail antérieures d'après l'étude rétrospective), celles-ci seront obtenues directement auprès du participant ou par l'intermédiaire de l'intervenant clinique.

Les effets du programme MFTA sur les clientèles seront obtenus par le biais de quatre variables dépendantes : la qualité de vie, la mesure du handicap, le niveau d'employabilité et les connaissances relatives à l'emploi. Ces données seront recueillies de façon prospective, lors de l'entrée dans le programme MFTA et lors de la sortie du programme (s'il y a lieu, sinon, entre 6 à 12 mois après le début du projet). Dans le cas des participants qui quitteront avant d'avoir complété le programme, un court questionnaire sera rempli afin de connaître les raisons de l'abandon.

Enfin, l'appréciation des participants à l'endroit du programme MFTA sera recueillie lors d'une entrevue semi-dirigée à la toute fin du projet. Cette entrevue servira également à déterminer la nature, l'intensité et la durée des services qui ont été offerts à chaque personne participante dans le cadre du MFTA. Il existe probablement des configurations de services appropriées pour ce type de clientèle.

Les intervenants cliniques et les superviseurs

Les intervenants cliniques (i.e., les intervenants qui assurent un suivi auprès des participants) et les superviseurs (i.e., les personnes qui assurent une supervision dans le milieu de travail) seront interrogés simultanément au début et à la fin du projet. L'entrevue portera sur les éléments suivants : caractéristiques de l'intervenant et du milieu d'appartenance, caractéristiques du participant au projet MFTA, degré d'encadrement requis par le participant ainsi que des informations spécifiques au cheminement de l'individu (programme complété ou abandon).

Les employeurs

Les employeurs/formateurs des nouveaux participants seront sollicités pour participer à une entrevue laquelle vise à mieux connaître la nature, l'intensité et la durée des services qui ont été offerts à chaque employeur dans le cadre du MFTA. Il existe probablement des configurations de services appropriées selon le type d'entreprise, le type d'emploi offert et l'expérience antérieure des employeurs avec ce type de clientèle. Les thèmes abordés lors des entrevues avec les employeurs sont les suivants : l'expérience antérieure de l'employeur avec ce type de clientèle, le type de milieu de travail (entreprise privée, organisme public, association ou organisme communautaire), le type de travail effectué, les ressources (humaines, techniques et financières) utilisées par les employeurs, le type de handicap de la personne embauchée, la satisfaction à l'endroit du programme MFTA.

Les coordonnateurs territoriaux

Les coordonnateurs territoriaux, de même que les membres du comité régional MFTA seront sollicités pour une entrevue de groupe, dont l'objectif sera de comprendre plus en détails le fonctionnement réel du projet et de connaître l'appréciation du MFTA dans chaque territoire. Ces informations permettront de mieux documenter les écarts entre le

modèle proposé et sa mise en œuvre locale dans les 5 territoires de MRC. Les thèmes abordés seront les suivants : les critères de choix des clientèles, le fonctionnement de la structure organisationnelle et matérielle, les ressources (humaines, techniques, matérielles), les rôles attribués à chaque partenaire, les types d'entreprises retenues, les modalités de jumelage entre les employeurs et les personnes participantes, les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés, les ajustements souhaités, la satisfaction à l'endroit du programme MFTA.

Matériel

Le matériel nécessaire à la cueillette de données comprend (1) la grille d'analyse des dossiers d'utilisateurs, (2) les protocoles d'entrevues (participants MFTA, intervenants cliniques et superviseurs en milieu de stage/travail, coordonnateurs MFTA et employeurs; Tables action-travail), (3) une échelle de mesure de la qualité de vie développée pour les besoins de l'étude et (4) et une échelle de mesure du handicap (le *Community Integration Questionnaire*).

Grille d'analyse des dossiers des participants

La grille d'analyse des dossiers sera la même que celle utilisée lors de l'étude rétrospective. Celle-ci comporte 31 questions et permet de recueillir des informations telles que : le sexe des participants, leur âge, leur type de handicap, leur réseau social, leur niveau de scolarité, leurs expériences antérieures d'intégration sociale ou professionnelle ainsi que leur parcours relatif à l'emploi.

Protocoles d'entrevues

La plupart des thèmes abordés en entrevue avec les différents répondants sont identiques mais les répondants n'occupant pas la même position, les réponses devraient nous permettre de prendre conscience des multiples facettes d'une même situation. Quant au protocole d'entrevue avec les différentes tables, il vise à mieux connaître le fonctionnement du MFTA ainsi que les difficultés et succès vécus.

Mesure de la qualité de vie

La qualité de vie peut se définir comme étant un sentiment subjectif de bien-être physique, moral et social perçu par un individu (Dehail, Rouleaud, Chapelin, Debelleix, Petit et al., 1997). Le travail étant un rôle social qui influence favorablement la qualité de vie, des changements sont susceptibles de survenir sur ce plan. Étant donné qu'aucune échelle validée ne pouvait être utilisée auprès des trois types de clientèles retenues, il a été convenu de construire un questionnaire à partir de deux différentes échelles, soit le *Quavisub* (Corten et Mercier, 1997) et le MHAVIE (Fougeyrollas, Noreau et St-Michel, 1997). L'instrument est composé de 25 questions concernant la satisfaction du participant à propos de différents concepts de sa vie. La réponse du participant est indiquée sur une échelle de 7 à 1. Les choix 7, 6 et 5 correspondent à la satisfaction à des degrés différents, le choix 4 correspond à l'indifférence et les choix 3, 2 et 1 sont liés à l'insatisfaction également à différents degrés. L'échelle est aussi représentée par des bonhommes-sourires pour faciliter la compréhension de certains participants. Les résultats permettent d'obtenir un score variant entre 25 et 175. Plus le score est élevé, plus la personne est satisfaite de sa vie (appendice B)

Mesure du handicap

Bien que les participants à l'étude soient regroupés en trois catégories – déficience intellectuelle, déficience physique et santé mentale – il demeure que des différences importantes peuvent s'observer entre les individus composant un même groupe. Afin de nuancer la question du handicap, une variable supplémentaire a été ajoutée dans le but d'obtenir un indicateur de la sévérité des limitations. Cet indicateur sera mesuré au début et à la fin du programme, à l'aide du *Community Integration Questionnaire* (CIQ; Willer, Lim et Allen, 1993). Cet instrument a pour caractéristique de mesurer le handicap de manière consistante avec la définition de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 1980), c'est-à-dire comme étant le résultat des déficiences (altération d'une structure ou fonction du point de vue psychologique, physiologique ou anatomique) et des incapacités (diminution de la capacité à accomplir une activité) d'une personne. La notion de handicap s'avère donc étroitement liée aux facteurs personnels (p.ex., déficiences, incapacités) ainsi qu'aux facteurs environnementaux (obstacles et éléments facilitateurs) (appendice B)

Le CIQ renferme 15 items, dont cinq portent sur l'intégration au domicile, six sur l'intégration sociale et quatre sur l'intégration dans des activités productives. Il s'agit d'un instrument auto-administré pouvant également être complété par un proche. Les échelles qui composent le CIQ sont soit nominale, soit ordinale. Les résultats permettent d'obtenir un score pour chacune des trois dimensions, de même qu'un score global pouvant varier de 0 à 29. Plus le score global est élevé, meilleur est le degré d'intégration.

Au départ, le CIQ était conçu pour les personnes ayant subi un traumatisme crânien-cérébral. Il peut cependant être utilisé auprès d'autres clientèles, dont les déficients intellectuels. La version française de l'instrument n'est pas encore validée. Toutefois, les études de validations portant sur la version anglaise ont mis en évidence que le CIQ possède de bonnes propriétés psychométriques : consistance interne élevée (alpha de Cronbach de 0,76 avec un échantillon de 49 sujets), de même qu'une fidélité test-retest excellente (résultats supérieurs à 0,80).

Traitement et analyses des données

L'analyse de contenu des entretiens se fera selon l'approche plus spécifique de l'analyse thématique qui constituera le mode de réduction du matériel de la collecte de données (Bardin, 1977; L'Écuyer, 1990). Elle se déroulera en deux étapes: (1) une analyse de chacune des entrevues (analyse verticale) à partir d'un processus de lecture répétée des verbatim et des fiches signalétiques (données descriptives des participants); (2) une comparaison des entrevues entre elles (analyse transversale) permettant de déterminer à quel point et à quels niveaux les expériences se ressemblent.

Les données issues des deux instruments de mesure (Questionnaire sur la qualité de vie et le CIQ), sont de type quantitatif et traitées au moyen du logiciel SPSS. D'une part, des comparaisons seront faites pour chaque participant, de manière de manière à observer les changements pouvant survenir entre le début et la fin du projet de recherche. D'autre part, des analyses seront faites entre les résultats obtenus aux deux temps par l'ensemble des participants afin d'obtenir un portrait global.

RÉSULTATS

Trente-deux noms ont été soumis à l'équipe de recherche qui a réalisé 30 rencontres initiales auprès des participants en plus de rencontrer les superviseurs, les employeurs et les intervenants cliniques de ceux-ci. Les entrevues ont été réalisées entre novembre 2007 et juin 2008 pour le pré-test. Au post-test, au moins 6 mois plus tard, nous retrouvons 23 participants. Un participant a été transféré dans une entreprise adaptée et a préféré ne pas répondre au post-test (D.I.), les 6 autres ont dû abandonner pour les problèmes de santé. On y retrouve 3 personnes présentant une déficience intellectuelle et 3 des problèmes de santé mentale. Bien que moins nombreuses, les personnes en déficience physique étaient encore toutes présentes au moment du post-test.

Profil des participants

Les participants proviennent de Rouyn-Noranda (8), de la Vallée-de-l'Or (7), d'Abitibi (4), d'Abitibi-Ouest (8) et du Témiscamingue (3). Ils présentent les déficiences suivantes : déficience intellectuelle (15), santé mentale (11) et déficience physique (4).

La majorité des participants (67 %) a été orientée vers le MFTA par son intervenant clinique, 17 % par Vision-Travail, 13 % par le coordonnateur local alors qu'un seul participant l'a fait par lui-même (3 %).

La clientèle comprend 43 % de femmes et 57 % d'hommes dont l'âge varie entre 19 et 61 ans (moyenne 37,52 ans). La distribution des participants en fonction des groupes d'âge est relativement équivalente : 18-24 ans (23 %); 25-34 ans (27 %); 45-54 ans (27 %) sauf pour les tranches d'âge 35-44 ans (13 %) et 55 ans et plus (10 %). Plus de la moitié des participants (54 %) se retrouvent dans les tranches d'âge 25 à 54 ans.

Leur cheminement scolaire s'avère généralement pauvre. Quarante-six pour cent des participants ont fait leur scolarité uniquement le niveau primaire ou dans des classes de cheminement particulier, 47 % ont fréquenté le secondaire et 7 % ont fait des études collégiales.

La majorité des participants sont célibataires (90 %); les autres s'identifient comme conjoints de fait (3,3 %), séparés (3,3 %) et en couple (3,3 %). Cinquante-sept pour cent des participants vivent dans leur appartement, 23 % en résidence d'accueil et 20 % chez des membres de la famille.

Selon les intervenants, leur réseau social est limité (40 %), semi-développé (33 %) et développé (23 %). L'implication de la famille en lien avec l'insertion socioprofessionnelle des participants est variable : jamais (12 %), à l'occasion (17 %), souvent (17 %) ou toujours (33 %).

Données cliniques et profil de services

Parmi les participants rencontrés, 37 % relèvent du CRDI, 13 % du CRDP, 37 % du CSSS et 13 % de Vision-Travail. Sept pour cent des dossiers étaient fermés lors de la période d'évaluation donc quelques participants avaient un intervenant attitré en lien avec le projet MFTA mais aucun autre suivi de la part d'un organisme. La durée totale de la prise en charge du groupe est de 7,64 ans en moyenne.

On retrouve 50 % des participants avec un handicap intellectuel, 37 % avec des problèmes de santé mentale et 13 % avec un handicap physique. Chez les 17 participants ayant un handicap intellectuel, la déficience est légère (50 % des cas), moyenne (44 %) ou profonde (6 %).

En santé mentale, trois diagnostics différents sont ressortis chez les 10 sujets : schizophrénie et autres troubles psychotiques (70 %), troubles de l'humeur (20 %) et troubles anxieux (10 %).

Les déficiences physiques suivantes sont présentes chez les 4 participants présentant une limitation physique : TCC, surdité, hernie discale et achondroplasie.

Plus de la moitié des participants (63 %), peu importe le type de handicap, présentent des troubles associés au diagnostic principal. Chez les sujets à l'étude, on retrouve entre 1 et 5 troubles associés, une forte majorité (87 %) en présente 1 ou 2 (moyenne de 1,53). Ce sont les limites reliées au travail qu'elles soient physiques ou intellectuelles (53 %), les troubles relationnels avec les pairs ou l'organisation (26 %) ou des troubles de santé mentale (21 %).

Pour la plupart des participants (90 %), nous avons obtenu la perception des intervenants quant à l'estime de soi des participants qui s'avère faible ou moyenne dans 67 % des cas et bonne ou très bonne (33 %). Dix pour cent des participants ont des troubles modérés et 10 % des troubles graves du comportement.

Certains participants rencontrent des difficultés limitant leur intégration au travail (38 %). Quatre-vingt-deux pour cent de ceux-ci éprouvent des difficultés au plan de l'éthique au travail alors que les autres participants (18 %) présentent des difficultés au plan de l'hygiène et de l'éthique au travail.

Données relatives au travail ou à l'insertion socioprofessionnelle

Les participants à l'étude ont vécu de 0 à 5 expériences de travail ou d'insertion socioprofessionnelle (moyenne 2,30). Vingt pour cent des participants n'ont jamais vécu d'insertion professionnelle, 37 % en ont vécu une ou deux, 43 % entre trois et cinq. Le nombre d'années d'expériences de travail, dans le même milieu ou non, s'échelonne de 0 à 35 ans. Plus du quart (26 %) de ceux-ci ont travaillé plus de 5 ans, 27 % entre 3 et 5 ans, 10 % entre 1 et 2 ans et 37 % n'ont aucune expérience ou ont travaillé moins d'un an (moyenne 5,67 ans).

Tous les participants bénéficient de la présence d'un superviseur et d'un coordonnateur. Les superviseurs supportent les participants au niveau de l'acquisition d'attitudes, d'aptitudes et d'habiletés adéquates avec différents niveaux d'intensité au travail. Le tableau suivant présente les types d'attitudes déficitaires et le niveau d'aide requis par le participant en début de parcours (%).

Tableau 7

Niveau d'aide apportée aux participants concernant la tâche au pré test (n=30)

	Rarement	À l'occasion	Souvent	Constamment
Acquisition d'aptitudes	7	43	23	27
Acquisition d'attitudes	27	17	33	23
Acquisitions d'habiletés	23	23	23	30

Le tableau suivant présente le niveau d'encadrement requis en fonction du type de déficience (%).

Tableau 8

Niveau d'aide apportée aux participants selon le type de handicap au pré test (n=30)

	Aptitudes		Attitudes		Habilités	
	Peu	Beaucoup	Peu	Beaucoup	Peu	Beaucoup
Déficience int.*	53	40	67	27	60	34
Santé mentale	36	64	82	18	64	36
Déficience phys.	50	50	50	50	75	25

*Information non disponible pour un participant

Si on considère les attitudes et habiletés, dans les trois groupes, 60 % des participants réclament de l'aide à l'occasion seulement et 40 % en demandent beaucoup. Le niveau des aptitudes demande davantage d'investissement du personnel en début de parcours (particulièrement en santé mentale).

Le programme MFTA est réalisé dans une entreprise privée (23 %), dans un OBNL, entreprise d'économie sociale ou organisme communautaire (66 %) dans un milieu de travail adapté ou projets spéciaux (10 %). Différentes fonctions sont occupées par les participants : entretien ménager (33 %), aide en restauration (10 %), manutention (3 %) et autres fonctions (53 %). Pour plus de la moitié des participants, il s'agit d'une première participation à un MFTA (63 %). Trente pour cent ont déjà participé à un MFTA. Les

raisons évoquées pour expliquer la cessation antérieure du MFTA sont : la fermeture du milieu (10 %), l'abandon du participant (10 %), la fin du projet (13 %) ou autre (3 %). Les participants travaillent entre 7 et 21 heures par semaine mais la plupart travaillent 15 heures/semaine (30 %) ou 20 heures (27 %) (Moyenne : 14,90 heures).

Trente-trois pour cent d'entre eux se rendent dans le milieu de travail en voiture accompagnés, 27 % à pied seuls, 20 % en transport adapté, 7 % en voiture seuls, 3 % en taxi, 3 % en autobus alors que 7 % utilisent un autre transport. Pour 30 % des participants, l'accès au transport constituerait un obstacle alors que pour les autres il ne semble pas causer de problème (70 %). Les raisons évoquées en ce qui à trait aux obstacles sont liées à l'horaire du transport, à la disponibilité de celui-ci dans certaines MRC, au coût à défrayer pour y avoir accès et aux conditions climatiques.

Selon les superviseurs et les intervenants des participants, ceux-ci seraient peu (5 %), assez (33 %) ou très motivés (62 %). Le tableau ci-dessous présente les principales sources de motivation à l'entrée dans le projet (%)

Tableau 9

Sources de motivation du participant au pré test (n : 30)

	Motivation première	Motivation secondaire
Valorisation personnelle	40	20
Tâches à accomplir	27	13
Collègues de travail	20	20
Salaire	27	13

Les données relatives au nouveau groupe s'apparentent généralement à celles obtenues à l'étude rétrospective si on excepte les variables suivantes quelquefois en faveur, d'autres fois en défaveur du nouveau groupe.

Cette situation peut être en partie attribuable à certaines orientations prises par le MFTA régional (ex. accentuer l'accès aux personnes ayant des problèmes de santé mentale).

- Présence accrue de personnes en santé mentale (50 % vs 32 %);
- Présence accrue de personnes ont dépassé le niveau primaire (54 % vs 34 %);
- Occurrence supérieure de diagnostics de psychose et de schizophrénie (70 % vs 40 %);
- Moins de troubles associés au diagnostic initial (63 % vs 84 %);
- Moins de troubles de comportement (20 % vs 44 %);
- Davantage de participants n'ont jamais travaillé (20 % vs 8 %);

Effets du programme chez les participants

Les résultats suivants concernent les 23 participants encore actifs au programme lors du post-test en les comparant aux 30 participants au pré test. Au post-test, on retrouve 7 participants de Val-d'Or, 6 de Rouyn-Noranda, 4 d'Abitibi, 3 d'Abitibi-Ouest de 3 du Témiscamingue. Douze personnes ont un handicap intellectuel, 7 un trouble de santé mentale et 4 un handicap physique.

Encadrement requis

Le tableau suivant présente les résultats obtenus en fonction de l'encadrement requis aux deux temps par les participants (%).

Tableau 10

Niveau d'aide apportée aux participants au pré test et au post test (n = 23)

	Aptitudes au travail		Attitudes au travail		Habilités au travail	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Rarement/à l'occasion	48	43	43	43	48	61
Souvent/constamment	52	56	56	56	52	39

La moitié des participants ont encore besoin d'une aide de manière relativement importante avec le temps, particulièrement au niveau des aptitudes et des attitudes. Toutefois, on note une progression marquée au niveau des habiletés requises par le travail.

Sources de motivation

Le tableau suivant présente les sources de motivation retenues par les participants en début de parcours et après 6 mois (%).

Tableau 11

Sources de motivation du participant (n : 23)

	Valorisation		Tâches		Collègues		Salaire	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
1 ^{ère} motivation	44	17	22	30	17	35	17	17
2 ^{ème} motivation	26	44	13	17	13	17	26	22

*Certains participants n'ont pas identifié de seconde motivation

À l'entrée dans le projet, la valorisation personnelle stimule principalement les participants (70%) alors que le salaire vient en second lieu. Après 6 mois de présence dans le milieu de travail, le salaire vient en quatrième lieu alors que les 3 autres sources reliées au milieu de travail proprement dit le devancent : valorisation 61%, tâches 57% et collègues 52 % démontrant une intégration en cours.

Parcours relatif à l'emploi

L'évaluation du parcours d'intégration socioprofessionnel a été réalisée en début après 6 mois, à partir de la grille résumant le dossier de chacun des participants. Ces derniers se situent à l'un ou l'autre des 5 niveaux sur le continuum pouvant conduire à l'emploi : implication sociale (perspectives d'emploi inaccessibles ou très lointaines); pré-employabilité (peu de compétences et problèmes majeurs d'adaptation); intégration et maintien dans un milieu de travail (niveau des capacités atteint dans un contexte de non-productivité); développement de l'employabilité (comportement et attitudes de travail liées à la pré-employabilité) et intégration et maintien en emploi (personnes prêtes à intégrer ou à maintenir un emploi avec ou sans aide). Les 3 premières étapes se situent en contexte de non productivité alors que les deux dernières se situent en contexte de productivité. Au pré-test, 87 % des participants étaient en contexte de non productivité (20 sur 23) alors que 9 % d'entre eux se situaient au développement de l'employabilité (2) et 4 % au maintien à l'emploi (1). Ces quelques exceptions s'expliquent par le fait que certains en sont à leur

second MFTA et étaient sur le point de trouver un emploi. Au post-test, 60 % se retrouvent en contexte de non productivité (14) et 40 % en contexte de productivité (9) dont plus du tiers en sont à la dernière étape (6).

Les 4 personnes qui étaient à l'étape de l'implication sociale au début ont progressé d'au moins une étape dans le parcours alors qu'une d'entre elles s'est rendue à la dernière étape.

Huit des 12 personnes à l'étape pré-employabilité ont progressé de 1, 2 ou 3 étapes. L'un des 2 participants classé en développement de l'employabilité se trouve à l'étape de l'intégration à l'emploi.

Toutefois, on note une grande variation en fonction du type de handicap au niveau des individus arrivés en phase de productivité après 6 mois. En effet 5 sur 7 proviennent du service de santé mentale (71 %), 2 sur 4 de déficience physique (50 %) alors que seulement 2 sur 11 (19 %) proviennent de la déficience intellectuelle.

Globalement, on note donc une nette progression au niveau de l'employabilité. La figure suivante illustre la situation des participants sur le parcours de l'employabilité aux deux temps.

Tableau 12

Situation des participants sur le parcours de l'employabilité (n=23)

	AVANT	APRÈS				
		(1) Implication sociale	(2) Pré- employabilité	(3) Intégration et maintien dans le milieu de travail	(4) Développement de l'employabilité	(5) Intégration et maintien à l'emploi
(1) Implication sociale	4	-	2	1	-	1
(2) Pré-employabilité	13		5	3	2	3
(3) Intégration et maintien dans le milieu de travail	3			3	-	-
(4) Développement de l'employabilité	2				1	1
(5) Intégration et maintien à l'emploi	1					1

Mesure de la qualité de vie

Les résultats obtenus auprès des participants au projet MFTA lors de la première passation se situent entre 101 et 174 (moyenne 138,17 ou 79 %). Sept pour cent des participants seraient plus ou moins satisfaits de leur qualité de vie, les autres participants seraient satisfaits à différents degrés, un peu (40 %), satisfaits (36 %) ou très satisfaits (17 %). Après 6 mois, les scores se situent entre 114 et 172 pour une moyenne pratiquement identique (137,17 vs 138,91). Les participants se disent satisfaits de leur qualité de vie à différents degrés : un peu (45 %), satisfaits (50 %) ou très satisfaits (4,5 %). Ce sont les positions extrêmes qui ont le plus fluctué pour se retrouver davantage dans la tranche des gens satisfaits de leur qualité de vie (+10 %). En effet, on ne retrouve plus de participants plus ou moins satisfaits de leur qualité de vie alors que le taux de personnes très satisfaites a légèrement chuté. Comme la qualité de vie comprend 4 dimensions (biologique, sociale, psychologique et économique), il nous a semblé important de vérifier quelles dimensions semblent expliquer les raisons de la faible amélioration globale notée (%).

Tableau 13

Variation dans la qualité de vie aux différentes dimensions (n=23)

Dimension	Augmentation	Diminution	Stabilité
Biologique	43	52	4
Sociale	52	39	9
Psychologique	50	40	10
Économique	35	35	30

La dimension économique étant restée stable, on peut supposer que les participants n'ont pas encore senti l'effet de nouveaux revenus ou ont dû faire face à de nouvelles dépenses justifiées par l'emploi. Il faut souligner qu'ils ne reçoivent actuellement qu'une allocation de participation. Au niveau psychologique et social on constate une amélioration, donc on peut supposer une augmentation du bien-être et de la qualité des relations chez les participants. C'est le niveau biologique qui expliquerait la faible augmentation de la moyenne. Les questions portent entre autres sur la qualité du sommeil, le niveau de stress, la capacité de se détendre et de faire de l'exercice. Il est donc raisonnable de penser qu'un

nouveau travail peut affecter ces divers secteurs d'autant plus que les participants notent régulièrement que les principaux défis qu'ils doivent relever consistent à se coucher et se lever plus tôt et à contrôler leur nervosité au travail.

Toutefois, les différentes dimensions de la qualité de vie sont également influencées par le type de handicap. C'est ce que démontre le tableau suivant (%).

Tableau 14

Variations de la qualité de vie selon le type de déficience (n=23)

	Déficience intellectuelle	Santé mentale	Déficience physique
Augmentation	27	75	100
Diminution	73	25	0

Il apparaît donc clairement que ce sont les personnes handicapées intellectuelles qui éprouvent davantage de difficulté dans leur intégration au niveau de leur bien-être. Par ailleurs, les différentes dimensions de la qualité de vie peuvent être également plus susceptibles de subir des fluctuations. Le tableau suivant illustre les variations dans les différentes dimensions de la qualité de vie en fonction du handicap (%).

Tableau 15

Variations de la qualité de vie à chaque dimension selon le type de déficience (n=23)

Dimensions	Déficience intellectuelle		Santé mentale		Déficience physique	
	+	-	+	-	+	-
Biologique	27	64	50	50	75	25
Social	45	55	63	25	50	25
Psychologique	27	55	63	25	75	25
Économique	27	36	50	38	25	25

*Les résultats sont quelquefois inférieurs à 100 %; ceux qui sont restés stables ne sont pas inclus

Les résultats démontrent une fois encore que les participants ayant une déficience intellectuelle éprouvent davantage de perturbation sur leur qualité de vie à tous les niveaux que les autres clientèles dans le processus d'intégration professionnelle. En santé mentale,

on note également une certaine stagnation au niveau biologique. La prise de médicaments (somnifères en particulier) produit souvent chez eux des difficultés au niveau du travail en avant-midi. L'optimisation du suivi de la médication pourrait sans doute augmenter l'efficacité des participants en prise avec cette obligation. D'autre part, le niveau d'anxiété souvent élevé demande sans doute du temps pour se stabiliser dans un nouveau milieu comprenant de nouvelles exigences. Seul le niveau économique présente peu de disparités en fonction des trois clientèles.

De manière générale, les femmes voient leur qualité de vie augmenter davantage que celle des hommes (75 % vs 47 %). Les catégories d'âge 25-34 ans et 45-54 ans sont celles où l'on note davantage d'amélioration de la qualité de vie.

Mesure de la sévérité du handicap

Lors de la passation du CIQ, les participants ont obtenu des résultats globaux entre 5 et 26 (moyenne 19,01 ou 65 %). Quarante-sept pour cent des participants ont un score global de 20 et plus, 43 % se situent entre 10 et 19 et pour 10 % d'entre eux, le score est de 10 et moins.

Pour l'intégration au domicile, les résultats se situent entre 0 et 10 sur une possibilité de 10 points (moyenne 6,71 ou 67 %). La section sur l'intégration sociale montre des résultats entre 2 et 12 sur une possibilité de 12 points (moyenne 7,73 ou 64 %). Quant à la section sur les activités productives, les résultats se situent entre 0 et 7 sur une possibilité de 7 points (moyenne 4,57 ou 65 %). Un score élevé indique une bonne intégration à la communauté et l'indépendance de la personne. Plus le score est faible, plus la personne est dépendante de son environnement. On peut constater que les participants considèrent que leur handicap est relativement sévère, quelle que soit la dimension évaluée.

Au post test, les participants ont obtenu des résultats globaux entre 9 et 25 (moyenne 18,87 ou 65 %). Cinquante-deux pour cent ont un score supérieur à 20 (augmentation de 9 %), 45 % entre 10 et 19 et un seul se situe à moins de 10. La section sur l'intégration au domicile se situe entre 1,25 et 10 (moyenne de 6,08 ou 61 %), celle sur l'intégration sociale se situe entre 1 et 10 (moyenne 7,17 ou 60 %) alors que la section sur les activités productives varie de 2 à 7 (moyenne 5,61 ou 82 %). La seule amélioration se retrouve donc au niveau de la

production au travail (augmentation de plus de 17 %). Le tableau suivant regroupe ces différents résultats en termes d'augmentation, de diminution ou de stabilité (%).

Tableau 16

Variation de la mesure du handicap aux différentes dimensions (n=23)

Dimension	Augmentation	Diminution	Stabilité
Intégration au domicile	26	39	35
Intégration sociale	39	39	22
Production	55	13	30

C'est la dimension intégration au domicile qui a le plus diminué. Les questions portaient sur la capacité de faire le ménage, de préparer les repas, de s'occuper des enfants, de faire des courses. Le temps passé au travail a sans doute amené les participants à diminuer leur participation à la maison. Toutefois, on note une importante amélioration de la production ce qui indique encore une fois que les habitudes liées au travail sont en cours d'acquisition.

Le tableau suivant fera état des variations dans la sévérité du handicap en fonction des clientèles (%). Rappelons qu'une augmentation signifie une meilleure perception des possibilités d'action en fonction du handicap.

Tableau 17

Variations globales de la mesure du handicap selon le type de déficience (n=23)

	Déficience intellectuelle	Santé mentale	Déficience physique
Augmentation	36	50	50
Diminution	55	25	25
Stabilité	9	25	25

De nouveau, ce sont les personnes avec une déficience intellectuelle qui vivent une plus faible amélioration de leur situation. Par ailleurs, peu sont restées au même niveau. Quant aux deux autres groupes, ils présentent un tableau identique avec une augmentation de 50 %.

Le tableau suivant combine les dimensions du CIQ, le type de handicap ainsi que les niveaux de variation de la mesure (%).

Tableau 18

Variations de la mesure du handicap à chaque dimension selon le type de déficience (n=23)

Dimensions	Déficience intellectuelle			Santé mentale			Déficience physique		
	+	-	=	+	-	=	+	-	=
Intégr.domicile	36	27	36	25	38	38	0	75	25
Intégr.sociale	55	27	18	0	75	25	25	50	25
Production	55	9	36	63	25	13	50	0	50

Le niveau de production s'avère nettement amélioré pour toutes les clientèles, particulièrement en santé mentale. L'intégration au domicile reste la dimension la plus atteinte pour tous mais particulièrement en déficience physique.

Comme à la mesure de la qualité de vie, ce sont les femmes qui ont davantage amélioré leurs résultats à la sévérité du handicap. Soixante-trois pour cent d'entre elles vivent une amélioration de leur situation contre 33 % des hommes. En ce qui concerne les groupes d'âge, ce sont les 45-54 ans qui montrent la plus forte augmentation avec 83 %. Par ailleurs, les personnes vivant en résidence d'accueil démontrent généralement une diminution (67 %) alors que celles qui vivent en appartement ont augmenté leurs résultats de manière importante (73 %).

Exemples de parcours : changements entre temps 1 et 2

Dans le but de personnaliser davantage le parcours des participants, nous avons choisi de procéder à la description d'un exemple par type de handicap. Deux en sont à leur première expérience de travail et les 3 en sont à leur première expérience en MFTA. On retrouve 2 femmes et un homme.

Parcours 1 : santé mentale

La participante est âgée de 48 ans et vit un problème de santé mentale. Elle reçoit les services d'un organisme de santé mentale depuis 22 ans.

Elle a un conjoint mais demeure avec des membres de sa famille. Sa scolarité se limite au niveau primaire et elle n'a aucune expérience de travail antérieure. Le réseau social de la participante est développé.

Elle a été orientée vers le MFTA par son intervenante clinique. Il s'agit de sa première participation à un MFTA et elle travaille 15 heures par semaine. Outre son problème de santé mentale, elle éprouverait des difficultés à travailler longtemps. Lors de son arrivée, cette participante nécessitait beaucoup de soutien que l'apprentissage du travail a permis de réduire. Elle faisait plusieurs appels par jour à l'intervenante, elle la voyait toutes les semaines et fréquentait aussi le centre de jour une fois par semaine. Ces rencontres sont maintenant limitées aux deux ou trois semaines. Elle ne fréquente plus le centre de jour.

C'est une participante qui, malgré un bon potentiel ne se faisait pas confiance et qui avait des difficultés au niveau relationnel et au travail. Le travail lui a permis d'apprendre à se faire confiance, à rire d'elle-même et à se trouver bonne. La valorisation personnelle et les tâches à accomplir sont ses deux motivations principales. La ponctualité, la persévérance, la volonté de réussir, la capacité d'accepter la critique, la capacité de se remettre en question et la capacité de s'apprécier sont les forces de cette dernière. Quelques difficultés sont encore présentes mais elles sont minimales si on les compare à celles manifestées lorsqu'elle a débuté le MFTA. L'amélioration s'est fait particulièrement sentir au niveau de la confiance, des habiletés de travail et du contrôle de l'anxiété. L'intervenante note une diminution du niveau d'aide requis en ce qui a trait aux attitudes, aptitudes et habiletés alors que le superviseur souligne le besoin encore présent de soutien au niveau des attitudes dans le milieu du travail.

Lors du pré-test, la participante se situait dans la section « Implication sociale » à la première étape du contexte de non-productivité et, après huit mois, elle se trouvait dans la partie « Intégration et maintien à l'emploi » dans un contexte de productivité. Cette

participante a donc franchi toutes les étapes du parcours d'intégration en emploi et serait prête à intégrer le marché du travail régulier. D'ailleurs, la participante se dit prête à changer de milieu pour apprendre de nouvelles choses car son MFTA est un lieu de transition qui n'embauche pas de participants.

En ce qui concerne l'évaluation la perception de niveau de handicap réalisée à l'aide du CIQ, le résultat de la participante est demeuré stable. Au niveau de l'intégration au domicile ainsi que pour l'intégration sociale, on note une légère baisse alors que les activités productives ont augmenté. Les résultats de la participante sont dans la moyenne des résultats de l'ensemble du groupe.

Au niveau de la qualité de vie, il s'agit de la participante ayant eu la plus grande augmentation quant à la perception de sa qualité de vie. Les dimensions économique, sociale et interpersonnelle ainsi que psychologique ont subi une augmentation. Le MFTA a permis à la participante de vivre des réussites autant d'un point de vue personnel que professionnel. Alors qu'elle se situait sous la moyenne du groupe lors de son entrée dans le MFTA, après huit mois dans ce milieu, elle se retrouve au dessus de la moyenne du groupe en ce qui concerne la perception de sa qualité de vie.

L'augmentation actuelle démontre que le MFTA a eu un impact positif dans sa vie personnelle et professionnelle.

Parcours 2 : déficience intellectuelle

Le participant est âgé de 34 ans et il a une déficience intellectuelle moyenne ainsi que des troubles relationnels avec ses pairs. Il est célibataire et habite en résidence de type familial avec des membres de sa famille élargie. Il s'agit de sa première participation à un MFTA et il n'a aucune expérience de travail. Il y travaille 20 heures par semaine. Sa scolarité s'est terminée au niveau secondaire pour les adultes. Le réseau social du participant est limité. Il a une faible estime de lui-même et des capacités d'adaptation limitées.

Le participant est suivi par le CLSC dans le cadre de son placement en résidence de type familial. À son entrée au MFTA, il était en attente d'une nouvelle évaluation au CRDI où il a été suivi de 1996 à 2002. Il n'avait donc aucun soutien clinique lors de son intégration.

Depuis, on lui a attribué un intervenant qui oriente l'intervention vers le développement de son assurance et sur la précision dans les tâches.

Les collègues de travail et le salaire sont ses sources de motivation principales. Il situe ses forces au niveau de la minutie, la capacité de travail, les capacités d'adaptation et la bonne humeur. La constance, la concentration, la motivation, une attitude passive et le besoin constant de supervision sont les difficultés rencontrées par ce participant. Depuis l'arrivée de l'intervenant clinique, il aurait fait d'énormes progrès. Il nécessite de moins en moins de support au niveau des habiletés de travail et des attitudes. Le niveau des aptitudes est demeuré stable selon le superviseur.

Les résultats du participant au CIQ ont augmenté entre les deux temps de l'évaluation. Toutes les dimensions (intégration au domicile, intégration sociale et activités productives) ont connu une augmentation. À la première évaluation, il se situait très en dessous de la moyenne du groupe alors qu'à la deuxième évaluation, il était près de la moyenne.

Il s'agit d'un autre participant ayant eu une augmentation importante au niveau de l'évaluation de la qualité de vie. Ses résultats ont connu une amélioration à toutes les dimensions (économique, biologique, sociale et interpersonnelle ainsi que psychologique). Le MFTA semble avoir été bénéfique pour ce participant sur tous les plans. Le participant se trouvait légèrement sous la moyenne du groupe lors de la première évaluation et après trois mois et un changement de milieu, il se retrouve au dessus de la moyenne.

Le participant se situait en pré employabilité à l'arrivée et s'y trouve encore. Toutefois, la présence d'un intervenant, ses progrès actuels au travail et l'augmentation d'un grand sentiment d'appartenance à son nouveau milieu (il a été transféré en cours de MFTA) laissent supposer qu'il pourrait évoluer dans le parcours d'intégration.

Parcours 3 : déficience physique

La participante est atteinte de déficience physique et est âgée de 50 ans. C'est une personne célibataire vivant seule. Il s'agit de sa première participation à un MFTA et elle travaille 15 heures par semaine. Elle a quelques expériences de travail dans des milieux de travail régulier (total 64 mois). Elle a été introduite au programme par Vision-Travail. Elle a

fréquenté le niveau collégial sans toutefois obtenir de certification. Le réseau social de la participante est développé.

Cette participante n'a pas de suivi dans un organisme, elle a cependant un dossier et une intervenante attitrée pour assurer le lien au niveau des MFTA. Celle-ci fait un suivi général avec la coordonnatrice, la superviseure et la participante.

Lors de son entrée au MFTA, elle a dû s'adapter à la différence avec les autres participants, il s'agissait de sa première expérience avec des personnes atteintes de trouble de santé mentale ou de déficience intellectuelle. Avec le temps, elle a pu soutenir certaines d'entre elles au niveau de la tâche ce qui l'a amenée à mieux accepter cette cohabitation.

Les deux motivations principales de la participante sont la valorisation personnelle et les tâches à accomplir. La sociabilité, le dynamisme, le sens de l'humour, l'honnêteté, le positivisme et le goût d'apprendre sont les forces de cette participante. Par ailleurs, elle se diminue, semble avoir de la difficulté à vivre avec son handicap (visible); elle est dépendante du transport et lorsqu'elle n'apprécie pas une tâche, elle a tendance à s'en éloigner. Elle semble actuellement faire des progrès à ce niveau.

Aux deux temps de l'évaluation, la participante se trouvait dans la même section sur le parcours de l'intégration en emploi, c'est-à-dire « Intégration et maintien à l'emploi » au dernier niveau du contexte de productivité. La participante désire trouver un nouveau milieu de travail car elle ne peut obtenir de poste dans son MFTA (milieu de formation). Des démarches sont entreprises en ce sens avec Vision-Travail.

Pour ce qui est de l'évaluation de la perception du niveau de handicap réalisée à l'aide du CIQ, le résultat est demeuré stable. Elle a donc sensiblement les mêmes habitudes que lors de son intégration dans le MFTA. Toutefois, ses résultats sont plus élevés que la moyenne du groupe.

En ce qui concerne la qualité de vie, les résultats de cette participante se sont maintenus entre les deux temps d'évaluation. Elle se trouvait légèrement sous la moyenne du groupe lors de son entrée dans le MFTA et aussi, après sept mois dans le milieu. La perception qu'elle a de sa qualité de vie ne semble pas avoir changé. On voit donc ici une personne qui

avait déjà un potentiel relativement développé qu'elle a maintenu. Bien qu'elle soit prête à être intégrée, l'ensemble de ses résultats va dans le sens d'une sorte de plafonnement. Comme elle veut changer de milieu, il est possible que cette stabilité relative soit due à sa difficulté à se sentir à l'aise avec des personnes handicapées intellectuelles ou en santé mentale. Il est possible également que le milieu actuel ne réponde pas à ses aspirations.

Fonctionnement du MFTA dans chaque territoire de MRC

Chaque territoire de MRC organise ses services de façon particulière et entretient des relations spécifiques avec l'ensemble des partenaires concernés. Cette étape de la recherche permet de mieux documenter les écarts entre le modèle proposé et sa mise en oeuvre locale. Les variables retenues sont : les critères de choix des clientèles et des milieux de travail, le fonctionnement de la structure organisationnelle et matérielle, les ressources humaines, techniques et matérielles en jeu, les modalités de jumelage (participant/entreprise), les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés, les ajustements souhaités, la satisfaction à l'endroit du programme. Des entrevues ont été réalisées auprès des 5 tables action-travail sectorielles (Val-d'Or, Amos, La Sarre, Témiscamingue et Rouyn-Noranda), auprès des coordonnateurs régionaux et du comité régional MFTA (au cours de l'année, selon les agendas des différentes tables). Elles permettaient de vérifier les modalités de fonctionnement ainsi que le niveau d'appréciation du projet mis en place.

Dès le début du projet, les diverses personnes impliquées dans l'application du MFTA ont été rencontrées dans chacune des MRC pour supporter la réalisation de la première étape, soit l'analyse rétrospective (2007). Cette première démarche a permis de dresser un premier portrait du fonctionnement, portrait réalisé à partir d'entrevues informelles et d'observations. Cette perception du fonctionnement officieux a été présentée au comité de suivi pour permettre de préciser les éléments à ajouter au questionnaire d'entrevues prévu en 2008. Cette démarche a permis de se rendre compte que, bien que le modèle initial soit généralement appliqué selon les orientations régionales, des modalités d'application différentes étaient évidentes et les résultats semblaient différer entre les MRC. Une inégalité dans l'utilisation du Plan d'intégration individualisé au travail (PIIT) a été soulevée puisque dans certaines MRC il a été proposé, dès cette rencontre, que cet outil soit

automatiquement distribué aux différents intervenants pour permettre une meilleure coordination des interventions ce qui n'était pas toujours le cas. Dans la plupart des MRC, on souligne également la difficulté d'assurer une stabilité d'emploi des coordonnateurs qui ne profitent pas d'un emploi à temps complet. Partout on souhaite une stabilisation financière puisque le fonctionnement est souvent à la remorque des demandes de subventions.

Par la suite, chacune des Tables action-travail a été rencontrée pour tenter de comprendre de façon plus détaillée le fonctionnement spécifique à la MRC visitée.

À partir de l'organigramme, les différents membres de la Table devaient tenter de déterminer les liens officiels, réguliers ou occasionnels, entretenus entre les différents organismes impliqués dans le MFTA. Cette démarche a suscité de nombreuses discussions et remises en question et a souvent permis aux participants de clarifier des zones d'ombre et de suggérer différentes améliorations. Cette tournée a permis de faire ressortir des convergences et divergences dans les modalités de fonctionnement ainsi que les avantages et difficultés perçues par les différentes tables.

Il nous est apparu que, lorsque le modèle de fonctionnement est bien compris et appliqué dans ses principes, les résultats sont sensiblement meilleurs. Dans une MRC en particulier, la vision véhiculée par le projet semble un peu perdue de vue. L'emploi dans un milieu de travail rémunéré devient alors un objectif secondaire et le parcours vers l'emploi s'en trouve affecté.

Pour une Table sectorielle, la présence de Vision-Travail a posé des problèmes qui ont amené la représentante locale de l'organisme à se retirer. Sa perception de l'application du programme différait de celle de la Table. Toutefois, la collaboration entre Vision-Travail et les organismes se poursuit dans la communauté et n'en semble pas affectée. La directrice régionale siège également au Comité régional ce qui permet également de pallier à cette défection.

Une très grande satisfaction est manifestée par les différentes tables quant aux résultats que le projet permet d'obtenir. Ils l'attribuent toutes à la collaboration exceptionnelle entre les instances et aux partenariats établis.

Les liens généralement entretenus entre les différentes instances sont illustrés dans la figure suivante. Les liens continus indiquent les relations régulières et directes entre les instances. Les lignes pointillées indiquent les relations occasionnelles (par exemple, les employeurs peuvent avoir des relations d'autorité et d'orientation avec les participants si ces derniers sont arrivés à cette étape qui est alors prévue dans son PIIT; auparavant, c'est le superviseur qui gère le travail du participant).

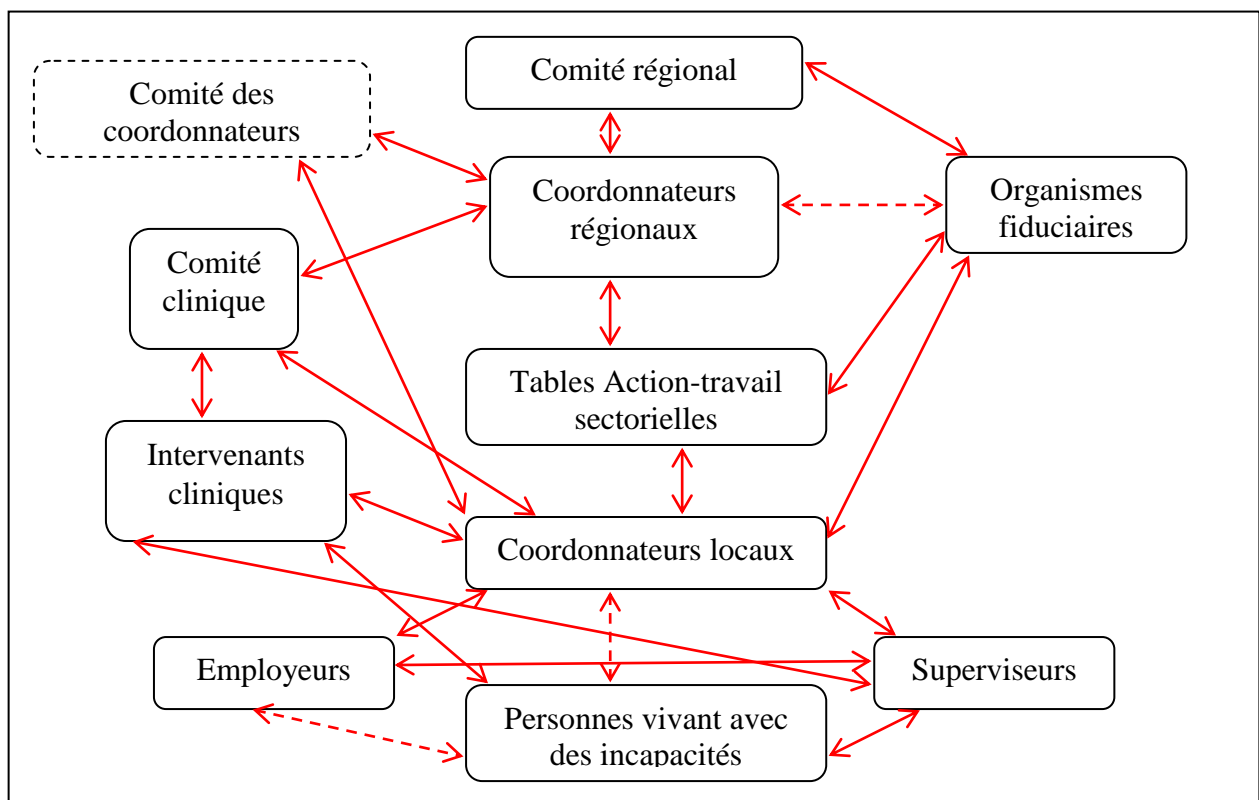


Figure 1 : Interactions entre les différents acteurs du MFTA

Perceptions et appréciation du MFTA des différents groupes

Des entrevues individuelles auprès de différents acteurs ont permis de faire ressortir les perceptions quant au fonctionnement des projets (participants, employeurs, superviseurs et intervenants, coordonnateurs et comité régional).

Participants au MFTA

La participation au MFTA semble être appréciée de tous les participants. La valorisation personnelle, le fait que «ça change les idées» et permet de sortir, l'appréciation du travail en général, le fait de voir du monde et de travailler en équipe, le fait de gagner de l'argent, l'impression de rendre service à des gens et d'apprendre de nouvelles choses, font en sorte que les participants apprécient le programme.

En général, les participants ont des liens harmonieux avec les autres personnes du milieu, que ce soit avec le superviseur, le coordonnateur ou les employés réguliers. Une seule participante a mentionné n'avoir aucun lien avec les autres employés à cause de sa gêne mais croit que cela viendra avec le temps. Lors de l'arrivée dans le MFTA, la majorité des participants (26) a dû relever des défis professionnels: tâches à accomplir (14), limites physiques (7), liens avec une nouvelle équipe (communication et intégration) (5), vitesse d'exécution (3), concentration (3) espace à respecter (1), et autonomie au travail (1). Plusieurs d'entre eux (22) ont aussi eu des défis personnels à surmonter : se coucher et se lever tôt (6), travailler avec les autres (4), contrôler leur méfiance (2) et leur timidité (3), maintenir une meilleure hygiène personnelle (3), manifester une certaine discrétion et gérer la nouveauté (1) et conduire son véhicule le matin pendant l'hiver (1). Tous les participants considèrent qu'ils ont des forces. Celles-ci sont reliées aux tâches à exécuter (16), à l'initiative et aux responsabilités (8), au travail en général (3), au fait d'aimer apprendre (3), aux capacités physiques (2), au respect des autres et du milieu (2) et à la ponctualité (1).

Le soutien provenant du superviseur dans le milieu est primordial pour tous les participants, il s'agit de la personne la plus pertinente pour eux. Pour certains, les coordonnateurs (4) et les intervenants cliniques (2) apportent aussi leur aide.

Enfin, la plupart des participants ont des projets d'avenir : trouver un travail régulier (11), demeurer dans le MFTA actuel (4), avoir une vie de couple (3), déménager dans un meilleur loyer (3), faire de l'activité physique (2), faire des études (1), quitter l'aide sociale (1), vivre en appartement (1), augmenter le nombre d'heures dans le MFTA actuel (1), s'améliorer dans une discipline musicale (1) et adopter un enfant (1).

Employeurs

Dix-sept employeurs ont été rencontrés dans le cadre de la recherche (certains milieux reçoivent plus d'un participant); il s'agit d'organismes communautaires (7), d'entreprises privées (6), d'une entreprise d'insertion sociale, d'une entreprise adaptée, d'un organisme public et un milieu qui n'avait aucun statut légal lors de nos entretiens mais essayait de se greffer à un OSBL. Les employeurs ont pris connaissance du programme grâce aux Tables action-travail locales (6), aux coordonnateurs locaux (5), à Vision-Travail (2), aux coordonnateurs régionaux (1) ou à quelqu'un de l'entourage (3).

En moyenne, les milieux de travail comptent 22 employés (de 2 à 85). Quelques employeurs (5) ont dû adapter le milieu pour permettre le bon fonctionnement du MFTA : accessibilité des lieux et adaptation du matériel et du poste de travail. Un employeur aurait voulu faire des adaptations pour permettre la venue de participants en fauteuil roulant mais le local est trop restreint, la recherche d'un nouveau local est envisagé par ce dernier. Différentes raisons ont encouragé les employeurs à accepter un ou plusieurs participants dans leur milieu : favoriser l'intégration sociale et professionnelle d'une personne handicapée (11), bénéficier d'une main-d'œuvre supplémentaire dans le milieu (4) et s'impliquer socialement (2).

Plus de la moitié des employeurs avaient des expériences antérieures de travail avec la clientèle à l'étude. Ils ont déjà travaillé avec des personnes handicapées (7), sont ou étaient coordonnateurs locaux (2) ou quelqu'un de leur entourage a un handicap (2).

Le tiers des employeurs ne connaissent pas le type de handicap des participants, les autres avaient eu l'information du coordonnateur, de l'intervenant clinique ou du superviseur. L'intégration des participants dans les différents milieux a été relativement simple, bien que quelques ajustements aient été nécessaires : gestion de stress, s'assurer de la compréhension des participants, préciser les limites du milieu, les difficultés reliées aux tâches, les apprentissages qui se faisaient de façon graduelle.

Selon les employeurs, les participants ont eu des défis à relever à leur arrivée : l'insertion dans une équipe de travail, la communication, le transport, le respect des autres et du milieu, l'orientation spatiale, l'horaire, les conditions climatiques, la persévérance,

l'endurance physique et l'endurance au travail, la mémoire pour le travail, le stress et la gêne. Pour la moitié des employeurs, des défis ont aussi dû être relevés: améliorer l'intégration sociale et au travail, apprendre au participant à gérer son stress et sa timidité, gérer les horaires individualisés de travail, trouver du temps pour analyser les résultats, fournir un encadrement lors de l'entrée dans le milieu, rencontrer les participants dans le but de faire accepter l'environnement (les problèmes des autres), trouver des tâches et des trucs pour les aider, les valoriser et les accompagner vers une plus grande autonomie de fonctionnement.

Ils soulignent que la plupart des participants entretiennent des liens harmonieux avec les autres employés du milieu de travail. Les autres, entretiennent des liens avec les gens du MFTA et ne se mêlent pas ou peu aux autres employés du milieu.

Les employeurs sont tous satisfaits du travail des participants au programme MFTA et ils sont aussi satisfaits de l'expérience vécue. Tous renouvelleraient l'expérience avec d'autres participants et, dans certains cas, l'expérience est déjà renouvelée.

Les employeurs reconnaissent plusieurs avantages au MFTA. Ils soulignent d'abord pour le participant, l'intégration dans un milieu de travail régulier, le fait de pouvoir bénéficier de toutes les ressources disponibles en lien avec le programme, l'encadrement et le soutien. Ils soulignent que le programme est enrichissant pour les participants car il leur permet de rencontrer de nouvelles personnes, d'améliorer leur qualité de vie et de s'exprimer davantage.

Ils soulignent également pour eux-mêmes, l'appréciation de la communauté, le partenariat avec le superviseur, l'impression de participer à une noble cause, la volonté des intervenants et des personnes du milieu de faciliter l'intégration des participants ainsi que les changements positifs de perception des personnes handicapées que cette présence apporte.

Tous les employeurs bénéficient de la présence d'un superviseur dans le milieu pour accompagner les participants. Selon eux, le soutien du superviseur est primordial car ce dernier sert de lien avec l'organisation (Table action-travail). Les contacts avec celui-ci

sont fréquents et la collaboration est bonne. Quelques intervenants cliniques s'impliquent auprès de leurs clients et auprès des employeurs dans les MFTA mais la plupart des employeurs n'ont pas eu nécessairement l'opportunité de les rencontrer ce qu'ils déplorent. Le soutien du coordonnateur local est aussi apprécié, ce dernier est disponible au besoin et est aussi un lien important avec l'organisation. En général, les employeurs sont satisfaits du soutien provenant des différents acteurs entourant les participants.

La présence des participants permet de sensibiliser le milieu de travail à la différence. Les participants amènent aussi de la vie et de l'ambiance dans le milieu. Leur présence permet aussi à l'employeur de développer une meilleure approche envers les personnes handicapées, une certaine motivation et de constater que le participant peut se développer, s'améliorer, qu'il peut apprendre, prendre confiance en lui, se réaliser et se découvrir. Certains employeurs ont une plus grande ouverture d'esprit depuis que le MFTA fait partie de leur entreprise, ils sont surpris de l'efficacité et de la qualité du travail des participants. Il s'agit d'un contact valorisant avec les personnes handicapées qui sont des personnes vraies et franches. Ils sont d'abord motivés par la satisfaction personnelle de permettre à une personne handicapée d'expérimenter le milieu du travail (65 %), apprécient la main d'œuvre supplémentaire (23 %) et considèrent que c'est leur manière de s'impliquer socialement (12 %).

Généralement, ils constatent que la structure actuelle répond bien aux besoins des participants et permet de les faire cheminer vers l'employabilité.

Quelques difficultés ont été également rencontrées par les employeurs dans le cadre du programme : le manque de participants, le manque d'informations à propos des participants et de leur handicap, le financement, les ajustements au niveau de l'accessibilité des lieux et de la confidentialité, le transport, le respect de l'horaire, le manque de coordination et le lien avec la Table action-travail. Plusieurs soulignent également la méconnaissance du programme et du rôle des Tables action-travail de la part des entreprises par manque d'information et de promotion; cette situation amènerait quelquefois des difficultés dans l'application du modèle. On souligne à plusieurs reprises que la tâche de travail du

superviseur semble être trop lourde, et on note également le manque d'outils pour intervenir auprès des participants.

Ils souhaitent que certaines améliorations soient apportées à l'administration du programme : échéanciers pour atteindre le niveau d'employabilité et horaire des superviseurs qui ne cadre pas toujours avec les besoins du milieu. On propose également une amélioration du mécanisme de pairage entre les exigences du travail et les capacités du participant.

Dans une MRC en particulier, le manque de coordination et l'accès à l'information seraient déficients et on se questionne sur la compétence du coordonnateur.

Superviseurs et intervenants cliniques

Pour ces répondants, il s'agit d'un bon projet, les participants sont valorisés et dans certains cas, les changements chez les participants sont très évidents. Le projet leur permet de s'initier graduellement au travail d'équipe. Certains de ceux-ci ont de la difficulté à prendre leur place et d'autres prennent trop de place, il y a donc une possibilité pour les superviseurs de travailler sur cette notion; ainsi les participants pourront appliquer leurs connaissances à l'extérieur du projet MFTA.

Le MFTA est un endroit sécurisant pour les personnes handicapées; il favorise la confiance en soi et leur procure un soutien qu'ils n'avaient pas avant. La valorisation des participants provient en partie de l'attention et du soutien accordé. Il s'agit d'un projet qui remet les participants «sur la bonne voie» et qui leur apporte beaucoup; «c'est un projet extraordinaire». Le MFTA leur donne l'occasion d'élargir leurs horizons et leur permet aussi de développer leur autonomie. Il faut les stimuler et être là pour les accompagner dans cette démarche tout en étant patients et persévérants. Quand les milieux sont bien ciblés, selon les goûts et intérêts du participant, les résultats sont meilleurs. Il faut continuer à développer les MFTA pour les adapter aux particularités des participants, pour répondre à leurs besoins.

Selon un intervenant, le projet doit être pensé différemment pour les personnes ayant une déficience intellectuelle. Il avance que ces dernières doivent vivre plusieurs expériences

pour développer leurs goûts et intérêts; il faudrait donner la possibilité à cette clientèle d'explorer plusieurs milieux avant de l'inclure dans le projet MFTA.

De nouveaux milieux pourraient être explorés mais il y a toujours la contrainte du transport et du budget. Il faudrait que les Tables action-travail aient davantage de moyens pour contrer les problèmes financiers liés au transport et qu'il y ait un transport réservé aux MFTA. On souligne également que les horaires des coordonnateurs (à temps partiel généralement) font en sorte que les réponses aux besoins identifiés par les superviseurs se font quelquefois attendre.

Les superviseurs soulignent qu'il serait important pour le travail de supervision d'établir le PIIT avec le participant, l'intervenant et le coordonnateur et qu'une révision soit faite après trois mois dans le milieu. Cela permettrait aux superviseurs de connaître le participant, de voir l'encadrement fourni, d'avoir des outils dès l'entrée du participant dans le milieu et de faire des ajustements suite aux trois premiers mois. Les intervenants cliniques pourraient ainsi inclure les objectifs retenus dans le suivi individuel pour une meilleure cohérence de l'intervention.

Dans le cas, où un participant est intégré en emploi, il faudrait continuer la supervision. Le retrait devrait être graduel pour supporter la transition.

Un superviseur espère que les résultats de la recherche permettront l'implantation du projet à l'échelle provinciale car selon ce dernier, il s'agit d'un programme qui fonctionne bien. Ce type de programme fait en sorte de viser les besoins de chacun et d'individualiser le processus d'intégration socioprofessionnelle pour les participants qui y adhèrent.

Coordonnateurs

Les cinq MRC fonctionnent sensiblement de la même façon quant au jumelage entre les participants et les employeurs. L'insertion du participant dans un milieu donné passe par le comité clinique. La présentation du participant potentiel se fait en lien avec ses goûts et ses intérêts ainsi qu'avec les tâches qu'il a la capacité d'accomplir. Dans certains cas, les intervenants ne connaissent pas nécessairement le potentiel des clients au niveau du travail alors les jumelages ne sont pas efficaces. Le participant doit être adéquat pour le milieu et

le milieu doit être adéquat pour le participant également. En ce qui concerne la sélection des employeurs, l'ouverture d'esprit de ceux-ci est primordiale. S'il n'y a pas d'ouverture face à l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées, il n'y aura pas de possibilités de faire des jumelages efficaces.

Généralement, les employeurs sont impliqués lors de la mise en place du PIIT et les attentes de ceux-ci sont considérées. La présence du superviseur dans le milieu fait en sorte que le participant se mêle aux autres participants et employés, dans le but que l'intégration soit profitable à tout le monde.

Certains facteurs facilitent le fonctionnement du projet MFTA dans la région. La structure a fait ses preuves : le MFTA est un programme dont l'optique est de faire cheminer les participants vers le marché du travail. Les personnes qui siègent sur les différents comités sont des gens du milieu, ils connaissent les personnes handicapées de leur territoire et sont sensibles à leurs besoins.

Selon les coordonnateurs, la grande force du MFTA, c'est la présence des superviseurs au quotidien, pour soutenir et faire progresser les participants ainsi que le partenariat exceptionnel développé. Dans l'une des MRC, le participant est d'abord intégré en tant que bénévole dans l'entreprise ou l'organisme communautaire. De cette façon, le participant voit ce qu'il est capable de faire et les points qu'il doit améliorer dans une démarche graduelle vers l'employabilité.

Avant d'être intégré comme participant, il y a signature d'un contrat en lien avec le respect des horaires, l'augmentation des heures de travail et la formation (s'il y a lieu). S'il y a un non respect du contrat, le coordonnateur et l'intervenant rencontrent le participant pour savoir ce qui est arrivé et s'il y a une façon de régler le problème. D'autres commentaires ont également été cités comme étant des facilitateurs : la disponibilité des intervenants quand une intervention est nécessaire; l'ouverture et la disponibilité du CLE; l'appui des partenaires de la Table (répondants locaux); le contact avec les intervenants et le comité clinique et les bons liens avec Vision-Travail.

La réussite du projet repose en grande partie sur le partenariat que l'organisation des MFTA a su développer.

Il existe également des obstacles en lien avec le fonctionnement du projet MFTA. Le principal obstacle présent dans chacune des MRC demeure le transport pour les participants. Le CLE fournit une certaine aide monétaire pour le transport des participants, mais ce n'est pas suffisant. Il faut trouver du financement supplémentaire. La démarche est plus facile si le participant demeure dans la ville principale de la MRC et que son MFTA y est également situé. L'horaire du transport adapté ne concorde pas avec les heures d'ouverture des MFTA, il est donc difficile de planifier les horaires et d'augmenter les heures de travail. Il y a une possibilité d'utiliser le transport scolaire, mais celui-ci priorise les élèves alors il n'y a pas toujours de places disponibles pour les participants au MFTA et, si le participant devient un employé de l'entreprise où il a fait son MFTA, il n'aura plus accès au transport scolaire.

La structure de l'organisation peut également devenir un obstacle; il y a tellement de gens impliqués que parfois les rôles deviennent confus. Apprendre le fonctionnement de la structure organisationnelle et des MFTA a aussi été un obstacle pour certains acteurs œuvrant dans le milieu. Dans le milieu de travail comme tel, les postes de travail ne sont pas toujours adaptés pour certaines clientèles (rampe d'accès, escalier, ascenseur) ce qui limite l'accès aux personnes à mobilité réduite

Le manque d'ouverture de certains commerces ou entreprises limite la variété de milieux dans lesquels les coordonnateurs peuvent faire des démarches pour implanter un MFTA. Aussi, les milieux syndiqués (marché d'alimentation, hôpitaux) ne permettent pas l'implantation d'un MFTA puisque pour donner des tâches de travail aux participants, il faudrait diminuer les tâches des employés syndiqués. L'insécurité des participants quant aux pertes qu'ils pourraient subir par rapport à l'aide sociale et le financement du projet sont également des obstacles rencontrés dans le cadre de l'implantation des MFTA.

Quelques ajustements sont proposés par les coordonnateurs pour améliorer les services offerts par les MFTA. Il faudrait que les emplois des superviseurs deviennent stables. Comme il s'agit d'un projet pilote, les emplois des superviseurs sont à la merci des

subventions. Le salaire des superviseurs est fixe, même si ça fait plusieurs années qu'ils travaillent au MFTA; il pourrait y avoir augmentation des salaires selon l'ancienneté. Il faudrait allouer aux superviseurs, une période de 1 ou 2 heures payées par semaine, même s'il n'est pas en présence de participants, afin d'organiser des rencontres de suivi. Si le projet prend de l'expansion, les superviseurs devraient être des personnes qualifiées, détenant une certaine formation auprès des différentes clientèles des MFTA. Présentement, il semblerait qu'aucune formation ne soit exigée puisqu'il s'agit d'un projet pilote et que les subventions ne permettent pas de défrayer des salaires pour des personnes ayant certaines qualifications.

Pour les postes de coordonnateurs, le nombre d'heures accordé à la coordination devrait être supérieur : passer de 21 à 30 heures par semaine. Le travail de coordonnateur à temps partiel fait en sorte qu'il est difficile d'envisager de travailler plusieurs années à ce poste, ce qui occasionne un roulement au niveau de la coordination et affecte le développement de nouveaux milieux.

Il serait utile d'avoir une procédure identique pour évaluer les participants avant qu'ils entrent en MFTA, afin de savoir où ils se situent dans le parcours d'intégration et aussi, pour les évaluer en cours de MFTA.

Il serait intéressant que chacune des MRC soit indépendante au niveau du budget et qu'elle puisse en disposer de la façon dont elle le souhaite. Il n'y aurait donc plus d'attente pour obtenir des fonds, pour développer de nouveaux milieux et les postes de superviseurs pourraient être assurés. Le fait de ne jamais avoir la certitude que le projet va se poursuivre est difficile autant pour les participants, les superviseurs que pour les coordonnateurs.

Il serait important que la présence des intervenants au comité clinique fasse partie de leurs tâches, car il y a beaucoup d'absentéisme ou d'annulation. Il faudrait donc que les directeurs de services s'assurent de la présence de leurs intervenants lors des rencontres du comité clinique et que ceux-ci aient également du temps de prévu à l'horaire pour visiter les participants dans les MFTA.

Malgré les obstacles et les ajustements souhaitables, les coordonnateurs semblent satisfaits du projet MFTA dans la région. C'est un beau projet, il fonctionne bien car il est bien encadré. Il faudrait lui donner plus de visibilité et faire davantage de publicité pour présenter le projet dans la région.

Le cheminement est perceptible chez les participants tant au niveau du travail qu'au niveau personnel démontrant que le MFTA a un impact positif pour l'intégration en emploi des personnes handicapées. Certains notent chez elles une baisse de médication, une augmentation de l'estime de soi, une diminution de l'anxiété et une diminution des hospitalisations. Le lien d'appartenance et l'esprit d'équipe sont aussi des éléments importants à considérer. Le travail est valorisant pour les participants, il s'agit d'implication sociale, il y a des transferts d'acquis aux autres participants et dans leur vie en général, ce n'est pas seulement une question monétaire.

Les résultats de la recherche sont très attendus par les coordonnateurs, ceux-ci espèrent que la recherche permettra d'avoir plus de financement pour mieux réaliser les projets.

Comité régional

Les résultats de la tournée des MRC portant sur le fonctionnement du MFTA ont été présentés au comité régional en avril 2008. Certaines inégalités ou incompréhensions dans l'application du programme ayant été notées, ce dernier a mis sur pied un comité pour préparer une journée «Bilan et perspectives» où les superviseurs, coordonnateurs, intervenants cliniques, membres de la Table action-travail et partenaires du projet ont été conviés. Chacun des invités devait répondre à un document préparatoire sur le fonctionnement du MFTA permettant de dégager des constats sur la structure et le fonctionnement du projet dans chaque MRC. La journée s'est tenue à Rouyn-Noranda, le 9 octobre 2008 réunissant une centaine de personnes. Les différents ateliers portaient sur la vision, la mission et les orientations ainsi que sur mandats et responsabilités, thèmes permettant de revoir en totalité le fonctionnement selon chacun des groupes en présence. Des pistes d'action devaient être apportées dans le but d'améliorer la structure actuelle.

De manière générale, les gens semblent très satisfaits du MFTA et soulignent de nouveau l'intérêt d'une vision commune dans la poursuite du développement de l'emploi chez les personnes handicapées.

Les principales pistes d'action suivantes visant l'optimisation du MFTA suivantes ont été proposées par les différents groupes en présence:

- Offrir aux coordonnateurs, employeurs et superviseurs des formations régulières sur les différents handicaps et sur les stratégies permettant de faire face aux désorganisations et aux troubles de comportement;
- S'assurer que le PITT soit bien utilisé, actualisé partout et que le portrait global avec les forces, difficultés et symptômes des participants soit bien compris des intervenants concernés;
- Systématiser la création d'un contrat de partenariat employeur/Table-action travail/participant pour améliorer la stabilité des ententes;
- Axer les interventions vers l'autonomisation du participant;
- Poursuivre le développement de milieux de travail dans les secteurs privés et sensibiliser les syndicats au projet;
- Impliquer le milieu scolaire dans l'élaboration de formations visant à développer les habiletés liées à l'employabilité;
- Clarifier le rôle de l'intervenant clinique dans le milieu de travail;
- Mettre en commun les outils d'évaluation d'aptitudes, attitudes et habiletés de travail;
- Analyser le fonctionnement du transport adapté quant aux possibilités d'accès au travail (heures, endroits desservis, coûts à assumer...);
- Poursuivre la sensibilisation de la communauté quant à l'importance du travail chez les personnes handicapées (municipalités, syndicats, chambre de commerce, etc.);
- Identifier de nouveaux secteurs d'emploi susceptibles de recevoir les candidats au travail;
- Produire un canevas permettant de rédiger un rapport annuel d'activités uniformisé;
- Maintenir la participation des coordonnateurs régionaux aux tables locales pour s'assurer que la mission et les orientations du MFTA soient respectée et que les coordonnateurs locaux soient supportés;
- Développer une plus grande vigilance dans la tenue des statistiques de placement en emploi dans chacune des MRC;

- Faire des représentations dans le but de revendiquer un modèle de financement stable.

DISCUSSION

L'objectif de la présente étude consistait à : 1) dresser le portrait des personnes ayant participé au MFTA depuis quelques années et déterminer *a posteriori* les différences entre les personnes ayant intégré le marché du travail et celles ne l'ayant pas fait; 2) déterminer l'encadrement requis pour soutenir les participants, employeurs, superviseurs; 3) suivre l'implantation d'un nouveau groupe de participants et déterminer la magnitude des changements après 6 à 9 mois; 4) analyser le fonctionnement et l'appréciation du programme dans les 5 MRC.

Les deux étapes de la recherche ont permis de répondre à ces objectifs. L'étude rétrospective a d'abord été l'occasion d'appréhender le modèle proposé et de déterminer quels sont les facteurs qui semblent contribuer principalement à l'intégration à l'emploi des personnes handicapées. L'étude prospective a permis de suivre l'implantation du projet de plus près, tant au niveau du vécu des nouveaux participants qu'au niveau de l'ensemble des acteurs impliqués. Elle a également permis d'en mesurer les effets après une période de 6 à 9 mois dans le milieu de travail.

Comme nous l'avons vu, les personnes handicapées qui intègrent le milieu du travail présentent certaines caractéristiques qui les différencient du groupe de personnes non intégrées. Toutefois, certaines d'entre elles semblent plutôt étonnantes. Par exemple, ce sont les personnes entre 45 et 54 ans qui sont davantage intégrées; elles disposent d'un réseau social moins développé et leur famille les supporte moins. Elles sont moins scolarisées mais nécessitent toutefois moins de support au niveau des aptitudes de travail et sont davantage motivées à travailler. Fait à remarquer, elles ont nécessité une présence plus longue en MFTA et davantage en milieu de travail régulier. Le développement du secteur régulier était visé comme l'un des objectifs prioritaires par le comité régional et la table locale. Il semble que les résultats commencent à se faire sentir. Cette réalité est encore plus présente chez le nouveau groupe en cours de MFTA (53 % vs 32 %). De manière générale,

bien que les résultats de l'étude prospective restent partiels, l'évolution dans le parcours d'insertion des nouveaux participants présente un tableau semblable.

Les personnes proviennent davantage de la déficience intellectuelle et de la santé mentale. Les personnes handicapées physiques sont relativement peu présentes dans le projet. Il faut toutefois souligner que le taux de placement représente exactement le taux de participants de chacune des clientèles. Il apparaît donc que l'intégration au travail ne serait pas tributaire du type de handicap mais plutôt des caractéristiques individuelles et des mécanismes de suivi et d'encadrement.

L'étude prospective permet de faire ressortir les principaux effets du MFTA sur les 23 participants évalués aux deux temps. Les effets sont évalués globalement mais aussi en fonction des clientèles pour permettre de développer une approche plus ciblée.

Les participants montrent une avancée importante au niveau des habiletés de travail au post-test. Leur motivation, d'abord axée vers la valorisation personnelle et le salaire est également suscitée après 6 mois par les variables relatives au travail : valorisation, tâches et collègues. On note également une nette progression dans le parcours vers l'employabilité puisque 14 des 23 participants ont franchi au moins une étape et que 6 d'entre eux en sont à la dernière, donc en attente de placement. Alors que 87 % se situaient en contexte de non productivité au pré-test, ils ne sont plus que 40 % au post-test. Globalement, on peut confirmer que la présence en MFTA permet à des individus éloignés du marché du travail de développer des habiletés, une motivation et un parcours démontrant une avancée importante vers l'intégration même si on note un besoin accru de temps pour permettre aux personnes déficientes intellectuelles d'atteindre un niveau de productivité.

Les mesures de la qualité de vie aux deux temps démontrent une nette amélioration chez les personnes handicapées physiques et en santé mentale alors qu'elles chutent généralement chez les personnes déficientes intellectuelles. La dimension biologique semble la plus touchée. Ce questionnaire évalue en particulier le stress et l'anxiété. Ici également, les personnes handicapées intellectuelles semblent démontrer un besoin de temps ou de support accru pour atteindre un certain niveau de bien-être au travail même si

ces difficultés ne semblent pas restreindre leurs possibilités d'emploi si on les compare aux autres clientèles.

Le test sur la mesure du handicap (CIQ) démontre des résultats globaux mitigés sauf au niveau de la productivité où les améliorations sont importantes, particulièrement en santé mentale. Cette donnée va dans le même sens que les résultats sur l'insertion au travail qui confirment la nette amélioration des variables reliées à l'emploi. Toutefois, comme aux autres résultats, ce sont les personnes en déficience intellectuelle dont les progrès sont les moins marqués après 6 mois.

Les participants sont généralement très satisfaits du programme et du support qu'ils reçoivent. Ils en retirent de nombreux bénéfices malgré la période d'adaptation qu'ils doivent d'abord vivre.

L'évaluation de la satisfaction de l'ensemble des autres acteurs a permis de constater l'immense intérêt manifesté pour le projet. Quelques ajustements semblent toutefois être souhaités et la tournée régionale ainsi que les nombreuses entrevues ont fait en sorte que nous soyons en mesure de dresser un portrait des points forts et des améliorations souhaitées. Le problème de la récurrence du financement ainsi que les limites du transport semblent être des irritants particulièrement présents dans les 5 MRC. Il y a encore des efforts à faire pour que les personnes handicapées profitent concrètement et localement des obligations relatives au transport inscrites dans la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. Il semble également important d'aider les employeurs à mieux se préparer pour recevoir les personnes handicapées. Un besoin de formation sur les attitudes à adopter et sur les sortes de handicap a souvent été apporté tant au niveau des employeurs que des superviseurs. Les études démontrent qu'une formation initiale des différents acteurs de l'intégration n'a que peu d'effet sur leurs façons de travailler. Il faut plutôt prévoir un accompagnement périodique du programme s'étalant sur une période d'un an visant l'atteinte d'un haut niveau de compétence à l'application du modèle de soutien à l'emploi, se traduisant par une meilleure efficacité (Fixsen et al., 2005 cité dans Gouvernement du Québec, 2008 b).

Le comité d'implantation a réagi en tenant une rencontre réunissant l'ensemble des personnes impliquées dont les orientations donneront lieu sous peu à un plan d'action régional visant à assurer une plus grande cohérence au MFTA.

Au niveau de la sélection des participants au projet, les différents acteurs devront sans doute se pencher sur les raisons du faible recrutement de personnes handicapées physiques et tenter de revoir le niveau de préparation ou de support offert aux personnes handicapées intellectuelles en début de parcours pour faciliter leur intégration dans des conditions optimales.

Limites de l'étude

Malgré son intérêt, cette étude qui aura duré deux ans, présente certaines limites. Pour l'étude rétrospective, les données ont été recueillies à partir de dossiers et/ou de rencontres avec des tiers. Les informations ne sont donc pas de première main et certains aspects subjectifs risquent de s'y retrouver. Le nombre restreint de personnes handicapées physiques rend également difficile la généralisation des données relatives à cette clientèle.

La dimension économique de la mesure de la qualité de vie, dans la version retenue, ne démontre pas de sensibilité puisque peu de variations sont obtenues contrairement aux autres mesures. Il est également possible qu'à court terme, les participants n'aient pas eu le temps de réaliser l'impact d'un emploi éventuel au niveau économique puisque ils étaient encore en MFTA et non en emploi. Dans les entrevues individuelles, leurs rêves démontrent bien qu'ils envisagent pourtant cette amélioration de leur situation puisqu'ils parlent de changer de loyer, de quitter l'aide sociale, de s'acheter une auto.....

Dans certains cas, les coordonnateurs ou superviseurs ont été remplacés entre les deux parties de l'étude ce qui fait que, en début de parcours, l'un des coordonnateurs pouvait être satisfait de certains aspects du projet alors que le remplaçant pouvait éprouver certaines difficultés. D'autre part, le premier avait une connaissance de la personne handicapée qui n'était pas toujours présente chez le remplaçant (en inversement).

Il est également difficile de mesurer l'efficacité de l'intégration en emploi des personnes dans chacune des MRC (coûts/bénéfices). Un portrait local des possibilités de placement,

de la sensibilité de la population à la situation des personnes handicapées, à la couverture de la localité par le transport adapté auraient été nécessaires pour y arriver ce qui n'était pas notre objectif. La tenue régionale des statistiques est en cours d'amélioration depuis un certain temps et la collaboration de chacune des MRC devra être au rendez-vous pour permettre de dresser un portrait encore plus complet des écarts entre les possibilités offertes par le milieu de travail proposé et les aptitudes des personnes pour un meilleur pairage. Pour y arriver, l'Évaluation Systémique des Aptitudes Professionnelles (ESAP), développé par un groupe de recherche français, pourrait inspirer le développement d'un instrument uniformisé de mesure sur les possibilités d'adéquation entre les aptitudes de la personne et les exigences de tâches inhérentes à l'emploi.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude ouvrent des perspectives pratiques intéressantes. Ils démontrent que les personnes handicapées peuvent évoluer sur le parcours de l'employabilité et devenir ainsi des personnes pleinement intégrées dans la société s'ils le désirent. Ils démontrent également que les employeurs sont intéressés à accueillir des personnes handicapées s'ils se sentent supportés. Leur vision du handicap évolue alors et ils deviennent souvent des agents de promotion dans leur milieu. Les résultats montrent aussi que la possibilité de mesurer la qualité de vie ainsi que la perception du handicap en fonction de leurs différentes dimensions - en déterminant le besoin de support spécifique dans chacun des aspects du travail - mettent en évidence les facteurs reliés au travail en voie d'acquisition. D'autre part, le plan d'action proposé par le comité d'implantation devrait permettre d'assurer une vision intégrée du programme, assurée par une compréhension commune des enjeux.

L'ouverture des milieux, particulièrement dans la seconde partie de la recherche ainsi que l'appui inconditionnel du comité de suivi ont permis à l'équipe de recherche d'avoir accès aux données et au support nécessaires à l'avancement de l'étude. Les différents organismes impliqués ont également démontré leur confiance dans leur structure de fonctionnement car ils ont laissé carte blanche à l'équipe de recherche malgré l'insécurité que pose toujours une évaluation d'implantation. L'équipe de recherche compte à son actif de nombreuses

recherches en liens avec les personnes handicapées en région ce qui a sans doute facilité les rapports de confiance mutuelle.

Enfin, le comité de suivi ainsi que l'équipe de recherche diffuseront, en collaboration, les résultats obtenus. Nous espérons que cette opération incitera davantage de milieux à offrir un accueil aux personnes handicapées et contribuera à sensibiliser davantage la population à leur cause. Il est indispensable que les personnes handicapées soient considérées comme un bassin de main-d'œuvre valable et qu'on leur offre une chance d'acquérir une autonomie financière par le travail et de contribuer au devenir de la société québécoise. Il leur faut un environnement adéquat pour qu'elles développent leur plein potentiel et s'intègrent de façon durable au monde du travail (Gouvernement du Québec, 2008). C'est ce que vise le MFTA en Abitibi-Témiscamingue.

RÉFÉRENCES

- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.
- Corten, P. et Mercier, C. (1997). Quavisub In: *Pattern of Quality of Life among People with Disabilities*. (International report NATO Collaborative Research Grant n° 910084) Eds Corten Ph & Mercier C. NATO, Brussels, Belgium.
- Dehail, P., Rouleaud, S., Chapelin, L., Debelleix, X., Petit, H., Destailats, J. M., Capici, S., Joseph, P. A., Mazaux, J. M. et Barat, M. (1997). Reprise du travail et qualité de vie des traumatisés crâniens graves : l'expérience d'une section d'observation et d'aide à l'insertion professionnelle. *Annales de Réadaptation Médicale et Physique*, 41, 133-138.
- Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, Côté J, Côté M et St-Michel G. (1996). *Révision de la proposition québécoise de classification: Processus de production du handicap*. Québec: Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L. et St-Michel, G. (1997). Guide de l'utilisateur-instrument de mesure des habitudes de vie (MHAVIE 2.1) et instrument de mesure de la qualité de l'environnement. *Réseau international CIDIH*, 9(1):6-19.
- Gouvernement du Québec (2008b) *Stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées*. Québec : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- Gouvernement du Québec (2008 a). *Le soutien à l'emploi de type «placement et soutien individuels pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec*. Québec : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. Sillery: PUQ.
- Noreau, L., Weber, P. (2003). *Niveau de participation sociale et qualité de l'environnement de la clientèle de Pro Infirmis Vaud ayant fait l'objet d'une intervention en travail social*. Rapport de recherche. Québec-Lausanne : Université Laval.
- Poirier, L-R., Caulet, M., Fournier, L., Mercier, C., White, D., Lesage, A. (2001). *Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves vivant dans la communauté*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Villers, P., Castelein, P., Bauwin, C., Bouffioulx, E., Cornillie, F. (2002). *Évaluation systématique des aptitudes professionnelles (ESAP). Pour un projet de réinsertion professionnelle individualisé*. La Grande Motte : Groupe pluridisciplinaire de recherche et de développement de Modèles holistiques de réadaptation.
- Willer, B., Lim, R. et Allen, K. (1993). Community integration and barriers to integration for individuals with brain injury. In: Finlayson MAJ, Garner SH, eds. *Brain injury rehabilitation: Clinical Considerations*. Baltimore: Williams & Wilkins, 355-37.

APPENDICE A
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX ENTREVUES
(PARTICIPANTS AUX MFTA, INTERVENANTS, SUPERVISEURS, EMPLOYEURS ET
COORDONNATEURS)

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
(Participants au projet MFTA)**

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : Expérimentation du modèle d'intervention des *Milieus de formation et de travail adaptés* (MFTA) auprès d'une clientèle éloignée du marché du travail.
NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE : Suzanne Dugré et Daniel Thomas, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : Office des personnes handicapées du Québec
DURÉE DU PROJET : 2 ans

Bonjour!

Nous voulons vous rencontrer aujourd'hui car nous faisons une étude pour vérifier comment ça se passe pour vous dans la formation *Milieus de formation et de travail adaptés* (MFTA). Nous rencontrerons 25 personnes qui, comme vous, participent au MFTA. Nous souhaitons vous rencontrer au début de votre participation au MFTA et plus tard une deuxième fois pour savoir comment ça va.

Sachant que vous êtes âgé de 18 ans et plus, et que vous participez au projet MFTA, nous souhaitons vous inviter à collaborer à cette étude. Vous êtes libre de participer et libre d'arrêter en tout temps de participer à l'entrevue. Si vous acceptez, vous participerez à une entrevue d'environ 1 heure. Au cours de celle-ci, nous discuterons des différentes expériences de travail que vous aviez avant le MFTA mais aussi comment vous voyez votre travail actuellement, les tâches que vous faites et comment vous pensez que l'on vous aide. Nous vous soumettrons également un questionnaire pour vérifier votre intégration dans la communauté et un autre pour connaître votre satisfaction quant à votre qualité de vie de tous les jours.

Les détails entourant votre participation à l'étude suivent, de même que vos droits comme participant et des engagements de l'équipe de recherche. Même si vous avez un tuteur qui a accepté votre participation à l'entrevue, c'est vous qui décidez si vous voulez participer ou non.

Description des inconvénients et de la gêne à participer à la recherche :

Selon nous, il n'y a pas d'inconvénient à participer à cette étude sauf le temps requis pour réaliser l'entrevue individuelle (environ 1h00). Vous pouvez également trouver difficile de répondre à certaines questions personnelles par rapport à votre expérience mais vous êtes libre en tout temps de répondre ou non. D'autre part, votre intervenant vous contactera après l'entrevue pour discuter avec vous et pour répondre à vos interrogations s'il y a lieu. Sa présence est également acceptée pendant l'entrevue si vous le désirez.

Description des avantages à participer à la recherche :

En participant à cette étude, même si vous ne recevez pas d'argent supplémentaire, vous pouvez nous aider à mieux connaître le programme MFTA et à améliorer les services offerts aux personnes handicapées de la région.

Description des mesures et des engagements à la confidentialité :

Tout ce que vous allez nous dire aujourd'hui restera confidentiel. Votre nom ne sera pas dévoilé et personne ne pourra reconnaître ce que vous avez dit. Nous parlerons de manière générale de ce que vivent les 25 personnes participant au programme MFTA. Les notes d'entrevues seront gardées sous clef dans un classeur

accessible aux membres de l'équipe de recherche seulement. Ces notes d'entrevues seront détruites une fois l'étude terminée. Il est entendu que les rapports ne mentionneront ni le nom des participants ni leur lieu de travail ni aucune information qui pourrait vous faire reconnaître.

Vos droits en tant que participant à l'étude :

- Votre collaboration à l'étude est entièrement volontaire ;
- Vous pouvez en tout temps refuser de répondre à une question qui vous est posée ;
- Vous pouvez mettre fin à l'entrevue en tout temps ;
- Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps, sans aucune conséquence pour vous;
- Dans le cas où vous bénéficiez actuellement de services dans un centre de réadaptation, un refus de votre part ne modifiera en rien la qualité ou la quantité des soins et services auxquels vous avez droit.

L'engagement des chercheurs

Il est entendu que les chercheurs s'engagent à respecter et à faire respecter par les membres de leur équipe tous les engagements décrits dans ce formulaire de consentement.

J'ai lu et compris le formulaire de consentement. Par ailleurs, j'accepte que les membres de l'équipe de recherche accèdent à mon dossier d'utilisateur et rencontrent mon intervenant dans le cadre de cette recherche.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains
UQAT
Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche
445, boul. de l'Université, Bureau B-309
Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4
Téléphone : (819) 762-0971 # 2252
danielle.champagne@uqat.ca

Signatures

Nom du participant ou tiers autorisé (lettres moulées)

Signature

Date

Si le consentement a été obtenu auprès d'un mandataire légal, indiquer pour quel participant celui-ci a été donné : _____

Ce consentement a été obtenu par :

Nom du chercheur ou agent de recherche
(Nom en lettres moulées)

Signature

Date

Questions :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez rejoindre :

Chercheur, nom, numéro de téléphone : Suzanne Dugré, (819) 762-0971 poste 2367
Daniel Thomas, (819) 762-0971 poste 2383

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
(Intervenants-superviseurs-coordonnateurs)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : Expérimentation du modèle d'intervention des *Milieus de formation et de travail adaptés* (MFTA) auprès d'une clientèle éloignée du marché du travail.
NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE : Suzanne Dugré et Daniel Thomas, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : Office des personnes handicapées du Québec
DURÉE DU PROJET : 2 ans

Bonjour!

Nous menons présentement une étude ayant pour objectif de mesurer les impacts des *Milieus de formation et de travail adaptés* (MFTA) auprès d'adultes participant au programme. Plus spécifiquement, nous souhaitons effectuer une comparaison entre les caractéristiques des gens qui sont parvenus à intégrer le marché régulier de l'emploi et ceux qui n'y sont pas parvenus. Afin d'atteindre cet objectif, des entrevues seront effectuées auprès de participants au projet MFTA ainsi qu'auprès de leurs employeurs, de leurs intervenants et du coordonnateur local.

Sachant que vous êtes intervenant (superviseur ou coordonnateur) auprès de participant(s) au projet MFTA, nous souhaitons vous inviter à collaborer à cette étude. Bien entendu, votre participation est volontaire et vous êtes libre de retirer votre consentement en tout temps. Si vous acceptez de collaborer à cette étude, vous participerez à une entrevue d'environ 1 heure durant laquelle nous discuterons entre autres du processus d'intégration en emploi de votre participant(e) affilié(e) au projet et du niveau d'encadrement clinique requis dans le cadre du projet. L'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone et la bande sonore sera détruite à la fin de l'étude.

Les détails entourant votre éventuelle participation à l'étude sont précisés dans les lignes qui suivent, de même que vos droits comme participant et des engagements de l'équipe de recherche.

Description des inconvénients et de la gêne à participer à la recherche :

Le principal inconvénient pouvant découler de votre participation à l'étude concerne le temps requis pour réaliser l'entrevue individuelle (environ 1h).

Description des avantages à participer à la recherche :

La participation à cette étude ne prévoit aucun bénéfice direct (compensation financière) et le principal avantage pour vous sera d'avoir contribué à l'amélioration des connaissances entourant les impacts des *Milieus de formation et de travail adaptés*. À plus long terme, les informations recueillies dans le cadre de cette étude permettront d'orienter les efforts déployés pour parvenir à améliorer les services offerts dans le cadre du projet MFTA.

Description des mesures et des engagements à la confidentialité :

Des mesures seront prises tout au long de l'étude afin d'assurer la confidentialité des données. En effet, les informations recueillies lors des entrevues individuelles demeureront strictement confidentielles et seront utilisées seulement à des fins scientifiques. L'ensemble des informations, c'est-à-dire les bandes sonores, les retranscriptions verbatim et les notes d'entrevues seront gardées sous clef dans un classeur accessible aux membres de l'équipe de recherche seulement. Les bandes sonores seront détruites une fois l'étude terminée,

de même que les données verbatim et les notes d'entrevues. Il est entendu que le rapport final (de même que les rapports préliminaires) ne mentionnera aucune information nominale (p. ex. nom des participants, lieu de travail, etc.) qui rendrait possible l'identification des participants. Toutefois, le faible nombre d'intervenants impliqués dans la cueillette de données pourrait faire en sorte que vos opinions (même anonymes) soient reconnues par les personnes qui oeuvrent au sein du MFTA. Nous tenterons de regrouper suffisamment les résultats pour éviter au maximum cette situation.

Coûts et rémunération :

Aucun coût direct ou indirect ne sera encouru par les participants tout au long de l'étude. Il s'agit d'une participation volontaire et non rémunérée.

En tant que participant, vous recevrez un résumé de la recherche pour vous informer des résultats obtenus. En aucun cas votre nom ne sera mentionné, ni aucune information permettant votre identification.

Vos droits en tant que participant à l'étude :

- Votre collaboration à l'étude est entièrement volontaire ;
- Vous pouvez en tout temps refuser de répondre à une question qui vous est posée ;
- Vous pouvez mettre fin à l'entrevue en tout temps ;
- Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps, sans aucune conséquence pour vous;

L'engagement des chercheurs

Il est entendu que les chercheurs s'engagent à respecter et à faire respecter par les membres de leur équipe tous les engagements décrits dans ce formulaire de consentement.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains
 UQAT
 Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche
 445, boul. de l'Université, Bureau B-309
 Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4
 Téléphone : (819) 762-0971 # 2252
 danielle.champagne@uqat.ca

Signatures

Nom du supérieur immédiat (lettres moulées)

Signature

Date

Si le consentement a été obtenu auprès d'un mandataire légal, indiquer pour quel participant celui-ci a été donné : _____

Ce consentement a été obtenu par :

Nom du chercheur ou agent de recherche
(Nom en lettres moulées)

Signature

Date

Questions :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez rejoindre :

Chercheur, nom, numéro de téléphone : Suzanne Dugré, (819) 762-0971 poste 2367

Daniel Thomas, (819) 762-0971 poste 2383

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

(Employeurs/formateurs)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : Expérimentation du modèle d'intervention des *Milieux de formation et de travail adaptés* (MFTA) auprès d'une clientèle éloignée du marché du travail.

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE : Suzanne Dugré et Daniel Thomas, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : Office des personnes handicapées du Québec

DURÉE DU PROJET : 2 ans

Bonjour!

Nous menons présentement une étude ayant pour objectif de mesurer les impacts des *Milieux de formation et de travail adaptés* (MFTA) auprès d'adultes participant au programme. Plus spécifiquement, nous souhaitons effectuer une comparaison entre les caractéristiques des gens qui sont parvenus à intégrer le marché régulier de l'emploi et ceux qui n'y sont pas parvenus. Afin d'atteindre cet objectif, des entrevues seront effectuées auprès de participants au projet MFTA ainsi qu'auprès de leurs employeurs, de leurs intervenants et du coordonnateur local.

Sachant que vous êtes l'employeur d'un participant au projet MFTA, nous souhaitons vous inviter à collaborer à cette étude. Bien entendu, votre participation est volontaire et vous êtes libre de retirer votre consentement en tout temps. Si vous acceptez de collaborer à cette étude, vous participerez à une entrevue d'environ 30 minutes durant laquelle nous discuterons entre autres du processus d'intégration en emploi du participant(e) affilié(e) au projet, du soutien reçu en tant qu'employeur ainsi que de votre appréciation des MFTA. L'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone et la bande sonore sera détruite à la fin de l'étude.

Les détails entourant votre éventuelle participation à l'étude sont précisés dans les lignes qui suivent, de même que vos droits comme participant et des engagements de l'équipe de recherche.

Description des inconvénients et de la gêne à participer à la recherche :

Le principal inconvénient pouvant découler de votre participation à l'étude concerne le temps requis pour réaliser l'entrevue individuelle (environ 30 min).

Description des avantages à participer à la recherche :

La participation à cette étude ne prévoit aucun bénéfice direct (compensation financière) et le principal avantage pour vous sera d'avoir contribué à l'amélioration des connaissances entourant les impacts des *Milieux de formation et de travail adaptés*. À plus long terme, les informations recueillies dans le cadre de cette étude permettront d'orienter les efforts déployés pour parvenir à améliorer les services offerts dans le cadre du projet MFTA.

Description des mesures et des engagements à la confidentialité :

Des mesures seront prises tout au long de l'étude afin d'assurer la confidentialité. En effet, les informations et les données recueillies lors des entrevues individuelles demeureront strictement anonymes et seront utilisées seulement à des fins scientifiques. L'ensemble des informations, c'est-à-dire les bandes sonores,

les retranscriptions verbatim et les notes d'entrevues seront gardées sous clef dans un classeur accessible aux membres de l'équipe de recherche seulement. Les bandes sonores seront détruites une fois l'étude terminée, de même que les données verbatim et les notes d'entrevues. Il est entendu que le rapport final (de même que les rapports préliminaires) ne mentionnera aucune information nominale (p. ex. nom des participants, lieu de travail, etc.) qui rendrait possible l'identification des participants. Toutefois, le faible nombre d'entreprises impliquées dans la cueillette de données pourrait faire en sorte que votre entreprise soit reconnue par d'autres entreprises participantes ou par les différents responsables du MFTA, particulièrement au niveau de la structure organisationnelle.

Coûts et rémunération :

Aucun coût direct ou indirect ne sera encouru par les participants tout au long de l'étude. Il s'agit d'une participation volontaire et non rémunérée.

En tant que participant, vous recevrez un résumé de la recherche pour vous informer des résultats obtenus. En aucun cas votre nom ne sera mentionné, ni aucune information permettant votre identification personnelle.

Vos droits en tant que participant à l'étude :

- Votre collaboration à l'étude est entièrement volontaire ;
- Vous pouvez en tout temps refuser de répondre à une question qui vous est posée ;
- Vous pouvez mettre fin à l'entrevue en tout temps ;
- Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps, sans aucune conséquence pour vous;

L'engagement des chercheurs

Il est entendu que les chercheurs s'engagent à respecter et à faire respecter par les membres de leur équipe tous les engagements décrits dans ce formulaire de consentement.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains
UQAT
Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche
445, boul. de l'Université, Bureau B-309
Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4
Téléphone : (819) 762-0971 # 2252
danielle.champagne@uqat.ca

Signatures

Nom du supérieur immédiat (lettres moulées)

Signature

Date

Si le consentement a été obtenu auprès d'un mandataire légal, indiquer pour quel participant celui-ci a été donné : _____

Ce consentement a été obtenu par :

Nom du chercheur ou agent de recherche
(Nom en lettres moulées)

Signature

Date

Questions :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez rejoindre :

Chercheur, nom, numéro de téléphone : Suzanne Dugré, (819) 762-0971 poste 2367
Daniel Thomas, (819) 762-0971 poste 2383

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers

APPENDICE B
Instruments d'évaluation
Participants
(étude prospective)

LE «COMMUNITY INTEGRATION QUESTIONNAIRE»

1. Qui fait habituellement les courses (épiceries et autres) chez vous?
 - vous, seul
 - vous et quelqu'un d'autre
 - quelqu'un d'autre

2. Qui prépare habituellement les repas chez vous?
 - vous, seul
 - vous et quelqu'un d'autre
 - quelqu'un d'autre

3. Qui fait habituellement le ménage quotidien chez vous?
 - vous, seul
 - vous et quelqu'un d'autre
 - quelqu'un d'autre

4. S'il y a lieu, qui s'occupe des enfants chez vous?
 - vous, seul
 - vous et quelqu'un d'autre
 - quelqu'un d'autre
 - ne s'applique pas ou il n'y a pas d'enfants de moins de 17 ans à la maison

5. Qui planifie habituellement les activités sociales comme les petites réunions en famille ou avec des amis?
 - vous, seul
 - vous et quelqu'un d'autre
 - quelqu'un d'autre

6. Qui s'occupe habituellement de vos finances; par exemple, qui va à la banque ou qui paie les factures?
 - vous, seul
 - vous et quelqu'un d'autre
 - quelqu'un d'autre

Pourriez-vous dire combien de fois **par mois** vous participez de façon régulière aux activités suivantes en dehors de chez vous :

7. Faire les courses, les commissions
 - jamais
 - 1 à 4 fois
 - 5 fois et plus

8. Loisirs (cinéma, sport, restaurant, etc.)
- jamais
 - 1 à 4 fois
 - 5 fois et plus
9. Rendre visite à des amis ou à la famille
- jamais
 - 1 à 4 fois
 - 5 fois et plus
10. Quand vous prenez part à des activités de loisirs, le faites-vous seul ou avec d'autres personnes?
- seul, la plupart du temps
 - la plupart du temps avec des amis qui ont aussi des incapacités
 - la plupart du temps avec des membres de la famille
 - la plupart du temps avec des amis qui n'ont pas d'incapacités
 - en compagnie d'amis et des membres de la famille
11. Avez-vous un ami à qui vous confier?
- oui
 - non
12. Sortez-vous à l'extérieur de chez vous?
- presque tous les jours
 - environ une fois par semaine
 - rarement ou jamais (moins d'une fois par semaine)
13. Veuillez choisir une des réponses suivantes qui s'applique le mieux à votre situation par rapport à l'emploi. Avant le MFTA, étiez-vous :
- en emploi à plein temps (plus de 20 heures par semaine)
 - en emploi à temps partiel (égal ou inférieur à 20 heures par semaine)
 - sans emploi, mais recherche activement du travail
 - sans emploi, ne recherche pas du travail
 - retraité ou ne s'applique pas
14. Veuillez choisir une des réponses suivantes qui s'applique le mieux à votre situation (au cours du dernier mois) par rapport à l'école ou à un programme de formation :
- plein temps
 - temps partiel
 - n'est pas à l'école ou en formation
15. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous fait du travail bénévole :
- jamais
 - 1 à 4 fois
 - 5 fois et plus

INSTRUMENT SUR LA QUALITÉ DE VIE*
--

Je vais vous montrer 7 visages qui expriment différents sentiments. J'aimerais que vous utilisiez ces visages pour me dire comment vous vous sentez par rapport à une liste de choses que je vais vous nommer. Tout ce que vous avez à faire, c'est de me dire quel visage exprime le mieux comment vous vous sentez. Par exemple, si je vous demande « êtes-vous satisfait(e) de votre état de santé » et que vous êtes très satisfait(e) de votre état de santé, vous choisissez le visage 7. Si par contre, vous êtes totalement insatisfait(e) de votre état de santé, vous prenez le visage 1. Si cela vous laisse indifférent, vous indiquez le visage 4. Si vous êtes assez satisfait(e), vous pouvez utiliser les visages 6 ou 5. Si vous êtes insatisfait(e), les visages 3 ou 2 peuvent représenter vos émotions.



- | | |
|--|--------------------------|
| 21. Je suis satisfait de mon état de santé | <input type="checkbox"/> |
| 22. Je suis satisfait de mon apparence physique | <input type="checkbox"/> |
| 23. Je dors bien | <input type="checkbox"/> |
| 24. J'aime l'endroit où j'habite | <input type="checkbox"/> |
| 25. Je pratique des activités physiques | <input type="checkbox"/> |
| 26. J'arrive à me détendre facilement | <input type="checkbox"/> |
| 27. Je sais prendre soin de moi (toilette, bain, médication,...) | <input type="checkbox"/> |
| 28. Je sais que je compte pour les autres | <input type="checkbox"/> |
| 29. Je contrôle mon stress | <input type="checkbox"/> |
| 30. Je suis satisfait de mon travail | <input type="checkbox"/> |
| 31. J'aime mon milieu de travail | <input type="checkbox"/> |
| 32. J'aime relever de nouveaux défis | <input type="checkbox"/> |
| 33. Je me sens généralement à l'aise avec les autres | <input type="checkbox"/> |
| 34. Je participe à des activités de loisirs | <input type="checkbox"/> |
| 35. J'ai des amis | <input type="checkbox"/> |
| 36. Je peux compter sur ma famille | <input type="checkbox"/> |
| 37. Je peux compter sur mes amis | <input type="checkbox"/> |
| 38. Les contacts avec mes amis sont agréables | <input type="checkbox"/> |
| 39. Je connais la valeur de l'argent | <input type="checkbox"/> |

40. Je suis satisfait de ma situation financière
41. Je peux exprimer mes besoins à mon entourage
42. J'ai une relation amoureuse
43. Je suis satisfait de ma vie dans son ensemble
44. J'ai confiance en moi
45. Je pense que j'ai un bel avenir

APPENDICE C
PROTOCOLES D'ENTREVUES
(PARTICIPANTS AUX MFTA, INTERVENANTS, SUPERVISEURS, EMPLOYEURS,
COORDONNATEURS, TABLES ACTION TRAVAIL ET COMITÉ RÉGIONAL)

Questionnaire destiné aux participants

(Étude prospective)

SECTION 1

PERCEPTIONS DE L'EMPLOYÉ PAR RAPPORT À SON MILIEU DE TRAVAIL

1. Pouvez-vous décrire les tâches que vous faites dans ce milieu de travail ?
2. Quelles sont vos forces dans votre travail?
3. De façon générale, appréciez-vous votre travail et pourquoi?
4. Avez-vous des échanges avec les autres employés? Comment ça se passe?
5. Quelles sont les défis que vous devez relever dans votre travail?
6. Parmi les sources de motivation suivantes, indiquez lesquelles semblent importantes pour vous (Précisez l'ordre).

Le salaire.....	
Les tâches à accomplir	
Les collègues de travail.....	
La valorisation personnelle.....	

7. Quel moyen de transport le participant utilisez-vous pour vous rendre au travail?

À pied (seul).....	1
À pied (accompagné).....	2
En voiture.....	3
En voiture (accompagné).....	4
En transport adapté.....	5
En taxi.....	6
En autobus.....	7
Autre : _____	8

8. L'accès au transport constitue-t-il un obstacle à l'intégration au travail?

Oui.....	1
Non.....	2

SECTION 2

PERCEPTIONS DES PARTICIPANTS PAR RAPPORT AU PROJET MFTA

9. Depuis que vous avez commencé le projet MFTA, quels sont les défis que vous avez dû relever par rapport au travail?
10. Depuis que vous avez commencé le projet MFTA, quels sont les défis que vous avez dû relever au niveau personnel?
11. Qui vous a le plus aidé dans le MFTA ?

SECTION 3

INTERRUPTION DU MFTA OU FIN DU PROGRAMME

12. Actuellement, quels sont vos projets?
13. Avez-vous été approché pour être embauché?
14. Est-ce que vos tâches de travail ont changé avec le temps par rapport au début?
15. Auriez-vous des commentaires supplémentaires à apporter par rapport au programme MFTA?

L'entrevue se termine ici. Merci de votre collaboration.

Grille d'évaluation des dossiers

MRC

n° : _____

70. Établissement : _____

71) Sexe :

Féminin.....	1
Masculin.....	2

72) Date de naissance : _____

73) État civil :

Célibataire.....	1
Union de fait	2
Marié(e).....	3
Veuf/veuve.....	4
Divorcé/Séparé	5

74) Lieu de résidence (*ville*):

75) Dans quel type de milieu vit actuellement le participant?

Appartement/maison	1
Appartement supervisé.....	2
Chez des membres de la famille.....	3
Résidence d'accueil.....	4
Autre (préciser) _____	5

76) Depuis quand le participant vit-il dans ce milieu?

77) Depuis quand le participant reçoit-il des services à votre établissement?

78) Type de déficience :

1. Déficience Intellectuelle	Diagnostic principal (<i>léger/moyen/grave/profond</i>) :
2. Santé mentale	Diagnostic principal (<i>critères DSM IV</i>) :
3. Déficience physique	Diagnostic principal :
4. Déficiences multiples	Diagnostic principal :

79) Âge du diagnostic :

80) Diagnostic clinique des troubles associés

(N'inclut pas ceux du diagnostic principal, ni les symptômes ni les troubles de comportements)

1. Aucun trouble associé
2. Limites relié au travail (physique/intellectuelle)
3. Troubles relationnels avec pairs ou organisations
4. Troubles de santé mentale

81) Nombre de troubles associés:**82) Évaluation des troubles du comportement :**

1. Aucun
2. Modéré
3. Grave

83) EQCA

1. Aucun déficit des comportements adaptatifs
2. Déficit léger des comportements adaptatifs
3. Déficit moyen des comportements adaptatifs
4. Déficit grave des comportements adaptatifs
5. Ne s'applique pas

84) Évaluation des compétences socio-affectives et adaptatives :

Capacité d'adaptation :					
	Aucune	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne

Estime de soi					
	Aucune	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne

85) Avez-vous observé chez le participant des difficultés particulières pouvant limiter son intégration au travail :

1. Problème d'hygiène
2. Manque d'éthique du travail

86) Limitation au niveau des heures de travail (maximum : _____)

87) Services de soutien antérieurs (avant MFTA):	Depuis :
1. CRDP	
2. CRDI	
3. Santé Mentale	
4. Judiciaires	

89) Services de soutien actuels :

1. CRDP
2. CRDI
3. Santé Mentale
4. Judiciaires

90) Réseau social (famille, amis, parrainage):

1. Aucun réseau
2. Limité
3. Semi-développé
4. Développé

91) MFTA antérieur?

1. oui
2. non

91a) Raison de cessation :

1. Le milieu a fermé
2. Abandon
3. Fin de projet
4. Intégré
5. Congédié
6. Intégré puis abandon

92) MFTA (dernier) :

Orienté le :

Par : 1. Intervenant clinique / 2. Coordonnateur / 3. Vision-Travail / 4. Lui-même
Coordonnateur : Superviseur :Employeur : 1. Milieu régulier / 2. Milieu adapté / 3. Plateau travail / 4. Milieu multiple / 5.
Manutention / 6. Entretien ménager / 7. Entretien paysager –

8. Aide en restauration / 9. Autre :

Intégré : oui non

Nombre d'heures :

Questionnaire destiné aux intervenants

(Étude prospective)

SECTION 1

CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENANT

1. Organisme d'appartenance?

CRDI.....	1
Santé mentale.....	2
CRDP.....	3
Organisme communautaire.....	4
Organisme gouvernemental	5
Autre : _____	6

2. Quel type de soutien offrez-vous au participant _____?

3. Est-ce que le soutien a changé depuis que _____ fait partie du projet MFTA?

4. Est-ce que le participant prend de la médication qui peut affecter, positivement ou négativement, son rendement au travail?

SECTION 2

DESCRIPTION DU PARTICIPANT AU PROJET MFTA

5. Le participant est-il en formation scolaire? (préciser le type, le nombre d'heures semaine et le cadre de formation)

6. Quelles sont les connaissances du participant par rapport à l'emploi ?

7. Est-ce que le participant a déjà fait partie d'un autre programme relié à l'emploi avant le MFTA ?

8. Quelles sont les forces du participant?

9. Quelles sont les difficultés du participant?

Les questions suivantes porteront sur le niveau d'encadrement requis par le participant.

10. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence le participant requière-t-il des interventions au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'aptitudes (savoir)?

1 2 3 4

11. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence offrez-vous de l'encadrement au participant au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'aptitudes (savoir)?

1 2 3 4

12. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence le participant requière-t-il des interventions au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'attitudes (savoir-être)?

1 2 3 4

13. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence offrez-vous de l'encadrement au participant au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'attitudes (savoir-être)?

1 2 3 4

14. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence le participant requière-t-il des interventions au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'habiletés adéquates (savoir faire)?

1 2 3 4

15. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence offrez-vous de l'encadrement au participant au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'habiletés adéquates (savoir faire)?

1 2 3 4

16. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *pas du tout motivé* et 4 signifie *très motivé*, à combien évaluez-vous le degré de motivation du participant au projet MFTA?

1 2 3 4

17. Dans quelle mesure le milieu familial (ou de résidence) du participant s'implique-t-il afin de favoriser son intégration socioprofessionnelle?

Jamais.....	1
À l'occasion.....	2
Souvent.....	3
Toujours.....	4

SECTION 3

INTERRUPTION DU MFTA OU FIN DU PROGRAMME

18. Le participant a-t-il cessé sa formation? À quel moment? Pouvez-vous nous en donner les raisons?

19. La personne est-elle dans une autre mesure d'insertion?

20. Le participant a-t-il été embauché? Par qui et à quel moment?

21. Souhaitez-vous formuler des commentaires supplémentaires?

22.

Questionnaire destiné aux superviseurs

(Étude prospective)

SECTION 1

CARACTÉRISTIQUES DU SUPERVISEUR

1. Qui est votre employeur?
2. Quel type de soutien offrez-vous au participant _____?
3. Est-ce que le participant prend de la médication qui peut affecter, positivement ou négativement, son rendement au travail?

SECTION 2

DESCRIPTION DU PARTICIPANT AU PROJET MFTA

4. Le participant est-il en formation scolaire? (préciser le type, le nombre d'heures semaine et le cadre de formation)
5. Quelles sont les connaissances du participant par rapport à l'emploi ?
6. Est-ce que le participant a déjà fait partie d'un autre programme relié à l'emploi avant le MFTA ?
7. Quelles sont les forces du participant?
8. Quelles sont les difficultés du participant?

Les questions suivantes porteront sur le niveau d'encadrement requis par le participant.

9. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence le participant requière-t-il des interventions au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'aptitudes (savoir)?
1 2 3 4
10. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence offrez-vous de l'encadrement au participant au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'aptitudes (savoir)?
1 2 3 4
11. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence le participant requière-t-il des interventions au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'attitudes (savoir-être)?
1 2 3 4
12. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence offrez-vous de l'encadrement au participant au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'attitudes (savoir-être)?
1 2 3 4

13. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence le participant requière-t-il des interventions au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'habiletés adéquates (savoir faire)? 1 2 3 4
14. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *rarement* et 4 signifie *constamment*, à quelle fréquence offrez-vous de l'encadrement au participant au plan de l'apprentissage et de l'acquisition d'habiletés adéquates (savoir faire)? 1 2 3 4
15. Sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie *pas du tout motivé* et 4 signifie *très motivé*, à combien évaluez-vous le degré de motivation du participant au projet MFTA? 1 2 3 4
16. Dans quelle mesure le milieu familial (ou de résidence) du participant s'implique-t-il afin de favoriser son intégration socioprofessionnelle?

Jamais.....	1
À l'occasion.....	2
Souvent.....	3
Toujours.....	4

SECTION 3

INTERRUPTION DU MFTA OU FIN DU PROGRAMME

17. Le participant a-t-il cessé sa formation? À quel moment? Pouvez-vous nous en donner les raisons?
18. La personne est-elle dans une autre mesure d'insertion?
19. Le participant a-t-il été embauché? Par qui et à quel moment?
20. Souhaitez-vous formuler des commentaires supplémentaires?

L'entrevue se termine ici.

Questionnaire destiné aux milieux de travail : employeur/formateur

(Étude prospective)

SECTION 1

CARACTÉRISTIQUES DE L'EMPLOYEUR ET DU MILIEU DE TRAVAIL

1. Dans quel type de milieu travaillez-vous?

Entreprise privée.....	1
Organisme public.....	2
Organisme communautaire.....	3
Association.....	4
Autre : _____	5

2. Décrivez brièvement les tâches que vous assumez dans ce milieu de travail.

3. Quelles sont les ressources (humaines, techniques et financières) dont dispose votre milieu de travail?

4. Quelles ont été vos expériences de travail antérieures auprès des clientèles présentant des limitations ou vos connaissances relatives au handicap? (p.ex., type de clientèle, durée de la collaboration, appréciation de l'expérience)

5. Comment avez-vous pris connaissance du projet MFT ?

6. Parmi les raisons suivantes, laquelle ou lesquelles explique(nt) que vous ayez accepté de prendre un participant MFTA dans votre milieu de travail? Indiquez l'ordre d'importance que vous accordez à chacun, 1 étant le plus important.

Pour favoriser l'intégration sociale et professionnelle d'une personne handicapée...	
Pour bénéficier d'une main-d'œuvre supplémentaire dans mon milieu de travail....	
Pour m'impliquer socialement.....	
Pour bénéficier du soutien financier octroyé dans le cadre du projet.....	
Pour bénéficier de la présence d'un superviseur.....	
Autre (préciser)_____	

7. Avez-vous ou aurez-vous à adapter le milieu de travail?

8. Actuellement, combien de participants au projet MFTA travaillent dans votre milieu? _____
personne(s)

SECTION 2

DESCRIPTION DU PARTICIPANT AU MFTA ET ÉVOLUTION

9. Depuis quand le participant est-il en formation dans votre milieu?
10. De quel type de handicap est atteint le participant?
11. Quel type de travail effectue le participant?
12. Comment s'est déroulée l'intégration du participant dans le milieu de travail?
13. Quel a été le principal défi rencontré par le participant et par vous dans le cadre du projet?
14. Le participant entretient-il des liens avec les autres employés de votre milieu de travail.

SECTION 3

SOUTIEN REÇU PAR L'EMPLOYEUR

15. Quel soutien recevez-vous des personnes suivantes (nature, fréquence et durée) :
 - a) Coordonnateur :
 - b) Superviseur :
 - c) Intervenant clinique :
 - d) Autres (organismes communautaire, famille, etc.)

16. Comment qualifiez-vous le soutien reçu?

SECTION 4

ÉVALUATION DU PROJET MFTA

17. Avez-vous rencontré des difficultés dans le cadre du projet MFTA?
18. Selon votre expérience d'employeur, quelles sont les forces et les faiblesses du projet MFTA?
19. Dans l'ensemble, comment évaluez-vous votre expérience en tant qu'employeur au projet MFTA?

SECTION 5**PERCEPTION ET SATISFACTION DE L'EMPLOYEUR**

20. Qu'est-ce que la présence d'un participant au projet MFTA a apporté à votre milieu de travail?
21. Qu'est-ce que la présence d'un participant au projet MFTA dans votre milieu de travail vous a apporté personnellement comme employeur?
22. Êtes-vous satisfait de cette expérience avec le participant et pourquoi?
23. Renouvelleriez-vous cette expérience avec un autre participant MFTA et pourquoi?

SECTION 6**INTERRUPTION DU MFTA OU FIN DU PROGRAMME**

24. Le participant a-t-il cessé sa formation? À quel moment? Pouvez-vous nous en donner les raisons?
25. Avez-vous embauché le participant? À quel moment? Pouvez-vous nous en donner les raisons?
26. Souhaitez-vous formuler des commentaires sur le projet MFTA ou sur l'évaluation que nous effectuons présentement?

L'entrevue se termine ici.

Questionnaire destiné aux coordonnateurs locaux

(Étude prospective)

SECTION 1

FONCTIONNEMENT DU MFTA DANS VOTRE MRC

1. Quels sont vos critères pour choisir les participants?
2. Quelles sont les ressources MFTA (humaines, techniques et matérielles) de votre territoire?
3. Pouvez-vous nous décrire le fonctionnement de la structure organisationnelle et matérielle de votre territoire?
4. Quels sont vos différents partenaires et leurs rôles?
5. Quelles sont les entreprises retenues pour les projets MFTA?
6. Quelles sont les modalités de jumelage entre les employeurs et les personnes participantes?

SECTION 2

CARACTÉRISTIQUES DU FONCTIONNEMENT MFTA DE VOTRE MRC

7. Quels sont les facteurs facilitants que vous avez rencontrés pour le fonctionnement du programme MFTA?
8. Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés dans le fonctionnement du programme MFTA?
9. Quels seraient les ajustements souhaitables pour améliorer les services MFTA?
10. Quelle est votre satisfaction à l'endroit du programme MFTA?
11. Souhaitez-vous formuler des commentaires sur le projet MFTA ou sur l'évaluation que nous effectuons présentement?

L'entrevue se termine ici.

Questionnaire Tables action- travail**(Étude prospective)**

1. Quelles sont les priorités de la table au niveau du développement administratif et organisationnel?
2. Quel type de promotion est effectué auprès des employeurs potentiels?
3. La promotion effectuée auprès des employeurs potentiels devrait-elle être plus importante ? Si oui que suggèreriez-vous?
4. Comment évaluez-vous la collaboration entre les différents partenaires du projet MFTA dans votre MRC?
5. Comment évaluez-vous la collaboration avec les intervenants cliniques des différents secteurs?
6. Certaines personnes sur les tables ont plusieurs «chapeaux» est-ce que cela peut entraîner de la confusion au niveau de leur rôle (vision externe et interne)?
7. Le mandat des coordonnateurs semble lourd par rapport au temps alloué, quelles sont les priorités qui doivent être visées?
8. Quels sont les critères d'embauche d'un superviseur?
9. Quel type d'outil d'intervention est fourni aux superviseurs (formation, etc.)?
10. Quel est l'encadrement proposé aux employeurs?
11. Dans les MFTA de votre MRC, a-t-il été nécessaire d'adapter des postes de travail aux participants?
12. Est-ce que le participant MFTA bénéficie systématiquement d'une formation (critères, type)?
13. La mise en place et le suivi du PIIT est-il toujours possible et pourquoi?
14. Auriez-vous des suggestions à apporter au niveau du PIIT?
15. Avez-vous des commentaires et suggestions concernant le financement des projets MFTA?
16. Combien y a-t-il eu de coordonnateur depuis le début du MFTA dans votre MRC?
17. Quels sont les facteurs qui semblent favoriser la réussite du projet MFTA dans votre MRC?
18. Quels sont les facteurs qui semblent défavoriser la réussite du projet MFTA dans votre MRC?
19. Souhaitez-vous formuler des commentaires supplémentaires sur le projet MFTA ou sur l'évaluation que nous effectuons présentement?

L'entrevue se termine ici.

Questionnaire Comité régional MFTA
(Étude prospective)

1. À partir du document sur les mandats et responsabilités des partenaires du projet MFTA, reprendre chacune des responsabilités du Comité régional et préciser si les responsabilités sont pertinentes ou si elles posent problème?
2. À partir du document sur les mandats et responsabilités des partenaires du projet MFTA, reprendre chacune des responsabilités des coordonnateurs régionaux et préciser si les responsabilités sont pertinentes ou si elles posent problème?
3. Est-ce que la présence des coordonnateurs régionaux est pertinente pour les différentes instances (comité clinique, sous-comité)?
4. Quels sont les rôles des représentants des différents établissements sur les Tables Action-Travail sectorielles? Souhaiteriez-vous des changements?
5. Croyez-vous que l'uniformité est nécessaire en ce qui concerne la présence de Vision-Travail sur les Tables Action-Travail sectorielles? Quelles sont les orientations à prendre?
6. Croyez-vous que le nombre d'heures accordées aux coordonnateurs locaux soit satisfaisant compte tenu des tâches à effectuer?
7. Au niveau du financement, avez-vous des pistes de solution pour assurer la récurrence et la viabilité à long terme du projet MFTA?
8. Souhaitez-vous formuler des commentaires supplémentaires sur le projet MFTA ou sur l'évaluation que nous effectuons présentement?

L'entrevue se termine ici.

Dépôt légal : 2e trimestre 2009
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 978-2-550-56151-4
Juin 2009