

Le soutien à l'emploi de type « IPS » pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec?

Eric Latimer and Tania Lecomte

Volume 27, Number 1, Spring 2002

Rétablissement (1) et Travail (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014549ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014549ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Latimer, E. & Lecomte, T. (2002). Le soutien à l'emploi de type « IPS » pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 241–267.
<https://doi.org/10.7202/014549ar>

Article abstract

Individual Placement Support (IPS) for people with severe mental disorders : An approach to favor in Québec?

Until recently, three major approaches have been used in the USA and Canada to favor employment integration of people with severe mental disorders : training for competitive employment, non-competitive jobs as a substitute to competitive employment and incentives aiming at alleviating hesitation of potential employers to hire people with mental disorders. Supported employment represents a new approach that is increasingly spreading in the USA as well as in Canada. The principles of IPS, based on results of evaluative research, aim at placing individuals as rapidly as possible in regular jobs according to the interests and skills of the client. It implies close integration of both employment support and clinical activities. Studies reviewed show that this approach is more effective than others assessed regarding obtaining regular employment. Studies conducted in Québec are necessary to evaluate its effectiveness here. Its implementation in Québec raises several questions relative to organization of services and employment and income support policies. Current policies do not favor integration in the regular job market.



Le soutien à l'emploi de type « IPS » pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec ?

Eric Latimer*

Tania Lecomte**

Jusqu'à tout récemment, trois approches principales ont été utilisées aux États-Unis et au Canada pour favoriser l'intégration au travail des personnes souffrant de troubles mentaux graves : formations préparatoires à l'emploi compétitif, emplois non compétitifs proposés comme substituts à l'emploi compétitif et incitatifs et contraintes visant à atténuer les réticences des employeurs potentiels à embaucher des personnes atteintes de troubles mentaux. Le soutien à l'emploi représente une nouvelle approche qui se répand de plus en plus aux États-Unis et au Canada. Le soutien à l'emploi de type « Individual Placement and Support », ou IPS (Placement et soutien individuels) dont les principes s'appuient sur les résultats de la recherche évaluative, vise le placement aussi rapide que possible dans un emploi régulier choisi en fonction des intérêts et habiletés du client. Il implique une intégration étroite entre les activités de soutien à l'emploi et les activités cliniques. Les études recensées démontrent qu'il est beaucoup plus efficace que les autres approches évaluées quant à l'obtention d'emplois réguliers. Des études québécoises sont nécessaires pour en évaluer l'efficacité ici. Son implantation au Québec soulèverait plusieurs enjeux notamment au niveau de l'organisation des services et des politiques d'emploi et de la sécurité du revenu. Les politiques actuelles facilitent peu l'intégration en milieu de travail régulier.

Diverses enquêtes indiquent que 70 à 80 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves aimeraient détenir des emplois réguliers, rémunérés au salaire minimum ou plus [Lehman, 1995]. Or, le travail

* Ph.D., Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Département de psychiatrie, Université McGill.

** Ph.D., Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Département de psychiatrie, Université McGill.

Remerciements

Nous remercions l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (AETMIS) pour sa contribution financière à ce travail. Nous remercions aussi Gary Bond, Deborah Becker, Bob Drake, Tonia Dominique, Isabelle Duclos, Nicole Lahaie, Céline Mercier, Myra Piat et des réviseurs anonymes de nous avoir transmis diverses informations et commentaires utiles, ainsi que Youcef Ouadahi pour son aide bibliographique.

semble avoir de multiples effets bénéfiques pour ces personnes de même que pour la population générale : sur leur estime de soi [VanDongen, 1996 ; Mueser et al., 1997], leur qualité de vie [Rosenfield, 1992 ; Fabian, 1992], leur santé mentale (réduction de leurs symptômes et de leurs jours d'hospitalisation) et leur niveau de fonctionnement social et leur satisfaction par rapport à leur situation financière [Mueser et al., 1997]. Une étude longitudinale conclut de plus que la réadaptation professionnelle augmente l'*insight*, ce qui conduit à une meilleure acceptation de la maladie et une meilleure adhésion à la médication [Lysaker et Bell, 1995]. Malgré ces bénéfices et l'intérêt des personnes pour le travail, de 75 à 90 % d'entre elles demeurent sans emploi [Jacobs et al., 1992].

Aux États-Unis comme au Canada, une grande variété d'approches ont été utilisées au cours des dernières décennies pour promouvoir l'intégration au travail des personnes atteintes de troubles mentaux graves. L'une d'elles, appelée en anglais *supported employment* et dénommée ici « soutien à l'emploi », se répand de plus en plus depuis une quinzaine d'années : en 1995 déjà, une enquête américaine identifiait 36 000 personnes atteintes de troubles mentaux recevant des services de soutien à l'emploi [Wehman et al., 1998]. Le soutien à l'emploi préconise l'emploi en milieu régulier plutôt que protégé, évite les formations préparatoires, et implique le soutien actif par un intervenant qui accompagne le client dans toutes les phases de sa démarche d'insertion, depuis l'identification d'un type d'emploi qui intéresse le client au soutien du client une fois l'emploi obtenu. Le soutien à l'emploi a fait l'objet de recherches systématiques, qui ont permis de dégager des principes de fonctionnement qui contribuent à une plus grande efficacité. La documentation scientifique préconise maintenant une forme précise de soutien à l'emploi, souvent appelée *Individual Placement and Support*, ou *IPS* (« Placement et Soutien Individuels »), dont les éléments s'appuient sur les résultats d'études évaluatives. Diverses études américaines ont démontré que le soutien à l'emploi IPS est beaucoup plus efficace que les autres approches vocationnelles quant à l'obtention rapide d'emplois en milieu régulier.

À l'heure actuelle, toutefois, quoique l'on retrouve au Québec divers programmes qui s'apparentent au soutien à l'emploi, à part un programme expérimental à l'Hôpital Douglas, aucun ne respecte l'ensemble des principes de l'IPS. Il est donc naturel de se demander dans quelle mesure l'IPS, conçu aux États-Unis, peut s'implanter au Québec. Le but de cet article est de faire le point sur ce qu'est le soutien à l'emploi, ce que les études évaluatives nous enseignent à son égard, et sur les enjeux qui entourent son adoption éventuelle au Québec.

Approches nord-américaines à l'intégration au travail

La plupart des approches nord-américaines à l'intégration au travail des personnes atteintes de troubles mentaux graves s'inscrivent dans l'un de trois courants principaux¹. Le premier vise à offrir aux personnes de façon plus ou moins systématique, des expériences destinées à faciliter leur intégration ultérieure au marché de travail. Par exemple, le « counseling vocationnel » (*vocational counseling*) implique que le client travaille avec un professionnel afin de définir ses besoins, de formuler un plan de réadaptation, choisir un travail [Anthony, 1980] et développer des habiletés reliées au travail (*skill training*), par divers moyens incluant des instructions, des jeux de rôles, des renforcements sociaux, du feedback correctif, etc. [Mueser et Liberman, 1988]². Toujours à l'intérieur de ce premier courant, on peut offrir aux clients des activités de formation à des habiletés professionnelles spécifiques, telles que le secrétariat ou alors des expériences de bénévolat individuelles ou en groupe et ce, dans des milieux réguliers ou au sein d'agences de réadaptation [Connors et al., 1987]. Le modèle *Choose-Get-Keep* de Boston, qui met un accent considérable sur l'évaluation préparatoire, appartient aussi à ce premier courant [Danley et Anthony, 1987]. Alternativement, les clients peuvent accéder à des emplois transitionnels, c'est-à-dire des emplois en milieu régulier mais offerts pour un temps limité seulement. Dans chaque cas, on met beaucoup d'accent sur des phases préparatoires destinées à aider les clients à déboucher sur un emploi régulier. Les activités proposées ne sont pas envisagées comme une fin en soi mais plutôt comme des étapes d'apprentissage et de préparation à l'emploi.

Un second courant se fonde sur la croyance selon laquelle pour plusieurs clients, l'emploi en milieu régulier n'est pas un objectif réaliste. Toutefois, afin de leur offrir une expérience d'accomplissement par le travail, on leur propose des emplois substituts. Ceci se fait le plus souvent dans des ateliers protégés, où ils effectuent des tâches répétitives dans le cadre de contrats auprès d'industries et reçoivent un salaire bien en-dessous du salaire minimum. Le modèle « clubhouse » qui offre à ses membres des possibilités de travail [Beard et al., 1982] et le modèle « community lodge » [Fairweather et al., 1969], un milieu de vie résidentiel autonome qui souvent comprend des activités de travail, s'inscrivent aussi dans ce courant. À la différence des ateliers protégés, ils visent aussi à favoriser l'appropriation de pouvoir (*empowerment*) par le client. Au Québec on trouve aussi des entreprises sociales : des petites et moyennes entreprises, souvent orientées vers la vente de services (travaux domestiques, nettoyage commercial, recyclage et vente

de vêtements usagés, etc.), qui embauchent en partie sinon en totalité des personnes ayant divers handicaps. Ces entreprises sont généralement subventionnées par le gouvernement [Robitaille et al., 1998].

Le troisième courant comprend les approches qui cherchent à atténuer les réticences des employeurs à embaucher des personnes avec des handicaps, soit par le biais de législations contraignantes, soit par le biais d'incitatifs financiers. Ainsi les Américains ont adopté en 1990 la législation suivante «*Americans with Disabilities Act*», qui contraint les employeurs à faire des ajustements raisonnables (reasonable accommodations), en autant que ceux-ci n'occasionnent pas à l'employeur des difficultés démesurées (*undue hardship*). Plus récemment, le *Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act* de 1999 offre aux États américains la possibilité d'aider financièrement les personnes handicapées qui retournent au travail à conserver leur assurance médicale [Golden et al., 2000]. On trouve aussi, aux États-Unis comme au Québec et ailleurs au Canada, des programmes qui offrent aux employeurs des incitatifs financiers : exemptions d'impôt aux États-Unis, ou subventions qui défraient, sur une base temporaire, une partie du salaire de l'employé.

Émergence et développement du soutien à l'emploi IPS

Vers la fin des années soixante-dix, une nouvelle approche le «soutien à l'emploi» (*supported employment*) se développe et vise à aider les personnes avec une déficience intellectuelle ou un handicap physique à intégrer le milieu du travail [Wehman, 1986]. Cette approche se fonde sur l'hypothèse selon laquelle il est possible pour une personne handicapée intellectuellement (ou autre) d'obtenir rapidement et de conserver un emploi en milieu régulier si on lui offre une aide individualisée et continue. Ainsi le soutien à l'emploi délaisse le paradigme «former puis placer» (*train-place*) pour lui substituer son opposé, «placer puis former» (*place-train*).

Reconnu dans la législation américaine dès le *Rehabilitation Amendment* de 1986, le soutien à l'emploi y est défini comme incluant les caractéristiques suivantes : les clients sont payés, de préférence au salaire habituel, pour le type de travail effectué ; les clients occupent un emploi régulier, en contact quotidien avec des employés non handicapés ; et ils reçoivent un soutien continu après leur embauche (par exemple, deux contacts par mois).

Le désir de favoriser la participation au marché du travail régulier des personnes atteintes de troubles mentaux graves, allié à l'influence du mouvement de soutien à l'emploi (SE) dans le domaine des handicaps physiques et du développement, suscite l'émergence indépendante

de plusieurs programmes de type SE destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux graves au cours des années quatre-vingt [Drake, 1998]. Dès 1987, le *Psychosocial Rehabilitation Journal* consacre un numéro spécial à ce sujet [Mellen et Danley, 1987]. Ces programmes partagent en général les caractéristiques suivantes, en plus de celles énumérées plus haut : peu de temps passé à l'évaluation du client ou à des activités de préparation ; implication du client dans l'identification d'emplois potentiels ; soutien dans l'obtention des emplois ; et recherche d'emplois permanents, quoique des essais répétés sont considérés acceptables [Drake, 1998].

C'est dans ce contexte que se définit au cours des années quatre-vingt-dix, dans l'état du New Hampshire, un modèle précis et standardisé de SE pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : « *Individual Placement and Support* » (placement et soutien individuels), ou IPS [Drake, 1998 ; Becker et Drake, 1994]. L'IPS se distingue des autres types de SE principalement par le principe que le spécialiste en emploi doit être intégré au sein de l'équipe clinique. Ce principe trouve sa source dans le suivi intensif en équipe dans la communauté (*Assertive Community Treatment*), pour lequel ce même principe est fondamental [Allness et Knoedler, 1998 ; Association des hôpitaux du Québec, 2000].

Principes du soutien à l'emploi IPS

Les principes du soutien à l'emploi IPS, ainsi que le raisonnement et les études qui les sous-tendent, peuvent être résumés de la façon suivante³ :

1. *L'objectif est de trouver pour les clients un emploi compétitif.* Les emplois compétitifs, en milieu régulier, sont plus normalisants que les emplois protégés, puisqu'ils impliquent un travail côte-à-côte avec des personnes non handicapées, une rémunération selon les barèmes habituels et l'obtention d'un emploi ouvert à tous et non réservé à des personnes handicapées. Les sondages auprès des clients indiquent que la majorité préfère de tels emplois [Lehman, 1995].
2. *Recherche rapide d'emploi.* Plusieurs études indiquent que, en comparaison avec le soutien à l'emploi, les formations préparatoires retardent l'obtention d'un emploi régulier, sans pour autant augmenter la durée des emplois obtenus [Bond, 1998 ; Drake et al., 1999 ; Bond et al., 1995].
3. *Intégration du spécialiste en emploi au sein de l'équipe clinique du client.* Il est courant aux États-Unis comme au Québec, de

confier les activités d'intégration au travail à une agence ou un organisme spécialisé distinct du personnel clinique qui s'occupe normalement du traitement et des autres aspects de la réadaptation du client. Le soutien à l'emploi IPS préconise plutôt l'intégration de ces deux types de personnel au sein d'une même équipe. Cette recommandation s'appuie sur plusieurs études qui concluent que les clients IPS obtiennent plus vite des emplois réguliers et travaillent plus que les clients assignés à des agences ou organismes spécialisés à l'intégration du travail [Drake et al., 1999 ; McFarlane et al., 2000 ; Drake et al., 1996 ; Meisler et al., 2000 ; Chandler et al., 1997]. Dans ces études américaines, cette différence semble provenir de deux facteurs. D'une part, les organismes d'intégration au travail ont souvent des listes d'attente, freinant le processus d'embauche. D'autre part, le manque de communication issu du recours à une agence distincte semble nuire au processus d'intégration au travail [Drake et al., 1996]. Une étude qualitative a identifié des mécanismes spécifiques par lesquelles ce dernier effet se produit : plans de traitement contradictoires, mésententes entre les intervenants d'agences différentes et abandons subséquents des emplois [Drake et al., 1995].

4. *Prise en compte des préférences des clients.* Il semble raisonnable de supposer qu'une plus grande sensibilité aux préférences des clients quant à la nature de l'emploi désiré donnera de meilleurs résultats. Plusieurs études appuient cette conclusion [Bond et al., 2001b ; Abrams et al., 1997 ; Mueser et al., 2001], quoiqu'elles ne sont pas unanimes [Becker et al., 1998]. Selon les résultats d'une autre étude, les clients qui étaient initialement plus satisfaits de leur emploi tendaient aussi à les conserver plus longtemps [Xie et al. 1997].
5. *Évaluation globale et continue du client à partir de son expérience de travail.* Les besoins et préférences du client risquent de changer suite à diverses expériences de travail et l'observation directe en milieu de travail est plus révélatrice que l'évaluation au bureau. Ainsi l'évaluation du client devrait se faire non seulement au début de la démarche mais de façon continue se basant sur l'observation directe des expériences du client en emploi [Xie et al., 1997 ; Mueser et al., 1986].
6. *Soutien de durée indéfinie.* On ne peut prédéterminer le temps pendant lequel un client aura besoin de soutien dans sa démarche d'insertion au travail. Plusieurs peuvent avoir besoin d'un

soutien stable tout au long de leur vie active et il faut donc prévoir un soutien à long terme [Chandler et al., 1997 ; McHugo et al., 1998].

Clientèle ciblée

Les études existantes sur des programmes de soutien à l'emploi incluent en général des clients présentement sans emploi régulier qui remplissent les critères suivants : maladie mentale grave, généralement avec composante psychotique, traduite par une reconnaissance officielle d'inaptitude au travail ; âge entre 18 et 64 ans ; intérêt pour le travail en milieu régulier. Les clients atteints de déficience intellectuelle ou d'un handicap physique majeur ne sont pas admissibles.

Des cliniciens qui ont observé le fonctionnement et les effets de programmes de soutien à l'emploi soutiennent qu'on ne peut prédire à l'avance quels clients auront des expériences positives sur le marché du travail [Bond et Dietzen, 1993]. À ce jour, la seule variable objective qui a démontré un véritable pouvoir prédicteur de succès dans un programme de soutien à l'emploi est l'expérience de travail antérieur [Bond et al., 2001]. La motivation à trouver un emploi régulier a également été relevée comme un facteur important [Alverson et al., 1998]. Toutefois, il est important de noter que même des individus qui n'ont jamais travaillé auparavant peuvent se trouver un emploi dans le cadre d'un programme IPS. Il est courant d'observer que des clients qui au préalable semblaient beaucoup trop handicapés par leur maladie pour pouvoir performer adéquatement en milieu d'emploi régulier finissent par trouver et bien fonctionner dans un emploi stable rémunéré. Ainsi les promoteurs du soutien à l'emploi recommandent une politique d'« exclusion zéro » : aucun client qui exprime un désir de travailler ne devrait se faire écarter du programme [Wehman, 1988].

Responsabilités du spécialiste en emploi

Les principes du soutien à l'emploi de type IPS impliquent que le spécialiste en emploi divise son temps entre plusieurs activités. Il participe aux réunions cliniques de l'équipe, ou des équipes, auxquelles il est rattaché : réunions quotidiennes, dans le cas d'une équipe de suivi intensif calquée sur le modèle ACT, ou, le plus souvent, hebdomadaires. Il est préférable que son bureau soit situé dans le même local que ceux des cliniciens de façon à favoriser les échanges informels. Le spécialiste en emploi a au départ la responsabilité de dresser un profil du client incluant entre autres ses habiletés, ses intérêts, ses expériences de travail antérieures, etc. Il tient compte de ce profil lors de ses recherches

d'emploi alors qu'il rencontre des employeurs potentiels. Ce dernier aspect du travail s'apparente beaucoup à la vente : le spécialiste en emploi doit convaincre un employeur d'embaucher le client. Gervery et Bedell (1994) rapportent que les spécialistes en emploi dans un programme expérimental à New York devaient trouver deux emplois par mois, ce qui exigeait 30 appels par jour à des employeurs potentiels : 30 appels étaient nécessaires selon leur expérience pour obtenir une entrevue, et 12 entrevues pour qu'un client obtienne un emploi. Il peut arriver que le client ne désire pas que l'employeur soit informé de son problème de santé mentale ; le spécialiste en emploi doit alors trouver d'autres façons de présenter son client.

Le spécialiste en emploi doit aussi participer à une réunion hebdomadaire avec les autres spécialistes en emploi. Au cours de cette réunion, ceux-ci échangent des informations sur des emplois potentiels, organisent un certain partage de leurs responsabilités et s'encouragent mutuellement.

Au Québec, l'initiation et la participation à des négociations avec Emploi-Québec et un employeur potentiel pour des S.I.T. (sites d'intégration au travail), dans lesquelles une entente est conclue entre l'employeur et Emploi-Québec quant au montant et à la durée d'une subvention salariale, font également partie des responsabilités du spécialiste en emploi.

Il faut souligner que le spécialiste en emploi n'est pas un clinicien ou un gestionnaire de cas. Son efficacité est réduite si ses clients ne bénéficient pas par ailleurs d'un suivi régulier d'un gestionnaire de cas ou, préférablement, d'une équipe multidisciplinaire d'intensité appropriée à leurs besoins. En effet, dans de tels cas, le potentiel de réadaptation du client devient limité par le manque d'attention professionnelle à sa médication, sa problématique alcool/drogues, le manque de soutien à ses problèmes de logement, etc. — et le spécialiste en emploi se trouve obligé de consacrer une partie de son temps à certains de ces problèmes, le déviant de sa mission première.

Recherches évaluatives sur le soutien à l'emploi IPS.

Nous avons effectué une recherche des études portant sur le soutien à l'emploi de type IPS à partir de mots-clefs, d'examen des listes bibliographiques des études ainsi identifiées et de consultations auprès d'experts. Plus précisément, des recherches ont été effectuées sur Medline et PsycINFO de 1989 à avril 2002, en utilisant les mots-clef : « individual placement and support » tout d'abord, et ensuite « supported employment » en combinaison avec « mental illness », « mentally ill » ou

« psychiatric ». Nous avons retenu les études qui décrivaient des programmes de soutien à l'emploi de type IPS, établis en parallèle avec d'autres programmes de soutien dans la communauté et qui étaient conçus de façon à mesurer les effets du soutien à l'emploi séparément de ceux d'autres programmes de soutien dans la communauté. Aussi ces études s'adressaient à un groupe relativement large de personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les experts américains Becker, Bond et Drake, très identifiés au soutien à l'emploi IPS, ont contribué à l'identification d'études pertinentes. Les résultats d'études en préparation, qui n'ont pas encore été publiés, n'ont pas été inclus.

Ces critères ont eu pour effet d'exclure l'étude de McFarlane et al. (2000) qui examine les effets d'intégrer le soutien à l'emploi au suivi intensif en équipe dans la communauté assisté par les familles. Or, le suivi intensif en équipe (modèle *Assertive Community Treatment*) ne s'adresse qu'à entre 0,07 à 0,1 % de la population [CETS, 1999] alors que le soutien à l'emploi s'adresse aux personnes atteintes de troubles mentaux graves en général qui représentent environ 2,6 % de la population [Kessler et al., 1998]. On a aussi exclu une étude de Chandler et al. (1997) qui évalue un programme de services intégrés dont le soutien à l'emploi n'est qu'une composante. Finalement, plusieurs études ont été exclues parce que leurs programmes s'écartaient sensiblement de l'IPS, en général à cause d'une emphase importante sur les formations préparatoires [Fuller et al., 2000; Reker et Eikelmann, 1999]. L'étude de Block (1992), la seule étude canadienne relevée, a été rejetée parce qu'elle ne donnait pas suffisamment d'informations sur la nature et les effets de l'intervention.

Les caractéristiques et résultats principaux des quatre études ainsi recensées qui utilisent un devis quasi-expérimental sont rapportés au Tableau 1, et ceux des 5 études qui utilisent un devis randomisé sont rapportés au Tableau 2. Malgré les différences de contexte et les différences entre les programmes expérimentaux et les groupes témoin ou de comparaison, ces études ont trouvé de façon uniforme que le soutien à l'emploi donne de bien meilleurs résultats sur le plan de l'obtention d'emplois réguliers, le nombre de jours en emploi régulier, et les revenus ainsi obtenus, que les approches alternatives qui impliquent une approche plus graduelle. Une méta-analyse récente, issue de la collaboration Cochrane [Crowther et al., 2001], synthétise 5 essais randomisés comparant le soutien à l'emploi avec la formation préparatoire à l'emploi et conclut que les sujets en soutien à l'emploi ont plus de chances de se retrouver en emploi compétitif que ceux qui reçoivent une formation préparatoire jusqu'à 18 mois (par exemple, 34 % versus 12 % à 12

Tableau 1
Caractéristiques et résultats principaux des études sur l'IPS utilisant un devis quasi expérimental ou avant-après

N°	Auteurs et année de publication	Lieu	Nature du service auquel l'IPS est comparé	N ¹	Durée d'observation	Efficacité quant à l'obtention d'emplois réguliers	Autres résultats
1	Drake, Becker et al., 1994 ; Torrey, Becker et al., 1995 ²	New Hampshire	Traitement de jour (<i>day treatment</i>)	71, 112	1 an	Augmentation du pourcentage de clients ayant obtenu au moins un emploi régulier sur une année de 25,4 % à 39,4 % dans le groupe expérimental ($p = 0.04$) ; pas de changement dans le groupe de comparaison.	L'étude qualitative a rapporté des perceptions positives du changement de la part des usagers, cliniciens et membres de famille.
2	Drake, Becker et al., 1996	New Hampshire	Traitement de jour (<i>day treatment</i>)	112	1 an	Augmentation du pourcentage de clients ayant obtenu au moins un emploi régulier de 12,5 % à 23,2 % ($p < 0.025$)	Pas d'augmentation dans les taux de suicide, d'incarcération, d'itinérance, ou d'abandon de traitement. Légère diminution dans les hospitalisations.
3	Bailey, Ricketts et al., 1998	New Hampshire	Traitement de jour (<i>day treatment</i>)	32, 32	1 an	Pourcentage de clients ayant obtenu au moins un emploi régulier pendant une année : 74,2 %, vs. 25,8 % pour le groupe de comparaison. Changement significatif à $p < 0,001$ pour le groupe IPS, non significatif pour le groupe de comparaison.	Augmentation significative aussi pour le groupe IPS seulement quant aux heures travaillées ($p < 0,001$) et aux revenus ($p < 0,001$). Pas de changements sur les échelles d'estime de soi, de symptômes, de nombres d'activités non vocationnelles, et satisfaction avec la vie.
4	Becker, Bond et al., 2001	Rhode Island	Traitement de jour (<i>day treatment</i>)	73, 41	30-36 mois	Pourcentages de clients ayant obtenu au moins un emploi régulier pendant la période d'observation : 44,2 % et 56,7 % dans les deux centres ayant converti leur programme, vs. 19,5 % dans le troisième centre qui a conservé son programme de traitement de jour.	Pas de différences observées entre les 2 groupes quant aux symptômes, à l'estime de soi, aux taux d'hospitalisation, ou quant aux nombres de contacts sociaux.

1. Le premier nombre indique la taille de l'échantillon qui a reçu des services IPS, le second la taille du groupe de comparaison. Lorsqu'il n'y a qu'un seul nombre, il s'agit d'une comparaison avant-après.
2. On a converti un programme de traitement de jour dans un centre, mais pas dans l'autre. L'étude de Torrey, Drake et al. rapporte les résultats de l'étude qualitative. L'étude 2 du tableau rapporte les résultats d'une comparaison avant-après appliquée au groupe de comparaison de l'étude 1, après que celui-ci se soit également converti à l'IPS, à la conclusion de l'étude 1.

Tableau 2
Caractéristiques et résultats principaux des études sur l'IPS utilisant un devis randomisé

N°	Auteurs et année de publication	Lieu	Nature du service auquel l'IPS est comparé	N ¹	Durée d'observation	Efficacité quant à l'obtention d'emplois réguliers	Autres résultats
1	Gervery et Bedell, 1994	New York, NY	IPS sans « <i>job coach</i> », et formation en milieu protégé (3 groupes en tout)	34	1 an	73 % des clients dans les programmes de soutien à l'emploi ont obtenu un emploi régulier, vs. 17 % de ceux en milieu protégé (p < 0,01). Pas de différence entre les deux	Nombres moyens de semaines travaillées en milieu régulier: IPS – 17 ; soutien à l'emploi sans « <i>job coach</i> » – 11 ; milieu protégé – 2. Seule la différence entre IPS et le milieu protégé est significative (p < 0,03).
2	Bond, Dietzen et al, 1995	Indiana	Programme IPS, précédé d'une formation prévocationale de 4 mois	86, 34 ¹	1 an, 3-4 ans	56 % du groupe expérimental ont obtenu un emploi régulier la première année, vs. 29 % pour le groupe témoin (p < 0,05). À 3-4 ans, 59 % du groupe expérimental avaient un emploi, vs. 12 % du groupe témoin ² .	Nombre moyen de semaines travaillées: 9,4 vs. 3,1 (p < 0,01); revenus 1525\$ vs. 574\$ (p < 0,05). Pas de différences quant aux hospitalisations.
3	Drake, McHugo et al., 1996	New Hampshire	Programme traditionnel de réadaptation au travail	143	18 mois	78,1 % du groupe expérimental ont obtenu un emploi régulier, vs. 40,3 % (p < 0,001); 46,6 % vs. 22,4 % ont obtenu en emploi de 20 heures ou plus par semaine (p = 0,003).	Différences significatives aussi sur le plan des revenus. Pas de différences significatives entre les groupes en termes de fonctionnement, symptômes, estime de soi, ou satisfaction.
4	Drake, McHugo et al., 1999	Washington, D.C.	Réadaptation professionnelle enrichie (<i>Enhanced Vocational Rehabilitation</i>)	152	18 mois	60,8 % du groupe expérimental ont obtenu un emploi régulier, vs. 9,2 % (p < 0,001); 45,9 % vs. 5,3 % ont obtenu en emploi de 20 heures ou plus par semaine (valeur p non spécifiée).	Différences significatives aussi quant aux heures travaillées en milieu régulier. Pas de différences significatives quant aux revenus totaux (si on inclut les revenus en milieu protégé), ni quant aux symptômes, estime de soi, qualité de vie, ou satisfaction.
5	Lehman, Goldberg et al., 2002	Baltimore, MD	Réadaptation psychosociale	219	2 ans	42 % du groupe expérimental ont travaillé, vs. 11 % (p < 0,001); 27 % du groupe expérimental ont obtenu un emploi régulier, vs. 7 % (p < 0,001).	Différences significatives aussi quant aux heures travaillées et aux revenus obtenus.

1. Le deuxième nombre est le nombre de personnes suivies de 3 à 4 ans (le programme avait été discontinué à un des deux sites après la deuxième année.)

2. Le 12 % inclut une personne qui avait récemment quitté un emploi régulier pour retourner aux études.

mois). La différence à 24 mois, basée sur deux études seulement, donnait l'avantage au soutien à l'emploi mais n'était pas statistiquement significative [Crowther et al., 2001]. De plus, une étude récente conclut que les programmes qui suivent de plus près les principes du soutien à l'emploi de type IPS obtiennent de meilleurs taux d'emploi compétitif [Becker et al., 2001].

Il est étonnant de constater cependant que ces études ne relèvent généralement *pas* d'effets du soutien à l'emploi sur les symptômes, l'estime de soi ou la qualité de vie. Une étude récente, toutefois, conclut à une association entre *l'expérience* de travailler et des améliorations au niveau des symptômes, de l'estime de soi et de la satisfaction par rapport aux services vocationnels, à la situation financière, et aux loisirs [Mueser et al., 1997]. Le fait de se faire offrir un service de soutien à l'emploi ne garantit pas dans les faits un emploi continu. Crowther et al. (2001) ont calculé un taux moyen d'emploi de 34 % à 12 mois. Il semble que les effets de travailler soient en quelque sorte « dilués » par la présence d'un grand nombre de sujets qui travaillent peu ou pas même s'ils reçoivent des services de soutien à l'emploi. Il demeure incertain, toutefois, si le travail lui-même provoque ces effets ou si un autre mécanisme causal entre en jeu.

Une autre explication possible de l'absence d'effets sur l'estime de soi provient de la mesure utilisée, le *Rosenberg Self-Esteem Scale* [Rosenberg, 1965]. Cet instrument est de plus en plus reconnu comme étant une mesure stable de la perception de soi et serait peu sensible aux changements chez les personnes présentant des troubles mentaux graves [Lecomte et al., 1999].

Impacts économiques

Relativement peu d'études sur le soutien à l'emploi ont comporté d'évaluation économique. Selon une synthèse récente basée uniquement sur des études américaines, la conversion de programmes de traitement de jour ou d'autres programmes d'intégration au travail moins efficaces peut avoir un impact économique net neutre ou même générer des économies du point de vue d'un hôpital, du réseau de la santé ou de la société. L'investissement d'argent *neuf* dans des programmes de soutien à l'emploi, toutefois, semble avoir peu de chances de pouvoir s'autofinancer à partir de réductions dans les coûts de santé, de réduction dans les prestations d'aide sociale, ou d'augmentation dans les revenus d'impôt [Latimer, 2001]. De tels investissements doivent alors se justifier à partir de la valeur que l'on attache à l'intégration de ces personnes à la société.

Développements présents et futurs du soutien à l'emploi IPS

Les études relatives au soutien à l'emploi IPS ont donné des résultats probants, surtout en ce qui concerne les variables liées à l'emploi mais aussi, quoique de façon plus nuancée, en ce qui concerne certains domaines non vocationnels tels que le fonctionnement social, la symptomatologie et l'estime de soi [Mueser et al., 1997 ; Bond et al., 2001a]. Des études récentes suggèrent divers ajouts et transformations qui pourraient en accroître l'efficacité, selon les profils individuels des personnes.

Cook et Razzano (2000) dans leur synthèse des résultats des programmes de réadaptation vocationnelle offerts à la clientèle atteinte de schizophrénie, identifient trois sphères problématiques liées à une moins bonne performance à l'emploi : 1) les symptômes psychotiques (souvent les symptômes négatifs), 2) les lacunes au niveau des habiletés sociales, et 3) les déficits cognitifs. Le soutien à l'emploi IPS porte une attention particulière à la première de ces sphères en offrant un cadre où le spécialiste en emploi travaille étroitement avec l'équipe traitante et le milieu de travail facilitant ainsi des ajustements au niveau des médicaments ou de la psychoéducation au sujet des symptômes ou de la prise de médicaments au besoin. Afin de faciliter leur intégration socio-professionnelle, une approche psychothérapeutique individuelle de type cognitivo-comportementale peut également être offerte aux personnes participant au programme IPS et ayant des idées délirantes ou des croyances « irrationnelles ». Lysaker et France (1999) rapportent chez ces derniers un changement positif aux niveaux des croyances antérieures et des appréhensions vis à vis des antécédents de travail.

Quant à la deuxième sphère problématique — les difficultés sociales que le client peut rencontrer dans son milieu de travail — Wallace et al. (1999) [61] ont mis sur pied un module d'intervention de groupe, d'une durée de trois mois, intitulé *Workplace Fundamentals Module*. Ce module aide les participants au programme IPS à apprendre à reconnaître les avantages et inconvénients de leur emploi, à identifier leurs forces et limites au travail (la communication, la gestion des symptômes et les problèmes liés à l'abus de substances) et à surmonter leurs difficultés par l'utilisation de stratégies de résolution de problème. Grâce à des jeux de rôles, il est possible d'exposer les difficultés rencontrées et de pratiquer les solutions appropriées.

Le soutien naturel en emploi conjugué à l'IPS représente une seconde façon de pallier aux difficultés sociales que les clients peuvent rencontrer en milieu de travail. Les interactions sociales positives et le soutien offert par des collègues de travail semblent augmenter les effets

positifs de l'IPS [Banks et al., 2001] et favoriser le maintien en emploi [Cimera, 2001]. Certains auteurs suggèrent qu'il est possible de renforcer le soutien naturel en offrant une formation ou du soutien à l'égard de personnes ciblées par le client comme « aidantes » dans le milieu du travail (Banks et al., 2001 ; Tauber et al., 2000). MacFarlane et al. (2000) proposent d'intégrer l'IPS au suivi intensif dans la communauté (modèle *Assertive Community Treatment*) assisté par la famille. Selon leur étude, l'IPS offert au sein du programme de suivi intensif assisté par la famille (nommé *Family-aided Assertive Community Treatment*, ou *FACT*) double le nombre de personnes employées en comparaison avec l'IPS intégré au suivi intensif à la communauté sans assistance de la famille. Ces résultats suggèrent que, plus la personne reçoit du soutien, qu'il provienne de son spécialiste en emploi, de son intervenant principal, des collègues de travail ou encore de la famille, meilleure sera la réadaptation au travail.

Les déficits cognitifs dont souffrent plusieurs personnes atteintes de schizophrénie constituent une troisième sphère problématique liée à une moins bonne performance en emploi. Quoique plusieurs chercheurs s'intéressent à cette problématique et aient identifié des liens entre certains déficits cognitifs et la performance en emploi [Green et al., 2000 ; Bell et Bryson, 2001], nous ne connaissons pas d'exemple d'intégration d'un programme de remédiation cognitive à l'IPS. Il faut s'attendre toutefois à ce qu'une telle intégration porte fruit. Quelques programmes structurés de réadaptation ou de remédiation cognitive ont pris forme depuis la dernière décennie. Parmi ceux-ci on compte le programme *IPT* (*Integrated Psychological Therapy*) de Brenner et al. (1992), programme pionnier dans le domaine, qui bénéficie d'une diffusion internationale⁴. Quoique les résultats au niveau des variables cognitives restent modestes, on note une amélioration sociale marquée chez les participants. De plus, la structure du programme semble très appréciée par les intervenants et les clients. Le *CET* (*Cognitive Enhancement Therapy*) de Hogarty et Flesher (1999) est aussi un programme structuré mais offert soit dans un contexte clinique de réadaptation soit, plus récemment, dans un contexte prévocational. Avec le programme *CET* il est possible de cibler, à partir de mesures neuropsychologiques prises au préalable, le profil exact des déficits de chaque participant. On peut alors remédier ou compenser les déficits selon les besoins de chacun. Les résultats semblent très prometteurs : améliorations de l'attention, de la mémoire et de la résolution de problèmes et globalement une meilleure performance au travail. Toutefois, l'intervention cognitive est d'une durée considérable, soit plus d'un an à raison de 2,5 h par semaine ! De plus, aucun résultat n'est présenté quant à la généralisation

des acquis, que ce soit en milieu de travail régulier ou autre [Hogarty et Flesher, 1999].

Suivant une approche semblable, Bell et Bryson (2001) proposent un programme informatisé de remédiation cognitive nommé *NET* (*Neurocognitive Enhancement Therapy*) en lien avec un programme de réadaptation au travail (emplois protégés mais rémunérés). Les résultats s'avèrent probants au niveau de l'amélioration de la mémoire de travail et du fonctionnement exécutif. De tels résultats ne sont obtenus que par la combinaison travail-*NET* et non du *NET* seul. Vu l'impact multidimensionnel des déficits cognitifs non seulement sur la performance au travail, mais aussi sur l'apprentissage social et le fonctionnement global de l'individu, il semble pertinent d'intégrer un programme de remédiation cognitive au programme IPS.

On voit ainsi que, quoique le soutien à l'emploi de type IPS ait été présenté dans cet article de façon clairement définie, on peut s'attendre à ce que le modèle continue d'évoluer au fil d'expérimentations successives, prenant des formes légèrement différentes selon les besoins de chaque clientèle.

Discussion : Enjeux associés à l'adoption du soutien à l'emploi IPS au Québec

Les études relevées plus haut démontrent que le soutien à l'emploi de type IPS est beaucoup plus efficace que les alternatives auxquelles il a été comparé sur le plan de l'intégration au travail régulier des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Presque toutes ces études, cependant, ont été conduites aux États-Unis. Il est possible que le soutien à l'emploi IPS ait des effets différents au Québec qu'aux États-Unis étant donné le grand nombre de différences entre les milieux américains et le nôtre : aux niveaux des législations relatives à l'emploi des personnes handicapées, des protections sociales et des programmes destinés à accroître l'emploi des personnes handicapées, entre autres. Seules des études évaluatives menées au Québec permettront de clarifier les conséquences de ces différences. En supposant toutefois que le soutien à l'emploi se révèle efficace au Québec aussi à aider les personnes atteintes de troubles mentaux graves à obtenir des emplois réguliers, quels enjeux son implantation soulèverait-elle ?

Enjeux au niveau des individus et de l'intervention individuelle requise

Le recours au soutien à l'emploi suppose que l'objectif d'emploi régulier est pertinent au Québec. Il se pourrait qu'une proportion plus

faible d'usagers au Québec considère l'emploi en milieu compétitif comme hautement désirable, étant donnée la plus grande proportion de la population ici qu'aux États-Unis qui demeure sans emploi et qui vit de prestations de la sécurité du revenu⁵. Toutefois, il demeure que l'emploi compétitif est plus normalisant que ses alternatives. La tendance la plus progressiste à l'heure actuelle dans la réflexion sur les buts ultimes des services aux personnes atteintes de troubles mentaux est de viser le rétablissement des personnes (*recovery*) et, comme le soulignent certains observateurs, une focalisation sur le rétablissement s'accorde parfaitement avec une focalisation sur l'emploi régulier, jalon important sur le chemin de l'appartenance sociale (Deborah Becker, communication personnelle).

Néanmoins, les enquêtes citées précédemment indiquent que la majorité, mais non la totalité, des personnes atteintes de troubles mentaux graves désirent un emploi régulier. De plus, on a vu que les programmes de soutien à l'emploi IPS ne réussissent pas à placer tous les usagers en emploi régulier, loin de là. Certaines des personnes pour qui la formule ne fonctionne pas voudront des alternatives. Ainsi, il restera certainement des personnes qui résisteront à l'idée d'occuper un emploi régulier, préférant d'autres façons d'occuper leur temps. Il faudrait donc conserver aux personnes atteintes de troubles mentaux graves diverses options en plus du soutien à l'emploi.

Finalement, un enjeu individuel important que soulève le soutien à l'emploi est celui des conséquences d'un travail régulier sur l'éligibilité à l'assurance-médicaments et les prestations de sécurité du revenu. On reviendra sur cette question plus bas.

Travail des spécialistes en emploi et relation avec les équipes multidisciplinaires

Le travail de spécialiste en emploi exige des qualités de vendeur autant sinon plus que des qualités de clinicien. Il faut donc s'assurer de pouvoir recruter au départ et ensuite conserver, des intervenants qui ont les qualités voulues. Dans les milieux institutionnels, cela peut exiger des ententes particulières avec les syndicats.

S'il s'avérait impossible dans un milieu donné, de trouver des spécialistes en emploi qui allient des capacités cliniques à des habiletés de vendeur, une alternative consisterait à confier à une personne distincte le travail d'identifier des emplois potentiels correspondant aux caractéristiques que les spécialistes en emploi auraient au préalable identifiées avec leurs clients. Block (1992) rapporte avoir réparti les tâches de cette façon avec succès.

Il faut aussi prévoir des activités de formation. Cette tâche est un peu compliquée au Québec par le fait qu'il existe très peu d'écrits sur le sujet en Français; et il n'existe encore qu'un seul programme au Québec (à l'Hôpital Douglas). Ce programme qui fait présentement l'objet d'une étude expérimentale, bénéficie de consultations régulières auprès de Deborah Becker, de l'Université Dartmouth, une des « fondatrices » de l'IPS — ressource qui ne sera probablement pas disponible ailleurs au Québec, ne serait-ce qu'à cause de la barrière linguistique. Des sommes devront être mobilisées pour la préparation de matériels de formation (textes, vidéos) en Français.

Finalement, l'étroite intégration entre le spécialiste en emploi et l'équipe clinique qu'exige l'IPS sera plus facile à réaliser si le spécialiste en emploi occupe un bureau avec ceux de l'équipe clinique. Ceci n'implique pas nécessairement que le spécialiste en emploi relève du même établissement : on pourrait aussi envisager une situation de prêt de services, par exemple d'un organisme communautaire à un hôpital.

Enjeux régionaux et provinciaux au niveau de l'allocation des ressources

Si le soutien à l'emploi IPS s'avère un complément efficace à l'ensemble des services d'intégration en emploi existants, on voudra l'offrir aux personnes qui pourraient en bénéficier. Si les ressources étaient illimitées, on pourrait tout simplement l'ajouter à la gamme de services disponibles sans réduire les budgets consacrés aux services actuels. Il est plus réaliste toutefois de supposer que les enveloppes budgétaires consacrées à l'insertion en emploi pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves n'augmenteront que peu ou pas dans un avenir prévisible.

On pourrait alors envisager un appel d'offres pour inviter des établissements ou autres organismes à établir et réaliser des plans de transformation de leurs services d'insertion en emploi qui les rendraient plus conformes aux meilleures pratiques relevées par la recherche évaluative. L'appel d'offres serait assorti de lignes directrices spécifiant les types de transformations visés : la réaffectation d'une partie des ressources consacrées à l'ergothérapie à l'intérieur d'un hôpital vers des services de soutien à l'emploi ; l'intégration d'intervenants travaillant pour un organisme communautaire d'insertion en emploi au sein d'une équipe clinique dans un CLSC ou un hôpital ; etc. Un travail d'analyse considérable serait requis pour l'élaboration de telles lignes directrices, incluant à la fois une recension des écrits et un examen des programmes déjà en place.

Enjeux au niveau des politiques d'assurance-médicaments, d'emploi et de sécurité du revenu

Les personnes qui espèrent réintégrer le marché du travail font face à deux questions importantes qui dépendent de politiques gouvernementales : (1) le travail régulier menacerait-il l'accessibilité à l'assurance-médicaments ? Et (2) quels sont les avantages, sur le plan des revenus, de travailler en milieu régulier ?

Au niveau de l'assurance-médicaments, les règlements actuels sont fort avantageux pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves considérées comme ayant une contrainte sévère à l'emploi : elles ne perdent leurs avantages actuels que si elles parviennent à travailler de façon continue pour le même employeur pendant 48 mois.

En revanche, les autres programmes d'insertion en emploi déjà en place, jumelés aux règlements qui entourent les prestations de la sécurité du revenu et la proportion du revenu qui peut être conservée, donnent peu de raisons aux clients de travailler en milieu régulier. Tout d'abord, on offre aux clients plusieurs types d'emploi qui leur sont réservés et qui paient le salaire minimum ou mieux : Centres de Travail Adapté, mesures d'insertion sociale (INSO), entreprises sociales. Certes, il peut être légitime de subventionner des postes qui à certains égards peuvent être plus attrayants que beaucoup des emplois réguliers disponibles au salaire minimum. Mais par le fait même on diminue l'attrait relatif d'un emploi régulier. Ensuite, le fait de déduire essentiellement un dollar du chèque de la sécurité du revenu pour chaque dollar gagné au-dessus d'un seuil minime (entre 100 \$ et 125 \$ par mois selon le cas) réduit encore plus la motivation à travailler en milieu régulier. Pire encore, les règlements relatifs aux mesures d'insertion sociale (INSO) font qu'on peut conserver environ 100 \$ par mois de plus en travaillant environ 15 heures sur 19 par semaine dans un poste INSO, souvent fort peu exigeant, qu'en travaillant les 19 heures dans un emploi régulier⁶.

À tout le moins il serait avantageux de permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux graves de conserver une plus grande part de leurs revenus. Plusieurs formules sont possibles. Par exemple, une personne considérée comme ayant une contrainte sévère à l'emploi pourrait conserver presque 2 \$ par heure pour chaque heure travaillée, et se retrouver, à 35 heures par semaine, au même niveau de revenu qu'une personne non handicapée travaillant au salaire minimum.

L'émergence du soutien à l'emploi soulève en fin de compte un profond débat de société. Dans quelle mesure devrait-on investir dans la

création et le maintien d'emplois parallèles, décentement rémunérés mais réservés à des personnes handicapées (approche que l'on pourrait qualifier d'européenne), par opposition à l'accompagnement des personnes vers des emplois réguliers (approche américaine) ? On pourrait s'attendre à ce que ce débat soit particulièrement vif au Québec, influencé comme il l'est par des pratiques et des courants de pensée à la fois américains et européens. La meilleure voie, peut-être, en est une du milieu : encourager et aider autant que possible les personnes sur un parcours qui les mène vers l'emploi régulier, gage de citoyenneté et de rétablissement ; mais pour les personnes qui, pour une raison ou pour une autre, ne pourront ou ne voudront pas assumer un emploi régulier, continuer à offrir des alternatives.

Notes

1. L'énumération des différentes approches à l'intégration au travail présentée dans cette section est basée sur Clark, R. E. and G. R. Bond, Costs and benefits of vocational programs for people with serious mental illness, in *Handbook of Mental Health Economics and Health Policy*, M. Moscarelli, A. Rupp, and N. Sartorius, Editors. 1996, John Wiley and Sons Ltd. : England. p. 219-237.
2. Afin d'alléger le texte, on utilisera uniquement les formes masculines de mots tels que « clients » et « intervenants ».
3. Cette section de l'article doit beaucoup à deux synthèses déjà publiées : Bond, G., Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical Support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1998. 22 (2), p. 11-23 ; Bond, G. R., D. R. Becker, R. E. Drake, C.A. Rapp, N. Meisler, A. F. Lehman, M.D. Bell, and C. R. Blyler, Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice, *Psychiatric Services*, 2001. 52 (3), 313-322.
4. Il est utilisé dans plusieurs milieux psychiatriques au Québec
5. Les États-Unis ont au cours des années quatre-vingt-dix, beaucoup resserré l'éligibilité aux prestations de la sécurité du revenu.
6. Un emploi INSO, normalement dans un organisme communautaire, donne droit à un revenu de 120 \$ par mois en échange pour 60 heures de travail par mois (80 heures après les premiers 6 mois). Ce revenu de 120 \$ n'affecte pas le seuil de revenu qui peut être obtenu d'un emploi régulier avant que ce revenu commence à être déduit des prestations de la sécurité du revenu – ce seuil varie de 100 \$ à 125 \$ selon le cas. Ainsi il est économiquement avantageux de combiner un INSO avec quelques heures par semaine de travail régulier, juste assez pour atteindre le seuil de 100 \$ à 125 \$.

Références

- ABRAMS, K., DONAROMA, P., KARAN, O., 1997, Consumer choice as a predictor of job satisfaction and supervisor ratings for people with disabilities, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 9, 205-215.
- ALLNESS, D., KNOEDLER, W., 1998, *The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT Start-Up*, Arlington, The National Alliance for the Mentally Ill.
- ALVERSON, H., ALVERSON, M., DRAKE, R. E., BECKER, D. R., 1998, Social correlates of competitive employment among people with severe mental illness, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 1, 34-40.
- ANTHONY, W. A., 1980, *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*, Baltimore, University Park Press.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (AHQ), 2000, *Cadre de référence: Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Montréal, 29.
- BANKS, B., CHARLESTON, S., GROSSI, T., MANK, D., 2001, Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 389-396.
- BEARD, J., PROPST, R., MALAMUD, T., 1982, The Fountain House model of psychiatric rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47-53.
- BECKER, D. R., BEBOUT, R. R., DRAKE, R., 1998, Job preferences of people with severe mental disorders: A replication, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 1, 46-50.
- BECKER, D., DRAKE, R., 1994, Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation, *Community Mental Health Journal*, 30, 2, 193-206.
- BECKER, D. R., DRAKE, R. E., FARABAUGH, A., BOND, G. R., 1996, Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs, *Psychiatric Services*, 47, 1223-1226.
- BECKER, D. R., SMITH, J., TANZMAN, B., DRAKE, R. E., TREMBLAY, T., 2001, Fidelity of supported employment programs and employment outcome, *Psychiatric Services*, 52, 6, 834-836.
- BELL, M. D., BRYSON, G., 2001, Work rehabilitation in schizophrenia: Does cognitive impairment limit improvement? *Schizophrenia Bulletin*, 27, 269-279.

- BLOCK, L., 1992, The employment connection : the application of an Individual Supported Employment Program for persons with chronic mental health problems, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 11, 2, 79-88.
- BOND, G., 1998, Principles of the Individual Placement and Support model : Empirical support, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 2, 11-23.
- BOND, G. R., BECKER, D. R., DRAKE, R. E., RAPP, C. A., MEISLER, N., LEHMAN, A. F., BELL, M. D., BLYLER, C. R., 2001, Implementing supported employment as an evidence-based practice, *Psychiatric Services*, 52, 313-322.
- BOND, G. R., DIETZEN, L., 1993, Predictive validity and vocational assessment : Reframing the question, in R. Glueckauf, et al., eds., *Improving Assessment in Rehabilitation and Health*, Sage, Newbury Park, 61-86.
- BOND, G. R., DIETZEN, L. L., MCGREW, J. H., MILLER, L. D., 1995, Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities, *Rehabilitation Psychology*, 40, 2, 75-94.
- BOND, G., RESNICK, S., DRAKE, R., XIE, H., MCHUGO, G., BEBOUT, R., 2001a, Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
- BOND, G. R., BECKER, D. R., DRAKE, R. E., RAPP, C. A., MEISLER, N., LEHMAN, A. F., BELL, M. D., BLYLER, C. R., 2001b, Implementing supported employment as an evidence-based practice, *Psychiatric Services*, 52, 3, 313-322.
- BRENNER, H. D., HODEL, B., RODER, V., CORRIGAN, P., Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-26.
- CHANDLER, D., MEISEL, J., HU, T., MCGOWEN, M., MADISON, K., 1997, A capitated model for a cross-section of severely mentally ill clients : Employment outcomes, *Community Mental Health Journal*, 33, 501-516.
- CIMERA, R. E., 2001, Utilizing co-workers as « Natural Supports » : Evidence on cost efficiency, job retention and other employment outcomes, *Journal of Disability Policy Studies*, 11, 194-201.
- CLARK, R. E., BOND, G. R., 1996, Costs and benefits of vocational programs for people with serious mental illness, in Moscarelli, M., Rupp, A., and Sartorius, N., eds., *Handbook of Mental Health Economics and Health Policy*, John Wiley and Sons Ltd., 219-237.
- CONNORS, K., GRAHAM, R., PULSO, R., 1987, Playing the store : Where is the vocational in psychiatric rehabilitation? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10, 21-33.

- CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (CÉTS), 1999, *Le suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- COOK, J. A., RAZZANO, L., 2000, Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications for practice, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 1, 87-103.
- CROWTHER, R., MARSHALL, M., BOND, G.R., HUXLEY, P., 2001, Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review, *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- DANLEY, K., ANTHONY, W., 1987, The Choose-Get-Keep Model: serving severely disabled psychiatrically disabled people, *American Rehabilitation*, 13, 6-9.
- DILK, M., BOND, G. R., 1996, Meta-analytic evaluation of skills training research for persons with severe mental illness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1337-1446.
- DRAKE, R. E., 1998, A brief history of the Individual Placement and Support model, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 3-7.
- DRAKE, R., BECKER, D. R., XIE, H., ANTHONY, W., 1995, Barriers in the brokered model of supported employment for persons with psychiatric disabilities, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5, 141-150.
- DRAKE, R. E., MCHUGO, G., BEBOUT, R., BECKER, D., HARRIS, M., BOND, G., QUMBY, E., 1999, A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders, *Archives of General Psychiatry*, 56, 627-633.
- DRAKE, R. E., MCHUGO, G. J., BECKER, D.R., ANTHONY, W .A., CLARK, R. E., 1996, The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: vocational outcomes, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2, 391-399.
- FABIAN, E. S., 1992, Supported employment and the quality of life: Does a job make a difference?, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 36, 2, 84-97.
- FAIRWEATHER, G., SANDERS, D., MARYNARD, H., CRESSLER, D., BLECK, D., 1969, *Community Life for the Mentally Ill*, Chicago, Aldine.
- FULLER, T. R., OKA, M., OTSUKA, K., YOKOYAMA, N., LIBERMAN, R. P., NIWA, S. I., 2000, A hybrid supported employment program for persons with schizophrenia in Japan, *Psychiatric Services*, 51, 7, 864-866.
- GERVEY, R., BEDELL, J., 1994, *Supported Employment in Vocational Rehabilitation*, in *Psychological Assessment and Treatment of Persons with Severe Mental Disorders*, Taylor and Francis, Washington, DC.

- GOLDEN, T., O'MARA, S., FERRELL, C., 2000, A theoretical construct for benefits planning and assistance, in the Ticket to Work and Work Incentive Improvement Act, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 14, 147-152.
- GREEN, M. F., KERN, R. S., BRAFF, D. L., MINTZ, J., 2000, Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the right stuff?, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- HOGARTY, R. P., FLESHER, S., 1999, Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 25, 693-708.
- JACOBS, H., D., WISSUSIK, R., COLLIER, D., STACKMAN, D., BURKEMAN, D., 1992, Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 365-369.
- KESSLER, R., BERGLUND, P., ZBAO, S., LEAF, P., KOUZIS, A., BRUCE, M., FRIEDMAN, R., GROSSIER, R., KENNEDY, C., NARROW, N., KUEHNEL, T., LASKA, E., MANDERSCHIED, R., ROSENHECK, R., SANTORI, T., SCHNEIER, M., 1999, *The 12-Month Correlates and Prevalence of Serious Mental Illness*, United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, Rockville, MD.
- LATIMER, E. A., 2001, Economic impacts of supported employment for the severely mentally ill, *Canadian Journal of Psychiatry*.
- LECOMTE, T., CYR, M., LESAGE, A., WILDE, J.B., LECLERC, C., RICARD, N., 1999, Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with chronic schizophrenia, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 406-413.
- LEHMAN, A. F., 1995, Vocational rehabilitation in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 21, 4, 645-656.
- LYSAKER, P., BELL, M., 1995, Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 2, 103-106.
- LYSAKER, P. H., FRANCE, C. M., 1999, Psychotherapy as an element in supported employment for persons with severe and persistent mental illness, *Psychiatry*, 62, 209-221.
- McFARLANE, W. R., DUSHAY, R. A., DEAKINS, S. M., STASTNY, P., LUKENS, E. P., TORAN, J., LINK, B., 2000, Employment outcomes in family-aided assertive community treatment, *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 2, 203-214.

- McHUGO, G., DRAKE, R., BECKER, D. R., 1998, The durability of supported employment effects, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 1, 55-61.
- MEISLER, N., GOLD, P., KELEHER, J., WILLIAMS, O., 2000, *Rural-based supported employment approaches: Results from the South Carolina site of the employment intervention demonstration project*, in 4th Biennial research seminar on work: Informing and enhancing employment practices for persons with a serious psychiatric disability through research.
- MELLEN, V., DANLEY, K., 1987, Special Issue: supported employment for persons with severe mental illness, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9, 1-102.
- MUESER, K. T. 2000, *A comparison of the Individual Placement and Support (IPS) model with the psychiatric rehabilitation approach to vocational rehabilitation for consumers with severe mental illness: Results of a controlled trial*, in 4th Biennial research seminar on work: Informing and enhancing employment practices for persons with a serious psychiatric disability through research, Philadelphia, PA, Matrix Research Institute.
- MUESER, K. T., BECKER, D. R., TORREY, W. C., XIE, H., BOND, G. R., DRAKE, R. E., DAIN, B. J., 1997, Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 7, 419-426.
- MUESER, K. T., BECKER, D. R., WOLFE, R., 2001, Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction, *Journal of Mental Health*, 10, 4, 411-417.
- MUESER, K. T., FOY, D., CARTER, M., 1986, Social skills training for job maintenance in a psychiatric patient, *Journal of Counseling Psychology*, 33, 360-362.
- MUESER, K. T., LIBERMAN, R. P., 1988, Skills training in vocational rehabilitation, in Ciardello, J., and Bell, M., eds., *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Mental Illness*, Johns Hopkins Press, Baltimore, 81-103.
- REKER, T., EIKELMANN, B., 1999, Predictors of success in supported employment programs — results of a prospective study, *Psychiatric Praxis*, 26, 218-223.
- ROBITAILLE, C., BORDELEAU, M., MERCIER, C., VACHON, N., 1998, *Expérimentation et évaluation d'un programme d'intégration au marché du travail régulier incluant un suivi post-programme*, Projets PART, Montréal.
- ROGERS, S. E., SCARAPPA, K., MACDONALD-WILSON, K., DANLEY, K., 1995, A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with

- psychiatric disabilities, *Evaluation and Program Planning*, 18, 2, 105-115.
- ROSENBERG, M., 1965, *Society and Adolescent Self-image*, Princeton, Princeton University Press.
- ROSENFELD, S., 1992, Factors contributing to the subjective quality of life of the chronically mentally ill, *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315.
- STEIN, L. I., SANTOS, A. B., 1998, *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*, New York, WW Norton.
- VANDONGEN, C., 1996, Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness, *Community Mental Health Journal*, 32, 6, 535-548.
- WEHMAN, P., 1986, Supported competitive employment for persons with severe disabilities, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17, 24-29.
- WEHMAN, P., 1988, Supported employment : Toward zero exclusion of persons with severe disabilities, in P.W. Moon ed., *Vocational Rehabilitation and Supported Employment*, Paul Brookes, Baltimore, 3-14.
- WEHMAN, P., REVELL, W. G., KREGEL, J., 1998, Supported employment : A decade of rapid growth and impact, *American Rehabilitation*, 24, 31-43.
- XIE, H., DAIN, B., BECKER, D. R., DRAKE, R., 1997, Job tenure among persons with severe mental illness, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 230-239.
- WALLACE, C. J., TAUBER, R., WILDE, J., 1999, Teaching fundamental workplace skills to persons with serious mental illness, *Psychiatric Services*, 50, 1147-1149-1153.

ABSTRACT

Individual Placement Support (IPS) for people with severe mental disorders : An approach to favor in Québec ?

Until recently, three major approaches have been used in the USA and Canada to favor employment integration of people with severe mental disorders: training for competitive employment, non-competitive jobs as a substitute to competitive employment and incentives aiming at alleviating hesitation of potential employers to hire people with mental disorders. Supported employment represents a new approach that is increasingly spreading in the USA as well as in Canada. The principles of IPS, based on results of evaluative research, aim at placing indivi-

duals as rapidly as possible in regular jobs according to the interests and skills of the client. It implies close integration of both employment support and clinical activities. Studies reviewed show that this approach is more effective than others assessed regarding obtaining regular employment. Studies conducted in Québec are necessary to evaluate its effectiveness here. Its implementation in Québec raises several questions relative to organization of services and employment and income support policies. Current policies do not favor integration in the regular job market.

RESUMEN

El apoyo de tipo “IPS” para personas que padecen turbios mentales graves: ¿Una vía del futuro para el Québec?

Hasta recientemente tres aproximaciones favoreciendo la integración al trabajo de personas que padecen de turbios mentales graves han sido utilizadas en Estados Unidos y Canadá: formaciones preparatorias al empleo competitivo, empleos non-competitivos como sustitutos al empleo competitivo y obligaciones para atenuar resistencias de empleadores potenciales a contratar personas que padecen turbios mentales. El apoyo al empleo representa una nueva aproximación propagada a través los Estados Unidos y Canadá. Los principios del tipo “*Individual Placement and Support*”, o IPS (empleo y apoyo individual) se basan sobre investigaciones cualitativas y con objeto de contratar un empleo regular el más pronto posible. Implica una integración estrecha entre las actividades del apoyo al empleo y las actividades clínicas. La recensión de investigaciones demuestra una eficacia más grande de esta aproximación en la búsqueda de empleos regulares. Investigaciones quebequenses están necesarias para evaluar su eficacia aquí. Su establecimiento en Québec plantea varias cuestiones al nivel de la organización de servicios y políticas de empleo y de seguridad de ingreso. Las políticas actuales facilitan poco la integración en un medio de trabajo regular.

RESUMO

Apoio ao emprego de tipo “IPS” para pessoas que sofrem de problemas mentais graves: caminho promissor para o Quebec?

Até recentemente, três principais abordagens foram utilizadas nos Estados Unidos e no Canadá para favorecer a integração ao trabalho das pessoas que sofrem de problemas mentais graves: treinamentos preparatórios para o emprego competitivo, empregos não competitivos pro-

postos como substitutos aos empregos competitivos, e medidas incitativas e coercivas que visam atenuar a resistência dos empregadores potenciais em contratar pessoas que sofrem de problemas mentais. O apoio ao emprego representa uma nova abordagem que se difunde cada vez mais nos Estados Unidos e no Canadá. O apoio ao emprego de tipo “*Individual Placement and Support*”, ou IPS (Orientação e Apoio Individual) cujos princípios apóiam-se nos resultados da pesquisa evolutiva, visa a orientação o mais rápido possível para um emprego normal escolhido em função dos interesses e habilidades do paciente. É necessário haver uma integração estreita entre as atividades de apoio ao emprego e as atividades clínicas. Os estudos examinados demonstram que esta abordagem é muito mais eficaz que as outras avaliadas quanto à obtenção de empregos normais. Para avaliar a eficácia desta abordagem aqui no Quebec, serão necessários outros estudos. Sua implantação no Quebec levantaria várias questões, principalmente com respeito à organização dos serviços, das políticas empregatícias e da segurança social. As políticas atuais facilitam pouco a integração ao meio de trabalho normal.