

# MONOGRAPHIE

---

Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé





# MONOGRAPHIE

---

## **Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec**

Monographie préparée par

Eric Latimer, Ph.D.

Chercheur, Institut universitaire en santé  
mentale Douglas  
Professeur agrégé, Département de psychiatrie,  
Université McGill  
Montréal (Québec)

Décembre 2008

**20** *ans*  
**AVEC VOUS**  
POUR LA SANTÉ

**Agence d'évaluation  
des technologies  
et des modes  
d'intervention en santé**  
**Québec** 

Le contenu de la présente monographie a été rédigé par monsieur Eric Latimer, Ph.D. (économie) avec le soutien de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Ce document est également offert en format PDF sur le site Web de l'Agence.

RÉVISION SCIENTIFIQUE

Jean-Marie R. Lance, conseiller scientifique principal

MONTAGE

Jocelyne Guillot

VÉRIFICATION BIBLIOGRAPHIQUE

Denis Santerre

BIBLIOTHÉCAIRE

Pierre Vincent

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Micheline Paquin

COMMUNICATIONS ET DIFFUSION

Service des communications

Pour se renseigner au sujet de cette publication, s'adresser directement à l'auteur ou à l'AETMIS :

Eric Latimer, Ph.D.

Courriel : [eric.latimer@douglas.mcgill.ca](mailto:eric.latimer@douglas.mcgill.ca)

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

2021, avenue Union, bureau 10.083

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 873-2563

Télécopieur : 514 873-1369

Courriel : [aetmis@aetmis.gouv.qc.ca](mailto:aetmis@aetmis.gouv.qc.ca)

Site Internet : [www.aetmis.gouv.qc.ca](http://www.aetmis.gouv.qc.ca)

Comment citer ce document :

Latimer, Eric. Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec. Monographie. AETMIS MO-2008-01:1-73.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN 978-2-550-54768-6 (imprimé), ISBN 978-2-550-54767-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2008

La reproduction totale ou partielle du présent document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iv
RÉSUMÉ.....	vi
1 INTRODUCTION.....	1
2 PRINCIPAUX PROGRAMMES ET MESURES RELATIFS À L'EMPLOI DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX GRAVES AU QUÉBEC .....	4
2.1 Programmes disponibles à partir du réseau de la santé et des services sociaux .....	4
2.2 Mesures et programmes relevant du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) .....	5
2.2.1 Service d'aide à l'emploi (SAE) et Projet de préparation à l'emploi (PPE).....	6
2.2.2 Formation de la main-d'œuvre (MFOR).....	6
2.2.3 Subventions salariales (SSAL) et Contrat d'intégration au travail (CIT).....	6
2.2.4 Insertion sociale (INSO), Devenir et Interagir .....	7
2.2.5 Programme de subventions aux entreprises adaptées.....	7
2.2.6 Conclusions.....	7
2.3 Règlements relatifs au soutien financier .....	8
2.4 Orientations actuellement proposées pour les prochaines années .....	9
2.4.1 <i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010</i> .....	9
2.4.2 Orientations du MESS en regard de l'intégration au travail des personnes qui ont des troubles mentaux .....	10
2.4.3 Proposition de politique de l'OPHQ .....	10
2.5 Analyse et conclusions.....	11
3 APPROCHES NORD-AMÉRICAINES TRADITIONNELLES À L'INTÉGRATION AU TRAVAIL POUR LES PERSONNES QUI ONT DES TROUBLES MENTAUX GRAVES .....	14
4 DÉVELOPPEMENT DU MODÈLE DE SOUTIEN À L'EMPLOI POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX GRAVES .....	16
5 PRINCIPES, FONCTIONNEMENT, CLIENTÈLE-CIBLE ET COÛTS DU SOUTIEN À L'EMPLOI IPS.....	19
5.1 Principes du modèle IPS .....	19
5.1.1 Objectif visant l'emploi régulier .....	19
5.1.2 Initiation rapide à la recherche d'un emploi régulier .....	19
5.1.3 Prise en compte des préférences des clients.....	19
5.1.4 Accessibilité à tous les clients qui désirent travailler (exclusion zéro) .....	19
5.1.5 Intégration du conseiller en emploi au sein de l'équipe clinique du client .....	19
5.1.6 Soutien individualisé de durée indéfinie .....	20
5.1.7 Information du client sur les conséquences du travail quant aux prestations admissibles .....	20
5.2 Organisation du travail d'un programme IPS.....	20
5.3 Soutien à l'emploi IPS et soutien à l'emploi accordé par une équipe de suivi intensif.....	21
5.4 Composition et étendue de la clientèle-cible.....	22
5.5 Coûts d'un programme IPS.....	23
6 ÉTUDES ÉVALUATIVES PORTANT SUR LE MODÈLE IPS.....	24
6.1 Recherche d'études pertinentes.....	24

6.2	Effets sur l'obtention d'un emploi régulier et le nombre d'heures de travail.....	25
6.2.1	Effets à court terme.....	25
6.2.2	Effets à plus long terme.....	26
6.3	Effets sur les variables cliniques (estime de soi, symptômes, qualité de vie et satisfaction des clients).....	26
6.4	Effets sur l'utilisation des services de santé et sociaux et leurs coûts, les revenus d'emploi, les prestations gouvernementales et les impôts payés.....	28
6.5	Fidélité au modèle IPS et effet sur l'intégration au milieu de travail régulier.....	30
6.6	Appui empirique à chacun des principes du modèle IPS.....	31
6.6.1	Objectif visant l'emploi régulier.....	31
6.6.2	Initiation rapide à la recherche d'un emploi régulier.....	32
6.6.3	Prise en compte des préférences des clients.....	33
6.6.4	Accessibilité à tous les clients qui désirent travailler.....	33
6.6.5	Intégration du conseiller en emploi au sein de l'équipe clinique du client.....	34
6.6.6	Soutien individualisé de durée indéfinie.....	35
6.6.7	Information sur les conséquences du travail quant aux prestations auxquelles le client est admissible.....	35
6.6.8	Autres éléments du modèle IPS.....	35
6.7	Comment accroître l'efficacité du modèle IPS.....	36
6.7.1	Formation aux habiletés nécessaires pour conserver un emploi.....	36
6.7.2	Remédiation cognitive.....	36
6.7.3	Meilleur traitement psychiatrique et médical.....	36
6.7.4	Augmentation de la qualité des emplois par le soutien à l'éducation.....	37
6.7.5	Augmentation de la motivation des clients à travailler.....	37
6.7.6	Sélection des conseillers en emploi.....	38
6.8	Comment favoriser l'implantation de programmes de type IPS efficaces.....	38
6.8.1	Établissement d'un cadre financier et réglementaire qui permet l'établissement de programmes de soutien à l'emploi.....	39
6.8.2	Augmentation de l'incitation financière au travail pour les clients.....	39
6.8.3	Établissement d'un centre d'accompagnement, de formation et d'assistance technique.....	39
6.8.4	Mesure, programme par programme, des taux d'emploi atteints.....	40
6.8.5	Utilisation des incitatifs financiers pour soutenir l'atteinte des meilleurs taux d'emploi possibles.....	40
6.9	Bilan de l'examen de la littérature.....	40
7	APPLICABILITÉ DU MODÈLE IPS AU CONTEXTE QUÉBÉCOIS.....	43
	ANNEXES.....	49
	RÉFÉRENCES.....	64

## LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXES

Tableau 1	Dépenses des programmes liés à l'intégration sociale et professionnelle en santé mentale relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005-2006.....	49
Tableau 2	Dépenses affectées aux personnes qui ont une limitation liée à la santé mentale, mesures actives d'Emploi-Québec et entreprises adaptées, 2005-2006.....	50
Tableau 3	Caractéristiques et résultats principaux des essais comparatifs randomisés sur l'IPS ou de proches variantes.....	51

Tableau 4	Caractéristiques et résultats principaux des études sur l'IPS utilisant un plan avec groupe de comparaison, avant-après ou rétrospectif (début).....	54
Tableau 5	Impact du soutien à l'emploi IPS sur l'utilisation des services (par client par année sauf indication contraire), essais comparatifs randomisés .....	57
Tableau 6	Impact du soutien à l'emploi IPS sur l'utilisation des services (par client par année, sauf indication contraire), études utilisant un plan avec groupe de comparaison, avant-après ou rétrospectif .....	58
Tableau 7	Effets du soutien à l'emploi IPS sur les coûts de la réadaptation professionnelle ainsi que des services de santé et services sociaux (par an et par client), essais comparatifs randomisés .....	59
Tableau 8	Effets du soutien à l'emploi IPS sur les coûts de la réadaptation professionnelle ainsi que des services de santé et services sociaux (par an et par client), études utilisant un plan avec groupe de comparaison, avant-après ou rétrospectif.....	60
Tableau 9	Effets du soutien à l'emploi IPS sur les revenus d'emploi, les prestations gouvernementales et les impôts payés (par client par année) .....	61

# REMERCIEMENTS

La rédaction de la présente monographie a été rendue possible grâce au soutien scientifique, documentaire et d'édition de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), à qui j'exprime toute ma reconnaissance. Des remerciements particuliers s'adressent à M. Jean-Marie R. Lance, conseiller scientifique principal, qui a lu de nombreuses versions de ce document et effectué une vérification rigoureuse de son contenu.

Les personnes suivantes ont grandement contribué à la préparation de cette monographie en fournissant soutien, information et conseils-clés.

Ayant pu bénéficier du processus de lecture externe auquel l'AETMIS a recours dans la préparation de ces propres rapports, je remercie vivement les lecteurs externes pour leurs précieuses suggestions et leur contribution à la qualité générale et à la rigueur de ce document :

## **M. Marcel Daudelin jr**

Agent de planification, de programmation et de recherche en santé mentale; responsable du dossier de l'intégration au travail, Direction de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec (Québec)

## **M. Daniel Gélinas**

Agent de recherche; Unité de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (unité 218), Montréal (Québec)

## **M<sup>me</sup> Diane Harvey**

Directrice générale; Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec (Québec)

## **M<sup>me</sup> Anne Hébert**

Directrice générale adjointe; Office des personnes handicapées du Québec, Drummondville (Québec)

## **M. Pierre Lefebvre**

Professeur; Département des sciences économiques, École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal (Québec)

## **M<sup>me</sup> Christine Samson**

Conseillère en évaluation, Direction de l'évaluation; ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Québec (Québec)

Je tiens également à remercier, pour leurs contributions et leurs commentaires, plusieurs personnes, trop nombreuses pour toutes être nommées ici. M. Daniel Bérubé et, à nouveau, M<sup>me</sup> Christine Samson, du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ainsi que M. Claude Charbonneau, d'Accès-Cible SMT, ont lu et commenté les premières versions de ce document.

Les expériences sur le terrain du programme IPS (*Individual Placement and Support*) de l'Institut Douglas (Montréal) et les perspectives de ses membres sur la place de l'IPS dans le réseau de services québécois, relatées par différents membres de l'équipe - et notamment par celle qui était alors sa coordonnatrice, M<sup>me</sup> Nicole Lahaie - ont enrichi la compréhension de l'auteur à propos des enjeux soulevés par l'implantation de l'IPS au Québec. M<sup>me</sup> Lahaie a également lu et corrigé certains éléments des deuxième et troisième versions.

M<sup>me</sup> Isabelle Duclos, coordonnatrice de l'étude du Programme IPS à Montréal et ancienne agente d'assistance-emploi, a également assisté l'auteur dans sa compréhension des règlements relatifs aux prestations des programmes d'aide sociale et de solidarité sociale.

Trois chercheurs américains, le D<sup>r</sup> Robert Drake, M<sup>me</sup> Deborah Becker et le D<sup>r</sup> Gary Bond ont généreusement partagé leurs connaissances et interprétations de la littérature tout au long de la démarche.

Quant à M<sup>me</sup> Ritsuko Kakuma, elle a aidé à mettre à jour la revue de la littérature. MM. Youcef Ouadahi et Michel Gonthier ont également contribué à l'obtention de données sur les coûts du ministère de la Santé et des Services sociaux pour ce qui est de la deuxième version du document. MM. Jacques Rhéaume et Daniel Bérubé, ainsi que M<sup>me</sup> Linda Cyr ont joué le même rôle pour la troisième version. Enfin, M. Jean-François Pelletier a facilité l'obtention de textes de lois et de données sur les programmes actuels, en plus de concourir à définir l'orientation de la monographie.

## DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler.

# RÉSUMÉ

## INTRODUCTION ET CONTEXTE

Environ 2 à 3 % de la population adulte ont un trouble mental grave (ces personnes étant principalement atteintes de schizophrénie, de troubles schizoaffectifs, de troubles bipolaires ou de dépression majeure). Selon divers sondages, la majorité de ces personnes voudraient travailler, ne serait-ce qu'à temps partiel. Celles-ci voient dans le travail non seulement une façon d'accéder à un revenu plus élevé, mais aussi une source de satisfaction personnelle et un gage de citoyenneté à part entière. Le travail procure à ces personnes, comme au reste de la population, de multiples avantages : activités structurées, augmentation de l'estime de soi et de la qualité de vie et construction d'une identité positive de citoyen à part entière plutôt que d'une identité de patient psychiatrique. Le travail joue ainsi un rôle important dans leur rétablissement. Toutefois, on constate que seulement 10 à 30 % de ces personnes travaillent, y compris dans des milieux protégés.

Le réseau actuel de services d'insertion socioprofessionnelle relève à la fois du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), auquel se rattache l'agence Emploi-Québec. Trois observations principales se dégagent de l'analyse des programmes actuels. Premièrement, malgré l'existence de plusieurs programmes spécifiquement conçus pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves et surtout développés par le réseau de la santé et des services sociaux, la plupart des programmes ne sont pas orientés vers l'intégration en milieu régulier. De plus, la division organisationnelle entre les services d'insertion en emploi et les services de santé mentale fragmente les services du point de vue des usagers. Deuxièmement, les programmes et mesures d'Emploi-Québec ont été conçus, pour la plupart, en fonction des besoins de la population générale et ne tiennent pas bien compte, exception faite de certains services spécialisés de main-d'œuvre, des besoins particuliers des personnes qui ont des troubles mentaux graves. Troisièmement, les règlements relatifs aux prestations d'assistance-emploi découragent, d'un point de vue financier, le travail régulier pour bon nombre de personnes qui ont des troubles mentaux graves.

Ainsi, malgré le désir exprimé par la majorité de ces personnes de travailler, et le rôle crucial que l'on reconnaît au travail (particulièrement au travail régulier) dans le rétablissement des personnes, le réseau actuel s'oriente différemment. En effet, il privilégie des mesures de pré-employabilité diverses et l'intégration à des milieux de travail protégés et, de plus, il décourage le travail régulier sur le plan financier. La plupart de ces difficultés sont reconnues depuis longtemps, mais leur résolution est rendue ardue en raison de leur nature intersectorielle et probablement aussi d'un certain scepticisme partagé par bon nombre d'intervenants à l'égard de la possibilité d'emploi régulier pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves.

## MODÈLE DE SOUTIEN À L'EMPLOI DE TYPE « IPS » (*INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT*)

L'importance de l'intégration au travail pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves est reflétée dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, dans lequel le MSSS estime que les services d'intégration en société doivent être globalement améliorés et que l'intégration au travail doit être mieux soutenue. Par ailleurs, l'Office des personnes handicapées du Québec préconise, dans sa proposition de politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, un rôle accru pour la coordination des services visant l'intégration au travail pour les personnes handicapées, y compris les personnes qui ont des troubles mentaux graves. Dans la foulée de ces documents, le présent rapport cherche à faire le point sur un modèle émergent d'intégration à l'emploi pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : le soutien à l'emploi de type « IPS » (*Individual Placement and Support* : placement et soutien individuels). Ce modèle d'intégration au travail se distingue des approches traditionnelles de plusieurs façons :

- Il vise l'emploi régulier (généralement à temps partiel) pour toutes les personnes qui le désirent, même celles qui semblent *a priori* avoir des incapacités trop grandes.
- Il évite les formations préparatoires, bien que dans certains cas on relève un soutien aux études ou à une formation technique, obtenues dans un milieu accessible à tous. Un conseiller en emploi aide rapidement le client à définir un type d'emploi et d'entreprise qui concorde avec ses intérêts et ses capacités. Le conseiller se rend alors directement auprès d'employeurs potentiels pour essayer de les convaincre d'embaucher son client.
- Le conseiller en emploi continue d'accompagner la personne bien au-delà de l'obtention du premier emploi, pendant un an ou plus, au-delà de l'obtention d'un emploi stable. Il peut aider la personne à apprendre à faire son travail : on délaisse ainsi le paradigme « former, puis placer » pour le remplacer par son opposé, « placer, puis former ».
- Le conseiller en emploi fait partie d'une équipe de soutien à l'emploi, mais collabore étroitement avec une ou au plus deux équipes cliniques, qui assurent le suivi de ses clients. Les interventions sont ainsi beaucoup mieux intégrées.

Un conseiller en emploi peut aussi collaborer avec une équipe de suivi intensif. À l'opposé, une équipe de suivi intensif peut compter dans ses rangs son propre conseiller en emploi. Toutefois, un programme de type « IPS » dessert une clientèle beaucoup plus large que celles d'équipes de suivi intensif. Il peut également desservir, par exemple, les clientèles de cliniques externes ou de programmes de soutien d'intensité variable.

## QUESTIONS D'ÉVALUATION

Une revue systématique de la littérature a permis de relever quinze essais comparatifs randomisés, dont un mené à Montréal sur le Programme IPS de l'Hôpital Douglas, et onze études quasi-expérimentales. Ces études ont été synthétisées en vue de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'efficacité relative du modèle de soutien à l'emploi IPS, à l'égard de la probabilité d'obtention d'un emploi régulier et du nombre d'heures de travail en milieu régulier lorsqu'on le compare à d'autres modèles d'insertion socioprofessionnelle ?
- Quels sont les impacts du modèle IPS sur des variables cliniques telles que l'estime de soi ou les symptômes, sur la qualité de vie et sur la satisfaction des clients à l'égard des services socioprofessionnels ?
- Quels sont les impacts du modèle IPS sur l'utilisation des ressources de santé et de services sociaux et leurs coûts associés, les revenus d'emploi (régulier et non régulier), les prestations gouvernementales et les impôts payés ?

Une revue systématique effectuée sur la même période a également recensé cinq études s'intéressant directement à la question suivante :

- Y a-t-il une association entre la fidélité au modèle IPS et l'obtention d'emplois réguliers ?

D'autres études ont été repérées, de façon moins systématique, afin de répondre aux questions supplémentaires suivantes :

- Quel est l'appui empirique à chacun des principes du modèle IPS ?
- Comment l'efficacité du modèle IPS pourrait-elle être accrue ?
- Comment peut-on favoriser l'implantation de programmes de type IPS efficaces ?

## BILAN DE L'EXAMEN DE LA LITTÉRATURE

La synthèse des résultats décrits dans la littérature mène aux constats suivants :

1. Le modèle de soutien à l'emploi IPS est beaucoup plus efficace, sur un horizon d'un à deux ans tout au moins, que les autres approches connues à ce jour pour aider les personnes qui ont des troubles mentaux graves à travailler en milieu régulier. Si la durée moyenne des emplois obtenus grâce à l'IPS semble à peu près semblable à celle atteinte par d'autres approches, la proportion de clients obtenant un emploi est beaucoup plus élevée, de sorte qu'au total, un groupe donné de clients IPS passe plus de temps en emploi régulier. Cette efficacité à court terme a été confirmée par diverses études menées non seulement aux États-Unis, mais également à Hong Kong, en Australie, dans plusieurs pays européens, à Vancouver et à Montréal. Les deux études à long terme effectuées jusqu'à maintenant tendent à montrer que cette efficacité se maintiendrait au moins sur une dizaine d'années.
2. À court terme, à tout le moins, ces programmes ne semblent pas dans l'ensemble exercer d'influence marquée sur l'état psychologique de leurs clients, dans un sens ou dans l'autre. Cette absence d'association pourrait être attribuable à la période de suivi relativement courte des études, et au fait que l'expérience de travail demeure limitée pour plusieurs des clients de ces programmes de soutien à l'emploi. Les études tendent toutefois à montrer que les clients qui commencent à travailler grâce au soutien d'un programme IPS en retirent des bénéfices significatifs.
3. Les données disponibles indiquent que les services de soutien à l'emploi sont appréciés des clients. Les expériences documentées de conversions de centres de traitement de jour en programmes de soutien à l'emploi ont été perçues de façon positive ou très positive par la grande majorité des clients et intervenants concernés.
4. À court terme, sans conversion de services existants, les programmes de soutien à l'emploi engendrent des coûts additionnels pour le réseau, car, en général, ceux-ci ne semblent pas réduire l'utilisation d'autres ressources telles que l'hospitalisation. Les études disponibles à ce jour ne permettent pas de conclure quant aux effets à long terme sur les coûts des services de santé.
5. Le respect des principes du modèle IPS est associé à une plus grande efficacité.
6. Tous les principes du modèle reçoivent un certain appui empirique. Certains se fondent aussi sur des valeurs d'inclusion sociale, d'équité ou de rétablissement. Il est particulièrement bien démontré que la recherche rapide d'un emploi mène très vite à des taux d'emploi plus élevés, et que le maintien d'un lien étroit entre le conseiller en emploi et l'équipe clinique du client augmente l'efficacité de l'intervention.
7. Trois limites principales sont souvent attribuées au modèle IPS :
  - sur un horizon d'un à deux ans, environ le tiers ou la moitié des clients d'un programme IPS ne parviennent pas à trouver un emploi régulier;
  - de plus, dans la majorité des cas, ceux qui trouvent un emploi ne réussissent pas à le conserver plus longtemps qu'avec d'autres approches d'intégration professionnelle; et ,
  - enfin, la plupart des emplois obtenus n'exigent pas d'habiletés particulières.

Les tentatives d'améliorer les habiletés des clients en emploi, qui pourraient accroître la durée des emplois, n'ont pas encore donné de résultats concluants. La remédiation cognitive joue certainement un rôle qui reste à préciser. Des études récentes font ressortir l'importance des encouragements et du soutien que doivent donner l'ensemble des intervenants à leurs clients dans une démarche d'intégration en emploi. Un recours accru au soutien à l'emploi comme véhicule pour soutenir un retour aux études mérite d'être mieux étudié, tout comme les caractéristiques personnelles qui prédisposent une personne à devenir un conseiller en emploi efficace.

8. L'implantation de programmes de soutien à l'emploi efficaces est favorisée par la mise en œuvre de plusieurs mesures :
- concertation aux paliers décisionnels supérieurs pour permettre l'établissement de programmes de soutien à l'emploi;
  - mise en place, pour les clients, d'incitatifs financiers à travailler;
  - établissement d'un centre d'accompagnement, de formation et de consultation technique visant l'atteinte par les programmes d'un niveau élevé de fidélité au modèle, et surtout, de taux d'emploi élevés pour la clientèle;
  - mesure régulière des résultats obtenus par les programmes de soutien à l'emploi, ainsi que de variables contextuelles, dans une optique d'amélioration continue de la qualité; et
  - utilisation d'incitatifs financiers pour soutenir l'atteinte par les programmes des meilleurs taux d'emploi possibles.

### QUELLE PLACE DONNER AU SOUTIEN À L'EMPLOI AU QUÉBEC ?

Nous avons fait état des difficultés observées et admises dans le réseau québécois de services d'intégration socioprofessionnelle. À cet égard, le soutien à l'emploi de type IPS offre une voie très prometteuse pour pallier ces difficultés. De plus, son applicabilité et son efficacité au Québec ont commencé à être démontrées puisqu'un tel programme, jugé fidèle au modèle original, fonctionne à Montréal depuis 2001, et que son succès a été bien établi dans le contexte d'un essai comparatif à répartition aléatoire. Les questions qui se posent maintenant sont les suivantes : le Québec devrait-il chercher à augmenter de façon importante l'accessibilité à ce type de service sur son territoire ? Si oui, comment ?

Selon notre analyse, le coût d'implantation de l'IPS au Québec est raisonnable en regard des sommes déjà consenties à d'autres programmes d'insertion socioprofessionnelle. On pourrait viser le développement d'une capacité de 60 places de soutien à l'emploi par 100 000 habitants, à un coût annuel estimé de 4 400 \$ par place. À l'échelle provinciale, cette mesure coûterait environ 20,3 millions de dollars par année, mais ce montant doit être mis en contraste avec les dépenses de 18 à 25 millions faites par Emploi-Québec pour des mesures visant à accomplir une mission semblable et celles d'environ 20 millions assumées par le MSSS pour divers programmes de réadaptation et d'insertion socioprofessionnelle. Une très fine analyse de ces différents programmes, y compris des entreprises adaptées, pourrait suggérer des réallocations budgétaires favorisant le soutien à l'emploi de type IPS. Enfin, soulignons que ces estimations ne tiennent pas compte des réductions potentielles de prestations des programmes d'aide sociale et de solidarité sociale, dont l'ampleur reste toutefois à établir.

Forts des résultats de la recherche évaluative sur l'efficacité supérieure du modèle IPS, certains experts américains sont d'avis que le soutien à l'emploi devrait devenir *le* modèle unique d'insertion socioprofessionnelle pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves. En revanche, d'autres chercheurs font état du succès atteint par diverses options d'emplois protégés pour certains types de clients. Si la préférence est accordée au modèle IPS, elle doit se fonder surtout sur l'argument que l'emploi régulier favorise l'inclusion sociale et est plus favorable au rétablissement.

Ce débat encore non résolu milite pour une stratégie prudente d'intégration du soutien à l'emploi de type IPS dans l'actuel réseau québécois de services, dont l'ensemble se doit d'être repensé. Cette réflexion pourrait être appuyée par des études évaluatives susceptibles de contribuer à déterminer progressivement les services complémentaires nécessaires et méritant d'être financés. Par ailleurs, un autre défi devant être approfondi au moyen d'analyses repose dans la complémentarité de ces programmes avec les mesures plus générales comme les Subventions aux entreprises adaptées ou les Contrats d'intégration au travail.

Comment faciliter l'implantation d'un plus grand nombre d'équipes de soutien au travail, et ainsi l'accessibilité à ce genre de service au Québec ? En vertu du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, il

revient aux 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la province, à l'intérieur du cadre donné par le *Plan d'action*, de définir leur projet clinique en santé mentale. Un grand nombre de CSSS ont au service d'une population assez vaste pour justifier un programme de soutien à l'emploi. Dans l'élaboration de leurs projets cliniques, en ce qui concerne l'intégration au travail des personnes qui ont des troubles mentaux graves, ces CSSS devraient privilégier l'implantation de programmes de soutien à l'emploi ayant la capacité suffisante de répondre à la demande.

L'élaboration de ces programmes pourrait reposer sur les mécanismes complémentaires suivants :

- Des intervenants de programmes de réadaptation existants, situés dans des départements de psychiatrie ou des hôpitaux psychiatriques, pourraient être réaffectés à des programmes de soutien à l'emploi ;
- Des organismes communautaires dont le mandat inclut l'intégration socioprofessionnelle pourraient se convertir en programmes de soutien à l'emploi IPS;
- Des ententes pourraient être conclues entre des CSSS ou des départements hospitaliers de psychiatrie et Emploi-Québec pour pourvoir au financement de postes de conseillers en emploi qui seraient intégrés à des programmes cliniques;
- Des ressources externes de main-d'œuvre spécialisées en santé mentale qui ont déjà conclu des ententes avec Emploi-Québec pourraient recevoir le mandat, la formation et les sommes nécessaires pour pouvoir fonctionner de façon plus conforme au modèle IPS.

Ces différentes mesures interpellent à la fois le MSSS et le MESS quant à leurs responsabilités dans le cadre de leurs mandats respectifs et à la nécessité d'œuvrer en étroite collaboration. Les transformations proposées exigent donc un important effort de formation et d'encadrement. Il faudrait que celui-ci comporte un programme d'aide technique et de consultation central, à l'instar de programmes de ce genre qui existent dans divers États américains. Un tel centre, que pourraient financer conjointement les deux ministères, aurait comme fonctions de soutenir la constitution et l'implantation des équipes, de les accompagner et de s'assurer de la fidélité de ces programmes locaux au modèle IPS.

Si le *Plan d'action* soutient l'intégration en milieu régulier, il reste vague quant aux modalités à entreprendre en ce sens. La préparation et la diffusion d'un document complémentaire à ce *Plan d'action*, précisant les étapes d'élaboration des programmes de soutien à l'emploi constitueraient un atout majeur. À terme, pour s'assurer de l'adoption de programmes de soutien à l'emploi efficaces, les contrats de performance conclus avec les CSSS pourraient inclure la mise en place de programmes de soutien à l'emploi qui suivent les principes du modèle IPS, et des cibles de taux d'emploi pour la clientèle qui a des troubles mentaux graves.

Toutes les mesures proposées jusqu'ici concernent directement l'implantation de programmes de soutien à l'emploi de type IPS, mais leur succès peut être favorisé par une démarche complémentaire d'examen des incitatifs économiques au travail. Dans cette perspective, il serait bénéfique de revoir et de modifier les règlements relatifs aux revenus d'emploi qui peuvent être conservés par une personne prestataire du programme d'aide sociale ou du programme de solidarité sociale. Le défi reste de trouver une formule à la fois efficace et équitable, alors que, comparativement à l'expérience observée ailleurs (États-Unis et Ontario, par exemple), l'approche québécoise actuelle se démarque par son manque d'incitation au travail.

Par ailleurs, afin de stimuler une réduction de la discrimination au moment de l'embauche à l'endroit des personnes qui ont des troubles mentaux graves, le MSSS pourrait, s'inspirant de ce qui se fait déjà au Royaume-Uni, explorer des mécanismes pour encourager plus activement au Québec l'embauche de personnes présentant différents types d'incapacités au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

L'approche proposée par la présente évaluation fait ainsi appel à une plus grande différenciation dans la conception des mesures et des programmes pour l'intégration des personnes handicapées en fonction du type d'incapacité. En effet, il est bien reconnu que les besoins des personnes diffèrent selon qu'elles ont

un handicap physique d'un type ou l'autre, une déficience intellectuelle, une maladie mentale grave ou un trouble envahissant du développement, et que ces besoins nécessitent des réponses différentes. Par contre, malgré ces différences, ces mesures et programmes peuvent très bien suivre des principes communs, qui pourront contribuer à leur donner la cohérence voulue. Ce faisant, il serait fort pertinent, à l'exemple du présent rapport, d'examiner de façon systématique les résultats de la littérature évaluative internationale, selon le type de handicap. Des appels d'offres pourraient être lancés pour que des revues systématiques ou des synthèses soient effectuées par des équipes de chercheurs, à un coût minime en regard des sommes actuellement accordées aux divers mesures et programmes.

D'autres appels d'offres pourraient également être lancés pour que des études rigoureuses soient menées, en vue de mieux comprendre comment bonifier le modèle de soutien à l'emploi. En particulier, la littérature ne contient, à l'heure actuelle, aucune étude rigoureuse à long terme (c'est-à-dire, un essai comparatif randomisé prévoyant un suivi de cinq ans ou plus). Il serait fort utile, par exemple, de mener une telle étude pour évaluer les conséquences d'un soutien accru aux études dans le soutien à l'emploi.

En conclusion, le modèle IPS est de plus en plus reconnu, à travers le monde, comme une intervention particulièrement efficace pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves. L'accompagnement individualisé et soutenu qu'il procure pallierait un grand nombre d'insatisfactions actuellement éprouvées dans le réseau de services d'insertion socioprofessionnelle pour ces personnes. La faisabilité de l'implanter dans notre contexte est déjà démontrée. Plusieurs questions demeurent, cependant, notamment quant aux façons d'en augmenter l'efficacité, quant à ses effets à long terme, et quant à la possibilité que certains programmes existants mais sous-évalués, soient eux aussi très efficaces. Il semble donc logique de promouvoir le développement progressif de nouveaux programmes IPS, en particulier en mettant un terme aux programmes actuellement reconnus comme moins efficaces, tout en poursuivant des travaux de recherche évaluative visant à définir l'ensemble du dispositif de services de réadaptation devant être offert.



# 1 INTRODUCTION

Environ 2 à 3 % de la population adulte souffrent d'un trouble mental grave (ces personnes étant principalement atteintes de schizophrénie, de troubles schizoaffectifs, de troubles bipolaires et de dépression majeure) [Kessler *et al.*, 1996]. Diverses enquêtes menées auprès de personnes qui ont des troubles mentaux graves et qui sont en contact avec des services de santé mentale suggèrent que 50 à 70 % de ces personnes voudraient travailler, ne serait-ce qu'à temps partiel [Drebing *et al.*, 2004; McQuilken *et al.*, 2003; Mueser *et al.*, 2001b]. Comme la plupart des gens, ces dernières voient dans le travail non seulement une façon d'accéder à un revenu plus élevé, mais aussi une source de satisfaction personnelle, un appui important à une identité positive et un gage de citoyenneté à part entière.

Les études qui se sont penchées sur la question concluent aussi que le travail procure aux personnes atteintes de troubles mentaux graves de multiples avantages. Celles qui travaillent sont plus satisfaites de leur vie en général; leur qualité de vie, qu'elle soit évaluée de façon subjective ou au moyen de plusieurs mesures objectives, est meilleure que celle des personnes également atteintes de troubles mentaux graves, mais sans emploi [Priebe *et al.*, 1998]. L'accès à l'emploi, particulièrement à l'emploi régulier, est associé à une amélioration sur le plan des symptômes, de l'estime de soi et de la satisfaction à l'égard des services de réadaptation professionnelle et de la situation financière [Salyers *et al.*, 2004; Bond *et al.*, 2001b; Mueser *et al.*, 1997]. En outre, le travail procure un répit aux familles de personnes atteintes de troubles mentaux graves [Bell *et al.*, 1996; Solomon et Draine, 1995].

Qui plus est, le travail constitue un élément essentiel du *rétablissement*, que la réflexion moderne sur les services pour les personnes ayant des troubles mentaux graves nous amène à considérer comme le but ultime de ces services [Anthony, 2000]. Les définitions du rétablissement, qu'elles viennent de professionnels ou d'utilisateurs de services [Deegan, 1988], sont fort nombreuses [Becker et Drake, 2003; Corin, 2002; Provencher *et al.*, 2002]. L'une d'entre elles est issue d'un auteur influent dans le champ de la réadaptation psychiatrique, William Anthony, et incorpore divers aspects que l'on retrouve dans plusieurs définitions, notamment une double dimension de processus et de résultat :

« [Le rétablissement est] *un processus profondément personnel au cours duquel on change ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses buts, ses habiletés ou ses rôles. C'est une façon de vivre une vie empreinte d'espoir, utile et qui procure de la satisfaction. Le rétablissement implique la construction d'un nouveau sens, d'une nouvelle finalité à sa vie à mesure que l'on surmonte les effets catastrophiques des incapacités dues à la maladie mentale.* »<sup>1</sup> [Anthony, 2000, p. 159]

Cette vision du rétablissement, qui implique la réadaptation, et même, la dépasse, prend sa source non seulement dans des témoignages de personnes qui se sont rétablies et qui ont décrit leur parcours, mais aussi dans une série d'études longitudinales [Anthony *et al.*, 2003]. Celles-ci concluent que les personnes, chez qui, initialement, on a diagnostiqué une maladie mentale grave, recouvrent fréquemment, plus tard dans leur vie, un niveau fonctionnel équivalent ou presque à celui de personnes du même âge n'ayant jamais reçu un tel diagnostic [Harding *et al.*, 1987a; 1987b; 1987c]. Il devient alors naturel de chercher à ce que les services de santé mentale soutiennent autant que possible le rétablissement<sup>2</sup>.

À l'instar de plusieurs autres administrations régionales (États américains) ou nationales [Anthony *et al.*, 2003], le gouvernement québécois, dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, incite lui aussi le réseau de la santé et des services sociaux à se réorienter vers le soutien au rétablissement des personnes. Or, le travail joue un rôle central dans ce rétablissement. Il est vrai que les études quantitatives le

---

1. Traduction libre.

2. On voit que la notion de rétablissement implique celle d'inclusion sociale, souvent utilisée en référence aux personnes handicapées en général. Mais elle fait aussi appel à un changement psychologique qui n'a de sens que dans le contexte des troubles mentaux.

démontrant sont encore à peu près inexistantes; on n'en est encore qu'aux débuts de la mesure du rétablissement comme résultat d'une intervention [Bond *et al.*, 2004b]. Cependant, une étude québécoise qualitative appuie l'idée que le travail contribue au rétablissement en donnant un sens à la vie [Provencher *et al.*, 2002]. De plus, des témoignages de personnes qui se sont rétablies accordent une place importante au travail dans leur parcours. La majorité des usagers, rappelons-le, désirent travailler. En outre, plusieurs études et témoignages suggèrent une association importante entre l'expérience de rétablissement et l'intégration à la communauté, c'est-à-dire une existence hors des milieux protégés, dans des appartements, des emplois, des activités de loisirs ouvertes à tous et partagées avec d'autres personnes qui n'ont pas de troubles mentaux graves (voir Bond [2004] pour une synthèse). Le travail en milieu régulier, payé au salaire minimum, ou davantage, et non réservé aux personnes qui ont un handicap, participe clairement à l'intégration à la communauté.

On observe toutefois que les personnes atteintes de troubles mentaux graves parviennent peu souvent à réaliser leurs aspirations au travail. Aux États-Unis, seulement de 10 à 30 % d'entre elles travaillent, y compris dans des milieux protégés [Rosenheck *et al.*, 2006; Jacobs *et al.*, 1992]. Au Québec, les données émanant de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 indiquent que, globalement, le taux d'occupation chez les personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans est de 32,8 %, comparativement à 70,7 % chez les personnes non handicapées du même groupe d'âge [Statistique Canada, 2003]<sup>3</sup>. Au-delà de ces statistiques, nombreux sont les organismes concernés au Québec qui décrivent le manque d'accès à l'emploi des personnes ayant des troubles mentaux graves [CSMQ, 2005; Sogémap, 2005; AQRP, 2000].

Cet état de fait perdure en dépit de l'existence de nombreux programmes et mesures auxquels des budgets non négligeables sont consentis par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)<sup>4</sup>. Un état de la situation préparé en 2005 pour le Comité d'adaptation de la main-d'œuvre (CAMO) relevait, outre une absence de continuum entre les différentes interventions, une incapacité à répondre à la demande et des problèmes d'adaptation face aux caractéristiques de certaines déficiences [Sogémap, 2005]. La même année, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) décriait la multiplicité des parcours possibles selon le réseau auquel une personne accède, le chevauchement de services et le manque de progression ou de complémentarité entre les mesures de soutien financier des différents programmes ou services [CSMQ, 2005, p. 14]. S'il relève dans l'ensemble des effets positifs, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale lui-même, dans une analyse de la pertinence et des effets des mesures et programmes d'Emploi-Québec sur la clientèle des personnes handicapées, note aussi que les personnes ayant des troubles mentaux sont celles qui semblent le moins bénéficier de tels mesures et programmes [Tarte, 2006]<sup>5</sup>. Plus récemment encore, l'Office des personnes handicapées du Québec, dans son *Document de consultation en vue de l'élaboration d'une proposition de politique pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, souligne les progrès accomplis au Québec au cours des vingt dernières années en matière de visibilité des personnes handicapées, d'efforts de sensibilisation, de compréhension des problématiques et de mise en place de plusieurs mesures particulières (qui sont plus cohérentes entre elles qu'auparavant). Toutefois, il note aussi des problèmes persistants, notamment un besoin marqué de soutien individuel aux personnes et aux familles, ainsi qu'un accès insuffisant et inéquitable à des ressources encore mal coordonnées et trop peu financées [OPHQ, 2007a]. De toutes parts, on cherche à faire mieux.

---

3. Les résultats publiés de cette enquête ne sont pas départagés selon le type de handicap. De plus, il semble y avoir eu des problèmes d'échantillonnage avec l'enquête EPLA pour le Québec. Cela se voit au fait que le taux d'incapacité pour incapacité psychologique est nettement moins élevé au Québec (1,7 %) qu'au Canada, globalement (2,2 %) [Statistique Canada, 2002] (une observation pour laquelle nous remercions M. Daniel Bérubé du MESS). Néanmoins, il est clair que les taux d'activité chez les personnes handicapées, y compris les personnes qui ont des troubles mentaux graves, sont beaucoup moindres qu'auprès de la population générale.

4. Nous ne discuterons pas ici des programmes relevant du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ni de Ressources humaines et développement social Canada (programme *Fonds d'intégration pour les personnes handicapées*). Ces programmes jouent un rôle beaucoup moins important au Québec pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves que ceux du MESS et du MSSS.

5. Entre autres résultats, dans cette étude, les participants ayant des problèmes de santé mentale affichaient des pourcentages moindres de présence en emploi (36 %), comparativement à ceux aux prises avec d'autres limitations (50 %) et ceux ayant des limitations intellectuelles et des difficultés d'apprentissage (53 %) [Tarte, 2006, p. 39].

Dans ce contexte, la présente monographie évalue l'efficacité, l'efficience et la pertinence pour le Québec d'un modèle particulier d'intégration à l'emploi pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves (applicable aussi, avec certaines modifications, aux personnes qui ont une déficience intellectuelle, et peut-être aussi à d'autres types de handicaps), le soutien à l'emploi de type « IPS » (*Individual Placement and Support*; placement et soutien individuels). Ce modèle, issu des États-Unis, mais qui commence à se répandre à travers le monde - y compris au Québec - semble répondre à maintes préoccupations auxquelles fait face le réseau québécois. Il résout de façon intrinsèque le problème de manque de continuum entre les différents programmes et le manque d'adaptation de certains programmes à la réalité de la maladie mentale, car, comme le décrit en détail ce rapport, il leur substitue une intervention hautement individualisée, intégrée et continue. Ce type de programme, lorsqu'il est bien implanté, aide beaucoup plus les personnes qui ont des troubles mentaux graves et qui désirent travailler en milieu régulier à obtenir un emploi, comme l'ont démontré abondamment des études évaluatives rigoureuses, dont une menée récemment à Montréal, qui l'ont comparé à d'autres approches. Enfin, le soutien à l'emploi de type IPS est, par comparaison à d'autres programmes financés par l'État, relativement peu coûteux. Le but de la présente monographie est ainsi d'évaluer la pertinence de ce modèle comme moyen de pallier plusieurs des difficultés qu'un bon nombre de participants décèlent dans le réseau actuel de services et de promouvoir le rétablissement des personnes qui ont des troubles mentaux graves.

La section suivante offre un survol du contexte québécois, des principaux programmes et mesures offerts, de leurs résultats et des limites qui leur sont attribuées, ce qui permettra de faire ressortir la pertinence de la diffusion de programmes de type IPS au Québec. Dans les quatre sections subséquentes, le modèle IPS est introduit et décrit selon les points suivants : sa place dans l'ensemble des approches de réadaptation professionnelle pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves, son développement historique, ses principes et son fonctionnement, les résultats de la littérature évaluative qui le compare à d'autres approches et sa pertinence dans le contexte québécois actuel. La présente évaluation se terminera par une discussion des mesures devant être prises pour l'implantation éventuelle de ce modèle au Québec, dans les conditions qui en maximiseront l'efficacité et l'efficience.

## **2 PRINCIPAUX PROGRAMMES ET MESURES RELATIFS À L'EMPLOI DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX GRAVES AU QUÉBEC**

Nous décrirons, dans un premier temps, les principaux programmes et mesures pertinents à l'intégration au travail des personnes ayant des troubles mentaux graves. Comme indiqué dans l'introduction, ceux-ci sont offerts par des organismes ou des entreprises relevant principalement soit du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), soit du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). Nous considérerons ensuite les règlements relatifs aux prestations des programmes de l'aide sociale et de la solidarité sociale, aux prestations spéciales (en particulier, l'assurance-médicaments) et au programme de primes au travail [OPHQ, 2006]. Ces règlements ont des conséquences importantes pour la motivation à travailler des personnes handicapées. Finalement, avant de conclure, nous présenterons les grandes lignes connues des orientations des deux ministères à l'égard de l'intégration au travail chez les personnes qui ont des troubles mentaux graves.

L'ensemble des mesures destinées spécifiquement aux personnes handicapées et à leurs familles est d'une grande complexité et, de surcroît, demeure en évolution constante. Le portrait dressé ici ne prétend nullement à être exhaustif, mais plutôt à faire ressortir les principaux éléments qui seront utiles à notre analyse.

### **2.1 PROGRAMMES DISPONIBLES A PARTIR DU RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX**

Plusieurs hôpitaux psychiatriques et départements de psychiatrie offrent eux-mêmes une variété de programmes de réadaptation, constitués surtout d'ateliers de travail et de programmes de traitement ou de centres de jour traditionnels, dans lesquels l'ergothérapie joue un rôle important. Les personnes qui reçoivent des services du personnel clinique d'un hôpital peuvent être orientées vers de tels programmes. Leur gestion quotidienne est habituellement séparée de celle des programmes cliniques, et la communication entre les intervenants, de part et d'autre, ne se fait souvent que de façon occasionnelle.

Un client peut également être orienté par un hôpital (ou se diriger par lui-même) vers un programme d'insertion au travail géré par un organisme communautaire, qui, en grande partie, reçoit son financement de l'Agence de la santé et des services sociaux de sa région. De tels programmes font quelquefois usage d'emplois de transition dans des milieux gérés par l'organisme; dans d'autres cas, la personne peut être accompagnée dans sa démarche de recherche et d'intégration dans un emploi en milieu régulier. Pour un client donné, les liens entre organismes communautaires et intervenants des services cliniques sont généralement limités, allant rarement jusqu'au contact quotidien ou à la participation aux réunions des services cliniques.

Il est courant aussi qu'un hôpital réfère un client à une ressource externe de main-d'œuvre qui a signé une entente avec le MESS. Dans quelques cas, les bureaux de tels services peuvent même être localisés au sein même des bureaux de la clinique externe de psychiatrie. Nous reviendrons à ce type de programme à la section suivante.

Finalement, les agences régionales de la santé et des services sociaux contribuent au financement de quelques entreprises d'économie sociale qui fournissent un travail à des personnes ayant troubles mentaux

graves. Ces entreprises offrent à ce type d'employés des accommodements, telle la possibilité de s'absenter du travail plus facilement que dans une entreprise régulière<sup>6</sup>.

Les programmes offerts par le réseau de la santé et des services sociaux sont en général adaptés aux personnes qui ont des troubles mentaux graves. Cependant, leur mission est surtout envisagée dans une perspective de réadaptation. Le travail tend à y être perçu comme une activité thérapeutique. Les cliniciens sont souvent préoccupés du risque de rechute si le travail occasionne un niveau de stress trop élevé pour le client. De tels programmes - surtout ceux qui sont directement gérés par des hôpitaux - débouchent rarement sur l'emploi régulier.

Selon des données obtenues du MSSS, les dépenses assumées par ce ministère pour les services de réinsertion et de réintégration socioprofessionnelles se chiffraient en 2005-2006 à près de 7 millions de dollars (tableau 1 en annexe). À ce montant, s'ajoutaient 5,7 millions pour les centres de jour et environ 7,9 millions en subventions à des organismes communautaires pour des activités liées à l'insertion socioprofessionnelle, pour un total d'environ 19,9 millions<sup>7</sup>. La grande majorité des dépenses allaient ainsi à des activités qui n'impliquent pas l'insertion en milieu de travail régulier.

Il existe également, à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, à Montréal, un programme de soutien à l'emploi de type IPS, du type dont traite le présent rapport. Ce programme existe depuis 2001; nous y reviendrons plus loin. Au moment où ces lignes ont été écrites, quelques autres programmes du même genre, relevant aussi du MSSS, étaient au stade d'élaboration.

## 2.2 MESURES ET PROGRAMMES RELEVANT DU MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE SOCIALE (MESS)

Le MESS, qui élabore les mesures et programmes touchant le marché du travail, fait appliquer ces derniers par Emploi-Québec, une agence ou unité autonome au sein du ministère. Emploi-Québec maintient un réseau d'environ 150 centres locaux d'emploi (CLE) sur le territoire québécois. Ces CLE sont censés constituer la porte d'entrée normale aux différents programmes et mesures offerts par le MESS, pour l'ensemble de la population. On peut s'attendre toutefois à ce que les personnes qui ont des troubles mentaux graves ne constituent en pratique qu'une fraction de la clientèle des CLE. Il n'est alors guère surprenant que leur personnel se sente souvent mal outillé pour les aider [MESSF, 2004]. Pour pallier cette lacune, le MESS conclut chaque année des ententes avec des organisations communautaires œuvrant en employabilité (52 en 2004-2005), appelées « services spécialisés de main-d'œuvre » (SSMO), qui reçoivent uniquement des personnes handicapées. Ces ressources ont pour mission première « le développement de l'employabilité menant à l'insertion socioprofessionnelle des participants et à leur plus grande autonomie financière »<sup>8</sup>. Certaines, particulièrement dans les régions de Québec et de Montréal, sont dédiées spécifiquement à l'intégration au travail des personnes qui ont des troubles de santé mentale. En pratique, il arrive souvent, étant donné que ces ressources sont bien connues des intervenants en santé mentale, que les personnes y accèdent directement, sans passer par le CLE [MESSF, 2004].

Les principales mesures et le programme offerts par le MESS (plus précisément par son agence Emploi-Québec) auxquels ont accès les personnes qui ont des troubles mentaux graves (soit par un CLE, soit par un SSMO) et qui désirent trouver un emploi sont les suivants<sup>9</sup> :

---

6. *Collections Innova*, qui fabrique des vêtements adaptés dans l'est de Montréal, est un bon exemple d'une telle entreprise.

7. Les dépenses de soutien, par exemple les frais associés à l'entretien des bâtiments qui sont utilisés pour ces divers services, sont exclues des montants mentionnés.

8. Emploi-Québec. Les organisations communautaires : des ressources spécialisées en préparation et en recherche d'emploi (site Web). Disponible à : [http://emploi.quebec.net/francais/individus/org\\_communautaires.htm](http://emploi.quebec.net/francais/individus/org_communautaires.htm).

9. Nous passerons sous silence ici les mesures suivantes : soutien au travail autonome, supplément de retour au travail et activités d'aide à l'emploi. En 2005-2006, ces mesures jouaient un rôle très minime dans l'offre de services aux personnes ayant des troubles mentaux graves.

### **2.2.1 Service d'aide à l'emploi (SAE) et Projet de préparation à l'emploi (PPE).**

Les mesures « Service d'aide à l'emploi » (SAE) et « Projet de préparation à l'emploi » (PPE) se réalisent toutes deux par l'entremise d'organismes communautaires en développement de l'employabilité, spécialisés dans l'intervention auprès des personnes handicapées (SSMO, etc.).

En théorie, et comme leurs noms le suggèrent, la première mesure vise un soutien à plus court terme que la seconde. Ainsi, la participation à une mesure SAE ne donne pas droit à une allocation d'aide à la participation, contrairement à la mesure PPE. Les deux mesures se distinguent aussi en ce que la première est souvent offerte sur une base individuelle, quoique certaines modalités de groupe (par ex. : club de recherche d'emploi) puissent également être utilisées, tandis que la seconde est normalement offerte en groupe. La finalité du SAE est l'obtention d'un emploi, ou le choix d'une carrière [MESSF, 2004]. En pratique, toutefois, les deux mesures peuvent être suivies de plusieurs mesures ou programmes, dont la mesure « Formation de la main-d'œuvre » (voir plus loin) [MESSF, 2006].

L'accessibilité aux PPE, qui dépend de la disponibilité de ressources externes appropriées, est souvent limitée. En milieu rural notamment, la modalité de groupe pose aussi des problèmes logistiques. En pratique, les personnes qui ont des troubles mentaux ont plus souvent recours au SAE qu'au PPE (voir le tableau 2 en annexe). La mesure relative au PPE est généralement perçue comme particulièrement efficace à cause de l'expertise spécialisée des organismes responsables (SSMO, etc.), qui peuvent fournir une aide individualisée à chaque personne. On déplore cependant les longs temps d'attente dans plusieurs régions [MESSF, 2004].

### **2.2.2 Formation de la main-d'œuvre (MFOR)**

La mesure « Formation de la main-d'œuvre », ou MFOR (selon l'abréviation utilisée par Emploi-Québec), vise à aider les personnes à risque de chômage prolongé. Elle exige la participation à une formation à temps plein. Cette mesure est perçue par plusieurs comme mal adaptée aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale graves et pour qui l'intensité de la formation requise est excessive [MESSF, 2004].

### **2.2.3 Subventions salariales (SSAL) et Contrat d'intégration au travail (CIT)**

Les mesures « Subventions salariales » (SSAL) et « Contrat d'intégration au travail » (CIT) servent toutes deux à compenser un employeur pour la productivité réduite d'un employé ou pour le coût relié aux accommodements qui permettront à la personne d'être productive (par exemple, l'aménagement d'un poste de travail). La mesure SSAL se divise en deux volets : le soutien à l'insertion à l'emploi et le soutien à l'acquisition d'une expérience de travail. La durée maximale de la subvention est normalement de 30 semaines<sup>10</sup>, et les emplois doivent être de 30 heures par semaine ou plus [MESSF, 2004]. On conçoit que la mesure SSAL soit relativement peu utilisée par les personnes qui ont des troubles mentaux : plusieurs ne seront pas en mesure de travailler 30 heures par semaine, du moins au départ, et elles expérimenteront presque toujours des difficultés tout au long de ces 30 semaines et même davantage. De fait, les personnes qui ont des problèmes de santé mentale n'y ont pas beaucoup recours (tableau 2).

En revanche, la mesure CIT, qui ne s'adresse qu'aux personnes handicapées, est mieux adaptée à cette clientèle, en ce que la subvention salariale peut être obtenue pour un travail à temps partiel, avoir au départ une durée d'un an et être renouvelée. Pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves et qui n'ont généralement pas besoin d'équipements spéciaux ou d'autres aides matérielles, la compensation se résume à la subvention salariale, qui peut au départ atteindre 85 %, mais qui normalement décroît progressivement. Toutefois, l'employeur n'est pas compensé pour les absences, qui peuvent être fréquentes au sein de la clientèle ayant des troubles de santé mentale. Les CIT sont normalement négociés par les SSMO, dans le cadre de leur entente avec la Direction régionale d'Emploi-Québec. Il peut arriver

10. Emploi-Québec. Subventions salariales : une aide qui ouvre des portes (site Web). Disponible à : <http://emploiquebec.net/francais/individus/msemploi/subventions.htm>.

qu'une entente relative à un CIT soit finalement bloquée parce que les fonds nécessaires ne sont plus disponibles [Services Québec, 2007; MESS, 2006].

L'importance de maintenir la mesure CIT, dont l'utilité serait encore accrue si elle pouvait être utilisée de façon plus souple, fait largement consensus dans les milieux concernés [MESS, 2007].

#### **2.2.4 Insertion sociale (INSO), Devenir et Interagir**

Jusqu'en décembre 2007, grâce à une INSO, une personne pouvait participer à une activité d'intégration au travail à raison de 15 à 20 heures par semaine dans le but d'acquérir des attitudes, comportements et habiletés favorisant une démarche de retour au travail. Emploi-Québec accordait un soutien financier aux organismes communautaires qui réalisent des projets d'insertion sociale (tableau 2). D'une part, cette mesure permettait à des personnes éloignées du marché du travail d'avoir une activité dans un cadre de travail (ou parfois un atelier ou une formation) et de gagner une allocation de soutien à la participation. D'autre part, pour certains, la productivité économique limitée de la plupart des emplois cadrait mal avec la mission d'Emploi-Québec, qui est d'aider les personnes à intégrer des emplois dans des entreprises compétitives. La mesure INSO a été remplacée par un programme assez semblable, appelé Devenir. Ce programme offre une démarche progressive et personnalisée de préparation à l'emploi qui lui aussi a habituellement cours dans un organisme communautaire, à un rythme de 20 heures par semaine en moyenne, pour une durée maximale d'un an. Le participant reçoit une allocation supplémentaire de 130 \$ par mois [Emploi-Québec, 2007]. Quant au programme Interagir, il aide les personnes à s'engager dans une démarche qui les amènera à prendre plus activement part à la société.

#### **2.2.5 Programme de subventions aux entreprises adaptées**

Les entreprises adaptées (appelées, avant 2005, centres de travail adapté, ou CTA) constituent un autre moyen pour créer des emplois de qualité pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves. Ces entreprises mènent leurs activités sur des marchés compétitifs, mais, en échange d'une subvention, s'engagent normalement à ce qu'au moins 60 % de leurs employés soient des personnes handicapées (les handicaps pouvant être de natures différentes). Une entreprise adaptée est tenue de payer ses employés au salaire minimum, ou davantage. Les entreprises adaptées fournissent ainsi à des personnes qui ont des troubles mentaux graves un travail qui s'apparente de près à un travail régulier (travail qui permet une contribution réelle à la société, offrant au moins le salaire minimum), mais dont la plupart des postes sont réservés à des personnes handicapées. Géré par l'Office des personnes handicapées jusqu'au 31 mars 2006, ce Programme de subventions aux entreprises adaptées relève maintenant d'Emploi-Québec, qui a aussi la responsabilité d'accréditer ces entreprises.

Le compte rendu de la consultation que le MESS a menée en 2007, en vue de l'élaboration d'une stratégie d'intégration et de maintien en emploi des personnes handicapées, indique que le Programme de subventions aux entreprises adaptées a suscité une certaine controverse [MESS, 2007]. D'une part, plusieurs considèrent nécessaire le développement d'emplois rémunérés au moins au salaire minimum et accessibles à des personnes ayant un handicap trop sérieux pour leur permettre de travailler en milieu régulier. D'autre part, les entreprises adaptées cherchent aussi à être compétitives, ce qui les amène souvent à privilégier des personnes dont les handicaps sont relativement légers, et qui, dans quelques cas, pourraient travailler en milieu régulier. Il semble y avoir une contradiction inhérente entre la mission de préparation à l'emploi régulier et celle de rentabilité économique : les employés les plus aptes à bien s'intégrer en milieu régulier sont également les plus productifs en entreprise adaptée.

#### **2.2.6 Conclusions**

Le MESS a récemment mené des évaluations qualitative et quantitative des mesures qu'il offre aux personnes handicapées [Tarte, 2006; MESSF, 2004]. De façon globale, du point de vue des personnes qui ont des troubles mentaux graves, on peut dire que les résultats de ces évaluations sont mitigés. D'une part,

un sondage mené auprès des participants relativement à ces mesures indique que les répondants tendent à se déclarer satisfaits, et que, par suite de telles mesures, ils ont un meilleur taux d'emploi et jugent leur qualité de vie supérieure. Cependant, ces résultats positifs s'appliquent dans une moindre mesure aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale [Tarte, 2006]. D'autre part, la majorité des personnes qui ont été consultées dans le cadre d'une étude qualitative estiment que les personnes handicapées « nécessitent un suivi et une approche d'intervention personnalisée "cas par cas", compte tenu de la diversité des problèmes vécus et des capacités de chacun » [MESSF, 2004, p. 65]. De plus, ces mêmes personnes consultées sont d'avis qu'un tel suivi personnalisé doit être offert par des ressources spécialisées. Ce résultat souligne l'importance d'un accompagnement individuel et spécialisé, particulièrement pour les personnes qui ont des troubles mentaux, au-delà de ce que peuvent accomplir les mesures inclusives.

Par ailleurs, on note au tableau 2 que les dépenses pour les principaux programmes et mesures du MESS (incluant Emploi-Québec) attribuables aux personnes qui ont des troubles mentaux graves se situaient environ entre 18,3 et 25,0 millions de dollars en 2005-2006. Ces estimations sont du même ordre de grandeur que celui de 20,5 millions alloués aux programmes financés par le MSSS.

## 2.3 REGLEMENTS RELATIFS AU SOUTIEN FINANCIER

Les règles relatives aux programmes d'aide financière, particulièrement ceux d'aide sociale et de solidarité sociale, constituent un aspect essentiel du contexte dans lequel tous les programmes d'intégration au travail s'insèrent. Ces règlements, en effet, influencent de façon importante la motivation que peuvent avoir les personnes handicapées à chercher un travail et à travailler un plus ou moins grand nombre d'heures par semaine.

Les personnes qui ont un trouble mental grave sont normalement considérées, sur la base d'une évaluation médicale, comme ayant soit une contrainte temporaire à l'emploi (si elles sont jugées par leur médecin incapables de travailler pour les prochains six mois), soit une contrainte sévère à l'emploi (si leur état physique ou mental est affecté de façon significative, pour une durée permanente ou indéfinie, et que celui-ci constitue un obstacle majeur à une démarche d'intégration ou de réintégration à l'emploi régulier). Dans les deux cas, la personne peut également recevoir, outre la prestation de base, des prestations spéciales qui incluent la couverture de plusieurs types de dépenses reliées à la santé (médicaments, lunettes, certains frais dentaires) ou encore à la charge d'enfants (certains frais de scolarité). Les prestataires ayant une contrainte sévère à l'emploi (qui deviennent de ce fait prestataires du programme de solidarité sociale plutôt que de celui d'aide sociale) ont droit à une allocation de base plus élevée (862,33 \$ par mois pour un adulte seul en 2008, comparativement à 692,33 \$ pour un adulte seul avec contrainte temporaire).

Normalement, la participation à des mesures de pré-employabilité ou à d'autres programmes préparatoires à l'emploi donne également droit à une carte mensuelle pour couvrir les frais de transport en commun. Toutefois, si une personne commence à travailler en milieu régulier, l'accès à ce bénéfice est retiré.

Lorsqu'une personne seule se trouvant dans une situation de contraintes sévères à l'emploi commence à travailler, tout revenu de travail au-delà de 100 \$ par mois diminue d'autant sa prestation. Ce revenu de travail exclu est majoré à 200 \$ pour les personnes en situation de contrainte temporaire.

Les prestataires des programmes de solidarité sociale et, depuis avril 2007, ceux d'aide sociale également, bénéficient d'une couverture gratuite de leurs médicaments. Pour les prestataires du programme de solidarité sociale (c.-à-d., contraintes sévères à l'emploi), cette couverture complète du coût des médicaments n'est perdue qu'au bout de 48 mois d'emploi continu, tant que le revenu mensuel est inférieur à 1 500 \$. À la fin de cette période, on considère que la personne a démontré sa capacité à travailler, quoique des exceptions puissent être faites si le coût des médicaments est considérable. Pour les autres prestataires, le droit à la gratuité dure normalement six mois au plus.

Finalement, le programme de prime au travail a été introduit en janvier 2005. Il donne droit, pour une personne seule, à une prime maximale, en 2008, de 515,06 \$. La prime est réduite à zéro lorsque le revenu de travail d'une personne seule dépasse 14 909 \$.

L'exclusion de tout revenu de travail excédant 100 \$ mensuellement a pour effet qu'une personne prestataire du programme de solidarité sociale qui travaille au salaire minimum (8,50 \$ de l'heure depuis le 1<sup>er</sup> mai 2008) n'a pratiquement aucun incitatif à travailler plus qu'un peu moins de trois heures par semaine, à moins de gagner plus que son allocation de base, ce qui, au salaire minimum, exige plus de 24 heures de travail par semaine. Le montant de la prime au travail, qui au mieux est reçu par anticipation sur une base trimestrielle, est trop faible pour avoir un effet incitatif important<sup>11</sup>. Lors de la consultation que le MESS a menée en vue de l'élaboration d'une stratégie d'intégration et de maintien en emploi des personnes handicapées, un large consensus semblait se dégager pour soutenir la mise en place de meilleurs incitatifs économiques au travail [MESS, 2007].

## 2.4 ORIENTATIONS ACTUELLEMENT PROPOSEES POUR LES PROCHAINES ANNEES

### 2.4.1 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*

Comme suite à la réforme en profondeur du système de santé québécois introduite par la *Loi sur le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, le ministère de la Santé et des Services sociaux a émis un ensemble de nouvelles orientations pour le réseau de services de santé mentale. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* comprend une section concernant l'intégration au travail [MSSS, 2005, p. 54-56], insistant particulièrement sur l'intégration au travail régulier. Il souligne également « l'appauvrissement que peut entraîner l'intégration au travail lorsque les personnes se retrouvent privées de certaines compensations financières : pour les médicaments, par exemple » (p. 55). Le *Plan d'action* affirme que les programmes du type « Contrat d'intégration au travail » semblent être les mesures les plus « normalisantes », mais que ces programmes « gagneraient à être mieux adaptés à la réalité des personnes ayant un trouble mental »<sup>12</sup> (p. 55).

Le *Plan d'action* considère aussi que « l'insertion dans un emploi rémunéré ne doit pas être le seul objectif dans ces démarches vers l'intégration sociale », compte tenu qu'une telle insertion se heurte à de nombreux obstacles. Ainsi, selon le *Plan d'action*, « la participation sociale doit être considérée, soit comme une étape dans une démarche de pré-employabilité, soit dans une perspective à long terme si la personne ne peut poursuivre son cheminement vers l'obtention d'un emploi rémunéré » (p. 55). Le *Plan d'action* ne précise pas la nature des mesures correspondantes.

En termes de propositions concrètes, pour favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental, le Plan propose (p. 56) les démarches suivantes :

- Au niveau national, travailler avec le MESS afin :
  - « d'adapter les mesures d'insertion et de maintien en emploi à la situation des personnes ayant un trouble mental grave »; et
  - de « faire tomber les barrières financières en vue de favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental grave. »

---

11. En pratique, les montants reçus sont en général bien inférieurs à la prime maximale, ce qui diminue d'autant leur valeur incitative (voir l'étude de Latimer et Ly [2005]).

12. Le Plan ne précise pas le genre d'adaptation envisagé, mais comme mentionné précédemment, le CIT ne compense pas l'employeur pour les jours d'absence.

- Au niveau régional, les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) sont chargées de :
  - soutenir « le développement de partenariats entre employeurs et organismes engagés dans l’insertion en emploi, en vue de favoriser la création d’emplois adaptés »; et
  - « en collaboration avec les directions régionales d’Emploi-Québec, s’employer à apporter les ajustements nécessaires et à favoriser l’application des programmes de type « CIT » pour les personnes ayant un trouble mental grave. »
- Au niveau local, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont chargés, « en collaboration avec leurs partenaires, de rendre accessible le soutien à l’intégration au travail ».

La cible proposée (fondée sur des « avis d’experts », p. 85) est d’offrir des services de soutien à l’intégration au travail à 58 personnes par 100 000 habitants. À l’exception de cette cible numérique, le Plan donne donc surtout des orientations générales.

#### **2.4.2 Orientations du MESS en regard de l’intégration au travail des personnes qui ont des troubles mentaux**

L’article 63 de la *Loi modifiant la Loi assurant l’exercice des droits des personnes handicapées et d’autres dispositions législatives*, adoptée par l’Assemblée nationale en décembre 2004, confie au ministre responsable de l’Emploi et de la Solidarité sociale la responsabilité d’élaborer une stratégie d’intégration et de maintien en emploi des personnes handicapées, de la coordonner et d’en assurer le suivi et l’évaluation [OPHQ, 2007a].

En préparation à l’élaboration d’une telle stratégie, le MESS a mené, en janvier et février 2007, une vaste consultation d’acteurs concernés par l’intégration professionnelle des personnes handicapées. Un compte rendu de cette consultation a été déposé en juin 2007. Au moment où ce rapport était rédigé, il n’était pas possible de préciser les orientations précises du MESS en regard de l’intégration au travail des personnes qui ont des troubles mentaux, au-delà de son intention présumée de bonifier l’offre de services en fonction des observations déjà notées sur ses programmes, provenant de ses propres évaluations et de la consultation qu’il a menée [MESS, 2007].

#### **2.4.3 Proposition de politique de l’OPHQ**

L’OPHQ a déposé, en décembre 2007, une proposition de politique intitulée « À part entière : pour un véritable exercice du droit à l’égalité » [OPHQ, 2007b]. Fruit elle aussi d’une large consultation recoupant celle effectuée par le MESS, cette proposition de politique regroupe onze priorités d’intervention en fonction de trois grandes orientations : (1) rendre les environnements physique et social plus inclusifs, c’est-à-dire conçus de telle façon qu’ils favorisent l’intégration sociale des personnes handicapées sans qu’on ait besoin de recourir à des mesures spéciales; (2) rendre la société plus solidaire et équitable, ce qui exige une compensation adéquate et équitable de l’insuffisance de revenus des personnes handicapées et de leurs familles, ainsi que des frais supplémentaires qu’elles doivent acquitter; (3) rendre la société plus respectueuse des choix et des besoins des personnes handicapées et de leurs familles. Parmi ces trois grandes orientations, c’est la troisième qui rejoint le plus le thème du présent rapport. L’OPHQ préconise à cet égard un recours accru à la planification individualisée et coordonnée des services. Concrètement, l’OPHQ propose que des règles consensuelles soient établies pour qu’un responsable de la coordination du plan de services soit désigné. Souvent, cette personne responsable sera un intervenant désigné ou l’intervenant le plus significatif; quel que soit le cas, l’OPHQ insiste sur l’importance du rôle de la personne handicapée et de sa famille dans l’élaboration du plan de services. Ensuite, l’OPHQ recommande que le responsable du plan de services fonctionne selon un modèle « mixte » de coordination du plan de services : l’intervenant accompagne la personne handicapée et sa famille, coordonne lui-même la plupart des services (ce qui correspond à l’approche de la gestion de cas ou *case management*), mais lorsque nécessaire, rassemble plusieurs acteurs concernés (ce qui se rapporte à la coordination concertée). Les autres recommandations connexes de l’OPHQ portent sur l’utilisation du plan de services par

l'ensemble des acteurs (son utilisation actuelle varie selon la nature de la déficience ou de l'incapacité) et l'harmonisation de la conception et de la terminologie du plan de services.

## 2.5 ANALYSE ET CONCLUSIONS

L'analyse montre que les programmes et mesures offerts par le MSSS et le MESS procèdent d'une logique différente, et ce, sur plusieurs plans. Premièrement, les programmes du MSSS visés ici ont été conçus spécifiquement en fonction d'une clientèle en santé mentale, tandis que les différentes mesures et le programme du MESS, exception faite seulement de certains SSMO, visent les personnes handicapées dans leur ensemble. Deuxièmement, les programmes des organismes du réseau de la santé et des services sociaux ne débouchent que rarement sur des emplois réguliers, tandis que l'emploi régulier (ou un emploi aussi proche de l'emploi régulier que possible, par exemple dans une entreprise adaptée) est la finalité première des mesures et du programme du MESS. Troisièmement, sur le plan administratif, jusqu'à maintenant, le MSSS n'a pas beaucoup structuré les programmes de réadaptation en santé mentale; leur élaboration a été principalement effectuée en fonction d'initiatives d'établissements et d'organismes communautaires, initiatives souvent inspirées au départ par des expériences réalisées à l'extérieur du Québec, puis se diffusant plus ou moins largement à l'intérieur du réseau québécois. Le MESS, au contraire, offre un éventail de mesures clairement structurées, allouées de façon relativement uniforme sur tout le territoire québécois par le réseau des CLE.

Un examen plus approfondi de cette dernière observation révèle que le développement des mesures émanant du MESS s'appuie sur une réflexion théorique bien élaborée, fondée principalement sur le modèle de processus de production du handicap (PPH). Ce modèle fait ressortir, beaucoup plus que ne le fait une vision purement biomédicale, l'importance d'aspects physiques, économiques et sociaux de l'environnement comme entraves ou facilitateurs à la participation sociale des personnes handicapées. Très présent aussi dans la grille d'analyse de l'Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ, 2007a], ce modèle nous incite ainsi à privilégier les approches dites inclusives, telles que l'installation de rampes d'accès, la hausse du salaire minimum et les campagnes de sensibilisation, qui influencent l'ensemble de la population et favorisent particulièrement l'intégration sociale des personnes handicapées. Le soutien individualisé a sa place – l'Office recommande, par exemple, un recours beaucoup plus systématique aux plans de services individualisés – mais contribue surtout à pallier les insuffisances des mesures plus inclusives.

L'approche globale, c'est-à-dire visant l'ensemble des personnes handicapées, est au cœur des mesures et du programme du MESS : elle prend peut-être sa source dans la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* de 1978. Cette loi novatrice visait à favoriser la participation sociale des personnes handicapées, prises dans leur ensemble. À cette fin, elle modifiait la *Charte des droits et libertés de la personne* pour interdire, à l'article 10, la discrimination sur la base d'un handicap ou d'un moyen employé par la personne (par exemple, un fauteuil roulant) pour pallier ce handicap. Elle introduisait plusieurs nouvelles mesures et programmes touchant divers secteurs dont le transport, l'éducation et l'emploi, notamment les entreprises adaptées (alors appelées centres de travail adapté). Elle établissait aussi l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), « en centrant sa mission sur la coordination des services, la promotion des intérêts des personnes handicapées, l'information et le conseil à ces personnes en vue de faciliter leur intégration scolaire, professionnelle et sociale » [OPHQ, 2007a, p. 4]<sup>13</sup>.

Cette approche généralement globale est toutefois modulée par le financement de ressources spécialisées, telles que les SSMO. Un des commentaires les plus saillants des observateurs des programmes financés par le MESS est la plus grande efficacité de ces ressources spécialisées pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. En ce qui concerne les autres mesures et programmes plus généraux, par

---

13. La proposition de politique de l'OPHQ « À part entière... », mentionnée plus haut, n'inclut pas de discussion particulière pour chaque type d'incapacité. Une telle différenciation de l'analyse aurait sans doute mené à des recommandations spécifiques à l'un ou l'autre type d'incapacité.

contre, un des commentaires persistants que l'on relève des diverses études et consultations quant aux mesures et au programme d'Emploi-Québec est que ceux-ci – exception faite encore une fois des ressources spécialisées – ne tiennent pas suffisamment compte des différences entre les besoins, quant à l'intégration au travail, des personnes qui ont une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou un problème de santé mentale. Ce commentaire est reflété dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* lorsque celui-ci propose, comme mentionné plus haut, de travailler avec le MESS pour adapter les mesures d'insertion et de maintien en emploi à la situation des personnes ayant un trouble mental grave. Les difficultés particulières que posent les problèmes de santé mentale à l'intégration au travail – une grande hétérogénéité dans les aptitudes et intérêts des personnes, alliée à un état mental souvent instable et à une tendance marquée non seulement à la stigmatisation, mais aussi à l'autostigmatisation – sont souvent mises en relief.

Le service qu'offrent les ressources spécialisées se distingue des services habituels d'au moins deux façons : d'une part, il offre une capacité d'accompagnement individualisé, qui contribue à pallier la fragmentation souvent décriée des services liés à l'emploi; mais d'autre part, l'expertise du personnel de ces ressources leur permet de traiter plus directement avec le client : détermination d'emplois potentiels, préparation du CV, préparation à l'entrevue, etc. Le nombre de services distincts dont le client doit se prévaloir est alors réduit, ce qui diminue le risque de bris dans la continuité des services.

La proposition de politique récente (décembre 2007) de l'OPHQ recommande, comme il a été mentionné, le recours systématique à la planification individualisée et coordonnée de services. La suggestion d'avoir recours à un modèle mixte, dans lequel les rencontres de concertation entre plusieurs acteurs ne se feraient qu'à l'occasion et la plupart des interventions reposeraient sur un seul intervenant pivot en concertation avec l'utilisateur, reconnaît les limites du modèle de coordination concertée qui, dans le domaine de la santé mentale, s'était avéré un échec. Cet échec s'explique notamment par la difficulté pratique de rassembler plusieurs acteurs à la fois (surtout en l'absence d'un intervenant pivot qui en assume la responsabilité), les perceptions d'intimidation et le manque d'implication de l'utilisateur [Potvin, 1997]. En fait, cette recommandation de l'OPHQ se concrétise dans l'intervention des ressources spécialisées qui existent déjà, et aussi dans le modèle IPS décrit dans le présent rapport : il s'agit ici aussi de confier à un intervenant particulier – mais dans le présent cas, un intervenant spécialisé – la responsabilité de coordonner les interventions liées à l'insertion en emploi. Le modèle IPS s'appuie sur la recherche expérimentale et évaluative internationale pour préciser le mode de travail de l'intervenant pivot susceptible de maximiser son efficacité auprès des personnes qui ont des troubles mentaux graves. Le présent rapport peut ainsi être vu comme un développement de cette proposition de l'OPHQ, pour le cas spécifique des personnes qui ont des troubles mentaux graves<sup>14</sup>.

Par ailleurs, s'il est une limite que les ressources spécialisées en santé mentale décrient, c'est leur mode de rémunération qui les empêche de pouvoir assurer un suivi à long terme, qui correspondrait à l'état changeant de la maladie mentale et à la nécessité de souvent devoir aider les personnes à se trouver un nouvel emploi. Un suivi conçu d'emblée comme étant à long terme permet d'assurer une plus grande continuité dans l'intervention.

Finalement, les observations soulèvent l'enjeu de la nature des emplois à privilégier pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves. De plus en plus, on s'accorde, au MSSS comme au MESS, à privilégier, lorsque cela est possible, l'emploi compétitif (même s'il est à temps partiel, en reconnaissant les limites que la maladie mentale peut imposer). Exception faite des SSMO et des CIT, les divers programmes et mesures offerts par le MSSS et le MESS sont teintés d'une perception que le travail pleinement compétitif est un objectif irréaliste pour la grande majorité des personnes ayant un trouble mental grave. Le meilleur espoir semble être l'entreprise sociale ou adaptée, où la personne est payée au

---

14. Le soutien à l'emploi s'applique aussi, avec des modifications par rapport au modèle IPS, aux personnes qui ont une déficience intellectuelle ainsi qu'à certaines personnes, à tout le moins, qui ont des troubles envahissants du développement. Une discussion de ces extensions possibles dépasse toutefois le cadre du présent rapport.

salaire minimum, ou plus, et où une réalisation de soi par le travail est possible parce que le travail est véritablement productif.

Il est vrai que la recherche à ce jour ne permet pas d'affirmer que de tels emplois protégés sont plus ou moins bénéfiques pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves. Comme l'indiquera la discussion plus loin, il se peut fort qu'il soit préférable de leur conserver une place dans le dispositif de programmes et mesures visant l'intégration au travail. De tels emplois peuvent demeurer disponibles lorsque la situation économique générale se détériore et que les emplois compétitifs deviennent plus difficiles à trouver. Mais il n'en demeure pas moins que les milieux ségrégués qu'ils offrent limitent l'étendue de l'intégration sociale des personnes; de plus, la gamme d'emplois offerts ainsi que leur accessibilité géographique sont réduites par le nombre limité de telles entreprises. Par ailleurs, ces milieux sont généralement subventionnés de façon très importante, dans le cas des entreprises adaptées en particulier.

Les SSMO (ainsi que quelques autres programmes de santé mentale dans le réseau du MSSS, dont le programme IPS de l'Institut Douglas mentionné plus haut) démontrent de par leur pratique, encore restreinte sur le territoire québécois, qu'il est possible d'aider une personne qui a un trouble mental grave à obtenir un emploi compétitif, choisi en fonction de ses intérêts et capacités. Quel est, à cet égard, la limite du possible ? Voilà la question centrale à laquelle se consacre le reste du présent rapport.

### 3 APPROCHES NORD-AMÉRICAINES TRADITIONNELLES À L'INTÉGRATION AU TRAVAIL POUR LES PERSONNES QUI ONT DES TROUBLES MENTAUX GRAVES

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 principaux<sup>15</sup>. Le *premier* se fonde sur la croyance que, pour beaucoup de clients, l'emploi en milieu régulier n'est pas un objectif réaliste. Toutefois, afin d'offrir aux clients une expérience d'accomplissement personnel par le travail, on leur propose des emplois de remplacement. Ceci se fait le plus souvent au sein d'ateliers protégés, où les clients font des tâches répétitives dans le cadre de contrats avec des entreprises, avec une rémunération en-deçà du salaire minimum. Le modèle « *community lodge* » [Fairweather *et al.*, 1969], milieu de vie résidentiel autonome comprenant souvent des activités de travail, s'inscrit aussi dans ce courant. À la différence des ateliers protégés, le *community lodge* vise aussi à favoriser l'appropriation de pouvoir (*empowerment*) du client. Au Québec, comme dans d'autres pays, on trouve aussi des entreprises d'économie sociale : des petites et moyennes entreprises, souvent orientées vers la vente de services (travaux domestiques, nettoyage commercial, recyclage et vente de vêtements usagés, etc.). Sauf exception, ces entreprises, généralement subventionnées par l'État [Robitaille *et al.*, 1998], tendent cependant à embaucher des personnes qui ont de légères difficultés d'adaptation sociale, plutôt que des troubles mentaux graves. Au Québec, les entreprises adaptées, mentionnées précédemment, constituent également des milieux de travail protégés, mais elles offrent un salaire égal au salaire minimum, ou supérieur.

Au sein du *deuxième courant*, on offre aux personnes, de façon plus ou moins systématique, des expériences destinées à faciliter leur intégration ultérieure au marché de travail. Par exemple, l'orientation professionnelle (*vocational counseling*) implique pour le client de travailler avec un professionnel afin de définir ses besoins, de formuler un plan de réadaptation, de choisir un travail [Anthony, 1980] et de développer des compétences reliées au travail (*skills training*), grâce à divers moyens, y compris des instructions, des jeux de rôles, des renforcements sociaux, la rétroaction corrective, etc. [Mueser et Liberman, 1988]. En outre, on peut offrir aux clients des activités de formation visant l'acquisition de compétences professionnelles spécifiques, telles que le secrétariat ou des expériences de bénévolat individuel ou collectif, et ce, dans des milieux réguliers ou au sein d'agences de réadaptation [Connors *et al.*, 1987].

Le modèle *Choose-Get-Keep* de Boston appartient aussi à ce deuxième courant. Il met l'accent sur une période préparatoire d'évaluation et d'examen de différents choix de carrière. Selon l'expérience de l'agence Transitional Employment Enterprises, cette période s'étend sur 2 à 6 mois, avant que la recherche active d'emploi ne commence [Bond, 1992; Mellen et Danley, 1987]. Alternativement, les clients peuvent accéder à des emplois de transition, c'est-à-dire des emplois en milieu régulier, mais offerts pour un temps limité seulement. Dans chaque cas, on insiste sur des phases préparatoires destinées à aider les clients à aboutir à 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.

Le *troisième courant* comprend les approches qui cherchent à atténuer les réticences des employeurs à embaucher des personnes avec des handicaps, soit par des législations contraignantes, soit par des compensations financières ou des accommodements pour pallier la perte de productivité que l'embauche d'une personne handicapée peut entraîner. Ainsi, aux États-Unis, le Congrès a passé en 1990 le *Americans with Disabilities Act*, qui contraint les employeurs à recourir à des mesures raisonnables d'adaptation (*reasonable accommodations*), en autant qu'elles n'occasionnent pas à l'employeur de difficultés

---

15. L'énumération des différentes approches à l'intégration au travail présentée dans cette section doit beaucoup à Clark et Bond [1996].

démesurées (*undue hardship*). Plus récemment, le *Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act* de 1999 offre aux États la possibilité d'aider financièrement les personnes handicapées qui retournent au travail à conserver leur assurance maladie [Golden *et al.*, 2000]. Le Canada anglais, s'appuyant sur le Code du travail du Canada, utilise une approche semblable à celle du *Americans with Disabilities Act*. Le Code du travail du Québec, en revanche, privilégie une approche incitative plutôt que contraignante. Les Contrats d'intégration au travail (CIT), signalés plus haut, appartiennent à ce troisième courant. Néanmoins, le droit à l'égalité entraîne, pour éviter une situation de discrimination, une obligation juridique d'accommodement raisonnable pour les employeurs québécois aussi [OPHQ, 2007a, p. 44].

Le soutien à l'emploi se démarque de ces trois courants en ce qu'il cherche à soutenir la personne dans une intégration au travail régulier, sans phase préparatoire, en s'appuyant sur un soutien actif à la personne beaucoup plus que sur des compensations financières ou des accommodements pour pallier une productivité réduite.

## 4 DÉVELOPPEMENT DU MODÈLE DE SOUTIEN À L'EMPLOI POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX GRAVES

Une perspective historique permet également de bien camper le modèle de soutien à l'emploi IPS. Trois phases caractérisent le développement des divers programmes d'insertion en emploi en Amérique du Nord pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves [Bond, 1992]. Dans la première phase couvrant les années 50 et 60, alors que la désinstitutionnalisation ne faisait que commencer, les hôpitaux psychiatriques d'abord, et ensuite, les départements de psychiatrie qui devenaient plus nombreux, donnaient à leurs propres patients des travaux à effectuer, ou encore établissaient des ateliers protégés ou des programmes de travail dans des maisons de transition. Dans les hôpitaux psychiatriques, on donnait aux patients des travaux utiles, dans la buanderie par exemple. On ne s'attendait pas à ce que beaucoup de patients réussissent à quitter le milieu psychiatrique pour accéder à un emploi en milieu régulier; les activités de travail se faisaient presque toutes sous le contrôle des autorités des établissements.

Dans la deuxième phase, qui s'étend de la fin des années 1960 au début des années 1980, la désinstitutionnalisation s'est poursuivie, sans que ne se développent en parallèle de programmes communautaires, y compris des programmes d'insertion en emploi. Durant cette période aux États-Unis, les programmes de réadaptation professionnelle délaissent la clientèle psychiatrique. Le programme de réadaptation professionnelle (*Vocational Rehabilitation*), géré conjointement par les administrations fédérale et étatiques, concentre ses efforts sur les personnes atteintes de déficience intellectuelle et sur les handicapés physiques, et très peu de Community Mental Health Centers offrent des programmes de réinsertion au travail. C'est ce que Bond appelle la période de « grande noirceur » (*the dark ages*) [Bond, 1992]. Au Québec, selon Charbonneau :

*L'intégration au travail, perçue comme un des éléments relevant de la réadaptation et non du traitement, qui est l'apanage de l'institution, sera rapidement confiée à des intervenants externes disposant de bien peu de moyens. La préoccupation de l'intégration au travail, dorénavant reléguée à des intervenants en réadaptation à l'extérieur des murs de l'hôpital, disparaît peu à peu du champ d'intérêt et de l'horizon étroit du réseau psychiatrique qui se concentre toujours plus avant sur la seule fenêtre du traitement.* [Charbonneau, 2004, p. 25-26].

Toutefois, à la même époque, l'exemple du club psychosocial (*clubhouse*) *Fountain House* fait des émules [Beard *et al.*, 1982]. Les programmes psychosociaux de ce genre sont tellement courants aujourd'hui qu'il est difficile d'apprécier à quel point l'approche de *Fountain House* était révolutionnaire lorsqu'elle est apparue, dès la fin des années 40. Les clubs psychosociaux (*clubhouses*) misent beaucoup sur la capacité des personnes atteintes de troubles mentaux graves à profiter d'un environnement social structuré dans lequel elles retrouvent d'autres gens vivant des difficultés semblables. Ces personnes contribuent à la gestion de l'organisation. Sur le plan du travail, *Fountain House* innovait en offrant à ses membres (c'est ainsi qu'on appelle ceux qui fréquentent ces clubs) des stages préparatoires à l'interne, suivis d'emplois temporaires, à mi-temps, dans des milieux de travail réguliers. Plusieurs organisations se sont inspirées de l'exemple de *Fountain House*, notamment *Thresholds* à Chicago. Certains États américains, comme le Michigan, ont beaucoup favorisé le développement de clubs psychosociaux. Il existe aussi au Québec des programmes apparentés à des *clubhouses*, tels que le Projet PAL à Verdun, mais le mouvement n'a pas acquis l'ampleur observée dans certains États américains.

Durant les années 80, apparaît un autre courant important dans le développement du modèle de soutien à l'emploi : l'émergence et l'expansion du suivi intensif en équipe dans la communauté (le modèle PACT ou *Program of Assertive Community Treatment*). Les patients à qui on donnait congé de l'hôpital psychiatrique s'intégraient souvent mal au monde extérieur et revenaient régulièrement à l'hôpital, victimes de ce que l'on appelle le « syndrome de la porte tournante ». Des cliniciens de Madison, au Wisconsin, eurent alors l'idée de mettre sur pied des équipes multidisciplinaires qui, avec un ratio intervenant : clients d'environ 1 : 10, œuvraient directement dans la communauté pour aider les clients, sur les plans du traitement, du soutien et de la réadaptation [AHQ, 2004; Allness et Knoedler, 2003; Bond *et al.*, 2001a; CETS, 1999; Stein et Santos, 1998; Stein et Test, 1980; Test et Stein, 1980]. La première étude expérimentale effectuée sur des patients qui se présentaient à la salle d'urgence de l'hôpital psychiatrique et étaient jugés admissibles à l'hospitalisation donna des résultats concluants : réduction marquée dans le nombre d'admissions à l'hôpital et dans le nombre de jours d'hospitalisation; réduction dans les symptômes psychiatriques; plus grande satisfaction de vivre [Stein et Test, 1980; Test et Stein, 1980; Weisbrod *et al.*, 1980]. On nota en particulier que les sujets du groupe qui bénéficiait de suivi intensif accumulaient plus d'heures sur le marché du travail régulier que ceux du groupe témoin.

Plusieurs autres études expérimentales et quasi expérimentales suivirent (voir Bond et ses collègues [2001b] pour une synthèse relativement récente), donnant au modèle de suivi intensif en équipe dans la communauté (c.-à-d., le modèle PACT ou *Program of Assertive Community Treatment*) la base scientifique pour que celui-ci soit intégré dans tout système de santé mentale [SAMSHA, 2003a, 2003b]. Une caractéristique fondamentale du modèle réside dans l'intégration au sein d'une même équipe clinique des différents professionnels impliqués dans l'élaboration et l'application du plan de services du client. En particulier, la formulation actuelle du modèle PACT précise qu'une équipe complète doit inclure un conseiller en emploi à temps plein, dont le temps est protégé pour qu'il se concentre sur l'intégration au travail des clients de l'équipe. Le travail en milieu régulier est privilégié, mais des options de travail protégé ou de bénévolat sont utilisées si le travail en milieu régulier s'avère impossible [Stein et Santos, 1998]. Le modèle PACT a d'ailleurs fait l'objet d'un rapport du Conseil d'évaluation des technologies de la santé, prédécesseur de l'AETMIS [CETS, 1999].

Peu après l'émergence du suivi intensif, soit vers le début des années 80, apparaît aux États-Unis, pour les personnes qui ont une déficience intellectuelle, une approche radicale appelée « *supported employment* » (littéralement, *emploi assisté*, mais traduite ici par « soutien à l'emploi »). Cette approche se fondait sur l'hypothèse qu'il était possible pour une personne qui a une déficience intellectuelle d'obtenir et de conserver un emploi en milieu régulier si celle-ci recevait de l'aide tout au long de son insertion et intégration en emploi [Wehman, 1986]. Ainsi, le soutien à l'emploi délaisse le paradigme « former, puis placer » (*train-place*) pour lui substituer son opposé, « placer, puis former » (*place-train*). Appliqué aux personnes atteintes de déficience intellectuelle, le soutien à l'emploi implique une période d'orientation de deux semaines seulement, en préparation directe à un emploi déterminé au préalable pour la personne. Les emplois eux-mêmes peuvent être structurés de façons différentes - soit sur un plateau de travail mobile (*work crew*), soit dans une « enclave » au sein d'une entreprise - ou encore, ce qui est beaucoup plus courant, rester individuels.

Reconnu dans la législation américaine dès les *Rehabilitation Act Amendments* de 1986 (P.L. 99-506, H.R. 4021), le soutien à l'emploi y était défini selon les caractéristiques suivantes :

- les clients sont payés, de préférence au salaire habituel, pour le type de travail effectué;
- ils 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, suscita l'émergence indépendante de plusieurs programmes de type « SE » destinés à cette clientèle particulière au cours des années 80 [Drake, 1998]. C'est le début de

ce que Bond voit comme la *troisième phase* dans le développement de la réadaptation professionnelle pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, phase qu'il qualifie de « renaissance » [Bond, 1992]. Constatant les similarités et les différences entre les personnes atteintes de déficience intellectuelle et celles atteintes de troubles mentaux graves, et s'appuyant sur les principes du soutien à l'emploi définis par Wehman et ses collègues, divers chercheurs, comme Bond, avaient commencé à tester l'approche chez des personnes ayant des troubles mentaux graves [Bond et Dincin, 1986]. Ces derniers conclurent que l'application de cette approche à la population de personnes atteintes de troubles mentaux graves était tout à fait fondée. En 1987, le *Psychosocial Rehabilitation Journal* consacrait un numéro spécial à ce sujet [Mellen et Danley, 1987]. Les programmes destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux graves partageaient en général les caractéristiques suivantes, en plus de celles énumérées au paragraphe précédent :

- peu de temps passé à l'évaluation du client ou à des activités de préparation;
- implication du client dans la détermination d'emplois potentiels;
- soutien dans l'obtention des emplois; et
- recherche d'emplois permanents, quoique des essais répétés soient considérés acceptables [Drake, 1997].

Il faut aussi mentionner le développement du modèle *Choose-Get-Keep*, mentionné à la section précédente [Rogers *et al.*, 2006; Danley *et al.*, 1994]. L'importance qu'attache cette approche aux préférences des clients a aussi influencé la conception du modèle IPS. C'est dans ce contexte que Deborah Becker et Bob Drake ont défini, au début des années 90, 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, 1997]. Ce modèle se distingue des autres types de SE principalement par le principe que le conseiller en emploi fait partie intégrante de l'équipe clinique. Ce principe, déjà bien présent dans le modèle de suivi intensif en équipe dans la communauté (*Assertive Community Treatment*), se superpose ainsi au soutien à l'emploi (SE) pour donner le soutien à l'emploi « *Individual Placement and Support* » ou IPS.

# 5 PRINCIPES, FONCTIONNEMENT, CLIENTÈLE-CIBLE ET COÛTS DU SOUTIEN À L'EMPLOI IPS

## 5.1 PRINCIPES DU MODÈLE IPS

### 5.1.1 Objectif visant l'emploi régulier

Un programme IPS vise l'emploi régulier pour ses clients. Par emploi régulier, on entend un emploi ouvert à toute personne (c.-à-d. une, personne handicapée ou non) et rémunéré au salaire minimum, ou plus (que cet emploi soit subventionné ou non). Un travail à temps partiel ayant ces caractéristiques est donc considéré comme un emploi régulier. Le succès d'un programme de type IPS se mesure principalement par le pourcentage de ses clients qui occupent un emploi régulier<sup>16</sup>.

### 5.1.2 Initiation rapide à la recherche d'un emploi régulier

Non seulement un programme IPS vise l'emploi régulier pour ses clients, mais sa stratégie est de commencer rapidement à aider les clients à en trouver un. On évite le recours aux évaluations prolongées, aux emplois bénévoles, protégés ou de transition et aux autres étapes préparatoires.

### 5.1.3 Prise en compte des préférences des clients

Le genre d'emploi recherché est défini selon l'information obtenue du client et de son entourage quant à ses capacités et ses intérêts. Le conseiller en emploi doit, dans certains cas, faire preuve de créativité pour définir un emploi non conventionnel qui convient bien au client : par exemple, un client qui aime lire à voix haute et le fait bien pourrait contribuer au processus d'enregistrement de livres audio pour aveugles<sup>17</sup>. L'approche IPS se veut donc extrêmement individualisée.

### 5.1.4 Accessibilité à tous les clients qui désirent travailler (exclusion zéro)

Un programme IPS est ouvert à tous les clients qui désirent travailler en milieu régulier, quelle que soit la perception qu'ont leurs intervenants de leur aptitude à travailler en milieu régulier.

### 5.1.5 Intégration du conseiller en emploi au sein de l'équipe clinique du client

Le conseiller en emploi est au départ membre d'une équipe IPS. Toutefois, il est également intégré à une ou deux équipes cliniques, tout au plus. Une étude récente qui visait à comparer l'efficacité de programmes intégrés et de programmes non intégrés classifiait comme intégrés les programmes qui possédaient les caractéristiques suivantes :

- contacts face-à-face au moins trois fois par semaine entre le conseiller en emploi et les intervenants en santé mentale;
- bureaux voisins<sup>18</sup>;
- deux types de services fournis par la même agence ou le même établissement; et
- dossier-client commun, partagé par les deux types d'intervenants [Cook *et al.*, 2005].

---

16. Toutefois, comme indiqué plus loin, un conseiller en emploi peut également soutenir un client dans une démarche de retour aux études.

17. Tania Lecomte, communication personnelle, 2000.

18. Si tous les intervenants des programmes ne sont pas logés dans le même bâtiment, un agent IPS aura donc deux ou trois ports d'attache physique distincts : les bureaux du programme IPS et un espace de travail au sein des équipes cliniques auxquelles il est rattaché.

### 5.1.6 Soutien individualisé de durée indéfinie

Un programme IPS continue d'offrir ses services de façon individualisée tant et aussi longtemps qu'un client désire les recevoir.

### 5.1.7 Information du client sur les conséquences du travail quant aux prestations admissibles

Le conseiller en emploi (ou une personne rattachée au service) doit lui-même maîtriser la réglementation qui entoure les prestations d'assistance-emploi, le statut de contrainte sévère à l'emploi, l'accès aux médicaments gratuits, etc. Il doit ensuite garder son client bien informé des conséquences de l'emploi quant aux prestations (assistance-emploi, médicaments, etc.) auxquelles il a droit. Le client peut ainsi choisir son implication en milieu de travail régulier en fonction de ces conséquences.

## 5.2 ORGANISATION DU TRAVAIL D'UN PROGRAMME IPS

Un programme de soutien à l'emploi IPS est constitué d'un groupe comprenant au moins deux conseillers en emploi et un superviseur. Chaque agent est rattaché à une ou deux (maximum) équipes cliniques. Il participe aux réunions de l'équipe clinique au même titre que les autres cliniciens pour que la dimension du travail soit bien présente dans l'intervention et afin que l'intervention collective de l'équipe soit fondée sur une information aussi complète que possible, cohérente, et ainsi, efficace à aider le client. Ces réunions peuvent être quotidiennes dans le cas d'une équipe de suivi intensif, ou plus souvent, hebdomadaires. Un conseiller en emploi devrait être responsable d'au plus 20 clients à la fois<sup>19</sup>.

L'évaluation du genre d'emploi qui conviendrait le mieux au client commence dès la première rencontre avec ce dernier. En général, des cliniciens ou des proches participent à la démarche dans le but de fournir le maximum d'informations pertinentes. Plusieurs rencontres, espacées sur plusieurs semaines, sont normalement requises pour obtenir un portrait assez complet afin que le client et le conseiller en emploi puissent déterminer le type d'emploi régulier à rechercher. La vitesse avec laquelle s'amorce la recherche d'emploi dépend du rythme que veut suivre le client [Becker *et al.*, 2005]. Une méta-analyse récente, résumant les résultats de six essais comparatifs randomisés, observe que le temps moyen jusqu'à l'obtention du premier emploi (pour ceux qui en trouvent un) est de 114,5 jours (presque quatre mois) [Bond *et al.*, 2008a]. Dans certains cas, il sera convenu que l'option à privilégier pour un client est un retour aux études ou une formation supplémentaire, mais dans un milieu non ségrégué [Becker et Drake, 2003].

En outre, les conseillers en emploi participent ensemble à deux réunions par semaine, menées par leur superviseur : une pour échanger sur les clients et la supervision du travail des conseillers, l'autre, pour discuter de nouveaux emplois potentiels (*job development*). Le superviseur observe individuellement les façons de travailler de chacun des agents auprès de leurs clients, d'employeurs et des équipes cliniques auxquels ils sont rattachés. De façon à ce que le superviseur puisse mieux faire la démonstration de la façon dont il faut exécuter le travail et mieux comprendre les difficultés et les frustrations que peuvent vivre ses agents, il est préférable que cette personne soit elle-même responsable de cinq à dix clients. Par ailleurs, il faut prévoir un poste de superviseur à temps plein, pour un maximum de dix conseillers en emploi [Dartmouth PRC, 2008].

Le conseiller en emploi doit donc partager son temps entre plusieurs activités. Outre les réunions qui viennent d'être mentionnées, il a la responsabilité au départ de dresser un profil du client qui présente entre autres ses habiletés, ses intérêts, ses expériences de travail antérieures, etc. Un conseiller tient compte de ce profil lors de ses recherches d'emploi, alors qu'il rencontre des employeurs potentiels ou

---

19. Ce nouveau seuil maximal (qui était auparavant de 25) est fourni dans la dernière version de l'échelle de fidélité du modèle IPS. Il suppose toutefois qu'un client qui travaille de façon stable depuis un an ou plus sera transféré à son équipe clinique qui continuera le suivi du volet emploi [Dartmouth PRC, 2008]. (Le client peut bien sûr revenir au programme IPS s'il désire changer d'emploi, ou s'il perd son emploi actuel et désire en trouver un autre).

accompagne ses clients à de telles rencontres. Le travail peut donc s'apparenter en partie à la vente, puisqu'il s'agit de convaincre un employeur d'embaucher le client. Comme il peut arriver que le client ne désire pas que l'employeur soit informé de son problème de santé mentale, le conseiller en emploi doit alors trouver d'autres façons de présenter son client. L'expérience de programmes aux États-Unis indique qu'une expérience avec le milieu des affaires ou l'habitude d'interagir avec des employeurs en tant qu'agent d'employabilité constituent des atouts pour ce genre de travail [Becker et Drake, 2003].

Au Québec, à l'heure actuelle, font également partie des responsabilités de conseillers en emploi l'initiation et la participation à des négociations avec Emploi-Québec (par le biais d'un SSMO) et un employeur potentiel pour des contrats d'intégration au travail (CIT). Ces négociations mènent à la conclusion d'une entente entre ces deux parties quant au montant et à la durée d'une subvention salariale.

Il faut souligner que le conseiller en emploi n'a pas de responsabilités cliniques; ce n'est pas un intervenant clinique (*case manager*). Son efficacité est réduite si ses clients atteints de troubles mentaux graves ne bénéficient pas au préalable d'un suivi régulier par un intervenant clinique ou, préférablement, par une équipe multidisciplinaire. En effet, dans de tels cas, le potentiel de réadaptation du client devient limité en raison du manque de suivi professionnel quant à sa médication, de ses problèmes de toxicomanie (alcool, drogues, ou les deux), du manque de soutien relatif à ses problèmes de logement, etc. Le conseiller en emploi se trouve par conséquent obligé de consacrer une partie de son temps à certains de ces problèmes, ce qui le dévie de sa mission première.

Pour de plus amples détails sur les modalités de fonctionnement d'un programme IPS, voir le livre de Becker et Drake [2003], la nouvelle échelle de fidélité [Dartmouth PRC, 2008], ou encore, des vidéos explicatives disponibles sur le Web [Dartmouth PRC, 2007].

### 5.3 SOUTIEN À L'EMPLOI IPS ET SOUTIEN À L'EMPLOI ACCORDÉ PAR UNE ÉQUIPE DE SUIVI INTENSIF

Il peut être utile de comparer ici plus en détail les approches au soutien à l'emploi du modèle IPS avec celle d'une équipe de suivi intensif. Le modèle ACT (suivi intensif en équipe), comme il a été mentionné à la section 4, spécifie l'intégration au sein de l'équipe d'un conseiller en emploi. Ce conseiller en emploi poursuit les mêmes objectifs et est censé travailler essentiellement de la même façon que le conseiller en emploi d'un programme IPS. Idéalement aussi, comme un conseiller en emploi d'un programme IPS rattaché à l'équipe, il influence l'équipe entière à « penser emploi » dans sa vision de l'évolution des clients dont elle est responsable. La différence théorique principale est sans doute que traditionnellement, une équipe ACT vise l'emploi régulier d'abord, mais (peut-être étant donné les difficultés fonctionnelles particulièrement grandes de sa clientèle) si nécessaire, explore des milieux de travail protégés et le bénévolat comme options de rechange. Cette façon d'assumer l'intégration au travail des clients d'une équipe de suivi intensif s'appelle, dans la littérature américaine, *ACT-IVR* ou *ACT-Integrated Vocational Rehabilitation* [Stein et Santos, 1998].

Un programme qui suit précisément le modèle IPS, comme on l'a vu, n'aidera normalement les clients qu'à poursuivre des emplois en milieu régulier (autrement, on obtient ce que les Américains appellent *Diversified Placement Approach*, ou *DPA*, approche discutée plus bas). À la lumière de la section 5.2, on voit aussi que l'approche IPS pour une équipe ACT implique que son conseiller en emploi soit tout d'abord rattaché à un programme IPS et non à l'équipe; son conseiller en emploi peut d'ailleurs également être rattaché à un autre programme clinique tel qu'une clinique externe ou un programme de soutien d'intensité variable.

Ainsi, le modèle IPS pourrait être déployé de deux façons (ou une combinaison des deux) dans un dispositif de soins. D'une part, les équipes ACT pourraient se doter de leur propre conseiller en emploi et suivre l'approche *ACT-IVR*, tandis que les programmes IPS ne desserviraient que d'autres types de

programmes cliniques. D'autre part, les équipes IPS pourraient desservir tous les services cliniques, y compris les équipes ACT<sup>20</sup>.

## 5.4 COMPOSITION ET ÉTENDUE DE LA CLIENTÈLE-CIBLE

Les études existantes sur des programmes de soutien à l'emploi incluent en général des clients actuellement sans emploi régulier qui remplissent les critères suivants : (a) maladie mentale grave, généralement avec composante psychotique, traduite par une reconnaissance officielle d'inaptitude au travail (« contrainte sévère à l'emploi »); (b) âge entre 18 et 64 ans; (c) intérêt pour le travail en milieu régulier<sup>21</sup>. Les clients qui ont une déficience intellectuelle ou un handicap physique majeur ne sont pas admissibles. L'étude britannique de Rinaldi et de ses collaborateurs [2004] (tableau 4) ainsi que celle de Killackey et de ses collègues [2008] concluent que le soutien à l'emploi de type IPS est également efficace chez des personnes qui viennent de vivre leur premier épisode psychotique (âgées de 18 à 32 ans dans la première étude et de 15 à 25 ans dans la seconde). On voit, selon la section précédente, que la clientèle de programmes IPS peut comprendre, mais ne se limite pas à la clientèle de programmes de suivi intensif (ACT). En pratique, cette dernière ne constitue au plus qu'une fraction de la clientèle des programmes IPS.

Il est difficile d'estimer la proportion de la population qui pourrait bénéficier de services IPS. Sur le territoire de l'Hôpital Douglas, à Montréal, qui compte environ 260 000 personnes (de tous âges), environ 80 clients sont suivis à la fois, et la longueur de la liste d'attente indique que ce nombre pourrait aisément doubler. (Ces nombres ont été observés dans un contexte où plusieurs autres services de réadaptation et d'insertion professionnelle sont également disponibles.) Cela équivaudrait à un ratio de 60 places par territoire de 100 000 personnes (à peu près le nombre total de places en intégration au travail prévu dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, soit 56 [MSSS, 2005]).

Une autre méthode d'estimation donne un nombre sensiblement plus élevé. Une étude au Vermont note que 2 639 personnes souffrant de troubles mentaux graves, âgées de 18 à 64 ans, recevaient des services externes de traitement et de réadaptation pendant le quatrième trimestre de 1999 : toutes ces personnes étaient en principe admissibles à des services de soutien à l'emploi [Becker *et al.*, 2001b]. Sur la base d'autres études, on peut estimer que de 50 à 70 % d'entre elles, soit de 1 320 à 1 497 personnes, désireraient travailler [Mueser *et al.*, 1997]. Comme la population totale du Vermont s'élevait à environ 605 000 habitants à cette époque<sup>22</sup>, de 0,218 à 0,247 % de la population, soit entre 218 et 247 personnes pour 100 000, auraient pu bénéficier d'un programme de soutien à l'emploi. Si, enfin, on tient compte du taux de roulement de la clientèle, qui s'élève en moyenne à 1,8 dans ces programmes [Latimer *et al.*, 2004], le nombre approximatif de places varie entre 121 et 137 pour 100 000 habitants. On peut supposer que les besoins de la population québécoise à cet égard sont semblables à ceux de la population du Vermont.

Plus loin de nous, une étude australienne s'appuyant sur d'autres estimations, calcule que dans un pays ayant une population d'environ 20 millions d'habitants (au début de 2005)<sup>23</sup>, entre 6 000 et 9 700 personnes recevraient des services IPS. Cela ne correspond qu'à un ratio de 30 à 50 personnes pour 100 000 habitants, qui pourraient être desservies par 17 à 28 places. Cette estimation est toutefois très conservatrice puisqu'elle suppose que seules des personnes schizo-phrènes seraient admissibles, que les bénéficiaires actuels d'autres services de réinsertion socioprofessionnelle ne s'inscriraient pas à l'IPS, et

---

20. C'est cette deuxième approche qui est utilisée à l'Institut Douglas.

21. La littérature ne précise pas si ce type de programme devrait être offert à des personnes qui présentent uniquement un trouble de personnalité limite. Les personnes qui présentent aussi un diagnostic associé à la psychose (ou trouble bipolaire), et qui seraient admissibles à un programme de suivi intensif, par exemple, seraient admises.

22. U.S. Census Bureau. State and County QuickFacts: Vermont. Disponible à : <http://quickfacts.census.gov/qfd/states/50000.html>.

23. Selon l'Australian Bureau of Statistics (3101.0 Australian Demographic Statistics, June 2007), la population australienne, au 30 juin 2007, était estimée à 21 017 200 habitants. Disponible à : <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3101.0/> (consulté le 28 janvier 2008).

que parmi les personnes qui restent, 70 % s'inscriraient à l'IPS. De plus, parmi ces dernières, seulement 76 % recevraient en fait des services [Chalamat *et al.*, 2005].

Aux fins de ce rapport, nous proposerons, de façon un peu arbitraire mais probablement conservatrice, une cible de 60 places en soutien à l'emploi IPS pour 100 000 de population, soit environ 4 650 places à l'échelle de la province en 2008.

## 5.5 COÛTS D'UN PROGRAMME IPS

Dans le contexte québécois, le coût d'un programme IPS variera selon la formation des intervenants et leur position sur leur échelle salariale. Si on suppose qu'un conseiller en emploi reçoit une rémunération moyenne totale de 65 000 \$ par an<sup>24</sup>, et si on ajoute 7 800 \$ à ce montant pour le temps de la personne qui effectue la supervision<sup>25</sup>, on obtient un coût salarial direct pour un poste de conseiller en emploi d'environ 72 800 \$. On peut y ajouter, sur la base de l'expérience des conseillers en emploi de l'Hôpital Douglas, 2 800 \$ en frais d'automobile par conseiller et par an, et 300 \$ en frais de repas et autres dépenses minimales. L'utilisation d'un téléphone cellulaire ajouterait un montant d'environ 600 \$. Avec l'ajout de 2 000 \$ par intervenant pour d'autres frais (formation, bureautique, etc.), le coût direct total par intervenant par an est estimé à environ 78 500 \$.

Selon l'hypothèse que chaque conseiller en emploi prend en charge 18 clients [Latimer *et al.*, 2004], on arrive à un coût d'environ 4 400 \$ par personne suivie. Un personnel, comptant moins d'ancienneté et donc bénéficiant de salaires un peu moins élevés (50 000 \$ par année, sans ajustement de salaire pour la personne responsable de la supervision), et une charge de 20 clients par intervenant diminueraient le coût par place à environ 3 200 \$. Pour la suite de ce rapport, nous retiendrons l'hypothèse plus prudente visant un coût annuel de 4 400 \$ par place<sup>26</sup>.

---

24. En 2008, le salaire moyen d'un conseiller en adaptation au travail à l'échelon 9 (échelon moyen) était de 41 573 \$. À ce salaire, doivent s'ajouter 8 414 \$ en avantages sociaux, et 6 303 \$ en charges sociales, pour un total de 56 290 \$. (Communication personnelle, Nicole Crête, Institut Douglas, mai 2008). Toutefois, nous utilisons une estimation de 65 000 \$ pour tenir compte de la possibilité que plusieurs personnes détenant d'autres formations mieux rémunérées (par exemple, service social) puissent aussi occuper ce genre de poste.

25. Comme indiqué à la section 5.2, le superviseur peut diriger jusqu'à dix conseillers en emploi (ou l'équivalent). À salaire égal, cela correspondrait à un coût de 6 500 \$ par an. Nous supposons, de façon un peu arbitraire, que la rémunération du superviseur serait 20 % plus élevée que celle du conseiller en emploi moyen, ce qui donne un supplément de 7 800 \$ par an.

26. Cette estimation ne comprend pas les coûts de loyer, de chauffage, d'administration générale, etc. Nous supposons donc que l'introduction de nouveaux programmes IPS se ferait en remplacement des programmes existants. En milieu rural, les frais d'automobile pourraient être plus élevés de quelques milliers de dollars par conseiller par an, mais cela n'aurait pas d'influence matérielle sur le coût par client par an. Si un organisme communautaire offrait ce genre de service, le coût serait en revanche réduit, car les salaires offerts par les organismes communautaires sont inférieurs à ceux du milieu institutionnel.

## 6 ÉTUDES ÉVALUATIVES PORTANT SUR LE MODÈLE IPS

### 6.1 RECHERCHE D'ÉTUDES PERTINENTES

La recherche documentaire des études sur le soutien à l'emploi de type IPS s'est effectuée à l'aide de mots-clés dans certaines banques de données, de l'examen des bibliographies des études ainsi repérées et de consultations d'experts. Les banques consultées, Medline et PsycINFO, ont été interrogées de janvier 1989 à août 2007, et les mots-clés choisis ont tout d'abord été : « *individual placement and support* », et ensuite « *supported employment* », en combinaison avec « *mental illness* », « *mentally ill* » ou « *psychiatric* ».

Nous avons cherché des études nous permettant de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'efficacité relative du modèle de soutien à l'emploi IPS à l'égard de la probabilité d'obtention d'un emploi régulier et du nombre d'heures de travail en milieu régulier, lorsqu'on compare l'IPS à d'autres modèles d'insertion socioprofessionnelle ?
- Quels sont les impacts du modèle IPS sur des variables cliniques, telles que l'estime de soi ou les symptômes, sur la qualité de vie et sur la satisfaction des clients à l'égard des services socioprofessionnels ?
- Quels sont les impacts de ce modèle sur l'utilisation des ressources de santé et de services sociaux et leurs coûts associés, les revenus d'emploi (régulier et non régulier), les prestations gouvernementales, et les impôts payés ?
- Existe-t-il une association entre la fidélité au modèle IPS et l'obtention d'emplois réguliers ?

Les experts américains Deborah Becker, Gary Bond et Robert Drake, très associés au soutien à l'emploi IPS, ont contribué au repérage d'études pertinentes. Étant donné leur importance particulière, des essais comparatifs randomisés plus récents (jusqu'à mars 2008) ont également été obtenus [Killackey *et al.*, 2008; Twamley *et al.*, 2008; Wong *et al.*, 2008; Bond *et al.*, 2007; Burns *et al.*, 2007].

Une étude menée au Royaume-Uni est en cours (étude SWAN, menée par Graham Thornicroft et Louise Howard de l'Institute of Psychiatry, King's College, London), mais ses résultats ne sont pas encore disponibles.

Plusieurs études ont été exclues parce que leurs programmes s'écartaient sensiblement de l'IPS, notamment en raison de l'insistance sur les formations préparatoires (par exemple [Rogers *et al.*, 2006; Greig *et al.*, 2004; Boivin et Ratté, 2003; Fuller *et al.*, 2000; Reker et Eikelmann, 1999; Rogers *et al.*, 1995]). Les études portant sur des programmes de suivi intensif qui mettaient l'accent sur l'intégration au travail, mais sans chercher à suivre le modèle IPS n'ont également pas été retenues [Macias *et al.*, 2006; Schonebaum *et al.*, 2006; Furlong *et al.*, 2002]. En revanche, nous avons inclus deux études décrivant les effets de l'intégration explicite de l'IPS à des cliniques pour premiers épisodes psychotiques [Killackey *et al.*, 2008; Rinaldi *et al.*, 2004]. Par ailleurs, une étude canadienne relativement ancienne a été rejetée parce qu'elle ne fournissait pas suffisamment de renseignements sur la nature et les effets de l'intervention [Block, 1992]. Une étude menée à Hong Kong, bien que portant sur un programme de type IPS, a été écartée à cause de la faiblesse de son devis [Wong *et al.*, 2000].

Finalement, nous avons également relevé, de façon moins systématique, et surtout (pour la première question qui suit) à partir d'une synthèse récente effectuée par Bond [2004], des études permettant de répondre aux questions supplémentaires suivantes :

- Quel est l'appui empirique à chacun des principes du modèle IPS ?
- Comment l'efficacité du modèle IPS pourrait-elle être accrue ?
- Comment peut-on favoriser l'implantation de programmes de type IPS efficaces ?

## 6.2 EFFETS SUR L'OBTENTION D'UN EMPLOI RÉGULIER ET LE NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL

Cette section se scinde en deux parties. Nous traiterons d'abord des effets à court terme (un à trois ans environ) du soutien à l'emploi IPS sur l'intégration au travail, puis des effets à plus long terme, pour lesquels les études sont moins nombreuses et rigoureuses.

### 6.2.1 Effets à court terme

Les caractéristiques et résultats principaux des quinze études qui utilisent un plan avec répartition aléatoire sont décrits au tableau 3 (en annexe comme tous les autres qui suivent), tandis que ceux des onze études qui utilisent un plan quasi expérimental avec groupe de comparaison, avant-après ou rétrospectif, sont décrits au tableau 4. Malgré la variété des contextes et des groupes témoins ou de comparaison (ainsi que des différences inévitables entre les programmes évalués), ces études démontrent de façon constante et significative que le soutien à l'emploi donne de bien meilleurs résultats sur le plan de l'obtention d'emplois réguliers et du nombre de jours ou d'heures en emploi régulier que les autres approches fondées sur une démarche plus graduelle, le travail en milieu protégé ou le traitement de jour.

Une méta-analyse issue de la Collaboration Cochrane fait la synthèse de cinq essais comparatifs randomisés (484 sujets) comparant le soutien à l'emploi à la formation préprofessionnelle. Selon les résultats de cette méta-analyse, les sujets en soutien à l'emploi ont significativement plus de chances de se retrouver en emploi compétitif que ceux qui reçoivent une formation préprofessionnelle, et ce, jusqu'à 18 mois (par exemple : taux d'emploi de 34 % vs 12 % à 12 mois)<sup>27</sup>. La différence à 24 mois, qui s'appuie sur deux études seulement, donnait l'avantage au soutien à l'emploi, mais n'était pas statistiquement significative [Crowther *et al.*, 2001].

Une méta-analyse plus récente, qui inclut sept études du tableau 3 (antérieures à 2003) et quatre études exclues du tableau 3\* en raison du fait que leurs programmes s'écartaient trop du modèle IPS [Tsang et Pearson, 2001; Okpaku *et al.*, 1997; Bell *et al.*, 1996; McFarlane *et al.*, 1996], conclut à des résultats semblables [Twamley *et al.*, 2003]. Ainsi, selon les cinq études qui comparent le soutien à l'emploi à des services de réadaptation traditionnels, 51 % des clients ayant reçu du soutien à l'emploi ont obtenu un emploi régulier, comparativement à 18 % des clients des groupes témoins (effet standardisé commun ou *weighted mean effect size* = 0,79). Les participants au soutien à l'emploi avaient ainsi environ quatre fois plus de chances d'obtenir un emploi régulier (rapport de cotes Mantel Haenszel : 4,14; IC à 95 % : 1,73 – 9,93).

Enfin, une méta-analyse qui vient de paraître de onze essais comparatifs randomisés de programmes considérés fidèles au modèle IPS conclut qu'en moyenne 62 % des clients de programmes IPS obtiennent un emploi régulier, comparativement à 25 % des clients pour les groupes témoins (taille d'effet = 0,8 ou 0,77, selon la méthode de calcul). Selon la moyenne calculée à partir des six études qui donnent cette information parmi les onze, les clients IPS ont travaillé en moyenne 12,2 semaines par année, comparativement à 4,8 semaines chez les clients des groupes témoins (aucun test statistique mentionné); si le calcul se limite à ceux qui ont obtenu un emploi régulier seulement, les moyennes respectives sont de 18,9 et 17,2 semaines [Bond *et al.*, 2008a].

27. Les résultats statistiques de la méta-analyse sont plutôt calculés sur le taux de personnes n'ayant pas un emploi régulier : RR = 0,76 (intervalle de confiance à 95 % : 0,69 – 0,84).

Par ailleurs, Drake et ses collègues [1998] rapportent que, au New Hampshire, par suite de l'introduction du soutien à l'emploi dans cet État entre 1990 et 1995, le taux d'emploi trimestriel en milieu régulier pour l'ensemble des clients de ces CMHCs est passé de 7 % à 22 %. Parmi les dix centres, deux n'ont vu presque aucun changement dans le taux d'emploi de leurs clients : c'étaient les seuls qui ne visaient pas l'emploi régulier pour leurs clients.

### 6.2.2 Effets à plus long terme

À trois exceptions près [Perkins *et al.*, 2005; Henry *et al.*, 2004; Lucca *et al.*, 2004], les études à plan expérimental ou quasi expérimental relevées aux tableaux 3 et 4 décrivent les effets du soutien à l'emploi sur un horizon de trois ans au maximum. Quelques études, utilisant des plans moins rigoureux, ont cherché à déceler les effets à plus long terme. McHugo et ses collègues [1998], faisant un suivi de deux ans après que la disponibilité et la qualité de services IPS offerts dans le contexte d'un essai randomisé [Drake *et al.*, 1996b] aient été réduites, indiquent qu'un service moindre a suffi à maintenir le taux d'emploi supérieur des membres du groupe IPS qui s'en sont prévalu; par contre, les clients du groupe témoin qui se sont tournés vers le service IPS réduit ne semblent pas en avoir bénéficié.

Deux études récentes se sont penchées sur les effets de la participation à un programme de soutien à l'emploi plusieurs années auparavant, sur un horizon encore plus long. Dans la première, les chercheurs ont tenté d'obtenir la participation des 68 clients dont les centres de traitement de jour avaient été convertis en programme IPS, dans le New Hampshire, au début des années 1990. (Il s'agit des sujets des études de Drake et de ses collaborateurs [1996a, 1994]). Sur ces 68 clients, 36 (58 %) ont pu être joints et ont consenti à accorder une entrevue, environ dix ans après leur expérience. Ces 36 personnes avaient, lors de l'étude initiale, des caractéristiques semblables aux 32 clients qui n'ont pas participé au suivi à long-terme, hormis le fait qu'ils étaient plus jeunes de 7 ans en moyenne. Dix ans plus tard, alors que le programme IPS continuait d'être offert<sup>28</sup>, 75 % avaient poursuivi leur travail après la fin de l'étude, et 33 %, pendant au moins cinq des dix années. La durée moyenne de leurs emplois les plus récents était de 32 mois, et 70 % de ces emplois étaient en milieu régulier [Salyers *et al.*, 2004].

Les résultats d'une étude semblable, plus récente, menée auprès d'un autre échantillon de 38 clients sur 78 (49 %), au New Hampshire, sont encore plus encourageants. Avec une période de suivi de 8 à 12 ans, tous les clients avaient travaillé, pour la plupart (82 %) en milieu régulier, et 71 % avaient travaillé pendant au moins la moitié de leur période de suivi [Becker *et al.*, 2007]. Lorsqu'ils ont été contactés, 37 % des clients continuaient de recevoir des services du programme IPS, et onze de ceux-ci (79 %) travaillaient, dont neuf en milieu régulier.

En conclusion, malgré les limites de ces études, il semble que certains clients continuent d'avoir recours à un programme de soutien à l'emploi pendant plusieurs années, tandis que d'autres, soit se désintéressent du travail, soit, à l'autre extrême, réussissent à se maintenir en emploi sans avoir besoin d'un soutien prolongé. Nous reviendrons ultérieurement sur les implications économiques de ce constat.

## 6.3 EFFETS SUR LES VARIABLES CLINIQUES (ESTIME DE SOI, SYMPTÔMES, QUALITÉ DE VIE ET SATISFACTION DES CLIENTS)

Il est surprenant de constater que les études ne relèvent généralement *pas* d'effets du soutien à l'emploi sur les symptômes, l'estime de soi ou la qualité de vie. Cette absence d'effets s'explique peut-être par le fait que de se faire offrir un service de soutien à l'emploi ne garantit pas de passer beaucoup de temps en emploi régulier, ou même, d'en obtenir un. Comme l'indique leur méta-analyse citée plus haut, Bond et ses collaborateurs [2008] arrivent à la conclusion que 62 % des clients IPS, en moyenne, obtiennent un emploi régulier sur la durée du suivi de l'étude, ce qui veut dire que 38 % n'en obtiennent pas. Il semble

---

28. Deborah Becker, communication personnelle, octobre 2007.

que les effets de l'IPS soient en quelque sorte « dilués » par la présence de clients qui travaillent peu ou pas, même s'ils reçoivent des services de soutien à l'emploi.

Appuyant cette explication, deux analyses secondaires effectuées à partir de données d'essais comparatifs randomisés [Drake *et al.*, 1999, 1996b] concluent à une association entre le fait de travailler en milieu régulier et diverses améliorations touchant les symptômes, l'estime de soi et la satisfaction à l'égard des finances, par comparaison avec l'absence de travail [Mueser *et al.*, 1997], ou même, avec un travail à la pièce en milieu protégé [Bond *et al.*, 2001b]. La première de ces études montre aussi une amélioration sur le plan du fonctionnement de la personne [Mueser *et al.*, 1997]. Toutefois, comme il s'agit d'études non expérimentales, il est impossible de savoir si c'est le travail régulier lui-même qui provoque ces effets, ou si un autre mécanisme causal entre en jeu.

Par ailleurs, les deux études à long terme citées antérieurement ont également tenté d'évaluer quels effets les clients de programmes attribuaient au travail, après plusieurs années, sur un grand nombre d'aspects de leurs vie. Dans la première étude, la majorité des 33 clients (sur 36) qui avaient travaillé au cours des 10 dernières années soulignaient des effets positifs sur leur estime de soi, leur confiance en eux-mêmes, leur satisfaction à l'égard de la vie, leur optimisme (*hopefulness*), leur sentiment d'ennui, leur isolement (*loneliness*) et leurs relations avec les autres; pour tous ces facteurs, aucun, un ou au plus (pour la confiance en soi) deux clients mentionnaient un effet négatif. Par contre, le travail ne semble pas avoir affecté les symptômes psychiatriques ou les effets indésirables de la médication chez les clients [Salysers *et al.*, 2004], comme le montre aussi une étude qualitative menée auprès de participants à l'essai comparatif randomisé réalisée à Washington D.C. [Quimby *et al.*, 2001]. Utilisant les mêmes variables de résultats que la première étude, la seconde étude à long terme fait aussi état d'améliorations, et les clients ont même été proportionnellement plus nombreux à faire état d'une amélioration relative aux symptômes [Becker *et al.*, 2007]. Toutefois, ces études ont de petits échantillons et ne sont pas comparatives (aucun groupe témoin), de sorte qu'il est impossible d'établir que la participation de ces clients à un programme de soutien à l'emploi a causé ces améliorations perçues. Néanmoins, il est rassurant de constater que les clients avaient presque tous, après plusieurs années, une perception positive du travail auquel le soutien à l'emploi les avait amenés.

Deux des études recensées ont évalué la satisfaction à l'égard des services socioprofessionnels<sup>29</sup>. En réponse à la première conversion d'un programme de réadaptation de jour à un programme de soutien à l'emploi au New Hampshire, le chercheur Torrey et ses collègues [1995] ont examiné rétrospectivement comment le changement avait été perçu par les clients qui étaient des utilisateurs réguliers du programme (N = 27), leurs familles (N = 12) et les intervenants impliqués dans la conversion (N = 7). Pour chacun des trois groupes, le répondant médian déclarait que sa réaction initiale au changement avait été « mitigée ». En revanche, les évaluations subséquentes du changement vécu et de l'utilité du programme SE, au moment de l'entrevue, étaient « plutôt satisfait » (clients et membres de famille) ou « satisfait » (intervenants) (mêmes résultats pour les deux questions). La source d'insatisfaction la plus souvent déclarée (en l'occurrence, par les trois groupes) était la diminution d'occasions sociales. Quelques membres de famille et intervenants regrettaient aussi la disparition d'une activité qui structurait la journée. Deux clients sur 27 considéraient que la conversion du programme avait empiré leur situation : l'un, qui avait souvent été victime d'agression, se considérait moins en sécurité depuis la fermeture du programme de jour, tandis que l'autre se sentait importuné par des visites fréquentes d'autres clients en conséquence de la fermeture du programme. Ainsi, dans l'ensemble, la conversion avait été vécue de façon positive par la grande majorité des personnes concernées. Encore une fois, cependant, la faible taille de l'échantillon limite la portée des conclusions.

Une deuxième étude rassemble les résultats de questionnaires de satisfaction administrés à des clients et des employeurs de 21 Community Mental Health Centers dans l'État de l'Indiana dans les 30 jours suivant

---

29. L'étude de Oldman et ses collaborateurs [2005] décrit également des résultats (favorables au modèle IPS) à cet égard, mais le très faible taux de réponse au questionnaire (21 %) soulève des doutes quant à la représentativité de ces résultats.

le début d'un emploi<sup>30</sup> [Perkins *et al.*, 2005]. Les résultats montrent que la satisfaction des clients et des employeurs à l'égard des services de soutien à l'emploi était élevée (voir le détail au tableau 4). Cependant, des données comparatives n'ont pas été obtenues.

Nous faisons mention ici une d'étude qualitative, qui comparait des programmes de soutien à l'emploi efficaces avec des programmes plus traditionnels. Les auteurs observent que les clients des programmes de soutien à l'emploi se révélaient, en entrevue, plus satisfaits de leur emploi et des bénéfices procurés par leur travail que les clients issus de programmes traditionnels. Contrairement à ces derniers, ils soulignaient la concordance entre leur emploi et leurs intérêts [Gowdy *et al.*, 2003].

En résumé, les études expérimentales n'ont pas réussi à démontrer l'influence du soutien à l'emploi sur des variables telles que les symptômes, la qualité de vie ou la satisfaction à l'égard des services. Des études longitudinales expliquent toutefois qu'une telle situation pourrait être attribuable au fait que relativement peu de clients de programmes de soutien à l'emploi parviennent, en l'espace d'un à trois ans, à passer beaucoup de temps en travail régulier, et que ceux qui y parviennent en éprouvent des bénéfices à tout le moins sur le plan de l'estime de soi et de la satisfaction à l'égard de la vie. Les clients tendent à être satisfaits des services de soutien à l'emploi. Les études expérimentales ne montrent aucun effet négatif, en particulier sur le plan des symptômes, ou, comme on le verra plus loin, en ce qui a trait aux hospitalisations<sup>31</sup>. Les deux études à long terme, quant à elles, laissent plutôt entrevoir des effets positifs sur l'estime de soi, la confiance en soi et la satisfaction à l'égard de la vie. Ces résultats concordent avec ceux d'études indiquant que le travail est bénéfique à plusieurs égards (certaines de ces études ont été citées dans l'introduction).

## 6.4 EFFETS SUR L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX ET LEURS COÛTS, LES REVENUS D'EMPLOI, LES PRESTATIONS GOUVERNEMENTALES ET LES IMPÔTS PAYÉS

Les tableaux 5 et 6 décrivent les conclusions des études, parmi celles recensées aux tableaux 3 et 4, qui ont considéré les effets de l'IPS sur l'hospitalisation, les visites à l'urgence et l'utilisation d'autres ressources, telles que les services de crise ou la gestion de cas. Parmi les essais comparatifs randomisés qui mentionnent des résultats concernant les admissions et les jours d'hospitalisation (tableau 5), seule celle de Burns et de ses collaborateurs [2007], menée dans plusieurs pays européens, décèle des différences statistiquement significatives dans les hospitalisations et le pourcentage de temps passé à l'hôpital en faveur du groupe IPS, soit des écarts respectifs de -11,2 % (IC à 95 % : -21,5 à -0,90 %) et -4,3 % (IC à 95 % : de -8,4 à -0,6 %). Deux autres études ne soulignent aucune différence significative entre les groupes [Drake *et al.*, 1999; Bond *et al.*, 1995b], tandis qu'une quatrième fait état d'une réduction significative semblable en ce qui a trait aux hospitalisations au sein des deux groupes [McFarlane *et al.*, 2000]. Quant aux études qui suivent des plans non expérimentaux à court terme (tableau 6), trois des cinq examinant les hospitalisations n'observent pas de différence statistiquement significative associée à l'IPS; une conclut à une réduction statistiquement significative des admissions pour un des deux groupes [Clark *et al.*, 1996; Drake *et al.*, 1996a], tandis qu'une autre arrive à la conclusion que l'IPS réduit les jours d'hospitalisation pour les personnes qui, au départ, ont plus de services externes, quoique la différence soit faible et le plan de l'étude, sujet à des biais [Henry *et al.*, 2004]. Parmi les deux études de suivi à long terme, une observe qu'une « grande majorité » de répondants déclaraient aller à l'hôpital moins souvent parce qu'ils travaillaient [Becker *et al.*, 2007], tandis que l'autre rapporte que 39 % des clients rencontrés indiquaient avoir été moins souvent hospitalisés parce qu'ils travaillaient [Salyers *et al.*, 2004].

30. La taille de l'échantillon pour ces dimensions n'est pas indiquée, mais 4 681 clients sont inclus dans l'ensemble de l'analyse.

31. Le fait que le stress associé à l'emploi ne semble pas entraîner d'effets négatifs pourrait surprendre. Cela pourrait s'expliquer ainsi : lorsqu'un client s'inscrit à un programme de soutien à l'emploi, son conseiller en emploi l'aide à trouver un travail dont la nature, l'environnement et le rythme lui conviennent.

Aucun essai comparatif randomisé n'évalue les effets de l'IPS sur le recours à l'urgence ou aux services de crise (tableau 5). Parmi les autres types d'études, seulement quatre ont examiné l'association entre l'IPS et ces deux types de services (tableau 6). Trois ne trouvent aucune association statistiquement significative; la quatrième décèle une diminution dans le recours à l'urgence, mais seulement pour les clients qui, au départ, utilisaient beaucoup de services de santé mentale, situation analogue à celle observée pour les hospitalisations [Henry *et al.*, 2004].

Les résultats en ce qui concerne l'utilisation d'autres types de services (clinique externe, services de réadaptation) sont encore plus épars et n'autorisent aucune conclusion (tableaux 5 et 6).

Cinq études à répartition aléatoire et quatre qui suivent d'autres plans synthétisent les changements dans les coûts associés à l'utilisation de services de santé, de réadaptation ou de services sociaux (tableaux 7 et 8). Même si l'étude multicentrique européenne de Burns et de ses collaborateurs [2007] montre que les hospitalisations et le temps passé à l'hôpital étaient significativement plus faibles dans le groupe IPS, l'incidence sur les coûts n'est pas calculée. Dans l'ensemble, les autres données ne semblent pas montrer que l'IPS soit associée à une réduction significative des coûts reliés aux hospitalisations ou à d'autres services de santé mentale (mis à part, pour le moment, les services de réadaptation). Une étude de conception unique, toutefois, celle de Perkins et de ses collaborateurs [2005], examine, pour l'ensemble des personnes qui se sont inscrites à des programmes de soutien à l'emploi dans l'Indiana sur une période de 11 ans (près de 4 700 personnes), comment les coûts totaux en services évoluent selon que la personne soit inscrite ou non au programme, soit en recherche d'emploi, travaille, ou soit en phase d'interruption ou de fermeture de dossier.

Les résultats de cette étude indiquent que lorsqu'une personne travaille davantage, les coûts totaux des services auxquels elle fait appel sont moins élevés; il faut déboursier en moyenne 820 \$ US par mois pour les personnes en phase « travail », comparativement à 1 280 \$ US par mois pour celles qui ne sont pas en recherche d'emploi (tableau 8). Une interprétation plausible de ces résultats, joints aux autres, est que la participation à un programme de type IPS *tend* à réduire les coûts, mais qu'il faut un vaste échantillon et une longue période d'observation pour que cet effet devienne manifeste. Le plan observationnel de l'étude, cependant, ouvre également la porte à une interprétation plus défavorable : les clients *tendaient* à travailler lorsqu'ils allaient mieux, et donc auraient eu une utilisation moins coûteuse de services indépendamment du nombre d'heures travaillées. Les heures travaillées seraient alors le reflet, et non la cause, d'un état de santé mentale menant à une moindre consommation de services.

En dernière analyse, selon les données disponibles à ce jour, la participation à un programme de type « IPS » *pourrait* mener à une certaine réduction dans le recours à l'hospitalisation et les coûts qu'elle entraîne ou dans l'utilisation d'autres services de santé mentale à court terme, mais cela n'est guère assuré. En revanche, les études ne donnent aucun appui à la crainte que la participation à un programme de type « IPS » provoque des rechutes ou ait d'autres effets cliniques négatifs.

Or, l'introduction d'un programme IPS en elle-même occasionne évidemment des coûts en soi. L'effet net sur les coûts de réadaptation dépend alors de la différence de coûts entre les services « IPS » eux-mêmes et les services du programme de réadaptation auquel l'IPS se substitue. Ainsi, dans l'étude menée au New Hampshire, où un centre de réadaptation a été fermé pour faire place à un programme IPS beaucoup moins cher par client, en moyenne, on peut observer une économie nette [Clark *et al.*, 1996]. Dans les études où l'on compare l'IPS à un programme à peu près aussi coûteux, par exemple l'étude randomisée provenant aussi du New Hampshire, où le service alternatif était une autre approche individualisée d'insertion en emploi, on n'observe pas de différence de coûts [Clark *et al.*, 1998a].

Comme le révèle le tableau 9, les revenus d'emploi, *même en incluant les emplois non réguliers*, sont presque toujours plus élevés avec l'IPS. Cette différence favorable n'est cependant souvent pas statistiquement significative en raison de la petite taille des échantillons et de la grande variabilité interindividuelle. La seule exception à cet avantage de l'IPS s'observe dans l'essai comparatif randomisé mené à Washington D.C., dans lequel le groupe témoin avait accès à des emplois protégés bien rémunérés

[Drake *et al.*, 1999]. En revanche, les revenus d'emploi régulier sont toujours sensiblement plus élevés pour l'IPS, et ce, de façon statistiquement significative. Par ailleurs, seul l'essai comparatif randomisé du New Hampshire a examiné les répercussions sur les prestations d'aide sociale et les impôts : les prestations d'aide sociale restent semblables, alors que les impôts payés augmentent conséquemment à des revenus d'emploi accrus, même si ces montants restent en moyenne faibles [Clark *et al.*, 1998a].

En résumé, la conversion de programmes de réadaptation en programmes de soutien à l'emploi peut avoir un impact économique net neutre ou même engendrer des économies pour le réseau de la santé et des services sociaux. Le coût d'un programme de soutien à l'emploi, toutefois, semble avoir peu de chances d'être compensé par des réductions dans les coûts de santé (adoptant la perspective du gouvernement dans son ensemble), les prestations d'aide sociale ou l'augmentation dans les revenus d'impôt [Latimer, 2001].

Le soutien à l'emploi IPS représente-t-il, en fin de compte, une intervention efficiente ? Peu d'études ont abordé cette question de façon directe. Dixon et ses collaborateurs [2002] estiment, à partir d'une étude randomisée menée à Washington D.C., qu'une heure de travail régulier supplémentaire, dans un contexte d'ajout du soutien à l'emploi à la gamme de services, était associée à un coût supplémentaire de 13 \$ US. Aucune étude ne mesure cependant les effets du soutien à l'emploi en terme de *QALY* (*Quality-Adjusted Life Years*), ce qui aurait pu permettre une comparaison des bénéfices d'un investissement dans ce type de programme avec les bénéfices d'un investissement comparable dans un autre type de programme de santé. Une analyse des coûts de programmes IPS note en revanche que le soutien à l'emploi IPS est plus efficient que les programmes de traitement de jour ou les ateliers protégés, en ce sens qu'il permet un ajustement plus flexible et mieux ciblé des ressources déployées en fonction des besoins du client [Latimer *et al.*, 2004]. En dernière analyse, à l'heure actuelle, c'est dans la mesure où l'on attribue une valeur importante à la plus grande inclusion sociale que favorise l'IPS pour une part importante de clients et à un coût relativement modeste en comparaison avec d'autres interventions en santé, qu'on peut considérer l'IPS comme une intervention efficiente [Corrigan *et al.*, 2008].

## 6.5 FIDÉLITÉ AU MODÈLE IPS ET EFFET SUR L'INTÉGRATION AU MILIEU DE TRAVAIL RÉGULIER

Nous avons recensé cinq études qui examinent directement l'hypothèse qu'un plus haut niveau de fidélité au modèle IPS (mesuré au moyen de l'échelle de fidélité au modèle IPS [Bond *et al.*, 1997] qui précède celle que le Dartmouth Psychiatric Research Center a introduite en 2008 et qui a été mentionnée à la section 5) est associé à une plus grande intégration en milieu de travail régulier.

La première étude incluait 2 639 adultes recevant des services de l'un de dix *Community Mental Health Centers* (CMHC) au Vermont pendant le dernier trimestre de 1999 [Becker *et al.*, 2001b]. Sur l'échelle de fidélité, les programmes ont obtenu un score de 45 à 68 (moyenne de 61,3), un résultat de 66 indiquant une implantation adéquate du modèle IPS [Bond *et al.*, 1997]. Les programmes qui ont obtenu un score plus élevé sur cette échelle avaient des taux trimestriels d'emploi régulier significativement plus grands que ceux qui avaient des scores plus faibles. Les deux facteurs particulièrement associés à un meilleur taux d'emploi régulier étaient la prestation de services principalement dans la communauté (et non dans les bureaux des intervenants) et le recours à des conseillers en emploi dédiés à cette tâche [Becker *et al.*, 2001b].

La deuxième étude s'appuyait sur les programmes de soutien à l'emploi de 23 CMHC en Indiana, qui étaient tous formés au départ et relativement fidèles au modèle IPS [McGrew et Griss, 2005]. Dans cette étude, aucune corrélation n'a été observée entre le score de fidélité au modèle IPS et l'atteinte de deux mois stables en emploi régulier<sup>32</sup>. Cependant, le score mesuré par une échelle plus détaillée, la *Quality of Supported Employment Implementation Scale* (*QSEIS*), corrélait significativement avec le taux de

---

32. L'article semble dire que les clients cessaient au moins temporairement de recevoir des services IPS après deux mois en emploi (« successful closure »). Une si courte durée de suivi post-emploi n'est pas cohérente avec le modèle IPS, comme décrit à la section 5.2.

fermeture de dossier ( $r = 0,42$ ). Les auteurs émettent l'hypothèse que le manque de corrélation dans le premier cas est attribuable à la sensibilité moins grande de l'échelle de fidélité au modèle IPS : le score variait peu entre les 23 programmes, ceux-ci étant déjà tous assez fidèles au modèle IPS.

Une troisième étude évalue les facteurs associés à un plus haut taux d'emploi régulier trimestriel dans 26 CMHC, répartis dans 7 États américains. Ce pourcentage varie de 7 à 75 % selon les CMHC. Plusieurs facteurs explicatifs potentiels (pourcentage de clients avec un diagnostic de schizophrénie, taux de chômage local, disponibilité des transports publics, etc.) ont été examinés, et seuls le score de fidélité au modèle IPS ( $p = 0,05$ ) et le taux de chômage ( $p = 0,03$ ) se sont avérés significativement reliés au pourcentage de clients qui occupent un emploi régulier [Becker *et al.*, 2006].

Une étude récente examinant l'impact de l'introduction de l'IPS dans neuf centres pour personnes itinérantes de la Veterans Administration, qui utilise une mesure simplifiée de l'échelle de fidélité habituelle, ne trouve pas d'association entre ce score et l'augmentation du nombre de jours en emploi régulier selon les centres [Rosenheck et Mares, 2007]. Toutefois, si le centre présentant le score de fidélité le plus faible est enlevé, la corrélation passe de 0,02 à 0,42; la portée de ce résultat demeure limitée en raison du faible échantillon de l'étude. Invité à faire un commentaire sur cette étude, Bond [2007] conclut que des efforts d'implantation modestes ont abouti à un niveau de fidélité et des taux d'emploi modestes.

Finalement, l'étude européenne multicentrique EQOLISE confirme aussi l'association entre fidélité et taux d'emploi régulier, dans des milieux variés et très différents de ceux dans lesquels les études américaines ont été menées. Les six sites IPS ont tous atteint un score de fidélité satisfaisant (61 à 70 sur l'échelle de fidélité habituelle, avec un maximum possible de 75), tandis que les programmes auxquels participaient les groupes témoins avaient des scores de fidélité beaucoup plus faibles sur la même échelle (24 à 40) et des taux d'emploi sensiblement plus faibles (tableau 3) [Burns *et al.*, 2007].

En conclusion, il semble bien établi qu'un niveau de fidélité plus élevé au modèle IPS est associé à de plus hauts taux d'emploi régulier, et ce, dans un grand nombre de contextes sociaux et institutionnels.

## 6.6 APPUI EMPIRIQUE À CHACUN DES PRINCIPES DU MODÈLE IPS

La synthèse qui suit doit beaucoup à celle de Bond [2004], tout en y incorporant des études plus récentes.

### 6.6.1 Objectif visant l'emploi régulier

Comme le souligne l'introduction, il semble raisonnable de supposer que l'emploi régulier, plus normalisant, contribue plus efficacement au processus psychologique de rétablissement que l'emploi protégé ou non régulier. De fait, selon la seule étude repérée ayant vérifié cette hypothèse, au moyen d'une analyse de régression sur une période de 18 mois [Bond *et al.*, 2001b], l'emploi compétitif semble avoir un effet plus grand sur la satisfaction à l'égard des finances et des loisirs, l'estime de soi et la maîtrise des symptômes qu'une situation combinée sans travail et travail minimal, alors qu'un travail à la pièce protégé ne démontre pas un tel avantage.

Par ailleurs, toutes les personnes qui ont des troubles mentaux graves et qui sont sans emploi ne désirent pas d'emploi régulier [Drebing *et al.*, 2004]. Certains emplois réguliers peuvent être perçus comme stigmatisants [Ware *et al.*, 2007]. Néanmoins, comme signalé antérieurement, on estime qu'environ 50 à 70 % des personnes ayant des troubles mentaux graves désirent avoir un véritable travail [Drebing *et al.*, 2004; McQuilken *et al.*, 2003; Mueser *et al.*, 2001b; Gold et Marrone, 1998], préférant ce dernier à des approches plus graduelles [Bond *et al.*, 2007; Bedell *et al.*, 1998] et aux traitements de jour [Hatfield, 1989].

Mais qu'en est-il des emplois tels que ceux offerts par une entreprise sociale comme *Collections Innova*, à Montréal, (ou par une entreprise adaptée) qui ressemblent beaucoup à des emplois compétitifs, à part le fait qu'ils constituent des milieux au moins partiellement ségrégués ?

Tout d'abord, il existe des raisons pratiques de favoriser l'emploi régulier. La variété de types d'emplois réguliers, leur nombre et par conséquent, leur proximité géographique, sont nécessairement plus importants que ceux d'emplois protégés. Souvent les employeurs réguliers offrent aussi une plus grande flexibilité quant au nombre d'heures travaillées par semaine. Dans la mesure où les personnes qui ont des troubles mentaux peuvent obtenir un emploi régulier, elles ont plus de chances de trouver un emploi géographiquement accessible et qui correspond à leurs préférences. De plus, les emplois protégés peuvent être coûteux : comme indiqué au tableau 2, les entreprises adaptées reçoivent environ 13 000 \$ en subventions par client année.

Le modèle IPS va néanmoins plus loin que ce que ces observations impliquent, en préconisant la recherche d'emplois compétitifs *seulement*. Y aurait-il un bénéfice à ouvrir la porte plus grande, en quelque sorte, et à accompagner les clients vers des emplois protégés aussi ? On pourrait penser que le temps en emploi pourrait alors être plus long. Nous n'avons relevé qu'une étude qui a vérifié directement cette hypothèse : un essai comparatif randomisé mené récemment à Chicago, qui comparait un programme IPS avec une approche appelée « *Diversified Placement Approach* » (DPA). Celle-ci ressemblait à l'IPS par le fait que le client bénéficiait de l'accompagnement d'un conseiller en emploi, mais ce dernier pouvait aider son client à trouver un emploi protégé autant qu'un emploi régulier [Bond *et al.*, 2007]. Comme mentionné au tableau 3, sur un suivi de deux ans, les résultats relatifs à tous les emplois rémunérés (compétitifs et protégés, considérés ensemble) étaient statistiquement semblables (bien qu'il y eût une tendance favorisant le groupe DPA). Moins directement, un autre des essais comparatifs randomisés comparait l'IPS à un programme inspiré du modèle *clubhouse*, qui fait usage d'emplois protégés, tels que des emplois de transition. L'IPS a donné de meilleurs résultats, même lorsqu'il tient compte des emplois rémunérés de toutes sortes [Mueser *et al.*, 2004].

Il semble donc peu probable que la disponibilité d'emplois protégés de type « entreprise adaptée » ou « entreprise sociale » accroisse sensiblement le temps au travail et les bénéfices afférents pour les clients, sauf peut-être lorsque l'économie locale offre peu de nouveaux emplois. (Comme on le verra plus loin, l'efficacité des programmes de type IPS est réduite lorsque le taux de chômage local est plus élevé.) Si cela se produisait, ce serait, toutefois, moyennant une dépense gouvernementale supplémentaire, qui comme on l'a vu, peut être non négligeable. Il serait nécessaire d'effectuer d'autres études pour évaluer dans quelle mesure une telle dépense supplémentaire peut être justifiée.

Finalement, un argument-clé pour soutenir la recherche d'emploi compétitif plutôt que protégé est, comme il a déjà été mentionné, la valeur de l'inclusion sociale. Désirons-nous promouvoir une société dans laquelle les personnes qui ont des troubles mentaux sont gardés à l'écart dans des milieux protégés, ou une société à laquelle celles-ci participent comme les autres, et contribuent à réduire l'ignorance et les préjugés qui les entourent encore aujourd'hui ?

### **6.6.2 Initiation rapide à la recherche d'un emploi régulier**

Nous avons recensé trois études ayant directement vérifié avec succès l'hypothèse qu'une recherche d'emploi accélérée augmentait l'intégration à l'emploi régulier [Drake *et al.*, 1996a; Bond *et al.*, 1995a; Bond et Dincin, 1986], en comparaison des approches plus graduelles ; les durées de suivi étaient de 12 à 18 mois. Par ailleurs, l'étude qualitative du Kansas précédemment citée a également observé que les conseillers en emploi des programmes *plus efficaces* évaluaient le genre d'emploi approprié pour un client plus rapidement; ils évitaient aussi, conformément au modèle IPS, le recours à des formations préparatoires, raccourcissant ainsi la période qui précède la recherche active d'emploi [Gowdy *et al.*, 2003]. Indirectement aussi, un essai randomisé comparant le modèle *Choose-Get-Keep* (CGK) et une version améliorée des services d'intégration au travail de l'État du Massachusetts a trouvé qu'au bout de deux ans, seulement 37 % des clients CGK avaient trouvé un emploi régulier, et 60 % un emploi rémunéré (le temps en emploi n'est pas mentionné) [Rogers *et al.*, 2006]. Beaucoup de programmes IPS dans la littérature parviennent à un taux de 60 % ou plus en emploi compétitif [Bond *et al.*, 2008a].

### 6.6.3 Prise en compte des préférences des clients

Les études observent généralement une durée d'emploi plus longue lorsque les clients obtiennent des emplois correspondant à leurs préférences [Mueser *et al.*, 2001a; Becker *et al.*, 1998, 1996]; par ailleurs, selon une autre étude, les clients initialement plus satisfaits de leur emploi tendaient aussi à le garder plus longtemps [Xie *et al.*, 1997]. Grâce à leur initiative et à leur créativité, alliées au réseautage qu'ils font parmi les employeurs, les conseillers en emploi peuvent aider leurs clients à dénicher des emplois qui correspondent à leurs forces et à leurs intérêts [Bond, 2004; Mueser *et al.*, 2004; McGurk et Mueser, 2003].

Le soutien empirique à ce principe du modèle IPS semble donc modeste. Néanmoins, il paraît beaucoup plus cohérent avec le désir de favoriser l'*empowerment* des usagers de les soutenir, autant que possible, dans leurs propres objectifs d'emploi, comme on le ferait pour une personne non handicapée. Autrement dit, la promotion du rétablissement nous incite à donner autant de choix que possible au client [Salysers et Tsemberis, 2007].

### 6.6.4 Accessibilité à tous les clients qui désirent travailler

De nombreuses analyses secondaires d'essais comparatifs randomisés n'ont pas réussi à identifier des facteurs cliniques pouvant fortement prédire un taux de succès plus élevé dans les programmes de soutien à l'emploi (voir Bond [2004] pour une synthèse). Même la consommation d'alcool ou de drogues, très courante parmi les personnes qui ont des troubles mentaux graves et qui utilisent les services de santé mentale [Kessler, 2004; Mueser *et al.*, 2003], ne semble pas, selon la plupart des études, réduire la probabilité d'obtenir un emploi [Bond, 2004]. Elle ne devrait donc pas constituer un critère d'exclusion comme elle tend à l'être pour beaucoup de programmes d'insertion socioprofessionnelle [Becker *et al.*, 2005]. Ces observations ont motivé au départ le principe d'accessibilité à tous les clients qui désirent travailler.

Au cours des dernières années, toutefois, il est apparu de plus en plus clairement que, même parmi les clients de programmes de soutien à l'emploi, certains facteurs cliniques différencient les clients qui tendent à se trouver un emploi de ceux qui n'y parviennent pas. Un niveau plus élevé de symptômes (positifs et négatifs) et des troubles cognitifs plus marqués réduisent la probabilité de se trouver un emploi, quoique la participation à un programme de soutien à l'emploi semble atténuer l'effet de ces facteurs [McGurk et Mueser, 2004]. Par ailleurs, une étude récente, notable par la taille de son échantillon (1 273 sujets) et fondée sur les données provenant d'une étude multicentrique de grande envergure (l'étude *Employment Intervention Demonstration Program* ou *EIDP*), conclut en outre qu'un diagnostic de schizophrénie, l'autoperception d'un niveau fonctionnel plus faible et des hospitalisations récentes sont associés à des difficultés plus grandes d'obtenir des emplois réguliers et d'accumuler plus de 40 heures par mois au sein de ces emplois [Razzano *et al.*, 2005].

Parmi les facteurs non cliniques, l'expérience de travail antérieure est associée à une plus grande probabilité d'obtenir un emploi régulier et un plus grand nombre d'heures travaillées, dans le cadre d'un programme de soutien à l'emploi [Alverson *et al.*, 1998; Drake *et al.*, 1996b]. Plus spécifiquement, la propension à se chercher un travail par soi-même, telle qu'évaluée par les intervenants, est fortement associée au nombre d'heures travaillées pendant la participation à un programme de soutien à l'emploi [Alverson *et al.*, 2006; 1998]. Cette propension, selon une étude ethnographique américaine, serait elle-même associée à un plus jeune âge, à la participation à un réseau social familial ou domestique, à un statut racial ou ethnique minoritaire et à la capacité à s'exprimer de façon cohérente [Alverson *et al.*, 2006].

Faut-il conclure d'études semblables qu'on pourrait – contrairement à ce principe du modèle – restreindre l'accès au soutien à l'emploi à des clients qui ont, par exemple, des troubles cognitifs et des symptômes d'un certain type ou au-dessous d'un certain seuil ? Il est difficile de répondre à cette question de façon définitive. D'une part, on voudrait pouvoir aider toutes les personnes qui désirent travailler en milieu régulier à le faire, et il n'existe pas à l'heure actuelle d'outil permettant de déterminer avec précision les

personnes pour qui une telle aide serait futile ou peu rentable. On risquerait, en établissant de tels critères, de priver des personnes – ayant de plus grandes incapacités au départ – d’une opportunité potentiellement enrichissante à plusieurs niveaux.

D’autre part, cependant, dans un contexte de ressources limitées, on pourrait décider de concentrer ces efforts sur les clients pour qui des résultats positifs semblent particulièrement probables.

Il est possible de dresser une analogie entre le soutien à l’emploi et plusieurs traitements médicaux dont l’issue est incertaine. Souvent, dans notre système de santé, on décide, plus ou moins formellement, d’allouer des ressources importantes à divers traitements, comme des thérapies anticancéreuses par exemple, même si l’on sait d’avance que plusieurs patients, dont l’identité n’est pas connue au départ, n’en bénéficieront pas. Certains experts considèrent l’efficacité du soutien à l’emploi IPS, mesurée par l’augmentation de la qualité de vie, tellement grande pour au moins une minorité importante de patients, que celui-ci devrait être considéré de la même façon qu’un traitement médical ou pharmaceutique<sup>33</sup>. Étant donné son coût modeste, il devrait, selon ce point de vue, être offert à tous ceux qui *pourraient* en bénéficier – conformément à ce principe du modèle.

En conclusion, il semble raisonnable de continuer d’offrir le soutien à l’emploi à tous ceux qui expriment le désir de travailler. Il faut toutefois reconnaître que ce principe se fonde à la fois sur des données empiriques (on ne peut prédire avec certitude quel individu exprimant le désir de travailler n’y réussira pas) et sur un jugement de valeur (il faut offrir la possibilité à tous ceux qui le désirent). Dans un ouvrage récent, Corrigan et ses collègues [2008, p. 197] décrivent ce principe comme s’appuyant sur des lignes directrices (américaines) fédérales, le principe éthique d’autonomie, l’adhésion à l’approche centrée sur le client et les résultats d’études empiriques.

### **6.6.5 Intégration du conseiller en emploi au sein de l’équipe clinique du client**

Ce principe s’appuie sur plusieurs études, qui arrivent à la conclusion que les clients participant à un programme IPS obtiennent plus vite des emplois réguliers et travaillent davantage que les clients assignés à des agences ou à des organismes spécialisés en intégration du travail [Gold *et al.*, 2006; Mueser *et al.*, 2004; McFarlane *et al.*, 2000; Drake *et al.*, 1999; Chandler *et al.*, 1997; Drake *et al.*, 1996b]. La grande étude multicentrique EIDP précédemment citée, qui tenait compte d’un grand nombre de facteurs de confusion potentiels (durée, âge, sexe, facteurs cliniques, antécédents d’emploi, etc.), conclut à l’avantage des programmes intégrant les services d’insertion en emploi et les services de santé mentale sur les programmes non intégrés<sup>34</sup>. Les clients des programmes intégrés ont une probabilité d’obtenir un emploi régulier plus que deux fois plus grande, et une probabilité de travailler au moins 40 heures par mois presque une fois et demie plus grande que les clients des programmes non intégrés [Cook *et al.*, 2005]. Par ailleurs, l’étude qualitative menée au Kansas, mentionnée à la section 6.6.1, observe aussi que les conseillers en emploi des programmes obtenant les plus hauts taux d’emploi réguliers communiquaient plus souvent avec les gestionnaires de cas de leurs clients : ils les rencontraient systématiquement au moins une fois par semaine, et collaboraient étroitement avec eux [Gowdy *et al.*, 2004].

L’importance d’intégrer le conseiller en emploi au sein d’une équipe clinique semble tenir à au moins deux types de facteurs. Premièrement, le manque de communication engendré par le recours à une agence distincte semble nuire au processus d’intégration au travail [Drake *et al.*, 1996a]. Une étude qualitative a fait état de mécanismes spécifiques expliquant cet effet : plans de traitement contradictoires, malentendus entre les intervenants d’agences différentes et abandons de suivi [Drake *et al.*, 1995]. Par ailleurs, les clients de programmes IPS qui ont travaillé soulignent l’importance de pouvoir facilement faire ajuster leur médication [Becker *et al.*, 2007; Salyers *et al.*, 2004]. Deuxièmement, les résultats de l’étude qualitative menée au Kansas insistent aussi sur l’importance de l’engagement des cliniciens eux-mêmes

---

33. Robert Drake, présentation organisée par le Sainsbury Centre for Mental Health, Londres, le 17 mars 2008.

34. Les programmes définis comme intégrés possédaient les caractéristiques suivantes : (1) communications face-à-face au moins trois fois par semaine entre les agents d’intégration à l’emploi et les intervenants en santé mentale; (2) bureaux des deux types d’intervenants au même endroit; (3) deux types de services fournis par la même agence; et (4) dossier commun.

envers le travail [Gowdy *et al.*, 2004], engagement qui ne peut qu'être nourri par une participation plus active des conseillers en emploi au travail des cliniciens.

#### **6.6.6 Soutien individualisé de durée indéfinie**

Le principe du soutien individualisé de durée indéfinie contient en fait deux éléments. La prise en compte des préférences du client dans le choix d'emploi à rechercher, discutée plus haut, mène naturellement à un suivi individualisé. Quant à offrir le suivi pendant une durée de temps indéfinie, trois arguments soutiennent cet aspect du principe. Premièrement, une analyse qui a suivi les clients d'une des études à répartition aléatoire pendant deux ans après la fin de l'étude et une diminution dans l'offre des services IPS a conclu que les clients qui ont continué de recevoir des services IPS – en moyenne, pendant cette période subséquente, pendant seulement 15 minutes par semaine – ont travaillé en plus grande proportion que ceux qui n'ont pas continué de s'en prévaloir (64 % vs 37,3 %,  $p < 0,003$ ) [McHugo *et al.*, 1998]. De même, dans les deux études qui présentent les résultats d'un suivi à long terme, plus de 80 % des clients interviewés, et qui avaient travaillé, considéraient que la disponibilité d'un service de type « IPS » pendant les années précédentes les avait aidés dans une certaine mesure, ou beaucoup (*helped some/helped a lot*) [Becker *et al.*, 2007; Salyers *et al.*, 2004]. Deuxièmement, une de ces deux dernières études [Salyers *et al.*, 2004] rapporte que les clients qui se sont finalement bien intégrés au marché du travail n'étaient pas nécessairement ceux qui ont réussi à travailler la première année. Il semble ainsi que certains clients ont besoin de beaucoup plus de temps que d'autres avant de commencer à travailler. Ainsi, troisièmement, le même jugement de valeur qui aboutit à soutenir le principe d'exclusion zéro contribue aussi à appuyer le principe de continuer à offrir le service de façon indéfinie aux clients qui le désirent. Néanmoins, rappelons que, comme mentionné à la section 5.2, un client qui travaille de façon stable depuis un an ou plus cessera normalement le suivi de son programme IPS, quitte y à revenir s'il en ressentait le besoin.

#### **6.6.7 Information sur les conséquences du travail quant aux prestations auxquelles le client est admissible**

Le principe décrit ici a récemment été ajouté à la liste de principes du modèle IPS [Bond, 2004]. Sa raison d'être repose dans le fait que la crainte éprouvée par beaucoup de clients, aux États-Unis du moins, de perdre des avantages importants tels que l'assurance-maladie constitue un obstacle à la recherche d'emploi. Une étude quasi expérimentale réalisée au Vermont a conclu que des services systématiques de *benefits counseling* augmentaient de façon significative les revenus d'emploi régulier de clients de programmes de réadaptation, en comparaison d'autres clients qui bénéficiaient de services d'intégration au travail sans cette composante [Tremblay *et al.*, 2006]. Par ailleurs, les deux études à long terme déjà mentionnées relèvent toutes deux l'obtention d'informations de ce genre comme des facteurs importants ayant facilité l'intégration au travail à long terme de clients [Becker *et al.*, 2007; Salyers *et al.*, 2004].

Aucune étude dans le contexte canadien ou québécois, à notre connaissance, n'a examiné si les risques moins grands de perte de prestations ici, en comparaison des États-Unis, réduisaient l'importance de fournir de tels renseignements aux clients. Toutefois, étant donné la difficulté de bien mesurer aussi les conséquences de travailler plus ou moins d'heures pendant plus ou moins longtemps, il semble aller de soi que les clients d'un programme IPS bénéficieraient d'informations complètes à cet égard.

#### **6.6.8 Autres éléments du modèle IPS**

Selon la description présentée à la section 5.2, les caractéristiques du modèle IPS sont plus précises que celles que nous pouvons directement déduire des principes qui viennent d'être discutés. Par exemple, selon le modèle conceptuel, une seule et même personne accomplit toutes les tâches liées au soutien à l'emploi. Il n'y a pas de spécialisation de rôles : par exemple, une personne évaluant le type de travail à poursuivre, et une autre faisant l'accompagnement en milieu de travail pour les clients qui ont choisi de révéler leur état à l'employeur et qui en exprimeraient le besoin. Ces aspects s'appuient sur les observations et le raisonnement des concepteurs du modèle IPS plutôt que sur des études empiriques.

Certains de ces aspects – qui sont définis avec encore plus de détail dans la dernière version de l'échelle de fidélité – mériteraient un examen plus approfondi. En attendant, toutefois, plusieurs études indiquent qu'une fidélité accrue au modèle (qui reflète une adhésion plus grande à l'ensemble de ces éléments et non seulement aux principes) est associée à une plus grande efficacité. Il semble donc raisonnable d'accepter aussi ces aspects du modèle pour le moment, tant que des recherches ultérieures n'auront pas précisé ce qui est vraiment essentiel et ce qui peut être modifié.

## 6.7 COMMENT ACCROÎTRE L'EFFICACITÉ DU MODÈLE IPS

Trois limites principales sont souvent attribuées au modèle IPS : (1) même si le modèle IPS réussit à aider une relativement grande proportion de clients à trouver un emploi régulier, plusieurs clients ne parviennent pas à en trouver un; (2) dans bien des cas, même ceux qui trouvent un emploi régulier ne réussissent pas à le conserver très longtemps; si le modèle IPS augmente beaucoup la *probabilité* d'obtenir un emploi régulier, il ne semble en être de même pour ce qui est de la *durée* de l'emploi; et (3) la plupart des emplois obtenus n'exigent pas d'habiletés particulières (*entry-level jobs*). Comment réduire ces limites et ainsi rendre le modèle plus efficace, au-delà de l'atteinte d'une fidélité élevée ? La recherche actuelle propose plusieurs pistes<sup>35</sup>.

### 6.7.1 Formation aux habiletés nécessaires pour conserver un emploi

Nous avons recensé deux études qui ont exploré les effets d'une formation aux habiletés nécessaires pour conserver un emploi (formation appelée *Workplace fundamentals*; éléments de base du lieu de travail). Il s'agit par exemple d'habiletés à résoudre un problème au travail, à interagir avec son superviseur, etc. [Mueser *et al.*, 2005; Wallace et Tauber, 2004]. Ces études n'ont pas réussi à démontrer qu'une telle formation pouvait augmenter la durée des emplois. Il est néanmoins possible que les limites de ces études (petit échantillon dans le premier cas, échantillon de personnes relativement instruites dans le second) aient contribué à ces résultats négatifs : la question n'est pas encore close [Lieberman, 2006].

### 6.7.2 Remédiation cognitive

Les limitations cognitives sont courantes chez les personnes qui ont des troubles mentaux graves, particulièrement chez celles atteintes de schizophrénie [Wexler et Bell, 2005; McGurk et Mueser, 2004]. En l'absence de soutien à l'emploi, ces limitations entravent l'intégration au travail; un lien de causalité dans cette direction est bien établi [McGurk et Mueser, 2004]. Les clients qui ont des limitations cognitives plus importantes tendent à occuper une plus grande part du temps des conseillers en emploi [McGurk *et al.*, 2003]. Au terme d'une revue systématique de la littérature, McGurk et Mueser [2004] concluent que le soutien à l'emploi tend à atténuer les conséquences de ces limitations cognitives, mais ne parvient pas à les éliminer entièrement. Une étude plus récente, menée auprès de 25 conseillers en emploi, fait état des nombreuses stratégies employées pour pallier des troubles d'attention, de vitesse psychomotrice, de mémoire et de résolution de problèmes : par exemple, le découpage d'un travail en tâches plus simples que le client est encouragé à maîtriser progressivement, grâce à des répétitions [McGurk et Mueser, 2006]. Quelques études indiquent aussi que certaines limitations cognitives peuvent être atténuées, ou même éliminées, par l'intermédiaire d'un entraînement systématique, et qu'un tel entraînement peut avoir un effet positif sur la capacité à conserver un emploi [Wexler et Bell, 2005].

### 6.7.3 Meilleur traitement psychiatrique et médical

La médication influence de façon importante la capacité à travailler des personnes qui ont des troubles psychotiques, à la fois par ses effets sur ces troubles eux-mêmes et par ses effets indésirables. Plusieurs études ont documenté la variabilité dans le comportement prescripteur des médecins, y compris à l'égard

---

35. La recherche sur les améliorations possibles au modèle IPS se poursuit très activement.

des antipsychotiques et des médicaments associés [Young *et al.*, 2006; Ito *et al.*, 2005; Rosenheck et Leslie, 2003]. Relativement peu d'études ont cependant comparé les médicaments en fonction de leurs effets sur la capacité à bénéficier d'un programme de soutien à l'emploi. La seule que nous ayons recensée comportant cet objectif précis comparait deux antipsychotiques de seconde génération (olanzapine et rispéridone) et des antipsychotiques de première génération (non spécifiés). Au terme de la période d'observation (neuf mois), les auteurs n'ont pas décelé de différence significative dans les résultats entre les trois groupes. Le plan observationnel de cette étude et le faible échantillon (90 personnes, au total) empêchent d'émettre une conclusion définitive [Bond *et al.*, 2004a]. Néanmoins, l'optimisation du suivi de la médication chez les clients de programmes de soutien à l'emploi pourrait en augmenter l'efficacité. De façon plus générale, l'optimisation du traitement, y compris le traitement pour les conditions physiques et l'abus de substances, pourrait améliorer les résultats de programmes de soutien à l'emploi. Une étude visant à vérifier directement cette hypothèse est en cours aux États-Unis [Frey *et al.*, 2008; Salkever, 2006].

Les trois pistes qui suivent sont conceptuellement différentes des précédentes, en ce qu'elles ne concernent pas tant une modification du *modèle* que des pistes pour améliorer la *gestion* de programmes de soutien à l'emploi, qu'elles soient plus ou moins bien appuyées par la littérature évaluative.

#### **6.7.4 Augmentation de la qualité des emplois par le soutien à l'éducation**

La plupart des emplois obtenus par les clients de programmes IPS relèvent du domaine des ventes, des services ou des tâches cléricales. Par exemple, dans l'étude menée à Montréal, 48 des 62 emplois obtenus par les clients assignés au groupe IPS en faisaient partie. Seulement deux emplois, représentant 3 % des heures travaillées en milieu régulier, étaient de nature professionnelle, technique ou managérielle [Latimer *et al.*, 2006].

Une avenue proposée pour pallier cette situation est d'orienter plus souvent les clients vers une formation postsecondaire ou technique et de les accompagner au cours de cette période [Gold *et al.*, 2006; Murphy *et al.*, 2005]. Comme mentionné plus haut, le soutien à une formation plus poussée ne s'oppose pas au modèle de soutien à l'emploi; le livre de Becker et Drake [2003] sur le soutien à l'emploi y consacre un chapitre. Il est cohérent, avec une philosophie d'intervention axée sur le rétablissement, de soutenir un client dans un tel choix, notre société accordant ce droit à la population générale. On conçoit bien que l'intervention proactive en milieu naturel qui caractérise le soutien à l'emploi, la communication régulière avec l'équipe clinique de même que le soutien individualisé et à long terme se prêtent également très bien au soutien à une formation technique ou académique. En pratique, toutefois, il est inhabituel qu'un conseiller en emploi accompagne un client dans une telle formation, sauf dans le cas de services à de jeunes psychotiques [Killackey *et al.*, 2008; Rinaldi *et al.*, 2004]. La recherche évaluative ne permet pas encore de préciser les modalités qui permettraient d'intégrer le soutien à la formation technique ou académique le plus efficacement possible au soutien à l'emploi.

#### **6.7.5 Augmentation de la motivation des clients à travailler**

La motivation des clients n'est pas immuable [Drake et Bond, 2008; Gahnström-Strandqvist *et al.*, 2003]. Les études de suivi à long terme de clients IPS notent que la plupart des clients qui ont travaillé soulignent l'importance d'être encouragés par leur entourage [Becker *et al.*, 2007; Salyers *et al.*, 2004]. À cet égard, une étude ethnographique portant sur des clients d'un programme IPS observe que les clients qui étaient au départ suffisamment motivés pour entreprendre une recherche d'emploi par eux-mêmes (et qui avaient le plus de chances d'obtenir un emploi régulier) tendaient soit à être soutenus dans leur démarche par un réseau de proches, soit à avoir des proches qui dépendaient de leurs contributions financières [Alverson *et al.*, 2006]. Il semblerait donc que l'encouragement à travailler, soit par des proches, soit par des intervenants, contre des croyances et attentes négatives véhiculées dans l'entourage du client, ou même, dans les politiques ou programmes, soit un facteur de succès important [Killeen et O'Day, 2004]. La

thérapie cognitivo-comportementale pourrait aussi être utile à cette fin [Rose et Perz, 2005; Proudfoot *et al.*, 1997].

Gowdy et ses collègues [2004, 2003], comparant cinq programmes de soutien à l'emploi au Kansas qui atteignaient de hauts taux d'emploi avec quatre programmes moins efficaces, décrivent de façon précise comment un programme peut encourager ses clients à travailler. Les programmes plus efficaces ont des *coordonnateurs* qui : (1) sont plus soucieux de renforcer chez leurs agents la valeur et l'importance qu'ils attachent au travail auprès de leurs clients; (2) font beaucoup ressortir l'importance, dans la pratique du soutien à l'emploi, d'une approche misant sur les forces personnelles des clients; (3) suivent l'évolution des taux d'emploi des clients et ajustent leur gestion de l'équipe en conséquence. De plus, les *conseillers en emploi* eux-mêmes : (1) ne voient pas la stigmatisation comme un obstacle à l'embauche de leurs clients en milieu régulier, et (2) renforcent la motivation intrinsèque de leurs clients à travailler. Ils aident leurs clients à surmonter les obstacles qui se présentent. Finalement, les intervenants des services de santé mentale sont eux aussi activement impliqués : ils appuient les objectifs d'emploi de leurs clients et font un suivi systématique de leurs progrès à cet égard. Au-delà de l'intégration des conseillers en emploi au sein des équipes cliniques, qui favorise un tel effet de « contagion », on conçoit que le leadership de l'ensemble des programmes communautaires visant des personnes qui ont des troubles mentaux graves joue à cet égard un rôle important<sup>36</sup>.

#### 6.7.6 Sélection des conseillers en emploi

Drake et ses collègues [2006b] notent une variation importante dans l'efficacité de différents conseillers en emploi : si certains peinent à aider 25 % de leurs clients à trouver un emploi régulier, d'autres, *au sein d'un même programme*, peuvent dépasser les 75 %. Les facteurs qui permettraient de déterminer, au moment de l'embauche, les professionnels les plus aptes à effectuer ce genre de travail, ou d'augmenter leur efficacité une fois embauchés, ne sont toutefois pas encore clairement définis [Drake et Bond, 2008].

## 6.8 COMMENT FAVORISER L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES DE TYPE IPS EFFICACES

L'intention de développer un ou des programmes de type IPS, qu'elle se manifeste au niveau du gouvernement provincial, d'une agence régionale de la santé et des services sociaux ou d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS), ne suffit pas à ce qu'un ou des programmes efficaces soient implantés. Les conditions qui favorisent l'établissement de programmes de type IPS, ou plus généralement, de programmes fondés sur des données probantes en santé mentale, font l'objet d'un nombre croissant d'études. Rendre compte de cette littérature en détail dépasserait le cadre du présent rapport. En revanche, certaines conditions gagnantes se dégagent de la littérature évaluative:

- Établir un cadre financier et réglementaire qui permet l'établissement de programmes de soutien à l'emploi;
- Si possible, augmenter l'incitation financière au travail pour les clients;
- Établir un centre d'accompagnement, de formation et d'assistance technique;
- Mesurer, programme par programme, les taux d'emploi atteints;
- Utiliser des incitatifs financiers pour soutenir l'atteinte des meilleurs taux d'emploi possibles.

Nous pourrions ajouter à ces cinq conditions la réduction du taux de chômage local. En effet, la recherche évaluative indique qu'il est plus facile pour un programme de soutien à l'emploi d'obtenir des taux d'emploi élevés dans les milieux où le taux de chômage local est faible [Burns *et al.*, 2007; Becker *et al.*,

---

36. En même temps, il faudrait bien sûr éviter de donner aux gestionnaires des cibles de taux d'emploi tellement contraignantes que des pressions indues soient exercées sur les clients.

2006]. Toutefois, cette variable relève surtout de conditions macroéconomiques sur lesquelles les organismes gouvernementaux qui gèrent les programmes de santé, de services sociaux ou d'emploi n'ont aucun contrôle.

### **6.8.1 Établissement d'un cadre financier et réglementaire qui permet l'établissement de programmes de soutien à l'emploi.**

Une concertation entre les acteurs gouvernementaux pertinents est nécessaire pour que l'ensemble des programmes et règlements pertinents à l'emploi contribue à faciliter l'intégration en milieu régulier pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves. Aux États-Unis, où les services de réadaptation psychosociale sont habituellement facturés à l'acte au programme Medicaid (géré au niveau de l'État, sous supervision fédérale), on peut faire en sorte que le programme Medicaid rémunère les activités d'un conseiller en emploi. La collaboration, souvent menée par des « champions » particulièrement motivés à augmenter l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées, se traduit par des ententes concernant les populations à desservir, les responsabilités respectives des agences, leurs engagements financiers et les résultats attendus [Drake *et al.*, 2006a; Metzler *et al.*, 2005; Rapp *et al.*, 2005].

### **6.8.2 Augmentation de l'incitation financière au travail pour les clients**

L'étude européenne EQOLISE décèle une tendance à ce que les clients pour qui, selon leurs conseillers en emploi, travailler risquait de réduire leurs revenus totaux, avaient moins de chances de trouver un emploi (qu'ils participent ou non à un programme IPS) [Burns *et al.*, 2007]. Par ailleurs, dans la seule étude de suivi à long terme de clients IPS aux États-Unis ayant examiné cette question, les clients déclarent travailler à temps partiel, d'une part parce que c'est moins exigeant, et d'autre part par crainte de perdre leurs prestations de la sécurité du revenu et leur assurance médicale [Becker *et al.*, 2007]. Une étude canadienne, le Projet d'autosuffisance (PAS), cherchait à évaluer l'effet d'incitatifs économiques et de soutien à l'emploi pour des chefs de famille monoparentale qui ne travaillaient pas et qui étaient prestataires de longue date d'aide sociale (mais qui n'avaient pas nécessairement de troubles mentaux). Cette étude a conclu que de forts incitatifs financiers augmentaient de façon significative le retour au travail tant que l'incitatif financier demeurait en place, et encore plus si les incitatifs étaient accompagnés d'un soutien à l'emploi [SRSA, 2006].

### **6.8.3 Établissement d'un centre d'accompagnement, de formation et d'assistance technique**

Il est maintenant démontré qu'une formation initiale donnée à un groupe d'intervenants n'a que peu d'effet sur leur façon de travailler [Fixsen *et al.*, 2005]. Il faut plutôt prévoir un accompagnement périodique du programme s'étalant sur une période d'environ un an, visant l'atteinte d'un niveau élevé de compétence à l'application du modèle, se traduisant par un haut niveau de fidélité et une efficacité à placer les clients dans des emplois durables. Cet accompagnement prend plusieurs formes, y compris des visites d'un consultant aux bureaux du programme et sur le terrain, des consultations par téléphone et des rencontres inter-programmes. Pour organiser un tel mécanisme d'accompagnement, un moyen efficace semble être la création, au niveau d'un état ou d'une région, d'un centre de formation et d'assistance technique, qui généralement inclut des chercheurs et des conseillers en emploi expérimentés, motivés à et capables de transmettre leur savoir-faire.

L'expérience de tels centres les porte tout d'abord à cibler leurs efforts sur un petit nombre d'établissements offrant ce programme et qui semblent intéressés et prêts à adopter un nouveau modèle de fonctionnement. En particulier, il est important que la haute direction de l'établissement soutienne l'implantation du programme et soit prête à y consacrer les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires. Il est alors utile de constituer une équipe de pilotage composée du chef de programme, de conseillers en emploi, d'autres intervenants en santé mentale, d'utilisateurs de services et membres de leur famille et de cadres de niveau supérieur. Le consultant-formateur issu du centre d'accompagnement fait également partie de cette équipe et rend compte des progrès et obstacles observés dans l'opération du

programme. Ainsi, l'équipe de pilotage peut faire le point sur les mesures à prendre, et de par sa composition, décider sur-le-champ de les mettre en application.

L'expérience démontre aussi l'importance d'accorder une attention particulière à la sélection et à la formation du chef de l'équipe IPS. La formation peut aller jusqu'à l'accompagnement sur le terrain du chef d'équipe dans sa propre supervision des intervenants dont il est responsable, pour lui montrer comment enseigner à un intervenant comment mieux accomplir ses tâches<sup>37</sup>.

La mesure régulière (environ aux six mois au début, puis annuellement) de la fidélité du programme au modèle IPS fait également partie du rôle d'un tel programme d'accompagnement, de formation et d'assistance technique [Rapp *et al.*, 2008; Salyers *et al.*, 2007]. Il est encourageant de noter que, parmi les pratiques fondées sur les données probantes, le soutien à l'emploi s'avère *relativement* facile à implanter de manière fidèle au modèle, probablement parce qu'il n'exige pas la maîtrise de compétences cliniques avancées [Bond *et al.*, 2008b; Drake *et al.*, 2006a].

#### **6.8.4 Mesure, programme par programme, des taux d'emploi atteints**

La qualité d'un programme de soutien à l'emploi se mesure avant tout par son efficacité à aider des personnes qui ont des troubles mentaux graves à trouver et à conserver des emplois réguliers. Par conséquent, l'amélioration de la qualité de ces programmes passe par la mesure des résultats relatifs à l'emploi. Des statistiques de base concernant les emplois réguliers obtenus (proportion des clients qui ont travaillé au cours de chaque mois, heures moyennes travaillées, revenu moyen par heure travaillée) doivent être compilées et suivies au fil des ans. Ces résultats peuvent être utilisés pour inciter les programmes, par un processus d'émulation, à se fixer des cibles d'amélioration des résultats, dans la perspective, bien sûr, de mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes concernées [Rapp *et al.*, 2008; Salyers *et al.*, 2007]. Il serait sans doute utile de compléter ces informations avec d'autres portant sur les caractéristiques de la clientèle du programme, le taux de chômage local, etc., pour rendre compte de manière plus juste des résultats obtenus par le programme<sup>38</sup>.

#### **6.8.5 Utilisation des incitatifs financiers pour soutenir l'atteinte des meilleurs taux d'emploi possibles**

Il est courant de donner à des programmes d'insertion en emploi des incitatifs financiers pour stimuler l'atteinte de meilleurs taux d'emploi. Leur efficacité à influencer la gestion des programmes a été démontrée ; ces incitatifs doivent être toutefois structurés de façon à soutenir le maintien en emploi plutôt que le placement seul, à durée souvent limitée [Gates *et al.*, 2005; McGrew *et al.*, 2005].

### **6.9 BILAN DE L'EXAMEN DE LA LITTÉRATURE**

De cette synthèse de la littérature évaluative sur le soutien à l'emploi se dégagent les constats suivants :

- a) Le modèle de soutien à l'emploi IPS est beaucoup plus efficace, sur un horizon d'un à deux ans tout au moins, que les autres approches connues à ce jour pour aider les personnes qui ont des troubles mentaux graves à intégrer le marché du travail régulier. Si la durée moyenne des emplois réguliers obtenus grâce à l'IPS semble à peu près semblable à celle atteinte par d'autres approches, la proportion de clients obtenant un emploi est beaucoup plus élevée, de sorte qu'au total un groupe donné de clients IPS passe plus de temps en emploi régulier. Cette efficacité à court terme a été confirmée par diverses études menées non seulement aux États-Unis, mais également à Hong Kong, en Australie, dans plusieurs pays européens, à Vancouver et à Montréal. Les deux études à long terme

---

37. Charles Rapp, communication personnelle, juin 2007.

38. Lors de la conférence du European Network for Mental Service Evaluation (ENMESH) à Cracovie les 22, 23 et 24 mai 2008, Geoff Shepherd, du Sainsbury Center for Mental Health, de Londres, a présenté des travaux en cours impliquant une grande variété d'acteurs et visant à développer un ensemble de tels indicateurs.

effectuées jusqu'à maintenant tendent à montrer que cette efficacité se maintiendrait au moins pendant une dizaine d'années<sup>39</sup>.

- b) Quoique de nombreuses études associent le travail en lui-même à divers bienfaits psychologiques pour les clients, ces programmes ne semblent pas dans l'ensemble exercer une telle influence dans un sens ou dans l'autre, du moins de façon généralisée et à court terme : cette absence d'association pourrait être attribuable à la relativement courte période de suivi des études, et au fait que l'expérience de travail demeure limitée pour plusieurs des clients de ces programmes de soutien à l'emploi. En revanche, les clients qui parviennent à travailler grâce à ces programmes semblent en éprouver des bénéfices pour ce qui est de leur qualité de vie et de leur estime d'eux-mêmes, à tout le moins.
- c) Les données disponibles tendent à montrer que les services de soutien à l'emploi sont appréciés des clients. Les expériences documentées de conversions de centres de traitement de jour en programmes de soutien à l'emploi ont été perçues de façon positive ou très positive par la grande majorité des clients et intervenants concernés.
- d) À court terme, sans conversion de services existants, les programmes de soutien à l'emploi engendrent des coûts additionnels pour le réseau, car, en général, ils ne semblent pas réduire l'utilisation d'autres ressources du système de santé telles que l'hospitalisation. Les études disponibles à ce jour ne permettent pas de conclure quant aux effets à long terme sur les coûts des services de santé.
- e) Le respect des principes du modèle IPS est associé à une plus grande efficacité du modèle.
- f) Tous les principes du modèle reçoivent un certain appui empirique. Certains se fondent aussi sur des valeurs d'inclusion sociale, d'équité ou d'*empowerment*. Il est bien démontré que la recherche rapide d'un emploi mène très vite à des taux d'emploi plus élevés, et que le maintien d'un lien étroit entre le conseiller en emploi et l'équipe clinique du client augmente l'efficacité de l'intervention.
- g) Trois limites principales sont souvent attribuées au modèle IPS :
  - sur un horizon d'un à deux ans, environ le tiers ou la moitié des clients d'un programme IPS ne parviennent pas à trouver un emploi régulier;
  - dans la majorité des cas, ceux qui en trouvent un ne réussissent pas à le conserver plus longtemps qu'avec d'autres approches d'intégration professionnelle; et
  - la plupart des emplois obtenus n'exigent pas d'habiletés particulières.

Les tentatives d'améliorer les habiletés des clients en emploi, qui pourraient accroître la durée des emplois, n'ont pas encore donné de résultats concluants. Le rôle bénéfique de la remédiation cognitive reste à préciser. L'importance des encouragements et du soutien que doivent donner l'ensemble des intervenants à leurs clients dans une démarche d'intégration en emploi est bien soulignée dans les études. Un recours accru au soutien à l'emploi comme véhicule pour soutenir un retour aux études mérite d'être approfondi, tout comme les caractéristiques personnelles qui prédisposent une personne à devenir un conseiller en emploi efficace.

- h) L'implantation de programmes de soutien à l'emploi efficaces est favorisée par la mise en œuvre de plusieurs mesures :
  - concertation aux paliers décisionnels supérieurs pour permettre l'établissement de programmes de soutien à l'emploi;
  - mise en place, pour les clients, d'incitatifs financiers à travailler;
  - établissement d'un centre d'accompagnement, de formation et de consultation technique visant l'atteinte par les programmes d'un niveau élevé de fidélité au modèle et surtout, de taux d'emploi élevés pour la clientèle;

---

39. Le programme IPS de l'Hôpital Douglas fonctionne depuis 2001, avec un faible taux de roulement de personnel. Une évaluation non publiée, mais présentée au Centre hospitalier de l'Université de Montréal le 6 décembre 2006, indique qu'après presque 6 ans de fonctionnement, 96 clients (dont 5 inactifs) étaient inscrits, et de ceux-ci, 82 % travaillaient en milieu régulier, et ce, en moyenne 25 heures par semaine.

- mesure régulière des résultats obtenus par les programmes de soutien à l'emploi, dans une optique d'amélioration continue de la qualité; et
- utilisation d'incitatifs financiers pour soutenir l'atteinte par les programmes des meilleurs taux d'obtention et de maintien en emploi possibles.

## 7 APPLICABILITÉ DU MODÈLE IPS AU CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Nous avons, au chapitre 2, fait état des difficultés observées et admises dans le réseau québécois actuel de services d'intégration socioprofessionnelle : un réseau fragmenté de services à travers lequel peuvent difficilement cheminer des personnes ayant des troubles mentaux graves, une offre de services quelquefois mal adaptée à ces personnes et un manque d'incitatifs au travail pour les personnes dépendant de l'assistance-emploi. De plus, les services actuels sont fortement orientés vers les mesures de pré-employabilité et les emplois ségrégués, débouchant rarement sur des emplois en milieu régulier, une situation en porte-à-faux avec l'orientation vers le rétablissement des personnes maintenant favorisée par le réseau.

Le soutien à l'emploi de type « IPS » offre une voie très prometteuse pour pallier ces difficultés. Une personne ayant des troubles mentaux graves reçoit d'un conseiller en emploi IPS un service de traitement et d'insertion professionnelle bien intégré et adapté à sa condition clinique. L'accent sur l'insertion directe en milieu de travail régulier trouve très bien sa place dans un système orienté vers le rétablissement des personnes.

La démonstration de l'applicabilité et de l'efficacité du modèle IPS au Québec est maintenant faite, puisqu'un programme de ce type fonctionne à Montréal depuis 2001, ayant atteint un haut niveau de fidélité au modèle, et son succès est bien documenté [Latimer *et al.*, 2006]. La fidélité au modèle IPS de certains programmes en Colombie-Britannique a également été établie [Corbière *et al.*, 2005].

Logiquement, la possibilité demeure qu'un ou des programmes particuliers au Québec, non encore évalués, et dont les principes et les modalités de fonctionnement diffèrent de ceux du modèle IPS et des programmes auxquels l'IPS a été comparé, soient aussi bons que l'IPS, ou même supérieurs. Une démonstration de l'efficacité plus grande de tels programmes exigerait plusieurs études dans des milieux différents et s'échelonnerait sur plusieurs années. De la même façon, nous avons vu que le modèle IPS fait lui-même l'objet d'un grand nombre d'études visant à en accroître l'efficacité<sup>40</sup>. Ainsi, plusieurs questions demeurent. Néanmoins, les données à ce jour, y compris des données québécoises, indiquent que des programmes constitués de façon sensiblement conforme au modèle IPS actuel aident un grand nombre de personnes qui ont des troubles mentaux à travailler en milieu régulier. Étant donné les insatisfactions exprimées par maintes personnes à l'égard de la situation actuelle au Québec, il semble alors raisonnable de viser une augmentation importante de l'accessibilité à des programmes de type IPS sur le territoire québécois, tout en stimulant la recherche évaluative sur l'ensemble des services de réadaptation et d'insertion professionnelle.

### *Considérations économiques*

Selon notre analyse, le coût d'implantation de l'IPS au Québec est raisonnable en regard des sommes déjà consenties à d'autres programmes d'insertion socioprofessionnelle. Comme le précise le chapitre 5, on peut viser le développement d'une capacité de 60 places par 100 000 habitants, à un coût annuel de 4 400 \$ par place. La population du Québec étant d'environ 7,7 millions de personnes, le coût total atteindrait environ 20,3 millions de dollars. Toutefois, ce montant doit être mis en contraste avec les dépenses de 18 à 25 millions engagées par Emploi-Québec pour des mesures visant à accomplir la même mission, et celles d'environ 20 millions, assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour divers programmes de réadaptation et d'insertion socioprofessionnelle (estimations des tableaux 1 et 2). En outre, ce calcul ne tient pas compte des réductions potentielles de prestations des programmes d'aide sociale et de solidarité sociale. Si ces réductions décrites dans la littérature évaluative

---

40. Une étude pancanadienne en cours, menée par deux chercheurs québécois (Marc Corbière et Daniel Reinharz), cherche à déterminer les facteurs les plus importants du soutien à l'emploi, sans nécessairement s'astreindre à inclure tous les éléments du modèle IPS actuel.

ne semblent pas majeures, leur évaluation s'est faite sur un court horizon, ce qui n'exclut pas la possibilité d'une sous-estimation de leur grandeur<sup>41</sup>.

Certains pourraient soulever que cette dépense anticipée de 20,3 millions demeure élevée, considérant que la participation à un programme IPS ne débouche pas, dans bien des cas, sur une intégration significative et durable au marché du travail. Par contre, le succès des programmes de réadaptation est lui aussi variable, comme le démontre une enquête effectuée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) auprès de la clientèle de personnes handicapées participant aux mesures et aux programmes d'Emploi-Québec [Tarte, 2006]. Une analyse très fine serait donc utile pour comparer les coûts et les bénéfices à *long terme* d'un parcours incluant la participation à un programme IPS à un parcours ne l'incluant pas. Par ailleurs, une partie des subventions actuellement accordées aux entreprises adaptées pourrait être réaffectée, graduellement, au développement de programmes de soutien à l'emploi de type IPS. Les entreprises adaptées accaparent plus de 40 % des dépenses du MESS pour les programmes destinés aux personnes handicapées (tableau 2), mais plusieurs personnes, comme nous l'avons vu précédemment, remettent en question la pertinence de cette mesure.

#### *Place du modèle IPS dans un réseau de services*

Selon la recherche évaluative, le modèle IPS constitue nettement l'approche la plus efficace que la communauté internationale connaisse pour aider les personnes qui ont des troubles mentaux graves à travailler en milieu régulier. Toutefois, dans la perspective d'une implantation plus large du modèle IPS, il faut s'interroger sur sa place dans un réseau de services. Des experts américains sont d'avis que le soutien à l'emploi devrait devenir *le* modèle unique d'insertion socioprofessionnelle pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves<sup>42</sup>, faisant valoir que :

- (a) c'est le modèle le plus efficace pour aider ces personnes à intégrer le marché du travail régulier; il permet à plus de personnes de travailler et augmente le temps total passé à travailler;
- (b) le travail régulier contribue à vivre davantage une vie normale et a plus de chances de soutenir le rétablissement que les travaux ségrégués;
- (c) le soutien à l'emploi s'adapte à toutes les personnes qui ont des troubles mentaux graves et qui désirent travailler.

À ce dernier égard, même si ce modèle unique peut être perçu comme « mur-à-mur », il est important de noter que, par sa conception même, il s'adapte, dans la mesure du possible, aux besoins et aux préférences de différents clients, en autant qu'on accorde à tout emploi régulier la plus haute valeur.

De plus, ces experts soutiennent que de toute façon, les personnes qui n'ont aucun intérêt pour quelque travail régulier que ce soit (si on leur offre un service de soutien à l'emploi) ne profiteront pas, en général, d'activités structurées alternatives<sup>43</sup>. Ce point de vue, néanmoins, ne fait pas l'unanimité, d'autres faisant valoir que certains clients bénéficieront plus d'emplois protégés (voir [Bond *et al.*, 2007, p. 969] pour un résumé des arguments à cet effet). L'étude de Bond et de ses collègues [2007] démontre qu'une approche qui inclut diverses options d'emplois protégés en plus de l'emploi régulier peut donner des résultats semblables au modèle IPS, au plan d'une intégration réussie à un emploi rémunéré (régulier ou non). Le choix de privilégier le modèle IPS doit alors se fonder surtout sur l'argument, énoncé au début de la présente évaluation, que l'emploi régulier favorise davantage le rétablissement et qu'il est plus conforme à la valeur attribuée à l'inclusion sociale.

Ce débat encore non résolu milite pour une stratégie prudente d'intégration du soutien à l'emploi de type IPS dans les services actuellement offerts au Québec, dont l'ensemble se doit d'être repensé. Pour que cette réflexion puisse s'appuyer sur des observations empiriques, il faudrait stimuler la recherche

---

41. De façon anecdotique, plusieurs clients du programme IPS de l'Institut Douglas ont, après quelques années dans le programme, progressivement augmenté leurs heures de travail à un point tel qu'elles ne reçoivent plus aucune prestation d'aide ou de solidarité sociale.

42. Gary Bond, communication par courrier électronique, 11 février 2006.

43. Robert Drake, communication personnelle, 2003.

évaluative dans ce domaine. De cette façon, nous pourrions à la fois déterminer progressivement les services complémentaires nécessaires et méritant d'être financés, et améliorer progressivement la qualité des programmes de soutien à l'emploi. Le développement d'une culture de remise en question continue, qui s'appuie sur l'évaluation empirique (combinant des approches quantitatives et qualitatives aussi rigoureuses que possible), devrait contribuer à une amélioration progressive des services.

Par exemple, la complémentarité entre des programmes de type IPS, les subventions aux entreprises adaptées et le Contrat d'intégration au travail (CIT) mérite d'être explorée. Déjà, la pertinence des subventions aux entreprises adaptées a été soulevée. Dans quelle mesure le besoin pour ces entreprises d'être compétitives les pousse-t-elle à engager des personnes dont les incapacités sont suffisamment légères pour qu'elles puissent aussi travailler dans un milieu régulier, avec l'accompagnement d'un conseiller en emploi ? Reprenant un argument précédent, dans quelle mesure veut-on privilégier l'intégration des personnes handicapées dans des milieux ségrégués, ce qui, de surcroît, ne contribue en rien à aider la population générale à se familiariser avec elles, et apprendre à les accepter ? L'introduction de programmes de type IPS pourrait rendre caduques les subventions aux entreprises adaptées, pour les personnes qui ont des troubles mentaux.

La mesure CIT, décrite au chapitre 2, fait l'objet d'un plus large consensus favorable. Pour augmenter son accessibilité aux programmes de soutien à l'emploi, la possibilité de faire en sorte que les intervenants de tout programme de cette nature puissent y accéder directement, sans devoir passer par un service spécialisé de main-d'œuvre (SSMO), mérite d'être étudiée.

#### *Pistes pour l'implantation du modèle IPS au Québec*

Au moment où ce rapport est écrit, et ce, depuis 2001, un seul programme de type IPS a été mis sur pied au Québec, et un ou deux autres sont en développement. Certains autres organismes, notamment des SSMO, offrent des services qui s'y apparentent, quoique la durée de suivi qu'ils peuvent offrir soit généralement limitée, et quelques équipes de suivi intensif réussissent à protéger le temps d'un conseiller en emploi et à aider leurs clients à obtenir des emplois réguliers. L'accessibilité à des programmes de type « IPS » demeure ainsi bien en deçà de la demande potentielle. Comment accroître l'accès à ce type de service au Québec ?

En vertu du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, il revient aux 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la province, à l'intérieur du cadre donné par le *Plan d'action*, de définir leur projet clinique en santé mentale. Un grand nombre de CSSS desservent une population assez grande pour justifier un programme de soutien à l'emploi, qui peut inclure aussi peu que deux conseillers en emploi et un superviseur à temps partiel. Une telle équipe pourrait desservir (selon l'estimation proposée à la section 5) une population d'environ 70 000 personnes. Dans l'élaboration de leurs projets cliniques, en ce qui concerne l'intégration au travail des personnes qui ont des troubles mentaux graves, ces CSSS devraient privilégier l'implantation de programmes de soutien à l'emploi ayant la capacité suffisante de répondre à la demande.

Le développement nécessaire pourrait être réalisé en ayant recours à au moins quatre mécanismes possibles, en complémentarité :

- Des intervenants de programmes de réadaptation existants, situés dans des départements de psychiatrie ou des hôpitaux psychiatriques, pourraient être réaffectés à des programmes de soutien à l'emploi, suivant l'exemple de plusieurs *Community Mental Health Centers* aux États-Unis<sup>44</sup>, donné au chapitre 6.
- Des organismes communautaires dont le mandat inclut l'intégration socioprofessionnelle pourraient se convertir en programmes de soutien à l'emploi IPS. Toutefois, il est possible que

---

44. Il faudrait bien sûr choisir, autant que possible, parmi ces intervenants, ceux qui semblent les plus intéressés et les plus aptes à faire ce genre de travail. L'expérience de l'Hôpital Douglas démontre qu'au moins certaines personnes qui ont œuvré longtemps en réadaptation psychiatrique traditionnelle peuvent devenir des conseillers en emploi IPS efficaces.

cette voie soit plus difficile à suivre que la précédente, étant donné la nécessité d'établir une collaboration étroite entre les établissements psychiatriques et les organismes communautaires, même si la différence de culture et de niveau de rémunération existant souvent entre eux peut rendre cette collaboration plus difficile<sup>45</sup>. Il faudrait aussi que de telles transformations se fassent sur une base volontaire, eu égard à l'autonomie d'approche accordée aux organismes communautaires québécois.

- Des ententes pourraient être conclues entre des CSSS ou des départements hospitaliers de psychiatrie et Emploi-Québec pour pourvoir au financement de postes de conseillers en emploi qui seraient intégrés à des programmes cliniques<sup>46</sup>. Le financement de tels postes ne serait nullement contraire au mandat d'Emploi-Québec puisque, comme on l'a vu, les conseillers en emploi ont, tout comme les agents de ressources externes de main-d'œuvre, le mandat unique d'aider des personnes à obtenir des emplois sur le marché du travail régulier.
- Des ressources externes de main-d'œuvre spécialisées en santé mentale qui ont déjà des ententes avec Emploi-Québec pourraient recevoir le mandat, la formation et les sommes nécessaires pour pouvoir fonctionner de façon plus conforme au modèle IPS. En particulier, lorsque cela n'est pas déjà le cas, chaque agent d'une ressource serait assigné à une ou deux équipes cliniques de santé mentale, et les allocations seraient accordées pour permettre un suivi à long terme des clients.

Certains pourraient remettre en question la proposition de viser un développement trouvant son origine à la fois dans le MSSS et le MESS. De prime abord, la solution administrative la plus simple serait de confier entièrement au MESS la responsabilité de développer des programmes de soutien à l'emploi, en augmentant le nombre de SSMO spécialisés en santé mentale et en leur accordant le soutien et les ressources pour pouvoir fonctionner de façon plus efficace. Cette solution aurait aussi le mérite de camper l'intégration à l'emploi pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves dans la même structure globale que l'intégration à l'emploi pour la population générale, ce qui est peut-être moins stigmatisant au moment d'entreprendre le contact avec un employeur<sup>47</sup>. En revanche, une telle décision pourrait retarder le développement de ce type de service, parce qu'entre-temps, le MSSS pourrait, de son côté, élaborer des programmes. Un programme de consultation et d'aide technique déjà proposé (et discuté à la section 6.8) permettrait l'accompagnement et le soutien des programmes affiliés à l'un ou l'autre réseau, et ceux-ci devraient pouvoir fonctionner selon les principes du modèle IPS avec sensiblement la même facilité.

Un des enjeux pratiques qui se posent est celui de l'intégration du soutien à l'emploi et du suivi intensif. Comme décrit à la section 5.3, une équipe de suivi intensif peut employer l'approche ACT-IVR, qui implique l'intégration d'un conseiller en emploi au sein de l'équipe, ou l'approche ACT-IPS, qui implique le lien avec un programme IPS qui dessert plusieurs programmes cliniques. En pratique, toutefois, plusieurs équipes de suivi intensif ne parviennent pas à protéger suffisamment le temps d'un conseiller en emploi qui fait partie de l'équipe : ces équipes sont souvent accaparées par de nombreux besoins plus urgents de leurs clients (mais pas nécessairement des besoins plus importants) que celui de l'intégration en emploi. En conséquence, l'efficacité de programmes de suivi intensif sur le plan de l'intégration en emploi est variable [Bond *et al.*, 2001a; CETS, 1999]. L'option ACT-IPS semble avoir plus de chances de donner des résultats probants et devrait probablement être privilégiée.

Même si le soutien à l'emploi de type IPS est plus facile à maîtriser que certaines autres pratiques fondées sur les données probantes, les transformations proposées exigent des efforts importants pour ce qui est de la formation et de l'encadrement. Ces initiatives devraient inclure la mise sur pied d'un centre d'aide

---

45. *Collaboration étroite* signifie entre autres que le conseiller en emploi a un espace de travail au sein même des bureaux de l'équipe clinique, de façon à favoriser une communication quotidienne directe, formelle et informelle. Voir, pour plus de détails, la nouvelle échelle de fidélité [Dartmouth PRC, 2008].

46. Une telle entente, qui finançait environ un demi-poste sur une base non récurrente, a existé entre le CLE de Lachine et le programme IPS de l'Hôpital Douglas (selon Nicole Lahaie, responsable du programme IPS, l'entente n'a pas été reconduite, faute de budget).

47. Des conseillers en emploi du programme IPS de l'Institut Douglas se présentent aux employeurs, toutefois, simplement comme des « agents de développement de l'employabilité », sans nécessairement préciser qu'ils sont rattachés à l'Institut Douglas (Claude Therrien, programme IPS, communication personnelle, 2006).

technique et de consultation central, semblable à ceux que proposent divers États américains, tout en s'inspirant de ce qui se construit actuellement au Québec en matière de suivi intensif et de soutien d'intensité variable. Ce centre, que le MESS et le MSSS pourraient financer conjointement, devrait fonctionner selon les modalités éprouvées ailleurs (décrites à la section 6.8) : il soutient la constitution et l'implantation des équipes, les accompagne et les aide à fonctionner de manière efficace.<sup>48</sup>

Pour suivre les résultats des programmes de soutien à l'emploi, il y aurait lieu de prévoir, programme par programme, la mesure des taux d'emploi atteints ainsi que les valeurs de diverses variables contextuelles, et de transmettre cette information de façon synthétique au MSSS, au MESS et à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), qui s'intéressent chacun, de par leur mission, à l'évolution des taux d'emploi de cette population. Cette mesure pourrait être mise en place par le ministère ou l'organisme qui assure le financement de l'équipe de soutien à l'emploi. Elle pourrait aussi être coordonnée par le centre d'aide technique et de consultation central.

L'analyse montre le rôle important des mécanismes incitatifs s'appliquant aux programmes (abordés à la section 6.8.5). Il s'avère donc nécessaire de bien les concevoir ou d'examiner ceux en cours de façon, à tout le moins, à : (1) encourager non seulement le placement en emploi régulier, mais également le suivi qui en augmente la durée; et (2) encourager les programmes à soutenir aussi toute personne vraiment désireuse de travailler, même si elle présente d'importantes limitations fonctionnelles. Puisque la recherche évaluative n'a pas encore défini les paramètres de succès de tels mécanismes incitatifs, un effort particulier doit être consacré à leur évaluation et à leur amélioration progressive.

Nonobstant toute nouvelle stratégie impliquant le MSSS et le MESS dans l'implantation d'équipes de soutien à l'emploi pour les personnes ayant des troubles mentaux graves, le MSSS pourrait agir dans le cadre du *Plan d'action en santé mentale*. Par exemple, si le *Plan d'action* soutient l'intégration en milieu régulier, il reste vague quant aux modalités de mise en œuvre. La préparation et la diffusion d'un document complémentaire précisant les étapes d'élaboration des programmes de soutien à l'emploi constitueraient un atout majeur. À terme, pour s'assurer de l'adoption de programmes de soutien à l'emploi efficaces, les contrats de performance conclus avec les CSSS pourraient inclure la mise en place de programmes de soutien à l'emploi qui suivent les principes du modèle IPS et l'atteinte de cibles de taux d'emploi (modulées en fonction de facteurs tels que le taux de chômage local) pour la clientèle qui a des troubles mentaux graves.

Toutes les mesures qui viennent d'être proposées concernent directement l'implantation de programmes de soutien à l'emploi de type « IPS ». Par ailleurs, le succès de ces mesures peut être favorisé par une démarche complémentaire. En effet, comme beaucoup l'ont signalé, il serait bénéfique de modifier les règlements relatifs aux revenus d'emploi qui peuvent être conservés par une personne prestataire du programme d'aide sociale ou du programme de solidarité sociale<sup>49</sup>. Pour ce faire, il n'existe pas de formule magique. On ne peut guère trouver de solution parfaitement équitable, admettant qu'on s'entende même sur la notion d'équité [Blais *et al.*, 2004]. Par exemple, si on accorde aux personnes handicapées un revenu de base qui leur permet de vivre, et si on les laisse ensuite, tout simplement, garder la moitié de leurs revenus de travail, ils peuvent assez rapidement gagner plus qu'une personne non handicapée qui travaille à temps plein au salaire minimum. Néanmoins, la solution québécoise actuelle se démarque par son manque d'incitation au travail. Beaucoup d'autres administrations gouvernementales, notamment aux États-Unis et en Ontario, s'assurent de donner aux personnes handicapées un réel incitatif économique au travail. Par exemple, les nouvelles règles que l'Ontario s'est données à ce chapitre permettent aux personnes équivalentes aux prestataires québécois du programme de solidarité sociale (*Ontario Disability*

---

48. En 2008, le MSSS a établi un Centre national d'excellence en santé mentale, dont la mission initiale est de soutenir le développement d'équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable. La mission de ce Centre pourrait être élargie pour inclure le soutien à l'emploi IPS. Alternativement (à l'instar de l'approche de l'Ohio, par exemple, qui a établi plusieurs Coordinating Centers of Excellence visant chacun des pratiques différentes), un centre séparé pourrait être constitué.

49. Les conseillers en emploi du programme IPS de l'Hôpital Douglas sont parfois obligés de tenter de motiver leurs clients à travailler plus d'heures en leur faisant valoir la fierté qu'ils peuvent ressentir à être moins dépendants de l'assistance-emploi, même si leurs revenus sont inchangés.

*Support Program recipients*) de conserver la moitié de leurs revenus, en plus d'autres avantages qui rendent le travail beaucoup plus attrayant qu'au Québec [OMCSS, 2006]. Cet enjeu a été beaucoup discuté au Québec, et mérite, à notre avis, un examen approfondi, y compris à la fois un tour d'horizon des approches utilisées ailleurs et de la littérature expérimentale et un effort de modélisation à partir de données québécoises. Une telle analyse dépasse largement, toutefois, le cadre du présent rapport.

Par ailleurs, afin de stimuler une réduction de la discrimination au moment de l'embauche à l'endroit des personnes qui ont des troubles mentaux graves, le MSSS pourrait, s'inspirant de ce qui est préconisé au Royaume-Uni [United Kingdom Government, 2008; Perkins et Rinaldi, 2007], explorer des mécanismes pour stimuler plus activement qu'il ne le fait actuellement l'embauche de personnes qui ont des troubles mentaux graves au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

L'approche proposée par la présente évaluation fait ainsi appel à une plus grande différenciation dans la conception des mesures et programmes pour l'intégration des personnes handicapées, en fonction du type d'incapacité. En effet, il est bien reconnu que les besoins des personnes diffèrent selon qu'elles ont un handicap physique d'un type ou l'autre, une déficience intellectuelle, une maladie mentale grave ou un trouble envahissant du développement, et qu'ils nécessitent des réponses différentes. Par contre, malgré ces différences, ces mesures et programmes peuvent très bien suivre des principes communs, qui pourront contribuer à leur donner la cohérence voulue. Ce faisant, il serait fort pertinent, à l'exemple du présent rapport, d'examiner de façon systématique les résultats de la littérature évaluative internationale, selon le type d'incapacité. Des appels d'offres pourraient être lancés pour que des revues systématiques ou des synthèses soient effectuées par des équipes de chercheurs, à un coût minime, en regard des sommes actuellement accordées aux divers mesures et programmes.

D'autres appels d'offres pourraient également être lancés pour que des études rigoureuses soient menées en vue de mieux comprendre comment bonifier le modèle de soutien à l'emploi dans le contexte québécois. En particulier, la littérature ne contient, à l'heure actuelle, aucune étude rigoureuse à long terme (c'est-à-dire, un essai comparatif randomisé prévoyant un suivi de cinq ans ou plus). Il serait fort utile, par exemple, de réaliser une telle étude pour évaluer les conséquences d'un soutien accru aux études dans le soutien à l'emploi (voir Gold et ses collègues [2006] pour une discussion de cet enjeu). Comme proposé plus haut, un accroissement de la quantité et de la qualité des activités de recherche sur l'ensemble du réseau de réadaptation et d'insertion socioprofessionnelle devrait normalement contribuer à une amélioration continue de la qualité et de l'efficacité des services.

En conclusion, le modèle IPS est de plus en plus reconnu, à travers le monde, comme une intervention particulièrement efficace pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves. L'accompagnement individualisé et soutenu qu'il procure pallierait un grand nombre d'insatisfactions actuellement éprouvées dans le réseau de services d'insertion socioprofessionnelle pour ces personnes. La faisabilité d'implanter le modèle IPS dans notre contexte est déjà démontrée. Plusieurs questions demeurent, cependant, notamment quant aux façons d'en augmenter l'efficacité, quant à ses effets à long terme et quant à la possibilité que certains programmes existants, mais sous-évalués, soient eux aussi très efficaces. Il semble donc logique de promouvoir le développement progressif de nouveaux programmes IPS, en particulier en mettant un terme aux programmes reconnus en ce moment comme moins efficaces, tout en poursuivant des travaux de recherche évaluative visant à définir l'ensemble du dispositif de services de réadaptation devant être offert.

## ANNEXES

**Tableau 1. Dépenses des programmes liés à l'intégration sociale et professionnelle en santé mentale relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005-2006<sup>a</sup>**

CATÉGORIE DE DÉPENSES (POSTE BUDGÉTAIRE)	DÉPENSES TOTALES, 2005-2006 (MILLIERS \$)
ATELIER DE TRAVAIL (7013)	5 519
SUPPORT DES STAGES EN MILIEU DE TRAVAIL (7023)	703
INTÉGRATION À L'EMPLOI (7033)	71
<b>TOTAL SERVICES DE RÉINSERTION ET D'INTÉGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE (A)</b>	<b>6 293</b>
CENTRE DE JOUR POUR ADULTES (6978)	5 742 <sup>b</sup>
<b>TOTAL SERVICES DE RÉINSERTION ET D'INTÉGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE + CENTRES DE JOUR (B)</b>	<b>12 035</b>
SUBVENTIONS À DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AFFECTÉS À LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE	7 866 <sup>c</sup>
<b>TOTAL A + B + SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AFFECTÉS À LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE</b>	<b>19 901</b>

<sup>a</sup> Source : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

<sup>b</sup> Comme l'indique la monographie, la littérature témoigne d'expériences répétées et réussies de remplacements de programmes de centres de jour par des programmes IPS. Il semble donc légitime de compter l'ensemble de cette dépense aux fins de la présente analyse.

<sup>c</sup> Selon M. Jacques Rhéaume du MSSS, environ 10 % des dépenses affectées aux organismes communautaires en santé mentale correspondent à des activités de réadaptation ou de réinsertion professionnelle. Nous avons ici indiqué 10 % du montant total de 78,665 millions de dollars, affecté à des organismes communautaires en 2005-2006.

**Tableau 2. Dépenses affectées aux personnes qui ont une limitation liée à la santé mentale, mesures actives d'Emploi-Québec et entreprises adaptées, 2005-2006**

MESURES ET PROGRAMMES <sup>A</sup>	BUDGET 2005-2006 <sup>B</sup>	CLIENTÈLE TOTALE 2005-2006 <sup>B</sup>	COÛT MOYEN PAR CLIENT	CLIENTELE DE SANTE MENTALE (ESTIMATION 1 <sup>C</sup> )	COUT POUR CLIENTELE DE SANTE MENTALE (ESTIMATION 1 <sup>D</sup> )	CLIENTELE DE SANTE MENTALE (ESTIMATION 2 <sup>E</sup> )	COUT POUR CLIENTELE DE SANTE MENTALE (ESTIMATION 2)
Mesure de formation de la main-d'œuvre	10 556 400	1 358	7 773	157	1 220 438	223	1 732 599
Projets de préparation pour l'emploi	4 148 400	609	6 812	108	735 677	177	1 205 169
Subventions salariales	2 042 000	412	4 956	51	252 772	66	327 018
Soutien au travail autonome	526 300	58	9 074	4	36 297	6	55 400
Insertion sociale	4 925 000	2 741	1 797	463	831 914	1054	1 894 203
Supplément de retour au travail	345 800	636	544	60	32 623	126	68 445
Recherche et innovation	114 300	23	4 970				
Services d'aide à l'emploi	7 408 900	5 794	1 279	639	817 102	966	1 235 831
Activités d'aide à l'emploi	58 500	8 081	7	956	6 921	1444	10 456
Contrats d'intégration au travail <sup>F</sup>	20 400 000	3 424	5 958	432	2 573 832	463	2 757 070
Entreprises adaptées	39 300 000	2 997	13 113	900 <sup>G</sup>	11 801 700	1200 <sup>F</sup>	15 735 600
<b>TOTAL</b>	<b>89 825 600</b>				<b>18 309 274</b>		<b>25 021 791</b>

**Notes :**

<sup>a</sup> Les programmes indiqués correspondent aux mesures actives gérées par Emploi-Québec, le Comité d'adaptation de la main-d'œuvre (CAMO), de par sa nature de programme-conseil, étant exclus. Tous les autres organismes qui font affaire avec la clientèle des personnes handicapées sont intégrés dans les mesures actives.

<sup>b</sup> Les budgets et les nombres de clients indiqués correspondent aux coûts calculés au prorata de la clientèle des personnes handicapées sur l'ensemble de la clientèle qui a participé à chacune des mesures actives et aux nombres de personnes handicapées correspondants. Ces coûts réfèrent aux montants versés à des organismes ou à des entreprises pour la dispensation de services et aux montants versés aux individus pour leur participation aux mesures actives.

<sup>c</sup> Nombre de clients, parmi ceux indiqués à la colonne précédente, qui ont déclaré, lors de l'entrevue initiale, une limitation liée à leur état de santé mentale. Il faut noter toutefois que les clients qui ont participé plus d'une fois à la mesure lors de l'année sont comptés chaque fois. Ainsi, ce nombre surestime le nombre de personnes distinctes ayant déclaré une limitation d'ordre de la santé mentale; mais il n'inclut aucune personne n'ayant pas indiqué la nature de leur limitation lors de l'entrevue initiale.

<sup>d</sup> Produit des deux colonnes précédentes.

<sup>e</sup> À l'estimation 1 du nombre de clients, on ajoute ici un pourcentage de clients qui n'ont pas déclaré la nature de leur limitation. Le pourcentage utilisé est le pourcentage, parmi les clients qui ont déclaré une limitation pour cette mesure, de ceux qui ont déclaré une limitation liée à la santé mentale. Ce pourcentage varie de 10,5 % pour le soutien au travail autonome à 44,5 % pour la mesure Insertion sociale (INSO). Le montant réel se situe probablement entre les estimés 1 et 2, mais se rapproche plutôt de l'estimation 2.

<sup>f</sup> Selon M<sup>me</sup> Christine Samson, du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), les adaptations physiques représentent une partie négligeable du budget alloué aux contrats d'intégration au travail (CIT). Par ailleurs, nous ne disposerions pas d'informations suffisantes pour savoir dans quelle mesure les subventions salariales moyennes par client varient selon le type d'incapacité.

<sup>g</sup> En l'absence de données plus précises, nous avons utilisé un estimé de 30 % pour l'estimation 1 et de 40 % pour l'estimation 2.

**Source des données :** ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, mars 2007; pour les entreprises adaptées, rapport annuel de l'Office des personnes handicapées du Québec, 2006-2007.

**Tableau 3. Caractéristiques et résultats principaux des essais comparatifs randomisés sur l'IPS ou de proches variantes (début)**

N°	AUTEURS ET ANNÉE DE PUBLICATION	LIEU	NATURE DU SERVICE AUQUEL L'IPS EST COMPARÉ	N	DURÉE D'OBSERVATION	EFFICACITÉ QUANT À L'OBTENTION D'EMPLOIS RÉGULIERS	AUTRES RÉSULTATS
1	Gervy et Bedell, 1994	New York, NY	Soutien à l'emploi sans « job coach », et formation en milieu protégé (trois groupes en tout) <sup>a</sup>	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 significative entre IPS et IPS sans « job coach » (75 %)	Nombre moyen de semaines travaillées en milieu régulier : IPS : 17; soutien à l'emploi sans « job coach » : 11; milieu protégé : 2. Seule la différence entre l'IPS et le milieu protégé est significative (p < 0,03).
2	Bond <i>et al.</i> , 1995a	Indiana	Programme IPS, précédé d'une formation préprofessionnelle de quatre mois	86, 34 <sup>b</sup>	1 an, 3-4 ans	56 % (22/39) du groupe expérimental ont obtenu un emploi régulier la première année, vs 29 % (10/35) pour le groupe témoin (p < 0,05). À 3-4 ans, 59 % (10/17) du groupe expérimental avaient un emploi, vs 12 % (2/17) du groupe témoin <sup>c</sup> .	Nombre moyen de semaines travaillées la première année : 9,4 vs 3,1 (p < 0,01).
3	Drake <i>et al.</i> , 1996a; Clark <i>et al.</i> , 1998b	New Hampshire	Programme avec période préparatoire de développement d'habiletés en groupe ( <i>Group skills training</i> )	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 un emploi de 20 heures ou plus par semaine (p = 0,003).	Pas de différence significative entre les groupes pour ce qui est du fonctionnement, des symptômes, de l'estime de soi ou de la satisfaction à l'égard des services.
4	Chandler <i>et al.</i> , 1997	Long Beach, Californie	Services publics de santé mentale, très peu concernés par l'emploi <sup>d</sup>	180	3 ans	Augmentation du taux d'emploi régulier de 11,8 à 16,2, puis à 20 %, de la 1 <sup>re</sup> à la 3 <sup>e</sup> année pour le groupe expérimental; diminution de 12,9 à 6,5, puis à 5,8 % dans le groupe témoin (p = 0,037 pour la 2 <sup>e</sup> année, p = 0,005 pour la 3 <sup>e</sup> ).	Pour ceux qui ont travaillé dans les derniers six mois, différences en faveur du groupe expérimental dans le nombre d'heures travaillées (en emploi régulier ou de transition) durant chaque période successive de six mois, mais non significatives. Pas de différence quant à l'estime de soi.
5	Drake <i>et al.</i> , 1999; Dixon <i>et al.</i> , 2002	Washington, District of Columbia	Réadaptation professionnelle enrichie (RPE - <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 un emploi de 20 heures ou plus par semaine (valeur de p non spécifiée).	Différences significatives aussi quant aux heures travaillées en milieu régulier (322 vs 28) et plus de semaines (15,1 vs 1,2). Pas de différence quant aux symptômes, à l'estime de soi, à la qualité de vie ou à la satisfaction à l'égard des services.

**Notes:**

<sup>a</sup> Le chapitre de livre dans lequel cette étude est rapportée ne décrit pas en détail l'intervention expérimentale. Il n'est pas clair que tous les principes de l'IPS ont été respectés, en particulier l'intégration entre conseiller en emploi et équipe clinique.

<sup>b</sup> Le deuxième nombre est le nombre de personnes suivies de trois à quatre ans (le programme avait été discontinué à un des deux sites après la deuxième année).

<sup>c</sup> Le 12 % inclut une personne qui avait récemment quitté un emploi régulier pour retourner aux études.

<sup>d</sup> L'étude de Chandler rapporte les résultats obtenus pour deux sites expérimentaux. N'en sont rapportés ici que les résultats pour Long Beach, le seul où une intervention qui s'apparente à l'IPS, quoique incluant des emplois de transition, a été réalisée. (L'intégration à l'emploi était beaucoup plus faible à l'autre site).

**Tableau 3. Caractéristiques et résultats principaux des essais comparatifs randomisés sur l'IPS ou de proches variantes (suite)**

N°	AUTEURS ET ANNÉE DE PUBLICATION	LIEU	NATURE DU SERVICE AUQUEL L'IPS EST COMPARÉ	N	DURÉE D'OBSERVATION	EFFICACITÉ QUANT À L'OBTENTION D'EMPLOIS RÉGULIERS	AUTRES RÉSULTATS
6	McFarlane <i>et al.</i> , 2000	Comtés de Westchester et Ulster, New York	Réadaptation psychosociale (RP)	69	18 mois	45,9 % du groupe expérimental ont obtenu un emploi régulier, vs 18,8 % (non testé); moyennes mensuelles : IPS : 27,8 %, RP : 9,8 % (p = 0,028)	Parmi les sujets schizophrènes seulement (n = 45), augmentation des symptômes négatifs dans le groupe RP (0,6 sur l'échelle PANSS ( <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> ), p < 0,05). Améliorations pour les deux groupes sur autres symptômes (positifs, affectifs, psychopathologie générale). Pas de différence sur l'observance de la prise de médicaments.
7	Lehman <i>et al.</i> , 2002	Baltimore, Maryland	Réadaptation psychosociale	219	2 ans	27 % du groupe expérimental ont obtenu un emploi régulier, vs 7 % (p < 0,001).	Heures travaillées (travail régulier ou non) plus élevées pour le groupe IPS (p = 0,00000003)
8	Mueser <i>et al.</i> , 2004	Hartford, Connecticut	(1) Réadaptation psychosociale (RP); (2) services traditionnels (ST)	204	2 ans	IPS: 75,0 % ont obtenu un emploi régulier; RP : 17,9 %; ST: 27,5 % (p < 0,001) IPS > RP, ST	IPS supérieur aux deux autres approches quant à la proportion des clients ayant travaillé plus de 20 heures par semaine, au nombre total d'heures ou de semaines travaillées et à la durée moyenne des emplois. Temps jusqu'à l'obtention du premier emploi plus faible pour l'IPS que pour la RP, mais significativement semblable à celui pour la RP. Tendance (non significative) à une plus grande augmentation dans la satisfaction à l'égard des relations sociales pour le groupe RP.
9	Gold <i>et al.</i> , 2006	Sumter County (région rurale), South Carolina	Réadaptation psychosociale, d'intensité comparable à l'IPS (RP)	143	2 ans	IPS : 64 % ont obtenu un emploi régulier; RP : 26 % (p < 0,001)	Différences significatives aussi quant au nombre de semaines travaillées, au nombre d'heures travaillées et au nombre de semaines avant l'obtention d'un premier emploi régulier.
10	Latimer <i>et al.</i> , 2006	Montréal, Québec	Éventail de services usuels au Québec	150	1 an	IPS : 47 % ont obtenu au moins un emploi régulier; groupe témoin : 19 %; (p < 0,001)	IPS : 126 heures de travail régulier par participant en moyenne, groupe témoin : 72 heures (p < 0,001). Pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne les symptômes, le fonctionnement social, la qualité de vie, le réseau social ou la consommation d'alcool ou de drogues. Plus grande amélioration de l'estime de soi dans le groupe IPS, mais difficile à interpréter parce qu'à l'entrée, par l'effet du hasard, l'estime de soi dans le groupe IPS était plus faible.

**Tableau 3. Caractéristiques et résultats principaux des essais comparatifs randomisés sur l'IPS ou de proches variantes (fin)**

N°	AUTEURS ET ANNÉE DE PUBLICATION	LIEU	NATURE DU SERVICE AUQUEL L'IPS EST COMPARÉ	N	DURÉE D'OBSERVATION	EFFICACITÉ QUANT À L'OBTENTION D'EMPLOIS RÉGULIERS	AUTRES RÉSULTATS
11	Bond <i>et al.</i> , 2007	Chicago, Illinois	<i>Diversified Placement Approach</i> (DPA) ; option d'emplois rémunérés, mais non réguliers	187	2 ans	IPS : 75 % ont obtenu un emploi régulier; DPA : 33,7 % (p < 0,001)	IPS; emplois réguliers : plus grand nombre de semaines (32,3 vs 16,3; p < 0,01) et d'heures (596,3 vs 284,6; p < 0,01) travaillées, plus d'emplois (1,26 vs 0,65; p < 0,001) et emplois plus longs (22,0 vs 8,6 semaines; p < 0,001). IPS; tous emplois rémunérés : pas de différence statistiquement significative quant à ces mêmes variables. Satisfaction plus élevée avec le premier emploi et l'emploi le plus long, pour l'IPS à deux semaines (p = 0,01), mais aucune différence statistiquement significative à trois et six mois.
12	Burns <i>et al.</i> , 2007	Six villes dans six pays d'Europe	Meilleurs services traditionnels dans chaque milieu, avec formation préparatoire	312	18 mois	55 % du groupe IPS ont obtenu au moins un emploi régulier, vs 28 % du groupe témoin (différence de 26,9 %, intervalle de confiance à 95 % : 16,4 – 37,4);	IPS : 428,8 vs 119,1 heures de travail (différence de 308,7 heures ; I.C. : 189,2 – 434,2). IPS : 130,3 vs 30,5 jours de travail (différence de 99,8 jours, I.C. : 70,7 – 129,3). IPS ; durée moyenne d'un emploi : 213,6, vs 108,4 jours (différence de 104,9 jours, I.C. : 56,0 – 155,0). Efficacité variable entre les sites, partiellement attribuée aux taux de chômage différents.
13	Wong <i>et al.</i> , 2008	Hong Kong	Réadaptation psychosociale (RP)	92	18 mois	IPS : 70 % ont obtenu un emploi régulier; RP : 29 % (rapport de cotes : 5,63, intervalle de confiance à 95 % : 2,28–13,84)	Résultats supérieurs pour le groupe IPS : nombre d'emplois réguliers (1,33 vs 0,58, p < 0,001), nombre de jours de travail (136 vs 74, p = 0,002) et durée d'emploi moyenne des emplois compétitifs (133 vs 75 ; p = 0,002). Pas de différence significative quant au délai d'obtention du premier emploi régulier, à l'estime de soi ou à la perception subjective de la qualité de vie.
14	Twamley <i>et al.</i> , 2008 <sup>e</sup>	San Diego, Californie	Réadaptation psychosociale (RP)	50	1 an	IPS: 57 % ont obtenu un emploi régulier; RP: 27 % (p = 0,035)	Les participants au programme IPS ont travaillé en moyenne 11 semaines pendant l'année vs 3 semaines pour le groupe RP (p = 0,013). Tendance d'une obtention d'emplois plus rapide avec l'IPS (93 vs 171 jours, p = 0,096).
15	Killackey <i>et al.</i> , 2008 <sup>f</sup>	Melbourne, Australie	Centre de prévention et d'intervention clinique (CPIC)	41	6 mois	IPS : 13/20 (65 %) ont obtenu un emploi régulier CPIC : 2/21 (9,5%) (p = 0,000)	Les participants au programme IPS ont travaillé plus de semaines pendant l'année (moyennes : 8,6 vs 3,8; p = 0,021) et plus d'heures par semaine (travailleurs seulement : 33,9 vs 22,5; p = 0,006).

**Notes :**

<sup>e</sup> Clientèle âgée de 45 ans ou plus (moyenne de 50 ans).

<sup>f</sup> Insertion d'un conseiller en emploi dans un programme pour jeunes psychotiques.

**Tableau 4. Caractéristiques et résultats principaux des études sur l'IPS utilisant un plan avec groupe de comparaison, avant-après ou rétrospectif (début)**

N <sup>o</sup>	AUTEURS ET ANNÉE DE PUBLICATION	LIEU	DEVIS ET NATURE DU SERVICE AUQUEL L'IPS EST COMPARÉ	N <sup>a</sup>	DURÉE D'OBSERVATION	EFFICACITÉ QUANT À L'OBTENTION D'EMPLOIS RÉGULIERS	AUTRES RÉSULTATS
16	Drake <i>et al.</i> , 1994; Torrey, <i>et al.</i> , 1995 <sup>b</sup>	New Hampshire	Devis : groupe de comparaison  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 sur un échantillon limité a rapporté des perceptions positives de la conversion de programme de traitement de jour au programme IPS de la part des usagers, cliniciens et membres de famille.
17	Drake <i>et al.</i> , 1996a	New Hampshire	Devis : avant-après  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.
18	Bailey <i>et al.</i> , 1998	New Hampshire	Devis : groupe de comparaison  Traitement de jour ( <i>day treatment</i> )	32, 32	1 an	Pourcentages 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 changement sur les échelles d'estime de soi, de symptômes, de nombres d'activités non liées à la réadaptation professionnelle et de satisfaction de vivre.
19	Gold et Marrone, 1998	Boston, Massachusetts	Devis : avant-après  Traitement de jour	30	1 an	29 des 30 clients ont suivi la transformation du programme. Sur les 29 qui avaient participé au programme antérieur pendant 8,5 ans en moyenne, 9 (31 %) ont obtenu un emploi régulier.	Pas de différence observée.
20	Becker <i>et al.</i> , 2001a	Rhode Island	Devis : groupe de comparaison  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 différence observée entre les deux groupes quant aux symptômes, à l'estime de soi ou au nombre de contacts sociaux.

**Notes:**

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Un programme de traitement de jour a été converti dans un centre, mais, initialement, pas dans l'autre. L'étude de Torrey et de ses collaborateurs [1995] décrit les résultats de l'étude qualitative. L'étude suivante du tableau [Drake *et al.*, 1996a] rapporte les résultats d'une comparaison avant-après appliquée au groupe de comparaison de l'étude de Drake et de ses collègues [1994], après que celui-ci se soit également converti à l'IPS, à la conclusion de la première étude.

**Tableau 4. Caractéristiques et résultats principaux des études sur l'IPS utilisant un plan avec groupe de comparaison, avant-après ou rétrospectif (suite)**

N°	AUTEURS ET ANNÉE DE PUBLICATION	LIEU	DEVIS ET NATURE DU SERVICE AUQUEL L'IPS EST COMPARÉ	N <sup>A</sup>	DURÉE D'OBSERVATION	EFFICACITÉ QUANT À L'OBTENTION D'EMPLOIS RÉGULIERS	AUTRES RÉSULTATS
21	Rinaldi <i>et al.</i> , 2004	Londres, Royaume-Uni	Devis : avant-après Comparaison avec résultats dans la même clinique de premiers épisodes psychotiques avant introduction de l'IPS	40	1 an	Augmentation de 10 %, au début, à 28 %, à six mois, puis à 41 %, à douze mois, du pourcentage des clients qui travaillaient en milieu régulier (différences non statistiquement vérifiées).	Le pourcentage de clients n'étant engagés dans aucune activité de formation ou activité liée au travail passe de 55 %, au début, à 7 %, à six mois ( $p < 0,005$ ), puis à 5 %, à douze mois ( $p < 0,05$ ).
22	Lucca <i>et al.</i> , 2004; Henry <i>et al.</i> , 2004	Framingham, Massachusetts	Devis: rétrospectif  Groupe de comparaison avec témoins appariés seulement pour évaluer l'effet sur l'utilisation des ressources	90, 96	56 mois	Durant la période d'observation, 82 % des participants au programme ont obtenu au moins un emploi rémunéré (pas de données comparatives).	196 emplois obtenus durant la période, avec une durée moyenne de 332 jours, et de 762 heures travaillées par emploi.
23	Twamley <i>et al.</i> , 2005	San Diego, Californie	Devis : groupe de comparaison  <i>Wellness And Vocational Enhancement (WAVE)</i> : proche de l'IPS, mais avec approche par étapes	16, 36 <sup>c</sup>	1 an (IPS)  Au moins 5 mois (WAVE)	IPS : 69 % ont obtenu un emploi régulier.  WAVE : 17 % ( $p = 0,001$ )	Non décrits.
24	Oldman <i>et al.</i> , 2005	Vancouver, Colombie-Britannique	Devis : avant-après  Emploi protégé	195	27 mois	50 % des 168 clients qui n'avaient pas d'emploi au début ont obtenu au moins un emploi régulier, sur une période variant de 6 à 27 mois. Douze des 27 qui avaient un emploi au début en avaient un à la fin de l'étude, et c'est le cas de 9 de plus lorsqu'ils ont quitté le programme.	21 % des 251 clients ont retourné un questionnaire de satisfaction; 40 % trouvaient le nouveau programme IPS excellent, 28 %, très bon, et 22 %, bon.

**Notes :**

<sup>c</sup> L'étude en question décrit à la fois les résultats d'un essai comparatif randomisé (tableau 3, étude 10) et d'une comparaison des données prospectives de cet essai avec des données rétrospectives. Nous décrivons ici les résultats comparatifs entre le groupe IPS (même échantillon et résultats qu'au tableau 3, étude 10) et le groupe WAVE.

**Tableau 4. Caractéristiques et résultats principaux des études sur l'IPS utilisant un plan avec groupe de comparaison, avant-après ou rétrospectif (fin)**

N°	AUTEURS ET ANNÉE DE PUBLICATION	LIEU	DEVIS ET NATURE DU SERVICE AUQUEL L'IPS EST COMPARÉ	N <sup>A</sup>	DURÉE D'OBSERVATION	EFFICACITÉ QUANT À L'OBTENTION D'EMPLOIS RÉGULIERS	AUTRES RÉSULTATS
25	Perkins <i>et al.</i> , 2005	Indiana	Données rétrospectives	4 681 <sup>d</sup>	11 ans <sup>e</sup>	65,5 % des personnes qui ont reçu au moins trois mois de services de soutien à l'emploi ont obtenu un emploi régulier, avec en moyenne 23,6 heures de travail par semaine	Satisfaction de 22,6 (écart type : 4,3) sur une échelle de satisfaction à l'égard des services allant de 7 à 28, 28 indiquant le niveau de satisfaction le plus élevé et 17,5, la neutralité. Les employeurs indiquent à cet égard un score moyen de 15,1 (1,7) sur une échelle de 4 à 16, où 10 est la valeur neutre. Pour la satisfaction à l'égard de la performance des employés, le score est de 15,2 (3,3) sur une échelle de 4 à 20, 12 indiquant la neutralité.
26	Rosenheck et Mares, 2007	Neuf sites non spécifiés, Veterans Administration États-Unis	Groupe de comparaison avant l'introduction du soutien à l'emploi; ateliers protégés + emplois de transition	321, 308	2 ans	44 % des participants durant la période IPS ont obtenu au moins un emploi régulier, vs 40 % du groupe de comparaison ( $p < 0,001$ ). Après ajustement statistique pour différences initiales entre les groupes : IPS : 8,4 jours par mois d'emploi régulier; groupe de comparaison : 7,3 jours ( $p < 0,001$ ).	Après ajustement statistique :  IPS : 1,5 jour par mois d'emploi non régulier; groupe de comparaison : 2,2 jours ( $p = 0,004$ )  Pas de différence statistiquement significative sur les dimensions suivantes : état de santé mentale ou physique, symptômes, consommation d'alcool ou de drogues, soutien social.

**Notes :**

<sup>d</sup> Nombre total de personnes pour lesquelles certaines données ont été enregistrées; le nombre peut être inférieur pour certains domaines (ex. : 2 998 pour l'utilisation des services).

<sup>e</sup> Durée totale sur laquelle des données ont été obtenues; la durée de suivi pour un sujet est variable.

**Tableau 5. Impact du soutien à l'emploi IPS sur l'utilisation des services (par client par année sauf indication contraire), essais comparatifs randomisés**

N <sup>o</sup> <sub>a</sub>	AUTEURS ET ANNÉE	EFFETS SUR LES HOSPITALISATIONS	UTILISATION DES SERVICES DE CRISE ET DE L'URGENCE	UTILISATION DE CLINIQUES EXTERNES ET AUTRES SERVICES CLINIQUES	UTILISATION DE SERVICES DE RÉADAPTATION
2	Bond <i>et al.</i> , 1995a; Bond, <i>et al.</i> , 1995b	Approche accélérée : 0,32 admission et 5,8 jours Approche graduelle : 0,28 admission et 5,3 jours (différences non significatives)	Non décrite	Non décrite	Accélérée : 85,8 heures de conseiller en emploi par client (N = 25) Graduelle : 40,8 heures (différence non testée)
3	Drake <i>et al.</i> , 1996a; Clark <i>et al.</i> , 1998b	Non décrits	Non décrite	Non décrite	Sur 18 mois : IPS : 61,6 ± 37,1 heures de contact direct Groupe témoin : 74,1 ± 59,2 (différence non significative)
5	Drake <i>et al.</i> , 1999; Dixon <i>et al.</i> , 2002	IPS : 20,9 jours (taux à l'entrée : 30,3); RPE : 12,1 (taux à l'entrée : 17,4) <sup>b</sup> (non significatif si on tient compte des taux différents à l'entrée)	Non décrite	Non décrite	Non décrite
6	McFarlane <i>et al.</i> , 2000	Réduction significative pour les deux groupes (de 0,48 hospitalisation par client par an à 0,32; p < 0,05)	Non décrite	Non décrite	Non décrite
7	Lehman <i>et al.</i> , 2002	Non décrits	Non décrite	Aucune différence quant aux proportions de clients recevant des services cliniques d'autres types ( <i>case management</i> , <i>counseling</i> , etc.)	Différences importantes dans les proportions de clients recevant des services de réadaptation professionnelle (ex. : 60 % vs 6 % pour l'établissement du bilan professionnel); 32 % vs 2 % pour la collaboration avec les employeurs; etc.).
12	Burns <i>et al.</i> , 2007	Pourcentage de clients admis à l'hôpital (IPS) : 20 %; services traditionnels : 31 % (différence : -11,2 %, Intervalle de confiance (IC) à 95 % : -21,5 – -0,9). Pourcentage du temps passé à l'hôpital (IPS) : 4,6 %; services traditionnels : 8,9 % (différence : -4,3 %, IC à 95 % : -8,4 – -0,6).	Non décrite	Non décrite	Non décrite

**Notes :**

<sup>a</sup> Aux tableaux 5 à 9, les numéros indiqués dans la première colonne réfèrent à l'étude déjà citée au tableau 3 ou 4.

<sup>b</sup> DPH : développement préparatoire d'habiletés; RPE : réadaptation professionnelle enrichie (tableau 3).

**Tableau 6. Impact du soutien à l'emploi IPS sur l'utilisation des services (par client par année, sauf indication contraire), études utilisant un plan avec groupe de comparaison, avant-après ou rétrospectif**

N°	AUTEURS ET ANNÉE	EFFETS SUR LES HOSPITALISATIONS <sup>a</sup>	UTILISATION DES SERVICES DE CRISE ET DE LA SALLE D'URGENCE <sup>a</sup>	UTILISATION DE CLINIQUES EXTERNES ET AUTRES SERVICES CLINIQUES <sup>a</sup>	UTILISATION DE SERVICES DE RÉADAPTATION <sup>a</sup>
16	Drake <i>et al.</i> , 1994; Clark <i>et al.</i> , 1996	28,2 % du groupe IPS réhospitalisé pendant la période de suivi; 25 % du groupe de comparaison (non significatif) [Drake <i>et al.</i> , 1994]; durée moyenne de séjour pendant la première année pour l'échantillon de N = 27 utilisateurs réguliers du programme de traitement de jour : de 2,63 (7,54) à 2,00 (5,60), la deuxième année; site de comparaison (N = 31 utilisateurs réguliers) : 20,94 (48,16) à 24,81 (71,25) (aucun test statistique) [Clark <i>et al.</i> , 1996].	Salle d'urgence : Site expérimental : 1,24 (2,07) pendant la première année à 1,41 (4,09) heures par client en moyenne la deuxième année; site de comparaison : 1,71 (3,83) à 1,67 (3,4) <sup>b,c</sup>	Site expérimental : 458,70 (391,23) heures de services dans la communauté (urgences, <i>case management</i> , services externes, hôpital de jour, services de réadaptation professionnelle) à 113,86 (69,02), d'une année à l'autre. Site de comparaison : 429,18 (292,21) à 485,94 (503,27) <sup>c</sup>	Site expérimental : 0 pendant la première année à 17,77 (14,06) heures par client en moyenne la deuxième année; site de comparaison : 0 à 0 <sup>b,c</sup>
17	Drake <i>et al.</i> , 1996a; Clark <i>et al.</i> , 1996	25 % hospitalisés en 1991 (c.-à-d., la deuxième année pour le groupe de comparaison [Drake <i>et al.</i> , 1994]), 14,3 % pendant 1993, par suite de la transformation ( $p < 0,025$ ) [Drake <i>et al.</i> , 1996a]; durée moyenne de séjour pour N = 31 utilisateurs réguliers, de 24,81 (71,25), en 1991, à 23,68 (61,29), en 1993, (aucun test statistique) [Clark <i>et al.</i> , 1996].	De 1,67 (3,40) heure, en 1991, à 1,86 (3,44) heure, en 1993 <sup>b,c</sup>	De 485,94 (503,27) heures, en 1991, à 172,18 (120,80), en 1993 <sup>c</sup>	De 0 heure, en 1991, à 30,66 (32,71), en 1993 <sup>b,c</sup>
18	Bailey <i>et al.</i> , 1998	Les jours d'hospitalisation « n'ont pas changé » (aucun nombre mentionné).	Les jours en hébergement de crise « n'ont pas changé » (aucun nombre mentionné).	L'utilisation de services en clinique externe « n'a pas changé » (aucun nombre mentionné)	Non décrite
20	Becker <i>et al.</i> , 2001a	IPS : de 16,4 % admis dans la dernière année à l'entrée à 9,6 % au moment du suivi (pertes au suivi non éliminées). TJ : de 26,8 % à 22 % (le terme d'interaction entre programme et temps n'était pas significatif) <sup>c</sup>	Non décrite	Non décrite	Non décrite
22	Henry <i>et al.</i> , 2004	SE : 0,66 (1,93) admission; groupe apparié : 1,98 (6,26) (même durée); $p = 0,0003$ Les sous-analyses tendent à montrer que le soutien à l'emploi réduirait les hospitalisations chez les personnes ayant au départ plus de services externes ( $p=0,05$ pour l'interaction)	SE : 1,12 (5,61) visites à l'urgence; groupe apparié 1,71 (6,23); $p = 0,04$ . Interaction marquée ( $p = 0,003$ ) avec l'utilisation des services externes : 2,24 (IPS) vs 0,66 pour les faibles utilisateurs, 0,36 vs 3,55 pour les autres. Donc, moins de recours à l'urgence avec l'IPS, chez les grands utilisateurs de services de santé mentale seulement.	Non décrite	Non décrite

Notes :

<sup>a</sup> Sauf pour les valeurs exprimées en %, tous les autres résultats sont des valeurs moyennes, accompagnées de leur écart-type entre parenthèses.

<sup>b</sup> Les nombres fournis quant aux heures à la salle d'urgence et aux heures de services de réadaptation sont compris dans le total indiqué à la colonne « Utilisation des cliniques externes et autres services cliniques ».

<sup>c</sup> TJ : traitement de jour (tableau 4).

**Tableau 7. Effets du soutien à l'emploi IPS sur les coûts de la réadaptation professionnelle ainsi que des services de santé et services sociaux (par an et par client), essais comparatifs randomisés<sup>a</sup>**

N <sup>o</sup>	ÉTUDE	COÛT DE L'AUTRE PROGRAMME DE RÉADAPTATION (ÉCART-TYPE)	COÛT DU PROGRAMME IPS (ÉCART-TYPE)	COÛT DES HOSPITALISATIONS (ÉCART-TYPE)	COÛTS D'AUTRES SERVICES (ÉCART-TYPE)	DIFFÉRENCE DANS LES COÛTS TOTAUX DES SERVICES (ÉCART-TYPE)
2	Bond <i>et al.</i> , 1995a; Bond <i>et al.</i> , 1995b	6 103 \$, soit 4 667 \$ traitement de jour + 1 436 \$ IPS	4 463 \$, soit 1 443 \$ traitement de jour + 3 020 \$ IPS	Non mentionné	Entrée accélérée : 1 713 \$ Entrée graduelle : 2 371 \$ <sup>c</sup> (aucun test statistique)	-2 298 \$ (aucun test statistique)
3	Drake <i>et al.</i> , 1996a; Clark <i>et al.</i> , 1998b	3 757 \$	3 688 \$	IPS : 4 095 \$ RT : 4 457 \$ (non significatif) <sup>b</sup>	Services externes : IPS : 5 525 \$ RT : 6 685 \$ (non significatif)	-1 591 \$ (non significatif) <sup>g</sup>
4	Chandler <i>et al.</i> , 1997	2 495 \$	5 014 \$	Non mentionné	Non mentionnés	Non mentionnée
5	Drake <i>et al.</i> , 1999; Dixon <i>et al.</i> , 2002	5 723 \$ (4 438)	6 069 \$ (4 295) (différence avec groupe témoin non significative)	IPS : 14 232 \$ (20 177) EVR : 9 616 \$ (13 413) (non significatif)	IPS : 8 786 \$ (4 331) EVR : 9 780 \$ (4 690) (non significatif)	IPS : 29 087 \$ (20 399) RPE : 25 119 (15 212) (non significatif)

<sup>a</sup> Ni Becker et ses collaborateurs [2001a], ni Lehman et ses collègues [2002] ne mentionnent de données sur les coûts, et par conséquent, leurs études ne sont pas traitées dans ce tableau.

<sup>b</sup> RT : réadaptation traditionnelle (tableau 4).

**Tableau 8. Effets du soutien à l'emploi IPS sur les coûts de la réadaptation professionnelle ainsi que des services de santé et services sociaux (par an et par client), études utilisant un plan avec groupe de comparaison, avant-après ou rétrospectif**

N <sup>o</sup>	ÉTUDE	COÛT DE L'AUTRE PROGRAMME DE RÉADAPTATION (ÉCART-TYPE)	COÛT DU PROGRAMME IPS (ÉCART-TYPE)	COÛT DES HOSPITALISATIONS (ÉCART-TYPE)	COÛTS D'AUTRES SERVICES	DIFFÉRENCE DANS LES COÛTS TOTAUX DES SERVICES
16	Drake <i>et al.</i> , 1994; Clark <i>et al.</i> , 1996	<p><u>Site 1 :</u> Avant : 8 739 \$ (8 266) Après : 104 \$ (487)</p> <p><u>Site 2 :</u> Avant : 7 857 \$ (6 220) Après : 6 597 \$ (8 315)<sup>a</sup></p>	Site 1 après l'introduction d'IPS : 1 595 \$ (1 261)	<p><u>Site 1 :</u> Avant : 1 130 \$ (3 227) Après : 864 \$ (2 476)</p> <p><u>Site 2 :</u> Avant : 9 300 \$ (21 326) Après : 10 506 \$ (29 843)</p>	<p><u>Site 1 :</u> Avant : 6 348 \$; Après : 6 985 \$;</p> <p><u>Site 2 :</u> Avant : 6 325 \$; Après : 5 897 \$<sup>b</sup></p>	<p><u>Site 1 :</u> Réduction de 5 670 \$</p> <p><u>Site 2 :</u> Réduction de 482 \$<sup>c</sup></p>
17	Drake <i>et al.</i> , 1996a; Clark <i>et al.</i> , 1996	<p>Avant : 6 597 \$ (8 315)<sup>d</sup> Après : 137 \$ (436)</p>	1 878 \$ (2 003)	<p>Avant : 10 506 \$ (29 843) Après : 11 084 \$ (25 931)</p>	<p>Avant : 5 897 \$ Après : 7 821 \$</p>	Réduction de 2 080 \$ (non significative)
18	Bailey <i>et al.</i> , 1998	Non mentionné	Non mentionné	Non mentionné	Non mentionné	Les coûts des services « n'ont pas changé » (aucun nombre mentionné)
25	Perkins <i>et al.</i> , 2005	Non applicable	Client qui n'obtient pas de travail : médiane de 675 \$ pour 7 ou 8 mois de suivi; client qui obtient un travail : médiane de 2 280 \$	Les auteurs ont partagé le temps de suivi de 2 998 personnes entre 1997 et 2001 en cinq phases : avant le soutien à l'emploi, recherche d'emploi, suivi pendant l'emploi, interruption (pas d'emploi ni de soutien à l'emploi) et fermeture de dossier. Les coûts moyens mensuels par client de tous les services de santé mentale pendant ces cinq phases étaient de : 1 280 \$, 1 050 \$, 820 \$, 1 110 \$ et 900 \$ <sup>e</sup> . Les clients travaillaient en moyenne 4, 18, 70, 1 et 21 heures par mois respectivement durant ces cinq phases, tout en recevant 18, 18, 11, 12 et 11 heures de services de santé mentale <sup>f</sup> .		

<sup>a</sup> Coût de ce qui est appelé la *Partial hospitalization* dans Clark et ses collaborateurs [1996]. Cela correspond au coût du programme de traitement de jour, qui ne disparaît pas complètement en conséquence de la conversion à l'IPS du programme de traitement de jour, estimé à partir de la figure 2 de Clark et de ses collègues [1998b]. L'écart-type n'est pas indiqué.

<sup>b</sup> Incluant les coûts des visites à l'urgence, le *case management* et les visites en clinique externe. L'écart-type de cette somme, qui a été calculée pour le présent tableau, n'est pas indiqué dans l'article.

<sup>c</sup> L'article de Clark et de ses collaborateurs [1996] indique simplement qu'il y a une diminution significative avec le temps ( $p < 0,01$ ) (pour ce qui est des années 1989-1990, 1991 et 1993) du total des coûts donnés dans la communauté (excluant donc les hospitalisations), aux deux sites, mais que la différence entre ces diminutions n'est pas tout à fait statistiquement significative ( $p < 0,09$ ) (les coûts au deuxième site ont diminué à peu près autant entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> année qu'entre la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> année, ce qui n'est pas cohérent avec l'hypothèse que l'IPS est associé à une réduction globale des coûts – on ne s'attendait pas à un changement entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> année – et augmente la valeur  $p$  du test).

<sup>d</sup> Dans cette étude, l'« avant » correspond au « après » du site 2 de l'étude 15 (année 1991).

<sup>e</sup> Calculés à partir de la figure 3 de l'article.

<sup>f</sup> Calculées à partir de la figure 4 de l'article.

**Tableau 9. Effets du soutien à l'emploi IPS sur les revenus d'emploi, les prestations gouvernementales et les impôts payés (par client par année) (début)**

N <sup>o</sup>	ÉTUDE	REVENUS D'EMPLOI (ÉCART-TYPE)	PRESTATIONS D'AIDE SOCIALE (ÉCART-TYPE)	IMPÔTS PAYÉS (ÉCART-TYPE)
2	Bond <i>et al.</i> , 1995a; Bond <i>et al.</i> , 1995b	Entrée accélérée : 1 525 \$ (2 280 \$) Entrée graduelle : 574 \$ (1 877 \$) (p < 0,05)	Non mentionné	Non mentionné
3	Drake <i>et al.</i> , 1996a; Clark <i>et al.</i> , 1998b	<u>Emplois réguliers</u> IPS : 2 262 \$ (3 630) RT : 719\$ (1 492) (p = 0,001) <u>Tout emploi</u> IPS: 2 123 \$ (2 892) RT: 1 200 \$ (2 041) (p < 0,01)	IPS : 6 661 \$ (3 628) RT : 6 912 \$ (3 772) <sup>a</sup> (non significatif)	IPS : 295 \$ (440) RT : 170 \$ (291) (p < 0,05)
4	Chandler <i>et al.</i> , 1997	SE : 602 \$, 1 086 \$, 1 135\$ pour chacune des trois années Services usuels : 235 \$, 414\$, 737 \$ pour les années correspondantes (p < 0,001 pour chaque année)	Non mentionné	Non mentionné
5	Drake <i>et al.</i> , 1999; Dixon <i>et al.</i> , 2002	<u>Emplois réguliers</u> IPS : 1 250 \$ (2 251) RPE : 103 \$ (488) (p < 0,001) <u>Tout emploi</u> IPS: 1 333 \$ (2,254) RPE: 1 337 \$ (1,968) <sup>b</sup> (non significatif)	Non mentionné	Non mentionné
7	Lehman <i>et al.</i> , 2002	IPS : environ 40 \$ par client par mois RP : environ 15 \$ à 20 \$ par client par mois <sup>c</sup>	Non mentionné	Non mentionné
8	Mueser <i>et al.</i> , 2004	<u>Emplois réguliers</u> IPS : 2078 \$ (2 891) ST : 618 \$ (1 943) RP : 239 \$ (731) (p < 0,001) <u>Tout emploi</u> IPS : 2095 \$ (2 888) ST : 1124 \$ (2 277) RP : 721 \$ (1 621) (p = 0,002)	Non mentionné	Non mentionné

**Notes:**

<sup>a</sup> Les prestations des deux groupes, particulièrement du groupe témoin, ont, cependant, augmenté de façon significative entre les 18 mois précédant l'étude et les 18 mois subséquents : de 700 \$ (p < 0,05) pour le groupe IPS et de 1 808 \$ (p < 0,01) pour le groupe témoin ([Clark *et al.*, 1998a], tableau 2, valeurs annualisées).

<sup>b</sup> Les valeurs indiquées ici (moyennes et écarts-types annualisés) sont calculées à partir du tableau 2 de Drake et ses collaborateurs [1999].

<sup>c</sup> Moyennes sur 24 mois estimées à partir de la figure 4 de l'article (page 168); RP : réadaptation psychosociale (tableau 2). On note à la figure 4 de l'article que l'écart entre les deux conditions expérimentales se rétrécit avec le temps. Les auteurs notent que leur méthode de recrutement avait pour effet d'inclure des clients moins motivés que dans d'autres études. De plus, dans cette étude comme dans d'autres, les clients, dans bien des cas, ne conservent pas leur emploi longtemps.

**Tableau 9. Effets du soutien à l'emploi IPS sur les revenus d'emploi, les prestations gouvernementales et les impôts payés (par client par année) (suite)**

N°	ÉTUDE	REVENUS D'EMPLOI (ÉCART-TYPE)	PRESTATIONS D'AIDE SOCIALE (ÉCART TYPE)	IMPÔTS PAYÉS (ÉCART TYPE)
9	Gold <i>et al.</i> , 2006	<u>Emplois réguliers</u> Médiane IPS : 549 \$ [étendue du 25 <sup>e</sup> au 75 <sup>e</sup> percentile : 0 – 5145 \$] Médiane RP: 0 \$ [0 - 40 \$] (p < 0,001) <u>Tout emploi</u> Médiane IPS : 1337 \$ [0 – 5495 \$] Médiane RP : 743 \$ [0 – 2800 \$]; (p = 0,07)	Non mentionné	Non mentionné
10	Latimer <i>et al.</i> , 2006	<u>Emplois réguliers</u> IPS : 961,7 \$ (2 162,9) RP : 520,8 \$ (1 901,0); (p < 0,001) <u>Tout emploi</u> IPS : 1 296,8 \$ (2 575,9) RP : 1 022,8 \$ (2 434,0); (p < 0,06)	Non mentionné	Non mentionné
11	Bond <i>et al.</i> , 2007	<u>Emplois réguliers</u> IPS : 2 517 \$ (4 267) DPA : 1 337,5 \$ (3 635,5); (p < 0,001) <u>Tout emploi</u> IPS : 2 599,5 \$ (4 236,5) DPA : 2 622 \$ (3 789,5); (p = 0,76)		
13	Wong <i>et al.</i> , 2008	<u>Tout emploi</u> IPS : 1 533 \$US (2 067) RP : 733 \$US (457); (p = 0,001) (revenus moyens annualisés pour ceux qui ont obtenu un emploi; revenus d'emplois réguliers non mentionnés)	Non mentionné	Non mentionné
14	Twamley <i>et al.</i> , 2008	<u>Emplois réguliers</u> IPS : 1 964 \$ RP : 467 \$; (p = 0,02)	Non mentionné	Non mentionné

**Tableau 9. Effets du soutien à l'emploi IPS sur les revenus d'emploi, les prestations gouvernementales et les impôts payés (par client par année) (fin)**

Nº	ÉTUDE	REVENUS D'EMPLOI (ÉCART-TYPE)	PRESTATIONS D'AIDE SOCIALE (ÉCART TYPE)	IMPÔTS PAYÉS (ÉCART TYPE)
15	Killackey <i>et al.</i> , 2008	<u>Emplois réguliers</u> IPS : 4 449 \$ (5 067) CPE : 3 615 \$ (12 473); (p = 0,012)	Réduction de 80 % à 55 % du pourcentage de clients IPS dont le revenu principal est l'aide sociale (p = 0,025). Groupe de comparaison : stable à 57 %.	
16, 17	Drake <i>et al.</i> , 1994, 1996a; Clark <i>et al.</i> , 1996	Différence statistiquement significative en faveur de IPS, si tous les clients sont inclus (montants non indiqués)	Non mentionné	Non mentionné
18	Bailey <i>et al.</i> , 1998	Amélioration significative dans les revenus totaux pour le groupe IPS (p = 0,001) (montants non indiqués)	Non mentionné	Non mentionné
20	Becker <i>et al.</i> , 2001a	IPS : 554 \$ TJ : 258 \$ (non significatif) <sup>a</sup>	Non mentionné	Non mentionné
26	Rosenheck et Mares, 2007	IPS : 8 889 \$ Groupe de comparaison : 7 590 \$ (p = 0,01)	Non mentionné	Non mentionné

<sup>a</sup> Moyennes pondérées annualisées, calculées à partir du tableau 1 de l'article.

# RÉFÉRENCES

- Allness DJ et Knoedler WH. A manual for ACT start-up: Based on the PACT model of community treatment for persons with severe and persistent mental illnesses. Arlington, VA : National Alliance for the Mentally Ill; 2003.
- Alverson H, Carpenter E, Drake RE. An ethnographic study of job seeking among people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2006;30(1):15-22.
- Alverson H, Alverson M, Drake RE, Becker DR. Social correlates of competitive employment among people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 1998;22(1):34-40.
- Anthony WA. A recovery-oriented service system: Setting some system-level standards. *Psychiatr Rehabil J* 2000;24(2):159-66.
- Anthony WA. The principles of psychiatric rehabilitation. Baltimore, MD : University Park Press; 1980.
- Anthony WA, Rogers ES, Farkas M. Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Ment Health J* 2003;39(2):101-14.
- Association des hôpitaux du Québec (AHQ). Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté. Montréal, Qc : AHQ; 2004. Disponible à : <http://www.douglas.qc.ca/act/documents/act-guide-pratique.pdf>.
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir. Québec, Qc : AQRP; 2000. Disponible à : [http://www.aqrp-sm.org/pdf/L\\_urgence\\_d\\_agir.pdf](http://www.aqrp-sm.org/pdf/L_urgence_d_agir.pdf).
- Bailey EL, Ricketts SK, Becker DR, Xie H, Drake RE. Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatr Rehabil J* 1998;22(1):24-9.
- Beard JH, Propst RN, Malamud TJ. The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J* 1982;5(1):47-53.
- Becker DR et Drake RE. A working life for people with severe mental illness. New York, NY : Oxford University Press; 2003.
- Becker DR, Whitley R, Bailey EL, Drake RE. Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatr Serv* 2007;58(7):922-8.
- Becker DR, Xie H, McHugo GJ, Halliday J, Martinez RA. What predicts supported employment program outcomes? *Community Ment Health J* 2006;42(3):303-13, commentaire 315-8.
- Becker DR, Drake RE, Naughton WJ Jr. Supported employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28(4):332-8.
- Becker DR, Bond GR, McCarthy D, Thompson D, Xie H, McHugo GJ, Drake RE. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatr Serv* 2001a;52(3):351-7.
- Becker DR, Smith J, Tanzman B, Drake RE, Tremblay T. Fidelity of supported employment programs and employment outcomes. *Psychiatr Serv* 2001b;52(6):834-6.
- Becker DR, Bebout RR, Drake RE. Job preferences of people with severe mental illness: A replication. *Psychiatr Rehabil J* 1998;22(1):46-50.
- Becker DR, Drake RE, Farabaugh A, Bond GR. Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatr Serv* 1996;47(11):1223-6.
- Bedell J, Draving D, Parrish A, Gurvey R, Guastadisegni P. A description and comparison of experiences of people with mental disorders in supported employment and paid vocational training. *Psychiatr Rehabil J* 1998;21(3):279-83.

- Bell MD, Lysaker PH, Milstein RM. Clinical benefits of paid work in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22(1):51-67.
- Blais F, Gardner D, Lareau A. Un système de compensation plus équitable pour les personnes handicapées. Drummondville, Qc : Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ); 2004. Disponible à : <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2004/07/779202.pdf>.
- Block L. The employment connection: The application of an individual supported employment program for persons with chronic mental health problems. *Can J Commun Ment Health* 1992;11(2):79-89.
- Boivin MD et Ratté J. La réinsertion socioprofessionnelle de personnes présentant des troubles mentaux graves sous examen. *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 2003;22(1):37-53.
- Bond GR. Modest implementation efforts, modest fidelity, and modest outcomes. *Psychiatr Serv* 2007;58(3):334.
- Bond GR. Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27(4):345-59.
- Bond GR. Vocational rehabilitation. Dans : Liberman RP, réd. *Handbook of psychiatric rehabilitation*. New York, NY : Macmillan; 1992 : 244-75.
- Bond GR et Dincin J. Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabil Psychol* 1986;31(3):143-55.
- Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008a;31(4):280-90.
- Bond GR, McHugo GJ, Becker DR, Rapp CA, Whitley R. Fidelity of supported employment: Lessons learned from the National Evidence-Based Practice Project. *Psychiatr Rehabil J* 2008b;31(4):300-5.
- Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake RE, Becker DR, Fraser VV, Hanes M. A randomized controlled trial comparing two vocational models for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(6):968-82.
- Bond GR, Kim HW, Meyer PS, Gibson PJ, Tunis S, Evans JD, et al. Response to vocational rehabilitation during treatment with first- or second-generation antipsychotics. *Psychiatr Serv* 2004a;55(1):59-66.
- Bond GR, Salyers MP, Rollins AL, Rapp CA, Zipple AM. How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Ment Health J* 2004b;40(6):569-88.
- Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Dis Manag Health Outcomes* 2001a;9(3):141-59.
- Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001b;69(3):489-501.
- Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM. A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabil Counsel Bull* 1997;40(4):265-84.
- Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, Miller LD. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabil Psychol* 1995a;40(2):75-94.
- Bond GR, Dietzen LL, Vogler K, Katuin CH, McGrew JH, Miller LD. Toward a framework for evaluating cost and benefits of psychiatric rehabilitation: Three case examples. *J Vocat Rehabil* 1995b;5:75-88.
- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370(9593):1146-52.
- Chalamat M, Mihalopoulos C, Carter R, Vos T. Assessing cost-effectiveness in mental health: Vocational rehabilitation for schizophrenia and related conditions. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(8):693-700.

- Chandler D, Meisel J, Hu T, McGowen M, Madison K. A capitated model for a cross-section of severely mentally ill clients: Employment outcomes. *Community Ment Health J* 1997;33(6):501-16.
- Charbonneau C. Travail et santé mentale : perspectives et défis. Cahiers du LAREPPS, no 04-01. Montréal, Qc : Fondation Travail et santé mentale et LAREPPS (Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales); 2004.
- Clark RE et Bond GR. Costs and benefits of vocational programs for people with serious mental illness. Dans : Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N, réd. *Handbook of mental health economics and health policy. Volume 1: Schizophrenia*. New York, NY : John Wiley and Sons; 1996 : 219-37.
- Clark RE, Dain BJ, Xie H, Becker DR, Drake RE. The economic benefits of supported employment for persons with mental illness. *J Ment Health Policy Econ* 1998a;1(2):63-71.
- Clark RE, Xie H, Becker DR, Drake RE. Benefits and costs of supported employment from three perspectives. *J Behav Health Serv Res* 1998b;25(1):22-34.
- Clark RE, Bush PW, Becker DR, Drake RE. A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitative day treatment. *Adm Policy Ment Health* 1996;24(1):63-77.
- Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ). Le parcours pour favoriser l'intégration sociale et économique : pour un meilleur accès au travail. Québec, Qc : CSMQ; 2005.
- Connors KA, Graham RS, Pulso R. Playing the store: Where is the vocational in psychiatric rehabilitation? *Psychosoc Rehabil J* 1987;10(3):21-33.
- Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS). Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves. Montréal, Qc : CETS; 1999.
- Cook JA, Lehman AF, Drake RE, McFarlane WR, Gold PB, Leff HS, et al. Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 2005;162(10):1948-56.
- Corbière M, Bond GR, Goldner EM, Ptasiński T. Brief reports: The fidelity of supported employment implementation in Canada and the United States. *Psychiatr Serv* 2005;56(11):1444-7.
- Corin E. Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ? *Santé Mentale au Québec* 2002;27(1):65-82.
- Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach. New York, NY : Guilford Press; 2008.
- Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. *BMJ* 2001;322(7280):204-8.
- Danley KS, Rogers ES, MacDonald-Wilson K, Anthony WA. Supported employment for adults with psychiatric disability: Results of an innovative demonstration project. *Rehabil Psychol* 1994;39(4):269-76.
- Dartmouth Psychiatric Research Center (Dartmouth PRC). Supported employment fidelity scale. Lebanon, NH : Dartmouth PRC; 2008. Disponible à : <http://dms.dartmouth.edu/prc/employment/>.
- Dartmouth Psychiatric Research Center (Dartmouth PRC). J & J videos: Community mental health program ; Supported employment: Strategies that work. Lebanon, NH : Dartmouth PRC; 2007. Disponible à : <http://dms.dartmouth.edu/prc/employment/jjvideo/>.
- Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J* 1988;11(4):11-9.
- Dixon L, Hoch JS, Clark R, Bebout R, Drake R, McHugo G, Becker D. Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2002;53(9):1118-24.

- Drake RE. Brief history, current status, and future place of assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68(2):172-5.
- Drake RE. A brief history of the individual placement and support model. *Psychiatr Rehabil J* 1997;22(1):3-7.
- Drake RE et Bond GR. The future of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;31(4):367-76.
- Drake RE, Becker DR, Goldman HH, Martinez RA. Best practices: The Johnson & Johnson–Dartmouth community mental health program: Disseminating evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2006a;57(3):302-4.
- Drake RE, Bond GR, Rapp C. Explaining the variance within supported employment programs: Comment on "What predicts supported employment outcomes?" *Community Ment Health J* 2006b;42(3):315-8.
- Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, Quimby E. A randomized clinical trial of supported employment for inner city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(7):627-33.
- Drake RE, Fox TS, Leather PK, Becker DR, Musumeci JS, Ingram WF, McHugo GJ. Regional variation in competitive employment for persons with severe mental illness. *Adm Policy Ment Health* 1998;25(5):493-504.
- Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Wyzik PF, Torrey WC. Day treatment vs supported employment for persons with severe mental illness: A replication study. *Psychiatr Serv* 1996a;47(10):1125-7.
- Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1996b;64(2):391-9.
- Drake RE, Becker DR, Xie H, Anthony WA. Barriers in the brokered model of supported employment for persons with psychiatric disabilities. *J Vocat Rehabil* 1995;5(2):141-9.
- Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Torrey WC, McHugo GJ, Wyzik PF. Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Ment Health J* 1994;30(5):519-31.
- Drebing CE, Van Ormer EA, Schutt RK, Krebs C, Losardo M, Boyd C, et al. Client goals for participating in VHA vocational rehabilitation: Distribution and relationship to outcome. *Rehabil Counsel Bull* 2004;47(3):162-72.
- Emploi-Québec. Programme d'aide et d'accompagnement social – Devenir (dépliant). Québec, Qc : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS); 2007. Disponible à : [http://www.mess.gouv.qc.ca/telecharger.asp?fichier=/publications/pdf/SR\\_Brochure\\_Devenir\\_2007.pdf](http://www.mess.gouv.qc.ca/telecharger.asp?fichier=/publications/pdf/SR_Brochure_Devenir_2007.pdf).
- Fairweather GW, Sanders DH, Maynard H, Cressler DL. *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago, IL : Aldine; 1969.
- Fixsen DL, Naoom S, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL : University of South Florida; 2005. Disponible à : [http://nirn.fmhi.usf.edu/resources/publications/Monograph/pdf/Monograph\\_full.pdf](http://nirn.fmhi.usf.edu/resources/publications/Monograph/pdf/Monograph_full.pdf).
- Frey WD, Azrin ST, Goldman HH, Kalasunas S, Salkever DS, Miller AL, et al. The mental health treatment study. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31(4):306-12.
- Fuller TR, Oka M, Otsuka K, Yokoyama N, Liberman RP, Niwa SI. A hybrid supported employment program for persons with schizophrenia in Japan. *Psychiatr Serv* 2000;51(7):864-6.
- Furlong M, McCoy ML, Dincin J, Clay R, McClory K, Pavick D. Jobs for people with the most severe psychiatric disorders: Thresholds Bridge North pilot. *Psychiatr Rehabil J* 2002;26(1):13-22.
- Gahnström-Strandqvist K, Liukko A, Tham K. The meaning of the working cooperative for persons with long-term mental illness: A phenomenological study. *Am J Occup Ther* 2003;57(3):262-72.

- Gates LB, Klein SW, Akabas SH, Myers R, Schawager M, Kaelin-Kee J. Outcomes-based funding for vocational services and employment of people with mental health conditions. *Psychiatr Serv* 2005;56(11):1429-35.
- Gervey R et Bedell JR. Supported employment in vocational rehabilitation. Dans : Bedell JR, réd. *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders*. Washington D.C. : Taylor and Francis; 1994 : 151-75.
- Gold M et Marrone J. Mass Bay Employment Services (a service of Bay Cove Human Services, Inc.): A story of leadership, vision, and action resulting in employment for people with mental illness. *Roses and Thorns from the Grassroots* 1998;1:1-4.
- Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2006;32(2):378-95.
- Golden TP, O'Mara S, Ferrell C, Sheldon JR. A theoretical construct for benefits planning and assistance in the Ticket to Work and Work Incentive Improvement Act. *J Vocat Rehabil* 2000;14(3):147-52.
- Gowdy EA, Carlson LS, Rapp CA. Organizational factors differentiating high performing from low performing supported employment programs. *Psychiatr Rehabil J* 2004;28(2):150-6.
- Gowdy EL, Carlson LS, Rapp CA. Practices differentiating high-performing from low-performing supported employment programs. *Psychiatr Rehabil J* 2003;26(3):232-9.
- Greig T, Zito W, Bell MD. Rehab rounds: A hybrid transitional and supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004;55(3):240-2.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *Am J Psychiatry* 1987a;144(6):718-26.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1987b;144(6):727-35.
- Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact? *Hosp Community Psychiatry* 1987c;38(5):477-86.
- Hatfield AB. Serving the unserved in community rehabilitation programs. *Psychosoc Rehabil J* 1989;13(2):71-82.
- Henry AD, Lucca AM, Banks S, Simon L, Page S. Inpatient hospitalizations and emergency service visits among participants in an Individual Placement and Support (IPS) model program. *Ment Health Serv Res* 2004;6(4):227-37.
- Ito H, Koyama A, Higuchi T. Polypharmacy and excessive dosing: Psychiatrists' perceptions of antipsychotic drug prescription. *Br J Psychiatry* 2005;187(3):243-7.
- Jacobs HE, Wissusik D, Collier R, Stackman D, Burkeman D. Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(4):365-9.
- Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004;56(10):730-7.
- Kessler RC, Berglund PA, Zhao S, Leaf PJ, Kouzis AC, Bruce ML, et al. The 12-month prevalence and correlates of serious mental illness (SMI). Dans : Manderscheid RW et Sonnenschein MA, réd. *Mental health, United States, 1996*. DHHS Pub No (SMA) 96-3098. Rockville, MD : Center for Mental Health Services (CMHS); 1996 : 59-70.
- Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: Individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008;193(2):114-20
- Killeen MB et O'Day BL. Challenging expectations: How individuals with psychiatric disabilities find and keep work. *Psychiatr Rehabil J* 2004;28(2):157-63.

- Latimer EA. Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness. *Can J Psychiatry* 2001;46(6):496-505.
- Latimer EA et Ly A. L'impact du passage au salaire minimum. Dans : Mercier C, Pelletier J-F, Fleury M-J, Rousseau J, réd. Évaluation d'un modèle alternatif d'intégration au travail pour des personnes handicapées : Consentra. Volume 1 : rapport final. Montréal, Qc : Direction des technologies de l'information et de la recherche, Centres de réadaptation Lisette-Dupras et de l'Ouest de Montréal; 2005 : 111-7. Disponible à : <http://www.lisette-dupras.ca/documents/Consentra-Volume1.pdf>.
- Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189(1):65-73.
- Latimer EA, Bush PW, Becker DR, Drake RE, Bond GR. The cost of high-fidelity supported employment programs for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2004;55(4):401-6.
- Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, McDonnell K. Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(2):165-72.
- Liberman RP. Supplementary skills training in supported employment programs. *Psychiatr Serv* 2006;57(3):419-20.
- Lucca AM, Henry AD, Banks S, Simon L, Page S. Evaluation of an Individual Placement and Support model (IPS) program. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27(3):251-7.
- Macias C, Rodican CF, Hargreaves WA, Jones DR, Barreira PJ, Wang Q. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatr Serv* 2006;57(10):1406-15.
- McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM, Stastny P, Lukens EP, Toran J, Link B. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70(2):203-14.
- McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, Deakins SM, Link B. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 1996;47(7):744-50.
- McGrew JH et Griss ME. Concurrent and predictive validity of two scales to assess the fidelity of implementation of supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2005;29(1):41-7.
- McGrew JH, Johannesen JK, Griss ME, Born DL, Katuin C. Performance-based funding of supported employment: A multi-site controlled trial. *J Vocat Rehabil* 2005;23(2):81-99.
- McGurk SR et Mueser KT. Strategies for coping with cognitive impairments of clients in supported employment. *Psychiatr Serv* 2006;57(10):1421-9.
- McGurk SR et Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: A review and heuristic model. *Schizophr Res* 2004;70(2-3):147-73.
- McGurk SR et Mueser KT. Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(12):789-98.
- McGurk SR, Mueser KT, Harvey PD, LaPuglia R, Marder J. Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatr Serv* 2003;54(8):1129-35.
- McHugo GJ, Drake RE, Becker DR. The durability of supported employment effects. *Psychiatr Rehabil J* 1998;22(1):55-61.
- McQuilken M, Zahniser JH, Novak J, Starks RD, Olmos A, Bond GR. The work project survey: Consumer perspectives on work. *J Vocat Rehabil* 2003;18(1):59-68.
- Mellen V et Danley K. Special issue: Supported employment for persons with severe mental illness. *Psychosoc Rehabil J* 1987;9(2):1-102.

- Metzel DS, Foley SM, Butterworth J. State-level interagency agreements for supported employment of people with disabilities. *J Dis Policy Studies* 2005;16(2):102-14.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). Pour une chance égale en emploi : compte rendu de la consultation en vue d'une stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées. Québec, Qc : MESS; 2007. Disponible à : <http://www.mess.gouv.qc.ca/consultation-publique/index.asp>.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). Offre de service gouvernementale en matière d'emploi pour les personnes handicapées. Québec, Qc : MESS; 2006. Disponible à : [http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CP\\_offre\\_gouvernementale\\_emploi.pdf](http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CP_offre_gouvernementale_emploi.pdf).
- Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (MESSF). Protocole de reconnaissance et de partenariat entre Emploi-Québec et les organisations communautaires oeuvrant en employabilité. Québec, Qc : MESSF; 2006. Disponible à : [http://emploiquebec.net/publications/Pages-statiques/00\\_emp\\_protocole.pdf](http://emploiquebec.net/publications/Pages-statiques/00_emp_protocole.pdf).
- Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (MESSF). Évaluation qualitative de la pertinence et du fonctionnement des mesures actives d'Emploi-Québec à l'égard de la clientèle des personnes handicapées : rapport d'évaluation. Québec, Qc : MESSF; 2004. Disponible à : [http://emploiquebec.net/francais/complements/publications\\_etudes.asp?categorie=1006102](http://emploiquebec.net/francais/complements/publications_etudes.asp?categorie=1006102).
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens. Québec, Qc : MSSS; 2005. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>.
- Mueser KT et Liberman RP. Skills training in vocational rehabilitation of chronic mental patients. Dans : Ciardello JA et Bell MD, réd. *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders*. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press, 1988 : 81-103.
- Mueser KT, Aalto S, Becker DR, Ogden JS, Wolfe RS, Schiavo D, et al. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatr Serv* 2005;56(10):1254-60.
- Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(3):479-90.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York, NY : Guilford Press; 2003.
- Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *J Ment Health* 2001a;10(4):411-7.
- Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2001b;27(2):281-96.
- Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE, Dain BJ. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(7):419-26.
- Murphy AA, Mullen MG, Spagnolo AB. Enhancing individual placement and support: Promoting job tenure by integrating natural supports and supported education. *Am J Psychiatr Rehabil* 2005;8(1):37-61.
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQa). Document de consultation en vue de l'élaboration d'une proposition de politique pour accroître la participation sociale des personnes handicapées. Section 1 : assises, cibles et stratégies prioritaires. Drummondville, Qc : OPHQ; 2007a. Disponible à : [http://www.ophq.gouv.qc.ca/apartentiere/ape\\_2/documents.htm](http://www.ophq.gouv.qc.ca/apartentiere/ape_2/documents.htm).
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Proposition de politique pour accroître la participation sociale des personnes handicapées. Drummondville, Qc : OPHQ; 2007b. Disponible à : <http://www.ophq.gouv.qc.ca/apartentiere/documents.htm>.
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Programme de subventions à l'expérimentation (PSE). Liste des projets subventionnés. Drummondville, Qc : OPHQ; 2006. Disponible à : <http://www.ophq.gouv.qc.ca/activites/programmes/experimentation/>.

- Okpaku SO, Anderson KH, Sibulkin AE, Butler JS. The effectiveness of a multidisciplinary case management intervention on the employment of SSDI applicants and beneficiaries. *Psychiatr Rehabil J* 1997;20(3):34-41.
- Oldman J, Thomson L, Calsaferrri K, Luke A, Bond GR. A case report of the conversion of sheltered employment to evidence-based supported employment in Canada. *Psychiatr Serv* 2005;56(11):1436-40.
- Ontario Ministry of Community and Social Services (OMCSS). Improving the Ontario Disability Support Program [site Web]. Toronto, ON : OMCSS: 2006. Disponible à : <http://www.mcass.gov.on.ca/mcass/english/news/backgrounders/060208.htm>.
- Perkins DV, Born DL, Raines JA, Galka SW. Program evaluation from an ecological perspective: Supported employment services for persons with serious psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28(3):217-24.
- Perkins R et Rinaldi M. Promoting recovery and facilitating social inclusion: A strategy for practice and implementation plan. Recovery and Social Inclusion Strategy: Final – approved by Trust Board on 31st May 2007. Londres, Angleterre : South West London and St George's Mental Health Trust; 2007. Disponible à : <http://www.southwest.csiip.org.uk/silo/files/promoting-recovery-and-facilitating-social-inclusion.pdf>.
- Potvin N. Bilan d'implantation de la politique de santé mentale. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 1997. Disponible à : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96\\_737.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_737.pdf).
- Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophr Bull* 1998;24(3):469-77.
- Proudfoot J, Guest D, Carson J, Dunn G, Gray J. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet* 1997;350(9071):96-100.
- Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 1988;26(2):132-44.
- Quimby E, Drake RE, Becker DR. Ethnographic findings from the Washington D.C., vocational services study. *Psychiatr Rehabil J* 2001;24(4):368-74.
- Rapp CA, Etzel-Wise D, Marty D, Coffman M, Carlson L, Asher D, et al. Evidence-based practice implementation strategies: Results of a qualitative study. *Community Ment Health J* 2008;44(3):213-24.
- Rapp CA, Bond GR, Becker DR, Carpinello SE, Nikkel RE, Gintoli G. The role of state mental health authorities in promoting improved client outcomes through evidence-based practice. *Community Ment Health J* 2005;41(3):347-63.
- Razzano LA, Cook JA, Burke-Miller JK, Mueser KT, Pickett-Schenk SA, Grey DD, et al. Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: Findings from the employment intervention demonstration program. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(11):705-13.
- Reker T et Eikelmann B. [Predictors of success in supported employment programmes: Results of a prospective study]. *Psychiatr Prax* 1999;26(5):218-23 (article en allemand dont le titre original est : Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung: Ergebnisse einer prospektiven Studie).
- Rinaldi M, McNeil K, Firn M, Koletsi M, Perkins R, Singh SP. What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? *Psychiatr Bull* 2004;28(8):281-4.
- Robitaille C, Bordeleau M, Mercier C, Vachon N. Expérimentation et évaluation d'un programme d'intégration au marché du travail régulier incluant un suivi post-programme. Montréal, Qc : Projets PART; 1998.
- Rogers SE, Anthony WA, Lyass A, Penk WE. A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities. *Rehabil Counsel Bull* 2006;49(3):143-56.
- Rogers SE, Sciarappa K, MacDonald-Wilson K, Danley K. A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities. *Eval Program Plan* 1995;18(2):105-15.

- Rose V et Perz J. Is CBT useful in vocational rehabilitation for people with a psychiatric disability? *Psychiatr Rehabil J* 2005;29(1):56-8.
- Rosenheck R et Leslie D. Administrative prescription review procedures and use of atypical antipsychotic medications in the Department of Veterans Affairs. *Ment Health Serv Res* 2003;5(3):149-53.
- Rosenheck RA et Mares AS. Implementation of supported employment for homeless veterans with psychiatric or addiction disorders: two-year outcomes. *Psychiatr Serv* 2007;58(3):325-34.
- Rosenheck RA, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163(3):411-7.
- Salkever DS. Commentary: Policy priorities and shifting sands in the supported employment evidence base. *Psychiatr Serv* 2006;57(10):1440.
- Salyers MP et Tsemberis S. ACT and recovery: Integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. *Community Ment Health J* 2007;43(6):619-41.
- Salyers MP, McKasson M, Bond GR, McGrew JH, Rollins AL, Boyle C. The role of technical assistance centers in implementing evidence-based practices: Lessons learned. *Am J Psychiatr Rehabil* 2007;10(2):85-101.
- Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004;55(3):302-8.
- Schonebaum AD, Boyd JK, Dudek KJ. A comparison of competitive employment outcomes for the clubhouse and PACT models. *Psychiatr Serv* 2006;57(10):1416-20.
- Services Québec. Contrat d'intégration au travail (CIT) des personnes handicapées. Québec, Qc : Emploi-Québec; 2007. Disponible à : [http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche\\_doc.cgi?dossier=3285&table=0](http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=3285&table=0).
- Société de recherches sociales appliquées (SRSA). Nos activités : le projet d'autosuffisance (PAS) [site Web]. Ottawa, ON : SRSA; 2006. Disponible à : [http://www.srdc.org/fr\\_what\\_we\\_do.asp?id=900](http://www.srdc.org/fr_what_we_do.asp?id=900).
- Sogémap. Diagnostic sur la formation et l'emploi des personnes handicapées au Québec : version complète. Montréal, Qc : Comité d'adaptation de la main-d'œuvre (CAMO) pour personnes handicapées; 2005. Disponible à : <http://www.camo.qc.ca/formation/diagnostic-complet.pdf>.
- Solomon P et Draine J. One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Eval Rev* 1995;19(3):256-73.
- Statistique Canada. Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001. Éducation, emploi et revenu des adultes handicapés et non handicapés – Tableaux. Ottawa, ON : Ministère de l'Industrie; 2003.
- Statistique Canada. Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001: Profil de l'incapacité au Canada en 2001 – Tableaux. Ottawa, ON : Ministère de l'Industrie; 2002.
- Stein LI et Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York, NY : WW Norton; 1998.
- Stein LI et Test MA. Alternative mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(4):392-7.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). Evidence-based practices: Shaping mental health services toward recovery. SAMSHA, Center for Mental Health Services (CMHS); 2003a. Disponible à : <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/about.asp>.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). Assertive community treatment: Implementation resource kit. Information for public mental health authorities – Draft version. Rockville, MD : SAMSHA, Center for Mental Health Services (CMHS); 2003b. Disponible à : <http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/toolkits/community/10.ACTinfoPMHA.pdf>.
- Tarte F. Rapport synthèse de l'étude sur l'évaluation de la pertinence et des effets des mesures et programme d'Emploi-Québec en regard de la clientèle des personnes handicapées. Québec, Qc : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS); 2006. Disponible à : [http://emploi.quebec.net/francais/complements/publications\\_etudes.asp?categorie=1006102](http://emploi.quebec.net/francais/complements/publications_etudes.asp?categorie=1006102).
- Test MA et Stein LI. Alternative to mental hospital treatment: III. Social cost. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(4):409-12.
- Torrey WC, Becker DR, Drake RE. Rehabilitative day treatment versus supported employment: II. Consumer, family, and staff reactions to a program change. *Psychosoc Rehabil J* 1995;18(3):67-75.
- Tremblay T, Smith J, Xie H, Drake RE. Effect of benefits counseling services on employment outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2006;57(6):816-21.
- Tsang HW et Pearson V. Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophr Bull* 2001;27(1):139-48.
- Twamley EW, Narvaez JM, Becker DR, Bartels SJ, Jeste DV. Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil* 2008;11(1):76-89.
- Twamley EW, Padin DS, Bayne KS, Narvaez JM, Williams RE, Jeste DV. Work rehabilitation for middle-aged and older people with schizophrenia: A comparison of three approaches. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(9):596-601.
- Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(8):515-23.
- United Kingdom Government. The Disability Discrimination Act (DDA) [site Web]. 2008. Disponible à : [http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/RightsAndObligations/DisabilityRights/DG\\_4001068](http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/RightsAndObligations/DisabilityRights/DG_4001068).
- Wallace CJ et Tauber R. Supplementing supported employment with workplace skills training. *Psychiatr Serv* 2004;55(5):513-5.
- Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatr Serv* 2007;58(4):469-74.
- Wehman P. Supported competitive employment for persons with severe disabilities. *J Appl Rehabil Counsel* 1986;17(4):24-9.
- Wexler BE et Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005;31(4):931-41.
- Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment: II. Economic benefit-cost analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(4):400-5.
- Wong K, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59(1):84-90.
- Wong K, Chiu LP, Tang SW, Kan HK, Kong CL, Chu HW, et al. Vocational outcomes of individuals with psychiatric disabilities participating in a supported competitive employment program. *Work* 2000;14(3):247-55.
- Xie H, Dain BJ, Becker DR, Drake RE. Job tenure among persons with severe mental illness. *Rehabil Counsel Bull* 1997;40(4):230-9.
- Young GJ, Mohr DC, Meterko M, Seibert MN, McGlynn G. Psychiatrists' self-reported adherence to evidence-based prescribing practices in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57(1):130-2.

*Agence d'évaluation  
des technologies  
et des modes  
d'intervention en santé*

Québec 