

L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale : analyse des caractéristiques de la personne

Marc Corbière, PhD¹, Céline Mercier, PhD², Alain Lesage, MD³, Kathe Villeneuve, BSc, OT⁴

Une étude prospective menée auprès de personnes souffrant d'une maladie mentale vise à identifier les déterminants significatifs de leur insertion au travail. Des analyses de régression et de comparaison de moyennes ont permis d'examiner les caractéristiques les plus saillantes de la personne pour expliquer son insertion socioprofessionnelle et ce, en considérant plusieurs indicateurs d'insertion au travail. Premièrement, les résultats indiquent que ce sont les variables reliées au travail (p. ex. l'engagement vers le travail) et sociodémographiques (p. ex. l'aide financière reçue) qui permettent de prédire l'exercice d'une activité de travail et l'obtention d'un emploi compétitif. Deuxièmement, 2 variables additionnelles permettent de prédire l'autonomie en emploi, c'est-à-dire le sentiment d'efficacité en matière de recherche d'emploi et de capacité à surmonter les obstacles à l'insertion au travail. Troisièmement, les variables d'ordre cognitif et clinique sont associées au délai pour débiter un emploi. Quatrièmement, le nombre d'heures de travail effectuées par semaine est expliqué par le sentiment d'efficacité à surmonter les problèmes de santé ainsi que d'autres variables motivationnelles et psychosociales. En conclusion, il est important d'identifier clairement les indicateurs d'insertion au travail afin de déterminer quels sont les prédicteurs significatifs.

(Rev can psychiatrie 2005;50:722-733)

L'énoncé précisant la source de financement ou le soutien obtenu et les affiliations des auteurs est à la fin du texte.

Implications cliniques

- Plus de 50 % des personnes souffrant d'une maladie mentale et inscrites dans un organisme de réinsertion au travail ont obtenu un emploi dans une période de 9 mois.
- Les prédicteurs significatifs de l'insertion au travail s'avèrent de nature différente selon les indicateurs ciblés.
- Grâce à l'utilisation d'outils de mesure valides, il est possible d'identifier clairement les prédicteurs de l'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale.

Limites

- La recherche a exploré les caractéristiques individuelles seulement pour expliquer l'insertion socioprofessionnelle de personnes souffrant d'une maladie mentale.
- Les composantes des organismes de réinsertion au travail n'ont pas été évaluées.
- Le maintien en emploi n'a pas été considéré dans cette étude.

Mots clés : déterminants de l'insertion au travail, maladie mentale, caractéristiques de la personne, indicateurs d'insertion au travail

De nombreux auteurs ont souligné les difficultés que les personnes atteintes de troubles mentaux graves pouvaient rencontrer lors de leur insertion au travail (1-8). Ces difficultés se traduisent par un pourcentage élevé de

chômage qui peut atteindre 80 % chez cette clientèle (9-11). Malgré l'implantation de programmes de soutien en emploi, reconnus comme étant une pratique fondée sur des données probantes en vue d'aider cette clientèle à obtenir et à maintenir

un emploi (12–19; Corbière et Goldner, étude en cours), le pourcentage des résultats d'insertion au travail issus de ces services plafonnent en général à un taux de réussite de l'ordre de 40 % à 60 % (20). Il en résulte que de nombreux auteurs s'interrogent quant aux caractéristiques individuelles qui pourraient intervenir dans le processus d'insertion au travail de personnes souffrant de troubles mentaux graves (21,22). Dans cette dernière veine de recherche, plusieurs catégories de variables étudiées ont été prises en compte pour tenter d'expliquer l'insertion au travail de cette clientèle, mais ont été en général considérées de façon exclusive.

Les variables sociodémographiques et le diagnostic psychiatrique

Dans leur revue des études portant sur la relation entre le diagnostic psychiatrique et les résultats d'insertion au travail, Cook et Razzano (23) mentionnent que la plupart des résultats ne sont pas en faveur des personnes atteintes de schizophrénie. Cependant, une méta-analyse (22) réalisée sur 17 études, dont l'objectif était d'évaluer la relation entre les variables sociodémographiques (sexe, âge et race), le diagnostic psychiatrique et les résultats d'insertion en emploi, montre que les effets de taille sont minimes. Des études plus récentes révèlent aussi que les variables comme l'âge, le sexe, l'état civil, l'appartenance à un groupe ethnique particulier, le niveau d'instruction, le diagnostic psychiatrique, l'âge de la première hospitalisation psychiatrique et l'abus de drogues ne permettaient pas de distinguer les personnes qui obtenaient un emploi de celles qui n'en décrochaient pas (24–26).

Cook et Razzano (23) observent que les résultats empiriques peuvent parfois paraître contradictoires et stipulent qu'une des raisons principales de ces divergences peut être due au type de résultats ciblés, lequel est souvent représenté par un seul indicateur d'insertion au travail. Ils suggèrent donc d'évaluer plusieurs selon la qualité et la quantité de travail fournis.

Quant à la situation financière de la personne souffrant d'une maladie mentale, divers auteurs préconisent d'étudier les bénéfices indirects reliés aux incapacités ou handicaps, car ces derniers pourraient représenter un frein à l'entrée sur le marché du travail ou encore restreindre le choix d'exercer un travail compétitif à temps plein (27–30). D'ailleurs, Resnick et collaborateurs (28) montrent que l'aide financière publique est un prédicteur négatif de l'employabilité.

Les variables cliniques et cognitives

Cook et Razzano (23) mentionnent qu'il est important d'évaluer l'intensité et le type de symptômes associés à un trouble psychiatrique particulier pour prédire les résultats d'insertion au travail. Cependant, Green et collaborateurs (31) précisent que les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie sont

considérés dans les études recensées, mais sont peu ou pas corrélés avec le fonctionnement de la personne. D'autres études révèlent que ce ne sont pas tant les symptômes positifs de la schizophrénie, mais plutôt les capacités cognitives des personnes qui sont les principaux déterminants de l'employabilité (32–35). Pour tenter d'éclaircir ces divergences, l'étude de McGurk et Mueser (20) a comparé les scores cognitifs et cliniques de personnes souffrant d'une maladie mentale grave en fonction de leur statut d'emploi. Les auteurs mentionnent que le groupe de personnes recevant un soutien à leur emploi présentait des scores plus faibles lorsque comparé au groupe travaillant de façon autonome, avec des différences significatives tant au niveau de la mémoire de travail qu'à celui des symptômes positifs (20).

D'autres auteurs soulignent que ce sont avant tout les capacités cognitives de la personne qui représentent le principal déterminant de l'exercice d'un travail (32–35). En ce sens, Green et collaborateurs (31) précisent, à partir de leur méta-analyse, qu'entre 20 % et 60 % de la variance des résultats de fonctionnement de la personne dans la collectivité peuvent être expliqués par les dimensions cognitives. En ce qui concerne les éléments cognitifs les plus saillants, on note la mémoire exécutive, la fluidité verbale et l'attention–vigilance (31,35). Une étude plus récente, qui va à l'encontre de ces résultats et dans laquelle 150 personnes souffrant de troubles mentaux graves inscrites à des programmes de réinsertion au travail ont été évaluées sur les mêmes capacités cognitives, ne permettait pas de distinguer les personnes qui obtiendraient un emploi compétitif après un an et 2 ans de suivi (24).

Les variables reliées à la notion de travail

Luzzo et McWhirter (36) mentionnent que même lorsque la personne démontre des intérêts pour un champ professionnel particulier, elle aura vraisemblablement des difficultés à les développer si elle perçoit d'importants obstacles à obtenir un emploi dans ce domaine. D'après différents auteurs, une personne qui a un sentiment d'efficacité élevé pour surmonter des obstacles éventuels présente une plus grande probabilité de s'engager à tenter de les contrecarrer et, par conséquent, les dépasser (36,37). D'ailleurs, Regenold et collaborateurs (21) montrent dans leur étude que les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui présentent un niveau élevé de sentiment d'efficacité sont plus enclines à atteindre leurs objectifs professionnels. Comme le précise Bandura (38), l'une des sources du sentiment d'efficacité pour accomplir une tâche spécifique est reliée aux expériences antérieures dans ce même domaine. Dans ce sens, certaines études montrent que les antécédents socioprofessionnels expliquent de 20 % à 60 % de la variance de l'obtention d'un emploi ou

encore sont significativement corrélés à l'atteinte d'objectifs professionnels (39–41).

Les variables psychosociales

Le soutien social reçu par les personnes, pour ce qui est de la fréquence et de la qualité, conduit à un meilleur taux d'embauche (42,43). D'autres auteurs mentionnent que les personnes qui ont moins de facilité à obtenir un emploi sont celles qui concentrent leur attention sur les obstacles externes à leur insertion en emploi, comme les préjugés potentiels envers les personnes atteintes d'une maladie mentale ou encore les attitudes négatives des employeurs (25,44,45). À partir de leurs résultats, Secker et collaborateurs (44) émettent l'hypothèse qu'il serait fort probable que ces mêmes personnes perçoivent peu d'encouragement de leurs proches à les inciter à entrer sur le marché du travail.

À notre connaissance, aucune étude n'a intégré de façon systématique l'ensemble des différentes caractéristiques de la personne souffrant d'une maladie mentale en vue de comprendre son insertion au travail. Nous proposons donc d'étudier, au sein d'une seule étude, les déterminants individuels de l'insertion au travail comme les variables sociodémographiques, psychosociales, cliniques et cognitives ainsi que celles reliées au domaine du travail et ce, selon différents indicateurs d'insertion au travail.

Méthode

Déroulement de l'étude

La recherche était prospective avec collecte de données au moment de l'inscription des participants à un des 8 organismes de réinsertion au travail ciblés, puis 9 mois après cette inscription. L'administration des questionnaires a été effectuée lors de l'inscription de la personne à l'un de ces organismes. Neuf mois après la première entrevue, les participants de l'étude étaient contactés par téléphone (entrevue de 15 à 20 minutes) pour déterminer leur statut d'emploi.

Organismes de réinsertion au travail

Huit organismes de la région de Montréal ont été retenus pour le recrutement des participants à cette étude. Le choix de ces organismes a été fait en fonction des services qu'ils offrent en employabilité pour la clientèle souffrant de maladie mentale, c'est-à-dire préparatoires à l'emploi.

Participants

Neuf mois après leur inscription à un programme de réinsertion au travail, 202 personnes, c'est-à-dire 79,5 % de l'échantillon initial ($n = 254$), ont répondu à l'entrevue téléphonique. L'échantillon ayant répondu aux 2 phases de l'étude était composé d'une proportion presque égale de femmes (55 %) et d'hommes (45 %) dont la moyenne d'âge

était de 38 ans (É.T. = 8,68). La grande majorité des participants étaient d'origine canadienne française et blanche, et près des 2 tiers de l'échantillon étaient célibataires (Tableau 1).

À propos de leur diagnostic psychiatrique, plus des 2 tiers présentaient soit un trouble de l'humeur (38,6 %), soit étaient atteints de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques (19,8 %) ou encore souffraient de troubles anxieux (10,9 %). En ce qui concerne leurs antécédents de travail, presque 2 tiers (60,8 %) des personnes n'avaient pas travaillé pendant une période inférieure à 2 ans. À propos de leur situation financière, environ un tiers percevait une aide financière, dont 88 % provenait du bien-être social offert au Québec.

Les questionnaires et tests cognitifs

La batterie de questionnaires et de tests cognitifs est répartie en 4 catégories : 1) travail (voir Tableau 2, 46–48), 2) psychosociale (Tableau 3, 49–52), 3) clinique (Tableau 4, 53) et 4) cognitive (Tableau 5, 54–56). Le nombre d'énoncés, l'échelle de réponse, la moyenne et les écarts types ainsi que les indices de cohérence interne (57) pour chacune des échelles des questionnaires sont indiqués dans les tableaux, lorsque ces critères s'appliquent. Par exemple, la mesure des stratégies de recherche d'emploi comprend 14 stratégies comme « envoyer votre curriculum vitae à un ou plusieurs employeurs ». Le premier score représente le nombre de stratégies de recherche d'emploi que la personne a utilisées dans les 9 derniers mois. Cette mesure a été tirée d'un projet qui portait sur l'insertion au travail de finissants en ingénierie (58) et a été adaptée aux personnes souffrant d'une maladie mentale. À l'instar de Castra (59), une nouvelle sous-échelle a été construite; il s'agit de l'engagement vers le travail. Cette mesure a été conçue en fonction de l'utilisation de certaines stratégies de recherche d'emploi reconnues comme étant engageantes vers le travail.

Les analyses statistiques

Elles consistaient à comparer les résultats des personnes aux questionnaires et aux tests selon plusieurs variables inhérentes à l'insertion socioprofessionnelle. Les indicateurs sont comme suit : 1) l'exercice ou non d'une activité de travail (tous types d'emploi confondus), 2) l'obtention d'un emploi compétitif ou pas d'emploi, 3) le niveau d'indépendance–autonomie au travail (continuum en 9 points, 1 = activité de travail dans un atelier protégé à 9 = emploi strictement indépendant–compétitif), 4) le délai pour débiter un emploi (nombre de jours après l'inscription à un organisme de réinsertion au travail) et 5) le nombre d'heures travaillées par semaine (de 1 à 60 heures). Pour les 2 premières variables dépendantes de type dichotomique, des analyses de régression logistique (méthode : Forward–Wald) ont été conduites. Pour ce qui est des 3 dernières variables dépendantes, des analyses de régression linéaire (méthode :

Tableau 1 Description des données sociodémographiques (n = 202)

Type de variable	n	%*
Sexe		
Homme	91	45
Femme	111	55
Origine culturelle		
Canadienne française	159	78,7
Autres	43	21,3
Ethnie		
Blanche	172	85,1
Autres	30	14,9
État civil		
Célibataires	132	65,3
Autres	70	34,7
Niveau d'instruction		
Secondaire non complété	41	20,3
Secondaire complété	54	26,7
Collégial complété	48	23,8
Universitaire	57	28,2
Milieu de vie		
Autonome	131	64,9
Type résidentiel	41	20,3
Avec service de soutien ou aide à domicile	11	5,4
Milieu de vie social		
Membre de la famille	57	28,2
Avec un conjoint	35	17,3
Seul	82	40,6
Avec un colocataire	16	7,9
Avec un corésident	12	5,9
Nombre de déménagements au cours de la dernière année		
Une fois et moins	147	72,8
Entre 2 et 6 fois	29	14,4
Diagnostic psychiatrique		
Trouble de l'humeur	78	38,6
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	40	19,8
Trouble anxieux	22	10,9
Autres (p.ex. trouble de personnalité)	62	30,7
Aide financière		
Oui	75	37,1
Non	126	62,9
Durée d'absence du marché du travail		
Un an ou moins	83	43,5
Entre 1 et 2 ans	35	17,3
Entre 2 et 5 ans	36	17,8
Plus de 5 ans	34	16,8
N'a jamais travaillé	3	1,5
Nombre de déménagements au cours de la dernière année		
Une fois et moins	147	72,8
Entre 2 et 6 fois	29	14,4
Diagnostic psychiatrique		
Trouble de l'humeur	78	38,6
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	40	19,8
Trouble anxieux	22	10,9
Autres (p.ex. trouble de personnalité)	62	30,7

Tableau 1 suite		
Type de variable	<i>n</i>	%
Aide financière		
Oui	75	37,1
Non	126	62,9
Durée d'absence du marché du travail		
Un an ou moins	83	43,5
Entre 1 et 2 ans	35	17,3
Entre 2 et 5 ans	36	17,8
Plus de 5 ans	34	16,8
N'a jamais travaillé	3	1,5
*Pour quelques variables, le pourcentage n'est pas égal à 100 à cause des données manquantes.		

stepwise) ont été réalisées. Pour chacune des analyses de régression, les variables indépendantes étaient regroupées selon 5 grandes catégories : sociodémographique, travail, psychosociale, clinique et cognitive (Tableaux de 1 à 5). Par la suite, les variables de chaque catégorie qui se révélaient significatives étaient retenues et regroupées pour vérifier quelle variable, quelle que soit sa catégorie d'appartenance, était la plus significative. Enfin, puisqu'il est difficile d'interpréter des variables indépendantes discrètes dans des analyses de régression linéaire, des analyses de comparaison de moyennes de type test *t* et des analyses de variance ont permis de pallier cette difficulté.

Résultats

Sur 202 personnes contactées par téléphone, 9 mois après leur inscription à un organisme de réinsertion au travail, 108 (54 %) ont exercé une ou plusieurs activités de travail (79 personnes = 1 emploi à 7 personnes = 3 emplois) contre 84 personnes qui n'ont pu s'insérer sur le marché du travail. Sur ces 108 personnes, environ 70 % ont occupé un emploi de type compétitif-autonome avec ou sans soutien-accompagnement, alors que 18 % ont exercé un emploi de type transitionnel et 12 % travaillaient dans un atelier protégé ou avaient travaillé occasionnellement. La Figure 1 nous renseigne sur le classement des activités de travail selon un continuum d'autonomie au travail (1 = atelier protégé à 9 = emploi strictement indépendant-compétitif).

Résultats des régressions logistiques

Lorsque la personne ne reçoit pas d'aide financière ($\beta = -0,76$), que la durée de son absence du marché du travail est plus courte ($\beta = -0,26$) et que son engagement vers le travail est plus soutenu ($\beta = 0,66$), elle augmente alors ses chances d'exercer une activité de travail (Tableau 6).

En ce qui concerne « l'obtention d'un emploi strictement indépendant/compétitif », les résultats montrent, d'une part, que ce sont les mêmes prédictors qui ressortent, comme

l'aide financière, la durée d'absence du marché du travail et l'engagement vers le travail, lesquels présentent respectivement des coefficients β de $-1,18$, $-0,43$ et $0,89$. D'autre part, une variable additionnelle reliée au travail émerge significativement dans le modèle de prédiction, c'est-à-dire l'intention d'obtenir un emploi sur le marché régulier du travail avec un coefficient β de $0,30$ (Tableau 6).

Lorsque les prédictors significatifs sont regroupés, il est possible de noter, d'une part, que l'engagement vers le travail est la seule variable qui permet de prédire l'exercice d'un emploi (variance égale à 18 %). D'autre part, l'engagement vers le travail, la durée d'absence du marché du travail ainsi que l'aide financière reçue augmentent de façon significative la variance de l'obtention d'un emploi compétitif (variance cumulée égale à 35 %).

Résultats des régressions linéaires et des tests de comparaison de moyennes

Les variables significatives qui ressortent pour expliquer la variance de l'autonomie en emploi sont : une durée d'absence du marché du travail moins élevée ($\beta = -0,25$), des niveaux de sentiment d'efficacité plus élevés dans la recherche d'emploi ($\beta = 0,22$) et pour faire face aux obstacles reliés au manque de compétence et de confiance en soi ($\beta = 0,23$) ainsi qu'un engagement vers le travail plus soutenu ($\beta = 0,20$) (Tableau 7).

Lorsque toutes les variables significatives sont regroupées, le « sentiment d'efficacité dans la recherche d'emploi » et la « durée d'absence du marché du travail » expliquent à elles seules 8 % de la variance de l'autonomie en emploi. De plus, les personnes qui reçoivent une aide financière ont généralement un emploi de type transitionnel alors que les personnes qui en sont dépourvues ont tendance à occuper des emplois de type compétitif ($t = -3,27$, $df = 107$, $P < 0,001$).

Pour ce qui est de la variance du délai pour débiter un emploi, 3 variables se révèlent significatives: Un nombre plus élevé de stratégies de recherche d'emploi utilisées ($\beta = 0,30$), un nombre moindre d'hospitalisations ($\beta = -0,43$) et une plus

Questionnaires (auteurs)	Sous-échelles	Items n	Échelle de réponse	M (É.T.)	α
Intention d'obtenir un emploi sur le marché régulier	Score global	1	1 à 7	5,88 (1,68)	S/O
Nombre de jours de travail souhaité par semaine	Score global	1	1 à 5	4,44 (0,88)	S/O
Encouragement social pour entrer ou retourner sur le marché du travail	Ami(e)s	1		5,32 (1,46)	S/O
	Parenté	1		5,72 (1,58)	S/O
	Conjoint(e)	1		5,31 (2,02)	S/O
	Médecin	1	1 à 7	5,53 (1,53)	S/O
	Conseiller en emploi	1		6,04 (1,30)	S/O
	Score global (sans conjoint)	4		5,67 (1,10)	0,77
Version abrégée du Career Search Efficacy Scale (46,47)	Recherche d'emploi	9		5,21 (1,83)	0,90
	Entrevue d'embauche	7		5,16 (1,99)	0,90
	Réseau	4	0 à 9	5,29 (1,79)	0,75
	Exploration de soi	4		5,75 (1,95)	0,86
	Score global	24		5,30 (1,69)	0,95
Obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (47)	Score global (obstacles)	43		3,62 (1,02)	0,94
	Compétence/confiance	9		5,14 (1,20)	0,90
	Facteurs externes	5		4,86 (1,43)	0,84
	Anxiété-amotivation	5	1 à 7	5,01 (1,23)	0,83
	Santé	6		4,99 (1,26)	0,77
	Ajustement au travail	5		4,91 (1,28)	0,79
	Score global (efficacité)	30		5,00 (1,09)	0,95
Stratégies dans la recherche d'emploi (48)	Score global	14	0 = Non 1 = Oui	6,68 (3,46)	0,80
	Engagement vers le travail	1	0 à 5	4,24 (1,36)	S/O

Questionnaires (auteurs)	Sous-échelles	Items n	Échelle de réponse	M (É.T.)	α
Version abrégée du Self-Esteem Rating Scale (49,50)	Échelle positive	10	1 à 7	46,67 (10,90)	0,91
	Échelle négative	10	-1 à -7	-37,02 (12,58)	0,90
	Score global	20	-7 à +7	9,65 (21,14)	0,93
Soutien social (51)	Amical	6		3,41 (0,95)	0,83
	Familial	6		3,20 (1,23)	0,91
	Estime de soi réfléchie	5	1 à 5	3,57 (0,81)	0,79
	Amour réfléchi	5		3,76 (0,79)	0,77
	Échelle de Kaplan révisée	9		3,18 (0,76)	0,85
Optimisme (52)	Score global	6	0 à 4	2,06 (0,78)	0,75

grande fluidité verbale ($\beta = 0,20$). Lorsque les variables sont regroupées, seule celle qui est propre au nombre d'hospitalisations dans la dernière année ($R^2 = 21\%$) reste dans le modèle de prédiction (Tableau 7).

Par ailleurs, les personnes atteintes de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques mettent significativement moins de temps à exercer une activité de travail ($M = 82$ jours)

comparées à celles qui sont atteintes d'un trouble de l'humeur ($M = 131$ jours; $F_{2,80} = 3,22$; $P < 0,05$). Enfin, le délai pour débiter un emploi ($t = -2,02$, $dl = 107$, $P < 0,05$) est moindre chez les hommes ($M = 108$ jours, É.T. = 65,95) que chez les femmes ($M = 136$ jours, É.T. = 75,13).

Quant à la prédiction du nombre d'heures de travail effectuées par semaine, 3 variables ressortent comme étant

Tableau 4 Description du questionnaire relié aux aspects cliniques (n = 202)

Questionnaires et tests (auteurs)	Sous-échelles	items n	Échelle de réponse	M (É.T.)	α
Brief Symptoms Inventory (53)	Dépression	6	0 à 4	1,42 (1,04)	0,90
	Anxiété	6		1,42 (1,02)	0,89
	Somatisation	7		1,02 (0,87)	0,86
	Idéation paranoïde	5		1,41 (0,96)	0,81
	Hostilité	5		0,88 (0,81)	0,70
	Anxiété phobique	5		0,97 (0,88)	0,81
	Sensibilité interpers.	4		1,54 (1,14)	0,89
	Psychoses	5		1,21 (0,89)	0,74
	Obsession-compulsion	6		1,61 (0,80)	0,88
Index sévérité générale	53	1,28 (0,80)	0,97		

Tableau 5 Description des questionnaires et tests reliés aux aspects cognitifs (n = 202)

Questionnaires et tests (auteurs)	Sous-échelles	items n	Échelle de réponse	M (É.T.)	α
Plaintes cognitives (54)	Mémoire	11	0 à 4	1,36 (0,77)	0,88
	Attention	5		1,76 (0,89)	0,82
	Fonction exécutive	4		1,32 (0,91)	0,81
	Praxie	1		0,36 (0,74)	S/O
	Score global	21		1,40 (0,75)	0,94
Trail Making Test -Parties A et B- (55)	Score global- Trail A	1	Durée en secondes	32,88 (11,29)	S/O
	Score global- Trail B	1		29,15 (18,73)	
Wisconsin Card Sorting Test (68 cartes) (56)	Réponses correctes	1	Score brut	44,10 (11,27)	S/O
	Réponses incorrectes	1		19,90 (11,27)	
	Catégories complétées	1		2,99 (1,53)	
	Rép. persévératives	1		11,27 (8,62)	
	Erreurs persévératives	1		10,11 (6,90)	
	Erreurs non persévératives	1		9,79 (7,14)	
	Rép. niveau conceptuel	1		38,91 (15,09)	
	Essais pour 1 ^{re} catégorie complétée	1		17,52 (14,51)	
Failure to maintain set	1	0,39 (0,69)			
Fluidité verbale (Test)	Nbre mots pour 3 lettres (P,C,S) et catégorie animale	4	Scores bruts	37,09 (12,02)	S/O

significatives : un nombre plus élevé d'heures de travail souhaitées par semaine ($\beta = 0,54$), un plus grand sentiment d'efficacité pour faire face aux obstacles reliés à la santé ($\beta = 0,23$) et un soutien plus faible reçu par la famille ($\beta = -0,23$). Lorsque les variables sont prises ensemble, la seule qui est significative et qui reste dans le modèle de prédiction est le nombre d'heures de travail souhaitées par semaine (Tableau 7).

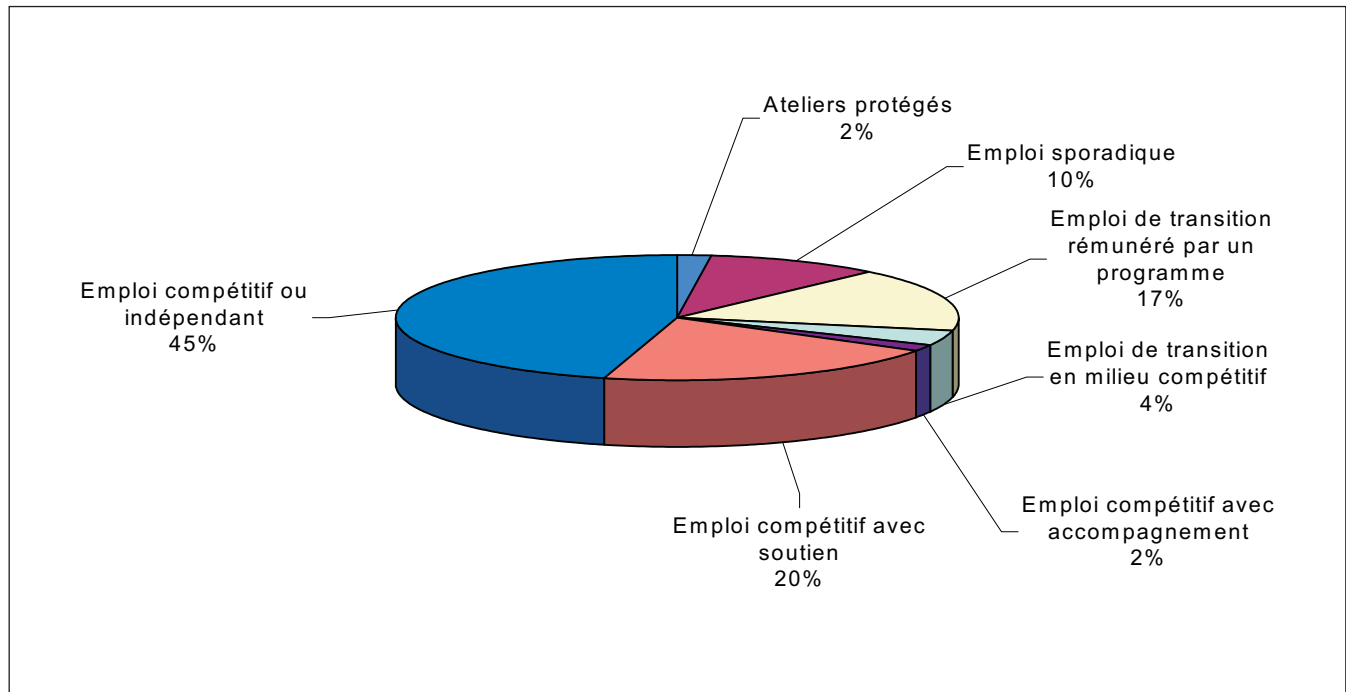
Qui plus est, le nombre d'heures de travail effectuées par semaine est moindre ($t = -2,03$, $dl = 100$, $P < 0,05$) chez les femmes ($M = 29,49$ heures, $É.T. = 9,74$) que chez les hommes

($M = 33,44$, $É.T. = 9,87$). On note aussi que les personnes qui perçoivent une aide financière travaillent moins d'heures par semaine ($M = 23,29$; $É.T. = 11,05$) que celles qui n'en reçoivent pas ($M = 33,91$; $É.T. = 8,07$) ($t = -5,20$, $dl = 100$, $P < 0,001$).

Discussion

L'objectif principal de cette étude prospective visait l'analyse systématique des caractéristiques individuelles de l'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale.

Figure 1 Continuum d'autonomie en emploi



En premier lieu, les résultats indiquent que plus de la moitié des participants ($n = 108$, 53,4 %) ont exercé au moins une activité de travail durant la période de 9 mois qui a suivi leur inscription à un programme de réinsertion au travail. De cette proportion active sur le plan du travail, plus des 2 tiers obtenaient un emploi compétitif, avec ou sans soutien, sur le marché régulier du travail. Il est intéressant d'observer que ces programmes de réinsertion au travail atteignent des résultats similaires à ceux obtenus dans les programmes de soutien en emploi, lesquels sont reconnus comme étant une pratique fondée sur des données probantes (14–16,20,60).

En ce qui concerne l'exercice d'une activité de travail et l'obtention d'un emploi compétitif, l'engagement vers le travail explique près de 20 % de la variance de ce premier indicateur et une probabilité 2 fois plus élevée de décrocher un emploi compétitif (risque relatif = 2,43). Ces résultats corroborent ceux de Castra (59) qui stipule que les publics précaires qui se trouvent dans un processus d'insertion en emploi et qui démontrent un engagement soutenu dans leur recherche d'emploi augmentent leur chance d'employabilité. Cependant, contrairement à la revue de documentation de Castra (59), qui soutient la faiblesse ou l'absence de liens entre les intentions ou projets de la personne et ses actions, il appert que les résultats de notre étude étayent la probabilité de l'obtention d'un emploi compétitif lorsque la personne a aussi l'intention d'en obtenir un (risque relatif de 1,35).

Pour ce qui est de l'autonomie en emploi et du nombre d'heures effectuées par semaine, on observe que lorsque la personne a un plus grand sentiment d'efficacité pour surmonter des déficits perçus dans ses compétences ou sa confiance en soi, elle a tendance à occuper des postes de travail plus autonomes. De même, quand les personnes perçoivent qu'elles ont un certain contrôle sur leur santé, elles augmentent leur chance de travailler à temps plein. On note aussi que le nombre d'heures de travail désiré explique 27 % de la variance du nombre d'heures de travail réelles. En l'occurrence, l'approche qui préconise une orientation dirigée ou centrée sur les besoins du client semble tout à fait justifiée.

Quant à la prédiction du délai pour débiter un emploi, on observe que contrairement aux autres indicateurs d'insertion au travail, la plupart des variables sont associées aux aspects cognitifs (fluidité verbale plus faible), au plus grand nombre d'hospitalisations psychiatriques précédant l'année de l'inscription à un programme de réinsertion au travail et au diagnostic psychiatrique (en faveur des personnes souffrant de troubles psychotiques). Il est important de préciser que ces derniers résultats montrent que les déterminants inhérents aux aspects cliniques et cognitifs ralentissent le processus d'insertion en emploi de la personne, mais n'interviennent pas pour prédire l'obtention effective d'un emploi compétitif.

Si l'on regarde plus attentivement les variables socio-démographiques, on constate que la durée d'absence du

Tableau 6 Coefficients de régressions logistiques et risque relatif pour les prédicteurs significatifs de l'obtention d'un emploi

Prédicteurs	β	SE	Wald	Exp(B)	P	Nagelkerke R^2
Obtention d'un emploi c. pas d'emploi						
Variables considérées par catégories						
Aide financière	-0,76	0,34	4,87	0,47	0,027	0,04
Durée d'absence du marché du travail	-0,26	0,12	4,42	0,77	0,036	0,04
Engagement vers le travail	0,66	0,15	19,38	1,94	0,001	0,18
Toutes les variables significatives considérées ensemble						
Engagement vers le travail	0,66	0,16	17,70	1,93	0,001	0,18
Obtention d'un emploi compétitif c. pas d'emploi						
Variables considérées par catégories						
Aide financière	-1,18	0,43	7,58	0,31	0,006	0,09
Durée d'absence du marché du travail	-0,43	0,16	7,81	0,65	0,005	0,10
Intention d'obtenir un emploi	0,30	0,14	4,42	1,35	0,035	0,06
Engagement vers le travail	0,89	0,24	13,34	2,43	0,001	0,23
Toutes les variables significatives considérées ensemble						
Engagement vers le travail	0,76	0,26	8,62	2,13	0,003	0,22
Durée d'absence du marché du travail	-0,42	0,15	7,32	0,66	0,007	0,29*
Aide financière	-1,47	0,48	9,32	0,23	0,002	0,35*

* R^2 cumulé avec le R^2 précédent.

marché du travail ainsi que l'aide financière reçue contribuent aussi de façon significative à la prédiction de l'exercice d'une activité de travail et à l'obtention d'un emploi compétitif. En introduction, nous avons vu que différents auteurs présentaient des résultats similaires où les antécédents de travail de la personne atteinte d'une maladie mentale étaient le prédicteur le plus significatif de l'insertion au travail (39–41). Quant aux résultats de Resnick et collaborateurs (28), ils montraient que l'aide financière publique était un prédicteur négatif de l'employabilité, dont les risques relatifs correspondent à ceux de notre étude (risque relatif de l'ordre de 0,31 et 0,47 selon l'indicateur ciblé). Dans cette veine, Latimer et Lecomte (27, p. 258) soulèvent des questions importantes concernant les personnes souffrant de problèmes graves de santé mentale, dont l'une est ainsi formulée : Quels sont les avantages, sur le plan des revenus de travailler en milieu régulier? Cette question persiste lorsqu'on observe que les personnes recevant une aide financière ont une plus faible probabilité d'occuper un emploi compétitif (risque relatif de 0,31). De plus, ces mêmes personnes travaillent en moyenne 23 heures par semaine alors que celles sans aide financière travaillent à temps plein (moyenne de 34 heures). Il est important de souligner que l'assistance sociale du Québec (comme d'autres provinces canadiennes) n'encourage pas et (ou) ne facilite pas le processus de retour en emploi à temps plein pour cette clientèle. En effet, si la personne aux prises avec une

maladie mentale et notamment avec un statut de contraintes temporaires ou sévères à l'emploi, qui décide de travailler à temps plein, perd tout dollar supérieur au seuil du taux de revenu de travail exclu par le statut social qu'elle occupe (soit 200 dollars au maximum). Par ailleurs, si la personne décide de travailler à temps plein en abandonnant son statut social et qu'elle rechûte (problèmes de santé mentale) après un certain nombre de mois de travail, la personne devra franchir de nombreuses étapes administratives afin de retourner éventuellement au statut social qu'elle occupait. En l'occurrence, il semblerait que l'alternative la moins coûteuse (délais administratifs) et la moins risquée (peur d'une rechûte et peur d'être jugée) pour cette clientèle serait de travailler à temps partiel.

Un résultat contre-intuitif est celui qui est relié au diagnostic psychiatrique. Même s'ils font l'objet de nombreuses controverses, certains auteurs soulignent que les personnes atteintes de schizophrénie ont plus de difficulté à décrocher un emploi, comparativement à d'autres diagnostics psychiatriques (22,23); alors que dans la présente étude, ce sont les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur qui tendent à s'insérer moins rapidement sur le marché du travail. De nouveau, on note l'importance de considérer différents indicateurs d'insertion au travail pour identifier les déterminants les plus saillants.

Tableau 7 Coefficients des résultats de régressions linéaires pour les prédicteurs significatifs des indicateurs d'insertion au travail				
Prédicteurs	<i>R</i>	<i>R</i> ² ajusté	β standardisé	<i>P</i>
Autonomie en emploi				
Variables considérées par catégories				
Durée d'absence du marché du travail	0,25	0,06	-0,25	0,030
Sentiment d'efficacité dans la recherche d'emploi	0,22	0,04	0,22	0,022
Sentiment d'efficacité pour faire face aux obstacles reliés au manque de compétence et de confiance en soi	0,23	0,04	0,23	0,017
Engagement vers le travail	0,20	0,04	0,20	0,038
Toutes les variables significatives considérées ensemble				
Sentiment d'efficacité dans la recherche d'emploi	0,22	0,04	0,25	0,010
Durée d'absence du marché du travail	0,31	0,08*	-0,23	0,020
Délai pour débiter un emploi				
Variables considérées par catégories				
Nombre de stratégies de recherche d'emploi	0,30	0,08	0,30	0,002
Nombre d'hospitalisations	0,43	0,17	-0,43	0,002
Fluidité verbale	0,20	0,03	0,20	0,035
Toutes les variables significatives considérées ensemble				
Nombre d'hospitalisations	0,48	0,21	-0,48	0,001
Nombre d'heures de travail/sem.				
Variables considérées par catégories				
Nombre d'heures souhaitées/sem.	0,54	0,28	0,54	0,000
Sentiment d'efficacité pour faire face aux obstacles reliés à la santé	0,23	0,04	0,23	0,021
Soutien reçu par la famille	0,23	0,05	-0,23	0,020
Toutes les variables significatives considérées ensemble				
Nombre d'heures souhaitées/sem.	0,53	0,27	0,53	0,000
* <i>R</i> ² cumulé avec le <i>R</i> ² précédent.				

Sur le plan psychosocial, les résultats montrent que les personnes qui reçoivent un soutien de la part de leur famille sont également celles qui travaillent moins d'heures par semaine. Si l'on regarde plus attentivement les items de l'échelle de Turner sur la dimension familiale, on observe que la majorité des items renvoient à la disponibilité de la famille à répondre aux difficultés que le participant pourrait rencontrer (p. ex. les membres de ma famille m'aident à résoudre mes problèmes, quoi qu'il arrive). Il est alors possible que le soutien de la famille puisse être perçu par la personne comme une panacée à tous ses problèmes et, par conséquent, devenir un obstacle à sa pleine autonomie socioprofessionnelle; ce qui pourrait expliquer la relation négative entre le nombre d'heures de travail effectuées par semaine et le soutien reçu par la famille.

En ce qui concerne les aspects cliniques, comme la présence et la gravité des symptômes psychiatriques, cette étude ne

montre aucun lien significatif avec les indicateurs d'insertion au travail. Ces résultats soutiennent ceux de l'étude de Mueser et collaborateurs (18) dans laquelle on note qu'au suivi des personnes souffrant d'une maladie mentale à 6, 12 et 18 mois, les symptômes évalués au départ n'étaient pas reliés au statut de travail. Deux nouvelles questions se posent ici : serait-il préférable d'évaluer les symptômes à différents intervalles du processus d'insertion afin d'avoir une évaluation plus précise des aspects cliniques de la personne ? Est-ce que les variables cliniques pourraient davantage prédire le maintien en emploi plutôt que l'obtention d'un emploi?

Les limites de l'étude se situent à 2 niveaux. Au premier, les déterminants de l'insertion au travail sont exclusivement reliés aux caractéristiques de la personne alors qu'il est également important d'évaluer la qualité des services offerts à la personne (61). Au deuxième niveau, il est crucial d'observer le maintien en emploi des personnes qui souffrent

d'une maladie mentale, puisque de nombreuses études mentionnent que ce dernier est bref (41,62–64).

En conclusion, cette étude a permis de dégager de façon systématique et intégrée les déterminants individuels de l'insertion au travail de la personne souffrant d'une maladie mentale et ce, en tenant compte de divers indicateurs d'insertion au travail. Les résultats révèlent que les variables de type travail (p. ex. engagement vers le travail) et sociodémographiques (p. ex. aide financière reçue) sont en général plus saillantes pour prédire les différents indicateurs d'insertion au travail, comparées aux variables cliniques et cognitives.

Sources des financements

Ce travail a été financé par le programme conjoint Fonds de recherche en santé–Conseils québécois de la recherche social–Ministère de la Santé et Services sociaux (2001–2003).

Remerciements

Nous souhaitons remercier les organismes de réinsertion au travail qui ont accepté de participer au projet de recherche intitulé : Les parcours des personnes atteintes de troubles mentaux graves pendant et après un programme de réintégration au travail : une étude prospective, et nous pensons plus particulièrement à Accès-Cible, Arrimage Montréal, Arrimage Laval, Atelier d'artisanat centre-ville, Centre d'apprentissage parallèle, Programme Perspectives de l'hôpital Louis-H Lafontaine, Projets Part, SDEM de Longueuil ainsi que le Comité santé mentale et travail de Montréal. Nous tenons aussi à remercier les 254 personnes inscrites à l'un de ces organismes qui ont consenti à participer à cette recherche.

Bibliographie

- Bachrach LP. Perspectives on work and rehabilitation. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:890–1.
- Bassett J, Lloyd C, Bassett H. Work issues for young people with psychosis: barriers to employment. *British Journal of Occupational Therapy* 2001;64:66–72.
- Braitman A, Counts P, Davenport R, Zurlinden B, Rogers M, Claus J, and others. Comparison of barriers to employment for unemployed and employed clients in a case management program: an exploratory study. *Psychiatr Rehabil J* 1995;19:3–8.
- Corbière M, Bordeleau M, Provost G, Mercier C. Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale: données empiriques et repères théoriques. *Santé Ment Qué* 2002;27:194–217.
- Hill ML, Ruth DJ, Hine MJ, Carlson RM, Jones SW, Watts AT. Navigating and improving employment related policies for people with disabilities: an emerging workworld knowledge based decision support (WW-KBDS) system. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 1998;4:32–37.
- May V, Vieceli L. Barriers to placement: strategies and resolution. *J Rehabil* 1983;49:43–6.
- McCrohan N, Mowbray C, Bybee D, Harris S. Employment histories and expectations of persons with psychiatric disorders. *Rehabil Couns Bull* 1994;38:59–71.
- Rutman I. How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1994;17:15–35.
- Anthony W, Blanch A. Research on community support services: what have we learned? *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1989;12:55–81.
- Marrone J, Gandolfo C, Gold M, Hoff D. Just doing it: helping people with mental illness get good jobs. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 1998;21:37–48.
- World Health Organization (WHO). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva (CH): WHO; 2000.
- Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001;322:204–8.
- Lehman AF, Godberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, and others. Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:165–72.
- 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;191:515–23.
- Bond GR. Supported Employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:345–59.
- Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, and others. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001;52:313–22.
- Corbière M, Bond GR, Goldner EM, Ptasinik T. The fidelity of supported employment implementation in Canada and the USA. *Psychiatr Serv*. Forthcoming.
- Mueser KT, Torrey WC, Lynde D, Singer P, Drake RE. Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behav Modif* 2003;27:387–411.
- Latimer EA. Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness. *Can J Psychiatry* 2001;46:496–505.
- McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:789–98.
- Regenold M, Sherman MF, Fenzel M. Getting back to work: self-efficacy as a predictor of employment outcome. *Psychiatr Rehabil J* 1999;22:361–7.
- Wewiorski N, Fabian E. Association between demographic and diagnostic factors and employment outcomes for people with psychiatric disabilities: a synthesis of recent research. *Ment Health Serv Res* 2004;6:9–21.
- Cook JA, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull* 2000;26:79–88.
- Gold JM, Goldberg RW, McNary SW, Dixon LB, Lehman AF. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2002;159:1395–402.
- Jones CJ, Perkins DV, Born DL. Predicting work outcomes and service use in supported employment services for persons with psychiatric disabilities. *The Brief Symptom Inventory: an introductory report*. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25:53–9.
- Wong KS, Chiu SN, Chiu LP. A supported competitive employment programme for individuals with chronic mental illness. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 2001;11:13–8.
- Latimer E, Lecomte T. Le soutien en emploi de type 'IPS' pour les personnes souffrant de troubles mentaux : Une voie d'avenir pour le Québec ? *Revue Santé Mentale au Québec* 2002;27:241–67.
- Resnick SG, Neale MS, Rosenheck RA. Impact of public support payments, intensive psychiatric community care, and program fidelity on employment outcomes for people with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:139–44.
- Jacobs H, Wissusik D, Collier R. Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. *Hosp Community Psychiatry* 2002;43:365–9.
- Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997;48:1042–7.
- Green MF, Kern RS, Braff DL. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull* 2000;26:119–36.
- Goldman R, Axelrod B, Tandon R. Neuropsychological prediction of treatment efficacy and one-year outcome in schizophrenia. *Psychopathology* 1993;26:122–6.
- Hagger C, Buckley P, Kenny JT, Freidman L, Ubogy D, Meltzer HY. Improvement in cognitive function and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic patients receiving clozapine. *Biol Psychiatry* 1993;34:702–12.
- Jaeger J, Douglas E. Neuropsychiatric rehabilitation for persistent mental illness. *Psychiatr Q* 1992;63:71–101.
- McGurk SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;45:175–184.
- Luzzo DA, McWhirter EH. Sex and ethnic differences in the perception of educational and career-related barriers and levels of coping efficacy. *J Couns Dev* 2001;79:61–7.
- Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co; 1997.
- Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change*. *Psychol Rev* 1977;84:191–215.
- Anthony WA, Cohen MR, Farkas MD, editors. *Psychiatric rehabilitation*. Boston (MA): Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation; 1990.
- Midgley G. The social context of vocational rehabilitation for ex-psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1990;156:272–7.
- Xie H, Dain B, Becker D. Job tenure among persons with severe mental illness. *Rehab Couns Bull* 1997;40:230–9.
- Lewis PK. Factors related to employment among chronically mentally ill patients. *Dissertation Abstracts International* 1990;51:1534.
- Piat M, Trottier S, Dominique T. Le modèle de soutien en emploi 'Individual Placement and Support' : processus et résultats d'une intervention destinée à aider les personnes avec troubles mentaux graves à trouver et maintenir un

- emploi régulier. Évaluation de l'implantation du programme. Rapport de recherche. Verdun (QC): Douglas Hospital; 2003. ISBN 2-923185-00-5.
44. Secker J, Grove B, Seebohm P. Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: the service user's perspective. *Journal of Mental Health* 2001;10:395-404.
 45. Marrone J, Balzell A, Gold M. Employment supports for people with mental illness. *Psychiatr Serv* 1995;46:701-11.
 46. Solberg V, Good G, Nord D, Holm C, Hohner R, Zima N, and others. Assessing career search expectations: development and validation of the career search efficacy scale. *Journal of Career Assessment* 1994;2:111-23.
 47. Corbière M, Mercier C, Lesage AD. Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental health problems. *Journal of Career Assessment* 2004;12:460-78.
 48. Perron J. Questionnaire des stratégies de recherche d'emploi. Document inédit. Montréal: Université de Montréal; 1998.
 49. Nugent W, Thomas J. Validation of a clinical measure of self-esteem. *Research on Social Work Practice* 1993;3:191-207.
 50. Lecomte T, Corbière M, Laisné F. Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the self-esteem rating scale. *Psychiatr Res* Forthcoming.
 51. Turner R, Frankel B, Turner D. Social support: conceptualization, measurement, and implications for mental health. *Res Community Ment Health* 1983;3:67-111.
 52. Carver S, Sheier M. Optimism. In: Lopez SJ, Snyder CR, editors. *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures*. Washington (DC): American Psychological Association; 2003.
 53. Derogatis L, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983;13:595-605.
 54. Stip E, Caron J, Renaud S, Pampoulova T, Lecomte Y. Exploring cognitive complaints in schizophrenia: the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003;44:331-40.
 55. Reitan R. Validity of trail making test and an indicator of organic brain damage. *Percept Mot Skills* 1958;8:271-6.
 56. Milner B. Effects of different brain lesions on card sorting. *Arch Neurol* 1963;9:100-10.
 57. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
 58. Perron J, Corbière M, Coallier J-C, Marcos B. Insertion professionnelle des finissant(e)s en ingénierie de l'Université de Sherbrooke. Résultats de la phase finale de la recherche. [Rapport, 1998]. Disponible à l'Université de Montréal, Montréal (QC).
 59. Castra D. L'insertion professionnelle des publics précaires. Paris: Presses Universitaires de France; 2003.
 60. Cochrane JJ, Goering P, Rogers JM. Vocational programs and services in Canada. *Can J Commun Ment Health* 1991;10:51-63.
 61. Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D. Fidelity criteria: development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation* 2003;24:315-40.
 62. Becker DR, Torrey WC, Toscano R, Wysik PF, Fox TS. Building recovery-oriented services: lessons from implementing individual placement and support (IPS) in community mental center. *Psychiatr Rehabil J* 1998;22:51-4.
 63. Gervy R, Bedell JR. Supported employment in vocational rehabilitation. In: Bedell JR, editor. *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders*. New York: Taylor and Francis; 1994;151-75.
 64. Cook JA. Job ending among youth and adults with severe mental illness. *J Ment Health Adm* 1992;19:158-69.

Manuscrit reçu en novembre 2004, révisé, et accepté en février 2005.

¹Assistant Professor, Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia.

²Professor, Department of Preventive and Social Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec.

³Professor, Department of Psychiatry, University of Montreal, Montreal, Quebec.

⁴Occupational Therapist, University of Montreal, Montreal, Quebec.

Adresse de correspondance : Dr M Corbière, Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, Library Processing Centre, 2206 East Mall, Room 414, Vancouver, BC V6T 1Z3
courriel : corbiere@interchange.ubc.ca

Abstract: Professional integration of individuals with a mental illness: An analysis of individual characteristics

A prospective study of individuals with a mental illness aimed to identify significant determinants of their integration in the work force. Regression and mean comparison analysis allowed exploring an individual's most typical characteristics that could explain his or her socio-professional integration, while considering several professional integration indicators. First, results suggest that linked to work (e.g. commitment to work) and socio-demographic variables (e.g. financial support received) can predict performing a work activity and obtaining competitive employment. Second, 2 additional variables can predict autonomy in employment, which are a feeling of efficiency in looking for work and a capacity to overcome obstacles to work integration. Third, cognitive and clinical variables are associated with a delay to start work. Fourth, the number of hours worked per week is explained by the feeling of efficiency in overcoming health problems and other motivational and psychosocial variables. Finally, it is important to clearly identify the professional integration indicators in order to determine the significant predictors.