

# RAPPORT DE RECHERCHE

## INCLUSION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE : LEVIERS ET FREINS PSYCHOSOCIAUX ET JURIDIQUES

Sonia Laberon et Nadia Scordato,  
*Laboratoire de Psychologie EA 4139, Université de Bordeaux*

Marc Corbière,  
*Département d'éducation et pédagogie – Counseling de carrière, Université du  
Québec à Montréal (UQAM) ; Centre de recherche de l'Institut universitaire en  
santé mentale de Montréal (CR-IUSMM)*

Philippe Auvergnon, Loïc Lerouge, Laurène Joly et Gaëlle Encrenaz  
*Comptrasec UMR CNRS 5114, Université de Bordeaux*



Laboratoire de psychologie / université de BORDEAUX

### COMPTRASEC

Centre de droit comparé du travail  
et de la sécurité sociale  
UMR CNRS 5114

université de BORDEAUX 

**UQÀM**  
Université du Québec à Montréal

# Tables des matières

<b>1</b>	<b>RAPPEL DU CONTEXTE D'EMERGENCE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>REPERES CONCEPTUELS.....</b>	<b>10</b>
2.1	POSITION DU PROBLEME DANS LE PAYSAGE FRANÇAIS.....	10
2.1.1	<i>La notion de handicap psychique.....</i>	<i>10</i>
2.1.2	<i>Handicap psychique et protection juridique française en matière d'emploi .....</i>	<i>10</i>
2.2	STIGMATISATIONS PROFESSIONNELLES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE.....	11
2.2.1	<i>Stigmatisation et processus psychologiques à l'œuvre dans la discrimination à l'embauche.....</i>	<i>11</i>
2.2.2	<i>Stigmatisation et représentations sociales de la maladie mentale .....</i>	<i>12</i>
2.2.3	<i>Stigmatisation et expérience de côtoiement.....</i>	<i>16</i>
2.2.4	<i>Stigmatisation et auto-stigmatisation .....</i>	<i>16</i>
2.2.5	<i>Stigmatisation et divulgation du trouble .....</i>	<i>17</i>
2.3	LES FREINS A L'INCLUSION EN MILIEU ORDINAIRE DE TRAVAIL RENCONTRES PAR LES DIRIGEANTS.....	18
2.3.1	<i>Les freins structurels de recrutement et d'intégration en emploi.....</i>	<i>18</i>
2.3.2	<i>Les freins dans les politiques organisationnelles d'intégration .....</i>	<i>19</i>
2.4	LE ROLE PREGNANT DES DIRIGEANTS ET DES SYNDICATS DANS LA REUSSITE DE L'INCLUSION.....	21
<b>3</b>	<b>PROBLEMATIQUE ET RAPPEL DES OBJECTIFS.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>AXE 1. LEVIERS ET FREINS ATTITUDINAUX ET STRUCTURELS VIS-A-VIS DE L'INCLUSION PROFESSIONNELLE DE PERSONNES ATTEINTES DE DEPRESSION.....</b>	<b>24</b>
4.1	LE POINT DE VUE DES DIRIGEANTS.....	24
4.1.1	<i>Rappel des objectifs spécifiques de l'étude .....</i>	<i>24</i>
4.1.2	<i>Méthode.....</i>	<i>24</i>
4.1.2.1	Construction du modèle de recherche et nature des variables .....	24
4.1.2.2	Construction du questionnaire et validation des mesures .....	26
4.1.3	<i>Echantillonnage.....</i>	<i><b>Erreur ! Signet non défini.</b></i>
4.1.4	<i>Implantation de l'enquête et procédure de recueil des données .....</i>	<i>31</i>
4.1.5	<i>Traitements des données .....</i>	<i>32</i>
4.1.6	<i>Résultats .....</i>	<i>32</i>
4.1.6.1	Caractéristiques de l'échantillon .....	32
4.1.6.2	Bilan descriptif.....	35
4.1.6.2.1	Les représentations de la dépression .....	35
4.1.6.2.1.1	Représentations de la dépression en général en France et au Canada.....	35
4.1.6.2.1.2	Représentations de la dépression au travail en France .....	38
4.1.6.2.1	Attitudes vis-à-vis de la dépression : un bilan plutôt positif en France comme au Canada.....	40
4.1.6.2.2	Attitudes vis-à-vis des pratiques : culture du mérite et bienveillance .....	41
4.1.6.2.3	Attitudes vis-à-vis de la divulgation du trouble : entre compréhension de la dissimulation et souhait de divulgation.....	42
4.1.6.2.4	Attitudes vis-à-vis du cadre juridique : jugé moyennement pertinente et peu efficace en matière d'insertion....	43
4.1.6.2.5	Indicateur d'ouverture/fermeture à l'inclusion : l'ambivalence.....	44
4.1.6.3	Modélisations des indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion professionnelle d'une personne atteinte de dépression .....	46
4.1.6.3.1	Modèle prédictif de l'appréhension à embaucher :.....	46
4.1.6.3.2	Modèle prédictif de l'amoindrissement à embaucher : .....	48
4.1.6.3.3	Modèle prédictif de la motivation citoyenne à embaucher .....	49
4.1.6.3.4	Modèle prédictif de la motivation financière à embaucher.....	50

4.1.6.3.5	Modèle prédictif des attentes de soutien pour l'entreprise pour embaucher .....	51
4.1.6.3.6	Modèle prédictif des attentes de soutien financier pour embaucher.....	51
4.1.6.3.7	Modèle prédictif des attentes de soutien pour la personne atteinte de dépression pour embaucher.....	52
4.1.6.3.8	Modèle prédictif de l'intégration du cadre juridique dans la politique organisationnelle .....	53
4.1.6.3.9	Modèle prédictif de l'intention d'aménager le poste .....	54
4.1.6.3.10	Modèle prédictif de l'intention d'embauche.....	55
4.1.7	<i>Synthèse des résultats majeurs et éléments de discussion</i> .....	56
4.2	LE POINT DE VUE DES ACTEURS SYNDICAUX .....	65
4.2.1	<i>Objectifs de l'étude</i> .....	65
4.2.2	<i>Méthode</i> .....	65
4.2.3	<i>Résultats</i> .....	67
4.2.3.1	Caractéristiques de l'échantillon .....	67
4.2.3.2	Intégration et perception du cadre juridique .....	67
4.2.3.3	Représentations de la dépression.....	67
4.2.3.4	Point de vue vis-à-vis du recrutement de personnes atteintes de dépression .....	69
4.2.3.5	Perception de leur rôle et acteurs impliqués.....	70
4.2.3.5.1	Dans la procédure de sélection .....	70
4.2.3.5.2	Dans la procédure d'intégration.....	70
4.2.3.5.3	Avant l'arrêt maladie.....	71
4.2.3.5.4	Pendant l'arrêt maladie .....	72
4.2.3.5.5	Lors du retour en emploi .....	72
4.2.3.5.6	Éléments de comparaison le Canada.....	74
4.2.3.6	Freins et leviers à l'inclusion professionnelle des personnes atteintes de dépression.....	74
4.2.3.6.1	Facteurs politiques et sociétaux.....	75
4.2.3.6.2	Facteurs liés à l'employeur et à l'organisation .....	75
4.2.3.6.2.1	Facteurs relatifs au milieu de travail.....	75
4.2.3.6.2.2	Facteurs organisationnels procéduraux.....	76
4.2.3.6.3	Les collègues de travail.....	78
4.2.3.6.4	Le salarié atteint de dépression .....	78
4.2.3.6.5	Les acteurs syndicaux .....	79
4.2.3.6.6	Les services médicaux et autres structures d'aide.....	80
4.2.3.6.7	Facteurs transversaux : la problématique de la dépression et des ressources.....	81
4.2.3.7	Attente en termes d'aide extérieure.....	82
4.2.4	<i>Synthèse des principaux résultats et éléments de conclusion</i> .....	82
<b>5</b>	<b>AXE 2. ORIENTATIONS POLITIQUES, POSITIONS INSTITUTIONNELLES ET DROIT CONVENTIONNEL EN DIRECTION DU HANDICAP PSYCHIQUE .....</b>	<b>84</b>
5.1	INSTITUTIONS EUROPEENNES ET INTERNATIONALES .....	84
5.1.1	<i>Objectifs de l'étude et méthodes employées</i> .....	84
5.1.2	<i>Résultats</i> .....	86
5.1.2.1	Consensus sur la façon d'appréhender le « handicap psychique » .....	86
5.1.2.2	Contenu des politiques institutionnelles en direction des personnes handicapées.....	87
5.1.2.3	Approches et orientations du BIT et de l'UE relatives au handicap psychique .....	89
5.2	REFERENCE A LA LOI DU 11 FEVRIER 2005 ET PRISE EN COMPTE DU « HANDICAP PSYCHIQUE » PAR LES ACCORDS COLLECTIFS RELATIFS A L'OBLIGATION D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES .....	93
5.2.1	<i>La reconnaissance légale de la variable « psychique » du handicap</i> .....	94
5.2.2	<i>L'emploi des personnes handicapées dans le champ de la négociation collective</i> .....	95
5.2.3	<i>Objectifs de l'étude et méthode</i> .....	96
5.2.4	<i>Résultats de l'étude des accords collectifs concernés</i> .....	99
5.2.4.1	Les références des préambules et champs d'application des accords .....	99
5.2.4.1.1	L'absence de référence à la loi du 11 février 2005 .....	99

5.2.4.1.2	La référence à la loi sans mention particulière.....	100
5.2.4.1.3	La référence à la loi de 2005 avec indication de la variable psychique .....	102
5.2.4.1.3.1	Une référence sans conséquence.....	102
5.2.4.1.3.2	Une mention conséquente .....	104
5.2.4.2	Les indices d'intégration conventionnelle du « handicap psychique ».....	105
5.2.4.2.1	La prise en compte potentielle de situations de « handicap psychique » .....	105
5.2.4.2.1.1	Le rappel d'un contexte favorable à la survenance d'un « handicap psychique » .....	105
5.2.4.2.1.2	La mise en œuvre d'une détection préventive des situations de handicap .....	106
5.2.4.2.1.3	L'indication de modalités contractuelles de recrutement ou de maintien en emploi.....	107
5.2.4.2.1.4	L'instauration de mesures de compensation adaptées à divers types de handicap .....	109
5.2.4.2.1.5	La possibilité d'un accompagnement « personnalisé » du travailleur handicapé.....	111
5.2.4.2.1.6	La sensibilisation et la formation à la diversité des situations de handicap .....	113
5.2.4.2.2	La prise en considération explicite de la spécificité du « handicap psychique ».....	114
5.2.5	<i>En guise de conclusion :</i> .....	116
<b>6</b>	<b>PRECONISATIONS GENERALES.....</b>	<b>118</b>
<b>7</b>	<b>VALORISATION ET CONSTRUCTION D'UN RESEAU D'ACTEURS SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELS.....</b>	<b>124</b>
7.1	JOURNEES D'ETUDES .....	124
7.1.1	<i>Cycle de conférences handicap psychique et travail</i> .....	124
7.1.1.1	1 <sup>ère</sup> journée d'études .....	124
7.1.1.2	2 <sup>ème</sup> journée d'études .....	126
7.1.2	<i>Journée d'études collaborative</i> .....	128
7.1.2.1	Journée d'études de l'Observatoire Régional des Risques Psychosociaux en Aquitaine (ORRPSA).....	128
7.1.2.2	Conférence dans le cadre de la semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées .....	128
7.2	INTEGRATION DE GROUPES DE TRAVAIL .....	129
7.2.1	<i>Membre du réseau « ILO Global Business and Disability Network » de l'Organisation Internationale du Travail, Genève</i> .....	129
7.2.2	<i>Membre du groupe de travail « Employeurs », ARI Insertion, Bordeaux</i> .....	129
7.2.3	<i>Membres du Comité de pilotage du projet « Maladies Chroniques et Travail », ARACT, nouvelle Aquitaine</i> .....	129
7.2.4	<i>Membre du Comité scientifique de l'UNAFAM</i> .....	129
7.3	COMMUNICATIONS EN CONGRES SCIENTIFIQUES .....	130
7.4	ORGANISATION ET INVITATION EN SYMPOSIUM : .....	130
7.5	CONFERENCES INVITE .....	131
7.6	INTERVIEW .....	132
7.7	PUBLICATIONS.....	132
7.8	DIRECTION ÉDITORIALE .....	133
7.8.1	<i>Numéro spécial « Trouble mental et travail : accompagnement et inclusion professionnelle pérenne »</i> <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
7.8.2	<i>Ouvrage collectif « Dépression, addiction, suicides : quelles ressources du travail ? »</i> ..... <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>134</b>
<b>9</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>

## Sommaire des figures

Figure 1 :	Modèle de recherche multifactoriel : déterminants personnels, organisationnels et attitudinaux de l'inclusion professionnelle de personnes ayant reçu un diagnostic de dépression .....	26
------------	---	----

Figure 2 :	Meilleur moment et pire moment pour divulguer son trouble à l'employeur .....	43
Figure 3 :	Modèle de l'appréhension à embaucher (France) .....	46
Figure 4 :	Modèle de l'appréhension à embaucher (Canada) .....	47
Figure 5 :	Modèle de l'amotivation à recruter .....	49
Figure 6 :	Modèle de la motivation citoyenne à recruter .....	50
Figure 7 :	Modèle de la motivation financière à recruter .....	50
Figure 8 :	Modèle des attentes de soutien pour l'entreprise.....	51
Figure 9 :	Modèle des attentes de soutien financier .....	52
Figure 10 :	Modèle des attentes de soutien pour la personne.....	53
Figure 11 :	Modèle de l'intégration du cadre juridique dans la politique de l'organisation .....	54
Figure 12 :	Modèle de l'intention d'investissement dans aménagement de poste.....	55
Figure 13 :	Modèle de l'intention d'embauche .....	56
Figure 14 :	Modèle récapitulatif de l'intention d'embauche.....	61
Figure 15 :	Modèle récapitulatif de l'intention d'investissement dans l'aménagement du poste .....	63
Figure 16 :	Participants à la 1ère journée d'étude.....	125
Figure 17 :	Participants à la 2ème journée d'étude.....	126
Figure 18 :	Répartition des organisations par secteur d'activité et comparaison avec l'effectif attendu..	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 19 :	Programme 1 <sup>ère</sup> journée d'étude Handicap psychique et travail .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 20 :	Programme 2 <sup>ème</sup> journée d'étude Handicap psychique et travail .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 21 :	Programme 5 <sup>ème</sup> Journée d'étude ORPSA.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 22 :	Programme conférence « Adéquation à l'emploi ».....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## Sommaire des tableaux

Tableau 1 :	Descriptif des variables indépendantes du modèle et qualités psychométriques des échelles.....	28
Tableau 2 :	Descriptif des variables intermédiaires du modèle et qualités psychométriques des échelles .....	30
Tableau 3 :	Descriptif des variables dépendantes du modèle et qualités psychométriques des échelles.....	30
Tableau 4 :	Moyennes, écarts types et pourcentage des caractéristiques de l'échantillon.....	34
Tableau 5 :	Représentations de la dépression en France et au Canada .....	36
Tableau 6 :	Représentations de la dépression au travail .....	39
Tableau 7 :	Moyennes, écarts types et comparaisons de moyennes entre les attitudes vis-à-vis de la dépression .....	40
Tableau 8 :	Moyennes, écarts types et comparaisons de moyennes entre les attitudes vis-à-vis de des pratiques.....	42
Tableau 9 :	Moyennes et écarts types des attitudes vis-à-vis de la divulgation du trouble.....	42
Tableau 10 :	Moyennes et écarts types des attitudes vis-à-vis du cadre juridique .....	43
Tableau 11 :	Moyennes, écarts types et comparaisons de moyennes entre les indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion.....	45
Tableau 12 :	Principaux leviers et freins à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique (dépression).....	64
Tableau 13 :	Représentations de la dépression en général .....	68
Tableau 14 :	Représentations de la dépression au travail .....	69
Tableau 15 :	Récapitulatif des rôles des acteurs syndicaux et des acteurs impliqués.....	73
Tableau 16 :	Rôles des acteurs syndicaux au Canada auprès d'un employé ayant vécu une dépression (source Corbière et al., 2014, tableau 3 p. 12) .....	74
Tableau 17 :	Leviers et freins politiques et sociétaux.....	75
Tableau 18 :	Leviers et freins liés au milieu de travail .....	76
Tableau 19 :	Leviers et freins organisationnels procéduraux.....	78

Tableau 20 :	Leviers et freins liés aux collègues de travail.....	78
Tableau 21 :	Leviers et freins liés au salarié atteint de dépression.....	79
Tableau 22 :	Leviers et freins liés aux acteurs syndicaux.....	80
Tableau 23 :	Leviers et freins liés aux services médicaux et aux autres structures d'aide .....	81
Tableau 24 :	Sensibilité des items .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 25 :	Facteur connaissance du cadre juridique.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 26 :	Facteur général attitudes générales vis-à-vis de la dépression.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 27 :	Facteurs attitudes spécifiques vis-à-vis de la dépression.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 28 :	Facteur attitudes vis-à-vis des pratiques de recrutement .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 29 :	Facteurs attitudes vis-à-vis des pratiques d'intégration .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 30 :	Facteur attitudes vis-à-vis de la non-divulgation.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 31 :	Facteur attitudes vis-à-vis du cadre juridique .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 32 :	Facteur perception des effets de la loi.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 33 :	Facteur général d'appréhension.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 34 :	Facteurs attentes compensatoires de soutien à l'emploi .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 35 :	Facteurs motivations à l'embauche.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 36 :	Facteurs niveau d'investissement .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 37 :	Facteur d'intégration du cadre juridique .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 38 :	Corrélations entre les caractéristiques des dirigeants et les caractéristiques des organisations et les variables attitudinales .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 39 :	Corrélations entre les variables attitudinales et les variables d'ouverture/fermeture à l'inclusion.....	<b>Erreur !</b>
	<b>Signet non défini.</b>	
Tableau 40 :	Corrélations entre les caractéristiques des dirigeants et les caractéristiques des organisations et les indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

# 1 Rappel du contexte d'émergence de la recherche

Cette recherche répond à la modalité 3 « soutien de projets de recherche » de l'appel à recherches Handicap psychique-Majeurs protégés 2013. Elle est centrée sur la question de l'inclusion professionnelle pérenne, c'est-à-dire le recrutement, l'intégration et le maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique (PSHP) et plus particulièrement de personnes atteintes de dépression. Elle s'insère dans la thématique de l'emploi des PSHP et renvoie à l'étude des contextes favorables ou défavorables au développement de la participation des PSHP à la vie professionnelle (axe 1 de l'appel à projet).

L'intérêt porté à ce thème résulte du constat de l'augmentation préoccupante des problèmes de santé mentale dans le monde (OMS, 2005). Les données épidémiologiques sont alarmantes : 27 % des personnes seraient concernées dans le monde par le trouble psychique (OMS, 2005), 600.000 en France (DRESS, 2004) et ce serait la deuxième cause des arrêts de travail dans l'Union Européenne (Institut de veille sanitaire). Les coûts mondiaux des troubles psychiques devraient atteindre six billions de dollars d'ici 2030 (Bloom et al., 2011). Au Canada, les coûts en soins de santé et perte de productivité attribuables aux troubles psychiques s'élèvent à plusieurs milliards de dollars annuellement (Lim, Jacobs, Ohinmaa, Schopflocher et Dewa, 2008). La France estime le coût de la prise en charge du handicap psychique à 14 milliards d'euros (Rapport IGAS, 2011).

Parmi les déclarations d'inaptitude professionnelle, une proportion inquiétante résulterait de la dépression. La revue de la littérature de Sanderson et Andrews (2006) indique que 8 à 10% des travailleurs souffrent d'un épisode dépressif majeur pendant une période de 30 jours. L'incidence de la dépression majeure se situe entre 2% et 7% de la population active au Canada (Dewa, McDaid, et Sultan-Taïeb, 2011). En Europe, d'après l'enquête IDEA (Audit de l'impact de la dépression sur le lieu de travail en Europe<sup>1</sup>) réalisée par l'Association Européenne contre la Dépression-EDA, une personne active sur dix s'est absentée de son travail à cause d'une dépression. Le coût est estimé à 92 milliards d'euros en 2010 au sein de l'UE, lié pour moitié à l'absentéisme et au présentéisme (Olesen, Gustavsson, Svensson et al., 2012).

Face à ce problème de santé publique qui touche notablement les milieux de travail (qui peuvent s'avérer parfois provocateurs du trouble psychique), des orientations politiques en faveur du maintien de la santé mentale et du développement du bien-être au travail ont émergé (par ex. le Pacte Européen pour la Santé mentale et le bien-être de l'U.E - Commissions des Communautés Européennes, 2008). La prévention des troubles psychiques en entreprise avec le développement des conditions favorables à la qualité de vie au travail des salariés est largement documentée dans la littérature scientifique (par ex.

---

<sup>1</sup><http://www.multivu.com/assets/56613/documents/56613-french-original.pdf>

études sur les risques psychosociaux, la pénibilité au travail, la souffrance au travail). Elle a donné lieu à des mesures de prévention primaires, secondaires et tertiaires de la survenue de troubles psychiques en entreprise en travaillant notamment sur les conditions favorables à la qualité de vie au travail des salariés.

Cependant, la question de la réintégration des personnes qui ont déclaré un problème de santé mentale suffisamment handicapant pour les obliger à rompre avec le monde du travail, reste peu investiguée et s'avère problématique. S'apparentant à un groupe minoritaire, ils subissent les mêmes conséquences en termes d'exclusion professionnelle avec d'importants problèmes d'accès, de retour et de maintien en emploi en France (Pachoud et Corbière, 2014) et dans le monde (Fraser, Johnson, Hebert, Ajzen, Copeland, Brown et Chan, 2010 ; Stuart, 2011). En France, il existe un cadre juridique visant à promouvoir l'emploi des personnes en situation de handicap et qui couvre le handicap psychique. Mais son impact dans le cadre du droit social est à renforcer (Auvergnon, 2012) car le quota des 6% de personnes en situation de handicap obligatoire dans les entreprises d'au moins vingt salariés (obligation d'emploi de travailleurs handicapés - OETH) n'est pas atteint même s'il progresse (selon le Rapport DARES, 2011). En outre, sur les deux millions de personnes en situation de handicap qui bénéficient de l'obligation d'emploi, environ 13% seulement auraient un handicap psychique (Evaluation DARES, octobre 2013). Les données chiffrées disponibles sur l'emploi des PSHP sont rares mais il est estimé comme restant très faible en milieu ordinaire (> 5% des effectifs intégrés dans des programmes de soutien selon Pachoud et al., 2013) et s'il y a accès à l'emploi, le maintien est très faible (1,7% de maintien réussis selon les chiffres de l'AGEFIPH, 2014). Ainsi, les réticences des entreprises à embaucher des personnes en situation de handicap sont d'autant plus fortes pour les PSHP (selon l'enquête de IMS-Entreprendre pour la cité publiée en 2011 par Al Adlouni, Chevalier, Dauvergne, Lauvergne, Plégat, de Reboul et Scharnitzky). L'un des premiers obstacles à leur emploi est le préjugé des employeurs (Corbière et al., 2012) lié notamment à leur méconnaissance des troubles psychiques tels que la dépression.

Il semble qu'il existe une tension entre les obligations légales d'emploi et les représentations que les employeurs ont de ces personnes. Finalement, peu d'études envisagent la position de l'entreprise face à l'inclusion d'une PSHP. Ce constat est également fait par différents auteurs qui déplorent un manque de connaissances des acteurs de l'entreprise autour du trouble psychique (Le Roy Hatala, 2009) et la nécessité d'interroger les pratiques RH de l'organisation (De Béranger, 2004 ; Le Roy Atala, 2009 ; Shankar et al., 2014 ; Watine, 2005). Face à cette carence d'études s'attachant à questionner les acteurs des organisations sur les difficultés liées à l'embauche, à l'intégration et au maintien en emploi des PSHP, alors même que certaines entreprises affichent aujourd'hui une politique sociale orientée vers la diversité, l'objectif général de ce projet de recherche est d'identifier les facteurs facilitant ou entravant le traitement professionnel égalitaire des personnes en situation de handicap psychique, et particulièrement celles atteintes de dépression. Les investigations concernent 2 axes principaux :



Axe 1. Les attitudes vis-à-vis de la dépression et pratiques d'inclusion professionnelle :

- De dirigeants d'organisations installées en France et soumises à l'OETH et comparaisons avec des données Canadiennes.
- D'acteurs syndicaux et comparaisons avec des données Canadiennes.

Axe 2. Les orientations politiques et les positions institutionnelles en direction du handicap psychique :

- Institutions européennes et internationales (Union Européenne et Bureau international du travail).
- Prise en compte du « handicap psychique » par des accords collectifs relatifs à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH).

Le présent rapport de recherche propose dans un premier temps de faire un rappel des éléments conceptuels relatifs aux différents aspects touchant l'inclusion professionnelle des PSHP. Nous proposons ensuite d'exposer les méthodes de recueil de données employées ainsi que les principaux résultats des différentes études menées dans les 2 axes précités. Les résultats des études seront exposés et des perspectives d'actions relatives à ce type d'inclusion proposées. Enfin, une dernière partie sera consacrée aux actions de valorisation des travaux menées dans le cadre de ce projet.

## 2 Repères conceptuels

### 2.1 Position du problème dans le paysage français

#### 2.1.1 La notion de handicap psychique

La notion de « handicap psychique » est assez spécifique à la France. Elle est apparue dans les années 1960 et considérée comme la conséquence directe des troubles psychiques, qui se manifestent par une variété de symptômes dont la dépression fait partie. Les troubles psychiques ne donnent pas toujours lieu à un handicap psychique. D'un point de vue psychosocial, pour qu'il y ait handicap, il faut que les troubles psychiques aient un impact négatif sur la vie de la personne. En contexte organisationnel, il faut que ces troubles engendrent une inadéquation entre les attentes de l'entreprise et le comportement du travailleur (Le Roy Hatala, 2010). D'un point de vue juridique, la définition/reconnaissance de la notion de « handicap psychique » trouve son origine dans la législation du droit social français et a mis du temps à être prise en compte par le droit (Barreyre et Makdessi, 2007). La réforme en 1975 du régime applicable aux personnes handicapées s'avère générale, ce n'est que plus tard, avec la loi du 11 février 2005 que les troubles psychiques ont été reconnus comme pouvant être à l'origine d'un handicap. C'est à cette occasion que la législation française va afficher une distinction, notamment, handicap mental et handicap psychique. Le premier (souvent diagnostiqué dans l'enfance) est associé à une déficience intellectuelle alors que le second n'affecte pas directement les capacités intellectuelles mais plutôt leur mise en œuvre. Il est à noter que la littérature mondiale spécialisée tend à éviter ce terme jugé stigmatisant au profit des notions de trouble mentaux courants/transitoires («common mental disorders») ou graves («severe mental disorders»). Le terme de trouble mental grave dans la littérature anglo-saxonne réfère à la notion de handicap psychique en contexte français.

#### 2.1.2 Handicap psychique et protection juridique française en matière d'emploi

En matière d'insertion professionnelle, la loi du 10 juillet 1987 constitue un moment déterminant pour l'avancée des droits des personnes reconnues handicapées (Auvergnon, 1991, 2012). Elle impose notamment une obligation d'emploi à hauteur de 6% des effectifs à toute entreprise ou organisme employant au moins vingt travailleurs. Toutefois cette obligation d'emploi d'une part, peut être remplie par d'autres voies que l'emploi « direct » (accord collectif disposant sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées, sous-traitance avec le secteur « protégé »), d'autre part, est sanctionnée en cas d'irrespect par des pénalités financières uniquement dans le secteur privé. Ce n'est que plus récemment avec la loi du 11 février 2005 que ces sanctions financières ont été étendues au secteur public. Le respect de l'obligation légale se mesure au regard de l'emploi de personnes « reconnues » handicapées, hier par les «Cotorep», aujourd'hui via les « MDPH ». La reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés

(RQTH) s'accompagne d'une orientation professionnelle de la personne (en milieu protégé ou ordinaire de travail). Elle ouvre aussi droit, pour elle et pour l'institution ou l'entreprise l'accueillant, à diverses aides financières de la part de l'Agefiph (secteur privé) ou du Fiphfp (fonction publique), notamment en ce qui concerne la mobilité, le tutorat, l'adaptation du poste de travail. La reconnaissance institutionnelle de la qualité de travailleur handicapé est donc en soi un enjeu pour l'entreprise (prise en compte dans le calcul du respect de l'obligation d'emploi, bénéfice d'aides) mais elle ne peut en aucun cas imposer à «son» travailleur de se faire reconnaître «handicapé».

La loi 2005 a, pour sa part, valorisé la notion et l'objectif «d'égalité de traitement» des personnes en situation de handicap. Elle énonce que l'employeur doit « prendre des mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés [...] d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée [...] ». Par ailleurs, l'article L. 1132-1 du Code du travail, dans une logique de lutte contre les discriminations, rappelle que : « Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte [...] en raison de son [...], état de santé ou de son handicap » (Article L. 1132-1).

Malgré ces prévisions juridiques et les enjeux financiers qui y sont liés, comme indiqué plus haut, les entreprises françaises soumises à l'obligation d'emploi atteignent difficilement le quota des 6% (DARES, 2011) et les stigmatisations professionnelles semblent particulièrement actives notamment lors de l'embauche et de l'intégration de personnes handicapées (Stuart, 2011).

## **2.2 Stigmatisations professionnelles des personnes en situation de handicap psychique**

### **2.2.1 Stigmatisation et processus psychologiques à l'œuvre dans la discrimination à l'embauche**

Le milieu de travail est reconnu comme un lieu propice à la stigmatisation, particulièrement visible lors du recrutement du personnel et de son intégration en milieu de travail (Laberon, 2014a). Les conséquences délétères pour le salarié sont de l'ordre de l'exclusion du marché du travail, de difficultés d'intégration dans l'équipe de travail ou encore de sous-emploi. La psychologie du travail, dans une perspective appliquée, a largement contribué à saisir comment le contexte professionnel participait à l'élaboration du stigmat. Elle rend compte de mécanismes cognitifs implicites qui produisent des distorsions systématiques dans l'identification des prérequis pour l'embauche et dans l'appréciation des compétences professionnelles des candidats. Les représentations sociales interviendraient fortement le

choix des critères de sélection qui sont principalement issus de « perceptions stéréotypées » relatives au « bon travailleur », sorte de profil idéal centré sur des caractéristiques personnelles du candidat et déconnecté des compétences comportementales réellement prédictives de la réussite en emploi (Laberon et Vonthron, 2011). Ils se forment ainsi une image très précise du profil recherché, le plus souvent sans procéder à une analyse du poste de travail à pourvoir. Quant à l'évaluation des candidats, elle est faite au moyen de techniques dont la validité est extrêmement faible, notamment par des entretiens non structurés, propices à l'intervention de préjugés et de stéréotypes réducteurs et caricaturaux. Un phénomène de dilution des informations pertinentes au profit de perceptions stéréotypées conduit à un sentiment défavorable dirigé contre le candidat dès lors que l'individu s'écarte notablement des normes sociales et qui plus est des normes d'efficacité professionnelle (Vonthron, 2008). Ces « erreurs » de jugement altèrent l'équité des jugements professionnels et contribuent fortement à la disqualification de personnes présentant des caractéristiques saillantes à « haut potentiel de stigmatisation » comme peut l'être le handicap en milieu de travail. Les stéréotypes ont aussi pour fonction de fournir des justifications à l'acte de rejet de la candidature.

Le modèle du manque d'adéquation (« The lack of fit model ») développé par Heilman en 1983 explique bien ce phénomène. Il a montré que les recruteurs cherchent des adéquations entre les caractéristiques qu'ils supposent nécessaires pour réussir dans le poste recruté (profil du candidat attendu) et celles qu'ils perçoivent chez le candidat (lors de son évaluation). Un manque d'adéquation entre les deux composantes expliquerait le rejet de la candidature.

L'étude des représentations sociales et des croyances vis-à-vis de publics jugés « hors normes » est ainsi nécessaire pour expliquer des phénomènes d'exclusion professionnelle.

### **2.2.2 Stigmatisation et représentations sociales de la maladie mentale**

La plupart des recherches sur la maladie mentale ont tenté de définir la maladie, ses causes, ses traitements et le rôle des professionnels et des institutions (Dixit, 2005). Peu de travaux ont été menés jusqu'à présent sur les représentations sociales de la maladie mentale (Tremblay, 2005). Par le terme représentation sociale de la maladie mentale, il est désigné les croyances envers la maladie qui se construisent dans un processus psychosocial quotidien et qui sont donc nécessairement différentes du savoir médical et scientifique (Turner, 2001). L'étude de Dixit (2005) aborde cette question et propose, à l'issue d'une étude qualitative sur 35 personnes, quelques points d'entrée constitutifs de la représentation sociale de la maladie mentale. La maladie mentale y est définie en termes de causes, de symptômes et de manifestation de la maladie avec les conséquences associées. Concernant les causes, deux perceptions s'opposent, celles des personnes qui considèrent que la maladie mentale est liée aux circonstances négatives de la vie, et celles qui pensent que les personnes qui en sont atteintes ont une

part de responsabilité dans le développement et le maintien de la maladie notamment explicable par un manque de volonté et d'actions (volition) pour s'en sortir. Les symptômes évoqués sont proches de ceux de l'anxiété et de la névrose et sont associés à de mauvais pronostics de guérison. Les manifestations de la maladie renvoient à des comportements sociaux inappropriés, parfois à de la déviance sociale qui expliquerait naturellement l'isolement de ces personnes et leur inutilité dans le développement de la société, voire leur aspect nuisible à son bon fonctionnement. Peu de personnes au final évoquent la banalisation de la maladie mentale c'est-à-dire son aspect fréquent et universel. Ce sont donc les notions de responsabilité et d'impact sociétal qui président la représentation de la maladie mentale dans cette étude. Ces représentations sociales de la maladie mentale laissent présumer une double fonction protectrice : d'un côté, les individus se croient protégés de la maladie mentale puisque les « malades » sont quelque part un peu responsables (croyance en un monde juste), de l'autre, l'aspect nuisible de ces personnes pour la société permettent de justifier leur mise à distance (et ainsi de s'en protéger). Cette étude, même si limitée dans son aspect généralisable, donne un cadre de compréhension des représentations de la maladie mentale.

Les études menées dans le champ de la stigmatisation de la maladie mentale rendent compte de résultats proches. Abordées sous l'angle des croyances et des attitudes vis-à-vis de la maladie mentale, ces études procurent des données sur les stéréotypes qui y sont associés. La revue de question de Hayward et Bright (1997) indique quatre composantes principales du stéréotype négatif associé à la maladie mentale : la dangerosité (considérés comme enclins à la violence), l'attribution de la responsabilité (présumés responsables de leur maladie), le mauvais pronostic (rémission perçue comme peu probable) et la perturbation de l'interaction sociale (jugés inadaptés dans leurs relations sociales). A ces notions de danger et de peur, l'étude d'Angermeyer (1996) rendait également compte de l'exclusion de la communauté et de l'irresponsabilité de ces personnes.

Plus récemment, la revue de question Shannon et Penn (2003) sur la stigmatisation de la maladie mentale indique que les stéréotypes communs recouvrent notamment trois thèmes :

- « l'autoritarisme » : devoir diriger et contrôler ces personnes du fait de leur irresponsabilité et de leur incapacité de prendre soin d'elles-mêmes ;
- « la peur et l'exclusion » ou restriction sociale : croyance selon laquelle ils auraient peur et se sentiraient isolés du fait que l'on les croit dangereux ;
- « la bienveillance » : devoir prendre soin d'eux à cause de leur naïveté présumée, ce qui constitue une contrainte.

En France, une étude d'envergure (Roelandt, 2010) menée sur 36 000 personnes a montré que le terme de maladie mentale était principalement associé à des comportements violents, dangereux, différents des autres et à l'exclusion professionnelle (pour plus de 75% de l'échantillon). Parmi les pathologies

psychiatriques, c'est la schizophrénie qui provoque le plus de rejet et de stigmatisation (Angermeyer et al. 2001). Plusieurs composantes du stéréotype de la maladie mentale relevées par Hayward et Bright (1997) telles que la dangerosité, l'attribution de responsabilité, le mauvais pronostic de rémission et les difficultés relationnelles (Angermeyer et al., 2004 ; Crisp et al. 2000 ; Sartorius, 2002 ; Corrigan et al., 2002) sont communes à la schizophrénie. A ces dimensions, d'autres plus spécifiques à cette maladie ont été relevées : le dédoublement de personnalité (Boisvert et al., 1999 ; Quintin, 2001 ; Zarifian, 1994) ; l'incompétence, l'imprévisibilité et la créativité, qui constituerait le seul stéréotype positif de la maladie (Angermeyer et al., 2004).

En ce qui concerne la dépression, d'autres dimensions spécifiques apparaissent telles que la fatigue et la diminution de la capacité à travailler, à se concentrer, à prendre des décisions et de prendre part dans les loisirs, la tristesse, l'irritabilité, la culpabilité, l'incapacité à apprendre de nouvelles choses et la perte d'intérêt pour les autres, l'isolement et le suicide (Raty, 2006 ; Roelandt, 2010). En somme, elle fait référence à la souffrance psychologique. A la différence de la schizophrénie et de la maladie mentale en général, la dépression est caractérisée par une causalité environnementale (problèmes affectifs, relationnels, familiaux, professionnels) (Roelandt, 2010). L'étude de Roelandt (2010, p. 11) conclut que le dépressif apparaît « comme un personnage plus familier, souffrant, guérissable, qu'on peut soigner par soutien relationnel, parfois par des médicaments, mais qui ne requiert pas d'hospitalisation ».

Ces représentations et stéréotypes négatifs associés à la maladie mentale se diffusent notablement en contexte professionnel. En effet, bon nombre d'études ont mis en évidence que les jugements issus de la sphère professionnelle qui sont émis envers les personnes présentant des troubles psychiques en milieu de travail sont extrêmement négatifs, en France (Al Adlouni, et al., 2011 ; Chapireau, 2006) comme en Amérique (Bernardin, Lee, 2002 ; Lee, 1996 ; Stuart, 2011) ou même en Chine (Corrigan, Kuwabara, Tsang, Shi, Larson, Lam, et al., 2008 ; Corrigan, Tsang, Shi, Lam, & Larson, 2010). Les incapacités psychologiques généreraient plus de méfiance et d'inquiétude chez les employeurs que les incapacités physiques (Hernandez et al., 2000 ; Shani et Pizam, 2009) et ils seraient donc moins disposés à embaucher les personnes présentant des troubles psychiques (Fuqua, Rathburn et Gade, 1984 ; McFarlin, Song et Sonntag, 1991 ; Thakker, 1997 ; Glozier, 1998 ; Stuart, 2004, 2006 ; Dalgin et Bellini, 2008 ; Corrigan et Watson, 2002 ; Corrigan et al., 2008). D'une façon générale, les études menées auprès d'employeurs (Arboleda-Florez, 2003 ; Bernardin, Lee, 2002 ; Corrigan, Larson, & Kuwabara, 2007 ; Crisp et al. 2000 ; Hand et Tryssenaar, 2006 ; Krupa, Kirsh, Cockburn, & Gewurtz, 2009 ; Mechanic et al. 2002 ; Scheid, 2005 ; Tsang et al., 2007) montrent qu'ils ont tendance à considérer les personnes présentant des troubles psychiques comme agressives, dangereuses, étranges, imprévisibles, peu intelligentes, déraisonnables, peu fiables, sans maîtrise de soi et effrayantes et expriment une série de préoccupations en remettant en cause leur capacité à accomplir le travail demandé (manque de compétences, absentéisme, problèmes de qualité, de productivité, de performance au travail), leur capacité à gérer les relations professionnelles

(difficultés de socialisation par manque de compétences sociales et émotionnelles, menace pour la sécurité des autres employés ou clients) leur capacité à s'adapter (mauvaise gestion du stress au travail) et considèrent les besoins d'accommodements comme coûteux.

Comme l'ont indiqué Shankar, Liu, Nicholas, Warren, Lai, Tan, et al., (2014) ce sont les obstacles structurels et attitudeux entretenus par le milieu de travail qui expliqueraient cette exclusion. Ces obstacles relèvent de croyances que Krupa et al., (2009) ont synthétisés en 5 grandes catégories dans leur étude Canadienne : l'incompétence, la dangerosité et le caractère imprévisible (avec crainte d'une évolution délétère), le caractère non légitime de ce type de maladie (par ex. motif d'absentéisme jugé moins crédible que les causes physiques), le travail serait mauvais pour la santé de ces personnes (trop fragiles pour supporter le stress professionnel), l'incompatibilité avec les besoins organisationnels.

La mise à l'écart du processus de sélection des PSHP est donc immédiate (sans évaluation des compétences). Les justifications produites sont de l'ordre du manque de polyvalence, de rentabilité, de l'absentéisme fréquent, de la non-acceptation par les collègues ou les clients, d'une charge supplémentaire pour le système organisationnel et d'une crainte d'évolution délétère du handicap (particulièrement perceptible pour le handicap psychique dont les symptômes sont perçus comme imprévisibles). Le nombre de tâches non accessibles aux personnes handicapées et les coûts liés à leur intégration est également surévalué (Camarena, 2003 ; Arboleda-Florez, 2003 ; Crisp et al. 2000 ; Farina et al. 1973 ; Hand et Tryssenaar, 2006 ; Mechanic et al. 2002 ; Scheid, 2005).

Ces représentations et stéréotypes négatifs sont donc tenaces et vont entraver le processus d'accès, de maintien mais aussi de retour ou de réintégration en emploi des personnes en situation de handicap psychique (Corbière et Durand, 2011). Ozawaa et Yaeda (2007) ont montré que de faibles niveaux de préjugés sont corrélés avec des niveaux élevés de motivation des employeurs pour embaucher ce type de personnes. A cet égard, le changement des représentations de l'environnement professionnel vis-à-vis des PSHP apparaît être un enjeu majeur. Bazier et Mercier (2001) indiquent que la représentation dépend des relations que l'acteur social entretient avec l'objet de représentation. La question de l'expérience de côtoiement des PSHP est donc d'importance pour comprendre le changement ou le renforcement des représentations et les attitudes de l'environnement professionnel.

### 2.2.3 Stigmatisation et expérience de côtoiement

D'une façon générale, il a été montré que le contact direct avec une personne ayant une maladie mentale réduisait la stigmatisation (Couture et Penn 2003), la distance sociale augmentant d'autant plus la probabilité de ne pas être recruté (Brohan et al., 2010).

Plus précisément, les individus ayant une expérience personnelle de côtoiement de personnes atteintes d'une maladie mentale, par contact direct ou fréquentation d'individus familiers, sont moins susceptibles de présenter des attitudes préjudiciables (Holmes et al., 1999 ; Penn et al., 1999 ; Stuart, 2011). D'ailleurs, le côtoiement ou le contact direct est ressorti dans une étude canadienne comme une des stratégies mise en avant pour combattre le stigmate social vis-à-vis des personnes aux prises avec un trouble mental (Corbière et al., 2012).

Sur le plan professionnel, une expérience d'embauche d'une PSHP peut également limiter la stigmatisation et augmenter la motivation à en inclure d'autres (Andersson, 2012 ; Hand et Tryssenaar, 2006 ; Mizzoni et Kirsh, 2006 ; Ozawaa et Yaeda, 2007). Le même type de résultat a été retrouvé par Martin (2010) dans son étude concernant les attitudes des managers vis-à-vis des personnes atteintes d'une dépression.

A ces résultats, il faut ajouter une donnée complémentaire introduite par des études plus récentes (Ju et al., 2013 ; Shankar et al., 2014). Le contact direct ne serait favorable que si l'appréciation de l'expérience vécue avec la PSHP est positive. Les stéréotypes et préjugés sont renforcés lorsque les employeurs ont eu une expérience négative. Ils pensent alors que ces travailleurs ne peuvent pas être assez compétitifs ou fiables et ne souhaitent pas reproduire cette expérience. Ce dernier résultat mériterait d'être confirmé en population française et semble indiquer que la mise en contact professionnelle ne peut être positive que si elle est bien préparée.

### 2.2.4 Stigmatisation et auto-stigmatisation

Ces stigmatisations professionnelles ont un impact sur la santé psychique des individus qui en sont les victimes. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques déclarent percevoir des attitudes stigmatisantes sur le lieu de travail et subir les effets de la discrimination (Russinova, Griffin, Bloch, Wewiorski, Rosoklija, 2011). Ils rencontrent des attitudes, des comportements et des commentaires négatifs de leurs collègues et de leurs employeurs (Stefan, 2002), au point parfois de quitter leur travail en raison des difficultés interpersonnelles que cela génère (Mak et al., 2006; Stuart, 2006).

En ce qui concerne plus précisément la dépression, l'étude de Roeloffs et al. (2003) montre que sur



1150 bénéficiaires de soins primaires au Minnesota, 67 % de ceux ayant des antécédents de dépression s'attendent à subir de la discrimination en matière d'emploi.

Ils sont donc conscients de cette stigmatisation et en supportent l'effet pervers à savoir son anticipation. Cette clairvoyance génère du découragement à acquérir des compétences, à s'investir et à adopter des comportements socialement désirables, mais aussi des comportements de repli, d'isolement, d'agressivité et d'évitement des situations professionnelles stigmatisantes (p. ex. abandon de candidature, absentéisme, etc.) : c'est le phénomène d'auto-stigmatisation. Les perceptions stéréotypées de leur entourage professionnel s'en verront alors renforcées. Ce processus a été identifié sous le nom des prophéties auto-réalisatrices ou « Self-Fulfilling Prophecy » (Merton, 1948).

### 2.2.5 Stigmatisation et divulgation du trouble

Conscientes de cette stigmatisation, la question de la divulgation du trouble en milieu de travail est un choix difficile pour la PSHP (Corbière, Villotti, Toth, Waghorn, 2014). La revue de question de Brohan et al. (2012) portant sur 48 articles scientifiques de qualité élevée montre d'une part, que la divulgation peut représenter des avantages comme la protection légale contre la discrimination, l'obtention d'un soutien, recevoir des accommodements de travail, se défaire du stress inhérent au fait de cacher son trouble, ressentir un sentiment de liberté et de confiance ou d'honnêteté. D'autre part, que cette divulgation présente de forts inconvénients dans la mesure où la personne sait que si elle divulgue son trouble, elle s'expose à un risque de stigmatisation qui peut restreindre ses chances d'accès à l'emploi, ses opportunités de carrière, porter atteinte à sa crédibilité, être rejetée ou isolée des collègues.

Brohan et al. (2012) ont également identifié plusieurs facteurs associés au fait de divulguer son trouble psychique. Le fait d'être une femme, de participer à des programmes de soutien à l'emploi, de percevoir du soutien émotionnel de la part de ses collègues et supérieurs, de bien connaître la législation afférente, d'avoir reçu des bénéfices en lien avec son handicap, d'avoir des troubles de l'humeur plutôt qu'un autre type de handicap psychique, la difficulté de gestion des symptômes en milieu de travail, de travailler dans les secteurs médico-social ou de l'éducation et enfin d'avoir un niveau de préoccupation élevé à retrouver du travail prédit la divulgation du trouble en milieu professionnel.

Du côté des employeurs, ils préféreraient que la personne divulgue son trouble psychique et même avant le recrutement (Little, Henderson, Brohan et Thornicroft, 2011). Cependant, cela peut aussi bien être pour procéder à des aménagements que pour éviter la candidature, d'autant que les employeurs exposent de vives difficultés structurelles quant à l'inclusion en milieu ordinaire de travail de ce type de public.

## 2.3 Les freins à l'inclusion en milieu ordinaire de travail rencontrés par les dirigeants

### 2.3.1 Les freins structurels de recrutement et d'intégration en emploi

Si la littérature scientifique est fournie en ce qui concerne la santé mentale, sa prise en charge, la réhabilitation ou même le rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiques, elle l'est beaucoup moins en ce qui concerne l'accompagnement des employeurs dans ce type d'inclusion et l'étude des difficultés qu'ils rencontrent. En France, l'étude de Peureux et Pronier (2009) réalisée pour l'APEC auprès de DRH et d'employeurs portent sur cette question, même si elle aborde le handicap en général. Le rapport évoque « le parcours du combattant » lorsqu'il s'agit de recruter des personnes en situation de handicap. Le sourcing est qualifié de « maquis institutionnel », il y a peu de candidatures spontanées et des carences de profils qualifiés (82 % des personnes demandeurs du statut RQTH ont un niveau inférieur ou égal au BEP, 15 % avec un niveau supérieur ou égal au bac), même si c'est moins le cas pour le handicap psychique. Les 6% leur paraissent quasi inatteignable pour ces raisons de qualification. L'aménagement du poste de travail semble constituer une contrainte qui est perçue comme dépassant leur compétences et coûteuse, alors que l'on sait que 90% des besoins d'accommodements de travail pour ce groupe de personnes sont faisables et modiques (Corbière, Villotti, Lecompte, Bond, Lesage, Goldner, 2014 ; MacDonald-Wilson et al., 2002). Enfin, le management crée aussi une préoccupation car ils estiment ne pas avoir la connaissance, les compétences et la formation nécessaires pour manager les personnes atteintes d'un trouble psychique.

L'étude menée par Shankar et al. (2014) au Canada pointe également cette difficulté liée au manque de formation des employeurs et des managers de proximité sur la promotion et le maintien de la santé mentale au travail. La pression à la productivité est également citée comme un frein structurel dans la mesure où les managers perçoivent les PSHP comme des personnes qui diminueront nécessairement la performance de l'équipe. L'équilibre à trouver entre les besoins des PSHP et ceux de l'employeur est perçu comme une réelle difficulté. En outre, ils pensent qu'ils ne sont pas des professionnels en santé mentale, n'ont pas été formés à ce type de management spécifique et qu'à ce titre, cette activité ne fait pas partie de leur travail. Un reproche émerge également à l'endroit des PSHP qui ont tendance à ne pas divulguer leur trouble (Corbière, Villotti, Toth, Waghorn, 2014), ce qui rend les aménagements quasiment impossibles et pénalise leur bonne intégration en emploi. Un autre élément pénalisant, cité par les managers de grandes entreprises est le manque de coordination et de communication avec les services dédiés aux ressources humaines ou au handicap. Ils estiment manquer d'information sur les ressources internes disponibles et être trop isolés face à ce type de management spécifique. Ils déplorent également le peu de communication positive autour des expériences d'inclusion professionnelle réussies. La question de la médication et de ses effets secondaires est également posée. Les employeurs évoquent la

nécessité de l'assurance d'une bonne adéquation entre les exigences de l'emploi et la médication prescrite. Ils disent également avoir besoin d'être formé à la gestion des crises éventuelles car se sentent démunis et en insécurité par rapport à cela. Ces deux derniers points sont évoqués comme des leviers d'embauche, des conditions *sine qua non*.

Pour pallier ces difficultés, les conseillers en emploi spécialisés œuvrant dans des programmes de soutien à l'emploi localisés au Canada et dans d'autres pays anglo-saxons, facilitent l'intégration au travail des PSHP dans l'organisation en offrant ses services à l'employeur (Corbière, Brouwers, Lanctôt, et van Weeghel, 2014). C'est aussi le cas en France avec les accompagnements proposés par le FIPHFP, l'AGEFIPH, Cap Emploi ou encore les SAMETH qui sont finalement assez peu utilisés par les entreprises (De Pierrefeu et al., in press).

Le recrutement d'une PSHP représente donc pour l'employeur une prise de risque bien plus élevée que celle qui serait liée à l'embauche d'une PSH physique. Le handicap psychique génère un niveau d'incertitude élevé concernant, notamment, la capacité de l'individu à occuper son poste de façon régulière et efficace, tout comme son intégration dans le collectif de travail (Al Adlouni, Chevalier, Dauvergne, Lauvergne, Plégat, de Reboul et Scharnitzky, 2011). Finalement, les structures qui se soucient d'être en conformité avec l'OETH peuvent trouver plus sécurisant de recruter des personnes présentant un handicap physique ou mental (stabilisé).

### 2.3.2 Les freins dans les politiques organisationnelles d'intégration

Il semble qu'il existe un consensus dans le monde professionnel sur le fait qu'il est nécessaire d'embaucher des personnes en situation de handicap et les politiques handicap dans les organisations sont parfois très affirmées par le truchement des politiques diversité. Certaines entreprises sont très engagées et ont inclus ce point dans leur identité, leur culture et donnent image d'exemple. D'autres ont pour motivation l'obéissance à la loi. Cependant, dans les deux cas, les différents types de handicap sont traités inégalement, avec la nette préférence pour inclure le handicap physique plutôt que psychique jugé trop instable et donc imprévisible. Le traitement des différents types de handicap reste inégal dans les politiques d'intégration (Peureux et Pronier, 2009 ; Shankar et al., 2014).

Par ailleurs, si la loi française de 2005 a permis de faire progresser les taux d'emploi de travailleurs handicapés, cette loi est perçue comme une astreinte, comme injuste car elle ne tient pas compte de la taille des entreprises et des secteurs d'activités, certains étant prétendument plus ou moins adaptés à l'accueil de travailleurs handicapés (Peureux et Pronier, 2009). A cela, s'ajoute la non obligation de divulguer son handicap, ce qui laisse penser aux employeurs qu'ils atteindraient sans doute leurs quotas dans le cas contraire.

Les politiques handicap sont également freinées par les difficultés de ressources dans les petites et moyennes entreprises. Dans l'étude de Shankar et al. (2014), les employeurs ayant eu des expériences négatives avec des PSHP sont ceux qui ont peu de ressources pour assumer leur supervision. Le manque de ressources (formation, temps dédié au maintien) est en effet cité comme un frein majeur. Les entreprises de grande taille ont l'avantage d'avoir un service de ressources humaines et parfois même un service dédié au handicap ou à la diversité. Cependant, comme nous l'avons vu plus avant, les managers se plaignent néanmoins d'un manque de coordination et de communication entre eux et ces services dédiés.

Enfin, il semble qu'en France, les dirigeants ainsi que les managers soient contre tout principe de discrimination positive pour des raisons de rentabilité, d'équité et de culture du mérite. Le recrutement ne doit se baser que sur les compétences en évaluant l'adéquation de celles-ci aux critères de sélection. Maintenir des processus de recrutement identiques serait gage d'égalité et ne recruter que sur les critères de compétences, gage de rentabilité et de reconnaissance du mérite. De ce fait, l'idée d'ouvrir des emplois réservés n'apparaît pas non plus pertinente (Peureux et Pronier, 2009). Cette culture égalitaire non discriminatoire et méritocratique ou d'équité horizontale, ne tient pas compte de la maladie et éloigne alors de toute logique de compensation, plus égalitariste, sorte d'équité verticale qui tient compte de la maladie et cherche à réduire les écarts par des procédures compensatoires. Ce type de logique peut ainsi représenter un frein à d'éventuelles adaptations de la procédure de recrutement, mais ce point reste à explorer davantage au regard de toutes les étapes qu'elle contient (profil de poste, sourcing, évaluation...).

Cette revue de la littérature semble indiquer, comme l'ont relevé Shankar et al. (2014), que l'ouverture à l'inclusion professionnelle dépend largement des représentations et attitudes vis-à-vis du trouble psychique en milieu de travail et par là de l'expérience de côtoiement du handicap psychique alors que la décision d'embaucher une PSHP dépendrait aussi de facteurs plus instrumentaux et structurels relevant plus globalement de la qualité de l'accompagnement des organisations et de leurs acteurs dans ce type d'inclusion. L'attention doit donc être portée sur des modèles dynamiques de l'inclusion tenant compte des interactions entre une pluralité de facteurs et non sur une approche individuelle centrée sur la PSHP et ses capacités. Dans ces facteurs, le rôle des acteurs du milieu professionnel s'avère également fondamental et mérite d'être plus amplement investigué et investi. Le rôle des dirigeants et des acteurs syndicaux notamment a fait l'objet d'études et apparaît essentiel.

## 2.4 Le rôle prégnant des dirigeants et des syndicats dans la réussite de l'inclusion

Le paradigme de l'incapacité au travail de Loisel et al. (2005), développé pour les TMS, et adapté par Corbière et Durand (2011) dans leur modèle de la participation au travail des personnes présentant des troubles psychiques, indique la nécessité de ne pas prendre en compte seulement les caractéristiques de l'employé mais aussi celles de son environnement (systèmes de santé, personnel et social, législatif et organisationnel) pour expliquer sa participation au travail (son intégration ou réintégration au travail, son retour et son maintien en emploi). Cette approche complexe permet de décentrer l'explication de la réussite de l'inclusion professionnelle des PSHP de leurs propres caractéristiques en y intégrant l'effet des acteurs de son environnement de travail. Beaucoup d'acteurs sont concernés par cette inclusion professionnelle (p. ex. collègues, médecins du travail, relais handicap). Parmi eux, les dirigeants et les acteurs syndicaux peuvent jouer un rôle majeur. En effet, les premiers sont décisionnaires dans le processus de recrutement et sont tenus de veiller à la santé mentale de leurs salariés (art. L. 4121-1 du code du travail), ce qui sous-entend des conditions d'emploi favorables et une bonne intégration à l'équipe de travail. Ils sont garants de la non-discrimination. Ils sont également tenus de mettre en place les mesures d'accommodement nécessaires en cas d'intégration d'un salarié en situation de handicap ce qui sous-entend de diminuer leurs attentes en termes de performance (Lemieux et al., 2011; Shaw, Robertson, Pransky et McLellan, 2003), et d'impliquer les collègues de travail lors de leur intégration afin de susciter leur collaboration (St-Arnaud et al., 2011).

Les acteurs syndicaux tiennent également une place importante, particulièrement dans l'intégration, la réintégration, le retour et le maintien en emploi des PSHP (Corbière, St-Arnaud, Durand, Coutu, Lecomte, Negrini, Renard, 2014 ; Corbière, Renard, St-Arnaud, Coutu, Negrini, Sauvé, Lecomte, 2015 ; Pomaki et al., 2010). L'enquête menée au Québec par Corbière, St Arnaud, Durand, Coutu, Lecomte, Negrini et Renard (2014) auprès de 23 acteurs syndicaux montre que leur rôle semble principalement centré sur le soutien de l'employé à différents moments du vécu de la dépression (avant l'absence : détection des symptômes, aide dans les démarches médicales, offre de ressources ; pendant l'absence : maintien du contact, soutien émotionnel et dans les démarches administratives, communication avec le médecin ; au retour : rencontre préparatoire, négociation et suivi des mesures d'accommodement, interventions auprès des collègues, réduction des causes de l'absence et soutien). En somme, tout en respectant la confidentialité, l'acteur syndical tient une position d'intermédiaire entre l'employé, le service de santé et l'employeur. Il peut aussi l'informer sur ses droits et responsabilités et l'accompagner en cas de litige, le représenter en dénonçant les pratiques jugées abusives, en traitant les plaintes et en faisant de la représentation politique auprès de la haute direction (Pomaki et al., 2010 ; St Arnaud et al., 2011, Durand et al., 2014). Il travaille également à l'élaboration et à la négociation des conventions collectives et des clauses visant à soutenir le retour et l'intégration au travail, par exemple

en garantissant le droit à un retour au travail progressif. Enfin, le syndicat peut jouer un rôle d'agent de prévention, en mettant en lumière les facteurs de risque, en participant à l'élaboration d'une stratégie de prévention et en faisant la promotion du rôle des différents intervenants, ce qui permettra aux nouvelles recrues de réduire leurs absences et leur offrir un maintien en emploi durable (Baril et al., 2003; St-Arnaud et al., 2011). En France, les syndicats sont actifs et concernés par les questions de souffrance au travail. Ils sont aussi amenés à se référer au droit de la sécurité sociale pour intervenir dans la défense des salariés.

Mais ce rôle des acteurs syndicaux peut générer des tensions organisationnelles à plusieurs niveaux : celui des salariés (le respect des droits des uns - droits aux accommodements pour la PSHP - peut venir empiéter sur les droits des autres salariés - répercussions sur le travail des collègues) et celui des employeurs (l'intervention des syndicats est parfois perçue comme une façon de manifester son pouvoir). De ce fait, le degré d'implication peut varier d'une organisation à l'autre, et d'un acteur syndical à l'autre (Baril et al., 2003). La définition des rôles de chacun s'avère donc primordiale pour développer un climat de collaboration, de respect et de confiance entre les différents acteurs de l'organisation (St-Arnaud et al., 2011) dans la mesure où il a été rapporté par plusieurs auteurs (Baril, Clarke, Friesen, Stock, et Cole, 2003; MacEachen et al., 2006; Pomaki et al., 2010 ; Stock, Deguire, Baril, et Durand, 1999) que ce climat est essentiel au succès du retour au travail de l'employé en absence maladie. D'ailleurs, Pomaki et al. (2010) déplorent un manque de données probantes sur le rôle du syndicat dans le processus de retour au travail. Nous pouvons aussi constater l'absence de données sur leur rôle spécifique et leurs attitudes vis-à-vis de l'inclusion professionnelle de PSHP, notamment pour ceux qui ont vécu une dépression majeure, trouble mental dont le taux de prévalence est le plus élevé.

### 3 Problématique et rappel des objectifs

Cette synthèse de la littérature rappelle à quel point l'inclusion professionnelle des PSHP ne dépend pas de la maladie mais plutôt des incapacités qui découlent d'un environnement peu adapté. Elle pointe notamment les facteurs environnementaux et psychosociaux comme fondamentaux dans le processus d'accès et de maintien en emploi en milieu ordinaire de travail. D'un modèle purement biologique de l'incapacité au travail ou du handicap, la littérature nous incite à envisager cette question dans un modèle biopsychosocial. Le paradigme de l'incapacité décrit par Loisel (2001) va dans ce sens et pointe l'aspect multifactoriel de l'incapacité au travail. Il décrit des facteurs personnels mais aussi organisationnels et administratifs (systèmes de santé et d'assurance) comme de bons prédicteurs de la capacité *versus* incapacité au travail. Si ce paradigme est maintenant largement accepté par la communauté scientifique, il l'est sans doute moins par les acteurs du monde professionnel et on peut se demander dans quel paradigme se situent les principaux acteurs de l'environnement professionnel des PSHP. Ont-ils une vision orientée vers la réduction de la déficience ou vers la réduction de l'incapacité au travail, voire de sa prévention ?

Deux axes principaux de recherche sont explorés :

Axe 1. **L'identification des leviers et des freins attitudeux et structurels** vis-à-vis de l'inclusion professionnelle des PSHP et plus particulièrement des personnes atteintes de dépression semble être un enjeu primordial au regard de la littérature explorée. Le rôle majeur joué par les **employeurs** et les **acteurs syndicaux** dans la réussite de ce type d'inclusion nous a encouragé à mener nos investigations auprès de ces deux publics. Se pose également la question des **distinctions possibles entre deux pays francophones, Européen pour la France et Américain pour le Canada** (Québec). Ce dernier faisant montre d'une meilleure expérience dans l'accompagnement vers l'emploi de ce type de public, il est probable qu'il démontre une vision plus psychosociale de cette question.

Axe 2. **L'identification des orientations politiques et les positions institutionnelles** en direction des PSHP et plus particulièrement des personnes atteintes de dépression permettent également de comprendre dans quel paradigme se situent les incitations à l'emploi pour ce type de public. L'étude des discussions et orientations actuelles dans **deux grandes institutions** (Union Européenne et Bureau International du Travail) nous permet d'entrevoir les perspectives au niveau **Européen et International**. Au niveau **National français**, **l'étude d'accords collectifs** concernant l'emploi des personnes handicapées permet de faire un bilan de la prise en compte de la dimension psychique inscrite dans la loi depuis dix ans.

## **4 Axe 1. Leviers et freins attitudinaux et structurels vis-à-vis de l'inclusion professionnelle de personnes atteintes de dépression**

### **4.1 Le point de vue des dirigeants**

#### **4.1.1 Rappel des objectifs spécifiques de l'étude**

Dans cette étude, nous avons poursuivi l'objectif majeur de valider des modèles prédictifs de l'ouverture/fermeture des dirigeants à l'inclusion professionnelle de personnes atteintes de dépression. Il s'agit de construire un modèle théorique multifactoriel permettant de mettre en évidence quels sont les principaux déterminants d'indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion. Ce recueil quantitatif est complété par un recueil qualitatif sur les représentations de la dépression en général et au travail.

Certains noyaux de comparaison sont possibles grâce aux premiers résultats d'une étude menée au Canada par Corbière, St-Arnaud, Durand, Coutu, Lecomte, 2009 sur un échantillon et une méthodologie proches<sup>2</sup>.

#### **4.1.2 Méthode**

##### **4.1.2.1 Construction du modèle de recherche et nature des variables**

Le modèle de recherche s'appuie sur la théorie du comportement planifié élaborée par Azjen (1991) adapté par Bayle (2000) dans le cadre de ses recherches sur le handicap. Elle indique que la mesure des attitudes générales à l'égard des personnes en situation de handicap et des attitudes spécifiques (centrées sur le travail) permet de prédire les intentions de comportement d'inclusion qui engendreraient alors le comportement effectif d'inclusion professionnelle. Dans son modèle, Bayle a aussi intégré des variables liées aux caractéristiques des organisations, à la connaissance et à l'utilisation du cadre légal et à l'expérience de côtoiement du handicap. Notre modèle de recherche s'articule donc autour du modèle de Bayle et est également fondé sur les résultats d'une étude exploratoire qualitative sur les leviers et les freins à ce type de recrutement que nous avons mené auprès de 29 dirigeants en 2013<sup>3</sup>. Ainsi, en

---

<sup>2</sup> Cette étude concerne 219 cadres des ressources humaines (68,5%) et employeurs (31,5%). Trois quarts sont des femmes, la moyenne d'âge est de 41,3 ans et près de 90% des participants possèdent un diplôme d'études universitaires. La majorité des organisations au sein desquelles provenaient les participants, sont situées à Montréal (61,2%). 87,2% des organisations participantes ont plus de 100 employés et toutes œuvrent dans les secteurs tertiaires (73,5%) ou secondaires (25,1%).

<sup>3</sup> « Etude exploratoire des leviers et des freins au recrutement de personnes en situation de handicap psychique », 2013, PEPS, IDEX Bordeaux/CNRS



complément des variables relevées dans la littérature, l'analyse de contenu catégorielle des verbatims obtenus nous a permis d'identifier les variables pertinentes à intégrer dans notre modèle.

Ce modèle intègre trois types de variables :

- les variables indépendantes considérées comme des antécédents ou déterminants à prendre en compte dans la prédiction de l'ouverture/fermeture à l'inclusion. Elles recouvrent certaines caractéristiques des dirigeants (âge, sexe, niveau d'études, expérience personnelle et professionnelle de côtoiement de la dépression et connaissance du cadre juridique en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées) et des organisations (statut juridique, taille, politique sociale en matière de santé, de diversité et de handicap et santé économique et financière) ;
- les variables dépendantes ou issues correspondent à des d'indicateurs d'inclusion professionnelle de personnes ayant reçu un diagnostic de dépression aptes à évaluer l'ouverture/fermeture des organisations interrogées quant à ce type d'inclusion (niveau d'appréhension, niveaux de motivations à l'embauche, niveau d'attentes compensatoires de soutien à l'emploi, niveau d'intégration du cadre juridique dans la politique de l'organisation) et aux intentions d'inclure (intention d'investissement dans l'aménagement et intention d'embauche) ;
- les variables intermédiaires ou médiatrices renvoient à des variables attitudinales qui considèrent les transactions entre l'individu et son contexte. Une variable médiatrice est un processus à travers lequel la variable indépendante déclencherait de l'action d'un médiateur ou de son intensité, qui lui-même influencerait la variable dépendante (Baron et Kenny, 1986). Les variables attitudinales considérées sont les attitudes générales vis-à-vis de la dépression, attitudes vis-à-vis de la dépression en milieu de travail, les attitudes vis-à-vis des types de pratiques de recrutement et d'intégration à mettre en place pour ce type de personne, les attitudes vis-à-vis de la dissimulation et de la divulgation du trouble, les attitudes vis-à-vis du cadre juridique en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Nous proposons ainsi de tester l'hypothèse générale selon laquelle l'ouverture/fermeture à l'inclusion professionnelle des personnes atteintes de dépression est affectée par certaines caractéristiques des dirigeants et des organisations parce qu'elles transitent par leurs attitudes. Ce type de modèle confère un rôle central aux attitudes des dirigeants dans l'explication de leur ouverture/fermeture à l'inclusion et considère que l'effet éventuel des déterminants sociaux et organisationnels est indirect.

Le modèle de recherche présenté en figure 1 se substitue au modèle provisoire proposé dans notre réponse à l'appel à recherche 2013. Il en garde les grands principes mais s'avère plus complet. Il rend

compte de chaque variable exposée précédemment et suppose un lien de prédiction entre les antécédents (1er bloc), les variables intermédiaires attitudinales (2ème bloc) et les issues ou indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion et intentions d'inclure (3ème bloc).

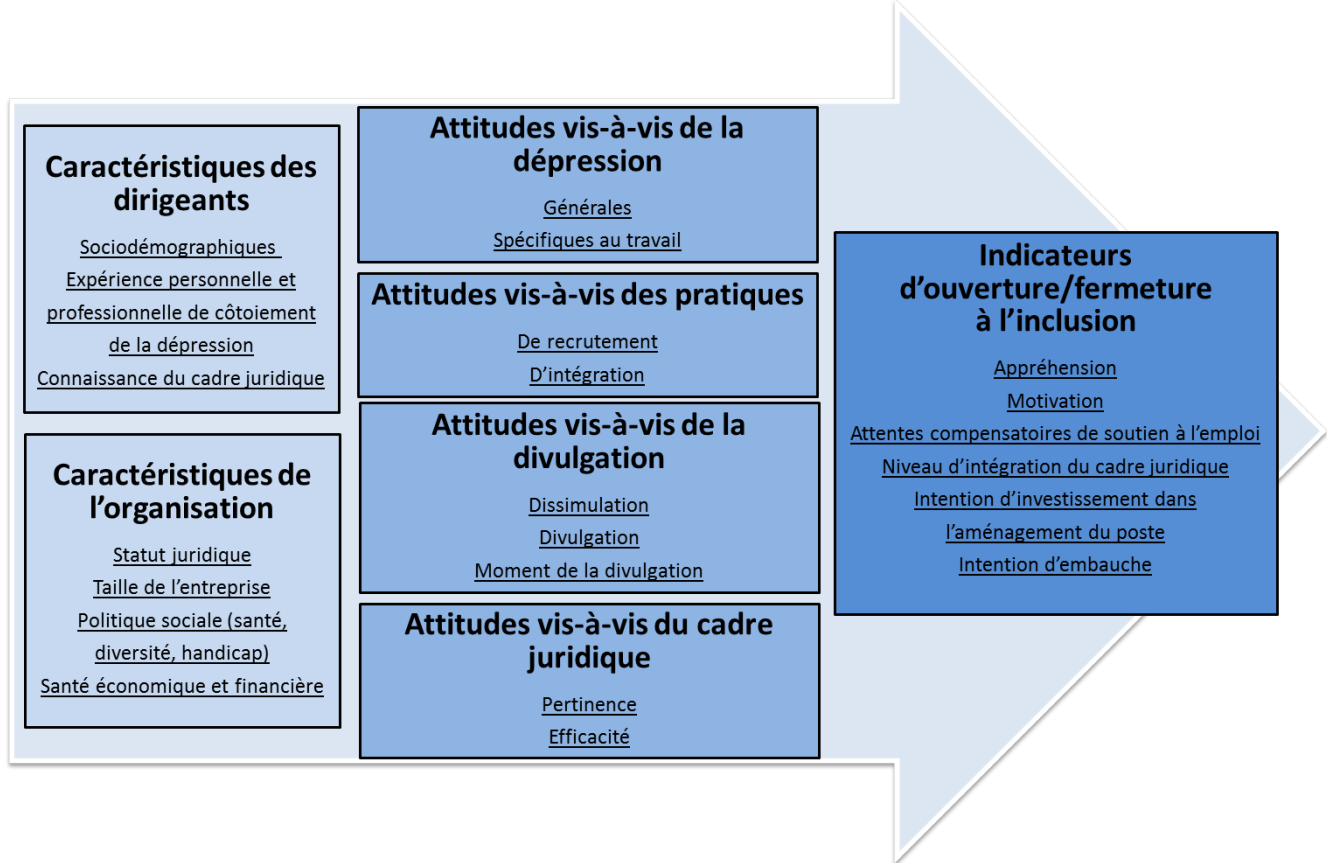


Figure 1 : Modèle de recherche multifactoriel : déterminants personnels, organisationnels et attitudinaux de l'inclusion professionnelle de personnes ayant reçu un diagnostic de dépression

#### 4.1.2.2 Construction du questionnaire et validation des mesures

Pour opérationnaliser les variables de ce modèle de recherche, nous avons construits un questionnaire en nous appuyant sur :

- l'examen de la littérature ;
- la version réduite de l'outil de recueil de Corbière, St-Arnaud, Durand, Coutu, Lecomte, 2009, validée par le Pr Corbière et le Dr Laberon à Montréal afin de travailler à la construction de mesures France/Canada comparables.
- les résultats que nous avons obtenus dans notre première étude pilote (exploratoire qualitative) sur les leviers et les freins au recrutement de personnes en situation de handicap psychique auprès de 29 dirigeants au moyen d'entretiens individuels semi-directifs. Ces données avaient été traitées par analyse de contenu catégorielle selon la méthode de Bardin (1989) avec repérage des répétitions fréquentielles thématiques. Chaque question a été scrupuleusement construite en

fonction des verbatims recueillis dans cette pré-enquête.

La version initiale de ce questionnaire comportait 184 items. Un test de clarté a été effectué auprès d'un groupe d'experts composé de 3 DRH sollicités pour cet exercice. Suite à leur retour sur la passation et sur les questions posées (clarté, compréhension des énoncés, temps de passation, pertinence...), nous avons modifié quelques points critiques du questionnaire. A l'issue de la passation, la validation des différentes échelles permettant de mesurer chaque variable du modèle a été effectuée afin de vérifier la pertinence des items pour mesurer ces différents construits. La sensibilité<sup>4</sup> des items a été vérifiée au moyen du calcul du Delta de Ferguson (*cf.* annexe 2), la fidélité<sup>5</sup> a été calculée grâce à l'alpha de Cronbach (1951) et la validité structurale effectuée par analyses factorielles exploratoires<sup>6</sup> (méthode d'extraction moindres carrés non pondérés et rotation Oblimin) (*cf.* annexe 3). Cette validation a donné lieu à une réduction des items non satisfaisants sur ces différents critères. Les résultats porteront donc sur la version validée du questionnaire comportant au final 152 items (*cf.* annexe 1). Nous exposons la nature et l'opérationnalisation de chaque variable du modèle dans les tableaux 1, 2 et 3 et présentons les indices de fidélité et de validité de chaque échelle qui se sont révélés satisfaisants. Deux questions qualitatives (recueil de verbatims) font également partie de ce questionnaire (items section A et D) et viennent agrémenter ce recueil quantitatif. Elles concernent l'identification des représentations de la dépression en général et au travail, effectuée au moyen de la technique des associations libres (Wittenbrink et Schwartz, 2007)<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Désigne la capacité d'un outil de mesure à discriminer les sujets entre eux. Cela revient à éviter que la population se répartisse seulement sur le pôle positif et négatif de l'échelle.

<sup>5</sup> Cet indicateur permet de confirmer que les items visant à mesurer un même facteur donnent lieu à des résultats consistants.

<sup>6</sup> Selon Lacouture (2000, p. 416) « L'objectif de l'analyse factorielle (AF) [...] est d'établir des regroupements de variables (ou items), appelés "facteurs", de façon à permettre une compréhension des liens qui existent entre les différentes mesures. La détermination des facteurs permet de comprendre la structure des données et de la résumer de façon succincte. Elles permettent d'établir quels sous-ensembles de variables (ou items) forment des groupes cohérents et indépendants les uns des autres ».

<sup>7</sup> Question simple contenant le mot inducteur dont on veut recueillir les représentations associées (*eg.* « *Quels mots vous viennent spontanément à l'esprit quand vous entendez [mot inducteur] ?* »).

		<b>Variables</b>	<b>Description</b>	<b>Modalités de réponse</b>	<b>Section et N° items</b>	<b>Fidélité <math>\alpha^*</math></b>	<b>Validité % VE Saturations**</b>
<b>Variables indépendantes ou antécédents</b>	<b>Caractéristiques des dirigeants</b>	Age	-	N années	X1	-	-
		Sexe	-	H/F	X2	-	-
		Niveau d'études	-	≤ Bac Bac + 1 à 3 Bac + 4 à 5 ≥ Bac + 6	X3	-	-
		Expérience personnelle de côtoïement	Côtoïement de personnes atteintes de dépression dans la sphère privée	N côtoyées	C	-	-
		Expérience professionnelle de côtoïement	Expérience d'embauche Expérience d'encadrement Appréciation de cette expérience (opinion)	N embauchées N encadrées 1 très négative à 4 très positive	F1 F2 F3	-	-
		Connaissance du cadre juridique	OETH Dispositifs d'aides et de soutiens Distinction des types de handicap	1 très faible à 4 très forte	Q1 Q2 Q3	.77	68,2 .96 à .62
	<b>Caractéristiques des organisations</b>	Catégorie juridique	Statut juridique de l'organisation	EPA-EPIC Entreprise privée	U1	-	-
		Taille	Nombre de salariés	20 à 49 50 à 249 250 à 499 500 à 4999 > 5000	U3	-	-
		Politique sociale	Investissement dans des actions en santé mentale, diversité, handicap Accords/convention de branche (santé mentale, handicap, handicap psychique) Convention AGEPHIP/FIPHFP Respect OETH Évolution du taux RQTH	1 très faible à 4 très fort  Oui/non  Oui/non % RQTH Négative, stable, positive	V1 à 3 V4 à 6 V7 V8 V9	-	-
		Santé économique	Santé économique et financière de l'organisation  Évolution des effectifs sur 12 mois	1 très insatisfaisante à 4 très satisfaisante Négative, stable, positive	W1 W2	-	-

*N = nombre - VE = Variance expliquée - EPA = Établissement public de droit administratif - EPIC = Établissement public de droit commercial*

*\*  $\alpha$  de Cronbach mesure l'homogénéité des items entre eux et doit être  $>.60$  - \*\*Capacité de chaque item à mesurer tel ou tel facteur. Doit être de préférence  $>.30$ .*

Tableau 1 : Descriptif des variables indépendantes du modèle et qualités psychométriques des échelles

		Variables	Modalités- facteurs	Description	Modalités de réponse	Section et N° items	Fidélité $\alpha$	Validité % VE Saturations**
Variables intermédiaires ou médiatrices	Attitudes vis-à-vis de la dépression	Générales	Attitude stigmatisante	Émotions négatives Incapacité à faire face à la maladie	1 très faible à 4 très forte	B8 à 10 B11,13,14	.65	36,9 .67 à .31
		Spécifiques au travail	Attitude de rejet/ fardeau organisationnel  Attitude intégratrice	Trop d'investissements humains et financiers Difficultés de compétences et pour l'entreprise Ghettoïsation  Réflexivité, innovation, challenge citoyen, RSE Sollicitude	1 très faible à 4 très forte	E1 à 3 E4 à 9 E15,16  E10 à 14 E17 à 19	.86  .79	43,1 .75 à .41  .68 à .37
	Attitudes vis-à-vis des pratiques	De recrutement (acteurs profil de poste canaux entretien)	Attitude équitable vs. égalitaire	Pratiques spécifiques tenant compte de la maladie, cherche à réduire les inégalités par compensation vs. Pratiques basées sur la méritocratie, la compétence, l'adéquation poste/candidat, refuse la discrimination positive ne prend pas en compte la maladie	1 équitable à 4 égalitaire	G-3, -4, -8, -11, -12, -15, -16  G1,2,5,6, 9,13,14	.86	35,6 .73 à .33
		D'intégration	Attitude de sollicitude	Prévenance, sensibilisation, adaptation, aménagements Recours aux experts (insertion-médico-social)	1 très faible à 4 très forte	H1,3,4 E14 à 17	.83	54,5 .80 à .51
			Attitude défensive	Protection des collègues par la divulgation et le soutien Surveillance et évaluation de la personne		H2,7,9 H 10,11	.69	.76 à .35
	Attitude de prévention de la stigmatisation	Uniformisation des procédures d'intégration, respect de la confidentialité	H5,6	.69	.84 à .65			
	Attitudes vis-à-vis de la divulgation du trouble	Dissimulation	Attitude positive vs. négative	Compréhension vs. hostilité liée au fait de ne pas divulguer à l'employeur	1 très positive à 4 très négative	I1 à 3,-4	.80	63,3 .79 à .53
		Divulgation	Attitude défavorable vs. favorable	Souhait de l'employeur quant à la divulgation du trouble à son égard	1 très défavorable à 4 très favorable	J1		
		Moment de la divulgation	Meilleur moment	CV, entretien, moment qui convient à cette personne, en début d'intégration			K1	
	Pire moment		CV, entretien, en début d'intégration, suite à des difficultés, quand la personne se sent à l'aise pour le faire			K2		
Attitudes vis-à-vis du cadre juridique	Pertinence	Attitude négative vs. positive	Cadre juridique perçu comme contraignant vs. aidant (développe la citoyenneté, aide à l'apprentissage)	1 très négative à 4 très positive	R-5 à -8 R1 à 3	.77	42,5 .67 à .51	
	Efficacité	Influence négative vs. positive sur l'inclusion	Influence de l'OETH, de la distinction de la loi entre les types de handicap, des dispositifs d'aide et de soutien, statut RQTH	1 très négative à 4 très positive	S1 à 5	.65	42,5 .77 à .36	

$N$  = nombre - VE = Variance expliquée - - = item inversé

\*  $\alpha$  de Cronbach mesure l'homogénéité des items entre eux et doit être  $>.60$  - \*\* Capacité de chaque item à mesurer tel ou tel facteur. Doit être de préférence  $>.30$ .

Tableau 2 : Descriptif des variables intermédiaires du modèle et qualités psychométriques des échelles

		Variables	Modalités-facteurs	Description	Modalités de réponse	Section et N° items	Fidélité $\alpha$	Validité % VE Saturations**			
Les variables dépendantes ou issues	Indicateurs d' ouverture/fermeture à l' inclusion	Appréhension concernant l'embauche	Niveau d'appréhension	Difficultés pressenties Réceptivité de l'environnement (moyens humains et financiers, disposition des acteurs à travailler avec la personne)	1 très faible à 4 très forte	L1 à 4, L-9 à -13	.85	46,3 .71 à .57			
		Motivations à l'embauche	Motivation citoyenne	Motivation intrinsèque : attitudes positives et comportements constructifs basés sur le développement de la diversité, de la mixité sociale ou de comportements éthiques ou d'initiatives individuelles motivées par un devoir personnel d'ordre moral et social.	1 très faible à 4 très forte	N3 à 8	.79	65,3 .73 à .50			
			Motivation financière	Motivation extrinsèque : atteinte du quota pour éviter les pénalités financières					N1 à 2	.83	.98 à .73
			Amotivation	Aucune motivation à recruter : attitudes négatives et défavorables					N9 à 12	.89	.89 à .69
		Attentes compensatoires de soutiens à l'emploi	Soutien de l'entreprise	Actions d'accompagnement à l'aménagement du poste, informations sur l'incidence du trouble en situation de travail, sensibilisation de l'entourage, informations sur les aides et dispositifs existants	1 inutile à 4 essentiel	M3 à M5,7	.77	62,2 .80 à .59			
			Soutien financier	Compensation financière du temps d'accompagnement, de la perte de rentabilité, de l'aménagement de poste, du tuteur et de la formation					M13 à 17	.82	.80 à .58
			Soutien de la personne	Soutien au moment de la prise de fonction, suivi régulier, suivi personnel (coaching)					M8 à 10	.75	.76 à .65
Intégration du cadre juridique	Niveau d'intégration du cadre juridique	Indifférence (ne fait rien, peu investi, externalisation) vs. intégration (mise en place d'actions autour de handicap psychique)	1 très faible à 4 très forte	T -1 à -4, T7 à 9	.74	39,9 .83 à .35					
Intention d'investissement dans l'aménagement du poste	Niveau d'investissement consenti	Autoriser la présence d'un conseiller en emploi spécialisé, aménager les horaires de travail, modifier les exigences de travail dispenser de la formation, dégager du temps à l'entourage pour accompagner la personne et favoriser les interactions	1 très faible à 4 très forte	O1 à 11	.82	37,3 .75 à .26					
Intention d'embauche		Intention d'embaucher une personne atteinte de dépression (sous statut RQTH) dans leur organisation	1 très faible à 4 très forte	P1	-	-					

N = nombre - VE = Variance expliquée - - = item inversé

\*  $\alpha$  de Cronbach mesure l'homogénéité des items entre eux et doit être  $>.60$  - \*\* Capacité de chaque item à mesurer tel ou tel facteur. Doit être de préférence  $>.30$ .

Tableau 3 : Descriptif des variables dépendantes du modèle et qualités psychométriques des échelles

### 4.1.3 Échantillonnage

L'échantillon est constitué de 202 participants répondant à 3 critères d'inclusion :

- Avoir un pouvoir décisionnel d'embauche ;
- Faire partie d'une organisation située sur le territoire français ;
- Faire partie d'une organisation d'un effectif de plus de 20 salariés (soumise à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés).

Afin d'obtenir une représentativité satisfaisante de notre échantillon par rapport à la population de référence, l'échantillon a été construit selon la technique par quotas (échantillon miniature de la population de référence). La base de sondage (population de référence) a été extraite du fichier national "Dénombrement d'entreprises au 1er janvier 2013" aux formats Beyond de l'INSEE<sup>8</sup>. Nous avons ensuite calculé les pourcentages pour chaque secteur d'activité, et par taille par rapport à la population de référence pour un tiers selon la catégorie juridique, pour moitié selon la taille de l'entreprise puis ramené par la technique des quotas, notre échantillon à 202 entreprises. La collecte des données a été réalisée dans l'objectif de se rapprocher de ces quotas ainsi calculés.

Nous avons constitué une base de participants potentiels auxquels soumettre notre questionnaire selon nos critères d'inclusion et nos quotas. Deux typologies de contact ont été mobilisés : directs (DRH, directeur, chef d'entreprise, etc..., 3036 adresses recensées) et indirects (associations ou fédérations comme les Clubs de Jeunes Dirigeants, le Medef, l'ANDRH, les Fédérations, Syntec, NGRH et autres associations de DRH ou RH, 421 contacts ont été recensées et approchées en direct soit un potentiel estimé à plus de 10000 contacts RH directs).

### 4.1.4 Implantation de l'enquête et procédure de recueil des données

Nous avons saisi le questionnaire sur le logiciel Typeform, une plateforme dédiée à la création et au partage de questionnaires en ligne. Le questionnaire en ligne présente l'avantage de limiter les effets de désirabilité sociale qui restent saillants lorsque l'on utilise des méthodes plus frontales (par ex. entretiens en face à face). Le lien internet vers la plateforme d'enquête a été proposé aux contacts ayant accepté de participer à la recherche. Le terme de handicap psychique a volontairement été remplacé par la problématique d'emploi de personnes présentant des troubles de la santé mentale et de la dépression en particulier. Ce recueil a été réalisé par une ingénieure d'études, psychologue du travail, sous la direction

---

<sup>8</sup> Tableau des effectifs des entreprises en France métropolitaine (variable région) par statut juridique (variable « catégorie juridique » : INSEE 7 = Établissements publics de droit administratif, INSEE 4 = Établissements publics de droit commercial et INSEE2, 3, 5, 6, 8 = Entreprises privées), par secteur d'activité (variable « secteur d'activité des entreprises » selon les 21 sections NAF rév. 2, 2008, édition 2015) et par taille (variable « taille d'effectifs salariés » : 2 tailles sélectionnées : les PME [PE : de 20 à 49 salariés ; ME : de 50 à 249 salariés] et les ETI et GE [ETI : 250 à 4999 ; GE : > 5000 salariés]).

de la responsable du projet. Il a été réalisé avec difficulté et a duré environ 9 mois, ce qui reste peu étonnant au regard du sujet très tabou et de la population investiguée. Le temps de passation moyen a été de 30 mn.

#### 4.1.5 Traitements des données

Les données recueillies sur la plateforme ont été automatiquement exportées sur EXCEL, ce qui garantit leur parfaite saisie puis transférées sur le logiciel SPSS Statistics 22 afin de procéder aux analyses descriptives de base (fréquence, moyenne, écart-type) puis aux analyses d'inférences (comparaison de moyennes par *t* de Student au seuil  $<.01$ ) et aux analyses multivariées (analyses factorielles, corrélations<sup>9</sup>, régressions simples/multiples, régressions pour médiations multiples à l'aide de la Macro Process de Preacher et Hayes, 2008). En ce qui concerne le traitement des données qualitatives sur les représentations de la dépression, elles ont été traitées par analyse de contenu catégorielle selon la méthode de Bardin, (1989) par deux chercheurs et de façon indépendante afin de dégager la logique sous-jacente du contenu. Nous avons identifié la structure des représentations recueillies en distinguant les constituants du noyau central de ceux du noyau périphérique (Abric, 2001)<sup>10</sup>. Selon la méthode proposée par Moliner (1994), nous avons pris en considération deux critères dans l'analyse de la structure des représentations : l'indice de popularité<sup>11</sup> et la cooccurrence<sup>12</sup> ou pouvoir que l'élément a d'organiser la signification de la représentation.

#### 4.1.6 Résultats

##### 4.1.6.1 Caractéristiques de l'échantillon

La population étudiée, dont les caractéristiques sont présentées en tableau 4, est constituée de 202 participants, la plupart étant des femmes (59%). La fonction exercée est majoritairement celle de DRH, RRH ou responsable emploi (71,8%) notamment dans des organisations de grande taille et de chefs d'entreprises, directeurs, gérants ou responsables de site (25,7%) plutôt rencontrés dans les petites structures. Cinq participants (2,5%) occupent une fonction RH spécifique au handicap ou à une mission qualité de vie au travail. La répartition des participants selon leur âge est assez représentative du marché de l'emploi avec un effectif plus faible de jeunes (15%, de 25 à 34 ans) et de plus âgés (15%, plus de 55 ans). Le reste de la population est assez équitablement réparti sur les tranches d'âge de 35 à 44 ans (37%)

---

<sup>9</sup> Au regard de la taille importante de l'échantillon, seules les corrélations significatives  $>.20$  seront retenues.

<sup>10</sup> Les éléments du noyau central sont considérés comme normatifs et stables (cadre de référence commun) et serviraient de référence aux jugements relatifs à l'objet de représentation. Ceux du noyau périphérique seraient flexibles et fonctionnels, moins impliqués dans les jugements que dans leur justification.

<sup>11</sup> L'élément est considéré comme populaire lorsqu'au moins 1/3 des répondants l'ont cité. La fréquence d'apparition de l'élément est alors considérée en fonction (1) du nombre de répondants puis (2) de la totalité de l'espace discursif.

<sup>12</sup> Nombre des relations de l'élément avec les autres.



et de 45 à 55 ans (35%). L'âge moyen est de 45 ans. Le niveau d'études des participants est élevé (71% Bac + 4 et Bac + 5 ; 14% Bac + 6 et plus) et principalement dans le domaine du droit (30%), de la gestion d'entreprise (28%) et des sciences humaines et sociales (sciences politiques, sociologie, économie, psychologie...) (23%). Ils disent côtoyer personnellement en moyenne 4,7 personnes atteintes de dépression et un peu moins professionnellement (2,45 personnes embauchées et 2,76 encadrées en moyenne). Ils considèrent cette expérience professionnelle comme moyennement positive ( $M=2,52$ ). Enfin, ils estiment avoir un niveau moyen de connaissance du cadre juridique en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées ( $M=2,59$ ). Plus précisément, ils connaissent bien les modalités de respect de l'obligation légale d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) ( $M=3,00$ ) ainsi que les dispositifs d'aides et de soutiens à l'emploi ( $M=2,59$ ). En revanche, ils disent avoir une faible connaissance de la distinction opérée par la loi entre les différents types de handicap ( $M=2,20$ ).

Le statut juridique des organisations dont les participants sont issus renvoie pour 57,9% à des établissements publics (45% d'établissements publics de droit administratif – EPA et 12,9% d'établissements publics de droit commercial - EPIC)<sup>13</sup> et pour 42,1% à des entreprises privées sur le territoire français. Plus de la moitié (55,4%) de ces établissements sont de taille intermédiaire (ETI) et de grande taille (GE) (de 250 à + 5000 salariés) et 44,6% sont de petite et moyenne taille (PME) (de 20 à 249 salariés). La plupart des secteurs d'activité sont représentés et sont assez proches des caractéristiques de l'échantillon attendu sur ce critère (*cf.* figure 17, annexe 5). Plus de la moitié des participants estime que la santé économique et financière de leur organisation est satisfaisante (59%) et que, d'ici 12 mois, les effectifs de salariés vont rester stables (58%). Ils estiment en moyenne que leur organisation est assez investie dans des actions en faveur de la diversité et en faveur du handicap ( $M=2,88$ ) et un peu moins dans des actions de prévention de la santé au travail ( $M=2,36$ ). Toutefois, on constate que seulement 12% des structures interrogées sont signataires d'un accord d'entreprise ou d'une convention de branche en matière de prévention des atteintes à la santé mentale des salariés et que 33% des structures disposent d'un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement agréé prévoyant la mise en œuvre d'un programme annuel ou pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés. Parmi eux, seulement 18% des accords prendraient spécifiquement en compte le handicap psychique (dépression ou autre problème de santé mentale). Un peu plus de la moitié des entreprises (58%) est en convention avec l'AGEPHIP (secteur privé) ou le FIPHFP (secteur public). 54,8% des organisations interrogées ne respectent pas l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH). Parmi celles qui la respectent, 57,1% comptent plus de 6% de salariés RQTH. L'évolution du taux de travailleur en statut RQTH est estimé stable pour 55% des participants, positive pour 37% et négative pour 8%. Au final, la note de politique sociale tenant compte de ces différents indicateurs est légèrement inférieure à la moyenne théorique ( $M=4,72$ ) ce qui rend compte d'un investissement qui est loin d'être systématique

---

<sup>13</sup> Ces deux catégories juridiques ne présentant pas de différences significatives sur l'ensemble des variables considérées, elles ont été fusionnées dans une même catégorie « établissements publics ».

dans les actions de politique sociale.

<b>Caractéristique de l'échantillon</b> (N = 202)	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>%</i>
<b>Age</b>	<b>44,8</b>	<b>9,39</b>	
<b>Genre</b> (femmes)			<b>59</b>
<b>Niveau d'études</b> (Bac + 4; Bac + 5)			<b>71</b>
<b>Fonction</b>			
DRH, RRH <sup>a</sup> ou responsable emploi			<b>71, 8</b>
Chefs d'entreprises, directeurs, gérants ou responsables de site			<b>25,7</b>
Fonction RH spécifique (handicap ou QVT)			<b>2,5</b>
<b>Expérience de côtoiement de la dépression</b>			
Personnelle	<b>4,70<sup>b</sup></b>	<b>3,35</b>	
Professionnelle d'embauche	<b>2,45<sup>b</sup></b>	<b>3,41</b>	
Professionnelle d'encadrement	<b>2,76<sup>b</sup></b>	<b>3,20</b>	
Appréciation de l'expérience professionnelle (N = 165)	<b>2,52<sup>c</sup></b>	<b>,59</b>	
<b>Connaissance cadre juridique</b>	<b>2,59<sup>d</sup></b>	<b>,61</b>	
OETH	<b>3,00<sup>d</sup></b>	<b>,72</b>	
Dispositifs d'aides et de soutiens à l'emploi	<b>2,59<sup>d</sup></b>	<b>,76</b>	
Distinction entre les différents types de handicap	<b>2,20<sup>d</sup></b>	<b>,77</b>	
<b>Catégorie juridique</b>			
EPA			<b>45</b>
EPIC			<b>12,9</b>
Entreprises privées			<b>42,1</b>
<b>Taille de la structure</b>			
PE : de 20 à 49 salariés			<b>7,9</b>
ME : de 50 à 249 salariés			<b>36,6</b>
ETI : 250 à 499 salariés			<b>14,9</b>
ETI : 500 à 4999 salariés			<b>30,2</b>
GE : > 5000 salariés			<b>10,4</b>
<b>Note de politique sociale<sup>14</sup></b>	<b>4,72<sup>e</sup></b>	<b>1,99</b>	
Investissement dans des actions en faveur de la diversité	<b>2,88<sup>e</sup></b>	<b>,72</b>	
Investissement dans des actions en faveur du handicap	<b>2,88<sup>e</sup></b>	<b>,71</b>	
Investissement dans des actions en faveur de la santé au travail	<b>2,36<sup>e</sup></b>	<b>,74</b>	
Signataires accord d'entreprise ou convention de branche en santé mentale			<b>12</b>
Accord prévoyant un programme pour les travailleurs handicapés			<b>33</b>
Accord prenant en compte spécifiquement le handicap psychique			<b>18</b>
En convention AGEPHIP/FIPHFP			<b>58</b>
Respect de l'OETH (N=186)			<b>45,2</b>
Evolution du taux RQTH	<b>2,28<sup>f</sup></b>	<b>,60</b>	
<b>Santé économique et financière de l'organisation</b>	<b>2,62<sup>g</sup></b>	<b>,63</b>	
<b>Evolution des effectifs sur 12 mois</b>	<b>1,89<sup>f</sup></b>	<b>,64</b>	

<sup>a</sup> Directeur(trice) ou Responsable des Ressources Humaines - <sup>b</sup> Nombre moyen de personnes - <sup>c</sup> 1 très négative à 4 très positive - <sup>d</sup> 1 très faible à 4 très forte - <sup>e</sup> 0 pas développée à 10 très développée - <sup>f</sup> 1 négative, 2 stable, 3 positive - <sup>g</sup> 1 très insatisfaisante à 4 très satisfaisante

Tableau 4 : Moyennes, écarts types et pourcentage des caractéristiques de l'échantillon

<sup>14</sup> La note de politique sociale a été calculée en affectant 1 point pour chacune des 9 réponses renvoyant à une action en matière de politique sociale. Pour l'évolution du taux RQTH, 2 points ont été affectés lorsque l'évolution était positive. La note finale de politique sociale est donc /10.

## 4.1.6.2 Bilan descriptif

### 4.1.6.2.1 Les représentations de la dépression

Cette première partie qualitative a investigué les représentations qu'avaient les dirigeants de notre échantillon quant à la dépression en général et au travail. L'étude parallèle menée au Canada permettra une comparaison des représentations de la dépression en général des dirigeants Canada/France.

#### *4.1.6.2.1.1 Représentations de la dépression en général en France et au Canada*

En contexte français, le champ lexical a mis en évidence 8 catégories de représentations dont la popularité, les cooccurrences et des extraits de verbatim sont présentés en tableau 5. Le noyau central de la représentation occupe 71% de l'espace discursif. Il est constitué d'éléments tels que (1) le mal être et la souffrance psychique de la personne et (2) la maladie mentale. Les six catégories restantes sont périphériques, elles renvoient (3) à la dépendance et la prise en charge de la personne, (4) aux difficultés et au fardeau pour la personne mais aussi pour l'entourage (5) aux causes de la maladie, (6) à la banalisation de la maladie, (7) aux répercussions au travail et (8) au danger et au risque que représente la personne.

En contexte Canadien, le champ lexical a mis en évidence 9 catégories également présentées en tableau 5. Le noyau central de la représentation occupe 36% de l'espace discursif et il est constitué uniquement d'éléments liés au (1) mal être et à la souffrance psychique de la personne. Les catégories restantes sont périphériques et elles renvoient (2) aux causes de la maladie, (3) à la dépendance et prise en charge, (4) aux difficultés, au fardeau, à la lourdeur pour la personne et pour l'entourage (5) aux répercussions au travail, (6) à la maladie mentale, (7) à la banalisation de la maladie, (8) à l'adaptation et aux initiatives au travail et (9) à la stigmatisation.

Catégories	Extraits de verbatim	Indices de popularité		Cooccurrences inter catégories (N)	
		Répondants <sup>a</sup> % (N)	Énoncés <sup>b</sup> % (N)		
<b>France</b>					
<b>Noyau central (71% des énoncés)</b>	Mal être, souffrance psychique	« Abattement, apathie, déprime, fatigue, isolement, mal être, noirceur, pleurs, repli, souffrance, tristesse, suicide »	84 (170)	53 (323)	146
	Maladie mentale	« Malade, maladie, maladie mentale, trouble psychique »	47 (95)	18 (108)	128
<b>Noyau périphérique (22% des énoncés)</b>	Dépendance et prise en charge	« Suivi psychologique, prise en charge, soin, soutien, accompagnement, aide, traitement, médicaments, dépendance »	22 (44)	9 (53)	62
	Difficultés, fardeau	« Difficultés, problème, ennui, poids, entrave, compliqué »	11 (23)	4 (25)	27
	Causes	« Burnout, risque psychosociaux, impact du travail, accumulation problème personnel, facteurs extérieurs »	8 (16) dont : Travail 81 (13)	3 (20) dont : Travail 85 (17)	22
	Banalisation de la maladie	« Phase, passager, mal du siècle, guérir, maladie rémédiable »	7 (15)	3 (18)	20
	Répercussion au travail	« Absentéisme, danger pour l'entreprise, arrêt de travail »	5 (10)	2 (11)	18
	Danger, risque	« Folie, danger, risque, imprévisible »	4 (8)	1 (8)	12
<b>Canada</b>					
<b>Noyau central (36% des énoncés)</b>	Mal être, souffrance psychique	« Repli sur soi, découragement, noirceur, apathie, douleur, mal-être, isolement, suicide, pleur, souffrance, tristesse, mal de vivre, malaise »	58 (126)	36 (243)	138
<b>Noyau périphérique (49% des énoncés)</b>	Causes	« Causes multiples, problèmes familiaux, personnels, surmenage, surcharge, se juger trop sévèrement, mauvaise gestion des priorités, burnout, présentéisme... »	26 (56) dont : Travail 45 (25)	12 (82) dont : Travail 34 (28)	68
	Dépendance et prise en charge	« Suivi psychologique, psychiatrie, prise en charge, besoin d'aide, soutien, traitement, médicament, soins, consultation »	21 (46)	10 (65)	63
	Difficulté, fardeau	« Difficulté, tout est un fardeau, lourd, pesant, compliqué, épreuve, ça va être long, impact familiaux »	21 (45)	8 (52)	67
	Répercussion au travail	« Absence prolongée, absentéisme, baisse productivité, difficulté de réintégration, difficulté à exécuter les tâches, incapacité à travailler »	17 (38)	6 (44)	65
	Maladie mentale	« Maladie mentale, troubles mentaux, problème de santé mentale »	15 (33)	5 (33)	44
	Banalisation de la maladie	« Mal du siècle, de plus en plus fréquent, ça arrive à tout le monde, normal, maladie comme une autre »	10 (22)	4 (28)	26
	Adaptation, initiatives au travail	« Contrat d'insertion en milieu de travail, retour au travail, accommodements, coaching »	6 (13)	3 (19)	21
Stigmatisation	« Jugement des autres, rejet, préjugés, victime, stigmatisation »	3 (7)	1 (9)	13	

<sup>a</sup>Proportion de répondants ayant cité la catégorie sur 202 répondants en France et 219 répondants au Canada

<sup>b</sup>Proportion d'énoncés dans la catégorie sur 606 énoncés en France et 677 énoncés au Canada

**Tableau 5 : Représentations de la dépression en France et au Canada**

La comparaison des représentations de la dépression en France et au Canada nous permet de retrouver principalement les mêmes catégories avec, cependant, quelques différences.

Dans les deux pays, la représentation principale est celle qui renvoie à la notion de mal être et de souffrance psychique de la personne en dépression. Le vocabulaire identifié est quasiment identique : il est très sombre et révèle une sorte d'incapacité pour la personne à faire face à sa maladie avec une majorité de verbatim renvoyant à *l'isolement, à une souffrance aigüe, à la tristesse, au désintérêt et à la perte de confiance en soi*. Cependant, cette catégorie constitue à elle seule le noyau central des représentations canadiennes alors qu'en France, il est constitué aussi par une deuxième catégorie, celle de la maladie mentale, qui se retrouve en revanche dans le noyau périphérique des données canadiennes.

Dans les deux noyaux périphériques, les résultats rendent compte de représentations similaires et assez négatives renvoyant aux difficultés et au fardeau pour la personne mais aussi pour son entourage (*problème, ennui, entrave, poids, compliqué, lourd, épreuve*), à la dépendance de la personne et la nécessité de la prendre en charge. La causalité de la maladie est également évoquée et elle est principalement attribuée au travail (*burnout, risques psychosociaux*) en France ce qui est moins le cas au Canada qui l'attribue également à des causes liées à l'environnement personnel (*problèmes familiaux, problèmes personnels*) ou à la personne elle-même (*se juger trop sévèrement, mauvaise gestion des priorités, présentéisme*). Parmi les représentations négatives, nous retrouvons aussi une catégorie qui renvoie aux répercussions possibles de la dépression dans l'environnement de travail, avec une notion de manque de compétences de ces personnes (*difficultés à exécuter les tâches, incapacité à travailler, difficultés d'intégration*) et d'impacts sur l'organisation du travail (*absences, baisse de la productivité, ou même danger pour l'entreprise*). Cette catégorie est plus saillante dans les discours des personnes interrogées au Canada. Dans les données françaises nous trouvons une catégorie encore plus négative, celle du danger et du risque représenté par la personne en dépression, même si très périphérique et peu saillante dans les discours.

Pour les points que l'on pourrait considérer comme positifs, la banalisation de la maladie est évoquée dans les deux pays, elle est reconnue comme fréquente et presque normale, commune et guérissable. Au Canada, les deux catégories qui n'apparaissent pas dans les données françaises sont des aspects positifs relevant la possible adaptation de l'environnement organisationnel à la maladie et les initiatives pour le maintien ou le retour au travail et la reconnaissance de la stigmatisation de ces personnes. Même s'il s'agit de catégorie que nous retrouvons dans les noyaux périphériques et qui sont peu saillantes dans les discours, ces différences pourraient nous laisser penser que la population interrogée au Canada est un peu plus « avancée » en matière d'inclusion professionnelle de ce public. Cependant les représentations restent majoritairement négatives dans les deux pays.

Ce que l'on peut conclure de cette comparaison est que les représentations des dirigeants de l'échantillon du Canada sont moins figées et plus facilement modifiables car le noyau central, dont on sait qu'il est le cadre de référence commun, normatif, stable et très résistant au changement, est finalement constitué de peu de verbatims alors que le noyau périphérique, plus flexible, est très riche. Nous retrouvons exactement le cas inverse dans l'échantillon de dirigeants français pour lesquels les éléments périphériques sont beaucoup moins représentés alors que le noyau central est extrêmement robuste et fondé sur les notions de souffrance et de maladie qui serviront de référence à tout jugement ultérieur.

#### *4.1.6.2.1.2 Représentations de la dépression au travail en France*

Le champ lexical a mis en évidence 14 catégories dont la popularité, les cooccurrences et des extraits de verbatim sont présentés en tableau 6. Le noyau central de la représentation occupe 71% de l'espace discursif. Il est constitué d'éléments relevant (1) du fardeau que peut constituer cette personne pour l'organisation mais aussi (2) des aspects positifs, d'adaptation et d'accompagnement possibles pour elle et enfin (3) de la souffrance. Les catégories périphériques renvoient (4) à l'encadrement et à la nécessaire vigilance envers la personne, (5) au manque de compétences de celle-ci, (6) aux causes de la maladie principalement perçues comme liées au travail (7) à la maladie (8) à la nécessaire prise en charge médicale, (9) à la banalisation de la maladie, (10) à la stigmatisation et (11) au risque encouru par l'entourage professionnel et l'entreprise.

	Catégories	Extraits de verbatim	Indices de popularité		Cooccurrences inter catégories (N)
			Répondants <sup>a</sup> % (N)	Énoncés <sup>b</sup> % (N)	
<b>Noyau central</b> (45% des énoncés)	Difficultés, fardeau, lourdeur	« Absentéisme, arrêt de travail, difficultés, problèmes, ennui, galère, lourdeur, difficultés pour le collectif, source de conflit »	37 (75)	14 (84)	119
	Adaptation, accompagnement	« Accompagnement, aide, aménagements, adaptation, être à l'écoute, soutien, bienveillance, précautions »	35 (71)	18 (109)	82
	Souffrance	« Mal être, tristesse, isolement, repli sur soi, douleur, souffrance »	34 (68)	13 (81)	103
<b>Noyau périphérique</b> (47% des énoncés)	Encadrement, vigilance	« Encadrement, attention, management, vigilance, gestion du risque, surveillance »	28 (57)	10 (59)	84
	Manque de compétences	« Manque de concentration, de motivation, de fiabilité, de résultats, incapacité à travailler, improductif, difficultés relationnelles »	24 (49)	11 (64)	71
	Cause	« Burnout, conditions de travail, harcèlement, risque psychosociaux, environnement, conditions de vie personnelles »	23 (46) dont : Travail 96 (44)	8 (51) dont : Travail 92 (47)	73
	Maladie	« Malade, maladie, dysfonctionnement »	18 (36)	6 (36)	58
	Prise en charge médicale	« Médecin, médecin du travail, soins, traitement, prise en charge, assistance »	12 (25)	4 (27)	38
	Banalisation	« Classique, de plus en plus, fréquent »	5 (10)	2 (10)	18
	Stigmatisation	« Rejet, stigmatisation, incompréhension des autres, tabou, exclusion, dénigrement »	6 (13)	3 (16)	17
	Risque	« Alerte, contagion, méfiance, peur, risque, toxique »	6 (13)	2 (13)	21

<sup>a</sup>Proportion de répondants ayant cité la catégorie sur 202 répondants

<sup>b</sup>Proportion d'énoncés dans la catégorie sur 606 énoncés

**Tableau 6 : Représentations de la dépression au travail**

Dans le cas de la représentation de la dépression au travail, la notion de souffrance est toujours présente mais le fardeau organisationnel devient central. Il est également accompagné de notions plus positives et bienveillantes liées aux accompagnements possibles et nécessaires de cette personne dans le milieu de travail. Une sorte de sollicitude que nous retrouverons dans les données quantitatives présentées plus bas apparaît aussi centrale et pourrait constituer un levier d'inclusion professionnelle. Ainsi, les personnes atteintes de dépression représenteraient un préjudice pour l'organisation mais la perception d'une possible adaptation de l'environnement organisationnel et d'un accompagnement au travail de la personne fait aussi partie du cadre de référence commun de la représentation. Associée à la souffrance, ce dernier élément semble indiquer une forme de mansuétude pour les personnes atteintes de dépression. Il existe donc une forme d'ambivalence dans ces représentations qui sont à la fois excluantes et compassionnelles.

La nécessité d'encadrer et de surveiller la personne ainsi que, dans une moindre mesure, le risque que représente la personne au sein de l'entreprise (eg. contagion, toxique) apparaît également mais reste plus périphérique. Elle est complétée par la perception d'un manque de compétences des personnes atteintes de dépression traduite pas des difficultés relationnelles, motivationnelles ou encore cognitives rendant

leur travail peu fiable et peu productif. La croyance selon laquelle le travail serait mauvais pour la santé mentale est aussi présente. Ces trois éléments périphériques sont de ce fait plus flexibles mais peuvent aussi jouer leur rôle fonctionnel et être mobilisés comme des justifications possibles et socialement désirables du rejet professionnel éventuel (protéger l'entreprise, le collectif de travail, la personne).

Les données quantitatives présentées ci-dessous concernant les attitudes vis-à-vis de la dépression viennent appuyer ce premier bilan qualitatif.

#### 4.1.6.2.1 Attitudes vis-à-vis de la dépression : un bilan plutôt positif en France comme au Canada

Les résultats présentés en tableau 7 permettent de dresser un bilan plutôt positif en France avec des leviers attitudinaux (attitudes intégratrices) assez forts et significativement plus forts que les freins attitudinaux (attitudes stigmatisantes et de rejet).

Attitudes vis-à-vis de la dépression	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t Student</i>
Attitudes générales stigmatisantes <sup>a</sup>	2,47 <sup>d</sup>	,44	ab1,811
Attitudes spécifiques de rejet-fardeau organisationnel <sup>b</sup>	2,42 <sup>d</sup>	,45	
Attitudes spécifiques intégratrices <sup>c</sup>	2,74 <sup>d</sup>	,46	ac-5,877** bc-6,505**

<sup>d</sup>1 très faible à 4 très forte - \*\*  $p < .0001$

Tableau 7 : Moyennes, écarts types et comparaisons de moyennes entre les attitudes vis-à-vis de la dépression

En outre, il semble que l'importance de l'expérience d'encadrement, le fait que cette expérience soit jugée positivement et le fait de bien connaître le cadre juridique soient chacun faiblement mais significativement liés à une diminution des attitudes générales stigmatisantes ( $r_{\text{expérience encadrement}} = -.223, p = .001$  ;  $r_{\text{appréciation expérience}} = -.369, p < .0001$  ;  $r_{\text{connaissance cadre juridique}} = -.220, p = .002$ ). Nous ne notons aucun effet significatif des autres caractéristiques de l'échantillon (âge, genre, niveau d'études, expérience personnelle de côtoiement, expérience d'embauche, catégorie juridique, taille, politique sociale et santé économique de l'organisation) sur les attitudes vis-à-vis de la dépression.

L'étude parallèle menée au Canada, dont l'échantillon a été présenté plus haut, permet ici de comparer les attitudes vis-à-vis de la dépression en général et au travail. En effet, la validation du questionnaire employé par l'étude menée au Canada a permis, comme dans notre étude en contexte français, de mesurer 1) leurs attitudes stigmatisantes vis-à-vis des personnes atteintes de dépression (incapacité et émotions négatives à leur égard - 4 items,  $\alpha = .61$ ) mais également 2) leurs attitudes de normalisation (les considérer



comme des personnes comme les autres - 4 items,  $\alpha=.63$ ). Concernant les attitudes spécifiques vis-à-vis de la dépression au travail, la notion de fardeau est également mesurée mais la validation rend compte de deux types de fardeaux 1) celui lié au comportement et à la productivité inadaptés de la personne atteinte de dépression (mesurées par 3 items,  $\alpha=.72$ ) et 2) celui lié à l'investissement humain et financier trop important pour le milieu ordinaire de travail (mesurées par 3 items,  $\alpha=.72$ ). L'attitude d'intégration vis-à-vis des personnes atteintes de dépression au travail que nous avons relevée en contexte français n'a, en revanche, pas été mesurée en contexte Canadien.

La comparaison des moyennes obtenues quant aux attitudes stigmatisantes ( $M=2,5/4$ ,  $ET=.44$ ) dans l'échantillon français et aux attitudes stéréotypées ( $M=1,8/4$ ,  $ET=.52$ ) dans l'échantillon Canadien montre que la stigmatisation des personnes atteintes de dépression serait plus élevée en contexte français. La mesure de l'attitude de normalisation est, en outre, élevée ( $M=3,8/4$ ,  $ET=.27$ ) dans l'échantillon Canadien. Les attitudes vis-à-vis de la dépression au travail sont similaires en ce qui concerne le fardeau lié au comportement et à la productivité inadaptés de la personne atteinte de dépression ( $M=2/4$ ,  $ET=.67$ ) au Canada et l'attitude de rejet liée au fardeau organisationnel que ce type de personnes génèrerait ( $M=2/4$ ,  $ET=.45$ ) en France. L'attitude de fardeau liée à l'investissement humain et financier est finalement peu élevée en population Canadienne ( $M=1,7/4$ ,  $ET=.60$ ). Les attitudes intégratrices liées à la dépression au travail sont assez élevée dans l'échantillon français ( $M=2,7/4$ ,  $ET=.46$ ) mais n'ont pas été mesurées dans l'étude Canadienne. Toutefois, elles renvoient à des attitudes positives que l'on peut comparer aux attitudes de normalisation relevées dans l'échantillon canadien. A cet égard, on note les mêmes tendances montrant des attitudes positives somme toute assez élevée et plus fortes que les attitudes négatives.

#### 4.1.6.2.2 Attitudes vis-à-vis des pratiques : culture du mérite et bienveillance

Les résultats présentés en tableau 8 montrent que les participants ont tendance à favoriser des pratiques de recrutement d'une personne atteinte de dépression qui sont plutôt égalitaires ( $M=2,77$ ) c'est-à-dire qui tiennent compte des compétences et du mérite plutôt que de la maladie dans une logique de compensation (comme par ex. les pratiques de discrimination positive). Une bonne connaissance du cadre juridique serait faiblement mais significativement liée au développement de cette attitude égalitaire ( $r_{pratiques\ recrutement}=.269$ ,  $p<.0001$ ). Concernant l'intégration en organisation d'une personne atteinte de dépression, les actions envisagées renvoient à des attitudes préférentiellement axées sur la prévention de la stigmatisation ( $M=3,16$ ) puis sur la sollicitude (accompagnement, sensibilisation, aménagement) ( $M=3,01$ ). Cette attitude de sollicitude est plus faible dans les entreprises privées que dans les établissements publics ( $M_{entreprises\ privées}=2,85$ ,  $M_{établissements\ publics}=3,12$  ;  $t=4,039$ ,  $p<.0001$ ). Des actions renvoyant à des attitudes défensives et de protection du collectif seraient également valorisées mais dans une moindre mesure ( $M=2,62$ ).

Attitudes vis-à-vis des pratiques	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i> Student
Attitudes vis-à-vis des pratiques de recrutement	2,77 <sup>d</sup>	,43	
Attitudes de prévention de la stigmatisation dans les pratiques d'intégration <sup>a</sup>	3,16 <sup>e</sup>	,51	ab-2,729**
Attitudes de sollicitude dans les pratiques d'intégration <sup>b</sup>	3,01 <sup>e</sup>	,48	ac-9,357**
Attitudes défensives dans les pratiques d'intégration <sup>c</sup>	2,62 <sup>e</sup>	,51	bc11,793**

<sup>d</sup>1 égalitaristes à 4 égalitaires- <sup>e</sup> 1 très faible à 4 très forte - \*\*  $p < .0001$

Tableau 8 : Moyennes, écarts types et comparaisons de moyennes entre les attitudes vis-à-vis de des pratiques

Aucun effet significatif des autres caractéristiques de l'échantillon (âge, genre, niveau d'études, expérience personnelle et professionnelle de côtoiement, taille, politique sociale et santé économique de l'organisation) sur les attitudes vis-à-vis des pratiques n'a pu être noté.

#### 4.1.6.2.3 Attitudes vis-à-vis de la divulgation du trouble : entre compréhension de la dissimulation et souhait de divulgation

Les résultats présentés en tableau 9 montrent que les participants ont une attitude plutôt positive et de compréhension ( $M=1,79$ ) dans l'hypothèse de la découverte que leur dernière recrue n'avait pas mentionné être atteinte de dépression au moment de l'embauche. Le fait de bien connaître le cadre juridique semble lié à cette attitude positive ( $r = -.294, p < .0001$ ). Toutefois, les participants seraient plutôt favorables au fait que la personne divulgue son trouble à l'employeur et 66% trouveraient que le meilleur moment pour le faire serait celui qui conviendrait le mieux à cette personne alors que le pire moment serait de l'indiquer dans le dossier de candidature ou le CV (54%) à cause de l'effet stigmatisant que cela pourrait provoquer (cf. figure 2). Cette attitude favorable à la divulgation du trouble est faiblement mais significativement liée à la taille de l'organisation ( $r = .269, p < .0001$ ).

Attitudes vis-à-vis de la divulgation du trouble	<i>M</i>	<i>ET</i>
Attitudes vis-à-vis de la divulgation	2,58 <sup>a</sup>	,72
Attitudes vis-à-vis de la dissimulation	1,79 <sup>b</sup>	,58

<sup>a</sup>1 très défavorable à 4 très favorable - <sup>b</sup> 1 très positive à 4 très négative

Tableau 9 : Moyennes et écarts types des attitudes vis-à-vis de la divulgation du trouble

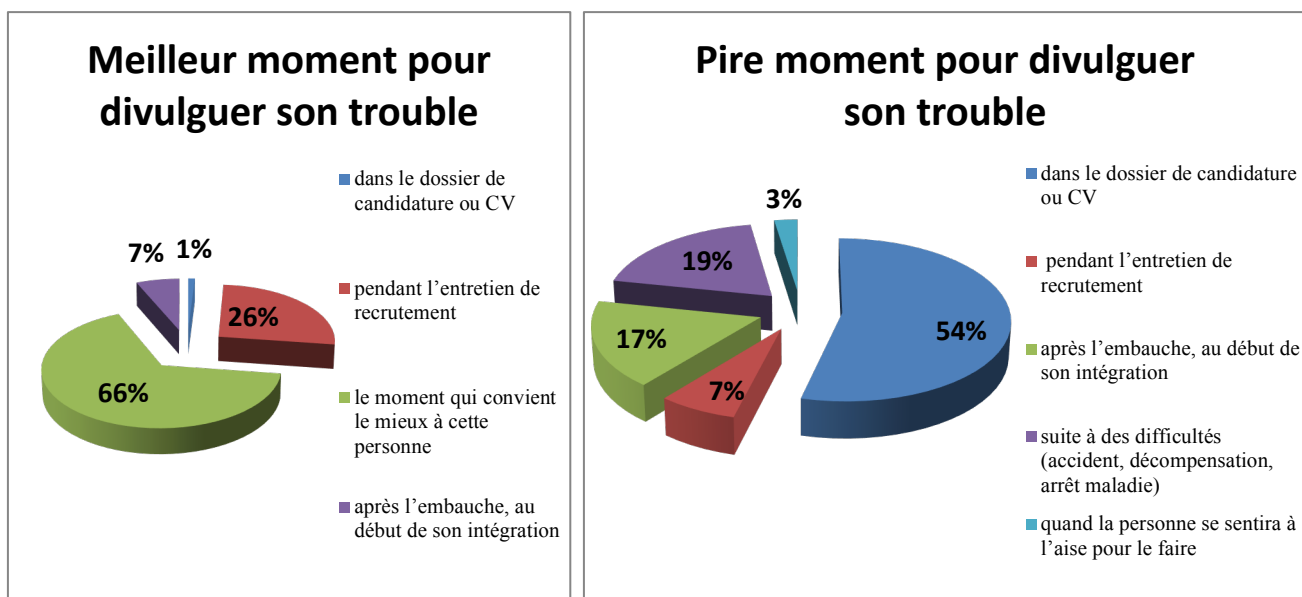


Figure 2 : Meilleur moment et pire moment pour divulguer son trouble à l'employeur

Aucun effet significatif des autres caractéristiques de l'échantillon (âge, genre, niveau d'études, expérience personnelle et professionnelle de côtoiement, catégorie juridique, politique sociale et santé économique de l'organisation) sur les attitudes vis-à-vis de la divulgation.

#### 4.1.6.2.4 Attitudes vis-à-vis du cadre juridique : jugé moyennement pertinente et peu efficace en matière d'insertion

Les résultats présentés en tableau 10 montrent que les participants trouvent le cadre juridique en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées moyennement pertinent ( $M=2,56$ ). Une certaine ambivalence est donc présente entre une attitude positive qui considère le cadre juridique comme aidant et une attitude négative qui le perçoit comme contraignant, voire inadapté. Notons que ce sont les entreprises privées qui le trouvent le moins pertinent ( $M_{entreprises\ privées}=2,45$  ;  $M_{établissements\ publics}=2,63$  ;  $t=2,692$ ,  $p=.008$ ). Le fait d'apprécier positivement l'expérience professionnelle de côtoiement et d'avoir une politique sociale développée semblent également liée au fait de trouver ce cadre juridique pertinent ( $r_{appréciation\ expérience}=.279$ ,  $p<.0001$  ;  $r_{politique\ sociale}=.274$ ,  $p<.0001$ ). Enfin, les participants ont une perception plutôt négative de l'efficacité de cette loi en matière d'inclusion professionnelle ( $M=2,46$ ).

Attitudes vis-à-vis du cadre juridique	<i>M</i>	<i>ET</i>
Pertinence du cadre juridique	2,56 <sup>a</sup>	,46
Efficacité de la loi	2,46 <sup>a</sup>	,43

<sup>a</sup>1 très négative à 4 très positive

Tableau 10 : Moyennes et écarts types des attitudes vis-à-vis du cadre juridique

Aucun effet significatif des autres caractéristiques de l'échantillon (âge, genre, niveau d'études, expérience personnelle de côtoiement, expérience d'embauche, d'encadrement, connaissance du cadre juridique, taille, politique sociale et santé économique de l'organisation) sur les attitudes vis-à-vis du cadre juridique n'a pu être noté.

#### 4.1.6.2.5 Indicateur d'ouverture/fermeture à l'inclusion : l'ambivalence

Les résultats présentés en tableau 11 montrent, pour ce qui concerne les indicateurs de fermeture à l'inclusion, que le niveau d'appréhension des participants face à l'embauche d'une personne atteinte de dépression est moyen ( $M=2,48$ ) et que le niveau d'amotivation à les recruter est faible ( $M=2,05$ ). En outre, des niveaux d'appréhension et d'amotivation élevés sont assez fortement corrélés à une appréciation négative de l'expérience professionnelle de côtoiement ( $r_{appréhension}=-,491, p<.000$  ;  $r_{amotivation}=-,369, p<.0001$ ) et inversement. Une expérience personnelle de côtoiement élevée semble aussi faiblement mais significativement liée à un niveau d'amotivation faible ( $r=-,204, p=.004$ ). Une politique sociale développée est également liée à un faible niveau d'appréhension ( $r=-,283, p<.0001$ ). Il en est de même quant au niveau de connaissance du cadre juridique qui est faiblement mais significativement lié aux niveaux d'appréhension et d'amotivation ( $r_{appréhension}=-,215, p=.002$  ;  $r_{amotivation}=-,221, p=.002$ ).

L'étude en contexte Canadien a également investigué la mesure de l'appréhension à embaucher. Elle a été évaluée par une échelle en trois items renvoyant aux difficultés pressenties pour la personne atteinte de dépression, pour l'encadrement et pour les collègues (mesurées par 3 items,  $\alpha=.71$ ). Ainsi, les niveaux d'appréhension à embaucher attestent d'une crainte plus importante des dirigeants interrogés en France que de ceux du Canada ( $M_{France}=2,5/4, ET=.57$  et  $M_{Canada}=1,7/4, ET=.57$ ).

Pour ce qui concerne les indicateurs d'ouverture à l'inclusion, le niveau de motivation citoyenne à recruter une personne atteinte de dépression est fort ( $M=2,88$ ), il l'est beaucoup plus que le niveau de la motivation financière qui est finalement moyen ( $M=2,41$ ). Les attentes compensatoires de soutien à l'emploi sont relativement élevées avec une préférence pour un soutien en direction de l'entreprise ( $M=3,23$ ) puis pour un soutien à la personne ( $M=3,03$ ) et enfin financier ( $M=2,85$ ). Le niveau d'intégration du cadre juridique est moyen ( $M=2,49$ ). Il est à noter que l'appréciation positive de l'expérience professionnelle de côtoiement semble liée à des niveaux élevés de motivation citoyenne et d'intégration du cadre juridique ( $r_{motivation\ citoyenne}=.325, p<.0001$  ;  $r_{intégration\ cadre\ juridique}=.235, p=.002$ ). Le fait d'estimer avoir un niveau élevé de connaissance du cadre juridique, d'appartenir à une grande entreprise qui développe une politique sociale semble lié à un niveau élevé d'intégration du cadre juridique ( $r_{connaissance\ cadre\ juridique}=.28, p<.0001$  ;  $r_{taille}=.275, p<.0001$  ;  $r_{politique\ sociale}=.545, p<.0001$ ).

Enfin, l'intention d'investissement dans l'aménagement du poste est assez élevées ( $M=2,91$ ) mais elle l'est moins dans les entreprises privées que dans les établissements publics ( $M_{entreprises\ privées}=2,81$ ,  $M_{établissements\ publics}=2,97$  ;  $t=2,920$ ,  $p=.004$ ). L'intention d'embauche est plus mitigée ( $M=2,56$ ) et semble liée à une appréciation positive de l'expérience professionnelle de côtoiement ( $r=.329$ ,  $p<.0001$ ) mais aussi au fait d'avoir une politique sociale développée ( $r_{politique\ sociale}=.231$ ,  $p=.001$ ).

Ces résultats descriptifs laissent apparaître une certaine ambivalence des participants quant à l'inclusion professionnelle des personnes atteintes de dépression avec des indicateurs d'ouverture fermeture à l'inclusion professionnelle relativement élevés et des intentions d'inclure assez mitigées.

<b>Indicateur d'ouverture/fermeture à l'inclusion</b>	<b>M</b>	<b>ET</b>	<b>t Student</b>
<b>Appréhension<sup>c</sup></b>	<b>2,48<sup>a</sup></b>	,45	<sup>cf</sup> 10,017**
<b>Amotivation<sup>f</sup></b>	<b>2,05<sup>a</sup></b>	,67	<sup>fd</sup> 11,248**
<b>Motivation citoyenne<sup>d</sup></b>	<b>2,88<sup>a</sup></b>	,49	<sup>de</sup> 7,384**
<b>Motivation financière<sup>e</sup></b>	<b>2,41<sup>a</sup></b>	,80	<sup>fe</sup> 5,213**
<b>Attente de soutien pour l'entreprise<sup>g</sup></b>	<b>3,23<sup>b</sup></b>	,52	<sup>gh</sup> 5,403**
<b>Attente de soutien pour la personne<sup>h</sup></b>	<b>3,03<sup>b</sup></b>	,55	<sup>hi</sup> 3,653**
<b>Attente de soutien financier<sup>i</sup></b>	<b>2,85<sup>b</sup></b>	,60	<sup>gi</sup> 8,072**
<b>Intégration du cadre juridique<sup>l</sup></b>	<b>2,49<sup>a</sup></b>	,46	
<b>Intention d'investissement dans l'aménagement<sup>m</sup></b>	<b>2,91<sup>b</sup></b>	,38	<sup>mn</sup> 7,574**
<b>Intention d'embauche<sup>n</sup></b>	<b>2,56<sup>a</sup></b>	,68	

<sup>a</sup> 1 très faible à 4 très forte- <sup>b</sup> 1 inutile à 4 essentiel- \*\*  $p<.0001$

Tableau 11 : Moyennes, écarts types et comparaisons de moyennes entre les indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion

Aucun effet significatif des autres caractéristiques de l'échantillon (âge, genre, niveau d'études, expérience d'embauche, expérience d'encadrement et santé économique de l'organisation) sur les indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion n'a été noté.

### 4.1.6.3 Modélisations des indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion professionnelle d'une personne atteinte de dépression

#### 4.1.6.3.1 Modèle prédictif de l'appréhension à embaucher :

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives de l'appréhension à embaucher sont, pour les variables antécédentes, l'appréciation de l'expérience professionnelle de côtoiement de la dépression et la politique sociale et, pour les attitudes, celles de rejet et intégratrice vis-à-vis de la dépression au travail. Les analyses de médiations multiples indiquent un effet de médiation partielle de ces deux variables attitudinales sur le lien entre l'appréciation de l'expérience professionnelle de côtoiement et l'appréhension. Les forces des effets de ces deux médiateurs sont significativement différentes (Bootstrap) : la force de l'effet indirect de l'attitude de fardeau est supérieure à celle de l'attitude d'intégration. Ainsi, une expérience de côtoiement professionnelle jugée positive fait diminuer le niveau d'appréhension en partie parce qu'elle génère une attitude intégratrice à l'égard de personnes atteintes de dépression et, au contraire, une expérience de côtoiement professionnelle jugée négative fait augmenter le niveau d'appréhension en partie parce qu'elle génère une attitude de rejet à l'égard de ces personnes. En outre, le modèle montre qu'une politique sociale développée a pour effet de diminuer le niveau d'appréhension à embaucher mais que cet effet n'est pas lié aux attitudes vis-à-vis de la dépression (effet total indirect non significatif :  $\beta = -.0090$ ,  $SE = .0369$ , 95% CI  $[-.0843, .0624]$ ). Le modèle complet, présenté dans la figure 3, explique 42 % de la variance de l'appréhension à embaucher ( $R^2 = .4243$ ).

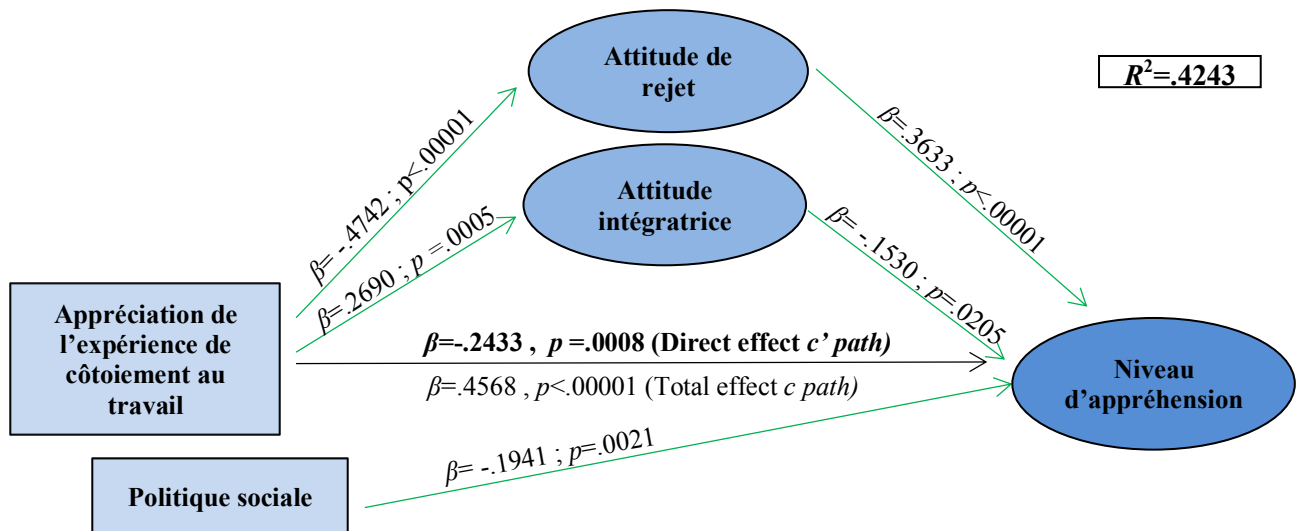


Figure 3 : Modèle de l'appréhension à embaucher (France)

Les premiers traitements des données de l'enquête menée au Canada ont également investigué le modèle prédictif de l'appréhension à embaucher et peuvent faire l'objet d'une comparaison avec les résultats français. Notons qu'en plus des variables présentées précédemment (mesure des attitudes vis-à-vis de la dépression et de l'appréhension à embaucher), l'expérience de côtoiement de la dépression a été évaluée en termes de fréquence de contacts avec une personne atteinte de la maladie. Les caractéristiques des dirigeants ont été relevées (âge, sexe et niveau d'études) et celles de l'organisation également (taille, secteur, santé économique et financière évaluée par l'augmentation de la main d'œuvre dans les 12 derniers mois et le fait d'avoir des postes accessibles pour les personnes atteintes de dépression qui peut renvoyer à un aspect de la politique sociale de l'organisation).

Le modèle prédictif de l'appréhension à embaucher de l'étude Canadienne est présenté en figure 4 et laisse apparaître certaines similitudes avec le modèle français que nous avons traité en figure 3. En effet, il montre que l'association d'une expérience de côtoiement, d'une politique sociale et d'attitudes positives de normalisation élevées et d'attitudes négatives faibles relatives au fardeau que représenteraient les personnes atteintes de dépression au travail prédirait un faible niveau d'appréhension à recruter. Une bonne santé économique et financière que l'on ne retrouve pas dans le modèle français se rajoute au modèle de prédiction Canadien pour expliquer au final 39% de la variance de l'appréhension. Cette comparaison semble attester de fortes similitudes entre les deux pays avec des coefficients de prédiction très proches pour chaque variable mesurée. La distinction majeure entre ces deux modèles relève de l'effet de l'expérience de côtoiement qui renvoie à une mesure distincte au Canada (fréquence de côtoiement) et en France (appréciation de cette expérience).

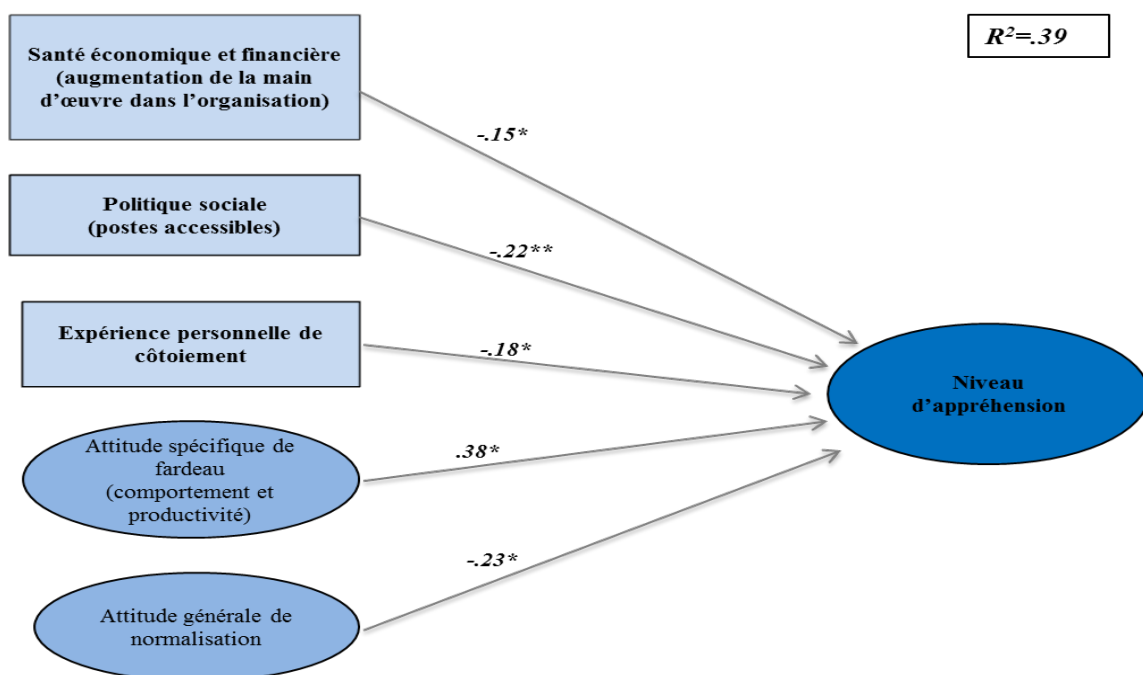


Figure 4 : Modèle de l'appréhension à embaucher (Canada)

#### 4.1.6.3.2 Modèle prédictif de l'amotivation à embaucher :

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives de l'amotivation sont, pour les variables antécédentes, l'appréciation de l'expérience professionnelle de côtoiement, l'expérience personnelle de côtoiement et la connaissance du cadre juridique et, pour les attitudes, celles de rejet et intégratrice vis-à-vis de la dépression au travail, l'attitude stigmatisante vis-à-vis de la dépression en général et l'attitude vis-à-vis de la pertinence du cadre juridique relatif au handicap au travail. Les analyses de médiations multiples indiquent un effet de médiation total de trois variables attitudinales seulement (l'attitude de rejet, intégratrice et vis-à-vis de la pertinence du cadre juridique) sur le lien entre l'appréciation de l'expérience professionnelle de côtoiement et l'amotivation. Les forces des effets de ces médiateurs ne sont pas significativement différentes (Bootstrap). Ainsi, une expérience de côtoiement jugée positive fait diminuer le niveau d'amotivation parce qu'elle engendre une attitude intégratrice, diminue l'attitude de rejet à l'égard de personnes atteintes de dépression et génère une attitude positive vis-à-vis de la pertinence du cadre juridique. L'inverse est malheureusement aussi vrai. L'attitude générale stigmatisante vis-à-vis de personnes atteintes de dépression est négativement impactée par une expérience positive de côtoiement mais ne contribue pas à expliquer le niveau d'amotivation. Enfin, avoir une expérience personnelle de côtoiement de la dépression et avoir une bonne connaissance du cadre juridique diminue l'amotivation à recruter mais cet effet, relativement faible, n'est pas impacté par les variables attitudinales (effet total indirect non significatif dans les deux cas :  $\beta_{\text{expérience personnelle de côtoiement}} = -.0062$ ,  $SE = .0423$ , 95% CI [-.0916, .0752];  $\beta_{\text{connaissance du cadre juridique}} = -.0279$ ,  $SE = .0505$ , CI [-.1336, .0712]). Le modèle complet, présenté dans la figure 5, explique presque 48 % de la variance de l'amotivation ( $R^2 = .4794$ ).



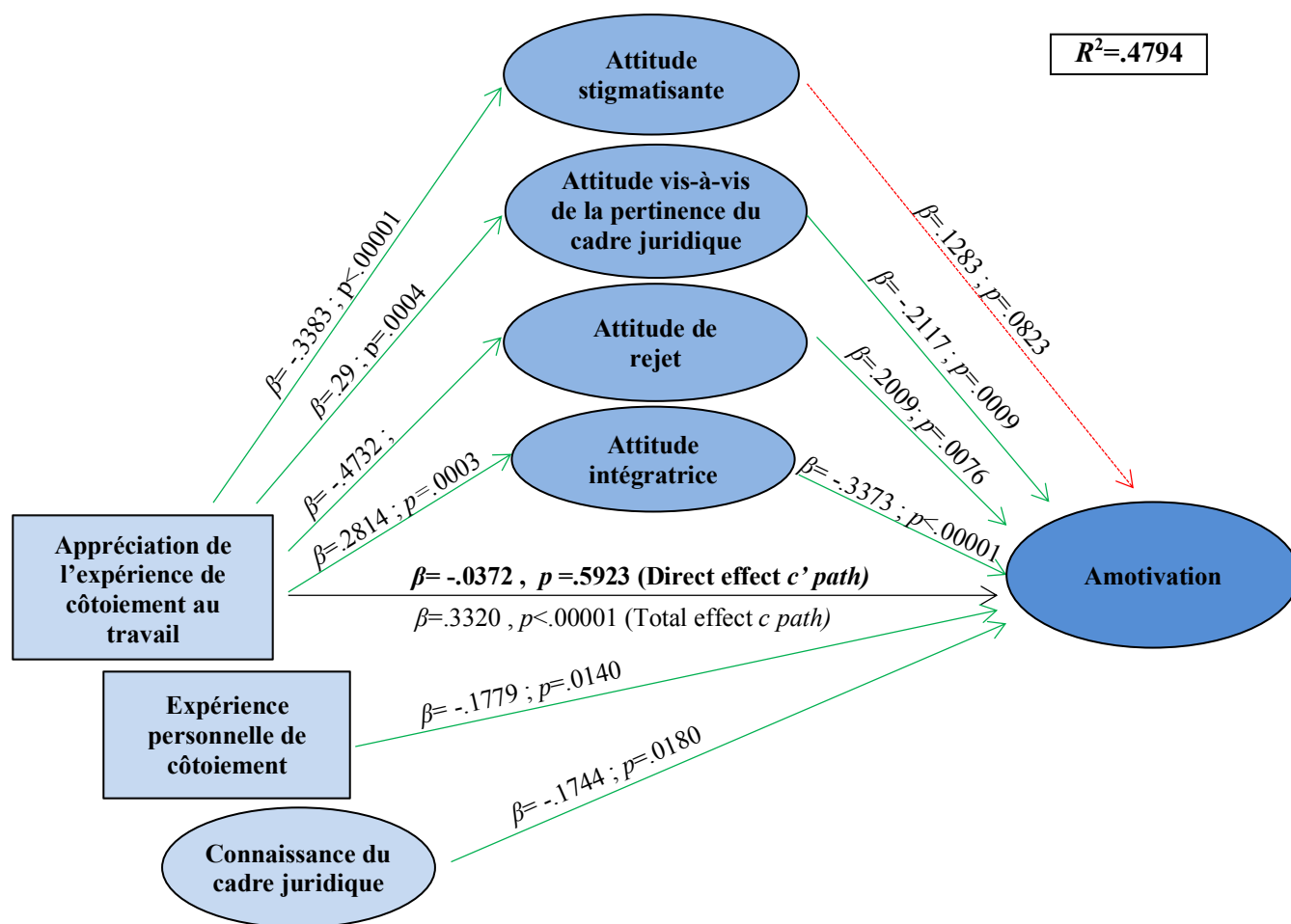


Figure 5 : Modèle de l'amotivation à recruter

#### 4.1.6.3.3 Modèle prédictif de la motivation citoyenne à embaucher

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives de la motivation citoyenne sont, pour les variables antécédentes, l'appréciation de l'expérience professionnelle de côtoiement et, pour les attitudes, celles de rejet et intégratrice vis-à-vis de personnes atteintes de dépression en milieu travail. Les analyses de médiations multiples indiquent un effet de médiation total de l'attitude intégratrice sur le lien entre l'appréciation de l'expérience de côtoiement et le niveau de motivation citoyenne. Ainsi, une expérience de côtoiement jugée positive fait augmenter le niveau de motivation citoyenne à l'embauche parce qu'elle génère une attitude intégratrice à l'égard de personnes atteintes de dépression. L'attitude de rejet est négativement impactée par une expérience positive de côtoiement mais ne contribue pas à expliquer le niveau de motivation citoyenne. Les forces des effets de ces médiateurs ne sont pas significativement différentes (Bootstrap). Le point positif de ce résultat est que la motivation citoyenne ne serait pas impactée négativement par l'attitude de rejet liées à une

mauvaise expérience de cotoiement en milieu de travail. Le modèle complet, présenté dans la figure 6, explique 34 % de la variance de la motivation citoyenne ( $R^2 = ,3436$ ).

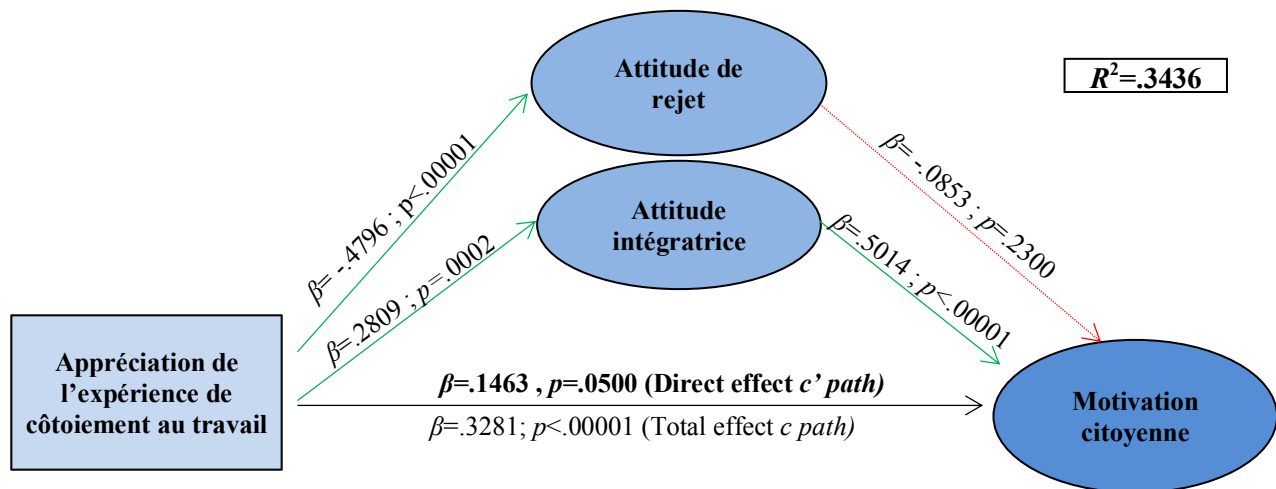


Figure 6 : Modèle de la motivation citoyenne à recruter

#### 4.1.6.3.4 Modèle prédictif de la motivation financière à embaucher

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives de la motivation financière sont, pour les variables antécédentes, la connaissance du cadre juridique et la santé économique et financière de l'organisation et, pour les attitudes, celle de rejet. Les variables antécédentes ne présentant aucun lien significatif avec l'attitude de rejet, nous ne pouvons pas faire d'hypothèse de médiation. Les analyses de régressions multiples indiquent un faible effet de ces trois variables sur le niveau de motivation financière. Une forte attitude de rejet associée à une faible connaissance du cadre juridique et à une santé économique jugée insatisfaisante fait augmenter le niveau de motivation financière à embaucher. Le modèle, présenté dans la figure 7, explique 09 % de la variance de la motivation financière ( $R^2 = ,089$ ).

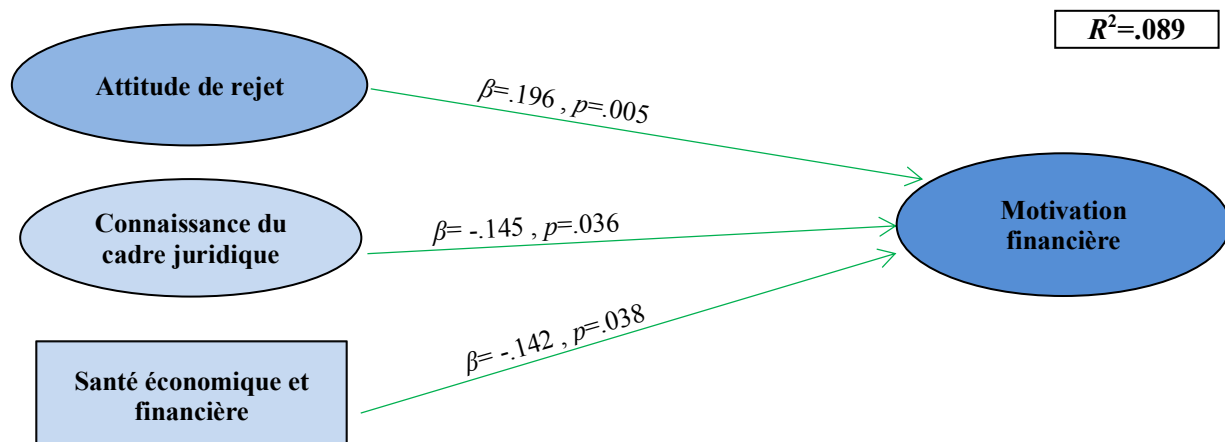


Figure 7 : Modèle de la motivation financière à recruter

#### 4.1.6.3.5 Modèle prédictif des attentes de soutien pour l'entreprise pour embaucher

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives des attentes de soutien pour l'entreprise sont, pour les variables antécédentes, la catégorie juridique (public vs. privé) et pour les attitudes, celle orientée vers la sollicitude dans les pratiques d'intégration et celle orientée vers des pratiques d'intégration défensives. Les analyses de médiations multiples indiquent un effet de médiation total de l'attitude orientée vers la sollicitude dans les pratiques d'intégration sur le lien entre la catégorie juridique et les attentes de soutien pour l'entreprise. Les entreprises privées ont une attitude vis-à-vis des pratiques d'intégrations moins orientée vers la sollicitude que les entreprises publiques, ce qui a pour effet d'augmenter le souhait d'un soutien à destination de l'entreprise. Les pratiques d'intégration plus défensives ne sont pas impactées par la catégorie juridique de l'organisation mais elles contribuent également à expliquer le souhait d'un soutien à destination de l'entreprise. Le modèle complet, présenté dans la figure 8, explique 31 % de la variance des attentes de soutien à l'entreprise ( $R^2 = .3118$ ).

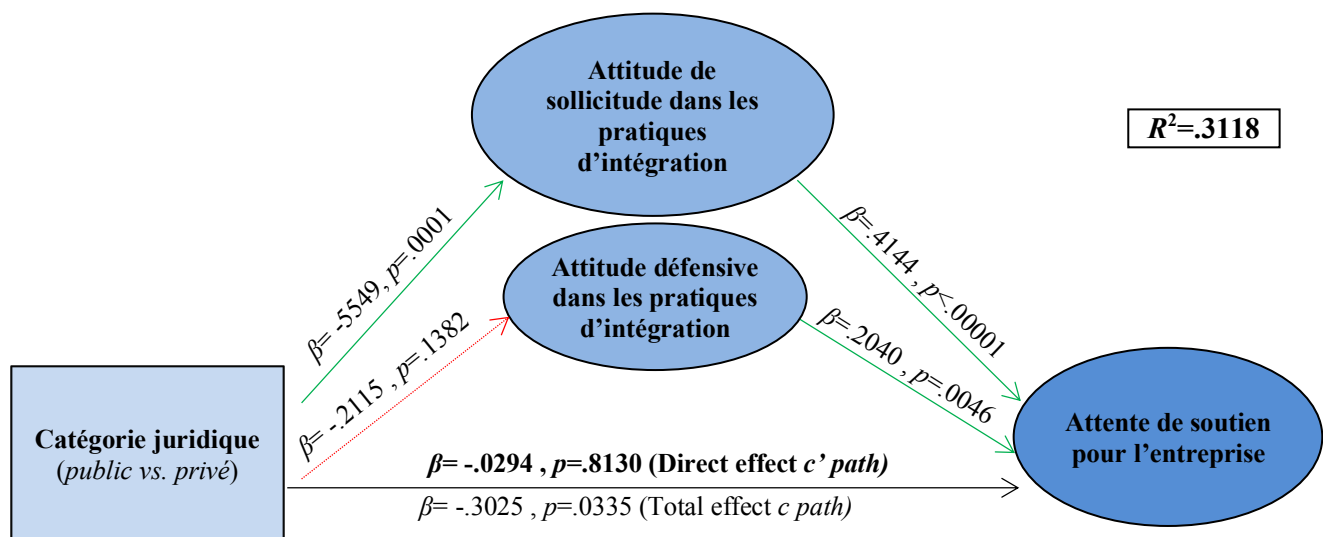


Figure 8 : Modèle des attentes de soutien pour l'entreprise

#### 4.1.6.3.6 Modèle prédictif des attentes de soutien financier pour embaucher

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives des attentes de soutien financier sont, pour les variables antécédentes, la taille de l'entreprise et, pour les attitudes, celle de rejet et celle orientée vers des pratiques d'intégration défensives ou de soutien du collectif de travail. La taille de l'entreprise n'ayant pas de lien avec ces attitudes, nous ne pouvons pas faire d'hypothèse de médiation. Ainsi, une attitude de rejet élevée associée à une attitude faiblement orientée vers des pratiques d'intégration défensives, et à une taille d'entreprise modeste font augmenter le souhait d'un soutien

financier. Le modèle, présenté dans la figure 9, explique 13,5 % de la variance du soutien financier ( $R^2 = ,135$ ).

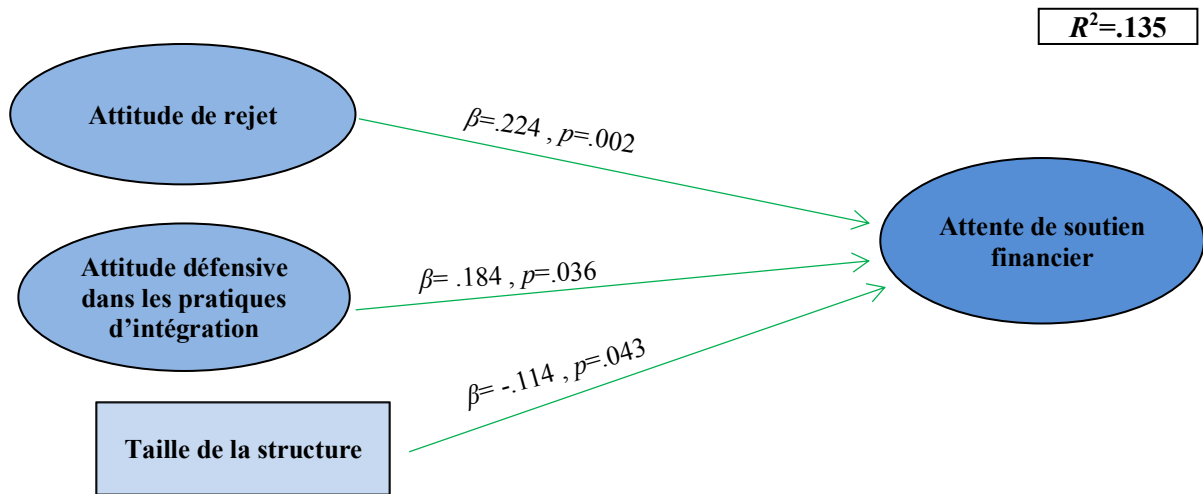


Figure 9 : Modèle des attentes de soutien financier

#### 4.1.6.3.7 **Modèle prédictif des attentes de soutien pour la personne atteinte de dépression pour embaucher**

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives des attentes de soutien à destination de la personne atteinte de dépression sont, pour les variables antécédentes, la connaissance du cadre juridique et la catégorie juridique (publique vs. privé) et pour les attitudes, celle orientée vers la sollicitude dans les pratiques d'intégration et celles relatives aux pratiques de recrutement. Les analyses de médiations multiples indiquent un effet de médiation total des attitudes vis-à-vis des pratiques de recrutement sur le lien entre la connaissance du cadre juridique et les attentes de soutien à destination de la personne. Une bonne connaissance du cadre juridique fait diminuer les attentes de soutien à destination de la personne parce qu'elle génère une attitude égalitaire vis-à-vis de pratiques de recrutement. L'attitude de sollicitude n'est pas impactée par la connaissance du cadre juridique mais elle contribue à expliquer les attentes de soutien à destination de la personne. Les analyses de médiations multiples montrent aussi un effet de médiation totale des attitudes orientées vers la sollicitude sur le lien entre la catégorie juridique et le souhait d'un soutien de la personne. Comme pour le cas du soutien pour l'entreprise, les entreprises privées ont une attitude vis-à-vis des pratiques d'intégrations moins orientée vers la sollicitude que les entreprises publiques, ce qui a pour effet d'augmenter le souhait d'un soutien à destination de la personne. Le modèle complet, présenté dans la figure 10, explique 34 % de la variance de la motivation citoyenne ( $R^2 = ,3437$ ).

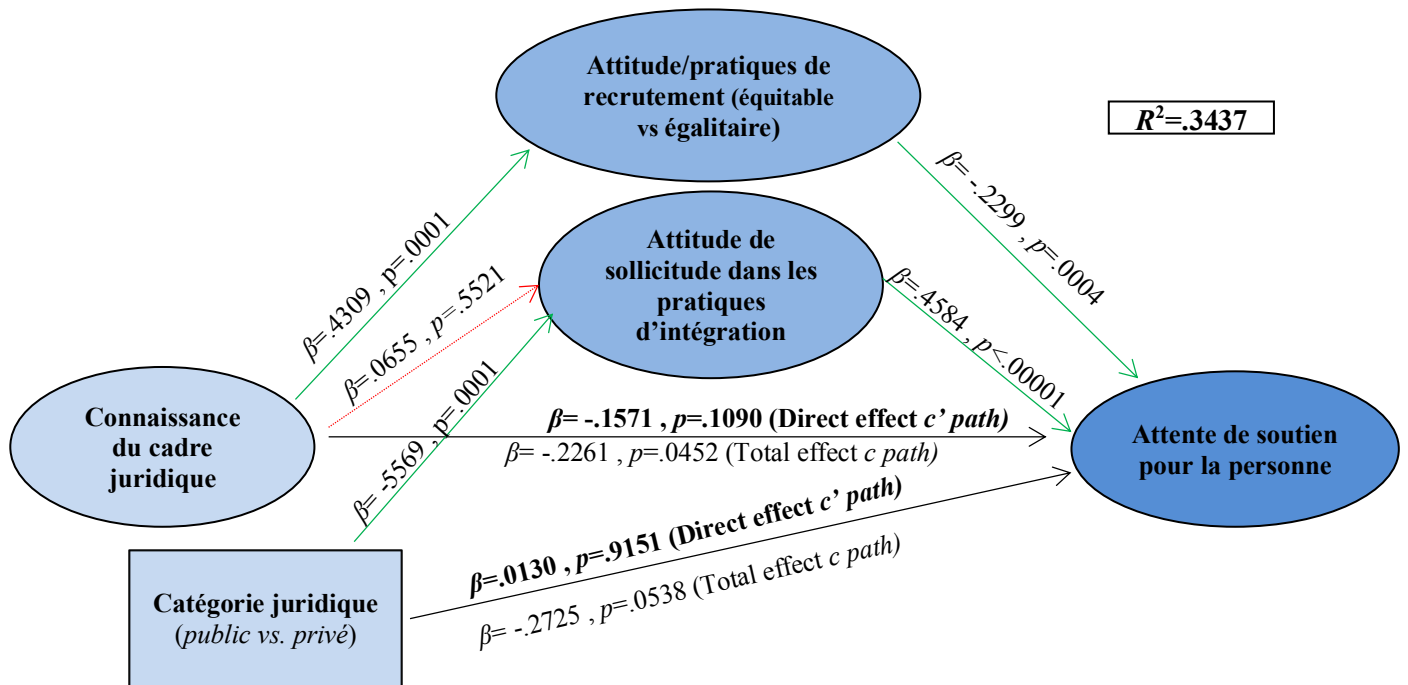


Figure 10 : Modèle des attentes de soutien pour la personne

#### 4.1.6.3.8 Modèle prédictif de l'intégration du cadre juridique dans la politique organisationnelle

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives du niveau d'intégration du cadre juridique sont, pour les variables antécédentes, la politique sociale et la taille de la structure et pour les attitudes, l'attitude stigmatisante et celles relatives à la pertinence et à l'efficacité du cadre juridique. Les analyses de médiations multiples indiquent un effet de médiation partielle de l'attitude stigmatisante sur le lien entre la politique sociale et l'intégration du cadre juridique. Une politique sociale développée augmente le niveau d'intégration du cadre juridique parce qu'elle diminue l'attitude stigmatisante à l'égard de personnes atteintes de dépression. En revanche, si la pertinence et l'efficacité perçues du cadre juridique sont positivement impactées par une politique sociale développée, elles ne contribuent étonnamment pas à expliquer le niveau d'intégration du cadre juridique. Enfin, la taille de la structure ne présente pas de lien avec les variables attitudinales mais a un effet positif sur le niveau d'intégration du cadre juridique (effet total indirect non significatif :  $\beta = -.0055, SE = .0173, 95\% \text{ CI } [-.0438, .0262]$ ). Le modèle complet, présenté dans la figure 11, explique 35 % de la variance du niveau d'intégration du cadre juridique ( $R^2 = .3503$ ).

$R^2 = .3503$

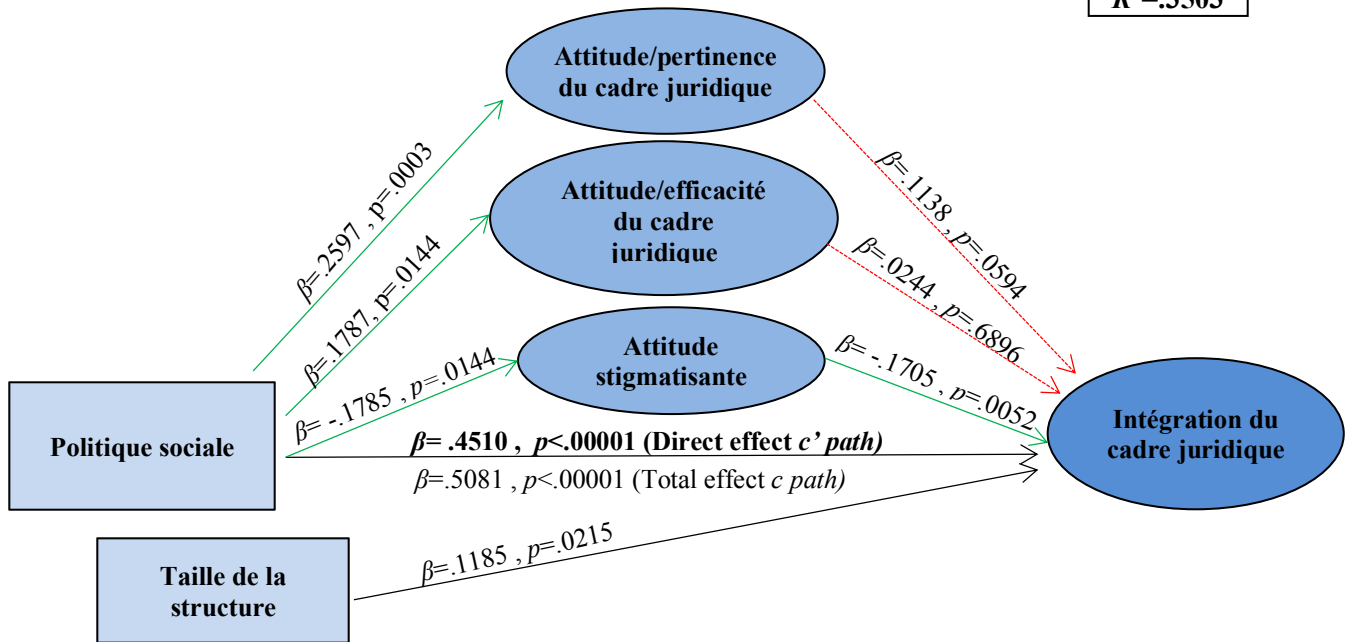


Figure 11 : Modèle de l'intégration du cadre juridique dans la politique de l'organisation

#### 4.1.6.3.9 Modèle prédictif de l'intention d'aménager le poste

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives de l'intention d'aménager le poste sont, pour les variables antécédentes, la catégorie juridique (public vs. privé) de l'organisation et sa politique sociale et pour les attitudes, l'attitude intégratrice, celle relative à la pertinence du cadre juridique, celle orientée vers la sollicitude dans les pratiques d'intégration en emploi et celle relative aux pratiques de recrutement (équitable vs. égalitaire). Les analyses de médiations multiples indiquent un effet de médiation totale de l'attitude orientée vers la sollicitude dans les pratiques d'intégration et de celle relative à la pertinence du cadre juridique sur le lien entre la catégorie juridique et l'intention d'aménager le poste. Les entreprises privées trouvent le cadre juridique moins pertinent et elles ont une attitude vis-à-vis des pratiques d'intégrations moins orientée vers la sollicitude que les entreprises publiques, ce qui a pour effet de diminuer leur intention d'aménager le poste. L'attitude intégratrice et celle relative aux pratiques de recrutement ne sont pas impactées par la catégorie juridique de l'organisation mais elles contribuent également à expliquer l'intention d'aménager le poste. Des pratiques de recrutement fondées sur une logique d'équité ainsi qu'une attitude intégratrice forte vis-à-vis des personnes atteintes de dépression en milieu de travail prédit des intentions élevées d'aménagements du poste de travail. Les analyses de médiations multiples montrent aussi un effet de médiation totale de la pertinence du cadre juridique sur le lien entre la politique sociale et l'intention d'aménager le poste. Une politique sociale développée augmente l'intention d'aménagement du poste parce qu'elle transite par des attitudes positives vis-à-vis de la pertinence du cadre juridique. Le modèle

complet, présenté dans la figure 12, explique presque 54 % de la variance de l'intention d'aménager le poste ( $R^2=.5370$ ).

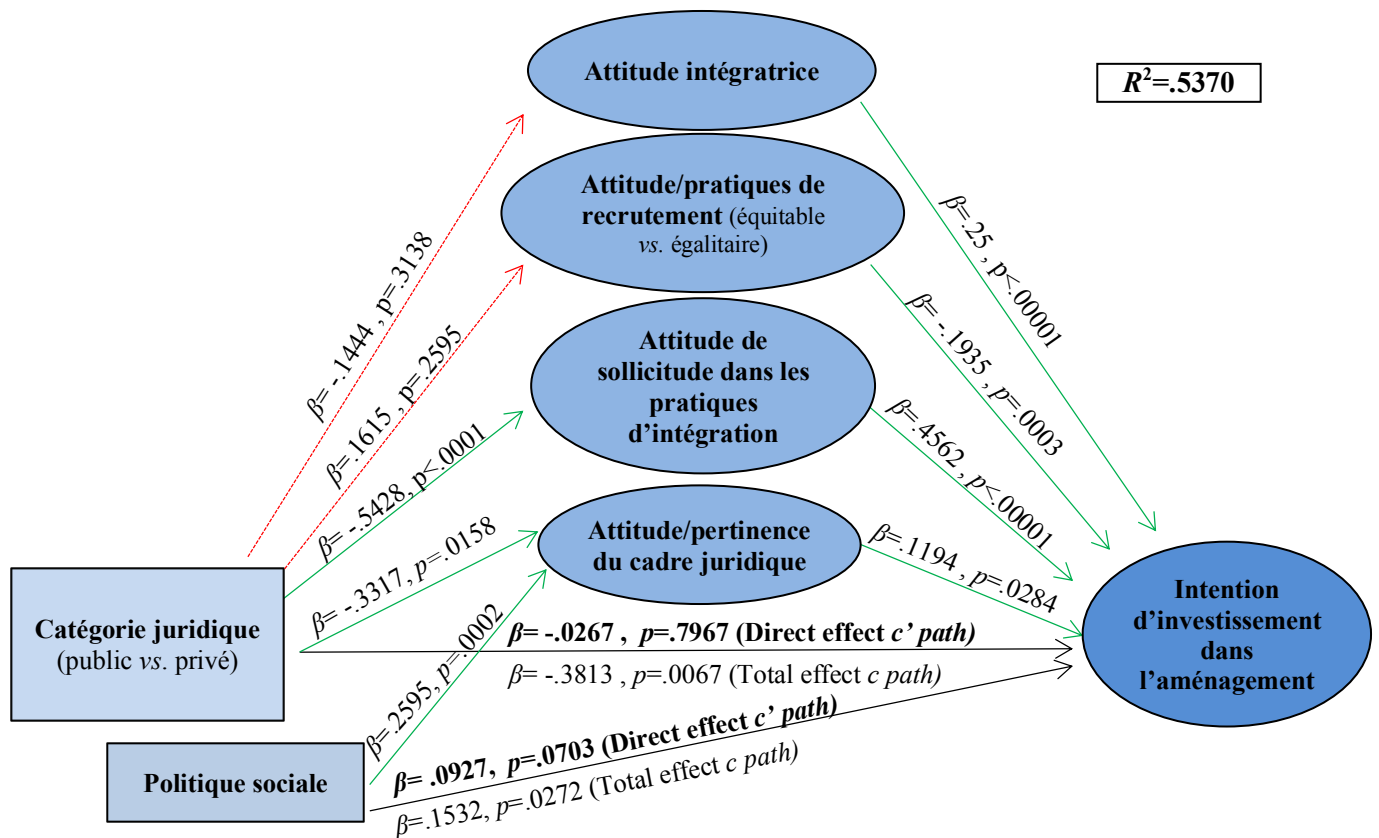


Figure 12 : Modèle de l'intention d'investissement dans aménagement de poste

#### 4.1.6.3.10 Modèle prédictif de l'intention d'embauche

Les résultats des régressions multiples montrent que les variables prédictives de l'intention d'embauche sont, pour les variables antécédentes, l'appréciation de l'expérience de côtoiement et la politique sociale de la structure et pour les attitudes, l'attitude vis-à-vis de la dissimulation du trouble, l'attitude de rejet et l'attitude intégratrice. Les analyses de médiations multiples indiquent un effet de médiation totale des trois attitudes sur le lien entre l'appréciation de l'expérience de côtoiement et l'intention d'embauche. Une expérience de côtoiement jugée positive fait augmenter l'intention d'embauche parce qu'elle génère une attitude intégratrice, diminue l'attitude de rejet et l'attitude négative vis-à-vis de la dissimulation. Les forces des effets de ces médiateurs sont significativement différentes (Bootstrap) : l'attitude de rejet fardeau a un effet plus fort que l'attitude vis-à-vis de la dissimulation. En outre, le modèle montre qu'une politique sociale développée a pour effet d'augmenter l'intention d'embauche mais que cet effet n'est pas lié aux attitudes (effet total indirect non significatif :  $\beta=-.0353$ ,

SE=.0435, 95% CI [-.0443, .1276]). Le modèle complet, présenté dans la figure 13, explique 38 % de la variance de l'intention d'embauche une personne atteinte de dépression ( $R^2=.3822$ ).

$R^2=.3822$

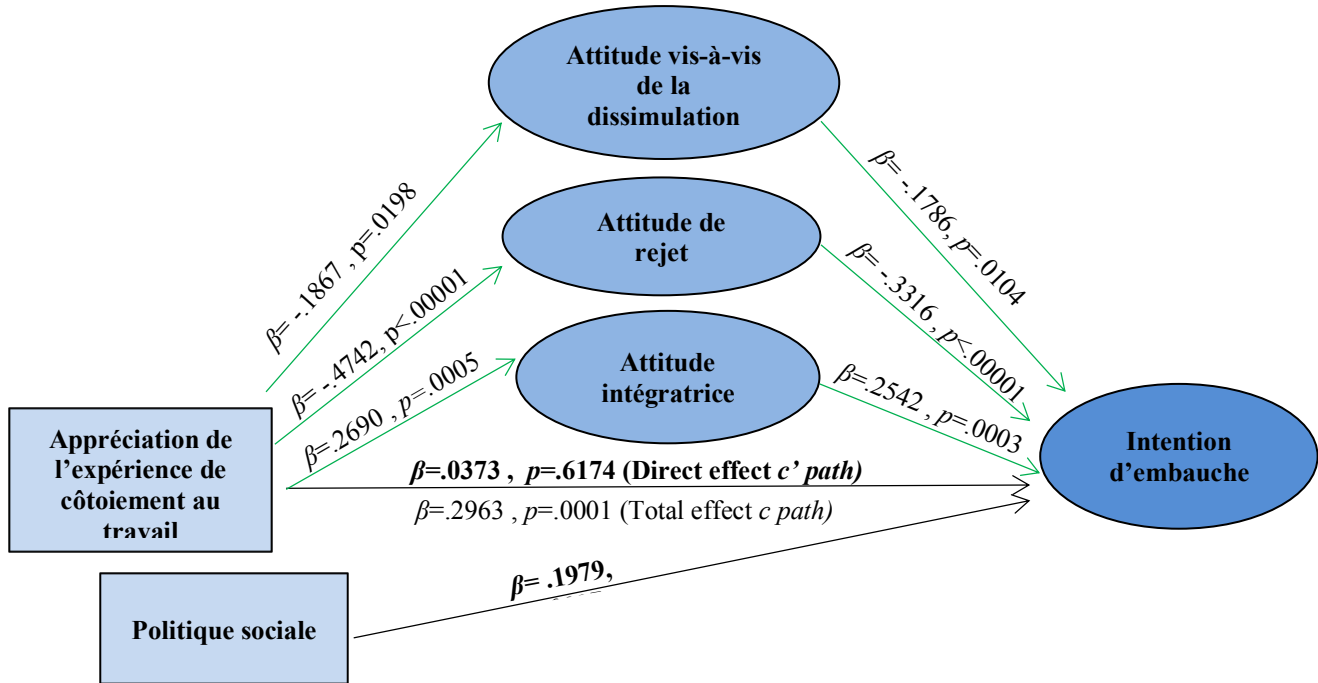


Figure 13 : Modèle de l'intention d'embauche

#### 4.1.7 Synthèse des résultats majeurs et éléments de discussion

Même si l'on peut supposer un effet de désirabilité sociale dans les réponses de nos participants, nous pouvons dresser un **bilan descriptif** finalement assez positif avec plusieurs leviers attitudeux qui se dégagent comme les attitudes spécifiques intégratrices vis-à-vis de la dépression au travail, des attitudes plutôt positives et de compréhension envers la dissimulation du trouble même si les participants, surtout dans les structures de grande taille, sont favorables à sa divulgation. La motivation à embaucher est plus forte que l'amotivation à le faire et qui plus est, cette motivation se présente comme plutôt intrinsèque renvoyant à des devoirs de citoyenneté plus que des motivations de type financières. Le niveau d'appréhension à embaucher ce type de personne est à considérer mais n'est pas si élevé, les intentions d'investissement dans l'aménagement de poste sont assez élevée mais l'intention d'embauche l'est moins. Il apparaît donc une certaine ambivalence, bien visible dans les représentations de la dépression au travail que nous avons relevées, entre une perception de fardeau organisationnel et une certaine bienveillance vis-à-vis des personnes atteintes de dépression. Cette bienveillance apparaît partagée par les dirigeants de l'échantillon Canadien qui présentent même des attitudes moins stigmatisantes et ont



moins d'appréhensions à recruter des personnes atteintes de dépression que les dirigeants de notre échantillon français. Ces résultats, confortés par l'étude des représentations sociales de la dépression dans les deux pays, font écho à la conclusion apportées par Roelandt et al. (2010) selon laquelle il y aurait plus de complaisance (voire de compassion), de compréhension, de familiarité vis-à-vis de la dépression par rapport au trouble psychique en général, sans doute parce que cette maladie en voie de banalisation.

Dans notre échantillon français, ces attitudes bienveillantes semblent relayées dans les pratiques d'intégration souhaitées qui sont prioritairement axées sur la prévention de la stigmatisation puis sur la sollicitude qui est d'ailleurs plus forte dans les structures publiques de notre échantillon. Des actions d'intégration renvoyant à des attitudes plus défensives et de protection du collectif de travail sont également valorisées mais dans une moindre mesure. Concernant les pratiques de recrutement d'une personne atteinte de dépression, il est difficile de conclure car elles sont toutes fondées sur un souhait d'être le plus juste possible mais soit par équité dans une logique de compensation de la « déficience », soit par égalité dans un logique plus méritocratique. C'est cette dernière logique qui semble primer dans notre échantillon avec une valorisation des pratiques égalitaires visant une procédure classique, identique pour tous, que ce soit dans les choix des acteurs du recrutement (acteurs habituels), dans le profil de poste, les canaux de recrutement ou encore dans l'entretien d'embauche. Ce type d'attitude, excluant de la procédure de recrutement les acteurs spécialisés ou les experts des problématiques du handicap psychique, peut apparaître comme un frein à une inclusion professionnelle maîtrisée et adéquate et semble également contradictoire au regard des attentes que les participants expriment pourtant en termes de besoin d'accompagnement dans ce type d'inclusion. En effet, les attentes compensatoires de soutien à l'emploi sont relativement élevées avec un fort besoin exprimé de soutien en direction de l'entreprise puis en direction de la personne recrutée et, dans une moindre mesure, un besoin de soutien financier. Ces besoins (excepté le financier) sont d'ailleurs fortement liés à l'intention d'investissement dans l'aménagement du poste, qui est assez élevée (surtout dans les établissements publics) mais aucunement à l'intention d'embaucher, qui est plus mitigée. Un clivage semble ainsi s'opérer entre les questions d'accès à l'emploi (recrutement) d'une part, et de l'intégration et du maintien dans l'emploi d'autre part. Tout se passe comme si la mobilisation des experts du handicap n'était pertinente que pour assurer le suivi, l'intégration, en somme la bonne « gestion » des nouvelles recrues en situation de handicap psychique dans l'entreprise. Nous avons déjà observé ce type de résultat dans notre pré-enquête qualitative auprès des 29 employeurs interrogés. Ce clivage ne nous semble pas spécifique à la situation d'inclusion professionnelle de personnes en situation de handicap psychique mais beaucoup plus général et classique chez les dirigeants ou DRH en France. Il témoigne d'une vision étroite de la procédure de recrutement qui se cantonne à la simple évaluation des compétences des candidats et de leur adéquation au poste alors même que l'on sait que la réussite d'un recrutement dépend tout autant des stratégies d'intégration qui suivront l'entrée dans l'organisation de la nouvelle recrue (Delobbe, 2011). La méconnaissance des processus de socialisation organisationnelle par les acteurs du recrutement est une

hypothèse plausible pour expliquer ce clivage. Les différentes enquêtes sur les pratiques de recrutement menées en France (voir Schweitzer et Laberon, 2011 pour une synthèse) ont déjà mis en évidence l'extrême simplification des procédures de recrutement opérées par des professionnels d'horizons et de formations variés. La sélection apparaît comme l'enjeu majeur du recrutement et réduit alors l'intervention à un aspect purement technique centré sur l'évaluation des compétences au moyen de techniques le plus souvent peu valides et non accompagnées de l'indispensable analyse de poste (Laberon, 2016).

Enfin, la question du cadre juridique en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées, même si relativement bien connu, apparaît comme un point critique car il est finalement peu apprécié dans sa pertinence, surtout dans les entreprises privées, et encore moins dans son efficacité en matière d'inclusion professionnelle. Il est d'ailleurs moyennement bien intégré dans la politique des organisations interrogées.

A ce premier bilan descriptif, nos modélisations apportent des éléments explicatifs complémentaires permettant d'identifier les processus psychologiques qui conduisent à une certaine ouverture *vs.* fermeture à l'inclusion et *in fine* à des intentions plus ou moins fortes vis-à-vis de l'embauche et des investissements dans les aménagements de poste. Deux modèles récapitulatifs construits sur la base de ces résultats sont proposés en figure 14 et 15. Le premier est relatif aux variables identifiées comme les plus pertinentes pour comprendre ce qui influence l'intention d'embauche, puis dans le second, l'intention d'aménager le poste de travail de personnes atteintes de dépression. Ils permettent ainsi de pointer les facteurs les plus influents sur lesquels il serait utile d'agir afin de maximiser les chances d'inclusion professionnelle en milieu ordinaire de travail des personnes atteintes de dépression.

En premier lieu, il est intéressant de souligner que, quels que soient les modèles, aucune des caractéristiques socio-démographiques renseignées ne présente de lien avec les différentes attitudes et indicateurs d'inclusion/exclusion. Il ne s'agit donc pas d'une affaire essentialiste, en quelque sorte irrémédiable, de dispositions personnelles mais plutôt, semble-t-il, de facteurs plus contingents principalement liés aux attitudes des dirigeants, à leurs expériences vécues quant à ce type d'inclusion et à quelques variables structurelles. Ce premier point est à considérer comme un élément positif car il laisse percevoir, aussi difficile que ce soit, des marges d'actions et de changement possibles.

En ce qui concerne **le modèle récapitulatif de l'intention d'embauche** (*cf.* figure 14), un facteur fondamental semble se détacher des autres au niveau des variables antécédentes, il s'agit de *l'appréciation de l'expérience professionnelle de côtoiement* qui impacte, de façon indirecte, les deux indicateurs de fermeture à l'inclusion (appréhension et amotivation à embaucher). Ainsi, l'effet de l'appréciation de l'expérience professionnelle de côtoiement est médiatisé par deux autres facteurs

d'importance dans nos modèles qui sont les *attitudes de rejet* d'une part, et *intégratrices* d'autre part, *vis-à-vis de la dépression au travail*. L'effet de l'appréciation (positive ou négative) de l'expérience vécue au travail avec des personnes atteintes de dépression sur la fermeture à les inclure dans l'organisation est donc fortement impacté par les attitudes plus ou moins positives vis-à-vis de la dépression au travail. Ce processus laisse présager un « effet bonus » ou une « double peine » ! Autrement dit, il augmente les effets favorables d'une expérience professionnelle de côtoiement positive ou inversement, les effets néfastes d'une expérience de côtoiement jugée négative. De façon plus anecdotique, nous retrouvons ce même processus médiateur concernant l'attitude vis-à-vis de la pertinence du cadre juridique, qui lorsqu'elle est négative, vient renforcer l'effet de néfaste d'une expérience de de côtoiement jugée négative sur l'amotivation à recruter et inversement.

Concernant les indicateurs d'ouverture à l'inclusion, seule la motivation citoyenne semble impactée par l'appréciation de l'expérience professionnelle de côtoiement. Une expérience de côtoiement jugée positive ferait augmenter le niveau de motivation citoyenne à l'embaucher lorsque les dirigeants ont une attitude intégratrice à l'égard de personnes atteintes de dépression alors qu'une expérience de côtoiement négative, même si accompagnée d'une attitude de rejet, n'impacterait pas le niveau de motivation citoyenne à embaucher. Ce point est positif car cela limiterait les effets néfastes d'une expérience professionnelle de côtoiement négative. Toutefois, les corrélations montrent que le lien entre l'intention d'embauche et ce type de motivation est malheureusement moins fort que celui entretenu avec l'amotivation et l'appréhension à recruter pour lesquelles, nous l'avons vu, les attitudes de rejet renforcent l'amotivation et l'appréhension à recruter. De la même façon, nous avons aussi constaté que l'appréciation de l'expérience professionnelle de côtoiement a un effet sur l'intention d'embauche qui transite par les attitudes d'intégration mais aussi par celles de rejet d'une personne atteinte de dépression en milieu de travail. De façon plus anecdotique, les résultats montrent également qu'une expérience de côtoiement jugée négative diminuerait l'intention d'embaucher lorsque les dirigeants ont des attitudes d'hostilité quant au fait de leur avoir dissimulé son trouble. C'est d'ailleurs le seul effet relatif à la question de la divulgation du trouble que nous avons pu mettre en évidence parmi tous les modèles explorés.

De ce résultat complexe, nous retirons quelques éléments éclairants qui sont d'une part, que c'est bien l'appréciation de l'expérience de côtoiement professionnel et non la simple expérience de recrutement ou de gestion qui a des effets notables sur l'ouverture *vs.* fermeture à l'inclusion. Ce résultat va d'ailleurs dans le sens que des études de Shankar et al. (2014), Ju et al. (2013), Tsang et al. (2010). Dans la littérature sur le sujet, on retrouve des résultats différenciés relatifs à l'effet de la simple fréquence de côtoiement sur l'ouverture/fermeture à l'inclusion professionnelle. Si l'on s'en réfère au contexte français, l'enjeu majeur dans ce type d'inclusion serait de limiter les mauvaises expériences, au risque de renforcer les attitudes négatives vis-à-vis de ce public et de fermer durablement l'accès à

l'organisation. L'effet des insertions non « maîtrisées » peut donc être extrêmement contre-productif puisque la mise en relation ou contact intergroupe (Witley et Kite, 2013) peut être aussi aidante (renforcer les attitudes intégratrices) que freinante (renforcer les attitudes de rejet) ! D'autre part, que l'impact de l'expérience professionnelle de côtoiement sur certains indicateurs d'ouverture (motivation citoyenne à embaucher)/fermeture (appréhension et amotivation à embaucher) transite principalement par les attitudes entretenues par les dirigeants vis-à-vis de la dépression au travail. Ces variables présentent donc un lien robuste et semblent constituer les éléments clés de l'explication de l'intention d'embauche et des indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion les plus corrélés à l'intention d'embaucher.

Au-delà de l'appréciation de l'expérience de côtoiement, *la politique sociale* menée par l'organisation semble jouer également un rôle non négligeable sur certains indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion qui est tantôt direct, tantôt indirect. Ainsi, une politique sociale développée semble augmenter l'intention d'embaucher une personne atteinte de dépression et diminuer les appréhensions à recruter. Aussi, les dirigeants qui développent la politique sociale ont des attitudes générales moins stigmatisantes, ce qui augmente le niveau d'intégration du cadre juridique dans leur organisation. Ce résultat nous apparaît comme un levier important car il s'agit ici d'une variable plus structurelle et dont l'effet joue directement sur les principaux indicateurs d'inclusion sans passer par des variables attitudinales. En d'autres termes, le développement d'une politique sociale apparaît plus facile à impulser que de faire changer les attitudes des dirigeants vis-à-vis de la maladie mentale.

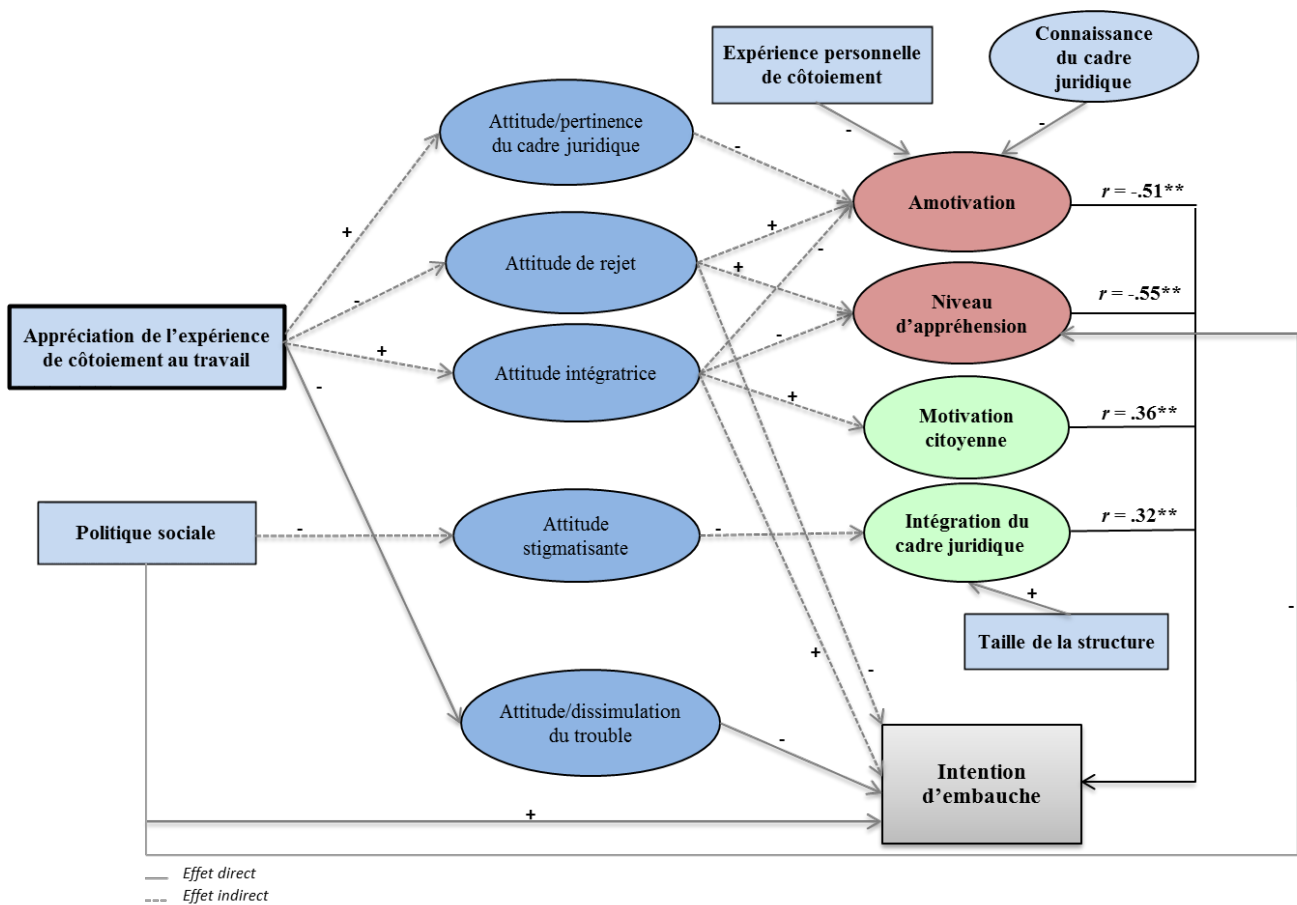


Figure 14 : Modèle récapitulatif de l'intention d'embauche

En ce qui concerne le **modèle récapitulatif de l'intention d'investir dans l'aménagement du poste de travail** (cf. figure 15), nous constatons que cette intention est prioritairement déterminée par la *catégorie juridique* de l'organisation : le fait que les dirigeants appartiennent à une organisation publique augmente leur intention d'investir dans les aménagements de poste et ce parce qu'ils ont des attitudes vis-à-vis des pratiques d'intégration plus orientées vers la sollicitude que dans le privé mais aussi parce qu'ils trouvent le cadre juridique plus pertinent, plus aidant que contraignant. En outre, le fait de favoriser des pratiques équitables plutôt qu'égalitaires en matière de recrutement augmente directement l'intention d'investir dans l'aménagement du poste de travail. Nous pouvons noter encore une fois le poids des *attitudes* mais qui sont plus orientées, cette fois ci, *vers les pratiques* (recrutement, intégration et cadre juridique) que vers la dépression au travail, comme cela était le cas dans le modèle de l'intention d'embauche. L'attitude intégratrice vis-à-vis de la dépression au travail exerce tout de même un effet direct positif sur l'intention d'investir dans l'aménagement du poste et l'on peut noter également que ces attitudes vis-à-vis de la dépression au travail (de rejet ou intégratrices) exercent un effet via les liens constatés entre cette intention et les deux variables motivationnelles. Il en est de même concernant l'appréciation de l'expérience de côtoiement au travail. Toutefois, l'amotivation et la motivation

citoyenne ne sont pas les indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion les plus corrélés à l'intention d'aménager le poste de travail. Deux variables, absentes du modèle de l'intention d'embaucher, apparaissent ici comme de forts leviers pour l'investissement dans les aménagements de poste, il s'agit du niveau d'*attentes en termes d'accompagnement pour l'entreprise et pour la personne atteinte de dépression*. Ces attentes sont plus fortes dans le secteur public parce que les dirigeants y ont des attitudes plus orientées vers la sollicitude dans leurs pratiques d'intégration que dans les organisations privées. La culture publique *versus* privée amènerait à des attitudes distinctes, plus compensatoires et adaptatives dans le public et sans doute plus orientée vers la méritocratie que dans le privé, ce qui génère des attentes d'aide à l'accompagnement plus importantes dans le secteur public.

L'ensemble de ces résultats semble confirmer ce que nous avons avancé dans la partie descriptive concernant le clivage entre ce qui est de l'ordre de la logique de recrutement et de la logique d'intégration et de maintien en emploi. Le fait d'envisager un recrutement semble conditionné par les expériences passées en la matière et les attitudes plus moins positives vis-à-vis de la dépression au travail qui y sont liées et les niveaux d'amotivation et d'appréhension que cela génère. Alors que les investissements dans les aménagements de postes consentis seraient davantage liés aux besoins d'accompagnement dans leur mise en œuvre qui sont eux même liés aux types de pratiques de recrutement et d'intégration envisagés distinctement selon que l'on appartienne au secteur public ou privé.

A l'instar du modèle de l'intention d'embauche, la *politique sociale* semble jouer un rôle non négligeable sur l'intention d'investissement dans l'aménagement du poste de travail. Cet effet est indirect et transite par les attitudes des dirigeants vis-à-vis du cadre juridique. Autrement dit, les dirigeants qui développent une politique sociale ont des attitudes plus positives vis-à-vis de la pertinence du cadre juridique, ce qui augmente leur l'intention d'investissement dans l'aménagement du poste de travail. La politique sociale s'avère donc être un levier pour augmenter les intentions d'aménagement, à l'instar de l'intention d'embauche.

Enfin, la connaissance du *cadre juridique* a un effet qui est à la fois bénéfique car il diminue l'amotivation mais aussi néfaste car il génère des attitudes égalitaires dans les pratiques de recrutement alors même qu'elles diminuent les intentions d'investissement dans l'aménagement et les attentes de soutien pour la personne afin de favoriser son intégration et son maintien en emploi. On note également que le niveau d'intégration du cadre juridique dans la politique organisationnelle, s'il présente un lien avec l'intention d'embaucher, il n'en a aucun avec l'intention d'investir dans les aménagements de poste, ce qui peut apparaître surprenant puisque ce cadre juridique prévoit l'obligation d'emploi mais aussi la mise en place de mesures d'aménagement. Une interprétation possible de ce résultat serait que le l'intégration du cadre juridique serait probablement plus liés à une attitude de mise en conformité en matière d'obligation d'emploi qu'à une perception d'aide ou un cadre possible en matière de

développement d'une bonne intégration notamment via des aménagements de poste. Ce point renseigne sur l'effet limité de la loi par rapport à ses objectifs. Il faut espérer que la loi « Travail »<sup>15</sup> qui offre un cadre légal pour l'emploi accompagné des travailleurs handicapés permettra de corriger cette limite.

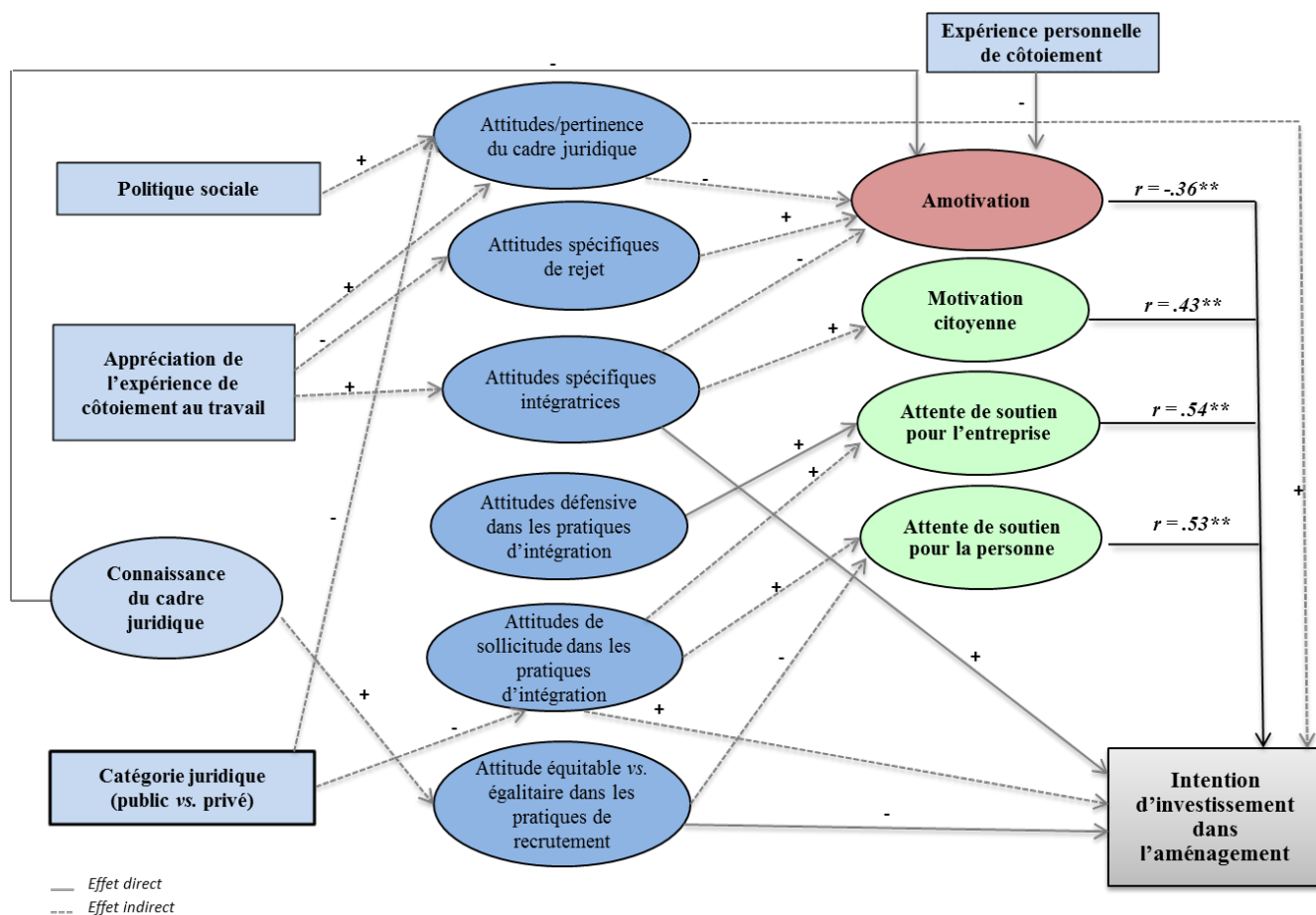


Figure 15 : Modèle récapitulatif de l'intention d'investissement dans l'aménagement du poste

De ces différents modèles et synthèses et en guise de conclusion provisoire, nous avons identifié et recensé dans un tableau récapitulatif (cf. tableau 12), les principaux leviers et freins à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique et plus particulièrement atteintes de dépression.

<sup>15</sup> loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/8/8/ETSX1604461L/jo/texte>

<b>Leviers</b>	<b>Impact</b>
Développer la politique sociale de l'organisation en matière de handicap, de santé mentale et de diversité	Diminue l'appréhension à l'embauche, augmente l'intention d'embauche et d'investissement dans l'aménagement du poste
Développer les attitudes d'intégration vis-à-vis de la dépression au travail (promouvoir la réflexivité, l'innovation, le challenge citoyen, la RSE, les attitudes de sollicitude)	Diminue l'appréhension et l'amotivation à embaucher, augmente la motivation citoyenne et l'intention d'embauche et d'investissement dans l'aménagement du poste
Développer les pratiques de recrutement et d'intégration orientées vers l'équité et la sollicitude particulièrement dans les structures privées (tenant compte de la maladie, visant à réduire les inégalités par compensation, à développer la prévenance, la sensibilisation, l'adaptation et les aménagements, avoir recours aux experts de l'insertion et du médico-social)	Augmente les attentes de soutiens et donc l'acceptation à y avoir recours ainsi que l'intention d'investissement dans l'aménagement du poste
Développer l'accompagnement des entreprises et des personnes en situation de handicap psychique dans leur intégration (accompagnement de l'entreprise dans l'aménagement du poste, informations sur l'incidence du trouble en situation de travail, sensibilisation de l'entourage, informations sur les aides et dispositifs existants, soutien de la recrue au moment de la prise de fonction, suivi régulier, personnel-coaching)	Augmente l'intention d'investissement dans l'aménagement du poste
Améliorer la connaissance du cadre juridique, en développer la pertinence (diminuer la perception de contrainte) en travaillant sur ses conditions d'application notamment dans les structures privées et d'adaptation dans les structures de petite taille qui sont celles qui l'intègrent le moins dans leur politique organisationnelle	Diminue l'amotivation à embaucher
<b>Freins</b>	<b>Impact</b>
Expériences d'insertion non maîtrisées qui provoquent une appréciation négative de cette expérience	Augmentent les appréhensions et l'amotivation à embaucher
Attitudes de rejet vis-à-vis de la dépression au travail considérée comme un fardeau organisationnel (investissements humains et financiers lourds, perception d'incompétence)	Augmentent les appréhensions et l'amotivation à embaucher, diminuent l'intention d'embauche
Éviter la dissimulation du trouble surtout s'il y a eu une expérience antérieure d'inclusion jugée négative	Diminue l'intention d'embauche
<b>Éléments n'ayant pas démontré d'impact significatif sur les indicateurs d'ouverture/fermeture à l'inclusion</b>	
Les motivations financières à recruter (même si plus importantes lorsque la santé financière n'est pas bonne)	
Les attentes de soutiens financiers (même si plus importantes dans les petites structures)	
La santé économique et financière de l'organisation	
Être favorable à la divulgation du trouble	

**Tableau 12 : Principaux leviers et freins à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique (dépression)**



## 4.2 Le point de vue des acteurs syndicaux

### 4.2.1 Objectifs de l'étude

Après avoir repéré les représentations et attitudes vis-à-vis de la dépression en général et au travail ainsi que les principaux leviers et freins psychologique, juridiques et structurels à l'inclusion professionnelle de personnes atteintes de dépression en milieu ordinaire de travail auprès de dirigeants, nous avons investigué les mêmes thématiques auprès d'un échantillon plus restreint d'acteurs syndicaux. Aussi, les questions de la perception de leur rôle dans ce type d'inclusion (du recrutement au retour au travail) et des principaux freins et leviers afférents ont été particulièrement investiguées au regard de la place importante et bénéfique que pourraient prendre ces acteurs dans de tels contextes. Enfin, une étude menée en population Canadienne sur un échantillon similaire a été menée par Corbière, St-Arnaud, Durand, Coutu, Lecomte, Negrini, et Renard (2014). L'objectif principal de cette étude qualitative était de mieux cerner le rôle des acteurs syndicaux<sup>16</sup> (expérimentés en milieu syndical et ayant été en contact avec des employés atteints d'une dépression) dans le processus de retour au travail et de décrire, les facteurs facilitant et gênants ce retour. Des comparaisons seront effectuées entre les résultats de ces deux études concernant le retour en emploi.

L'étude en contexte français a visé plusieurs objectifs spécifiques :

- Recueillir les représentations sociales de la dépression en général et au travail ;
- Evaluer leur connaissance du cadre juridique applicable au handicap psychique au travail ;
- Recueillir leur point de vue quant à l'inclusion professionnelle en milieu ordinaire de travail de personnes atteintes de dépression ;
- Identifier leur rôle ainsi que les différents acteurs éventuels les accompagnant dans les contextes allant du recrutement au retour au travail après arrêt maladie ;
- Relever leurs perceptions des leviers et des freins attitudeux et structurels vis-à-vis de l'inclusion professionnelle des personnes atteintes de dépression ;
- Identifier leurs attentes en termes d'aide extérieures pour accompagner ce genre de situations ;
- Etablir des comparaisons France/Canada sur les freins et leviers au retour au travail.

### 4.2.2 Méthode

Cette partie du projet a été confiée à une post-doctorante titulaire d'un doctorat en épidémiologie et intervention en santé publique (Dr Encrenaz).

---

<sup>16</sup> L'échantillon de 23 personnes dont 12 hommes, la plupart avaient un âge compris entre 41 ans et 60 ans et 18 des organisations au sein desquelles provenaient les participants étaient publiques et comptaient plus de 500 employés.

Pour être inclus dans l'échantillon, les acteurs syndicaux devaient avoir eu une expérience de côtoiement de personnes présentant un trouble psychique, notamment la dépression, en milieu de travail et avoir une expérience confirmée en milieu syndical. Les coordonnées des premiers participants ont été obtenues grâce au réseau professionnel de la post-doctorante. Les participants suivants ont été recrutés par la méthode dite « *boule de neige* », c'est-à-dire qu'il était demandé à chaque participant d'indiquer un acteur syndical susceptible de répondre aux questions de l'enquête. Il s'agit donc d'un échantillon de volontaires. L'inclusion des participants a été arrêté lorsque le seuil de saturation théoriques avait été atteint (seuil de redondance des informations recueillies). L'échantillon compte au final 16 participants.

La méthode de recueil par focus groupes prévue initialement a été abandonnée au profit d'entretiens individuels, d'une part, parce que la confrontation d'acteurs syndicaux dans un groupe s'est avérée difficile, sans doute inadaptée à la culture syndicale française. D'autre part, car peu d'acteurs se sentaient suffisamment légitimes pour intervenir en groupe sur ce sujet peu investigué et que des entretiens en face à face semblaient plus propices à la verbalisation. Les données ont donc été recueillies au moyen d'entretiens semi-directifs d'une durée moyenne de 110 minutes et un guide d'entretien a été spécifiquement élaboré à cet égard (*cf.* annexe 6). Ce recueil qualitatif par questions ouvertes a investigué les caractéristiques socio-démographiques des participants (âge, sexe, niveau d'études), leur expérience syndicale, leur expérience personnelle et professionnelle de côtoiement de la dépression et leur perception du cadre juridique ; les caractéristiques de l'entreprise (taille, secteur) et son éventuelle politique handicap (nombre de RQTH, conventions collectives spécifiques, politique sociale tenant compte du handicap psychique) ; les représentations de la dépression<sup>17</sup> ; le rôle dans la procédure de recrutement et d'intégration de personnes atteinte de dépression et leviers et freins perçus ; le rôle auprès d'une personne dépressive au travail avant, pendant et après l'arrêt maladie et leviers et freins perçus et enfin, leurs attentes en terme d'aide extérieure. Pour chaque participant, le consentement éclairé a été recueilli.

Les données retranscrites ont été traitées par analyse de contenu catégorielle selon la méthode de Bardin (1989) avec repérage des répétitions fréquentielles thématiques. Pour ce qui concerne l'analyse de la structure des représentations sociales de la dépression, nous avons utilisé la même méthode que celle employée dans l'étude effectuée auprès des dirigeants présentée plus haut (identification des

---

<sup>17</sup> Comme cela a été fait pour l'étude auprès des dirigeants, l'identification des représentations de la dépression a été effectuée au moyen de la technique des associations libres (Wittenbrink et Schwartz, 2007). Question simple contenant le mot inducteur dont on veut recueillir les représentations associées (*eg.* « *Quels mots vous viennent spontanément à l'esprit quand vous entendez [mot inducteur] ?* »).

constituants du noyau central et de ceux du noyau périphérique selon la méthode d'Abric, 2001 et de Moliner, 1994).

### 4.2.3 Résultats

#### 4.2.3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 16 acteurs syndicaux ont été interrogés dont 4 sont des femmes. L'âge moyen est de 55 ans et 12 ont un niveau d'études supérieur ou égal au bac. Tous occupent et cumulent de multiples responsabilités locales et régionales dans leur syndicat, et 9 d'entre eux sont même détachés à 100 % dans le syndicat auprès duquel ils sont engagés. Leur expérience syndicale est de 23 années en moyenne. Un effort a été fait pour interroger l'ensemble des principaux syndicats français (CGT, CFDT, UNSA, FO, SUD, CFE-CGC). Tous les acteurs interrogés ont côtoyé des personnes atteintes de dépression dans leur entourage proche ou professionnel. Concernant les entreprises dans lesquelles ils exercent, toutes sont de grande taille (minimum 350 salariés), 7 appartiennent au secteur public, 6 au secteur privé mais sous contrat (EPA ou EPIC) et 3 au secteur privé.

#### 4.2.3.2 Intégration et perception du cadre juridique

Dans la plupart des entreprises dont étaient issus les acteurs interrogés, les quotas de nombres de personnes en situation de handicap, quel qu'il soit, étaient respectés. En revanche, aucun acteur syndical n'avait connaissance de dispositions spécifiques dans la convention collective concernant le handicap psychique ou de politique sociale d'inclusion relative à ce type de handicap. Aucun n'a donc pu se positionner sur le caractère aidant ou contraignant du cadre juridique. Par ailleurs, on notera que la majorité des personnes interrogées ne pensaient pas qu'une dépression pouvait être reconnue au titre du handicap psychique (« *On devrait la [la dépression] traiter comme un handicap* »).

#### 4.2.3.3 Représentations de la dépression

Le champ lexical des représentations de la dépression en général a mis en évidence 5 catégories dont la popularité, les cooccurrences et des extraits de verbatim sont présentés en tableau 13. Le noyau central de la représentation occupe 70% de l'espace discursif et il est constitué en totalité par des éléments relevant du (1) mal être et de la souffrance psychique de la personne atteinte. Les cinq catégories restantes sont périphériques et renvoient (2) à la maladie mentale, (3) aux difficultés et au fardeau pour cette personne et son entourage, (4) aux répercussions sur le travail liées à son incapacité et (5) à la dépendance de cette personne qui nécessite une prise en charge.

	Catégories	Extraits de verbatim	Indices de popularité		Cooccurrences inter catégories (N)
			Répondants <sup>a</sup> % (N)	Enoncés <sup>b</sup> % (N)	
<b>Noyau central (70% des énoncés)</b>	Mal être, souffrance psychique	« Noir, isolement, suicide, solitude, mal être, vide, renfermement sur soi »	94 (15)	70 (32)	9
	Maladie	« Maladie, maladie chronique, long terme »	25 (4)	11 (5)	5
	Difficultés, fardeau	« Inutilisable (on ne peut pas s'appuyer dessus), difficultés à remonter, incapacité à communiquer, quel chemin pour s'en sortir ?, retentissement sur la famille»	25 (4)	11 (5)	6
	Répercussion au travail	« Incapacité à travailler, retentissement sur le travail»	13 (2)	4 (2)	4
	Dépendance et prise en charge	« Incapacité à s'en sortir tout seul, besoin d'aide »	13 (2)	4 (2)	4

<sup>a</sup>Proportion de répondants ayant cité la catégorie sur 16 répondants

<sup>b</sup>Proportion d'énoncés dans la catégorie sur 46 énoncés

Tableau 13 : Représentations de la dépression en général

Nous pouvons noter une très forte similitude des contenus représentationnels et de leur organisation avec celles des dirigeants explorés dans l'étude précédente.

Pour ce qui est des représentations de la dépression au travail, la structure de la représentation est un peu différente avec un noyau central beaucoup plus varié. Le champ lexical a mis en évidence 6 catégories (présentées en tableau 14) dont 4 constituent le noyau central de la représentation. Il occupe 79% de l'espace discursif et il est constitué d'éléments qui renvoient (1) à des causes liées à l'environnement de travail de type risque psychosociaux, (2) au mal être et à la souffrance psychique de la personne atteinte, (3) aux difficultés et au fardeau pour elle-même mais aussi pour son entourage et (4) au manque de compétences de cette personne. Les deux catégories restantes sont périphériques et renvoient (5) à la stigmatisation que cette personne peut subir et (6) à des aspects positifs de recherche de solution ou de protection à son égard.

Catégories	Extraits de verbatim	Indices de popularité		Cooccurrences inter catégories (N)	
		Répondants <sup>a</sup> % (N)	Énoncés <sup>b</sup> % (N)		
Causes environnement de travail	« Harcèlement moral, pression quotidienne, surmenage, manque de reconnaissance, mal-être au travail, maltraitance »	50 (8)	33 (16)	6	
<b>Noyau central (79% des énoncés)</b>	Mal être, souffrance psychique	« Nuage noir, isolement, perte de confiance en soi »	44 (7)	18 (9)	8
	Difficultés, fardeau	« Absentéisme, difficultés de maintien dans l'emploi, incidence sur le collectif, difficultés à se remettre sur les rails »	38 (6)	14 (7)	9
	Manque de compétences	« Difficultés de concentration, n'avance plus dans le boulot, inaptitude, démotivation »	38 (6)	14 (7)	8
<b>Noyau périphérique (21) % des énoncés)</b>	Stigmatisation	« Tabou, regard des autres, mise au placard, chômage, dépréciation de sa fonction »	31 (5)	16 (8)	6
	Aspects positifs	« Solutions, protection »	6 (1)	4 (2)	1

<sup>a</sup>Proportion de répondants ayant cité la catégorie sur 16 répondants

<sup>b</sup>Proportion d'énoncés dans la catégorie sur 49 énoncés

Tableau 14 : Représentations de la dépression au travail

Il est très clair ici que la question du travail et des conditions dans lesquelles il est exercé est mis en cause et représente, associé à la souffrance, le noyau dur de la représentation. Viennent ensuite d'une façon assez saillante, des éléments très négatifs et porteurs de stigmatisme relevant du fardeau que représentent ces personnes et de leur incompétence. La question de la stigmatisation est périphérique et les aspects positifs porteurs de solutions ou de protection sont quasiment absents. Les acteurs syndicaux semblent à la fois porteurs d'une représentation très forte du travail provocateur de trouble et de souffrance avec une certaine victimisation du porteur de trouble et entretiennent une image très négative de ces personnes, même si leur discours reste très bienveillant à leur égard. Comparativement aux dirigeants, la mise en cause du travail dans la survenue d'une dépression est beaucoup plus saillante aussi chez eux, ce qui apparaît assez logique au regard de leur activité syndicale. Toutefois, c'est une vision qui nous semble plus pessimiste encore que celle des dirigeants dans la mesure où aucune représentation liée aux aménagements possibles n'émerge ici. Les représentations de fardeau et d'incompétence sont tout aussi tenaces dans les deux populations.

#### 4.2.3.4 Point de vue vis-à-vis du recrutement de personnes atteintes de dépression

Nous trouvons, sans doute de ce fait, une attitude très mitigée quant au recrutement en milieu ordinaire de travail de personnes atteintes de dépression. Pour la moitié des personnes interrogées, il faudrait inciter à leur recrutement car le travail est source de lien social et peut aider à la rémission (rôle protecteur du travail) (« *Le travail, c'est un médicament, un des médicaments* »). Pour les autres, il ne faudrait surtout

pas. Dans ce cas-là, les arguments avancés sont la protection de la personne par rapport aux mauvaises conditions de travail susceptibles d'aggraver son état de santé mentale ou aux problèmes de discrimination qui peuvent découler de la connaissance de l'état dépressif (« *Il y a 30 ans, j'aurais dit oui car notre entreprise pouvait les prendre en charge, il y avait un climat de grande famille. A l'heure actuelle, il ne vaut mieux pas, ce ne serait pas leur rendre service* », « *Ne pas garder quelqu'un qui fait une dépression dans la police, c'est plus lui rendre service qu'une discrimination* »). Un autre argument est celui de la protection du collectif de travail notamment au regard des postes de sécurité. Aussi, la très grande majorité des participants pense qu'il est plus facile d'intégrer une personne avec un handicap physique, car celui-ci est visible et se comprend mieux (« *Pour le handicap physique, on peut adapter la machine* », « *La dépression, c'est de la science molle* »).

#### **4.2.3.5 Perception de leur rôle et acteurs impliqués**

Les rôles et acteurs identifiés sont relatifs à différents moments importants de l'inclusion professionnelle de personnes atteintes de dépression à savoir leur recrutement (sélection et intégration en emploi) mais aussi leur maintien en emploi (avant, pendant et après un arrêt maladie). Ils sont présentés ci-dessous et synthétisés dans le tableau 15.

##### **4.2.3.5.1 Dans la procédure de sélection**

Globalement, les acteurs rencontrés n'étaient pas impliqués dans la procédure de sélection et ne voulaient pas l'être. Ils estimaient qu'il s'agissait d'une mission de l'employeur. Certains déclaraient pouvoir être impliqués, mais uniquement pour s'assurer qu'il n'y avait pas de discrimination à l'embauche pour raison de santé (« *Le rôle du syndicaliste, c'est de faire respecter le code du travail* »). Un des acteurs interrogés a cependant ajouté qu'il aimerait bien « *être force de proposition pour le recrutement* » mais ne souhaiterait pas être impliqué directement pour ne pas risquer d'être « *instrumentalisé* ».

##### **4.2.3.5.2 Dans la procédure d'intégration**

Concernant la phase d'intégration, il n'y avait pas de procédure standardisée et la majorité des participants ajoutaient qu'ils agissaient au cas par cas. La plupart de leurs actions étaient à visée individuelle : information, écoute, conseil et accompagnement dans la prise de fonction (« *Il faut aider la personne à faire son travail, pas qu'elle ait trop de choses et qu'elle panique. Pour cela, il faut du temps que le syndicaliste est le seul à avoir* »), faire aménager le poste de travail et avoir un rôle de veille et défendre les droits si nécessaire. Ils étaient soit proactifs dans ce rôle, dans le sens où ils allaient vers la personne pour l'accompagner, soit laissaient la personne venir vers eux en cas de nécessité, par respect

de l'intimité de la nouvelle recrue par rapport à son trouble. Pour les actions collectives, il s'agissait de préparer le collectif à l'intégration d'une personne souffrant de dépression, pour que les collègues soient compréhensifs, ce qui sous-entend de divulguer le trouble.

Globalement, leurs actions lors de l'intégration s'apparentaient à celles qu'ils menaient avec n'importe quel salarié du milieu de travail. Un des participants a tout de même souligné qu'au cours de la phase d'intégration, il fallait être plus vigilant pour ne pas mettre en danger la situation professionnelle du travailleur, et notamment faire attention à ne pas provoquer une rupture de la période d'essai.

Les acteurs cités comme pouvant être sollicités ou impliqués étaient le médecin du travail, la hiérarchie et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Sont cités dans une moindre mesure, les ressources humaines et les autres syndicats.

#### 4.2.3.5.3 Avant l'arrêt maladie

Lorsqu'un salarié commence à souffrir de dépression, les actions des syndicats étaient la veille et repérage avec alerte de la hiérarchie, du CHSCT ou des acteurs du droit, l'écoute et l'accompagnement de la personne dans l'orientation vers les professionnels adaptés (médecin du travail ou traitant, psychologue...), faire aménager le poste de travail, défendre ses droits et utiliser le droit d'alerte si nécessaire. Une des personnes interrogées a défini son rôle comme celui « *d'une assistante sociale* ».

Ici encore, environ la moitié des acteurs se disaient « proactifs » dans leur rôle alors que les autres laissaient la personne venir vers eux (« *Il faut que la porte soit toujours ouverte* »). Dans le cas d'un rôle « proactifs », ils pouvaient se mettre directement en contact avec le médecin du travail ou les autres acteurs pouvant aider la personne alors que dans le cas inverse, ils ne faisaient que conseiller à la personne de consulter le médecin du travail pour « *ne pas faire à la place de* » et ne pas outrepasser leur rôle. Par ailleurs, plusieurs participants notaient qu'ils conseillaient vivement à la personne en situation de dépression de demander un arrêt maladie.

En termes d'actions collectives, ils indiquaient être amenés à rechercher la possible imputabilité du mal être au milieu de travail avec d'éventuelles demandes d'expertise par le CHSCT (analyse de la situation de travail et proposition de pistes d'actions). Ils pouvaient aussi mener des actions syndicales (tracts, manifestations...) en engageant ou non les autres organisations syndicales. Est aussi apparu leur rôle dans la sensibilisation du collectif en informant les collègues proches que le salarié traverse une période difficile. Une des personnes s'est définie comme « *un facilitateur* » dans le déroulé des procédures.

Comme précédemment, les acteurs pouvant être sollicités ou impliqués les plus souvent cités étaient le médecin du travail, la hiérarchie et le CHSCT. Étaient cités dans un moindre mesure, les autres syndicats, les collègues, les psychologues du travail, les RH, le délégué du personnel, un avocat, les assistantes sociales.

#### 4.2.3.5.4 Pendant l'arrêt maladie

Pendant l'arrêt maladie, la plupart des acteurs interrogés restaient en contact avec la personne et prenaient de ses nouvelles. Cela permettait de maintenir le lien et de jouer un rôle de médiation avec l'entreprise. Pour ceux qui maintiennent ce lien, cela est fait de manière très bienveillante et empathique (« *Cela montre qu'on pense à elle* »). Ils exerçaient alors un rôle d'écoute, de soutien et d'accompagnement. S'ils constataient que la personne n'allait pas bien (rôle de veille), ils l'orientaient vers les professionnels adéquats ou pouvaient donner l'alerte. Ils prodiguaient également des informations juridiques. La grande majorité précisait que ce contact était maintenu uniquement si la personne le souhaitait, dans un souci de respect de la vie privée. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'un des acteurs syndicaux a déclaré ne jouer aucun rôle au cours de cette période car d'après lui, cela concerne la vie privée et relève du domaine médical (« *Je n'ai aucun rôle à jouer, à part me mêler de la vie privée* »). Par ailleurs, certains s'assuraient soit auprès de la personne, soit auprès de la direction que le retour en emploi était préparé.

En termes d'actions collectives, certains expliquaient qu'ils géraient le collectif de travail pendant l'absence, en particulier la répartition des tâches de travail entre les collègues. Il y avait également un travail d'information auprès des collègues, pour que le collectif de travail soit compréhensif. Enfin, si la souffrance constatée était en lien avec le travail, ils pouvaient mener une action syndicale.

Les acteurs impliqués étaient le médecin du travail, la hiérarchie, le CHSCT, le collectif de travail, mais aussi le médecin traitant. Pour deux des personnes interrogées, le médecin traitant était le seul acteur possible de cette phase, pour le respect de la vie privée et la protection du salarié vis-à-vis de son employeur (« *Moins l'employeur en sait, mieux c'est !* »).

#### 4.2.3.5.5 Lors du retour en emploi

Cette phase est évoquée comme étant compliquée : « *Ce n'est pas le plus facile !* ». Un des premiers rôles des acteurs syndicaux lors du retour en emploi, était de vérifier que la procédure avait bien été respectée par l'entreprise (même poste, même rémunération). Ils apportaient également des conseils juridiques au salarié et l'accompagnait pour l'organisation de la visite de reprise ou pour les demandes de mi-temps thérapeutiques. Les conditions du retour dépendaient ainsi de la manière dont ce retour avait



été organisé. Ils occupaient toujours leur rôle de veille, de repérage et d’alerte en cas de rechute (« *Je suis là en cas de besoin* »). Enfin, au niveau collectif, ils pouvaient informer les collègues proches que le salarié avait traversé une période difficile et préparer le collectif de travail au retour du salarié (par exemple par une réunion animée par un élu CHSCT).

Les acteurs avec lesquels les syndicalistes étaient appelés à collaborer étaient avant tout l’employeur ou la hiérarchie, le CHSCT et le médecin du travail. Étaient ensuite cités les RH, les autres syndicats, les psychologues du travail et le collectif de travail. Ils pouvaient également solliciter les acteurs du Droit comme les Conseils des Prud’Hommes ou l’inspection du travail, si les procédures n’avaient pas été respectées.

	Recrutement		Avant l’absence	Pendant l’arrêt maladie	Retour à l’emploi
	Sélection	Intégration			
Actions collectives	-Veille au respect de la non discrimination	- Préparation du collectif	- Information du collectif - Recherche des causes de la souffrance - Actions syndicales	- Information du collectif - Répartition de la tâche de travail - Actions syndicales	- Information et préparation du collectif de travail
Actions individuelles		- Information, écoute, conseil et accompagnement - Aménagement du poste de travail - Veille - Défense des droits	- Veille, repérage, alerte - Ecoute et accompagnement - Orientation vers les professionnels adaptés - Aménagement du poste de travail - Défense des droits	- Maintien du contact - (soutien, écoute et accompagnement) - Veille, alerte - Orientation, informations juridiques - Médiation avec l’entreprise - Veille au respect de la préparation du retour en emploi	- Vérification des procédures - Soutien juridique - Veille, repérage, alerte
Acteurs	- Médecin du travail - Hiérarchie - CHSCT - RH - Autres syndicats		- Médecin du travail - Hiérarchie - CHSCT - RH - Assistante sociale - Collègues - Psychologue du travail - Délégué du personnel - Avocats - Autres syndicats	- Médecin du travail - Hiérarchie - CHSCT - Collègues - Médecin traitant	- Employeur ou hiérarchie - CHSCT - Médecin du travail - RH - Autres syndicats - Psychologues du travail - Collègues - Conseils des Prud’Hommes - Inspection du travail

Tableau 15 : Récapitulatif des rôles des acteurs syndicaux et des acteurs impliqués

#### 4.2.3.5.6 Eléments de comparaison le Canada

Les rôles identifiés par les acteurs syndicaux dans l'échantillon canadiens (Corbière et al., 2014) sont synthétisés dans le tableau suivant :

Avant l'absence	Pendant l'absence	Au retour
Détection lors des premiers symptômes	Maintien du contact	Rencontre préparatoire
Implication dans les démarches médicales	Soutien émotionnel	Négociation et suivi des mesures d'accommodement
Offre de ressources	Soutien dans les démarches administratives	Intervention auprès des collègues
	Offre de ressources	Réduction des causes de l'absence reliées à l'organisation
	Communication avec le médecin	Soutien

Tableau 16 : Rôles des acteurs syndicaux au Canada auprès d'un employé ayant vécu une dépression (source Corbière et al., 2014, tableau 3 p. 12)

Nous constatons que les actions individuelles auprès des personnes atteintes de dépression sont sensiblement les mêmes en France et au Canada : détection et rôle de sentinelle, maintien du contact et soutiens (social, administratif...), médiation (entreprise, médecin...), sensibilisation du collectif de travail et protection du salarié (négociation et suivi des procédures d'aménagement). La différence majeure entre les approches se situe dans les actions collectives, notamment les actions syndicales relatives au non respects des droits de la personne qui sont visibles en France uniquement (tracts, manifestations, grèves).

#### 4.2.3.6 Freins et leviers à l'inclusion professionnelle des personnes atteintes de dépression

L'ensemble des freins et leviers identifiés par les personnes interrogées ont été regroupés puis catégorisés en 7 types de facteurs et sont présentés dans les tableaux ci-dessous<sup>18</sup>. Les éléments relatifs au retour au travail pouvant faire l'objet de comparaisons avec l'étude menée au Canada de Corbière et al. (2014) y ont intégrés.

<sup>18</sup> Ceux qui ont été évoqués pour le retour au travail sont soulignés.

#### 4.2.3.6.1 Facteurs politiques et sociétaux

Parmi les éléments énoncés par les acteurs syndicaux de l'échantillon français, une aide de l'état pourrait être un levier pour l'emploi des personnes atteintes de dépression ainsi que le Droit du travail notamment avec le code du travail qui instaure l'obligation d'emploi et de reclassement et la possibilité de reconnaître la dépression en maladie professionnelle. Au contraire, étaient notés comme freins les difficultés d'accès aux conseils des prud'hommes ainsi que les « mentalités » qui devaient évoluer afin de repenser la place du travail dans nos vies pour faire évoluer le droit en la matière. Ils soulignaient notamment l'accélération de la vie, notre société de « l'image » dans laquelle il faut être fort, l'idée qu'on se fait de l'humain au travail et la contrainte de performance que cela entraîne. Enfin, était mentionnée la crise économique et le chômage qui constituent des freins indéniables à l'emploi de personnes « *plus fragiles* ». Ces facteurs sociétaux n'ont pas été rapportés par les acteurs syndicaux canadiens mais aucune conclusion ne peut être tirée de ce résultat car le recueil ne concernait que le retour en emploi et les éléments évoqués dans l'échantillon français renvoient principalement à la question de l'accès à l'emploi.

France	Canada
<b>Leviers</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide de l'état</li> <li>- Repenser le travail, innover pour faire évoluer le droit</li> <li>- Code du travail (obligation de reclassement et d'emploi)</li> <li>- Reconnaissance de la dépression en maladie professionnelle</li> </ul>	//
<b>Freins</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La crise économique et chômage</li> <li>- Société de l'image et de la performance</li> <li>- Difficultés d'accès aux Prud'hommes</li> </ul>	//

Tableau 17 : Leviers et freins politiques et sociétaux

#### 4.2.3.6.2 Facteurs liés à l'employeur et à l'organisation

##### 4.2.3.6.2.1 Facteurs relatifs au milieu de travail

Les leviers du milieu de travail évoqués par les acteurs syndicaux en France étaient fortement liés au fait d'avoir un management de qualité (transparence, autonomie), une bonne communication rendue possible par des espaces de discussion dans l'entreprise et un climat de confiance. Ils sont proches de ceux proposés par les acteurs syndicaux canadiens quant à une culture organisationnelle définie par sa souplesse, son ouverture et son écoute mais aussi une concertation entre syndicat et employeur. Les acteurs syndicaux en France ont également cité des éléments essentiellement relatifs à la personnalité de l'employeur et à sa manière d'appréhender son métier de dirigeant. Un employeur humaniste, à l'écoute,

formé et compétent était identifié comme un levier à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de dépression. Le fait qu'une entreprise ait un fort potentiel de recrutement serait également un levier en France, dans le sens où les possibilités de postes aménagés ou de reclassement y seraient plus grandes. Les freins identifiés renvoient fortement à la problématique des risques psychosociaux au travail dans les deux pays (mauvaises conditions de travail, mauvais management, employeur contrôlant, qui ne supporte pas les contraintes, qui privilégie ses propres objectifs de carrière, manque de communication, mauvais climat de travail...). D'une façon plus générale, la non prise en compte du mal-être au travail, des moments critiques avec une surcharge de travail accompagné du manque de formation relative aux troubles psychiques en milieu de travail apparaissent comme un frein important pour les employeurs et des directeurs de ressources humaines qui peuvent se sentir démunis face à une dépression. Les acteurs canadiens évoquent en ce sens que la sensibilisation du milieu à la thématique de la santé mentale est un atout majeur. Enfin, la tendance à recruter le candidat le plus efficace et les suspicions autour de la capacité à reprendre le travail en France sont un frein important et rappellent le préjugé indiqué par les acteurs canadiens.

Les représentations des leviers et des freins sont donc assez proches dans les deux cultures et renvoient principalement à la culture organisationnelle, au climat, au management et aux orientations en santé mentale mais aussi aux préjugés entretenus par le milieu de travail à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiques.

France	Canada
<b>Leviers</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Management de qualité</li> <li>- <u>Employeur humaniste, compréhensif et à l'écoute</u></li> <li>- <u>Compétences et formation en santé au travail</u></li> <li>- <u>Bonne communication</u></li> <li>- <u>Climat de confiance</u></li> <li>- Fort potentiel de recrutement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Culture organisationnelle d'ouverture</u></li> <li>- <u>Milieu sensibilisé à la thématique « santé mentale et travail »</u></li> <li>- <u>Concertation entre syndicat et employeur</u></li> </ul>
<b>Freins</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvais management (<u>trop contrôlant, orienté sur l'objectif de carrière du manager ou directeur</u>)</li> <li>- Déficit de formation</li> <li>- <u>Mauvaises conditions de travail</u></li> <li>- Manque de communication et <u>manque d'écoute des membres de l'organisation</u></li> <li>- <u>Mauvais climat de travail</u></li> <li>- Pas de prise en compte du mal-être au travail</li> <li>- Recrutement à l'efficacité</li> <li>- <u>Suspensions sur la capacité à reprendre le travail</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Manque d'empathie</u></li> <li>- <u>Mauvais climat de travail</u></li> <li>- <u>Préjugés</u></li> </ul>

Tableau 18 : Leviers et freins liés au milieu de travail

#### *4.2.3.6.2.2 Facteurs organisationnels procéduraux*

Un des premiers leviers organisationnels ou procéduraux était les possibilités d'aménagement du temps de travail (temps partiel et mi-temps thérapeutique) et du poste de travail dans les deux pays, notamment pour un retour progressif en emploi. Le fait de pouvoir recruter ces personnes ou de les affecter à des postes réservés aux personnes handicapées est stipulé comme un levier complémentaire en France. Il est même fait mention de pouvoir « déceler les fragilités » de ces personnes afin de travailler à l'adaptation du poste, de mieux les accueillir, mais avec une réserve car pourrait entraîner un motif d'exclusion, notamment lors de l'embauche. A cela, les acteurs syndicaux français ajoutent des leviers juridiques comme le droit à la mutation, au changement de service ou de lieu de travail et l'existence d'accords, de conventions collectives et d'un règlement intérieur. Dans les deux pays, il est aussi fait mention de la réduction des exigences de performance ou encore de sortir des objectifs quantitatifs dans l'appréciation du personnel, de la préparation du terrain à l'accueil de la personne.

Concernant les freins, on retrouve en contexte français la question de la sécurité de la personne et du collectif comme un obstacle au recrutement. Concernant le recrutement, la période d'essai ou un contrat précaire sont aussi perçus comme un risque d'interruption ou de non renouvellement du contrat de travail. Le manque de possibilités de reclassement dans l'entreprise et le non-respect des mesures d'accommodement sont également perçus comme des entraves au retour au travail. Enfin, dans les deux pays, la brutalité du retour et son absence de préparation apparaît délétère.

Les représentations sont encore une fois assez proches dans les deux cultures et renvoient principalement à la nécessité de préparer le retour au travail, d'adapter le travail à la personne et de réduire les exigences de performance.

France	Canada
<b>Leviers</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Aménagement du travail</u></li> <li>- <u>Poste adapté</u> et recrutement au travers de postes pour les personnes handicapées</li> <li>- Déceler la fragilité, sans en faire un critère d'exclusion</li> <li>- Terrain préparé à l'accueil</li> <li>- <u>Droit à la mutation, de changer de service ou de lieu de travail</u></li> <li>- Écriture d'accords, <u>conventions collectives et règlement intérieur</u></li> <li>- Sortir des critères performance et des objectifs quantitatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Rencontre préparatoire</u></li> <li>- <u>Retour progressif</u></li> <li>- <u>Accueil</u></li> <li>- <u>Agir sur les causes de l'absence</u></li> <li>- <u>Baisse des attentes de performance</u></li> <li>- <u>Suivi</u></li> <li>- <u>Maintien du contact</u></li> <li>- <u>Aménagement de l'horaire de travail</u></li> </ul>
<b>Freins</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Question de la sécurité de la personne et du collectif</u></li> <li>- Période d'essai ou contrat précaire</li> <li>- <u>Pas de possibilité de reclassement</u></li> <li>- <u>Brutalité du retour</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Absence d'accueil et de préparation du retour</u></li> <li>- <u>Maintien des causes de l'absence</u></li> <li>- <u>Attentes de performance élevée au retour</u></li> <li>- <u>Non-respect des mesures d'accommodement</u></li> <li>- <u>Manque de suivi</u></li> <li>- <u>Contestation du diagnostic</u></li> </ul>

Tableau 19 : Leviers et freins organisationnels procéduraux

#### 4.2.3.6.3 Les collègues de travail

Les collègues de travail ont été également identifiés comme susceptibles de faciliter l'inclusion professionnelle ou au contraire de la freiner. En France, comme au Canada, un collectif de travail soutenant, attentif, sensibilisé et préparé au retour du salarié serait un atout. Au contraire, si ce collectif n'est pas compréhensif, stigmatisant, mal à l'aise et peu accueillant l'inclusion professionnelle est plus difficile (« *Les gens ne veulent pas travailler avec quelqu'un de dépressif* »). Un autre frein soulevé est le report des tâches sur les collègues de travail, ce qui peut devenir une source de tensions, dissoudre l'esprit d'équipe (« *Les collègues se disent : les tâches qu'il ne fera pas, ce sera à moi de les faire* »).

France	Canada
<b>Leviers</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Solidarité et soutien</u></li> <li>- <u>Collectif sensibilisé et préparé et au retour en emploi</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Soutien et solidarité</u></li> <li>- <u>Préparation des collègues</u></li> </ul>
<b>Freins</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Incompréhension et stigmatisations</u></li> <li>- <u>Collectif pas accueillant</u></li> <li>- <u>Report des tâches sur les collègues</u></li> <li>- <u>Dissolution de l'esprit d'équipe</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Malaise face à la dépression</u></li> <li>- <u>Voyeurisme</u></li> <li>- <u>Préjugé</u></li> <li>- <u>Surcharge des collègues</u></li> <li>- <u>Réputation entachée</u></li> </ul>

Tableau 20 : Leviers et freins liés aux collègues de travail

#### 4.2.3.6.4 Le salarié atteint de dépression

Alors que les acteurs syndicaux canadiens ne notaient pas de facteurs facilitant, les acteurs syndicaux français identifiaient le soutien de la famille et de la vie personnelle, la capacité à se projeter ailleurs, l’envie de travailler, la capacité à faire un réapprentissage de son travail, à s’organiser, à se rétablir. A ce titre, l’arrêt maladie qui permettrait « *une mise entre parenthèse* » faisait également partie des leviers cités. Des similitudes apparaissent dans les freins évoqués dans les deux pays. L’inquiétude ou les craintes que génère le retour en emploi et le déni qui peut conduire le salarié à reprendre trop rapidement le travail, la honte et l’impression de punition liée à l’adaptation du poste ou des mesures prises (eg. le fonctionnaire de la police nationale qui souffre de dépression et peut être désarmé par sa hiérarchie afin de le protéger). Les acteurs syndicaux français ont également évoqué la question de l’employabilité de la personne avec des freins tels qu’un âge élevé, des difficultés à se projeter dans le retour en emploi, des symptômes persistants avec des comportements liés à la maladie comme l’isolement, le renfermement sur soi, la peur des gens, le refus de l’aide ou la dévalorisation qui peuvent être augmentés par la rupture des liens avec l’entreprise pendant l’arrêt maladie. A cela s’ajoutaient les contraintes financières du salarié et la peur des atteintes à la carrière. Un mauvais environnement familial ou le déséquilibre des sphères de vie constituaient aussi un obstacle à l’inclusion professionnelle. Enfin, étaient notés la grande variabilité des personnes quant à leur attente d’aide et d’accompagnement, ce qui rend les actions plus difficiles à délimiter (eg. respect de la vie privée, souhait ou non de divulgation...).

France	Canada
<b>Leviers</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Soutien de la famille et vie personnelle</u></li> <li>- <u>Capacité à se projeter ailleurs, à réapprendre, à se rétablir</u></li> <li>- <u>Envie de travailler</u></li> <li>- <u>Arrêt maladie</u></li> </ul>	//
<b>Freins</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Déséquilibre des sphères de vie</u></li> <li>- <u>Dévalorisation de soi, isolement, renfermement, peur des autres et refus de l’aide</u></li> <li>- <u>Age élevé (pour le retour en emploi)</u></li> <li>- <u>Difficultés à se projeter dans le retour en emploi</u></li> <li>- <u>Inquiétude que génère le retour</u></li> <li>- <u>Fragilité et symptômes persistants</u></li> <li>- <u>Salarié qui veut reprendre trop vite</u></li> <li>- <u>Impression de punition</u></li> <li>- <u>Contraintes financières et atteintes de carrière</u></li> <li>- <u>Grande variabilité des attentes des personnes</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Divulgation</u></li> <li>- <u>Déni</u></li> <li>- <u>Honte</u></li> <li>- <u>Crainte</u></li> <li>- <u>Mauvaises conditions de départ</u></li> <li>- <u>Attentes de performance</u></li> </ul>

Tableau 21 : Leviers et freins liés au salarié atteint de dépression

#### 4.2.3.6.5 Les acteurs syndicaux

Les freins et leviers communs associés aux acteurs syndicaux concernaient les ressources (formation, temps et disponibilité) pour accompagner les personnes mais aussi la question du respect de la confidentialité médicale qui peut entraîner une absence de communication avec le médecin du travail. Les questions de visibilité des syndicats dans l'entreprise, de leur pouvoir d'action, de leur présence effective avec un important maillage de délégués sur le terrain sont également centrales dans les discours.

La principale distinction qui existe entre la situation française et canadienne serait la question de l'expertise vis-à-vis de la problématique de la santé mentale au travail. Le Canada dispose d'un réseau de pair-aidants qui sont formés comme professionnels de la santé mentale et peuvent avoir eux-mêmes vécu et surmonté un problème de santé mentale. En France, cette ressource n'apparaît pas et les acteurs syndicaux déplorent leur manque de formation sur le sujet et se sentent démunis.

France	Canada
<b>Leviers</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Qualité de l'organisation syndicale</u></li> <li>- <u>Temps disponible</u></li> <li>- <u>Maillage des délégués syndicaux</u></li> <li>- <u>Possibilité d'entrer en contact avec les médecins</u></li> <li>- <u>Maintien du lien avec le salarié</u></li> <li>- <u>Connaissance du droit et des recours</u></li> <li>- <u>Présence des syndicats dans l'entreprise</u></li> <li>- <u>Compétences et formation</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Présence d'un réseau de pairs aidants</u></li> <li>- <u>Respect de la confidentialité</u></li> <li>- <u>Accompagnement et encadrement</u></li> </ul>
<b>Freins</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Organisations syndicales démunies</u></li> <li>- <u>Absence de formation</u></li> <li>- <u>Rôle des syndicats peu identifiés par les salariés</u></li> <li>- <u>Manque de temps et de disponibilité</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Confidentialité-tenu à l'écart</u></li> <li>- <u>Manque de ressources (effectif, formation)</u></li> <li>- <u>Restrictions de la convention collective</u></li> <li>- <u>Manque de pouvoir d'action</u></li> <li>- <u>Manque de suivi</u></li> </ul>

Tableau 22 : Leviers et freins liés aux acteurs syndicaux

#### 4.2.3.6.6 Les services médicaux et autres structures d'aide

Les participants de l'étude française ont identifié plusieurs structures ou personnes pouvant faciliter l'intégration professionnelle comme les médecins du travail, les cellules d'écoute, les réseaux d'aide interne, les cellules de prévention des risques psychosociaux, les psychologues du travail en interne ou dans les services de santé au travail ainsi que les membres des CHSCT et les autres acteurs du droit (avocats, conseil des Prud'hommes). Nommer un référent d'insertion sans lien de subordination, qui serait un « *parrain d'insertion* » a également été proposé.



Les acteurs syndicaux français et canadiens ont indiqué l'importance des collaborations entre les acteurs, leur proximité, accessibilité et disponibilité. Certains faisaient d'ailleurs allusions au manque de suivi médical ou au manque de disponibilité des médecins du travail alors qu'ils considèrent qu'un suivi important est indispensable. Un des freins à cette collaboration peut être, en France, que le médecin du travail ne tolère pas l'intervention d'une tierce personne et que le secret médical peut empêcher le partage d'information avec les autres protagonistes, même s'il apparaît comme un atout car il permet au salarié de se confier. Les acteurs syndicaux canadiens ont déploré l'inexactitude du diagnostic et le fait que les consultations en médecine du travail n'étaient pas spécialisées en santé mentale, point qui apparaît également en contexte français où les acteurs syndicaux signalent le manque d'habitude avec la dépression. La formation de la médecine du travail aux problématiques de santé mentale serait ainsi un levier important.

France	Canada
<b>Leviers</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Médecins du travail</u></li> <li>- <u>Cellule d'écoute</u></li> <li>- <u>Psychologues du travail en interne et dans les services de santé au travail</u></li> <li>- <u>Le CHSCT et les acteurs du droit</u></li> <li>- <u>Réseaux d'aide interne et cellules de prévention des risques psychosociaux</u></li> <li>- <u>Référent d'insertion sans lien de subordination</u></li> <li>- <u>Liens entre les acteurs</u></li> <li>- <u>Proximité, accessibilité et disponibilité des acteurs</u></li> <li>- <u>Suivi important</u></li> <li>- <u>Secret et confidentialité</u></li> <li>- <u>Compétences et formation</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Suivi médical</u></li> <li>- <u>Collaboration médecin-employeur</u></li> </ul>
<b>Freins</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Manque d'écoute de tous les acteurs</u></li> <li>- <u>Manque d'habitude avec la dépression</u></li> <li>- <u>Pas suffisamment de suivi médical</u></li> <li>- <u>Médecin qui n'accepte pas l'intervention d'une tierce personne</u></li> <li>- <u>Secret médical</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Consultations médicales non spécialisées en santé mentale</u></li> <li>- <u>Manque de disponibilité des services médicaux</u></li> <li>- <u>Inexactitude du diagnostic</u></li> </ul>

Tableau 23 : Leviers et freins liés aux services médicaux et aux autres structures d'aide

#### 4.2.3.6.7 Facteurs transversaux : la problématique de la dépression et des ressources

La problématique de la dépression et des ressources pour y faire face est apparue comme transversale dans cette étude, en France comme au Canada. L'obstacle du préjugé est un élément récurrent dans les

discours et chez tous les acteurs de l'inclusion. Elle est encore liée à des représentations négatives, un tabou et des préjugés (« *Certains pensent que la dépression, c'est du pipeau* », « *Dépression considérée comme pire qu'un handicap* », « *On s'attend à ce que le dépressif soit moins disponible* », « *La police est un métier de machos où la dépression peut être vue comme une faiblesse* »). Changer de regard sur la dépression et mieux la connaître permettrait de faciliter l'inclusion professionnelle des personnes atteintes de dépression. Mais cette maladie contrairement à d'autres, renvoie à ce qui peut nous arriver à tous et peut faire peur. En outre, elle apparaît très difficile à appréhender car elle ne se voit pas forcément et a un caractère erratique (« *Ce n'est pas mathématique* »). A cet égard, la manque de connaissances et de compétences des acteurs en la matière sont toujours pointés (« *Besoin de compétences et formation à tous les niveaux* »). Les ressources de temps et financières sont la plupart du temps jugées insuffisantes. Ces deux derniers points ressortent d'ailleurs de façon saillante dans les attentes en termes d'aide extérieure.

#### **4.2.3.7 Attente en termes d'aide extérieure**

La principale attente des acteurs interrogés relevait de la formation, en particulier aux signes de la dépression, à l'écoute et à l'accompagnement de personnes en situation de souffrance psychologique. Ils étaient ainsi demandeurs de tout ce qui pourrait améliorer leurs connaissances (formation, journées d'étude...). Par ailleurs, beaucoup soulignaient la nécessité d'augmenter le nombre de psychologues du travail disponibles pour les salariés.

#### **4.2.4 Synthèse des principaux résultats et éléments de conclusion**

De ces résultats, nous pouvons conclure que les acteurs syndicaux interrogés ont fait preuve de bienveillance à l'égard des personnes atteintes de dépression tout au long des entretiens et d'une motivation forte à répondre à cette enquête. Malgré cette bienveillance, les représentations de la dépression notamment au travail se sont avérées assez négatives, relevant du fardeau organisationnel et du manque de compétences, ce qui pousse d'ailleurs certains, toujours par bienveillance, à préconiser de ne pas recruter ces personnes pour les protéger du milieu du travail qu'ils considèrent comme provocateur de trouble. Ils partagent des représentations assez similaires à celles des dirigeants sur ce point, y compris sur le fait qu'il est plus difficile d'intégrer des personnes en situation de handicap psychique que physique. C'est à l'évidence la difficulté à repérer ou « mesurer » la dépression, qui rendrait son intégration encore plus compliquée qu'un autre type de handicap. Le handicap psychique demeure toujours le « parent pauvre du handicap », quels que soient les acteurs de l'organisation interrogés. Seule la responsabilité du travail quant au déclenchement de la dépression apparaît fortement dans les discours des acteurs syndicaux alors qu'elle est très discrète dans celui des dirigeants.

Par bienveillance aussi, une partie des acteurs syndicaux incitent au recrutement de personnes atteintes de dépression car le travail leur apparaît comme une source d'intégration et de lien social et qu'à ce titre, il serait bénéfique pour la personne. Cette ambivalence quant à leur attitude vis-à-vis du recrutement rejoint la complexité du lien entre le travail et la santé mentale, le travail pouvant être source de facteurs de protection (salvateur) mais aussi source de nombreux facteurs de risque (destructeur).

Pour chacune des étapes, du recrutement au retour en emploi, nous avons pu noter l'intérêt des acteurs syndicaux à accompagner le salarié, qu'il soit syndiqué ou non, et quelle que soit son appartenance syndicale. Nous trouvons **peu d'uniformité dans les actions** menées, elles sont régies au cas par cas, sans procédure type et selon leur « *bon sens* », chacun s'adaptant à la situation singulière en fonction de ses ressources. La question de la **limite de leurs actions**, notamment au regard du respect et de la non violation de la vie privée semble être une préoccupation majeure qui guide leur façon d'agir ou de ne pas le faire, leur « proactivité » ou leur « attentisme ». Le **manque de formation** pour identifier et accompagner une personne en situation de dépression est également très saillant dans les discours et génère le **sentiment d'être démuné**. Nous avons, dans notre pré-enquête auprès de 29 employeurs, également constaté ce déficit de formation et ce sentiment d'impuissance de façon extrêmement saillante. Ces éléments expliquent certainement la variabilité dans l'implication et les actions mises en œuvre par les acteurs syndicaux.

Leur implication la plus forte semble être pour l'étape du retour en emploi, sans doute parce que pour cette phase, le cadre juridique est mieux connu et apporte plus d'orientations dans les actions à mener (visite de reprise, adaptation du poste de travail...). Les acteurs syndicaux peuvent alors, sans détours, adosser leur **rôle de protection du salarié** en veillant au respect des procédures par l'employeur. S'ils connaissaient très bien le cadre juridique lié à l'arrêt maladie et au retour en emploi, nous pouvons déplorer la faible connaissance de celui lié à la notion de handicap psychique et le lien possible avec la dépression sévère qui conduirait peut-être à une meilleure implication de leur part dans la procédure de recrutement. Le cadre règlementaire de respect de la non-discrimination semble tout de même y être investi et mériterait d'être davantage mobilisé dans le cadre du handicap psychique à notre sens.

L'approche des acteurs syndicaux français paraît très proche de celle des acteurs syndicaux canadiens. Les actions de veille, de soutien et d'accompagnement apparaissent saillantes et partagées. Mais, contrairement à ces derniers, plusieurs acteurs syndicaux français ont évoqué aussi les actions syndicales qu'ils pouvaient mener si les droits de la personne en situation de dépression n'étaient pas respectés (tracts, manifestations, grèves). De manière générale, ce rapport au Droit était souvent évoqué par l'échantillon Français, alors que cette notion est moins saillante dans l'échantillon canadien. Mais cette distinction apparaît évidente au regard des différences de culture de revendication, syndicale et de pouvoirs d'action dans les deux pays.

L'identification des acteurs avec lesquels ils étaient amenés à collaborer ou échanger nous montre une certaine diversité qui indique que les acteurs syndicaux ont une bonne connaissance des parties impliquées et mobilisables dont ils se trouvent probablement au carrefour. Ils n'évoquent pas pour autant un rôle de « coordinateur » mais tout juste de médiateur entre le salarié et ces différentes parties, qu'elles soient internes ou externes à l'entreprise (hiérarchie, direction ou les Ressources Humaines, CHSCT, délégués du personnel, autres syndicalistes, collègues, acteurs du droit et médecin traitant).

Les freins et leviers à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de dépression relèvent de plusieurs types de facteurs dont les plus saillants et les plus transversaux sont les **préjugés et les stéréotypes** tenaces entretenus à l'égard de la dépression au travail et le manque de ressources pour y faire face, quels que soient les acteurs qui gravitent autour de cette inclusion. Le **manque de formation** de tous ces protagonistes sur le sujet est également perçu comme un obstacle majeur. La question des **conditions de travail délétères** est aussi récurrente et renvoie, d'un point de vue sociétal, à la nécessité de développer une vision différente du travail et, d'un point de vue organisationnel, à la remise en cause de sa culture et à l'utilité d'implanter une politique de santé (mentale) au travail. Le **soutien, l'accompagnement, la veille et la prise en charge pluridisciplinaire et la bonne coordination de tous les acteurs** de l'inclusion apparaissent comme des leviers incontournables mais qui sont encore trop peu développés. La *pair-aidance* est une pratique encore inconnue des acteurs syndicaux de notre échantillon français et mériterait d'être mise à l'étude.

Pour conclure, nos résultats suggèrent que les syndicats peuvent avoir une place importante dans l'inclusion professionnelle des personnes atteintes de dépression en milieu ordinaire de travail. De par leurs actions d'écoute et de soutien, d'intermédiaire ou de conciliateur, ils peuvent occuper un rôle majeur, même s'il n'est pas standardisé et est régit par le bon sens au cas par cas. Beaucoup de questionnements demeurent quant aux frontières de leur rôle, ce qui explique la variabilité dans l'implication et les actions mises en œuvre. Des difficultés liées à la problématique de la dépression se surajoutent, car celle-ci est souvent vue comme une maladie liée à l'intimité de la personne et pour laquelle la conduite à suivre n'est pas « codifiée ». Chacun fait ainsi ce qu'il pense être le mieux et le plus respectueux de la personne, malgré ses doutes sur l'appréhension de cette maladie. Les acteurs syndicaux sont donc à impliquer dans l'organisation du retour en emploi, et de manière plus générale dans l'inclusion professionnelle des salariés atteints de dépression, mais il s'avère indispensable de leur donner les ressources nécessaires en termes de formation, temps et moyens financiers pour améliorer, voir professionnaliser cet accompagnement.

## 5 Axe 2. Orientations politiques, positions institutionnelles et droit conventionnel en direction du handicap psychique

### 5.1 Institutions européennes et internationales

#### 5.1.1 Objectifs de l'étude et méthodes employées

Nous avons souhaité compléter les précédentes études d'une approche juridique faisant un état des lieux au plan européen et international des politiques, des discussions et orientations actuelles, y compris des initiatives, expérimentations et préconisations ou promotions de « bonnes pratiques » concernant le handicap ayant pour origine une altération des fonctions psychiques, plus communément et plus avant dénommé « handicap psychique ». Du fait du caractère spécifiquement français de cette terminologie, le questionnement a dû également être développé sous l'angle de la santé mentale. Le projet prévoyait d'enquêter auprès d'institutions internationales susceptibles d'avoir un intérêt particulier pour l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. Les institutions visées ont été le Bureau international du travail (BIT), la Commission européenne et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Deux démarches complémentaires ont été menées :

- Une revue de la documentation en ligne<sup>19</sup> centrée sur l'identification de l'entrée pertinente pour rendre compte des réflexions sur le handicap psychique. Ce travail effectué par une juriste de l'équipe (Dr Joly<sup>20</sup>) avait pour objectif de présenter un aperçu des réflexions menées par diverses institutions européennes et internationales sur l'emploi des personnes en situation de handicap psychique. En premier lieu, il s'agissait de rechercher s'il existait un consensus sur la façon d'appréhender le « handicap psychique ». En second lieu, d'étudier le contenu des politiques institutionnelles en direction des personnes handicapées notamment pour savoir si les dispositifs juridiques existants semblaient en mesure d'apporter des réponses adaptées à l'insertion et au maintien dans l'emploi de personnes en situation de handicap psychique.

---

<sup>19</sup> Mots clés : handicap, handicap psychique, santé mentale, sensibilisation.

Sites consultés : [www.ilo.org](http://www.ilo.org) ; [www.who.int/fr/](http://www.who.int/fr/) ; <http://www.un.org/french/disabilities/> ; [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/policy/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_fr.htm)

<sup>20</sup> Un article sur cette étude est en cours d'expertise dans la revue Santé Mentale au Québec.

- Cette approche documentaire a été complétée par deux entretiens auprès de représentants du Bureau international du travail<sup>21</sup> (BIT) et de la Commission européenne<sup>22</sup>. Malgré l'entremise d'interlocuteurs du BIT et divers échanges avec les services de l'OMS et des Nations Unies, il n'a pas été permis d'accéder à un contact pertinent sur le sujet au sein de l'OMS, ce qui est en soi révélateur au plan international de l'exotisme pour ne pas dire de l'incompréhension de la distinction française des origines du handicap opérée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Les entretiens réalisés l'ont été par deux juristes de l'équipe (Dr Joly et Dr Lerouge) spécialisés sur les questions du handicap et de la santé mentale au travail, au moyen d'un guide d'entretien construit par l'équipe (présenté en annexe 7). Ce dernier comprend une courte présentation du thème de recherche puis 15 questions ouvertes réparties en deux grands thèmes : les orientations politiques actuelles (angles d'approche, acteurs, débats en cours, principes de dignité et de protection au travail...) et les études et expérimentations en cours pour implanter cette politique d'inclusion (évaluation des troubles de la santé mentale, exemples d'expérimentations, stratégies et recommandations, questions de la différenciation des handicap, de la divulgation...).

## 5.1.2 Résultats

### 5.1.2.1 Consensus sur la façon d'appréhender le « handicap psychique »

La revue de la documentation de l'Organisation mondiale de la santé montre qu'elle n'emploie pas le vocable de « handicap psychique », ni de « troubles psychiques ». La distinction française entre altérations des fonctions mentales et des fonctions psychiques ne se retrouve pas dans les travaux ou les publications de l'OMS ; ceux-ci ne traitent que des troubles mentaux. Une « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » (CIF) a été élaborée par l'OMS afin de fournir un langage uniformisé et un cadre pour la description et l'organisation des informations relatives au fonctionnement et au handicap. Elle a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2001. Dans la CIF, le handicap est conçu comme le résultat de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et des facteurs environnementaux. Il y est défini comme une restriction de participation sociale. Sous cet angle, certains troubles psychiques peuvent donc être reconnus comme étant à l'origine d'une situation de handicap, même si cela n'est pas explicitement envisagé.

---

<sup>21</sup>L'entretien auprès du BIT s'est déroulé le 29 septembre 2015, nous avons été reçus par Stefan Trömel, Conseiller senior au BIT en charge des questions du handicap et d'égalité et Ivana Ivandic, chercheuse en psychologie rattachée temporairement au service de M. Trömel.

<sup>22</sup>L'entretien auprès de la Commission européenne, s'est déroulé le 5 avril 2016 par la voie de Tania Tsiora et Julie Vuttier, chargées de politique, représentant Mme Emmanuelle Grange, Directrice, à la Commission Européenne, de l'Unité handicap et inclusion (Direction générale Emploi).

L'article 1<sup>er</sup> alinéa 2 de la Convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), adoptée en décembre 2006, désigne les personnes handicapées comme « *des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* ». Cet instrument international consacre ainsi sans ambiguïté le modèle social du handicap (par opposition au modèle médical), développé par les classifications de l'OMS. Même si la référence aux incapacités mentales ne couvre pas explicitement le handicap psychique, les personnes atteintes de troubles psychiques sont protégées par cette convention là encore dans la mesure où le handicap est conçu comme le résultat de l'interaction entre la personne atteinte d'une déficience et les obstacles extérieurs à sa personne. En revanche, la lecture littérale de la Convention aboutit à ne reconnaître, en situation de handicap, que les personnes souffrant d'incapacités mentales présentant un caractère intrinsèque durable. Or, en raison de la nature de la dépression, la fluctuation de la sévérité et la durée de celle-ci, la dépression ne répond pas toujours à l'exigence de persistance exprimée par le terme « durable ». La protection offerte par la CDPH peut donc apparaître restrictive alors même qu'il est admis que de courtes périodes de dépression peuvent entraîner des effets, à long terme, de stigmatisation et de discrimination.

L'Organisation internationale du Travail (OIT) ne fait pas référence au « handicap psychique » en raison de l'impossibilité de trouver un consensus sur cette notion. De son côté, l'Union européenne (UE) s'est dotée tardivement d'une définition du handicap. Ce n'est qu'en 2006 que la Cour de justice de l'Union européenne propose une première interprétation de la notion de handicap pour pallier la carence des textes. Toutefois, l'adhésion de l'Union européenne à la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées a sensiblement fait évoluer cette interprétation afin de la mettre en conformité avec la définition donnée par l'instrument international. Depuis l'arrêt HK Danmark (Jette Ring) du 11 avril 2013, C-335/11 et C-337/11, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) considère que la notion de handicap « *doit être entendue comme visant une limitation, résultant notamment d'atteintes physiques, mentales ou psychiques durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à la pleine et effective participation de la personne concernée à la vie professionnelle sur la base de l'égalité avec les autres travailleurs* ». Dans un arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2016, la CJUE apporte des précisions sur le caractère durable des atteintes caractéristiques du handicap. Pour apprécier le critère durable de la limitation de la participation à la vie professionnelle, élément constitutif de la définition du handicap, deux indices, présentés comme alternatifs, fondés sur un pronostic médical, sont proposés. Constitue ainsi un premier indice du caractère durable de la limitation le fait qu'à la date de l'acte litigieux, l'incapacité de la personne ne présente pas une perspective bien délimitée quant à son achèvement à court terme. Le second indice possible réside dans la prolongation significative de l'incapacité de travail avant le rétablissement de la personne. De nouveau, les exigences

liées au critère durable des limitations constitutives du handicap peuvent parfois mal s'accorder avec les spécificités du handicap psychique.

Il ressort donc de l'étude que si la notion de « handicap psychique » n'est pas explicitement consacrée par les différentes normes juridiques européennes et internationales, ces dernières reconnaissent cependant que des personnes souffrant de troubles psychiques peuvent être considérées comme des personnes en situation de handicap.

### **5.1.2.2 Contenu des politiques institutionnelles en direction des personnes handicapées**

La conception du handicap prônée par les travaux de l'OMS a influencé peu ou prou les représentations, les pratiques mais aussi les législations en matière de handicap. Toutefois, les questions relatives aux troubles psychiques ne font l'objet d'aucun développement dans les travaux de l'OMS en lien avec le handicap. En revanche, les difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi lorsque l'on vit avec des « troubles psychiques » ou un « handicap psychique » sont abordées dans le cadre des réflexions menées autour de la santé mentale.

Hormis l'obligation d'aménagement raisonnable pesant sur l'employeur, on ne relève aucune préconisation dans la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées concernant la mise en œuvre de dispositifs spécifiques visant à favoriser l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique. De même, aucune mesure ou action parmi celles décrites dans le Plan d'action 2014-17 pour l'inclusion des personnes handicapées du BIT ne vise expressément le « handicap psychique ». Le BIT commence cependant à s'intéresser à cette problématique par le biais de la santé mentale au travail ; il a mis en place dans cette perspective un groupe de travail nommé « *Mental Health at work* » au sein du réseau « *ILO Global Business and Disability Network* ». Le but de ce groupe de travail est de faciliter la collecte et l'échange de connaissances sur les questions de santé mentale au travail y compris les bonnes pratiques développées par les entreprises en termes de prévention et de gestion des problèmes de santé mentale. Les séminaires montrent que les réflexions ont essentiellement porté sur la lutte contre la stigmatisation des problèmes de santé mentale et la mise en œuvre de stratégies de sensibilisation efficaces pour que les employeurs n'aient plus de réticences à embaucher ou maintenir en emploi des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment en mettant l'accent sur les capacités professionnelles, souvent sous-estimées. Plus récemment, le groupe de travail s'est également intéressé aux questions relatives à la divulgation des problèmes de santé mentale au travail en lien avec la demande d'aménagement raisonnable.

Dans le cadre de la politique menée par l'Union européenne, le handicap est essentiellement saisi à travers le prisme du cadre législatif « anti-discrimination ». Par ailleurs, l'article 26 de la Charte des



droits fondamentaux de l'Union Européenne garantit l'autonomie, l'intégration sociale et professionnelle et la participation à la vie de la communauté des personnes handicapées. L'instrument clé de la politique de l'Union européenne en matière de handicap est la Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées. Son principal objectif est de mettre les personnes en situation de handicap en mesure d'exercer l'ensemble de leurs droits et de tirer pleinement parti de leur participation à la société et à l'économie sur un pied d'égalité avec les autres citoyens. La Stratégie européenne vise également à garantir la mise en œuvre effective de la Convention des Nations Unies à l'échelle de l'Union européenne. La Commission européenne traite du handicap de façon générale et n'accorde pas une attention particulière au handicap psychique. Actuellement, il n'y a donc pas véritablement de politique spécifique adressée aux « personnes handicapées psychiques » mais une politique plus globale d'accès à l'emploi des personnes handicapées. Si les politiques visant à favoriser l'emploi des personnes handicapées n'ont pas concentré leurs efforts sur l'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, en revanche les politiques liées à la santé mentale au travail offrent quelques pistes de réflexion intéressantes. L'Union européenne joue un rôle d'impulsion non négligeable en la matière. Le pacte européen préconise, ainsi, de mettre en œuvre des programmes d'évaluation et de prévention des situations qui peuvent causer des effets néfastes sur la santé mentale des travailleurs et des interventions sur le lieu de travail et de soutenir le recrutement, la réhabilitation et le retour au travail des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Il est à cet égard porté attention à différentes problématiques comme celle de la dépression, que l'on classe parmi les maladies pouvant entraîner une situation de « handicap psychique ». L'entrée par la santé mentale au travail se révèle intéressante parce qu'elle préconise une détection précoce des troubles mais également parce qu'elle promeut une organisation du travail en fonction d'un rythme adapté au travailleur et, plus largement, d'une adaptation du travail à la personne. L'étude menée conduit à conclure à l'existence d'une forte porosité entre la prévention des atteintes à la santé mentale au travail et la question du handicap psychique.

### **5.1.2.3 Approches et orientations du BIT et de l'UE relatives au handicap psychique**

Au-delà de l'analyse de la documentation juridique, les entretiens menés auprès du BIT et de la Commission européenne ont permis de mieux comprendre une approche internationale du sujet qui reste cependant très générale. On retiendra cependant que le BIT a mis à son agenda la question de l'inclusion professionnelle des personnes en situation de « handicap psychique » ; il entend clairement être plus proactif à l'avenir dans ce domaine. Cela se traduit notamment par une focalisation sur l'environnement de travail, sur les bonnes pratiques des entreprises, sur les mesures juridiques à prendre et les politiques publiques à mettre en œuvre. Il s'agit aussi très concrètement de voir comment la durée et la gestion du temps de travail peut constituer une des réponses à la situation des personnes souffrant d'une altération de leurs fonctions psychiques. Nos interlocuteurs au BIT ont ainsi avancé en fonction des pathologies la solution du travail à mi-temps ou du travail en alternance.

L'approche du BIT demeure toutefois globale. La convention de l'ONU qui constitue en la matière la référence de l'institution internationale distingue certes dans son article 1<sup>er</sup> le « handicap intellectuel » et le « handicap mental ». Mais, ne serait-ce que sur ce point, les systèmes juridiques des Etats membres de l'OIT soit entretiennent une confusion entre ces deux concepts, soit ne couvrent pas la catégorie des « personnes handicapées intellectuelles ». L'insuffisante reconnaissance de certaines origines du handicap par les législations des Etats membres de l'OIT explique, au moins en partie, l'approche très générale du BIT. A propos de cette dernière, il convient d'ajouter que nos entretiens n'ont pas toujours permis de faire disparaître le sentiment d'une forme d'incertitude quant à ce que nos interlocuteurs mettaient derrière les termes de « handicap mental » et de « handicap intellectuel ». Ce dernier a semblé le plus souvent intégrer pour eux les situations couvertes par la notion française de « handicap psychique », alors qu'on sait, par ailleurs, que cette dernière, depuis 2005, paraît renvoyer les limitations intellectuelles aux situations de « handicap mental » ...

Quoiqu'il en soit, le BIT marque par ailleurs pragmatiquement son intérêt pour le concept d'« aménagement raisonnable ». En la matière, l'objectif de l'institution internationale est de diffuser plus d'informations sur un certain nombre de pratiques afin de mieux faire connaître la démarche en termes d'aménagement raisonnable pouvant concerner différents types de handicap. L'intérêt du BIT pour la notion s'inscrit elle-même dans une approche « anti-discrimination » de la question de l'emploi des personnes handicapées, dans une volonté de lutte contre toutes les stigmatisations dont on affirme qu'elle doit également concerner les situations de « handicap psychique ». Nos interlocuteurs se sont dits toutefois conscients des risques entourant la divulgation à l'employeur de la vulnérabilité psychique du travailleur. Beaucoup de stigmatisations sont susceptibles de voir le jour à cette occasion, tout particulièrement en matière de « handicap psychique », du fait notamment de son « invisibilité ». Outre le fait qu'une personne ayant un « handicap non-visible » ne veut pas généralement que cela se sache, l'aménagement raisonnable pose ici question au BIT. Comment revendiquer et mettre en œuvre un « aménagement » de la relation de travail tout en assurant confidentialité et respect de la vie privée ? Pour demander un aménagement raisonnable, la personne concernée doit en faire état à quelqu'un. Potentiellement, il existe un risque que cette information se répande dans l'entreprise. On réfléchit au BIT à l'équilibre à trouver en soulignant toutefois que la nécessaire divulgation d'informations à caractère médical est, en principe, couverte par le secret médical.

Nos interlocuteurs n'en ont pas moins insisté sur le fait que parler de « handicap psychique » en entreprise aujourd'hui demeure très difficile partout dans le monde. Il existe une diversité de « troubles psychiques » ; surtout, l'entreprise ne sait pas comment répondre aux situations de « handicap psychique ». Selon nos interlocuteurs du BIT, les entreprises estiment par ailleurs que les questions de santé mentale sont clairement distinctes de celles relatives à la santé physique. Beaucoup d'employeurs

refusent de parler de santé mentale ; ceci rend très difficile la mise en œuvre d'une politique dans ce domaine au sein des entreprises. Les employeurs ne sont pas à l'aise avec le « handicap psychique » ; le dévoilement de ce type de situations leur apparaît au mieux comme un défi, le plus souvent sans solution. On tient pourtant à souligner qu'il est important de prendre la question du « handicap psychique » en amont. On constate que dans de nombreux pays il existe un souci de prise en charge, dès l'école puis au travers de structures spécialisées, des personnes en situation de handicap dans la perspective d'un accès à l'emploi. Malheureusement, on observe que ce type de démarche concerne diverses formes de handicap mais très rarement le « handicap psychique. L'un des grands risques serait de voir un ensemble de personnes, notamment jeunes, ne pas accéder au marché du travail ou ne pas pouvoir y revenir. Face à de telles situations, nos interlocuteurs au BIT se sont dits peu favorables au développement de ce qu'il est convenu d'appeler le « travail en milieu protégé ». La préférence doit aller à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de « handicap psychique » en milieu ordinaire de travail. Toutefois, ceci suppose une méthodologie d'accompagnement et des soutiens rarement disponibles à ce jour. Le BIT entend développer une action de sensibilisation, en faisant connaître des expériences véritablement « inclusives » et, sur le sujet, à terme, prendre une recommandation.

En ce qui concerne l'Union européenne, les personnes rencontrées à la Commission européenne ont rappelé que la législation communautaire couvrait la question du handicap (*cf. not. EuropeanAccessibilityAct* ou directive comme celle en matière d'égalité au niveau de l'emploi (directive n°2000/78). Très concrètement, au sein de l'Union européenne, le handicap est aujourd'hui intégré dans le cadre des dix priorités politiques retenues par le Président de la Commission européenne, singulièrement dans celles intitulées « Emploi, croissance, investissement », « Marché intérieur plus équitable » et « Espace de justice et droits fondamentaux ».

Sur un plan plus institutionnel que normatif, l'Unité « Handicap et inclusion » développe une action concernant aussi bien le handicap physique, mental, qu'intellectuel *via* le financement sur appels d'offre d'ONG. Elle intervient par ailleurs au niveau national au travers de financements provenant de fonds structurels (ex. Fonds Social Européen). La « politique handicap » menée ne fait pas de distinction entre les différents types de handicap. Ceci tient au fait que la « Stratégie européenne pour le handicap 2010-2020 » a été mise en place au regard de la convention des Nations Unis qui vise le handicap de façon générale. Ceci n'interdit pas à la Commission européenne de financer, comme on l'a indiqué, des programmes concernant des formes particulières de handicap ; nos interlocutrices ont toutefois observé que peu d'entre elles ont visé ce que l'on dénomme en France le « handicap psychique ». Il arrive cependant que dans le cadre de l'édiction de normes « soft » et notamment de la diffusion de « bonnes pratiques », on ait traité de situations ou états de dépression de personnes en emploi, ainsi en est-il allé en 2008 avec le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être.

Toutefois, nos interlocutrices ont insisté sur le fait que la référence principale de l'Unité « Handicap et inclusion » demeure la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Chaque guide, chaque recommandation s'y réfère. C'est le premier traité qui a été ratifié par l'Union européenne en matière de droits de l'homme. On estime que cette convention a permis un changement de paradigme : auparavant on parlait du handicap d'un point de vue médical, aujourd'hui on parle d'un modèle social du handicap et d'accès aux droits de l'homme.

Si chaque État membre de l'Union européenne possède sa propre définition du handicap, on observe toutefois qu'à la suite de la ratification par l'Union de la convention de l'ONU, la Cour de justice de l'Union européenne a considéré que la notion de « handicap », au sens de la directive 2000/78, doit être entendue comme visant une limitation, résultant notamment d'atteintes physiques, mentales ou psychiques durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à la pleine et effective participation de la personne concernée à la vie professionnelle sur la base de l'égalité avec les autres travailleurs (voir, notamment, l'arrêt du 18 décembre 2014, FOA (C-354/13), point 53 et l'arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2016, Mohamed Daouidi (C-395/15), point 42). Ainsi, cette définition distingue différentes origines du handicap et se réfère expressément à la notion d'atteintes psychiques durables.

Concernant les liens entre troubles psychiques, situation de handicap, accès ou maintien en emploi nos interlocutrices ont renvoyé à une approche en termes de discrimination positive ou d'égalité d'accès à l'emploi ressortant du droit national. Cependant, la Commission européenne peut soutenir, comme on l'a vu, un certain nombre d'actions nationales, notamment celles visant à l'individualisation des situations des demandeurs d'emploi handicapés permettant une analyse de ce qu'une personne donnée peut faire, dans quelles conditions, avec quelle charge de travail. Les services de la Commission européenne ne se prononcent pas sur la pertinence ou non du travail en milieu protégé, s'avouant toutefois favorables à une inclusion professionnelle en milieu ordinaire dès lors que les moyens de la réussir sont pris, qu'il s'agisse d'accompagnement de la personne, d'aide à l'entreprise, de formation du collectif de travail.

*In fine*, la Commission européenne ne recourt pas formellement à la notion de « handicap psychique » et ne s'y intéresse que marginalement, s'attachant à développer une problématique globale du traitement de la question du handicap. Il n'existe donc pas au niveau européen de dispositifs juridiques ou même de politiques spécifiques ou susceptibles de s'appliquer aux personnes en situation de « handicap psychique ». De son côté, le BIT témoigne d'un intérêt réel pour la notion de « handicap psychique » en souhaitant s'inscrire de plus en plus en la matière dans une démarche proactive. Les deux institutions internationales se rejoignent en tous cas sur le terrain de l'accompagnement ou des solutions, en incitant à recourir non pas à des « accommodements » mais à des « aménagements raisonnables ». Il est plus généralement permis d'estimer au regard des approches internationales, qu'établir un lien juridique entre

handicap psychique et discrimination pourrait peut-être faire avancer le droit national dans sa prise en compte de la situation des personnes en situation de handicap psychique au travail. La méconnaissance, voire la méfiance, entourant en pratique ces personnes, n'incite en tous cas pas aujourd'hui les organismes internationaux à adopter des dispositifs normatifs marquant une distinction entre handicaps d'origine psychique, physique, mental ou autre. On peut voir là le souci légitime de ne pas contribuer à plus de stigmatisations. En revanche, on conviendra que le maintien d'une approche très générale de la question de l'emploi des personnes handicapées peut conduire à ne pas développer des méthodologies favorisant l'inclusion professionnelle effective de personnes souffrant d'altérations de leurs fonctions psychiques, tout comme à ne pas prévenir les risques d'exclusion professionnelle. Le « handicap psychique » a en commun avec d'autres formes de handicap d'être invisible ; c'est une de ses spécificités et une des principales difficultés à sa reconnaissance et sa prise en charge. Ici encore, le risque existe que ce qui ne se voit pas, n'existe pas.

## **5.2 Référence à la loi du 11 février 2005 et prise en compte du «handicap psychique» par les accords collectifs relatifs à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés**

Nous avons complété les précédents travaux par l'étude d'accords collectifs d'organisation en France. La notion de « handicap psychique », apparue dans les années 60 (Barreyre, Makdessi, 2007) a mis du temps à être prise en compte par la loi (Milano, 2009). En va-t-il de même du droit conventionnel, c'est-à-dire de celui issu de la négociation collective relative à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ? Si les partenaires sociaux se réfèrent relativement systématiquement à la loi du 11 février 2005<sup>23</sup>, ils n'en tirent pas toujours toutes les conséquences. L'analyse d'un échantillon de leurs accords témoigne cependant assez souvent implicitement de la possibilité de prises en compte de la spécificité du handicap d'origine psychique, pour le moment plus rarement de façon explicite.

On rappellera succinctement, à titre préliminaire, les conditions d'intervention d'une reconnaissance légale de la variable « psychique » du handicap, puis le placement légal dans le champ de la négociation collective de la question de l'emploi des personnes handicapées, enfin les objectifs de l'étude et les accords collectifs analysés.

---

<sup>23</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (*JORF* du 12 février 2005).

### 5.2.1 La reconnaissance légale de la variable « psychique » du handicap

Lorsque l'essentiel du régime applicable aux personnes handicapées a été réformé en 1975, aucune mention de la dimension psychique n'est apparue. On a cependant pu observer que la généralité de la loi du 30 juin 1975<sup>24</sup> emportait de fait « un statut et une garantie de ressources pour la personne souffrant de troubles psychiques » (Auvergnon, 2012) dès lors qu'elle était « reconnue handicapée », même si on se référait à l'époque non pas à la notion de « troubles psychiques » mais à celle de « déficiences mentales » (Auvergnon, 2012). Ultérieurement, le droit français est resté marqué par la figure du « travailleur handicapé », singulièrement avec l'adoption de la loi du 10 juillet 1987<sup>25</sup> et par une approche générale du handicap<sup>26</sup>, en tous cas non distinctive de ses origines ou de ses expressions. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme ainsi que « toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale »<sup>27</sup>. On doit ici relever l'instauration légale de « réseaux de santé » visant à « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires »<sup>28</sup>. La volonté du législateur est alors de développer des suivis plus spécifiques ; cela emporte des distinctions de catégories.

Certains groupes de pression ont eu une influence déterminante dans la consécration légale du handicap psychique (Chapireau, 2014), tout au moins dans l'affirmation d'une distinction légale de l'origine « psychique » du handicap. La loi du 11 février 2005 n'a en effet « pas reconnu ni défini la notion de « handicap psychique », elle a officiellement établi qu'une « altération psychique » pouvait entraîner dans des conditions environnementales déterminées, des limitations d'activités ou des restrictions de participation sociale constituant une situation de handicap d'origine psychique » (Barreyre, Peintre, 2009). Pareille prise en compte légale n'allait en réalité pas de soi. Elle a rencontré deux obstacles majeurs : le refus par les psychiatres de l'enfermement des malades dans un statut de handicapé, et la méconnaissance de ce « handicap invisible » (Piel, Roelandt, 2001). C'est précisément sur cette « invisibilité » que des acteurs tels l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM), la Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY), la Fédération « Croix-marine » ou encore l'Association française de psychiatrie, ont entendu fonder la nécessité de distinguer

---

<sup>24</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des handicapés (JORF du 1<sup>er</sup> juillet 1975).

<sup>25</sup> Cf. not. Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (JORF du 12 juillet 1987) ; voir notamment : Ph. Auvergnon, « L'obligation d'emploi des handicapés », *Droit social* 1991, p. 596 ; L. Joly, *L'emploi des personnes handicapées entre discrimination et égalité*, Dalloz, coll. Nouvelle Bibliothèque de thèses, 2015.

<sup>26</sup> Cf. not. Loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap (JORF n°161 du 13 juillet 1990).

<sup>27</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JORF du 5 mars 2002).

<sup>28</sup> *Idem.*

une forme particulière de handicap : « *Un des moyens pour faire exister la population en cause est d'abord de la désigner par un nom qui la distingue des autres handicaps. Cela justifie le terme de handicap psychique* » (UNAFAM, 2001).

L'affichage d'un tel objectif associé aux difficultés par ailleurs relevées de « frontière entre handicap mental et handicap psychique » (Charzat, 2002) permet de se demander si la distinction entre handicap mental et handicap psychique n'est pas moins clinique que politique. Quoiqu'il en soit, en 2003, alors qu'ont débuté en France les discussions sur les objectifs et contenus d'une nouvelle loi en faveur des personnes handicapées, « *les associations de personnes handicapées en raison de troubles psychiques et leurs familles demandent que la future loi désigne, en outre, les personnes handicapées psychiques, dont le handicap apparaît spécifique et non compris dans le terme de « mental » que l'usage a réservé aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle. Il importe en effet que ces formes de handicap, fréquentes et graves, soient désormais mieux reconnues, et à cet égard le fait de « nommer » dans la loi est important* » (Clery-Melin, Kovess, Pascal, 2004).

Même si la notion est loin d'être partagée par les milieux professionnels (Henckes, 2009) et qu'une importante production bibliographique de la psychiatrie n'y fait pas référence, voire la conteste, le « handicap psychique » est présent, depuis l'intervention de la loi du 11 février 2005, dans le Code de l'action sociale et des familles et dans celui du travail. On rappellera ainsi que l'article 2 de la loi de 2005, codifié à l'article 114 du Code de l'action sociale et de la famille, indique que « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Par ailleurs, l'article 70 de la loi de 2005, codifié à l'article L. 5213-1 du Code du travail, précise désormais qu'est « *considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique* ».

### 5.2.2 L'emploi des personnes handicapées dans le champ de la négociation collective

Les lois du 10 juillet 1987 et du 11 février 2005 ont, notamment, pour caractéristique d'avoir placé l'emploi des personnes handicapées dans le champ de la négociation collective. D'une part, depuis 1987, tout employeur, occupant au moins vingt salariés<sup>29</sup> a une obligation d'emploi de travailleurs handicapés, au sens de l'article L. 5212-13 du Code du travail, « dans la proportion de 6 % de l'effectif total de ses

---

<sup>29</sup> Article L. 5212-1 du Code du travail.

salariés »<sup>30</sup>. Toutefois, il peut s'acquitter de cette obligation, notamment (DARES, 2016a), « *en faisant application d'un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement agréé prévoyant la mise en œuvre d'un programme annuel ou pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés* »<sup>31</sup>. D'autre part, depuis 2005, la négociation annuelle obligatoire (NAO) à laquelle sont astreintes les entreprises « où sont constituées une ou plusieurs sections syndicales d'organisations représentatives »<sup>32</sup> inclut désormais : « *Les mesures relatives à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, notamment les conditions d'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles, les conditions de travail et d'emploi et les actions de sensibilisation de l'ensemble du personnel au handicap* »<sup>33</sup>. La question du handicap est ainsi devenue un élément à part entière du dialogue social. Ceci aurait eu « un double effet d'entraînement » (Handipole, 2012), en permettant un accroissement du nombre d'accords signés » (DARES 2016b, c, d) et en incitant « davantage d'acteurs à se préoccuper de la question des travailleurs handicapés au sein de l'entreprise » (Handipole, 2012). De plus, il est prévu que « *Les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels se réunissent pour négocier, tous les trois ans, sur les mesures tendant à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés* »<sup>34</sup>. Cette négociation triennale de branche « *porte notamment sur les conditions d'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles ainsi que sur les conditions de travail, d'emploi et de maintien dans l'emploi* »<sup>35</sup>.

### 5.2.3 Objectifs de l'étude et méthode

En toute hypothèse, les divers renvois légaux à la négociation collective de l'emploi des personnes handicapées justifient qu'on s'interroge sur le fait de savoir si, plus de dix ans après l'intervention de la loi de 2005, les accords d'entreprise relatifs à l'obligation d'emploi se réfèrent explicitement ou non à cette loi, aux nouvelles définitions données du « handicap » et du « travailleur handicapé », et singulièrement s'ils témoignent d'une prise en compte du handicap ayant pour origine une altération des fonctions psychiques, plus communément dénommé « handicap psychique ».

A partir d'un diagnostic préalable à la négociation<sup>36</sup>, les partenaires sociaux (employeurs et représentants d'organisations syndicales représentatives) sont appelés à envisager les améliorations

---

<sup>30</sup> Article L. 5212-2 du Code du travail.

<sup>31</sup> Article L. 5212-8 du Code du travail.

<sup>32</sup> Article L. 2241-1 du Code du travail.

<sup>33</sup> Article L. 2242-8, 4° du Code du travail.

<sup>34</sup> Article L. 2241-5 du Code du travail.

<sup>35</sup> *Idem*. Cette négociation de branche peut également aboutir à un accord, ainsi pour la Métallurgie de l'accord national du 12 décembre 2013 (à durée indéterminée) en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

<sup>36</sup> Ce diagnostic se fonde notamment sur les données socio-économiques, le bilan social, un bilan spécifique de la situation de l'emploi des travailleurs handicapés, l'état de la réponse apportés à l'obligation d'emploi, les postes tenus par les



possibles et les actions à conduire dans le cadre d'un accord collectif de droit commun ou bien d'un accord spécifique au sujet, celui-ci pouvant être agréé par les services du ministère du travail, sous condition de contenu<sup>37</sup>. Ce dernier type d'accords apparaît comme le plus à même à informer sur les tendances de la négociation collective en la matière. Il en est fait un bilan annuel par les services du ministère du Travail, plus précisément par la Mission Emploi des Travailleurs Handicapés. Ce bilan fort instructif n'envisage toutefois aucunement la question de la prise en compte de la diversité des origines et expressions du handicap dans les accords agréés, et donc pas celle du « handicap psychique »<sup>38</sup>. Il fait toutefois apparaître une très forte concentration géographique de dépôt desdits accords correspondant aux lieux des sièges sociaux et des centres de décisions des entreprises. Ainsi près de 90% de ces accords sont déposés à la Direccte d'Ile de France. Sans que l'on puisse accéder par cette dernière desdits accords, il a été permis de consulter la liste des quelques deux cents accords en cours de validité, de se procurer et d'analyser un échantillon de trente d'entre eux, à savoir :

- Accord en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés au sein du groupe ACCENTURE France (2014-2016) ;
- Accord AXA France en faveur des salariés handicapés pour les années (2014-2015-2016) ;
- Accord Air France sur l'emploi des personnes en situation de handicap (2015-2017) ;
- Accord AFPA en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap (2016-2018) ;
- Accord « Branche Banque Populaire » en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap (2014-2016) ;
- Accord d'entreprise Banque de France Euro système en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap (2014-2016) ;
- Accord collectif national en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap branche Caisse d'Epargne (2014-2016) ;
- Accord CARREFOUR « Mission handicap années 2014-2015-2016 » ;
- Accord en faveur des personnes en situation de handicap au sein de Groupe COFELY INEO GDF SUEZ (2014-2016) ;
- Accord de groupe Crédit Agricole S.A. en faveur de l'emploi des personnes en situation de

---

travailleurs handicapés, les actions de formation mises en œuvre lors du recrutement ou pour favoriser le maintien, la nature des contrats de sous-traitance, les actions de sensibilisation du personnel à l'intégration des travailleurs handicapés.

<sup>37</sup> Ces accords ont pour objectif la mise en place d'une politique globale d'emploi des personnes handicapées. Ils s'articulent autour de quatre axes : l'embauche de travailleurs handicapés, l'adaptation aux mutations technologiques, l'insertion et la formation et le maintien dans l'entreprise des salariés. La signature d'un accord agréé a des conséquences sur le plan financier. En effet, l'entreprise cesse de contribuer à l'Agefiph pendant la durée de l'accord, généralement de trois ans : elle constitue un budget au moins égal à trois années de contributions prévisionnelles à l'Agefiph, qui sera ventilé sur les différentes actions définies par l'accord. Cette disposition permet à l'entreprise de gérer son budget sur la durée de l'accord en fonction de ses priorités, et de couvrir tout ou partie de dépenses dont certaines n'auraient pu être financées autrement. C'est par exemple le cas de la « mission handicap » que l'entreprise peut organiser en son sein pour coordonner et faire vivre sa politique.

<sup>38</sup> Ministère du travail, Bilan 2015 des accords agréés au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, METH DGEFP 2016 (<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dgefp-bilan-2015-accords-agrees-oeth.pdf>).

- handicap (2014-2016) ;
- Accord sur l'emploi des travailleurs handicapés dans les Caisses régionales de Crédit Agricole et les organismes adhérant à la Convention collective du Crédit agricole (2016-2018) ;
  - Accord Croix-Rouge française, FEHAP, Syneas, relatif à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés dit « Accord OETH » (2016-2020) ;
  - 3<sup>ème</sup> accord portant sur l'emploi des travailleurs handicapés et des personnes en situation de handicap pour l'U.E.S. DARTY Paris Ile-de-France (2016-2020) ;
  - Accord DASSAULT Aviation relatif à l'emploi et au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap (2015-2017) ;
  - Accord EFS Etablissement français du sang portant sur l'emploi, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap (2015-2018) ;
  - Accord ERDF pour l'intégration professionnelle, le maintien dans l'emploi et l'évolution de carrière des personnes en situation de handicap sur la période (2013-2016) ;
  - Accord UES Euro Disney en faveur de l'emploi des salariés en situation de handicap (2014-2018) ;
  - Accord meubles IKEA France en faveur de l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (2013-2015) ;
  - Accord portant sur l'emploi des personnes en situation de handicap au sein de l'UES La Banque Postale (2014-2016) ;
  - 6<sup>ème</sup> accord en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap à La Poste (2015-2017) ;
  - Accord de branche en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap dans Les Entreprises du Médicament (2015-2019) ;
  - Accord Malakoff Méderic en faveur de l'insertion des personnes en situation de handicap et de l'égalité des droits et des chances 2012-2015 ;
  - Accord Natixis S.A. et filiales Natixis SA en France relatif à l'insertion et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés 2014-2016 ;
  - Accord ORANGE S. A. pour l'emploi et l'insertion des personnes en situation de handicap, Période 2014-2016 ;
  - Accord Groupe PSA Peugeot Citroën sur l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (2014-2016) ;
  - Accord en faveur de l'emploi des personnes handicapées dans le Groupe SAFRAN (2012-2014) ;
  - Accord SANOFI sur le maintien dans l'emploi et l'insertion des personnes en situation de handicap (2013-2016) ;
  - Accord SNCF en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés « 2015-2017) ;

- Accord relatif à l'insertion et au maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap au sein du Groupe SoLocal (2015-2017) ;
- Accord Groupe THALES en faveur des Personnes en situation de handicap (2015-2016-2017).

#### 5.2.4 Résultats de l'étude des accords collectifs concernés

De la lecture intégrale des trente accords précités, peuvent être tirés quelques constats concernant d'une part les références faites par les partenaires sociaux dans les préambules et les dispositions relatives au champ d'application, d'autre part ce que l'on peut regarder comme des indices d'intégration du « handicap psychique », implicite ou explicite, dans les normes conventionnelles.

##### 5.2.4.1 Les références des préambules et champs d'application des accords

Seule une analyse exhaustive de l'ensemble des accords agréés en cours d'application relatifs à l'emploi des personnes en situation de handicap autoriserait quelques affirmations statistiques. Néanmoins, à titre indicatif, il est permis de souligner que, sur l'échantillon des trente accords analysés, seuls six d'entre eux ne font aucune référence à la loi du 11 février 2005 dans leurs préambules ou leurs champs d'application. La grande majorité des accords analysés, soit vingt-quatre sur trente, mentionne la loi de 2005. Onze accords s'en tiennent toutefois à une référence sans autre véritable précision. Treize accords vont plus loin en citant la définition du handicap introduite par la loi de 2005 ou en mentionnant, d'une façon ou d'une autre, en préambule ou dans le champ d'application, la variable « psychique » du handicap.

###### 5.2.4.1.1 L'absence de référence à la loi du 11 février 2005

En soi l'absence de référence au cadre constitué en matière d'emploi de travailleurs handicapés par les lois du 10 juillet 1987 et du 11 février 2005 peut être simplement la marque d'entreprises importantes se référant dans le préambule de leurs accords à d'autres de leurs normes internes négociées et/ou à leur qualité (auto-déclarée) d'entreprise « socialement responsable », sans obsession particulière pour le prisme juridique franco-français. La matière se prête d'ailleurs tout particulièrement à l'affirmation d'une volonté de l'entreprise de « normer » et de se montrer socialement attentive, consciente des « difficultés humaines », *etc.* Il s'agit également d'un sujet relativement consensuel se prêtant à la valorisation du dialogue social interne, des partenaires sociaux et de divers acteurs (médecin du travail, CHSCT, salarié tuteur volontaire, *etc.*).

Toutefois, derrière le dénominateur commun de l'absence de référence à la loi de 2005, des problématiques très diverses peuvent être esquissées. Dans un premier cas de figure, cette absence de référence peut être associée à un contenu d'accord vide de toute prise en compte du « handicap psychique » (ex. Accord Carrefour ; Accord UES La Banque Postale) ou comportant au mieux quelques prévisions répondant éventuellement à des situations de « handicap psychique » ; il en va ainsi de la possibilité « *d'accompagnement par des spécialistes externes de personnes en situation psychologique fragilisée* » (Accord CofelyIneo, p. 12) ou de « *dispositif d'écoute psychologique adapté* » (Accord La Poste, p. 20, Pt III - 6.6) ou « *d'accompagnements spécifiques* » et autres « *actions de soutien aux personnes concernées par des troubles de santé chroniques souhaitant et pouvant poursuivre une activité professionnelle* » (Accord La Poste, p. 17, Pt II-5.4).

Par ailleurs, il arrive que bien que le préambule et le champ d'application ne fassent aucune référence à la loi du 11 février 2005, celle-ci soit visée dans le volet de l'accord consacré au maintien en emploi (Cf. not. Accord Dassault Aviation p. 10, Point 7 ; Accord Orange, p. 19, Chapitre 4). Cette mention ne peut ici être associée, de près ou de loin, à notre sens, à une prise en compte de la diversité des origines du handicap, encore moins à une attention particulière au « handicap psychique ». Il s'agit manifestement pour les signataires de rappeler – sans doute en vue de l'obtention de l'agrément – que l'accord se plie bien à l'obligation légale de prévisions de « mesures appropriées » à la conservation de l'emploi des personnes handicapées<sup>39</sup>.

#### 5.2.4.1.2 La référence à la loi sans mention particulière

Dans un premier cas de figure, dès le préambule les parties signataires de l'accord font mention du cadre de la réglementation « *issue de la loi du 10 juillet 1987 (...) complétée par la loi du 11 février 2005 (...)* » (ex. Accord EFS ; Accord Malakoff-Médéric ; Accord Natixis ; Accord Axa) ou constitué par « *la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » (ex. Accord Caisses régionales du Crédit agricole ; Accord Darty ; Accord Thales ; Accord Safran). On affiche alors l'état actuel de l'emploi de travailleurs handicapés dans l'entreprise, les objectifs quantifiés de l'accord, sans laisser d'indice témoignant d'un intérêt porté à la diversité des formes de handicap, encore moins au « handicap psychique ». A la référence formelle en préambule s'ajoute, dans le champ d'application, à nouveau celle faite à « *la loi du 11 février 2005* » (ex. Accord EFS, Accord Darty, Accord Thales, Accord Safran ; Accord Axa) ou aux articles pertinents du Code du travail (ex. Accord Caisses régionales du Crédit agricole ; EFS, Accord Malakoff-Médéric ;

---

<sup>39</sup> Cf. l'actuel article L. 5213-6 du Code du travail issu de la loi du 11 février 2005 « Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés, l'employeur prend, (...), les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs mentionnés aux 1° à 4° et 9° à 11° de l'article L. 5212-13 d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi ».

accord Natixis), en évitant toutefois, parfois de façon manifeste (ex. Accord Axa, p. 4, article 1)<sup>40</sup>, de citer la définition du handicap et, en tous cas, toujours sans montrer quelque attention particulière à la diversité des origines et situations de handicap. Il peut cependant arriver qu'au sein même de l'accord, soit précisé « *qu'aucune forme de handicap n'est d'emblée à exclure des processus de recrutement* » (ex. Accord Darty, pp. 5-7) ou encore mentionner un dispositif, *via* un numéro vert, d'échanges « *avec des professionnels (entre autres des psychologues externes à l'entreprise), (...) d'écoute et de réponses à des problématiques personnelles* » (Accord EFS, p. 7, Pt 2.1).

Dans un deuxième cas de figure, le préambule de l'accord rappelle parfois l'histoire et l'état de l'action de l'entreprise en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap, ou fait référence à des engagements internes très « généraux » (ex. respect de la différence, promotion de la diversité, responsabilité sociale ou sociétale de l'entreprise, ...) <sup>41</sup> ou plus précis (Charte de la Diversité, ...) <sup>42</sup>. Mais, la mention du cadre légal n'intervient que dans le champ d'application de l'accord. Ainsi, peut-il être indiqué que les bénéficiaires sont ceux « *de l'obligation d'emploi, telle que définie dans la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 pour l'emploi des travailleurs handicapés (modifiée par la loi n° 102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)* » (Accord AFPA, p. 3, art. 1) ou les « *collaborateurs reconnus handicapés définis à l'article L. 5212-13 du Code du travail entrant dans le champ d'application de la loi du 11 février 2005 et ayant fourni à l'entreprise le justificatif de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé* » (accord Banque populaire, p. 3, Pt 2.1 ; Accord Caisse d'Épargne, p. 5, Chap. 1) ou encore plus sobrement « *les salariés concernés sont ceux visés par l'article L. 5213-1 du Code du travail et par la loi du 11 février 2005* » (Accord IKEA, p. 3, art. 1)

Dans un troisième cas de figure, mention est sobrement faite dans le préambule ou dans le champ d'application de la loi du 11 février 2005. Mais la lecture de l'accord révèle une attention particulière à des situations de handicap pouvant être suscitées par une altération de la fonction psychique. On peut ainsi voir affirmé que « *les parties signataires de l'Accord tiennent à rappeler que tout poste de travail disponible est, par principe, ouvert aux personnes en situation de handicap dès lors que le candidat répond aux critères et caractéristiques requis pour occuper le poste. Il est donc ouvert à tout type de handicap, visible ou invisible* » (Accord Accenture, p. 14, Pt 2.1.1). Certes, l'invisibilité n'est pas le seul fait du « handicap psychique » mais elle en est une des caractéristiques principales... De même peut-on trouver mention, dans un plan de maintien en emploi, de « *l'accompagnement des situations de handicap*

---

<sup>40</sup> Article 1<sup>er</sup> de l'accord Axa signé à Nanterre le 15 novembre 2013 : « *Conformément aux termes de la loi du 10 juillet 1987 et de la nouvelle loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le présent accord s'applique à tous les bénéficiaires – salariés administratifs et commerciaux – dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de leurs capacités dans les conditions ci-après déterminées* » (?).

<sup>41</sup> Cf. not. Préambule de l'accord IKEA.

<sup>42</sup> Cf. not. Préambule de l'accord Banque populaire ; préambule de l'accord Caisse d'Épargne.

*survenues ou aggravées en cours de carrière* » du fait notamment d'une « maladie invalidante ou évolutive » (Accord Accenture, p. 22, section 3) ou, toujours au titre du maintien en emploi, de la prise en compte nécessaire des « maladies chroniques invalidantes » (Accord SNCF, p. 11, Art. 3.2.2). Outre que le « trouble de la santé invalidant » est visé par la définition du handicap donnée par la loi du 12 juillet 2005, on sait qu'il peut être associé à l'idée de polyhandicap, et donc éventuellement à une altération de la fonction psychique.

#### 5.2.4.1.3 La référence à la loi de 2005 avec indication de la variable psychique

Un certain nombre des accords collectifs analysés ont en commun de faire référence à la loi du 11 février 2005 en préambule ou dans l'indication de leur champ d'application mais en citant expressément la définition légale du « handicap » et/ou celle du « travailleur handicapé » qui font apparaître le terme « psychique ». Cependant, pour un premier groupe d'accords cette référence semble « sans conséquence », au mieux ces accords mentionnent la diversité des situations et origines du handicap, certaines de leurs dispositions pouvant, de ce fait, intéresser une situation de « handicap physique ». En revanche, pour un second groupe d'accord, la mention liminaire du terme « psychique » connaît un écho dans le contenu même de l'accord ; celui-ci comprend des dispositions visant explicitement le « handicap psychique », témoignant d'une « référence conséquente » des partenaires sociaux.

##### 5.2.4.1.3.1 Une référence sans conséquence

Un ensemble d'accords collectifs opère une « référence sans conséquence ». On relève dans cette logique divers cas de figure textuelle. Tout d'abord, si le préambule de l'accord ne fait aucun renvoi particulier à la loi du 11 février 2005, en s'en tenant par exemple à louer la qualité « socialement responsable et citoyenne » de l'entreprise (ex. Accord Euro Disney), son champ d'application cite expressément la définition légale « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (ex. Accord Euro Disney, Accord Les Entreprises du Médicament). Par ailleurs, un accord peut, dans son préambule, préciser qu'il « *s'inscrit dans le cadre de la loi n° 87-157 du 10 juillet 1987 modifiée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation, et la citoyenneté des personnes handicapées et les textes qui en découlent* » (ex. Accord ERDF), voire rappeler que « *le principe d'accessibilité pour tous (à l'emploi), quel que soit le handicap, est inscrit dans la loi de février 2005* » (Accord ERDF), être suivi, dans son champ d'application, de la citation expresse de la définition du handicap issue de la loi de 2005 (Accord ERDF). Mais, dans les deux cas de figure, une fois indiquée la possible altération de la fonction psychique, le reste de l'accord

ne témoigne d'aucune attention particulière à la spécificité de la situation de handicap qui en découle (Cf. not. Accord ERDF ; Accord Euro Disney ; Accord Les Entreprises du Médicament).

De façon relativement proche, certains accords peuvent, dans leur préambule, mentionner la loi du 11 février 2005 et, sur la lancée, afficher parmi leurs objectifs : « *la poursuite de l'insertion de salariés handicapés, quelle que soit la nature du handicap (physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique, polyhandicap ou de trouble de santé invalidant) sur l'ensemble des postes à pourvoir dans le Groupe (...)* » (ex. Accord Sanofi), ou bien souligner que l'accord « *a permis également de tenir compte des dispositions de la loi du 11 février 2005 (...) qui a modifié la définition du handicap* », laquelle est alors citée (ex. Accord Groupe PSA Peugeot Citroën) ou reprise dans le champ d'application (Accord Groupe Crédit agricole SA, p. 5, II). Mais, par la suite, ces accords ne contiennent au mieux que quelques dispositions pouvant faire songer à la variable psychique, ainsi par exemple de la mention de la « *diversité de nature du handicap* » (Accord Sanofi, p. 9, Pt. 3.6), de « *la multiplicité des types de handicap et (de) la diversité de leurs origines* » (Accord Groupe Crédit agricole SA, p. 5, II), de l'importance de la sensibilisation « *aux différents types de handicap* » (Accord Groupe PSA Peugeot Citroën, p. 6) ou de la prévision « *d'aides ponctuelles liées à un épisode de crise dans le cadre d'une pathologie évolutive* » (Accord Sanofi, p. 9, Pt. 3.6), de formations particulières des tuteurs, y compris à « *l'approche psychologique* » (Accord Groupe PSA Peugeot Citroën, p. 16), voire d'« *accompagnements personnalisés par des spécialistes externes pour les personnes en situation psychologique fragilisée (reconnues comme étant en situation de handicap* » (Accord Groupe Crédit agricole SA, p. 13, Pt. 4.2.4), ou encore d'actions de sensibilisation « *aussi bien au handicap visible qu'au handicap invisible* » (Accord Groupe Crédit agricole SA, p. 17, Pt. 5.2). Dans la brume de ce type de production, le « handicap psychique » demeure conventionnellement invisible.

De façon sensiblement équivalente, un accord peut disposer d'un préambule débutant, quasi emblématiquement, par la définition légale du handicap codifiée à l'article 114 du Code de l'action sociale et de la famille ainsi que par le rappel de l'article L. 5213-1 du Code du travail : « *est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions psychiques, sensorielles, mentales ou psychique* ». Mais, le contenu de l'accord ne fait apparaître que des opportunités de prise en compte du « handicap psychique », sans que cette spécificité de handicap ne soit jamais citée, ainsi par exemple des possibilités de « *parrain formé au handicap* », de modulation d'horaires « *prenant en compte le caractère discontinu de la capacité de travail de certains salariés handicapés* », d'aménagement de la charge de travail, d'aménagements au regard « *de la fatigabilité et de recours à des soins* », de sensibilisation des salariés aux « *différents types de handicap* » (Accord SoLocal, p. 12, 13, 17, 26).

#### 5.2.4.1.3.2 Une mention conséquente

Tout en variant fortement, le mode de référence liminaire au « handicap psychique » d'un certain nombre d'accords peut lui-même exprimer une forme de sensibilisation des partenaires sociaux ; toutefois, le dénominateur commun de ces accords est bien de voir la reconnaissance littérale de la variable psychique s'accompagner d'un ciblage explicite du « handicap psychique » par diverses de leurs dispositions.

Les préambules de cet ensemble d'accords collectifs se réfèrent souvent sobrement au cadre juridique national, par exemple en rappelant les « *exigences de la loi du 11 février 2005* » (Accord Air France), en mentionnant quelquefois également la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000 (Accord Croix-Rouge française FEHAP, Accord SNCF). Le préambule peut aussi être l'occasion de faire apparaître la variable « psychique » en soulignant le contexte professionnel de l'accord ; ainsi peut-on rappeler que : « *selon les données de l'Observatoire de branche, les emplois de la branche subissent une forte exposition aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, couplée avec l'âge relativement élevé des salariés, et particulièrement ceux reconnus handicapés, la question de la fin de carrière est primordiale. L'anticipation des parcours, la réflexion sur la mobilité et les politiques de reclassement, notamment pour les métiers physiquement et psychologiquement exigeants, sont des enjeux de la branche* » (Accord Croix-Rouge française FEHAP).

Le plus souvent ces accords citent dans leurs champs d'application la définition du handicap: « *Selon la loi, constitue un handicap un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (Accord SNCF, p. 3, art. 1.3 ; Accord Air France, p. 6, Pt. 2). Il arrive que l'accord en fasse un commentaire : « *Cette définition traduit la multiplicité des handicaps (légers ou lourds, visibles ou non...) et la diversité de leurs origines. Elle montre que chaque situation de handicap appelle une analyse et une solution spécifique et individuelle* » (Accord SNCF, p. 3, art. 1.3). Ce groupe d'accords collectifs affirme effectivement, de façon claire, la diversité des handicaps pris en compte par l'entreprise ; ainsi est-il généralement affirmé que « *les recrutements portent sur toutes les catégories d'emploi, de collègues et de niveaux de formation ainsi que sur tous les types de handicap* » (Accord SNCF, p. 5, art. 3.1), ou bien que la sensibilisation porte tant sur « *la multiplicité des formes de handicap* » que sur « *la singularité de chacune d'elles* » (Accord Air France, p. 20, Pt. 7.2).

Mais, la caractéristique majeure de ces accords est de contenir des dispositions mentionnant expressément le « handicap psychique » ; ainsi peut-il être précisé que sera organisé une « *formation sur*



*le handicap psychique et/ou mental* » (Accord SNCF, p. 23, art. 3.6.1), une « *formation présentielle sur le handicap psychique à destination de l'intégralité des acteurs* », des actions de partenariat « *en vue d'améliorer la connaissance et la détection du handicap psychique* » (Accord Air France, p. 21, Pt. 7.3), ou bien encore que l'on entend agir à la fois dans le sens de la prévention du risque de « *développer un handicap physique ou psychique* », et dans celui de l'intégration des « *handicapés psychiques* » (Accord Croix-Rouge française FEHAP, p. 16, art. 16.1 et 16.2). Il y a là plus que des indices d'intégration par les négociateurs sociaux de la spécificité de la situation de handicap due à une altération d'une fonction psychique. Ce sont ces « indices », implicites ou explicites, dont il convient d'approfondir le repérage dans les normes conventionnelles.

#### **5.2.4.2 Les indices d'intégration conventionnelle du « handicap psychique »**

La lecture de trente accords d'entreprise, de groupe ou de branche professionnelle en faveur de l'emploi de personnes en situation de handicap révèle de la part des partenaires sociaux soit la mise en œuvre d'opportunités de prise en compte d'une situation de « handicap psychique », soit la prise en considération explicite de la spécificité du « handicap psychique ».

##### **5.2.4.2.1 La prise en compte potentielle de situations de « handicap psychique »**

La prise en compte potentielle de situations de « handicap psychique » transparaît dans des dispositions conventionnelles rappelant un contexte favorable à la survenance de ce type de handicap, mettant en œuvre un dispositif de détection préventive, prévoyant des modalités particulières de recrutement ou de maintien en emploi, des mesures de compensation ne visant pas que le « handicap physique ou sensoriel », des possibilités d'accompagnement personnalisé ou encore une sensibilisation et une formation à la diversité des formes de handicap.

###### ***5.2.4.2.1.1 Le rappel d'un contexte favorable à la survenance d'un « handicap psychique »***

L'objectif de maintien en emploi de personnes en situation de handicap est affiché comme « essentiel », « prépondérant », ... par la très grande majorité des accords collectifs étudiés. Ceci peut évidemment être expliqué par l'existence d'une obligation de négocier des partenaires sociaux sur ce point<sup>43</sup> et par celle, plus récente, de mise en œuvre d'un plan de maintien dans l'entreprise au même titre que doit être mentionné un plan d'embauche dans le cadre de tout accord agréé au regard de l'obligation

---

<sup>43</sup> Cf. not. Articles 25 et 27 de la loi du 11 juillet 2005.

d'emploi de travailleurs handicapés<sup>44</sup>. Mais, il arrive que des accords lient expressément le souci de maintien en emploi de personnes en situation de handicap au contexte particulier de l'entreprise qu'il s'agisse de son type d'activité et/ou de la démographie de ses effectifs. Ainsi peut-il être affirmé que « *dans un contexte de recul de l'âge de départ à la retraite et d'augmentation du taux de travailleurs en situation de handicap, les actions en faveur du maintien en emploi seront encore renforcées* » (Accord Banque populaire, p. 3 Pt 3). L'augmentation attendue du taux de travailleurs handicapés n'est d'évidence pas associée à un objectif particulier de recrutements ou à une prise d'acte d'une croissance de la réalisation des risques pour la sécurité et la santé physique des travailleurs. C'est implicitement l'usure mentale, la diminution ou l'altération des capacités psychiques des travailleurs de l'entreprise qui apparaît alors source d'inquiétudes et de mobilisation des partenaires sociaux.

#### ***5.2.4.2.1.2 La mise en œuvre d'une détection préventive des situations de handicap***

Dans un certain nombre d'accords collectifs, on retrouve l'objectif de « suivi des salariés en arrêt de travail de plus de trois mois ou en arrêts fréquents ». Il peut ainsi être prévu que : « *Dans le cadre de la prévention des situations à risque d'inaptitude professionnelle et pour préparer le retour dans l'emploi, les personnes en situation de handicap en arrêt de travail de plus de 3 mois font l'objet d'un suivi spécifique conduit par le référent handicap ou le gestionnaire R.H., en étroite collaboration avec le médecin du travail. Dès lors que le salarié fait part à l'entreprise qu'il envisage, au terme de son arrêt de travail, de reprendre son activité professionnelle, celle-ci lui indique la possibilité et l'intérêt pour lui de solliciter une visite de pré-reprise avec le médecin du travail. Il s'agit d'anticiper les situations d'inaptitude professionnelle et d'étudier le plus en amont possible les mesures visant à faciliter le retour dans l'emploi. Une attention particulière est également portée à l'égard des personnes en situation de handicap concernées par des arrêts de travail fréquents de courte durée afin d'envisager un accompagnement spécifique* » (Accord Banque populaire, p. 4, Pt 3.1.A ; voir également : Accord Caisse d'Epargne, p. 7 ; Accord Natixis, p. 5 ; Accord Malakoff-Médéric, p. 8 ; Accord SoLocal, p. 15). Bien qu'aucun type d'origine de la situation de handicap pouvant survenir, existant ou évoluant, ne soit ici « ciblé », il est patent que ce genre de dispositif peut, par exemple, concerner des « états dépressifs ».

Ce « souci de détection » s'exprime également dans des dispositions conventionnelles affirmant que « *les risques de déclaration d'inaptitude au travail par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou non, sont un aspect important relevant de l'emploi des travailleurs handicapés* » (Accord Darty, p. 15, section 3). Du côté employeur, l'idée qu'on dispose de fait dans l'entreprise d'un « stock » de travailleurs handicapés « non déclarés » n'est pas nouvelle. Pareil *a priori* apparaît

---

<sup>44</sup> Cf. Décret n° 2014-1386 du 20 novembre 2014 relatif à la mise en œuvre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés par l'application d'un accord mentionné à l'article L. 5212-8 du Code du travail (JORF n° 0270 du 22 novembre 2014).

cependant renforcé par le développement des « risques psychosociaux », le vieillissement en emploi lié au report des départs en retraite, les difficultés de gestion des fins de carrière, ... Tout cela peut donner lieu ou, en tous cas, favoriser une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions psychiques. Un certain nombre de dispositifs conventionnels de « détection » témoignent ainsi d'une mobilisation de l'entreprise pour optimiser au mieux ses obligations (notamment de reclassement) en organisant un maintien en emploi des salariés concernés en tant que « travailleurs handicapés ».

On rapprochera de cette dynamique l'insistance mise par les accords à faire connaître « en interne » le statut de « travailleurs handicapés », à aider par un soutien personnel et/ou l'attribution de jours de congés exceptionnels, par exemple, aux formalités de reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés (ex. Accord Caisse d'Epargne, p. 7 ; Accord Euro-Disney, p. 9 ; Accord Safran, p. 12 ; Accord SoLocal, p. 9 ; Accord Thales, p. 6). Tout en notant le rappel, par certains accords, du caractère individuel, volontaire et confidentiel de la démarche (ex. Accord SNCF, p. 13, Art. 3.2.4), il arrive qu'on aille jusqu'à intituler une disposition de l'accord : « *facilitation de la reconnaissance handicap* » (Accord Croix-Rouge FEHAP, p. 8, art. 7.1 ; voir également : Accord PSA Peugeot Citroën, p. 13, Art. 3.2). Sans parler de « chasse aux TH non déclarés », la recherche d'un gonflement sensible de cette catégorie dans l'entreprise se fait aujourd'hui très active... Les origines psychiques de la situation de handicap constituent indiscutablement un « vivier d'avenir », en tous cas beaucoup plus important que les survenances ou prises en compte d'altérations des fonctions physiques ou mentales<sup>45</sup>.

Le « suivi en amont » peut se faire lui-même moins objectif et plus proche d'un suivi comportemental lorsqu'il est prévu qu'une « *attention particulière est portée au risque de désadaptation et de désinsertion des salariés, qu'ils soient reconnus handicapés ou qu'ils deviennent handicapés en cours de carrière ou encore lorsque le handicap s'aggrave* », et que « *l'ensemble des acteurs est susceptible de signaler des difficultés d'un salarié en situation de handicap : la médecine du travail, le management, le référent PH, les équipes RH, les élus du personnel. Ils informent le référent PH de la région concernée et/ou le DRH DS régional. Les référents suivent systématiquement les situations de restrictions d'aptitude, susceptibles d'évoluer vers une situation de handicap* » (Cf. Accord AFPA, p. 10 ; articles 10 et 11).

#### ***5.2.4.2.1.3 L'indication de modalités contractuelles de recrutement ou de maintien en emploi***

Les accords collectifs sont d'évidence marqués par l'idée, au moins partagée par les organisations syndicales, de la supériorité d'une embauche dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée (CDI).

---

<sup>45</sup> Certains souligneront que les définitions du « handicap » et du « travailleur handicapé » donnés par la loi du 11 février 2005 emportent donc reconnaissance d'un plus grand nombre de travailleurs handicapés...

L'affichage dans les accords collectifs d'objectifs quantifiés d'emploi de travailleurs handicapés se réfère souvent à une diversité de formes contractuelles, tout en indiquant la préférence donnée au CDI (ex. Accord Croix-Rouge FEHAP, p. 5, art. 2 ; Accord IKEA, p. 8 ; Accord Malakoff-Médéric, p. 4) ou à un nombre minimum de CDI (ex. Accord AFPA, p. 8, Accord Caisse d'Épargne, p. 11 ; Accord Groupe Crédit agricole SA, p. 7 ; Accord Safran, p. 6 ; Accord Thales, p. 7) et/ou à une durée minimale des contrats à durée déterminée (ex. Accord Caisse d'Épargne, p. 11 ; (Accord Groupe Crédit agricole SA, p. 5) ; Accord Darty, p. 9 ; Accord Les Entreprises du Médicament, p. 6 ; Accord Safran, p. 6 ; Accord Thales, p.7.). On peut regretter que tout ceci soit fait le plus souvent sans référence à la nature du handicap et à la pertinence, au regard de ce dernier, de la formule contractuelle privilégiée<sup>46</sup>. Éventuellement, il est précisé que « *les parties conviennent de l'intérêt d'une politique de recrutement diversifiée en termes de contrats et de types de profil* » (Accord Caisse d'Épargne, p. 11, Pt 5.4). La mention des « types de profil » est-elle synonyme de types de handicap et d'origine de ce dernier ? Il arrive cependant qu'il soit précisé que « *Les contrats conclus avec des personnes en situation de handicap sont établis à temps plein ou à temps partiel pour tenir compte de leurs restrictions à l'emploi et notamment dans certains cas, de leur niveau de fatigabilité ou de leurs contraintes de soins* » (ex. accord Banque populaire, p. 12, Pt 6.1.A).

Par ailleurs, de nombreux accords indiquent accorder « *une importance particulière à l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap par le biais de la formation en alternance* » (ex. Accord Groupe Crédit agricole SA, p. 9, Pt. 3.3 ; Accord Natixis, p. 12, Pt 2.1.3). L'alternance (contrat de professionnalisation et d'apprentissage) contribuerait « *à l'amélioration du niveau de formation* » et serait « *une voie privilégiée pour familiariser (...) avec l'entreprise et préparer la voie vers une éventuelle embauche (...)* » (Accord Natixis, *Idem*). Pour d'autres, la présence dans l'entreprise de jeunes travailleurs handicapés en alternance a l'intérêt de « *sensibiliser les équipes à la question du handicap* » (ex. Accord Euro Disney, p. 5, article 8). Bien que le thème de l'alternance soit abordé dans une majorité des accords étudiés, aucun d'entre eux n'envisage ces formules contractuelles sous l'angle de leur pertinence toute particulière vis-à-vis de travailleurs en situation de handicap dû à une altération de leurs fonctions psychiques.

A propos de formules contractuelles adaptées au handicap, il est toutefois possible de mentionner l'indication conventionnelle qu'en « *complément des dispositifs courants d'accès à la formation* », des salariés handicapés peuvent bénéficier d'un « *contrat de rééducation professionnelle qui peut être mise*

---

<sup>46</sup> « *Off* » certaines partenaires sociaux, y compris responsables syndicaux nationaux, reconnaissent une forme de conflit de logiques entre d'une part le fait de regarder le CDI comme le contrat souhaitable pour tout travailleur et, d'autre part, l'absence de formules contractuelles en droit du travail adaptées aux situations de handicap psychique ; ces dernières appelleraient des formules courtes, souples, intermittentes. Peut-on en revendiquer le développement pour faciliter l'insertion ou le maintien en emploi des personnes handicapées « psychiques », sans prendre le risque d'en légitimer le développement général au sein du monde du travail ?

*en place après un long arrêt de travail, et permet ainsi une réinsertion en douceur du salarié. (...) Ce dispositif permet au salarié bénéficiaire de l'accord, à l'issue d'un arrêt maladie, accident du travail ou maladie professionnelle, de reprendre progressivement une activité professionnelle, soit sur son ancien poste, soit sur un autre poste dans son site. Ce contrat a pour objectif de faciliter le maintien dans l'entreprise du travailleur handicapé par la réaccoutumance à l'exercice de son ancien métier, par l'apprentissage d'un nouveau métier, ou par l'aménagement du poste de travail. Ce contrat est conclu entre la CPAM, l'employeur et le salarié pour une durée de 3 mois à 1 an » (Accord PSA Peugeot Citroën, p. 11, Pt. 3.1.4). En réalité, les partenaires sociaux font ici œuvre pédagogique puisque ce type de contrat s'adresse à toute personne reconnue travailleur handicapé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui, à la suite d'une maladie invalidante, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, a perdu la possibilité d'exercer son emploi. Un tel contrat peut être mis en place à l'issue d'une reprise du travail à temps partiel dans un but thérapeutique. Il peut être conclu avec son ancien employeur comme avec un nouvel employeur<sup>47</sup>. Sans que cela soit patent, il est permis d'envisager des hypothèses dans lesquelles un travailleur handicapé « psychique » puisse bénéficier d'un « contrat de rééducation professionnelle en entreprise ».*

#### ***5.2.4.2.1.4 L'instauration de mesures de compensation adaptées à divers types de handicap***

Les mesures de compensation du handicap envisagées dans les accords collectifs demeurent très souvent « référées » à une altération des fonctions physiques et/ou sensorielles. Un exemple de cette « tradition » ancrée sans doute dans les premiers temps du droit de l'emploi des personnes handicapées - les « Gueules cassées » de la « Grande Guerre » ! - peut être trouvé dans l'annexe 1 de l'accord SNCF intitulée « Aides à la compensation du handicap en situation de travail ». Sont proposées : prothèses auditives, matériels pour déficients visuels, paire de lunettes de vue « spécifique », aides à la communication interface, interprètes, Aides techniques, aménagement de poste, aide au transport adapté, aménagement de véhicule de service (transport domicile-travail), aménagement de véhicule personnel de l'agent, accessibilités des sanitaires, télétravail, aide animale, étude ergonomique, accessibilité des locaux communs, doublement de l'alarme incendie, fauteuil roulant manuel ou électrique, ... et il est vrai : « tutorat spécifique » ! (Cf. Accord SNCF, annexe 1, p. 29 et s. ; voir également : Accord Caisses régionales du Crédit agricole p. 7, Pt. 7.1 ; Accord EFS, p. 19, Accord Les Entreprises du Médicament, p. 10/11).

Au regard d'une telle focalisation sur le handicap physique ou sensoriel, on peut estimer que certaines dispositions conventionnelles trahissent une prise en compte de la diversité d'origine de la situation de

---

<sup>47</sup> Cf. not. <http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/contrats-et-carriere/travailleurs-en-situation-d-handicap/article/handicap-le-contrat-de-reeducation-professionnelle>

handicap et donc, au moins potentiellement, de la spécificité du « handicap psychique ». On retrouve à ce titre, de façon assez générale, la mention des possibilités d'aménagement d'horaires individualisés prévues à l'article L. 3122-26 du Code du travail (ex. Accord Air France, p. 15 ; Accord Banque de France, p. 11 ; Accord EFS, p. 19 ; Accord Euro Disney, p. 7, Art. 12 ; Accord Natixis, p. 4 ; Accord PSA Peugeot Citroën, p. 17 ; Accord Safran, p. 12). De façon plus originale, il peut être prévu une « *autorisation de modulation d'horaire pouvant prendre en compte le caractère discontinu de la capacité de travail de certain salariés handicapés* » (Accord Solocal, p. 16, Pt. 3.2.2). On rencontre également les prévisions de possibilités « *d'organisation du travail, voire du contenu du poste de travail si nécessaire* » (ex. accord Banque populaire, p. 5, Pt 3.2), d'adaptation des postes, « *des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale* » (Accord Safran, p. 14)<sup>48</sup>, d'aménagement et de recherche de compatibilité de l'organisation du travail, des horaires, du rythme, de l'intensité et de la charge de travail « *avec les situations spécifiques* » (Accord Sanofi, p. 8, Pt. 3.3), d'intégration à temps partiel (ex. Accord Banque de France, p. 11), de « *mise en place de temps partiel* » (ex. accord Banque populaire, p. 5, Pt 3.2), ou encore de réduction du temps de travail sous condition d'âge et d'ancienneté avec compensation partielle de la perte de rémunération (ex. Accord EFS, p. 19 ; Accord Euro Disney, p. 12, art. 25 bis).

Dans le même sens, il peut être prévu « *un abaissement d'OMP (obligations minima de production) de 20%* » durant un an renouvelable pour des personnels commerciaux handicapés d'au moins 55 ans ayant une affection de longue durée (ALD) avec maintien des éléments fixes de la rémunération et compensation de l'abaissement de 20% par la mission Handicap (Accord Axa, p. 13). Dans la perspective plus nette d'organisation d'une transition vers la retraite, il peut être précisé qu'afin « *de permettre un maintien dans l'emploi jusqu'à la fin de la vie professionnelle aux salariés administratifs ayant une ALD et bénéficiaires d'un justificatif loi du 10 juillet 1987 et loi du 11 février 2005, qui rencontreraient des difficultés en lien avec leur handicap dans la gestion de leur vie professionnelle, il pourra leur être proposé un accès aménagé au dispositif conventionnel (...) de transition entre activité et retraite à durée déterminée* » (Accord Axa, p. 13). Ce type de dispositif lié à une affection de longue durée peut intéresser l'hypothèse d'un « handicap psychique », dès lors que parmi les trente ALD, listées à l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, sont citées les « *affections psychiatriques de longue durée* ».

On trouve, par ailleurs, dans un certain nombre d'accords, la mention « générique » de la possibilité d'« *aides à la personne dans l'entreprise (...) et de toute autre mesure qui se révélerait équitable et nécessaire* » (Accord Natixis, p. 4), ou encore de « *favoriser des modalités de travail adaptées au salarié handicapé et à son handicap* » (Accord Caisses régionales du Crédit agricole, p. 8, Pt. 5.2.3). Pareilles dispositions « fourre-tout » n'excluent évidemment pas le soutien d'une personne en situation de

---

<sup>48</sup> Nulle innovation conventionnelle ici ; il s'agit en fait d'un renvoi à l'article R. 4623-1 du Code du travail concernant les attributions du médecin du travail en tant que conseiller des acteurs de l'entreprise...

« handicap psychique ». On relèvera toutefois un autre type de clause précisant que « *ces aides ne peuvent concerner que des équipements ou prestations concernant la vie professionnelle du travailleur (...)* » (ex. Accord Caisse d'Épargne, p. 9, Pt. 3.1). Il n'est pas sûr que cette délimitation soit vraiment pertinente dans l'hypothèse de handicap dû à une altération des fonctions psychiques...

Enfin, la mise en place de mesures de compensation du handicap est associée dans un certain nombre d'accords à la prévision d'appel à des partenaires extérieurs. Il arrive que l'accord charge explicitement la « Mission handicap » de l'entreprise de « référencer » ces prestataires (ex. accord Banque populaire, p. 6, Pt 3.2). Rarement l'accord les mentionne. Lorsque c'est le cas, il y a là un indicateur très « parlant » de la volonté de prendre en charge diverses situations de handicap, et notamment celles d'origine psychique<sup>49</sup>, même si l'on se réfère parfois alors à des « structures » dites de « *santé mentale* », ainsi des exemples de « *SOTRES, ESAT Bastille, Club House Paris* » (Accord Thales, p. 18)<sup>50</sup>.

#### 5.2.4.2.1.5 *La possibilité d'un accompagnement « personnalisé » du travailleur handicapé*

De façon générale, les accords collectifs prévoient un accompagnement de l'intégration de la personne en situation de handicap. On note également ici la marque du « handicap physique » au travers des invocations récurrentes des possibilités d'aménagement du poste de travail et de son accessibilité, du recours possible à un ergonome, *etc.* (ex. Accord Les Entreprises du Médicament, p. 9, Pt. 4). L'accompagnement se traduit toutefois aujourd'hui très souvent dans les accords par une préparation du collectif de travail accueillant le travailleur handicapé et/ou de la hiérarchie de proximité ainsi que par la mise en place d'un tutorat individualisé.

Dans un certain nombre d'accord, seule est prévue la possibilité de « *mise en œuvre d'un suivi et d'un conseil individualisé assuré par le référent handicap de l'entreprise et/ou un collègue de travail sensibilisé à l'accueil et l'insertion de personnes en situation de handicap (accompagnant)* », voire le

---

<sup>49</sup> Il en va notamment ainsi en cas par exemple de référence à l'association Messidor dont le site web indique qu'elle « insère en emploi depuis 40 ans des personnes souffrant de troubles psychiques en leur offrant un parcours de transition avec un vrai travail rémunéré. Les personnes choisissent des activités de service au contact de la clientèle dans des établissements de transition (ESAT ou EA) ou directement en entreprise avec le job coaching (emploi accompagné). Messidor met aujourd'hui, à disposition des gestionnaires d'établissements une franchise sociale destinée à essaimer le concept dans toute la France » (<http://www.messidor.asso.fr>). Pareille référence nous a été citée lors d'entretiens à la Direccte Ile-de-France. Elle n'apparaît pas dans l'échantillon d'accords analysés.

<sup>50</sup> SOTRES est un établissement de réinsertion professionnelle pour personnes en situation de handicap due à des troubles psychiques passés (<http://www.sotres.org/entreprise-adaptee>); ESAT Bastille est un établissement médico-social qui accueille des personnes en situation de handicap psychique. Cet établissement a pour visée de promouvoir et de soutenir des projets d'intégration sociale et professionnelle par l'exercice d'un travail réel, en référence à un métier (<http://www.cat-bastille.fr>); ClubHouse France se définit comme « un chaînon manquant entre le suivi médical et une vie active pour les hommes et les femmes fragilisés par des troubles mentaux (tels que la bipolarité, la schizophrénie et la dépression sévère) » (<http://www.clubhousefrance.org/clubhouse-paris>), c'est-à-dire comme ce qu'un acteur institutionnel tel que l'Unafam regarde comme « troubles psychiques »...

« soutien d'un partenaire extérieur spécialiste de l'intégration de personnes en situation de handicap ». On s'engage alors « a minima » : « Ces moyens seront, dans la mesure du possible et si cela est adapté à la situation, déployés en amont de l'arrivée du collaborateur. L'entreprise veillera notamment à informer au préalable l'équipe accueillante de l'arrivée d'une personne en situation de handicap, sous réserve de la préservation de l'anonymat lorsque celui-ci est souhaité » (ex. accord Banque populaire, p. 14, Pt 6.2).

Dans le même sens, certains accords organisent, comme on l'a indiqué, un accompagnement spécifique de l'encadrement et des équipes accueillant le travailleur handicapé. Cet accompagnement a pour objectif, notamment, « de développer une bonne compréhension du handicap et des restrictions à l'emploi qui y sont associées ; de favoriser l'établissement de relations durables en réduisant les préjugés et en neutralisant les craintes qui pourraient exister ; de préparer l'encadrement à des situations d'intégration complexes » (Accord EFS, p. 14, Pt 3.2.1). Le plus souvent sont mentionnées des formations à destination des gestionnaires « RH », des managers, des représentants du personnel (ex. Accord Caisse d'Épargne, p. 14, Pt. 6.3 ; Accord Caisses régionales du Crédit agricole, p. 6, Pt. 4.1). Il peut également être prévu « l'intervention d'un organisme extérieur afin de sensibiliser et former l'équipe de travail et le manager à un type de handicap spécifique et aux modes de communication qu'il implique » (Accord Sanofi, p. 7, Pt. 3.1.2 ; Accord Euro Disney, p. 6, Art. 9 ; voir également Accord Air France, p. 15, Pt. 5.7). A propos de ce dernier type de « sensibilisation », des accords peuvent se montrer plus précis que d'autres ; ainsi peut-il être indiqué qu'une « sensibilisation avec l'équipe de travail est organisée chaque fois qu'elle est nécessaire et avec l'accord de la personne concernée. Cette sensibilisation porte sur les conséquences du handicap de cette personne et permet un échange sur les représentations et préjugés associés au handicap (...) ». Toutefois, « le handicap d'un collaborateur n'a pas à être communiqué aux autres salariés si cela n'est pas clairement souhaité (notamment si le handicap n'est pas visible) par le collaborateur concerné. Ainsi, le manager se doit d'assurer une totale confidentialité sur cette situation et agir avec discrétion à l'aménagement éventuel du poste » (Accord Air France, p. 13, Pt. 5.1). Il paraît évident que ce type de prévision, tout en ne visant pas explicitement le seul « handicap psychique », peut s'avérer singulièrement pertinente.

D'autres accords apparaissent plus engagés dans la mise en place de « tuteurs », dénommés parfois – de façon paternaliste ? – « parrains » et « marraines » (ex. Accords Euro Disney, p. 6, Solocal, p. 11). Ainsi peut-il être prévu que « dès leur arrivée, les Travailleurs Handicapés seront accompagnés – s'ils le souhaitent – par des salariés du Groupe Accenture France. Un tuteur sera désigné dans l'équipe pour faciliter quotidiennement l'intégration professionnelle du salarié en situation de handicap. Ce tuteur facilitera les démarches au moment de l'accueil mais constituera également un appui tout au cours des relations de travail du Travailleur Handicapé. Il relayera les informations utiles aux autres acteurs avec lesquels il sera amené à interagir. Le tuteur n'aura pas de lien hiérarchique avec le Travailleur



*handicapé* » (Accord Accenture France, p. 21, 2.2.1). Certes, le dispositif peut sembler très général ; mais, le fait qu'il soit prévu (le plus souvent) une formation du tuteur plaide, si celle-ci est sérieuse, pour une possibilité de prise en compte de la spécificité de la situation de handicap à accompagner, et donc éventuellement d'un handicap dû à une altération des fonctions psychiques.

La mise en place d'un tutorat apparaît soit éventuelle (ex. Accord Euro Disney, p.6, art. 9 ; Accord Sanofi, p. 11, art. 7), soit systématique, sa prévision étant associée parfois au rappel de la nécessité d'un accord de la personne concernée. Le tutorat semble parfois plus associé à l'intégration qu'au maintien en emploi. Il peut arriver qu'il vise particulièrement « *l'insertion des alternants handicapés* » (ex. Accord Safran, p. 8, Pt 6.1) ou qu'il participe clairement d'« *un parcours d'intégration adapté au handicap* » (ex. Accord Caisse d'Epargne, p. 13, Pt 6.1 ; Accord Croix-Rouge FEHAP, p. 8, art. 7.2). Cependant, de nombreux accords envisagent un tutorat aussi bien lors d'une intégration que d'un retour en emploi (ex. Accord Groupe Crédit agricole SA, p. 12, Pt. 4.2.1). Certains distinguent « *tutorat d'intégration* » incarné par une personne « *servant de référent, si nécessaire, pour informer, soutenir tout au long de la phase d'intégration* » et « *tutorat de maintien en emploi* » ou « *tutorat renforcé* », demandé par le médecin de santé au travail pour certains salariés handicapés et pouvant, notamment, « *se traduire par l'aide d'un salarié volontaire* » (Accord Thales, p. 10 et 14). Ces deux formules peuvent, d'évidence, permettre l'accompagnement de diverses formes de handicap, et donc de celui d'origine psychique.

#### ***5.2.4.2.1.6 La sensibilisation et la formation à la diversité des situations de handicap***

De très nombreux accords disposent sur la sensibilisation et la formation « sur le handicap » des acteurs internes à l'entreprise qu'il s'agisse de la « filière RH », des « managers », des institutions représentatives du personnel, des services de santé au travail, des « référents handicap », etc. Les objectifs le plus souvent rappelés sont de « *faire évoluer le regard porté sur les personnes en situation de handicap et l'emploi de celles-ci* » (ex. accord Banque populaire, p. 17, Pt 8) ou, plus radicalement, de « *faire disparaître les réticences et préjugés qui existent encore, en vue de favoriser l'intégration de tous* » (Accord Air France, p. 20, Pt. 7.2), ou encore d'intégrer le fait qu'une « *insertion durable suppose (...) une mobilisation de tous les acteurs* », et donc une sensibilisation voire des formations (Accord Croix-Rouge FEHAP, p. 7, art. 7.1). On s'en tient toutefois, le plus souvent, à un haut niveau de généralité, tout en visant une diversité de situation de handicap. A titre indicatif, il peut ainsi être retenu comme axes prioritaires de sensibilisation, le fait de « *favoriser la perception puis la prise en compte tant de la multiplicité des formes de handicap que de la singularité de chacune d'elles* » et de lutter « *contre toutes les représentations erronées, les stéréotypes et les préjugés sur le handicap en faisant connaître des expériences réussies dans l'entreprise et ailleurs* » (Accord Air France, p. 20, Pt. 7.2).

On notera par ailleurs que, dans le cadre de la gestion des carrières, il est assez souvent recommandé, par exemple « *aux managers de porter une attention particulière à la préparation et au déroulement des entretiens d'appréciation afin de tenir compte de la situation de handicap, si cette dernière peut avoir des conséquences sur les compétences requises ou la définition et le niveau d'attente des objectifs attendus* » (Accord Natixis, p. 9, Pt 1.6), ou encore « *qu'en fonction de la nature de son handicap un agent se présentant à un examen (bénéficiaire), sur préconisations du médecin du travail de modalités adaptées* » (ex. Accord SNCF, p. 17, art. 3.3.6)

#### 5.2.4.2.2 La prise en considération explicite de la spécificité du « handicap psychique »

Une prise en compte explicite du « handicap psychique » s'exprime notamment lorsqu'il est affirmé « *depuis de nombreuses années, l'accord a prévu l'engagement des entreprises dans le champ du handicap psychique, tant au niveau de l'incitation à la reconnaissance qu'à celui de l'intégration de ce handicap dans les entreprises. Ce sujet reste problématique pour les entreprises, et le travail déjà engagé doit être poursuivi. L'accord renouvelle son partenariat avec les organismes spécialisés du secteur* » (Accord Croix-Rouge française FEHAP, p. 13, art. 16.2). Il peut être prévu par ailleurs de lutter, « *à la source* », en développant des actions de prévention des « *troubles musculo-squelettiques (TMS)* » et des risques psychosociaux (RPS) (Accord Croix-Rouge française FEHAP, p. 13, art. 16.1).

Très concrètement, il arrive qu'au titre de l'information et de la sensibilisation « *qui permet de lever les freins, les a priori et les représentations erronées sur le handicap* », un accord prévoit qu'« *une formation sur le handicap psychique et/ou mental sera proposée à destination notamment des services médicaux, de l'action sociale, des acteurs du handicap, de CHSCT et des managers concernés* » (Accord SNCF, p. 23, art. 3.6.1). Les dispositions conventionnelles concernant la formation des acteurs sont, de façon générale, porteuses de reconnaissance de la spécificité du « handicap psychique ». A titre illustratif, il peut être ainsi affirmé que « *L'entreprise entend poursuivre la mise en œuvre d'actions de formation à destination des médecins et infirmier(e)s du travail, des assistant(e)s des services sociaux, des Responsables Ressources Humaines, des référents Diversité et Handicap, des managers concernés, des CHSCT, et des organisations syndicales* ». Il est ensuite indiqué, parmi les actions reconduites, une « *formation présentielle sur le handicap psychique (CP4HANDPSY) à destination de l'intégralité des acteurs pour l'insertion et l'emploi des salariés en situation de handicap, à l'issue de laquelle un guide pratique d'aide à l'accompagnement sera remis* », étant précisé que « *Deux représentants de chaque organisation syndicale signataire du présent accord pourront bénéficier d'une formation présentielle sur le handicap psychique* » (Accord Air France, p. 21, Pt. 7.3).

De façon peut-être plus opérationnelle, il peut être précisé que l'entreprise « *intègre dans sa stratégie de maintien dans l'emploi et d'accompagnement des équipes, des actions en faveur des personnes en difficultés temporaires ou permanentes du fait de leur état de santé (retour de longue maladie, altération des fonctions cognitives ou psychiques, ...)* ». Avec l'accord de l'agent et « *en collaboration étroite entre le médecin du travail et la mission Handicap – chacun agissant dans son domaine de compétence respectif–, (l'entreprise) engage les mesures d'accompagnement adaptées réalisées par des spécialistes (psychologues d'entreprises, psychomotriciens, par exemple), dans le but de maintenir les capacités professionnelles et d'assister et accompagner les managers et les équipes de travail* » (Accord Banque de France Eurosysteme, p. 12, Pt. 10.3). Il peut être rappelé que « *la loi 2005-102 a reconnu pour la première fois les troubles psychiques comme pouvant être à l'origine de situations de handicap en milieu professionnel. En effet, des salariés peuvent présenter au cours de leur vie professionnelle des épisodes problématiques de maintien dans l'emploi liés à des difficultés cognitives ou psychiques (...). Pour cela, (l'entreprise) met en place des actions de sensibilisation à destination des managers et des instances existantes (médecins du travail, assistants de service social, partenaires sociaux, CHSCT, ...) visant à permettre une meilleure connaissance des spécificités de ces troubles. Elle décrit et affiche un protocole à suivre par les managers s'ils s'interrogent sur l'existence possible de troubles psychiques chez l'un de leurs agents* ». Par ailleurs, au-delà des actions internes, on peut affirmer « *s'engager, aux côtés d'autres entreprises françaises, dans la recherche de solutions innovantes destinées à réinsérer et maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap psychique* » et, à ce titre, indiquer participer « *dans le cadre du Club Entreprises et Handicap, aux travaux de l'Association Cap'cités relatifs à la création en France du premier Clubhouse*<sup>51</sup> » (Accord Banque de France Eurosysteme, p. 12, Pt. 10.3)<sup>52</sup>.

Dans le même sens, des accords collectifs s'engagent soit à développer « *des actions de partenariat, notamment de recherche académique, en vue d'améliorer la connaissance et la détection du handicap psychique* » (Accord Air France, p. 21, Pt. 7.3), soit des projets « *favorisant l'accès au savoir et à l'emploi des personnes handicapées* », certains de ces projets concernant « *l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans le monde du travail* » (Accord Thales, p. 17, Pt. 4.1). Ainsi en va-t-il, « *dans le cadre d'une coopération avec les Universités « Paris Descartes », « Pierre et Marie Curie » et « l'Agence Entreprise et handicap* », du projet se déclinant selon les trois axes suivants : « *le partenariat avec les écoles et les universités concernant le suivi et l'intégration en stage d'étudiants handicapés psychique ; le soutien de structures de santé mentale (SOTRES, ESAT Bastille, Club House Paris) pour le développement de l'emploi de transition afin de permettre à des personnes handicapées psychiques de garder le lien avec le monde du travail et les aider à mettre en place un projet individuel professionnel ;*

---

<sup>51</sup> <http://www.clubhousefrance.org/content/clubhouseparis>.

<sup>52</sup> Il peut être intéressant d'observer que le même accord « Banque de France Euro système » a, par ailleurs, pour caractéristique de prévoir un recrutement de travailleurs « handicapés déficients intellectuels » issus d'un Centre d'adaptation et de réinsertion par le travail (Cf. p. 6, Pt. 2.2.5). Les partenaires sociaux sont donc ici engagés clairement sur deux types d'origine de situations de handicap qui ont été distinguées précisément par la loi du 11 février 2005.

*l'accompagnement des salariés handicapés de Thales souffrant de handicap psychique en vue de leur retour et/ou de leur maintien dans l'emploi. Cet accompagnement nécessitera la participation de structures spécialisées en appui avec les services de santé au travail » (Accord Thales, p. 18).*

### 5.2.5 En guise de conclusion :

Une association comme l'UNAFAM s'est battue historiquement pour faire exister une population particulière de personnes handicapées en la désignant « *par un nom qui la distingue des autres handicaps* », ceci justifiant en soi à ses yeux « *le terme de handicap psychique* »<sup>53</sup>. On a pu craindre que cette construction, très française, d'une part ait du mal à s'installer dans le champ du travail et de l'emploi, notamment du fait de la montée en puissance des questions de « *santé mentale au travail* », d'autre part qu'elle ne soit contreproductive pour le progrès même de l'inclusion professionnelle de la population qu'on entendait légalement distinguer ; en effet, dans un contexte de fort chômage, pourquoi un employeur privilégierait-il, afin de respecter son obligation d'emploi de travailleurs handicapés, l'embauche de personnes souffrant d'un « *handicap invisible et imprévisible* » à celle de travailleurs handicapés du fait d'une altération physique, sensorielle ou mentale, connue et stable ? Un risque de « *sur-stigmatisation* » paraît effectivement guetter les primo-demandeurs d'emploi ainsi que celles et ceux qui se sont éloignés un temps du marché du travail en raison de souffrances ou de troubles psychiques. En revanche, il n'est pas sûr que l'on puisse en dire autant de celles et ceux connaissant en cours d'emploi de telles difficultés sans que leur relation de travail ne soit rompue.

Le souhait initial de distinction des populations relevant de déficiences mentales ou intellectuelles de celles souffrant de maladies ou de troubles psychiques a semblé surtout viser des enfants, des jeunes adultes et leurs familles. Paradoxalement, l'enregistrement légal de cette distinction pourrait bien historiquement avoir surtout rencontré la confrontation nouvelle des entreprises au développement, au sein de leurs effectifs, du nombre de personnes en situation de handicap, reconnu ou non, provoqué par une altération de leurs fonctions psychiques, par exemple ayant connu ou connaissant un état de dépression. Ainsi, alors que sous l'angle du recrutement la notion de « *handicap psychique* » pourrait s'avérer contreproductive, incitant les entreprises à choisir prioritairement toutes autres formes de handicap, elle pourrait du point de vue du maintien en emploi s'avérer pertinente voire fort opportune pour des entreprises pouvant encourir des sanctions financières au titre de leur obligation d'emploi et estimant disposer en leur sein de travailleurs psychiquement usés, moins rentables mais pas toujours licenciables.

---

<sup>53</sup> UNAFAM, Livre blanc des partenaires de la santé mentale, 2001 ([www.unafam.org](http://www.unafam.org)).

Quelques accords collectifs témoignent du fait qu'il n'est pas tabou de discuter entre « partenaires sociaux » de troubles psychiques. Ces accords sont des fruits de la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés et de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette dernière, rappelons-le, a instauré une obligation de négocier tous les ans au niveau de l'entreprise<sup>54</sup> et tous les trois ans au niveau de la branche<sup>55</sup>. Depuis 2009, un « Guide méthodologique » du Ministère du travail entend aider les partenaires sociaux à « *mieux s'approprier le sujet et à enrichir le dialogue entre les négociateurs des accords et les pouvoirs publics chargés de leur agrément et de leur suivi* »<sup>56</sup>. A la lecture de nombreux accords, l'influence de ce « Guide » sur les acteurs sociaux est indéniable. Ne pourrait-il pas à l'avenir être un meilleur vecteur de prise en compte par les « partenaires sociaux » de la diversité des origines du handicap ? De ses modalités d'accompagnement en entreprise ? Du handicap d'origine psychique ?

---

<sup>54</sup> Article L. 2242-8, 4° du Code du travail.

<sup>55</sup> Article L. 2241-5 du Code du travail.

<sup>56</sup> DGEFP, Les accords en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Guide méthodologique (<http://travail-emploi.gouv.fr/dialogue-social/negotiation-collective/article/accords-travailleurs-handicapes-le-guide>).

## 6 Préconisations générales

De ces différentes études, nous pouvons tirer plusieurs préconisations quant aux orientations à prendre pour agir en faveur de l'inclusion professionnelle pérenne en milieu ordinaire de travail de personnes en situation de handicap psychique et plus particulièrement, celles ayant vécu une dépression.

Le bilan tiré de l'étude menée sur les dirigeants montre que le sujet fait l'objet de préoccupations et n'est pas resté dans l'indifférence, probablement face à l'augmentation des problèmes de santé mentale en entreprise. L'enquête ayant été faite auprès de volontaires, il faut tout de même rester prudent quant à cette interprétation. Néanmoins, nous avons pu relever des leviers d'action grâce aux modélisations qui expliquent quels sont les facteurs qui permettent de prédire l'ouverture et la fermeture à l'inclusion. La plupart des modèles ont permis d'expliquer une forte part de la variance de nos indicateurs d'inclusion. Les éléments recueillis auprès des acteurs syndicaux sont finalement assez proches des représentations, attentes et besoins des dirigeants et donnent lieu à des préconisations finalement comparables. Au regard de ces données fournies, nous proposons des grands axes d'amélioration mais ceux qui concernent la réduction des freins sont à traiter prioritairement car c'est eux qui ont le plus d'impact sur les indicateurs d'inclusion et notamment sur l'intention d'embauche. Ces préconisations visent également à éviter les expériences d'insertion non maîtrisées pour limiter les risques d'expériences néfastes qui, nous l'avons vu dans nos résultats, sont extrêmement préjudiciables aux futures inclusions en milieu ordinaire de travail.

- **L'apprentissage** : le meilleur allié des préjugés est l'ignorance ! Ne pas savoir alimente le préjugé et le sentiment d'impuissance des acteurs. Il est donc préconisé de travailler sur la réduction des attitudes de rejet vis-à-vis de la dépression au travail car elles sont portées par ces mêmes acteurs qui la considèrent comme un fardeau organisationnel. Des actions d'accompagnement, de communication, de connaissance, d'éducation sur ces troubles s'avèrent donc indispensables auprès des dirigeants, managers et également des acteurs syndicaux. Le développement d'attitudes d'intégration comme le challenge citoyen, l'innovation, la RSE, peut être un objectif mobilisable mais nos résultats ont montré que l'attitude d'intégration n'est pas l'inverse de l'attitude de rejet, ce qui signifie que travailler sur l'une ne diminue pas forcément l'autre. En outre, les attitudes de rejet ont plus d'impact sur la fermeture à l'embauche que les attitudes d'intégration sur l'ouverture à l'embauche. Il est donc prioritaire de les réduire et de donner aux acteurs les moyens de comprendre et de limiter l'appréhension liée au sentiment d'incapacité à gérer ce type d'inclusion.
- **Le perfectionnement des pratiques de recrutement et d'intégration** : le paradigme de l'ambiguïté de Dovidio et al. (1998) a montré que les stratégies de masquage des préjugés mises

en place par les recruteurs sont facilitées par des situations d'évaluation ambiguës et peu structurées (critères mal définis, peu clairs, peu objectifs qui permettent d'ajuster les évaluations produites de façon à rendre invisible les raisons réelles de l'exclusion de tel ou tel candidat). En outre, la recherche d'informations additionnelles et pertinentes (centrées sur l'emploi et les compétences) limite aussi le poids des informations catégorielles (stéréotypées). Les formations aux pratiques de recrutement fiables sont à développer : analyses de postes, utilisation des techniques des mises en situation de travail ou des essais professionnels les plus à même de permettre une évaluation pertinente des compétences en situation, interventions d'acteurs ressource dans la procédure (du médico-social et de l'insertion), pratiques d'intégration des personnes en donnant la priorité à la socialisation à la tâche et à l'équipe grâce à un accompagnement pendant le temps professionnel. Il serait ici trop long de développer ce point, mais l'approche du recrutement en psychologie du travail a beaucoup développé des pratiques tenant compte des aspects relatifs à l'analyse de poste, à l'évaluation valide des compétences, à la justice dans la façon de mener une sélection, à la socialisation des nouvelles recrues, au contrat psychologique pour favoriser le maintien en emploi... (voir Laberon, 2011). Ces éléments sont incontournables pour procéder aux aménagements de postes, qui sont actuellement faits, selon des préconisations qui tiennent compte, la plupart du temps, des « aptitudes » de la personne évaluées *in abstracto*, sans considération approfondie du milieu de travail et des exigences du poste, dans le cas du trouble psychique. Beaucoup de biais dans la façon de se représenter l'efficacité au travail existent d'une façon générale, ils jouent de façon encore plus saillante dans le cas du handicap psychique perçu comme en inadéquation avec l'emploi (voir Laberon, 2014b).

- **Evaluer in situ les attitudes des acteurs de l'organisation**, estimer leur maturité vis-à-vis de l'inclusion, ce qui peut être fait grâce à des entretiens mais également au moyen des échelles de mesure que nous avons construites et validées afin d'adapter les orientations des accompagnements, d'éviter les blocages, les échecs. L'évaluation du niveau d'ouverture et de fermeture à l'inclusion par nos différents indicateurs ainsi que de leurs attitudes vis-à-vis de la dépression peut permettre d'anticiper l'appréhension à inclure et d'agir de façon adaptée au contexte de l'organisation. Le fait de pouvoir utiliser une approche par questionnaire est avantageux dans la mesure où il permet d'investiguer aisément les attitudes sur un grand nombre de personnes (managers, collectif de travail notamment) sans que cela soit trop coûteux en temps et en investissement. L'intérêt d'avoir validé séparément nos différentes échelles de mesure est de pouvoir disposer d'un outil modulable dont on peut utiliser conjointement ou indépendamment les échelles selon les besoins identifiés. A titre d'exemple, l'évaluation des attitudes vis-à-vis du recrutement pourrait permettre d'identifier les valeurs équitables *versus* égalitaires des dirigeants et en tirer des enseignements relatifs aux orientations à donner à la formation à recruter. Nous avons vu à cet égard que les pratiques équitables augmentent les intentions d'aménagement du

poste de travail mais qu'elles sont peu valorisées dans les structures privées. La formation au recrutement devrait dans ce cas débiter par une approche réflexive autour de la question de l'équité et de l'égalité dans de tels contextes de recrutement avant même d'introduire le fait que les pratiques de sélection doivent être équitables et plutôt orientées vers la compensation (pratiques spécifiques). L'outil développé dans ce travail permettrait donc de s'intégrer dans une démarche de constructions *ad hoc* qui nous semble indispensable dans le cadre de l'inclusion professionnelle de personnes atteintes de handicap psychique, d'une façon plus générale.

- **Développer la politique sociale** en matière de handicap, de santé mentale et de diversité. La culture organisationnelle, le climat de travail ont été en effet pointée fortement dans les entretiens des acteurs syndicaux en France comme au Canada. Il a été démontré par exemple qu'un climat discriminatoire *versus* climat équitable peut faire varier les comportements discriminatoires *versus* non discriminatoires des recruteurs les plus engagés, quel que soit leur niveau de préjugés initial (Ziegert et al., 2005). Aussi, les recruteurs soumis à un « code de conduite » (éléments éthiques, mises en garde contre la discrimination, code de déontologie, chartes...) seraient à même de réduire les discriminations à l'embauche (Petersen et al., 2009). Par ailleurs, nombreux sont les travaux autour des risques psychosociaux qui indiquent la difficulté d'inciter les entreprises à développer une véritable politique de prévention et de protection de la santé mentale, voire de promouvoir la qualité de vie au travail. Cette difficulté a d'ailleurs été soulignée et généralisée au niveau mondial par nos interlocuteurs du BIT. La prévention tertiaire reste encore favorisée mais elle n'intervient donc que trop tard dans le processus de prévention qui devrait être avant tout primaire (développer les ressources et diminuer les risques). A cet égard, le travail que nous avons amorcé sur l'inclusion professionnelle de personnes atteintes de dépression nous semble s'intégrer parfaitement dans ce processus de prévention de la santé mentale au travail comme une prévention de type « quaternaire » qui gère la question de l'accès et du retour en emploi de personnes ayant développé des troubles de la santé mentale. Les actions envisagées doivent être, comme en témoignent les besoins des dirigeants et des acteurs syndicaux, orientées majoritairement vers l'accompagnement des organisations et pas seulement de la personne malade. L'acceptation de la variabilité de la santé humaine au travail et une meilleure intégration de cette composante dans leur politique organisationnelle est un enjeu majeur qui a été repéré d'ailleurs par l'Union européenne, si l'on regarde les préconisations du Pacte européen en matière d'évaluation et de prévention des situations à risque pour la santé mentale au travail. En cela, la prévention quaternaire, parce qu'elle va impulser une adaptation du travail à l'homme, pourrait nourrir par rétroaction la prévention primaire et créer un cercle vertueux.
- **Améliorer la connaissance du cadre juridique et accompagner dans son application** permettrait d'en assurer une meilleure perception dans les structures privées notamment et les



petites structures. La perception de contrainte qu'il génère a tendance à focaliser les actions des dirigeants vers l'embauche simplement motivée par l'évitement des pénalités financières. En outre, cette obligation renvoie à une approche compensatoire qui n'est pas partagée par les dirigeants, notamment du secteur privé, ce qui peut générer un conflit de valeurs et augmenter l'aspect contraignant, inadapté, superficiel et son effet limité par rapport à ses objectifs. Cette politique de quota, si elle a l'avantage de mettre en relation les travailleurs avec des personnes en situation de handicap psychique, pourrait aussi avoir l'inconvénient de précipiter des inclusions professionnelles non maîtrisées, motivées par des sanctions financières, qui auront un effet difficilement réversible sur les attitudes et les représentations de la maladie mentale faisant alors perdurer le stigmate et la discrimination à l'embauche. Aussi, l'étude des accords collectifs a montré que la motivation à atteindre le quota amenait également les dirigeants à développer ce thème dans les accords notamment en ce qui concerne les mesures de détection du trouble psychique. L'augmentation des problèmes de santé mentale liée aux risques psychosociaux au travail a fait prendre conscience aux employeurs du « vivier interne » éventuel de travailleurs pouvant être mis sous statut RQTH et permettant ainsi d'atteindre leur quota. Si cette situation ne manque pas de cynisme, elle peut avoir l'avantage de faire évoluer les accompagnements à l'égard de ce public.

- **Intégrer le handicap psychique dans les conventions collectives.** L'étude de l'échantillon d'accords collectifs montre que certains sont aujourd'hui en mesure d'y inscrire de véritables dispositions spécifiques au handicap psychique relevant principalement de la formation à ce type de handicap, de la détection des troubles de la santé mentale, de la prévention et de l'intégration de ce type de handicap en emploi (recrutement, maintien en emploi, mesures de compensation, accompagnement...).
- **Valoriser et professionnaliser les actions des acteurs syndicaux.** Les acteurs syndicaux interrogés ont affiché un rôle centré sur le soutien social et juridique de la personne en difficulté mais aussi ont évoqué la nécessité d'améliorer la coordination des acteurs variés de l'inclusion. Pourraient-ils développer ce rôle ? La réponse appartient sans doute aux acteurs du niveau central des différents syndicats et à leur position politique. Toutefois, les rôles déjà embrassés par les acteurs mériteraient d'être mieux définis et clarifiés. Des éléments de blocages comme les questions de la violation/respect de la vie privée, de leur légitimité et des risques pris en agissant sans formation autour de problématiques sensibles comme celle de la santé mentale au travail sont saillants dans leurs discours et créent une position d'inconfort qui peut pousser à l'évitement de ce genre de situation. Les organisations syndicales mériteraient de donner plus de visibilité aux acteurs syndicaux sur le positionnement requis quant à cette thématique. La professionnalisation de ce rôle est-elle souhaitable ou faut-il les considérer comme des soutiens

naturels ? La formation et l'augmentation des ressources pour l'accompagnement nous apparaissent de toute façon nécessaires.

Notons que les motivations financières ou les attentes de soutien financier, qui sont finalement les dispositifs les plus saillants dans la façon d'inciter les organisations à embaucher des personnes en situation de handicap, n'ont démontré aucun lien avec les différents indicateurs d'ouverture et de fermeture à l'inclusion. Ceci probablement parce que le cadre légal et les actions des organismes spécialisés ne sont pas spécifiquement dirigées vers le handicap psychique, ce qui permet, comme cela a été évoqué dans l'axe 2 de ce travail, de remplir l'obligation en évitant soigneusement le handicap psychique. S'il y avait des initiatives ou nouveaux dispositifs d'incitation spécifiques au handicap psychique, ils ne devraient donc pas prioritairement viser les incitations financières.

Au final, **nous ne pouvons qu'encourager le développement des programmes de soutien à l'emploi** en tenant compte de ces préconisations pour préparer (éduquer, sensibiliser), accompagner et coordonner les acteurs de l'organisation afin d'éviter les expériences d'inclusion négatives. Pour cela, comme l'indique la Commission européenne au sujet de l'emploi en milieu ordinaire de travail de personnes en situation de handicap, il faut absolument se donner les moyens de réussir cette inclusion. Nous pouvons ajouter que la mise en œuvre des conditions de cette réussite est encore plus cruciale pour le handicap psychique. Le récent cadre légal français pour l'emploi accompagné des travailleurs handicapés pourrait-il être mobilisable pour développer ces programmes de soutien à l'emploi ?

La mise en place de politiques inclusives est également fondamentale et devrait s'accompagner d'une réflexion collective autour d'un positionnement éthique et d'un travail d'identification des contraintes perçues par les acteurs de l'organisation en termes de justice sociale et de gain (valorisation de l'identité du groupe) ou de perte (démunir les uns au profit des autres).

Les actions d'accompagnement doivent être « sur mesure » (tenir compte du type d'entreprise en présence et de ses caractéristiques) avec des démarches d'intervention singulières fondées sur évaluation de la « maturité » de l'organisation et de ses acteurs vis-à-vis de ce type d'inclusion professionnelle. Un meilleur accompagnement permettrait ainsi d'augmenter les expériences d'inclusion réussies et de diminuer les représentations négatives des troubles de la santé mentale au travail. L'enjeu est de créer ce cercle vertueux.

Au regard de l'ensemble de nos travaux, le paradigme dans lequel est placé le handicap psychique ne semble pas encore stabilisé dans un modèle psychosocial du handicap. La position de la convention des Nations Unies est la seule à poser clairement ce paradigme alors que l'OMS reste figée sur un modèle biomédical du handicap. Le BIT avance dans des actions à visée concrètes dans une approche de

déstigmatisation qui atteste d'une approche plus psychosociale que biomédicale du handicap. Pour ce qui est des acteurs interrogés, il est difficile de conclure car les données attestent tantôt d'une avancée possible vers un modèle psychosocial, plus visible chez les acteurs syndicaux (nécessité d'adapter le travail à l'homme et non l'inverse), tantôt d'une approche biomédicale, fondée sur une vision déficitaire du handicap psychique dont il est difficile de s'accommoder en milieu de travail. Il faut espérer que les impulsions données au niveau international permettront de faire évoluer l'adhésion au modèle psychosocial du handicap, sans en oublier le versant psychique.

## **7 Valorisation et construction d'un réseau d'acteurs scientifiques et professionnels**

Ces travaux de recherche ont été agrémentés par un souci de valorisation du travail effectué, de sensibilisation auprès des milieux professionnels et de constitution d'un réseau d'acteurs et de chercheurs sur la problématique du handicap psychique au travail.

### **7.1 Journées d'études**

#### **7.1.1 Cycle de conférences handicap psychique et travail**

L'organisation du cycle de conférences scientifiques sur le thème « Handicap psychique et travail » a eu pour objectif de regrouper des chercheurs issus de disciplines différentes (notamment psychologie du travail, neuropsychologie, médecine, droit du travail et de la sécurité sociale, ergothérapie, économie de la santé) afin d'élargir et de solidifier le réseau de recherche selon trois axes : internalisation, interdisciplinarité, mixité chercheur-professionnels.

L'organisation en deux journées d'études a permis de faire des regroupements sur des problématiques spécifiques de la thématique générale selon les besoins identifiés dans le réseau et de pérenniser le réseau (recherche et professionnels).

Les deux journées d'études ont été organisées par le Laboratoire de Psychologie EA4139 & le COMPTRASEC, UMR CNRS 5114 de l'Université de Bordeaux sous la direction scientifique des Docteurs Sonia Laberon (MCU en Psychologie du Travail et des organisations, en délégation CNRS au COMPTRASEC UMR CNRS 5114) et Antoinette Prouteau (MCU-HDR en Neuropsychologie et Psychopathologie cognitive au Laboratoire de psychologie, santé et qualité de vie, EA 4139) de l'Université de Bordeaux. Les manifestations ont obtenu un co-financement du département recherche en Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Bordeaux (BQR) et du programme émergent HEADS (HEALTHDeterminants in Societies) - Initiative d'excellence de l'université de Bordeaux en supplément de celui de l'Iresp (Institut de Recherche en Santé Publique).

##### **7.1.1.1 1<sup>ère</sup> journée d'études**

La première journée d'études dirigée par le Dr Prouteau & le Dr Laberon, intitulée « De la réhabilitation au rétablissement : les promesses du travail dans le handicap psychique » a eu lieu le Vendredi 13 Février 2015 de 9h à 17h30 de l'Université de Bordeaux (voir programme en annexe 7).

184 personnes y ont participé. Le public était composé de psychologues (clinicienne, du travail, neuropsychologue), étudiants (psychologie, ergothérapie), dirigeants (Directeurs, DRH, Présidents, Vice-présidents, adjoints direction, délégués inter-régional, chefs de service, responsables d'affaire Rh, coordinateurs), de chercheurs et d'enseignants du supérieur (professeurs, maîtres de conférences, chercheur, doctorant, post-doctorants), d'acteurs du milieu médical (infirmières, médecins, psychiatres, cadres santé, ergothérapeutes...), d'acteurs de l'aide à l'insertion professionnelle (chargés mission handicap, référents handicap, conseillers professionnels, chargés d'insertion, chargés de recrutement, consultants...), d'acteurs de l'aide sociale (éducateurs spécialisés, moniteurs d'atelier, assistants sociaux, pairs aidants) mais aussi de bénévoles et de parents.

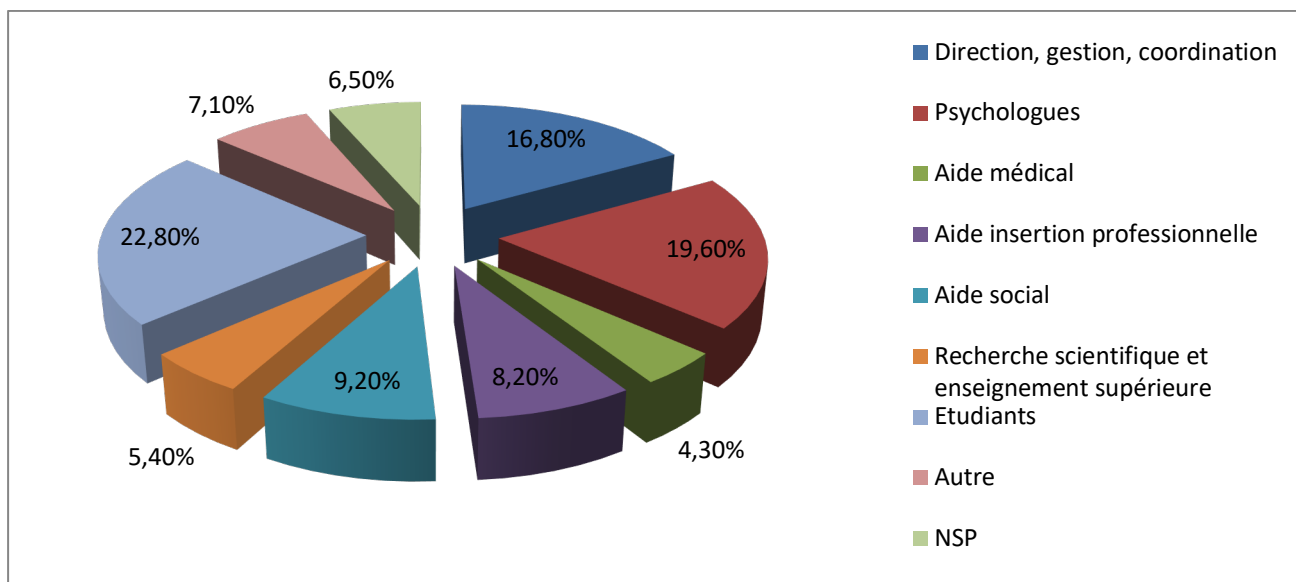


Figure 16 : Participants à la 1ère journée d'étude

La journée s'est proposée d'appréhender, de manière théorique tout autant que pratique, les conditions de travail qu'occasionnent les troubles psychiques sévères. En adoptant une approche transdisciplinaire, la journée a intégré des présentations théoriques et des témoignages, mais aussi une table ronde centrée sur le partage d'expériences pratiques. Cette journée a été ouverte par le Dr Prouteau. La première partie de la journée a été consacrée à l'évolution des courants de « penser » le handicap psychique avec le « Témoignage du savoir expérientiel » de Luc Vignault, pair aidant et consultant à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, suivie de l'intervention du Pr Pachoud, Professeur de psychopathologie, Psychiatre à l'Université Paris Diderot, concernant le tournant du rétablissement. La deuxième partie de la journée a été consacrée aux pratiques de réinsertion par l'emploi avec les interventions de M. Duperier, cadre de santé et de Mme Maysonnave, chargée d'insertion professionnelle au Centre de Réadaptation Psychosociale (C.R.P.S.) de la Tour de Gassies (France) sur la préprofessionnalisation par les mises en situation professionnelles, et du Dr de Pierrefeu, Psychologue Clinicienne, Docteur en psychologie

clinique du travail de l'Université Paris Diderot et de l'Université du Québec à Montréal, sur le principe du job-coaching et le rôle et compétences du job-coach.

### 7.1.1.2 2<sup>ème</sup> journée d'études

La deuxième journée d'études dirigée par un comité scientifique pluridisciplinaire et international (Dr Laberon, Dr Auvergnon et Dr Lerouge, Université de Bordeaux & Pr Corbière, Université du Québec à Montréal) intitulée « Visage de la dépression en organisation » a eu lieu le Vendredi 26 juin 2015 de 8h30 à 18h à l'Université de Bordeaux (voir programme en annexe 8).

134 personnes y ont participé. Le public était composé d'universitaires (enseignants-chercheurs et étudiants) de psychologues, de professionnels du secteur médical dont inspection du travail et secteur paramédical, de conseillers insertion professionnelle, de consultants RH, de dirigeants (DRH, Responsables RH ou de l'action sociale), de chargés de mission (handicap, santé au travail, reconversion, préventeurs), d'assistantes sociales et de représentants syndicaux.

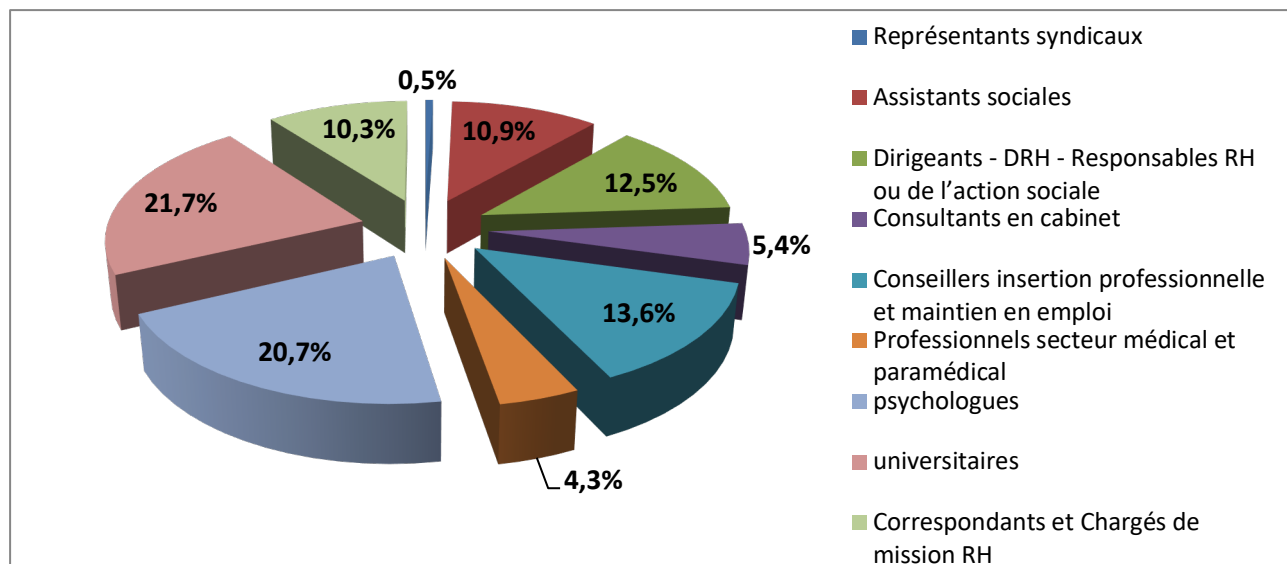


Figure 17 : Participants à la 2<sup>ème</sup> journée d'étude

Dans le cadre d'une réflexion sur le développement de pratiques de prévention que l'on pourrait qualifier de « quaternaires » (réintégration des personnes qui ont déclaré un problème de santé mentale), la journée d'études s'est adressée particulièrement aux acteurs de l'entreprise et de l'insertion professionnelle. Elle a proposé une mise à jour des connaissances autour du thème de la dépression en organisation en croisant des expertises nationales et internationales de différents champs disciplinaires. Les questions des répercussions économiques et légales, de stigmatisation, de mesures d'aménagements ou d'accommodements en emploi ont été abordées en considérant notamment les points de vue des

acteurs de l'organisation. Des mesures ou interventions psychosociales de soutien à l'emploi ont été également présentées et des perspectives appliquées en termes d'accompagnement et de soutien des entreprises ont été mises en discussion en table ronde.

Après une introduction du Dr Laberon, se sont déroulés deux ateliers. Le premier animé par le Dr Auvergnon traitait du coût sociétal et des cadres juridiques relatifs au handicap psychique au travail avec les interventions du Pr Dewa, Professeur de Psychiatrie à l'Université de Toronto, Ontario, sur les possibilités de réduction du fardeau économique de la dépression en milieu de travail et du Pr Laflamme, Professeur en droit du travail et santé et sécurité au travail à l'Université de Laval, Québec orientée sur l'accommodement raisonnable au travail, la santé mentale et la dépression à la lumière du droit québécois. Le deuxième atelier animé par le Dr Laberon traitait de la stigmatisation en milieu ordinaire de travail et elle a présenté une étude sur les représentations de la dépression et les attitudes vis-à-vis de l'emploi de personnes présentant des troubles de la santé mentale de 29 employeurs d'organisations publiques et privées en France. Le Pr Brouwers, Professeur et Coordinatrice de recherche à l'Academic Collaborative Center Work & Health de l'Université de Tilburg, Pays Bas, a complété par une intervention sur la discrimination sur le lieu de travail perçue par des personnes présentant une dépression majeure dans 35 pays. La deuxième partie de la journée a été consacrée aux actions de soutien à l'inclusion en milieu ordinaire de travail et aux alliances possibles. Elle a traité des acteurs clés de l'inclusion et des types d'interventions avec la modération et l'intervention du Pr Corbière, Professeur à l'Université du Québec à Montréal sur les perspectives de divers acteurs clés de l'organisation québécoise concernant la dépression en milieu de travail. Des actions de soutien au maintien en emploi notamment en termes d'intervention cognitive-comportementale pour la prévention des rechutes à la suite d'une dépression en milieu de travail ont été présentées par le Pr Lecomte, Professeur au Département de psychologie de l'Université de Montréal. Enfin, la question du maintien en emploi a également été abordée par Mme Baradat, Ergonome et chargée de mission à l'Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail, ARACT Aquitaine, sous l'angle ergonomique avec la présentation d'une approche par le travail sans connaissance de la maladie et visant la construction collective du maintien en emploi. La journée d'études s'est conclue par la table ronde intitulée « Dépression en milieu ordinaire de travail : une transition pour les entreprises ? ».

Les deux journées ont donné lieu à l'édition d'un numéro spécial « Trouble mental et travail : accompagnement et inclusion professionnelle pérenne » accepté par la Revue Santé Mentale au Québec qui est actuellement en préparation pour une diffusion en été 2017. Son sommaire est présenté plus bas.

## **7.1.2 Journée d'études collaborative**

### **7.1.2.1 Journée d'études de l'Observatoire Régional des Risques Psychosociaux en Aquitaine (ORRPSA)**

La 5ème journée d'études de l'Observatoire Régional des Risques Psychosociaux en Aquitaine (ORRPSA), organisée par le COMPTRASEC UMR 5139 CNRS et le laboratoire de psychologie EA 4139 de l'Université de Bordeaux a eu lieu le mercredi 9 décembre 2015 et avait pour thème : « Dépression, addiction, suicide : quelles ressources du travail ? ». En raison de proximité de la thématique avec le présent projet, nous avons co-organisé la journée. Elle a réuni près de 270 personnes venant du milieu de la recherche, de la santé-sécurité au travail, des organisations et du barreau de Bordeaux.

Cette manifestation a proposé, dans une approche interdisciplinaire, d'engager une réflexion approfondie sur les actions s'appuyant sur les ressources du travail pour enrayer des situations de dépression, d'addiction ou encore de suicide. Au-delà de l'accent mis sur l'ambivalence du rôle du travail, il paraissait essentiel d'insister aussi sur les ressources du travail. La journée a permis d'écouter dix-sept intervenants dont des chercheurs internationaux, mais aussi venants de la région Aquitaine. Il s'agissait également de réunir des professionnels, des acteurs publics et des représentants syndicaux. Pour ce faire, le programme était articulé autour de conférences plénières le matin et d'ateliers thématiques l'après-midi permettant de croiser les regards et les pratiques. Le programme de cette journée est présenté en annexe 9.

Cette journée d'étude a donné lieu à l'édition d'une publication collective, sous forme d'un ouvrage interdisciplinaire. Cet ouvrage est actuellement en préparation pour les éditions l'Harmattan.

### **7.1.2.2 Conférence dans le cadre de la semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées**

Une demi-journée de conférence a été co-organisée par l'entreprise ENEDIS, la Ville de Bordeaux, l'Université de Bordeaux et l'ARI (Association pour la Réadaptation et l'Intégration et, plus précisément, son service d'insertion professionnelle et de conseils aux employeurs sur l'emploi et le maintien en emploi de personnes en situation de handicap psychique). Elle a eu lieu le 18 novembre 2016 à Bordeaux dans le cadre de la semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées 2016 et s'intitulait « Adéquation à l'emploi : les pièges du recrutement » (voir programme en annexe 10).

L'objectif de cette journée était la sensibilisation aux biais de recrutement et à la «dé-stigmatisation» des personnes ayant des troubles de santé psychique, à travers l'identification des freins y afférant mais



aussi des leviers d'intégration. Les interventions à la fois théoriques (Universitaires) et pratiques (récits d'expériences d'entreprises) se sont succédées. Le public ciblé était les employeurs et les recruteurs (DRH, dirigeants, chargés de mission handicap, cabinets RH, etc.) mais aussi les acteurs de l'insertion, de l'emploi et du handicap (Pôle Emploi, Alther, associations diverses), des institutionnels (Agefiph, Fiphfp, Conseil Départemental) et des personnes en situation de handicap (tous handicaps). Elle a regroupé une 125 de participants pour moitié issus de l'entreprise.

## **7.2 Intégration de groupes de travail**

### **7.2.1 Membre du réseau « ILO Global Business and Disability Network » de l'Organisation Internationale du Travail, Genève**

Suite à la présentation du présent projet au meeting du « working group on mental health » du réseau « ILO Global Business and Disability Network » de l'Organisation Internationale du Travail à Genève le 27 octobre 2015, nous avons été invité à intégrer le groupe de travail.

### **7.2.2 Membre du groupe de travail « Employeurs », ARI Insertion, Bordeaux**

Un groupe de travail « Employeurs » s'est constitué, animé par ARI Insertion, autour de l'inclusion professionnelle de personnes en situation de handicap psychique dont nous faisons partie et qui comprends les chargés de mission de l'ARI ainsi que des acteurs d'organisations comme ENEDIS, la Tonnellerie Darnajou..., soit en tout une dizaine de personnes.

### **7.2.3 Membres du Comité de pilotage du projet « Maladies Chroniques et Travail », ARACT, nouvelle Aquitaine.**

Nous faisons partie (Dr Auvergnon, Dr Laberon) du Comité de pilotage du projet « Maladies Chroniques et Travail », de l'ARACT, Nouvelle Aquitaine. L'objectif de ce projet consiste à construire avec les acteurs de l'entreprise, DRH et représentants du personnel (CHSCT), des moyens et des outils opérationnels d'information, de formation et d'intervention qui permettront de nouvelles pratiques du maintien dans l'emploi de salariés atteintes de maladies chroniques évolutives.

### **7.2.4 Membre du Comité scientifique de l'UNAFAM**

Le Dr Auvergnon fait partie du Comité scientifique de l'UNAFAM, association nationale de familles et amis de personnes en situation de handicap psychique.

### 7.3 Communications en congrès scientifiques

Laberon, S., Scordato, N., Corbière, M. (2016). Factors predicting the inclusion of people with psychiatric disabilities in the French competitive workplace: the role of employers' experiences and attitudes related to people with depression. Communication dans le cadre du symposium « Job tenure and work productivity of people with psychiatric disabilities in social firms » au 4th Conference: Work Disability Prevention Knowledge, Work Disability Prevention & Integration, WDPI, Amsterdam, Pays Bas, Septembre 2016.

Laberon, S. (2016). Comment les attitudes des employeurs contribuent-elles à l'intention d'embaucher des personnes atteintes de dépression ? Communication dans le cadre du symposium « Santé mentale et diversité : leviers et freins psychosociaux à l'accès et au retour en emploi de personnes ayant vécu un burnout ou une dépression » au 19ème Congrès International de Psychologie du Travail et des Organisations, A.I.P.T.L.F., Bruxelles, Belgique, Juillet 2016.

Corbière, M., Lecomte, T., Negrini, A., St-Arnaud, L., Durand, M-J., Coutu, M-F., Laberon, S. (2016). L'embauche des personnes qui ont fait l'expérience d'une dépression est-elle sous-jacente à l'exposition de l'employeur et de son organisation à la dépression ? Communication dans le cadre du symposium « Santé mentale et diversité : leviers et freins psychosociaux à l'accès et au retour en emploi de personnes ayant vécu un burnout ou une dépression » au 19ème Congrès International de Psychologie du Travail et des Organisations, A.I.P.T.L.F., Bruxelles, Belgique, Juillet 2016.

Laberon, S. (2015). Représentations de la dépression et attitudes des employeurs vis-à-vis de l'emploi de personnes présentant des troubles de la santé mentale : cas de 29 organisations publiques et privées en France. Communication à la journée d'étude « Visage de la dépression en organisation », Université de Bordeaux, 26 Juin 2015.

### 7.4 Organisation et invitation en symposium :

Laberon, S. (2016). Santé mentale et diversité : leviers et freins psychosociaux à l'accès et au retour en emploi de personnes ayant vécu un burnout ou une dépression. Symposium accepté au 19ème Congrès International de Psychologie du Travail et des Organisations, A.I.P.T.L.F., Bruxelles, Belgique, Juillet 2016.

Corbière, M., Dewa, C. (2016). Job tenure and work productivity of people with psychiatric disabilities working in social firms. Symposium accepté au 4ème WDPI Conference : Work Disability & Prevention Knowledge, Amsterdam, Pays Bas, 25-28 Septembre 2016.

Laberon, S., Angel V. (2016). Adéquation à l'emploi : les pièges du recrutement. Conférence organisée dans le cadre de la semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées du 14 au 20 novembre, ENEDIS, Ville de Bordeaux, ARI Insertion et Université de Bordeaux, Bordeaux, France, 18 Novembre.

## 7.5 Conférences invité

Laberon, S., Boge, T. (2016). L'entreprise « handi-inclusive » : innovation pour la diversité. Université de Printemps de l'Association Française de Psychologie du Travail et des Organisations, AFPTO, Nice, France, juin 2016. [http://www.afpto.fr/1/upload/universita\\_de\\_printemps\\_afpto\\_2016.pdf](http://www.afpto.fr/1/upload/universita_de_printemps_afpto_2016.pdf)

Laberon, S. (2016). Handicap psychique et représentations de l'efficacité professionnelle : un mauvais ménage ? Conférence dans le groupe de travail handicap psychique "L'emploi d'abord", ARI Insertion, Bordeaux, France, 11 mai 2016.

Encrenaz, G., Laberon, S. (2015). Le rapport ambivalent du travail à la santé mentale. Conférence d'ouverture de la 5ème journée d'études internationale de l'Observatoire Régional des Risques Psychosociaux « Dépression, addiction, suicides : quelles ressources du travail ? », Bordeaux, France, 9 décembre 2015. [http://comprasec.u-bordeaux.fr/sites/default/files/pdf\\_book/programme\\_journ\\_e\\_d\\_tudes-ok.pdf](http://comprasec.u-bordeaux.fr/sites/default/files/pdf_book/programme_journ_e_d_tudes-ok.pdf).

Laberon, S. (2015). Presentation of a research program on the professional inclusion of people with mental disabilities in the ordinary working environment. Conférence invitée au meeting du « working group on mental health » du réseau « ILO Global Business and Disability Network » de l'Organisation Internationale du Travail, Genève, Suisse, 27 octobre 2015.

Laberon, S. (2015). Méthode d'étude quantitative des attitudes des dirigeants vis-à-vis de l'embauche en milieu ordinaire de travail de personnes en situation de handicap psychique. Conférence invitée à la table ronde « Santé mentale, handicap et emploi : quelles données quantitatives et quelles évolutions ? », colloque Handi Lyon Rhône « Diversité et emploi - Les handicaps psychiques et le monde de l'emploi », Lyon, France, 6 octobre 2015. <http://diversite-et-emploi.fr/revoir-le-colloque-les-handicaps-psychiques-et-le-monde-de-lemploi/>.

Laberon, S., Auvergnon, P., Corbière, M. (2014). Handicap psychique en milieu ordinaire de travail. Conférence invité au Comité de pilotage du projet " Maladies Chroniques Evolutives et Travail ", ARACT Aquitaine, 26 Novembre 2014.

Laberon, S., Auvergnon, P., Lerouge, L. et Corbière, M. (2014). Handicap psychique en milieu ordinaire de travail : une transition pour les entreprises... Conférence invitée au Workshop « L'accompagnement dans la transition », Colloque UNAFAM « A la Recherche de l'Espoir en Psychiatrie », La Rochelle, France, 9 octobre 2014. [http://www.unafam.org/IMG/pdf/UNAFAM\\_Colloque\\_2014\\_Preprogramme\\_3\\_VOLETS\\_V5\\_tirage.pdf](http://www.unafam.org/IMG/pdf/UNAFAM_Colloque_2014_Preprogramme_3_VOLETS_V5_tirage.pdf).

Joly, L. (2016). Une révolution juridique, pour quels effets ? Intervention à la Journée d'étude « Le juge judiciaire et les aménagements raisonnables au profit des salariés » à l'Université Paris Ouest Nanterre, 1er juillet 2016.

## 7.6 Interview

Laberon S. (2015). Risques psychosociaux à la frontière du handicap psychique, Interview pour le Magazine Être - Handicap information, n°139, sept-oct 2015.

Laberon S. (2016). Handicap psychique et maintien dans l'emploi, Interview pour le Magazine Être - Handicap information, n°144, juil-août 2016.

## 7.7 Publications

Laberon, S., Prouteau, A., Corbière, M. (en cours). Trouble mental et travail : difficultés et vertus. Numéro spécial « Trouble mental et travail : accompagnement et inclusion professionnelle pérenne », Revue Santé Mentale au Québec, Volume 42, numéro 2, en préparation pour parution Été 2017.

Laberon, S., Scordato, N., Corbière, M. (en expertise). Représentations du « trouble psychique » par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. Numéro spécial « Trouble mental et travail : accompagnement et inclusion professionnelle pérenne », Revue Santé Mentale au Québec, Volume 42, numéro 2, en préparation pour l'Été 2017.

Laberon, S., Scordato, N., & Corbière, M. (en expertise). Attitudes vis-à-vis à l'embauche de personnes en situation de handicap psychique : une étude qualitative auprès de 29 employeurs d'organisations en France. Revue Européenne de Psychologie Appliquée.

Laberon, S., Scordato, N., Lerouge, L., & Auvergnon, P. (en cours). Inclusion professionnelle de personnes en situation de handicap psychique : étude des leviers et freins organisationnels et juridiques perçus par 29 employeurs d'organisations en France. *Revue ALTER*.

Laberon, S. (2016). Recrutement. In G. Valléry, M-E. Bobillier-Chaumon, E. Brangier et M. Dubois (Eds.), *Psychologie du travail et des organisations / 100 notions clés*, (p. 357-362). Paris, France : Dunod.

Laberon, S. (2014). Les freins psychologiques à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, *Revue l'Encéphale*, 40(2), 103-114.

Laberon, S. (2014). Stigmatisations professionnelles. In P. Zawieja et F. Guarnieri (Eds.), *Dictionnaire des risques psycho-sociaux (DRPS)* (p. 726-730), Paris, France : éditions du Seuil.

Laberon, S., Corbière, M. (2014). Retour au travail. In P. Zawieja et F. Guarnieri (Eds.), *Dictionnaire des risques psycho-sociaux (DRPS)* (p.654-657), Paris, France : éditions du Seuil.

Joly, L. (2015). L'emploi des travailleurs handicapés à l'épreuve de la loi Macron. *Droit ouvrier*, 690.

Joly, L. (2015). La vraie fausse révolution de l'assimilation des personnes handicapées en ESAT à des travailleurs au sens du droit de l'Union européenne. *Revue de droit du travail*, 373.

## **7.8 Direction éditoriale**

Laberon, S., Prouteau, A. et Corbière, M. Eds. (2017). Numéro spécial « Trouble mental et travail : accompagnement et inclusion professionnelle pérenne » accepté par la *Revue Santé Mentale au Québec*, Volume 42, numéro 2, en préparation pour l'Été 2017.

## 8 Bibliographie

- Abric, J.C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. *Psychologie et Société*, 4, 81-106.
- Al Adlouni, S., Chevalier, C., Dauvergne, I., Lauvergne, E., Plégat, S., de Reboul, H., Scharnitzky, P. (2011). *Les stéréotypes sur les personnes handicapées. Comprendre et agir dans l'entreprise*. Enquête réalisée pour IMS – Entreprendre pour la cité.
- Andersson, J. (2012). *Employer attitudes towards people with a psychological disability*. Master's thesis. Université de Lund (Suède).
- Angermeyer, M.C. et Matschinger, H. (1996). Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 326-336.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes toward the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 469-86.
- Angermeyer, M.C, Matschinger, H., Corrigan, P.W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: Testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175-182.
- Arboleda-Florez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 645-650.
- Auvergnon, P. (1991). L'obligation d'emploi des handicapés. *Droit social*, 7-8, 596-607.
- Auvergnon, P. (2012). Approche juridique du handicap psychique : les enjeux d'une définition en droit social. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 4, 255-266.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bardin, L. (1989). *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S., Cole, D., the Work-Ready group. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: A qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science and Medicine*, 57(11), 2101-2114.
- Barreyre, J.Y., Makdessi, Y. (2007). *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations*. Rapport du CEDIAS (Centre d'études et documentation d'information et d'action sociales). Récupéré du site : [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/2A.hand\\_psy\\_biblio\\_volet1definitif\\_CNSA.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/2A.hand_psy_biblio_volet1definitif_CNSA.pdf).
- Baron, R. M., et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barreyre, J.Y. et Makdessi Y. (2007). *Le handicap d'origine psychique et l'évaluation des situations*. Rapport pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes

- handicapées (décembre 2007). Récupéré du site : [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/hand\\_psy\\_biblio\\_VOLET1definitif\\_CNSA.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/hand_psy_biblio_VOLET1definitif_CNSA.pdf).
- Barreyre, J.-Y., Peintre, C. (2009). Les conditions de l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique. Présentation de la recherche action sur l'évaluation des situations de handicap psychique réalisée dans 15 départements. *Revue française des affaires sociales*, 1(1-2), 119-128.
- Bayle, N. (2000). *Entre le Penser et le Faire : la production des comportements d'inclusion des travailleurs handicapés par les employeurs*. Thèse de doctorat. Université Toulouse le Mirail.
- Bazier, G., Mercier, M. (2001). Représentations sociales du handicap et de la mise au travail des personnes handicapées. Dans Rondal, J., *Manuel de psychologie des handicaps : sémiologie et principes de remédiation*, 511-532. Bruxelles : Mardaga
- Bernardin, H. J., Lee, B. A. (2002). Mental Health and Disabilities, the Employer, and the Law. Dans J. C. Thomas et M. Hersen (Eds.). *Handbook of Mental Health in the Workplace*, 15-29. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A., et Weinstein, C. (2011). *The global economic burden of non communicable diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Boisvert, C. M., Faust, D. (1999). Effects of the label "schizophrenia" on causal attributions of violence. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 479-91.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. et Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10 (80). Récupéré du site : <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-80>.
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., et al. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12(11). Récupéré du site : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/11>.
- Camarena, J. (2003). *Pour l'emploi des personnes handicapées: que faire?* Récupéré du site : <http://handiplus.noctis.be/que20faire.pdf>.
- Chapireau, F. (2006). Handicap psychique : sortir de la confusion. *Santé Mentale*, 106, 24-27.
- Chapireau, F. (2014). Le handicap psychique : la construction sociale d'un nouveau trouble spécifiquement français », *Socio-logos*, 9. Récupéré du site <http://socio-logos.revues.org/2824>.
- Charzat, M. (2002). *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris. Récupéré du site : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000350/index.shtml>.
- Clery-Melin, P., Kovess, V., Pascal, J. C. (2004). Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, *Revue française des affaires sociales*, 1, 2015-220.

- Commission des Communautés Européennes (2008). *European Pact for mental health and Wellbeing*. Récupéré du site : [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf).
- Corbière, M., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Lecomte, T. (2009). *L'étude des facteurs influençant le retour au travail des personnes avec des troubles mentaux*. Projet financé par Canadian Institute of Health Research.
- Corbière, M., et Durand, M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M., Samson, E., Villotti, P., Pelletier, J-F. (2012). Strategies to fight stigma toward people with mental disorders: Perspectives from different stakeholders. *The Scientific World Journal*, 12. Récupéré du site : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23093913>.
- Corbière, M., St-Arnaud, L., Durand M-J., Coutu, M-F., Lecomte, T., Negrini, A., et Renard, M. (2014). *Les facteurs influençant le retour au travail de personnes ayant vécu une dépression - Le point de vue des acteurs syndicaux*. Rapport de recherche R-805. Montréal (QC) : Institut de recherche en santé et sécurité au travail du Québec (IRSST).
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K., Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodement : Deux notions pour comprendre le maintien en emploi de personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale*, 40(S2), 91-S102.
- Corbière, M., Villotti, P., Lecomte, T., Bond, G., Lesage, A., Goldner, E. (2014). Work accommodations and natural supports for maintaining employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 90-98.
- Corbière, M., Brouwers, Lanctot et van Weeghel, (2014). Employment specialists competencies needed to help people with severe mental disorders enrolled in supported employment programs. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 24(3), 484-97.
- Corbière, M., Renard, M., St-Arnaud, L., Coutu, M-F., Negrini, A., Sauvé, G., & Lecomte, T. (2015). Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 335-347.
- Corrigan, P.W., Kuwabara, S., Tsang, H., Shi, L., Larson, J., Lam, C.S., et Jin, S. (2008). Disability and work-related attitudes in employers from Beijing, Chicago, and Hong Kong. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(4), 347–350.
- Corrigan, P., Larson, J., et Kuwabara, S. (2007). Mental illness stigma and the fundamental components of supported employment. *Rehabilitation Psychology*, 52(4), 451–457.
- Corrigan, P.W., Rowan D., Green, A., Lundin, P., River, L., Wasoswski, R.K., et al. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293–309.
- Corrigan, P. W., Tsang, W. H., Shi, K., Lam, C. S., et Larson J. (2010). Chinese and American employers' perspectives regarding hiring people with behaviorally driven health conditions: The role of stigma. *Social Science & Medicine*, 71, 2162–2169.



- Corrigan, P. W., et Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Couture, S. M., Penn, D. P. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291–305.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. et Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- DARES (2011). *Le parcours des employés en contrat aidé chez leurs employeurs*. Dares Analyses n°004.
- DARES (2013). *L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011*. Dares Analyses n° 066.
- DARES (2016a). *Entreprises et handicap, les modalités de mise en œuvre de l'OETH*, Dares, Document d'études, n° 201. Récupéré du site <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>.
- DARES (2016b). L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2014. Un taux d'emploi direct en légère hausse, Dares Résultats, 2016 n° 66.
- DARES (2016c). Les accords au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés : quelles incidences sur l'emploi et les actions menées par les établissements ?, Dares Analyses, 2016 n° 65 ;
- DARES (2016d). L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Comment les établissements s'en acquittent-ils ? Dares Analyses, 2016 n° 64 (<http://travail-emploi.gouv.fr>).
- Dalgin, R. et Bellini, J. (2008). Invisible Disability Disclosure in an Employment Interview Impact on Employers' Hiring Decisions and Views of Employability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52(1), 6-15.
- De Berranger, S. (2004). Travail et handicap psychique. *Empan*, 55, 111-114.
- Delobbe, N. (2011). Apport de la socialisation organisationnelle aux pratiques de recrutement / sélection pour une meilleure intégration des nouveaux venus dans leur emploi. In Laberon S (Ed.), *Psychologie du recrutement : Modèles, pratiques et normativité*, Bruxelles : De Boeck.
- De Pierrefeu, I., Corbière, M., Pachoud, B. (in press). Vocational Counselors in France: Comparison to competencies of employment specialists working in Canadian IPS programs (in press in *Community Mental Health Journal*).
- Dewa, C. S., McDaid, D. et Sultan-Taïeb, H. (2011). Aspects épidémiologiques et économiques inhérents aux troubles mentaux. Dans: Corbière, M. and Durand, M. J., (Eds.). *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Presses de l'Université du Québec, Québec, Canada.
- Dixit, S. (2005). Meaning and Explanations of Mental Illness: A Social Representations Approach. *Psychology and Developing Societies*, 17(1), 1-18.
- Dovidio, J.F, Kawakami, K., Dion L. (1998). Racial Prejudice and Stereotype Activation, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24 (4), 407-416.

- DRESS (2004). *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale*. Études et résultats N° 347, octobre 2004. ISSN 1146-9129 – CPPAP 0506 B 0579.
- Durand, M-J., Corbière, M., Coutu, M-F., Reinharz, D., Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 48, 579-589.
- Farina, A. et Felner, R.D. (1973). Employment interviewer reactions to former mental patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(2), 268–272.
- Fraser, R.T., Johnson, K., Hebert, J., Ajzen, I., Copeland, J., Brown, P. et Chan, F. (2010). Understanding employers' hiring intentions in relation to qualified workers with disabilities: preliminary findings. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(4), 420-426.
- Fuqua, D. R., Rathburn, M., et Gade, E. M. (1984). A comparison of employer attitudes toward the worker problems of eight types of disabilities. *Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin*, 15(1), 40-43.
- Glozier, N. (1998). Workplace effects of the stigmatization of depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40(9), 793–800.
- Handipole (2012). Entreprises : la question du handicap au cœur de la négociation annuelle obligatoire, n° 35, récupéré du site <http://www.handipole.org/spip.php?rubrique48>.
- Hayward, P. et Bright, J.A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345-354.
- Hand, C. et Tryssenaar, J. (2006). Small business employers' views on hiring individuals with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 166-117.
- Heilman, M. E. (1983). Sex bias in work settings: The Lack of fit model. *Research in Organizational Behavior*, 5, 269.
- Henckes, N. (2009). Les psychiatres et le handicap psychique. De l'après-guerre aux années 1980, *Revue française des affaires sociales*, 1, 25-40.
- Hernandez, B., Keys, C. et Balcazar, F. (2000). Employer attitudes toward workers with disabilities and their ADA employment rights: a literature review. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 4-16.
- Holmes, E. P., Corrigan, P.W, Williams, P., Canar, J., Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-56.
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., et Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*, 33(4), 413-425
- IGAS - Inspection Générale des Affaires Sociales (2011). *Rapport d'Activité 2011*. Récupéré du site : [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_d\\_activite\\_IGAS\\_2011.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_d_activite_IGAS_2011.pdf).
- Ju, S., Roberts, E., et Zhang, D. (2013). Employer attitudes toward workers with disabilities: A review of research in the past decade. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 38, 2, 113-123.

- Laberon, S. (2016). Recrutement. In G. Valléry, M-E. Bobillier-Chaumon, E. Brangier et M. Dubois (Eds.), *Psychologie du travail et des organisations / 100 notions clés*, 357-362. Paris, France : Dunod.
- Laberon, S. (2014a). Stigmatisations professionnelles. In P. Zawieja and F. Guarnieri (Eds.). *Dictionnaire des risques psycho-sociaux (DRPS)*, 726-730. Paris, France : éditions du Seuil.
- Laberon, S. (2014b). Les freins psychologiques à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, *Revue l'Encéphale*, 40(2), 103-114.
- Laberon, S. (2011). *Psychologie et recrutement : modèles, pratiques et normativités*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Laberon, S. et Vonthron, A.M. (2011). Les profils de personnalité stéréotypés. In S. Laberon (Ed.). *Psychologie et recrutement : modèles, pratiques et normativités*, 219-244. Bruxelles, De Boeck.
- Lacouture, Y. (2000). Les méthodes d'analyse multivariée. In R. J. Vallerand & U. Hess (Eds), *Méthodes de recherche en psychologie*, 377-432. Montréal: Gaétan Morin Édite
- Lee, B.A. (1996). Legal requirements and employer responses to accommodating employees with disabilities. *Human Resource Management Review*, 6(4), 231–51.
- Lemieux, P., Corbière, M., et Durand, M. J. (2011). Retour et réintégration au travail de personnes avec un trouble mental: le rôle du supérieur immédiat. In M. Corbière et M.J. Durand (Eds.). *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*, 315-338. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Le Roy Hatala, C. (2009). Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise. *Revue française des affaires sociales*, 1-2, 301-319.
- Le Roy Hatala, C. (2010). *Qu'est-ce que le Handicap Psychique?* Rapport pour Agence Entreprise et Handicap, 23–35. Récupéré du site : [http://www.entreprises-handicap.com/download/EH\\_rapport2008\\_00\\_handipsy.pdf](http://www.entreprises-handicap.com/download/EH_rapport2008_00_handipsy.pdf)
- Lim, K.L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schoplocher, D., et al. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28 (3), 92-98.
- Little, K., Henderson, C., Brohan, E. et Thornicroft, G. (2011). Employers' attitudes to people with mental health problems in the workplace in Britain: changes between 2006 and 2009. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(1), 73-81.
- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C. et Tremblay, C., (2001). Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Loisel, P., R. Buchbinder, R. Hazard, R. Keller, I. Scheel, B. Webster. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524.
- Martin, A. (2010). Individual and contextual correlates of managers'attitudes toward depressed employee. *Human Resource Management*, 49, (4).

- Mak, C.S., Tsang, H.W.H., et Cheung, L.C.C. (2006). Job termination among individuals with severe mental illness participated in a supported employment program in Hong Kong. *Psychiatry*, 69, 239–248.
- MacDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., Massaro, J. M., Lyass, A., et Crean, T. (2002). An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: Quantitative findings from a multi-site study. *Community Mental Health Journal*, 38(1), 35-50.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.L., Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32, 257-269.
- McFarlin, D. B., Song, J., et Sonntag, M. (1991). Integrating the disabled into the work force: A survey of Fortune 500 company attitudes and practices. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 4(2), 107-123.
- Mechanic, D., Bilder, S. et McAlpine, D. (2002). Employing persons with serious mental illness. *Health Affairs*, 21, 242-253.
- Merton, R. K. (1948). The Self-Fulfilling Prophecy, *Antioch Review*, 8, 193-21.
- Milano, S. (2009). Le handicap psychique, d'une loi à l'autre. *Revue française des affaires sociales*, 1, 17-24.
- Mizzoni, C., & Kirsh, B. (2006). Employer perspectives on supervising individuals with mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 193-206.
- Moliner, P. (1994). Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations. Dans C. Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales*, 199-232. Paris, France : Delachaux et Niestlé.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., et al. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19, 155-162.
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé (2005). *Mental Health Policies and programmes in the workplaces*. Genève, Suisse.
- Ozawa, A., et Yaeda, J. (2007). Employer attitudes toward employing persons with psychiatric disability in Japan. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26, 105-113.
- Pachoud, B. et Corbière, M. (2014). Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux : Résultats et pistes de recherche. *L'Encéphale*, 40(S2), 33-44.
- Pachoud B., Allemand, C. (2013). Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « job coaching ») : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *L'évolution psychiatrique*, 78, 107-117
- Penn, D.L., Kommana, S., Mansfield, M., et Link, B.G. (1999). Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 437-446.

- Petersen, L. E., & Krings, F. (2009). Are Ethical Codes of Conduct Toothless Tigers for Dealing with Employment Discrimination ? *Journal of Business Ethics*, 85, 501-514.
- Peureux, H., Pronier, R. (2009). *Le handicap en entreprise : Recrutement et management*. Etude réalisée pour APEC (Novembre 2009).
- Piel, E., Roelandt, J. L. (2001). *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport au ministère de l'emploi et de la solidarité, récupéré du site [www.academie-medecine.fr](http://www.academie-medecine.fr).
- Pomaki, G., France, R.L., Khushrushani, N., Murray, E., Lampinen, T., Mah, P. (2010). *Best practices for Return-to-work/Stay-at-work interventions for workers with mental health conditions*. Vancouver, BC: Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC (OHSAH).
- Preacher, K. J., Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Quintin, P., Klein, P., Carriere, P., Narboni, V. (2001). L'image de la schizophrénie et des schizophrènes auprès du grand public. *Nervure - Journal de Psychiatrie*, 14(9), 16-19.
- Raty, H., Ikonen, S. et Honkalampi, K. (2006). Common-sense descriptions of depression as social representations. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), 243-55.
- Roelandt, J.-L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A. et Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 36(3, S1), 7-13.
- Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unutzer, J., Fink, A., Tang, L., et Wells, K. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 25, 311–315.
- Russinova, Z., Griffin, S., Bloch, P., Wewiorski, N. J., Rosoklija, I. (2011). Workplace prejudice and discrimination towards individuals with mental illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35, 227–241.
- Sanderson, K. et Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2) 63-75.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324(7352), 1470–1471.
- Scheid, T. L. (2005). Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with disabilities act. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(6), 670-690.
- Schweitzer, M. et Laberon, S. (2011). Pratiques d'évaluation des recruteurs : situation, évolutions et déterminants. In S. Laberon (Ed.), *Psychologie et recrutement : modèles, pratiques et normativités*, 75-105. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Shani, A. et Pizam, A. (2009). Work-related depression among hotel employees. *Cornell Hospitality Quarterly*, 50(4), 446-459.
- Shankar, J., Liu, L., Nicholas, D., Warren, S., Lai, D., Tan, S., Zulla, R., Couture, J. et Sears, A. (2014). *Employers' perspectives on hiring and accommodating workers with mental illness*. SAGE Open, July -September, 1-13. Recupéré du site : <http://dx.doi.org/10.1177/2158244014547880>.

- Shannon, M., et Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health, 12*(3), 291 – 305
- Shaw, W. S., Robertson, M.M., Pransky, G. et McLellan, R.K. (2003). Employee perspectives on the role of supervisors to prevent workplace disability after injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation, 13*(3), 129.
- St-Arnaud, L., Briand, C., Corbière, M., Durand, M.J., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., et al. (2011). *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale - Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail.
- Stefan, S. (2002). *Hollow promises: Employment discrimination against people with mental disabilities*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Stock, S., Deguire, S., Baril, R., et Durand, M. (1999). *Travailleurs et travailleuses atteints de lésions musculo-squelettiques: les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique/électronique de l'île de Montréal*. Montréal: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Montréal-Centre.
- Stuart, H. (2011). Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale au travail. Dans Corbière, M., et Durand, M. -J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail*, 339-362. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Stuart, H. (2006). Employment equity and mental disability. *Current Opinion Psychiatry, 20*, 486–490.
- Stuart, H. (2004). Stigma and work. *Healthcare Papers, 5*(2), 100-111.
- Thakker, D. A. (1997). *Employers and the Americans with Disabilities Act: Factors influencing manager adherence with the ADA, with specific reference to individuals with psychiatric disabilities*. Doctoral Dissertation, University of Pennsylvania.
- Tremblay, P. (2005). Les représentations sociales de la dépression : vers une approche pluriméthodologique intégrant noyau central et principes organisateurs. *Journal International sur les Représentations Sociales, 2*(1).
- Tsang, H. W. H., Angell, B., Corrigan, P. W., Lee, Y. T., Shi, K., Lam, C. S., et al. (2007). A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: Implications for recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(9), 723-733
- Turner, B.S. (2001). The history of the changing concepts of health and illness: Outline of a general model of illness categories. Dans Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R., et Scrimshaw, S.C. (dir.). *Handbook of social studies in health and medicine*, 9-23. Londre, Angleterre : Sage Publications.
- UNAFAM (2001). Livre blanc des partenaires de la santé mentale, récupéré du site <https://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale-2.pdf>
- Vonthron, A-M. (2008). *Attribution d'efficacité individuelle dans l'emploi et insertion en milieu socio-organisationnel de travail*. Habilitation à Diriger des Recherches, Université Victor Segalen Bordeaux 2.

- Watine, P. (2005). Insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en France. *EMC-Toxicologie Pathologie*, 2(3), 111-136.
- Whitley, B., Kite, M. (2013). *Psychologie du préjugé et de la discrimination*, Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Wittenbrink, B., et Schwarz, N. (2007). *Implicit measures of attitudes*. New York: Guilford Press.
- Zarifian E. (1994). L'image de la personne malade dans notre société. *Réadaptation*, 409, 12-4.
- Ziegert, J. C., & Hanges, P. J. (2005). Employment Discrimination : The Role of Implicit Attitudes, Motivation, and Climate for Racial Bias. *Journal of Applied Psychology*, 90(3), 553-562.