



# HANDICAP PSYCHIQUE

## TRAVAIL ET PROTECTION SOCIALE

Édité par

Stéphanie Dagron / Anne-Sylvie Dupont / Karine Lempen

DIKE 



UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE



PÔLE BERENSTEIN  
DROIT DU TRAVAIL  
ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PROTECTION SOCIALE

DROIT DU TRAVAIL



Stéphanie Dagron / Anne-Sylvie Dupont / Karine Lempen (édit.)

## Handicap psychique



Stéphanie Dagron / Anne-Sylvie Dupont / Karine Lempen (édit.)

# Handicap psychique

Travail et protection sociale

DIKE 

 UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE

 PÔLE BERENSTEIN  
DROIT DU TRAVAIL  
ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Open-Access-Gold

Publié par :

**Dike Verlag**

Weinbergstrasse 41

CH-8006 Zürich

[info@dike.ch](mailto:info@dike.ch)

[www.dike.ch](http://www.dike.ch)

© Stéphanie Dagron / Anne-Sylvie Dupont / Karine Lempen (édit.) 2025

ISBN (Paperback): 978-3-03891-784-7 (Dike Verlag AG, Zürich)

ISBN (PDF): 978-3-03929-091-8

DOI: <https://doi.org/10.3256/978-3-03929-091-8>



Cet ouvrage fait l'objet de  
la licence Creative Commons CC BY-NC-ND.



---

## Avant-propos

Les personnes en situation de handicap psychique sont des personnes atteintes dans leur santé mentale (un problème d'ordre médical) et dans leur capacité d'exercer des activités quotidiennes ou sociales en raison de facteurs à la fois personnels et environnementaux. Il est notoire que la Suisse, pays riche par excellence, dispose non seulement d'une importante infrastructure médicale permettant une prise en charge optimale des problèmes de santé mentale, mais aussi d'une législation sociale (droit du travail, assurances sociales) étoffée, permettant de garantir aux personnes ayant un handicap psychique, un niveau de vie décent, soit au travers de l'insertion sur le marché du travail, soit en leur fournissant un revenu de substitution adéquat. Cette impression est renforcée lorsque l'on prend conscience de la multitude d'actrices et d'acteurs à leur disposition, tant dans le milieu médical que dans celui du travail social ou de l'insertion professionnelle.

Au quotidien, la réalité trahit cette impression. Les personnes concernées sont ainsi souvent confrontées aux difficultés qu'entraîne l'intervention de multiples services et personnes qui ne collaborent pas toujours entre eux et ne parlent parfois pas le même langage.

Lors du colloque qui s'est tenu à Genève en novembre 2025, le Pôle Berenstein a souhaité proposer un état des lieux de cette vaste thématique et un dialogue multidisciplinaire à son sujet, mêlant médecine, psychologie et droit, afin de mieux comprendre la nature du handicap psychique et les défis qu'il pose en matière d'inclusion professionnelle et de protection sociale. A travers la présentation et l'analyse du droit international, des droits de l'Union européenne, français et suisse, nous avons souhaité mettre en lumière les cadres législatifs, les réformes récentes, ainsi que les initiatives innovantes visant à favoriser la protection des droits sociaux des personnes souffrant de troubles psychiques et plus particulièrement leur intégration dans la sphère du travail.

L’ouvrage souligne également l’importance d’une collaboration renforcée entre les différents acteurs – institutions, employeurs, professionnels de santé, assurances et aides sociales – pour construire des solutions efficaces et durables. En prenant comme exemple les expériences novatrices dans le secteur du bâtiment à Genève, il illustre concrètement comment une synergie coordonnée peut ouvrir de nouvelles perspectives pour l’insertion professionnelle.

Nous remercions très sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cet ouvrage, à commencer par les autrices et auteurs dont les contributions en représentent la substantifique moelle. Mme Pauline Roy, étudiante à la Faculté de droit de Genève, s’est chargée des travaux éditoriaux avec une rigueur et une précision redoutables. M. Raphaël Lourdin, graphiste, a conçu la couverture du livre. Mme Rahel Gutmann, pour la maison d’édition Dike Verlag à Zurich, nous a apporté une aide précieuse par ses réactions rapides et adaptées à nos besoins. Nos remerciements vont encore à toutes les personnes qui, à la Faculté de droit de Genève et en-dehors, soutiennent les activités du Pôle Berenstein.

Genève, août 2025.

Stéphanie Dagron  
Anne-Sylvie Dupont  
Karine Lempen

---

# **Sommaire**

Abréviations	V
<b>Préface</b>	
STEFAN KAISER	1
<b>L'insertion professionnelle des personnes avec un handicap psychique</b>	
DANIÈLE SPAGNOLI	5
<b>Handicap psychique et justice sociale : pour une approche centrée sur les droits humains</b>	
STÉPHANIE DAGRON	45
<b>Handicap psychique : droit à des aménagements raisonnables dans les rapports de travail</b>	
La révision de la LHand au regard du droit onusien et européen	
KARINE LEMPEN	81
<b>Handicap psychique et insertion professionnelle : de quelques indices d'incidence de la loi française du 11 février 2005</b>	
PHILIPPE AUVERGNON	111
<b>Cadre juridique de la réinsertion professionnelle</b>	
ANNE-SYLVIE DUPONT	149
<b>Accord paritaire genevois : un état des lieux</b>	
NICOLAS RUFENER	191



---

## Abréviations

AAH	allocation aux adultes handicapés
AESH	accompagnants d'élèves en situation de handicap
aff.	affaire
Agefiph	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
Agenda 2030	Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030
AGONU	Assemblée générale des Nations Unies
AI	assurance-invalidité
AIT	allocation d'initiation au travail
al.	alinéa(s)
Alter	<i>European Journal of Disability Research</i>
Am. J. Psychiatry	<i>American Journal of Psychiatry</i>
AMS	Assemblée mondiale de la santé
Ann. Med. Psychol.	Annales Médico-psychologiques
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
AOS	assurance obligatoire de soins
APG	allocations pertes de gain
AP-LED	Avant-projet de loi sur l'égalité et les droits des personnes en situation de handicap
art.	article(s)
ATF	Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral
avr.	avril
AVS	assurance-vieillesse et survivants

BASS	<i>Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien</i>
BFEH	Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées
BMJ	<i>British Medical Journal</i>
Br. J. Psychiatry	<i>British Journal of Psychiatry</i>
c.	considérant(s)
c.	contre
CCT	Convention collective de travail
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDESC	Comité des droits économiques, sociaux et culturels
CDPH	Convention du 13 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées (RS 0.109)
CDSS	Commission des déterminants sociaux de la santé
CE	Conseil de l'Europe
CEDS	Comité européen des droits sociaux
cf.	<i>confer</i> (voir)
ch.	chiffre(s)
chap.	chapitre(s)
CHF	francs suisses
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHSS	Sécurité sociale (revue publiée par l'OFAS)

---

CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CII	collaboration interinstitutionnelle
CIM-11	Classification internationale des maladies, onzième révision
CJCE	Cour de justice des Communautés européennes
CJ GE	Cour de justice du canton de Genève
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
Clin. Psychol.: Sci. Pract.	<i>Clinical Psychology : science and practice</i>
CMRPr	Circulaire de l'OFAS sur les mesures professionnelles de l'AI
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
CNESST	Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CO	Loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (Livre cinquième : Droit des obligations) (Code des obligations ; RS 220)
Comité DPH	Comité en charge de la mise en œuvre de la CDPH
Community Ment. Health J.	<i>Community Mental Health Journal</i>
COPAI	Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité
COVID-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
CPAI	Circulaire de l'OFAS sur la procédure dans l'AI

CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPPIC	Caisse paritaire de prévoyance de l'industrie de la construction
CRPD	<i>Convention on the Rights of Persons with Disabilities</i> (= CDPH)
CSIAS	Conférence suisse des institutions d'action sociale
Cst.	Constitution fédérale de la Confédération helvétique du 18 avril 1999 (RS 101)
Curr. Opin. Psychiatry	<i>Current Opinion in Psychiatry</i>
DAES	Département des affaires économiques et sociales
Dares	Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
Déclaration de Philadelphie	Déclaration de mai 1944 relative aux buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail
DEFR	Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
Directive 2000/78/CE	Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail (JO L 303 du 2 déc. 2000)
dir(s)	directeur(s)/directrice(s)

---

DOETH	Déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Dr iur.	<i>Doctor iuris</i>
Droit soc.	Droit social (revue)
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i>
DSN	Déclaration sociale nominative
DTA	Revue de droit du travail et d'assurance-chômage
EA	Entreprises adaptées
Early Interv Psychiatry	<i>Early Intervention in Psychiatry</i>
éd.	édition
EDF	Forum européen des personnes handicapées
édit(s)	éditeur(s)/éditrice(s)
Encephale	l'Encéphale
Epidemiol. Psychiatr. Sci.	<i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i>
ESAT	Etablissement ou service d'aide par le travail
et al.	<i>et alii</i>
etc.	<i>et cetera</i>
FALC	Facile à lire et à comprendre
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
fév.	février
FF	Feuille fédérale

FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FMB	Fédération genevoise des métiers du bâtiment
GNUDD	Groupe des Nations Unies pour le développement durable
HCDH	Haut-Commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme
IC	indemnités de chômage
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
IDA	<i>International Disability Alliance</i>
ILR	<i>International Labor Review</i>
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
Int. J. Hum. Rights	<i>The International Journal of Human Rights</i>
IPS	modèle <i>Individual Placement and Support</i>
ISSR	<i>International Social Security Review</i>
JIRS	Journal international de recherche syndicale
J. Nerv. Ment. Dis.	<i>The Journal of Nervous and Mental Disease</i>
JO	Journal officiel de l'Union européenne
JORF	Journal officiel de la République française
J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.	<i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>

---

J. Psychopharmacol.	<i>Journal of Psychopharmacology</i>
juill.	juillet
LAA	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LACI	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (RS 837.0)
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LAIH	Loi vaudoise du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (RS VD 850.61)
Lancet	<i>The Lancet</i>
LASLP	Loi genevoise du 23 juin 2023 sur l'aide sociale et la lutte contre la précarité (RS GE J 4 04)
LASoc FR	Loi fribourgeoise du 14 novembre 1991 sur l'aide sociale (RS FR 831.0.1)
LASoc NE	Loi neuchâteloise du 25 juin 1996 sur l'action sociale (RS NE 831.0)
LASV	Loi vaudoise du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise (RS VD 850.051)
LAVS	Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RS 831.10)
LDIPH	Loi valaisanne du 31 janvier 1991 sur les droits et l'inclusion des personnes en situation de handicap (RS VS 850.6)
LEg	Loi fédérale du 24 mars 1995 sur l'égalité entre femmes et hommes (RS 151.1)

let.	lettre
LHand	Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (RS 151.3)
LIAS	Loi valaisanne du 10 septembre 2020 sur l'intégration et l'aide sociale (RS VS 850.1)
LIPH	Loi genevoise du 16 mai 2003 sur l'intégration des personnes handicapées (RS GE K 1 36)
LIncA	Loi neuchâteloise du 2 novembre 2021 sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (RS NE 820.22)
LMMT	Logistique des mesures du marché du travail
LOF	Loi vaudoise du 24 novembre 2003 sur l'organisation et le financement de la politique sociale (RS VD 850.01)
Loi n° 2002-303	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)
Loi n° 2005-102	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)
Loi n° 2018-771	Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel (JORF du 6 septembre 2018)

---

Loi n° 2019-486	Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises (JORF du 23 mai 2019)
Loi n° 2023-1196	Loi n° 2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi (JORF du 19 décembre 2023)
Loi n° 57-1223	Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés (JORF du 24 novembre 1957)
Loi n° 75-534	Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des handicapés (JORF du 1 <sup>er</sup> juillet 1975)
Loi n° 83-634	Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (JORF du 14 juillet 1983)
Loi n° 87-517	Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (JORF du 12 juillet 1987)
Loi n° 90-602	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 du 13 juillet 1990)
LPD	Loi fédérale du 25 septembre 2020 sur la protection des données (RS 235.1)
LPer	Loi jurassienne du 22 septembre 2010 sur le personnel de l'Etat (RS JU 173.11)
LPers	Loi fédérale du 24 mars 2000 sur le personnel de la Confédération (RS 172.220.1)

LPGA	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)
LPP	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.40)
LPSH	Loi fribourgeoise du 12 octobre 2017 sur la personne en situation de handicap (RS FR 10.4)
LTr	Loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (RS 822.11)
LUA	Lieu unique d'accompagnement
M.	Monsieur
MLaw	<i>Master of Law</i>
Mme	Madame
MMT	mesure(s) relative(s) au marché du travail
MNT	maladies non transmissibles
N	numéro(s) marginal(aux)
NCD	<i>non contagious diseases</i>
nLASoc FR	Loi fribourgeoise du 9 octobre 2024 sur l'aide sociale (entre en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier 2026)
NB	<i>nota bene</i>
OACI	Ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (RS 837.02)
OAI	Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève

---

Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCAS	Office cantonal des assurances sociales de Genève
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
oct.	octobre
OETH	Obligation d'emploi de travailleurs handicapé
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OHand	Ordonnance du 19 novembre 2003 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (RS 151.31)
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONCE	<i>Organización Nacional de Ciegos Españoles</i>
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS	Organismes de placement spécialisé
ORP	Offices régionaux de placement
Pacte ONU I	Pacte international du 16 décembre 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (RS 0.103.1)
PAS	Prestations d'Appui Spécifiques
PCO-DP-CHUV	Service de psychiatrie communautaire du Département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois
PET	programme d'emploi temporaire
PIB	Produit intérieur brut

P-LHand	Projet de la loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées
PLOS Med.	<i>PLOS Medicine</i>
PME	Petites et moyennes entreprises
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSHP	personne en situation de handicap psychique
Psychiatr. Serv.	<i>Psychiatric Services</i>
RAI	Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RS 831.201)
RDS	Revue de droit suisse
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
REISO	REISO - Revue d'information sociale et santé publique
Rev. Int. Trav.	Revue internationale du travail
Rev. Med. Suisse	Revue Médicale Suisse
RFAS	Revue française des affaires sociales
RLASV	Règlement d'application de la loi du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise (RS VD 850.051.1)
RMA	Revue Management et Avenir
RO	Recueil officiel du droit fédéral
RPT	Péréquation financière et de la répartition des tâches entre les cantons et la Confédération
RQTH	Reconnaissance de la qualité de « travailleur handicapé »
RS	Recueil systématique du droit fédéral

---

RSAS	Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle
RS AR	Recueil systématique de la législation du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures
RS FR	Recueil systématique de la législation du canton de Fribourg
RS GE	Recueil systématique de la législation du canton de Genève
RS JU	Recueil systématique de la législation du canton du Jura
RS NE	Recueil systématique de la législation du canton de Neuchâtel
RS VD	Recueil systématique de la législation du canton de Vaud
RS VS	Recueil systématique de la législation du canton du Valais
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
Sante ment. Que.	Santé mentale au Québec
Schizophr. Bull.	<i>Schizophrenia Bulletin</i>
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
sept.	septembre
SHG AR	<i>Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe</i> du 24 septembre 2007 (RS AR 851.1)
SIT	Syndicat interprofessionnel des travailleuses et travailleurs
Smic	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SNCF	Société Nationale des Chemins de fer Français

s./ss	et suivant(e)/et suivant(e)s
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
SYNA	Syndicat SYNA
TAF	Tribunal administratif fédéral
TDA/H	trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TF	Tribunal fédéral
TFA	Tribunal fédéral des assurances
TPE-PME	Très petites entreprises et petites et moyennes entreprises
TSA	troubles du spectre de l'autisme
UE	Union européenne
UNAFAM	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UNIA	Syndicat UNIA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
url	<i>uniform resource locators</i>
Ursaff	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
ZHAW	<i>Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften</i>

---

## Préface

*Stefan Kaiser\**

De nombreuses études ont établi que les troubles mentaux constituent une cause importante, voire principale, des situations de handicap. Au cours des dernières années, la prévalence des troubles mentaux a augmenté sous l'effet de multiples facteurs : crises récentes (pandémie, guerre en Ukraine), tendances générales (changement climatique, déplacements de populations) et croissance des inégalités sociales. Cette évolution entraîne vraisemblablement une augmentation du nombre de personnes en situation de handicap psychique.

Nous faisons donc face à un véritable défi sociétal auquel une réponse purement médicale est insuffisante. Certes, les améliorations des traitements biologiques et psychothérapeutiques demeurent importantes et bénéfiques, mais elles ne suffiront pas à elles seules à inverser la tendance observée.

Le présent ouvrage explore le cadre juridique entourant les questions de santé mentale et de handicap psychique, et présente des pistes concrètes pour relever le défi d'assurer la réalisation des droits à une protection sociale adéquate et à l'accès à un travail adapté aux particularités et besoins des personnes concernées. Ces droits sont garantis dans les normes internationales et régionales des droits humains et dans les constitutions nationales<sup>1</sup>. Au-delà de cet aspect essentiel, la réalisation de ces droits est aussi cruciale pour le bon fonctionnement de notre société. En l'absence de réalisation concrète, nous risquons en effet l'exclusion d'une partie croissante de la population de la pleine participation sociale et la réduction de la force de travail disponible.

La protection sociale vise la couverture des besoins essentiels des individus et la Suisse doit être considérée, à cet égard, comme disposant d'un système relativement protecteur de la population. Néanmoins, avec l'augmentation de

---

\* Médecin-chef du Service de psychiatrie adulte et Chef du Département de psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève. Professeur ordinaire, Faculté de médecine, Université de Genève.

<sup>1</sup> Voir la contribution de STÉPHANIE DAGRON dans cet ouvrage.

la précarité, la situation risque de se dégrader dans les prochaines années. Même s'il est aujourd'hui difficile de déterminer exactement le nombre de personnes en situation de précarité dans le sens strict du terme, on constate qu'une certaine vulnérabilité économique touche une part toujours plus importante de la population. Ainsi, dans le canton de Genève, près de 40 % de la population reçoit des subsides pour payer les primes d'assurance maladie.

Un défi additionnel dans les zones à forte densité du canton de Genève concerne l'accès à un logement adéquat, condition essentielle à la réalisation des autres droits humains et à l'accès au travail. L'accès au logement ne dépend pas uniquement de la disponibilité d'un revenu minimal, mais également du marché immobilier local et des aménagements possibles pour certains profils de personnes.

Pour une pleine participation à la société, l'accès à un travail ou, à défaut, à une occupation dans un contexte protégé, reste central. Cela peut paraître paradoxal car l'espace médiatique donne souvent l'impression que l'environnement professionnel nuit à la santé mentale. La littérature scientifique suggère cependant au contraire que l'accès au travail est bénéfique pour la santé mentale, ce qui ne diminue en rien l'importance d'un environnement professionnel sain<sup>2</sup>.

Les mesures visant à garantir l'accès au travail peuvent prendre différentes formes. Le présent ouvrage présente le cadre juridique correspondant ainsi que des exemples de mise en œuvre pratique.

La reconnaissance du handicap psychique en tant que tel ne signifie pas automatiquement que des mesures adaptées à cette population sont réellement mises en place. Pendant longtemps, on a simplement transposé le cadre développé pour le handicap physique au handicap psychique. Néanmoins, des progrès sont indéniables, comme le montre l'exemple français<sup>3</sup>. Un point intéressant, concernant la France et la Suisse (et particulièrement Genève), est le potentiel du dialogue social pour apporter de vraies améliorations à la situation des personnes concernées<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Voir la contribution de DANIÈLE SPAGNOLI dans cet ouvrage.

<sup>3</sup> Voir la contribution de PHILIPPE AUVERGNON dans cet ouvrage.

<sup>4</sup> Voir la contribution de NICOLAS RUFENER dans cet ouvrage.

Les aménagements du poste de travail pour les personnes souffrant d'un trouble psychique restent peu développés aujourd'hui<sup>5</sup>. Il est vrai qu'il peut paraître difficile de déterminer les types d'aménagement les plus adaptés pour ces personnes. Cependant, il existe un grand potentiel de développement qui doit reposer sur la recherche scientifique et sur la coopération entre les chercheuses et chercheurs et le milieu du travail.

La réinsertion fait l'objet en Suisse d'un large éventail de mesures<sup>6</sup>. Néanmoins, plusieurs obstacles peuvent limiter l'accès au travail. Premièrement, un grand nombre d'acteurs intervient dans le parcours individuel et leur coordination est trop souvent insuffisante. Deuxièmement, la base scientifique des mesures de réinsertion mérite d'être renforcée. Le modèle du *supported employment*, qui repose sur une excellente base scientifique aux niveaux mondial et suisse, n'est malheureusement disponible pour l'instant que dans un nombre trop limité de cantons.

Les droits à la protection sociale et à un travail décent sont des droits essentiels pour les personnes en situation de handicap psychique. Néanmoins, ces droits peuvent parfois sembler contradictoires. Par exemple, l'aide sociale dont bénéficie potentiellement une personne sans accès au travail, peut aussi avoir pour effet un renoncement de la part des individus concernés à la recherche d'un emploi ou d'une occupation et une limitation dans le développement des stratégies politiques en faveur des aménagements au travail et de la réinsertion.

En clinique, nous avons régulièrement l'impression que l'on se satisfait des résultats de la prise en charge médicale de la patiente ou du patient d'un côté, et de l'application de mesures sociales de l'autre, la prise en charge garantissant une certaine stabilité dans l'état de santé, et les mesures sociales assurant la couverture des besoins de base. Une telle approche est peu satisfaisante. Elle entraîne éventuellement le risque que les ambitions de la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique soient limitées, et que les efforts réalisés en faveur de l'intégration dans le marché du travail soient insuffisants. Cette observation ne signifie aucunement que les mesures sociales relatives à la couverture de base sont peu importantes. Elle signifie seulement que, dans l'ensemble, nous pouvons faire davantage pour permettre

---

<sup>5</sup> Voir la contribution de KARINE LEMPEN dans cet ouvrage.

<sup>6</sup> Voir la contribution d'ANNE-SYLVIE DUPONT dans cet ouvrage.

aux personnes en situation de handicap psychique de réaliser pleinement leur potentiel, ce qui inclut un maximum d'efforts pour qu'elles puissent participer, notamment par leur travail, à la vie de la société.

Je suis convaincu que le présent livre peut contribuer à cet effort et je félicite les éditrices ainsi que les auteures et auteurs pour ce travail important.

---

# **L'insertion professionnelle des personnes avec un handicap psychique**

*Danièle Spagnoli\**

## **Table des matières**

I.	Introduction	6
II.	La santé mentale et les troubles mentaux	7
III.	Les troubles psychiques les plus invalidants	8
	A. Les troubles psychotiques	11
	1. Généralités	13
	2. Les conséquences fonctionnelles des troubles psychotiques	13
	B. Les troubles de l'humeur	14
	1. Généralités	14
	2. Les conséquences fonctionnelles des troubles de l'humeur	16
	C. Les troubles anxieux	17
	1. Généralités	17
	2. Les conséquences fonctionnelles des troubles anxieux	19
	D. Les troubles de la personnalité	19
	1. Généralités	19
	2. Les conséquences fonctionnelles des troubles de la personnalité	21
IV.	Les relations entre l'emploi et la santé mentale	23
	A. Les conséquences économiques des troubles psychiques	23
	B. Les effets du travail sur la santé mentale	25
	1. Les effets positifs	25
	2. Les effets négatifs	26

---

\* Psychologue-psychothérapeute, coordinatrice cantonale de RESSORT-PCO-DP-CHUV, Lausanne. RESSORT est un dispositif de soutien à l'emploi destiné aux personnes affectées de troubles psychiques.

C. La situation de l'emploi pour les personnes souffrant d'un trouble psychique	27
1. Les obstacles à l'obtention d'un emploi	28
a. Les obstacles environnementaux	28
b. Les obstacles personnels	29
2. Les obstacles au maintien en emploi	30
V. L'insertion et le maintien en emploi	33
1. Les mesures à prendre au niveau de la société	33
2. Les programmes spécialisés d'aide à l'insertion	35
VI. Conclusion	38
Bibliographie	40
Sitographie	42

## I. Introduction

La santé mentale est une dimension essentielle de l'intégration socio-professionnelle qui n'est encore pas suffisamment prise en compte par les politiques publiques et les acteurs de l'insertion. Elle ne se voit en effet pas accorder la même valeur que la santé somatique, alors qu'elle exerce une influence sans doute plus importante que cette dernière sur les fonctionnalités des individus et leur qualité de vie.

La prévalence des troubles mentaux sévères n'est pas en augmentation ces dernières décennies. Les troubles modérés ou légers sont en revanche plus visibles (voire plus fréquents) qu'auparavant, et concernent une part importante de la population. Néanmoins, ils sont malheureusement associés avec l'idée que les personnes qui en sont victimes ne sont pas capables de travailler, ce qui aboutit à une forte exclusion d'un marché du travail qui se montre par ailleurs de plus en plus exigeant<sup>1</sup>. Cette situation est d'autant plus regrettable que l'emploi, lorsqu'il est décent, est, selon l'Organisation

---

<sup>1</sup> ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), *Mal-être au travail*.

mondiale de la santé (OMS), un facteur déterminant de la bonne santé mentale<sup>2</sup>.

Les troubles psychiques engendrent très fréquemment des atteintes fonctionnelles qui rendent l'accès à l'emploi et son maintien relativement compliqués. La stigmatisation et la méconnaissance en matière de problèmes psychiques dans le milieu du travail et de l'insertion, voire dans le milieu des soins psychiatriques, contribuent largement à cette difficulté.

Il existe pourtant des méthodes efficaces pour soutenir l'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, mais leur mise en œuvre nécessite la collaboration de tous les acteurs concernés ainsi qu'une réflexion globale sur les moyens de financement.

## II. La santé mentale et les troubles mentaux

NB : dans ce texte, les termes de troubles mentaux et de troubles psychiques sont utilisés indifféremment pour désigner les mêmes difficultés.

Selon l'OMS, la santé mentale correspond à « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique »<sup>3</sup>.

Cette définition souligne le caractère fondamental de la santé mentale, dont le bon état est nécessaire à une vie active, participative et satisfaisante. Cependant, 970 millions de personnes dans le monde (soit 11 % de la population mondiale) souffrent d'un problème de santé mentale<sup>4</sup>, plus de 200 millions d'entre elles étant atteintes de dépression et 301 millions présentant

---

<sup>2</sup> OMS, *Mental health at work*.

<sup>3</sup> OMS, *Action santé mentale*.

<sup>4</sup> OMS, *Santé mentale*.

des troubles anxieux<sup>5</sup>. Compte tenu des interactions permanentes entre la biologie (génétique, épigénétique, etc.), la psychologie (caractère, gestion du stress et des émotions, etc.) et l'environnement (événements, soutien social, conditions de vie, etc.), chaque personne est susceptible d'éprouver une détresse psychique ou de développer un trouble mental en fonction des aléas de la vie.

Selon l'OMS, « les problèmes de santé mentale englobent les troubles mentaux, les handicaps psychosociaux et d'autres états mentaux associés à un sentiment de détresse, à des déficiences fonctionnelles ou à un risque de comportement auto-agressif importants »<sup>6</sup>. Ils peuvent provoquer des difficultés dans toutes les sphères de la vie, notamment les relations sociales. Ils peuvent être la cause, comme la conséquence, de problèmes à l'école ou au travail. Ils entraînent, à l'échelle mondiale, un sixième des années vécues avec un handicap et réduisent l'espérance de vie de dix à vingt ans par rapport à la population générale. Ces données soulignent l'importance des questions liées à la santé mentale, tant du point de vue de la santé publique que du point de vue économique.

### **III. Les troubles psychiques les plus invalidants**

Un rapport très complet de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) identifie trois groupes de personnes en fonction de leurs atteintes psychiques : les personnes atteintes de troubles mentaux graves et/ou d'un état de santé mentale gravement handicapant ; les personnes atteintes de troubles mentaux modérés ou courants et/ou d'un état moins handicapant ; et les personnes atteintes de troubles mentaux (souvent non reconnus et non diagnostiqués) qui n'ont pas encore atteint le seuil clinique mais qui pourraient l'atteindre en cas d'aggravation, soit un groupe potentiellement très important en nombre<sup>7</sup>. En fonction des facteurs (environnementaux, biologiques ou sociaux) positifs ou négatifs, les troubles sévères peuvent ne provoquer qu'un

---

<sup>5</sup> OMS, *Global direction*.

<sup>6</sup> OMS, *Santé mentale*.

<sup>7</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

handicap mineur, alors que des troubles considérés comme légers peuvent au contraire occasionner une atteinte fonctionnelle importante. Les troubles modérés étant considérablement plus fréquents dans la population (15 % de la population en âge de travailler présente des troubles mentaux courants, contre 5 % souffrant de troubles mentaux graves), ils représentent un volume de handicap potentiellement très important, notamment s'ils prennent un caractère chronique (symptômes résistants ou rechutes récurrentes).

De manière générale, les troubles psychiques conduisent à des limitations d'activités et de capacités<sup>8</sup>, qui peuvent atteindre toutes les sphères de la vie de façon plus ou moins sévère en fonction de la pathologie et des ressources de la personne :

- *difficultés cognitives* : altération de la capacité à s'organiser, planifier, anticiper, apprendre, se concentrer, fixer son attention, mémoriser ;
- *altérations de la cognition psychosociale* : atteintes à la capacité d'empathie cognitive (se mettre à la place de l'autre) et émotionnelle (se montrer sensible et respectueux par rapport aux émotions de l'autre), ainsi qu'à la capacité à identifier les codes sociaux et à comprendre les situations sociales ;
- *atteintes à la motivation* : difficulté à initier une action, à anticiper ou persévérer, difficultés de gestion du temps, absence de curiosité ou d'envies ;
- *altérations des capacités d'autoévaluation et des capacités à demander de l'aide* : difficultés à évaluer ses capacités, à reconnaître et à prendre en compte ses limites, à savoir demander de l'aide en cas de besoin et à coopérer aux soins.

La formation et la sphère professionnelle peuvent être plus particulièrement affectées par ces difficultés, d'autant plus que les troubles mentaux se manifestent en général précocement dans la vie, 75 % d'entre eux se déclarant avant l'âge de 24 ans<sup>9</sup>. Ils entraînent donc des répercussions importantes sur l'acquisition des compétences professionnelles et sur le niveau de formation<sup>10</sup>,

---

<sup>8</sup> UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES (UNAFAM).

<sup>9</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>10</sup> LEE et al. ; CORBIÈRE/CHARETTE-DUSSAULT/VILLOTTI

les études étant souvent interrompues à l'apparition de la maladie. Un facteur aggravant est que les jeunes ignorent ou taïsent souvent les problèmes de santé mentale dont ils sont victimes, et ne sont donc pas soignés. Il s'écoule ainsi souvent plus de dix ans entre l'apparition du trouble mental et le premier contact avec le système de soins, et plus de quinze ans avant le premier contact avec le système de réinsertion<sup>11</sup>. Cette situation contribue aux effets à long terme des troubles mentaux sur l'intégration sociale et professionnelle et sur le recours aux aides étatiques (rentes d'invalidité mais également chômage et aide sociale).

Avant d'aborder les troubles mentaux sévères, particulièrement représentatifs des atteintes à la capacité à obtenir et à maintenir un emploi, il convient de mentionner une catégorie de troubles dont on entend de plus en plus parler dans les milieux de l'insertion en raison de leur impact et de leur fréquence. Il s'agit des troubles neurodéveloppementaux, qui comprennent les déficits intellectuels, les troubles du spectre de l'autisme (TSA, caractérisés «par un certain degré d'altération de la communication sociale et des interactions sociales réciproques, ainsi que par des modes de comportements, intérêts ou activités [...] limités, répétitifs et rigides»<sup>12</sup>), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H, caractérisé par «un schéma persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui a des effets négatifs directs sur le fonctionnement en milieu scolaire, professionnel ou social»<sup>13</sup>), ainsi que les troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dyscalculie, etc.). Ces troubles peuvent tous être à l'origine de limitations fonctionnelles parfois incompatibles avec une activité professionnelle.

Les troubles mentaux sévères sont définis par l'existence de difficultés fonctionnelles dans un ou plusieurs domaines de la vie et la persistance des problèmes de santé mentale au cours du temps<sup>14</sup>. Ces troubles particulièrement invalidants sont décrits ci-après avec les conséquences fonctionnelles qui y sont généralement associées, permettant d'illustrer la diversité des atteintes. Il sied de préciser que c'est la combinaison d'un diagnostic et de limitations fonctionnelles qui est en principe observée pour établir un statut d'invalidité.

---

<sup>11</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>12</sup> OMS, *Troubles mentaux*.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> CORBIÈRE/CHARETTE-DUSSAULT/VILLOTTI.

Il est par ailleurs important de noter que les troubles mentaux sont souvent accompagnés de comorbidités (autres troubles mentaux ou somatiques) qui peuvent entraîner des limitations fonctionnelles supplémentaires.

## A. Les troubles psychotiques

### 1. Généralités

Les troubles psychotiques (notamment la schizophrénie) se caractérisent par une variété de symptômes résultant en une perte de contact avec la réalité et une difficulté à distinguer ce qui est réel de ce qui ne l'est pas<sup>15</sup>. En sus des facteurs génétiques reconnus dans l'étiologie de cette catégorie de troubles, l'apparition des troubles psychotiques est corrélée avec des facteurs épigénétiques ou environnementaux (abus de substances, stress, immigration, vie en milieu urbain, etc.). Entre 1,5 % et 3,5 % de la population atteint les critères diagnostiques d'un trouble psychotique (environ 1 % pour la schizophrénie) mais de nombreuses autres personnes expérimentent au cours de leur vie au moins un symptôme psychotique, souvent de façon concomitante à d'autres troubles médicaux, psychiatriques (par exemple dépression sévère avec symptômes psychotiques), neurologiques ou neurodéveloppementaux.

Les symptômes psychotiques principaux (pas forcément tous présents) sont les *délires* (fausses croyances fixes et tenaces, à thème par exemple persécutoire, mystique ou grandiose), les *hallucinations* (perceptions sans objet, qui peuvent impliquer toutes les modalités sensorielles, bien que les hallucinations auditives soient les plus fréquentes dans la schizophrénie), les *pensées désorganisées* (caractérisées par un relâchement des associations, un mode de pensée non-linéaire ou tangentielle, des bizarries du discours) et les *comportements désorganisés* (manifestations d'émotions sans rapport avec le contexte, de comportements inappropriés socialement, de catatonies ou d'agitation extrême)<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> CALABRESE/AL KHALILI.

<sup>16</sup> *Ibidem.*

Ces symptômes, dits « florides », apparaissent en général lors des phases aigües d'un trouble psychotique (qui entraînent souvent une hospitalisation) et répondent plutôt bien aux traitements antipsychotiques (ou neuroleptiques). Par ailleurs, ces troubles ayant souvent un caractère récurrent ou chronique, de nombreuses personnes souffrent à long terme de symptômes résiduels qui consistent surtout en des *symptômes négatifs*. Ceux-ci sont caractérisés par une dégradation voire une perte du fonctionnement normal, d'allure « dépressive » (abrasement affectif, pauvreté du langage, ralentissement psychomoteur, manque d'intérêt et de plaisir, etc.). Ces symptômes représentent une atteinte particulièrement importante aux capacités fonctionnelles des personnes souffrant de troubles psychotiques et répondent en général moins bien aux traitements. Ils sont souvent à l'origine d'une désinsertion sociale et professionnelle.

Enfin les *troubles cognitifs* sont très fréquents, présents chez 70 à 80 % des personnes souffrant de troubles psychotiques et notamment de schizophrénie<sup>17</sup>. Pour désigner ce qui sera plus tard nommé « schizophrénie », Kraepelin<sup>18</sup> a d'ailleurs utilisé le terme de « démence précoce » en référence à la mauvaise évolution du fonctionnement cognitif chez les sujets atteints. Les troubles cognitifs apparaissent déjà souvent avant la première décompensation psychotique et restent stables dans le temps, en dépit de l'amélioration symptomatique. La médication et la thérapie ne permettent pas d'améliorer clairement ces troubles, qui répondent en revanche bien à la remédiation cognitive, particulièrement efficace notamment en combinaison avec un soutien à l'emploi de type *supported employment*<sup>19</sup>. Ces troubles cognitifs affectent différents types de fonctions : la *neurocognition* (altérations de l'attention, de la rapidité de traitement, de la mémoire et des fonctions exécutives)<sup>20</sup>, la *métacognition* (la connaissance réflexive qu'une personne peut avoir de ses propres capacités cognitives et de ses actions et la conscience qu'elle a de son fonctionnement et de ses croyances) et enfin la *cognition sociale*. Cette dernière, composée des opérations mentales qui sous-tendent les

---

<sup>17</sup> PÉNEAU/FRANCK.

<sup>18</sup> Psychiatre allemand (1856-1926) qui a établi une classification nosologique des maladies mentales.

<sup>19</sup> PÉNEAU/FRANCK.

<sup>20</sup> Flexibilité cognitive, planification, hiérarchisation des actions, etc.

interactions sociales (capacité à attribuer des intentions et croyances à autrui, capacité de reconnaissance et d'expression des émotions, style d'attribution, perception sociale<sup>21</sup>), est déterminante pour la qualité des relations interpersonnelles<sup>22</sup>.

## 2. Les conséquences fonctionnelles des troubles psychotiques

Les troubles psychotiques sont souvent à l'origine d'un handicap fonctionnel. Beaucoup d'études scientifiques indiquent que les symptômes négatifs ne sont en général pas prédictifs de l'accès à un emploi, pas plus d'ailleurs que ne le sont les symptômes florides, même sévères, ou les troubles cognitifs<sup>23</sup>. Cependant, les résultats de ces recherches ne sont pas homogènes et sont souvent démentis par les perceptions et les expériences de terrain du personnel soignant et des spécialistes du soutien à l'emploi.

L'impact fonctionnel des troubles cognitifs est important et généralement supérieur à celui des symptômes résiduels négatifs. Les troubles neurocognitifs et métacognitifs constituent les dimensions les plus fréquemment touchées, avec un impact facilement perceptible sur la capacité à travailler. La cognition sociale, qui fait quant à elle l'objet d'un intérêt particulier ces 15 dernières années<sup>24</sup>, représente également un obstacle important à l'inclusion socio-professionnelle : ne pas reconnaître les émotions d'autrui, ne pas saisir les intentions de son entourage ou bien tirer des conclusions hâtives sans tenir compte de tous les éléments d'un contexte constituent un désavantage majeur<sup>25</sup>, notamment dans le cadre d'un marché de l'emploi orienté vers le tertiaire et vers les services où les compétences sociales et relationnelles sont particulièrement valorisées<sup>26</sup>. Les comportements méfiants ou bizarres et l'interprétativité<sup>27</sup> qui peuvent

---

<sup>21</sup> Capacité à identifier les règles et les rôles sociaux, le contexte social.

<sup>22</sup> GREEN et al.

<sup>23</sup> CHARETTE-DUSSAULT/CORBIÈRE ; CORBIÈRE/CHARETTE-DUSSAULT/VILLOTTI.

<sup>24</sup> GREEN et al.

<sup>25</sup> PÉNEAU/FRANCK.

<sup>26</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>27</sup> Le fait d'interpréter de façon erronée les comportements ou propos d'autrui.

apparaître, notamment en cas de stress, sont également très pénalisants socialement et professionnellement.

Une autre difficulté rencontrée par les personnes souffrant de troubles psychotiques réside dans les effets secondaires importants de la médication antipsychotique : somnolence, ralentissement, fixité posturale, fatigue, prise de poids (laquelle impacte à son tour l'estime de soi), etc.<sup>28</sup>. Ces effets indésirables sont d'ailleurs souvent à l'origine des interruptions de traitement, qui augmentent massivement les risques de rechute. Les pratiques récentes en psychiatrie ont pour but la recherche des doses les plus faibles possible permettant un équilibre raisonnable entre qualité de vie et effet thérapeutique visé.

Globalement, les personnes souffrant de troubles psychotiques, et notamment de schizophrénie, sont très sensibles aux facteurs de stress : les tensions avec les proches, les inquiétudes financières, les problèmes de logement, le mariage, la parentalité, les pressions ou conflits au travail, etc. peuvent péjorer l'état mental au point d'engendrer une décompensation. Il s'agit donc d'un point de vigilance important dans le cadre d'une insertion professionnelle ou pour favoriser le maintien en emploi.

## **B. Les troubles de l'humeur**

### **1. Généralités**

Les troubles de l'humeur sévères comprennent principalement les troubles dépressifs sévères ou récurrents et les troubles bipolaires<sup>29</sup>. La dépression unipolaire est le trouble psychique le plus fréquent, avec une prévalence à vie de presque 17 % et une prévalence annuelle d'environ 7 %. La dépression est souvent associée à d'autres maladies (comorbidités) somatiques (maux de dos, troubles du sommeil, etc.) et psychiques (dépendances, en particulier chez les hommes ; troubles anxieux, surtout chez les femmes ; troubles de la personnalité), qui en augmentent l'effet invalidant. On observe des liens étroits entre la dépression et le genre (les femmes étant davantage touchées), un statut

---

<sup>28</sup> CORBIÈRE/CHARETTE-DUSSAULT/VILLOTTI.

<sup>29</sup> BAER/SCHULER/FÜGLISTER-DOUSSE/MOREAU-GRUET.

socio-économique bas, le fait de vivre sans partenaire, le chômage (lequel fait partie, avec l'insécurité de l'emploi ou de mauvaises conditions de travail, des facteurs de risques dépressifs les plus importants, surtout avec l'âge), une mauvaise hygiène de vie, l'isolement social, ou encore le sentiment de solitude<sup>30</sup>.

Le *trouble bipolaire* est caractérisé par des « épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression) »<sup>31</sup>. Les phases (hypo)manes sont caractérisées par un sentiment exagéré d'estime de soi, voire un sentiment de grandeur, une accélération de la pensée et du discours, des difficultés à se concentrer, une réduction du besoin de sommeil, des comportements à risque (dépenses excessives, rapports sexuels non protégés, consommations, etc.). Selon l'OMS, le trouble bipolaire, qui affectait 0,53 % de la population mondiale en 2019, constitue l'une des principales causes de handicap dans le monde par son impact sur de nombreux aspects de la vie : relations difficiles, problèmes à l'école ou au travail, difficultés à effectuer des tâches quotidiennes, augmentation du risque de suicide et de comorbidités psychiatriques ainsi que somatiques<sup>32</sup>.

Lors d'un *trouble dépressif*, on observe « un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité [...] , une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime [,] [...] des troubles du sommeil, [...] une diminution de l'appétit [,] [...] une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, et [...] des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre [...] et peut s'accompagner [...] d'une perte d'intérêt ou de plaisir, [...] d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit,

---

<sup>30</sup> *Ibidem.*

<sup>31</sup> INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS 10TH REVISION Version for 2008 (ICD-10 2008), *Troubles de l'humeur*.

<sup>32</sup> OMS, *Trouble bipolaire*.

d'une perte de poids et d'une perte de la libido »<sup>33</sup>. La dépression constitue une des causes principales de suicide. Les symptômes dépressifs sévères sont associés dans plus de 90 % des cas à des troubles somatiques (maux de dos et troubles du sommeil notamment).

Une personne dépressive sur deux n'ose pas parler de ses difficultés ou ne les aborde qu'avec son ou sa généraliste. Le traitement proposé se cantonne alors souvent à une prescription médicamenteuse<sup>34</sup>, alors que les *guidelines* préconisent une médication antidépressive associée avec un traitement psychothérapeutique. Par ailleurs, le taux de traitement médical des personnes travaillant et souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères n'est que de 25 %, et ce manque de prise en charge augmente le risque de péjoration des troubles et d'invalidité. Le taux de traitement est particulièrement bas chez les jeunes. Les symptômes somatiques (douleurs notamment) étant généralement au premier plan, les troubles dépressifs sont fréquemment ignorés ou identifiés tardivement par les médecins généralistes. Cela est d'autant plus dommageable que les personnes prises en charge par un traitement psychiatrique ambulatoire adéquat se rétablissent plus vite, notamment lorsqu'elles maintiennent une activité professionnelle au moins à temps partiel (l'activité étant importante notamment pour la structuration du temps et pour éviter le retrait social).

## 2. Les conséquences fonctionnelles des troubles de l'humeur

La dépression, même si elle est de sévérité modérée, induit souvent un handicap. Les handicaps consécutifs aux dépressions légères, voire subcliniques (c'est-à-dire n'atteignant pas complètement les critères diagnostiques), seraient largement sous-estimés (les personnes qui en souffrent cherchent rarement des soins) et engendreraient beaucoup d'absences au travail<sup>35</sup>. Dans le cadre de l'activité professionnelle, les symptômes dépressifs sévères sont associés à une baisse d'efficacité et à une augmentation des absences pour maladie, à une baisse de la satisfaction au travail, ainsi qu'à l'augmentation du surmenage et de l'anxiété. Les études ne

---

<sup>33</sup> ICD-10 2008, *Troubles de l'humeur*.

<sup>34</sup> BAER/SCHULER/FÜGLISTER-DOUSSE/MOREAU-GRUET.

<sup>35</sup> *Ibidem* ; OCDE, *Mal-être au travail*.

sont toutefois pas unanimes et montrent généralement que la sévérité des symptômes dépressifs n'est pas prédictive de l'accès à l'emploi<sup>36</sup>.

En ce qui concerne la réinsertion professionnelle, les atteintes de la motivation, de l'énergie, de l'initiation des actions et de l'estime de soi constituent des obstacles importants, tout comme le retrait social. Les personnes dépressives ne parviennent souvent pas à entamer des démarches ni ne se sentent capables de les mener à bien, ou encore d'éprouver de l'espoir et de la confiance en elles-mêmes et en l'avenir. Laissées à elles-mêmes, elles ont donc peu de chance de sortir rapidement de leur état et sont à risque de le voir se péjorer, voire se chroniciser. Un accompagnement individualisé, favorisant l'action et l'*empowerment* progressif, permet à ces personnes de reprendre une activité, laquelle favorise à son tour la confiance des personnes en elles-mêmes et en leurs capacités. A ce sujet, l'expérience de terrain montre que la reprise thérapeutique (sans exigence de rendement) est peu utilisée par les médecins traitants, alors qu'elle permettrait aux individus souffrant de troubles psychiques de rester en contact avec le milieu professionnel à un taux adapté à leur état de santé et d'augmenter celui-ci progressivement en fonction de leur évolution.

## C. Les troubles anxieux

### 1. Généralités

La catégorie des troubles anxieux comprend les troubles phobiques (phobie sociale, agoraphobie ou phobies spécifiques), les troubles dont les manifestations anxieuses « ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée »<sup>37</sup> (trouble panique ou anxiété généralisée), les troubles obsessionnels-compulsifs et les troubles post-traumatiques. La prévalence de ces troubles (13,6 % annuellement<sup>38</sup>) en fait la catégorie de troubles mentaux la plus répandue selon l'OMS<sup>39</sup>, les femmes

---

<sup>36</sup> CHARETTE-DUSSAULT/CORBIÈRE.

<sup>37</sup> ICD-10 2008, *Troubles névrotiques*.

<sup>38</sup> LÉPINE et al.

<sup>39</sup> OMS, *Troubles anxieux*.

étant presque deux fois plus touchées que les hommes. Par ailleurs, les troubles anxieux augmentent le risque de dépression et de troubles liés à la consommation de substances psychoactives, ainsi que le risque de comportements suicidaires.

L'anxiété se manifeste, sur le plan *psychologique*, par un sentiment de peur ou d'inquiétude excessive, une hypervigilance, un sentiment de danger imminent ou de panique, un perfectionnisme mais également par des difficultés de concentration ou de décision, de l'irritabilité, de la tension interne ou de l'agitation. Les troubles anxieux se caractérisent également par de nombreux symptômes *physiques* : digestifs (nausée, vomissements, etc.), cardiaques (palpitations, accélération du rythme cardiaque), neurovégétatifs (vertiges, évanouissements, sueurs, etc.), musculosquelettiques (tensions musculaires, oppression thoracique, etc.) et des problèmes de sommeil<sup>40</sup>. Enfin, les symptômes *comportementaux* correspondent aux actions (hyperactivité, agitation, rituels, consommations de substances, etc.) ou aux blocages (inhibition physique, psychique ou sociale) qui permettent d'échapper à l'anxiété. L'évitement (subtil ou manifeste) est la réponse courante face à une situation anxiogène, qui contribue paradoxalement à renforcer le trouble anxieux, en validant la peur et en ne permettant pas d'acquérir des stratégies pour y faire face.

Les personnes souffrant d'un trouble anxieux éprouvent des symptômes sur le long terme et ceux-ci peuvent évoluer dans leur forme jusqu'à envahir toutes les sphères du fonctionnement. Il existe pourtant des traitements très efficaces contre ces troubles (psychothérapies, interventions psychologiques visant l'apprentissage de stratégies pour affronter les peurs), mais seule une personne anxieuse sur quatre (27,6 %) en bénéficie<sup>41</sup>. Les personnes affectées d'un trouble anxieux sont généralement conscientes de la disproportion, voire de l'irrationalité, de leurs peurs et ressentent beaucoup de honte, ce qui peut freiner les demandes de soins.

---

<sup>40</sup> OMS, *Troubles anxieux* ; GREIPL.

<sup>41</sup> OMS, *Troubles anxieux*.

## **2. Les conséquences fonctionnelles des troubles anxieux**

L'impact fonctionnel des troubles anxieux dépend de leur sévérité et peut être majeur dans certains cas. Par exemple, les troubles obsessionnels compulsifs peuvent gagner progressivement en fréquence et en variété et les comportements ritualisés finissent par occuper le plus clair d'une journée, entravant toute activité normale. Les conséquences sur l'activité professionnelle sont potentiellement nombreuses : absences (évitement des situations anxiogènes), perfectionnisme exacerbé et chronophage (baisse de productivité), besoin important de réassurance, crainte de la nouveauté et du changement, ou encore impact relationnel important (gêne, inhibition, timidité extrême, notamment dans les phobies sociales). Les atteintes cognitives peuvent également être importantes (difficultés de concentration et de mémorisation), de même que la fatigabilité et la baisse de capacité à prendre des initiatives.

## **D. Les troubles de la personnalité**

### **1. Généralités**

Les troubles de la personnalité comprennent divers états et types de comportement cliniquement significatifs, stables dans le temps et qui sont « l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui »<sup>42</sup>. Ils apparaissent généralement précocement, sous l'influence de facteurs constitutionnels et sociaux et représentent « des modalités de comportement profondément enracinées et durables, [...] des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces troubles représentent des déviations [...] des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée »<sup>43</sup>. Ces comportements touchent de nombreux domaines du fonctionnement psychologique et sont associés à une souffrance

---

<sup>42</sup> ICD-10 2008, *Troubles de la personnalité*.

<sup>43</sup> *Ibidem*.

et à une altération du fonctionnement social. Le DSM-5<sup>44</sup> liste plusieurs types de troubles de la personnalité, qui se caractérisent chacun par des accentuations particulières du caractère : *paranoïaque* (méfiance, suspicion) *schizoid* (désintérêt social), *schizotypique* (idées bizarres, excentricité), *borderline* (dysrégulation émotionnelle, impulsivité), *antisocial* (manque d'empathie, indifférence aux règles), *histrionique* (émotivité extrême et recherche d'attention), *narcissique* (sentiment de supériorité, manque d'empathie), *évitant* (mal-être dans la relation, crainte du rejet), *dépendant* (manque d'autonomie relationnelle, soumission) et *obsessionnel-compulsif* (perfectionnisme, rigidité).

Cette catégorie de troubles est particulièrement fréquente, touchant, selon une méta-analyse récente, 7,8 % de la population mondiale<sup>45</sup>, avec une fréquence de 9,6 % dans les pays les plus riches. La moitié des personnes hospitalisées en psychiatrie présenteraient des troubles de la personnalité, souvent avec des comorbidités. Une autre méta-analyse trouve des taux encore plus élevés dans la population générale (12,2 %) et souligne l'état encore insuffisant de la recherche sur ces troubles étant donnés leur fréquence et leur impact en termes de santé publique<sup>46</sup>. Les troubles de la personnalité sont ainsi probablement sous-diagnostiqués, l'expérience clinique permettant de constater que de nombreuses personnes consultant pour des troubles de l'humeur récurrents, des troubles anxieux ou des troubles liés à la consommation de substances (comorbidités), présentent également les caractéristiques d'un trouble de la personnalité qui n'a pas été diagnostiqué.

Les conflits répétés ou les comportements inadaptés et rigides sont des marqueurs de ces troubles et surviennent en particulier en cas de stress. Ces particularités engendrent souvent des contre-attitudes (agacement, agressivité, indifférence) chez autrui, y compris chez les soignants, qui risquent alors de se désinvestir et de négliger certaines pistes thérapeutiques<sup>47</sup>. Les personnes souffrant de troubles de la personnalité présentent des problèmes psychiatriques (consommations de substances, tentatives de suicides,

---

<sup>44</sup> Le manuel de référence pour les diagnostics des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association.

<sup>45</sup> WINSPIR et al.

<sup>46</sup> VOLKERT/GABLONSKI/RABUNG.

<sup>47</sup> DE LUCIA et al.

comportements à risque ou excentriques), sociaux (difficultés à créer et à maintenir des liens professionnels, sociaux et familiaux durables et fonctionnels, difficultés financières) et somatiques (notamment accidents liés à l'impulsivité ou comportements auto-agressifs). Le traitement consiste principalement dans la médication des troubles comorbides (dépression, anxiété) et dans la psychothérapie, qui doit être réalisée de préférence auprès de spécialistes de ces troubles et qui s'inscrit généralement sur le long terme.

## **2. Les conséquences fonctionnelles des troubles de la personnalité**

Les troubles de la personnalité sont à l'origine de comportements qui sont particulièrement mal perçus dans le monde du travail : la difficulté à s'adapter au changement, les conflits relationnels, l'absence de remise en question sont notamment des éléments mal tolérés en entreprise, comme le montre l'étude de BAER et FASEL sur les « collaborateurs difficiles ». Menée auprès de cadres et de responsables hiérarchiques, celle-ci révèle que les comportements les plus problématiques à l'œuvre dans les situations particulièrement éprouvantes pour les entreprises sont : « le refus de reconnaître ses erreurs et la mise en cause des autres (dans 46 % des cas), les changements d'état d'esprit et d'humeur marqués et imprévisibles (dans 39 % des cas) et le fait de 'se cabrer' lorsque des instructions sont données (dans 34 % des cas) »<sup>48</sup>. Cette recherche souligne l'importance des « problèmes de caractère », qui seraient à l'origine de plus du tiers des situations décrites (on ne peut pas pour autant en conclure que ces collaborateurs difficiles sont tous affectés de troubles de la personnalité). Cependant, une autre étude de BAER, FRICK et FASEL, conduite à partir d'une analyse des dossiers de l'assurance-invalidité (AI), montre la proportion importante des troubles de la personnalité chez les personnes recevant une rente AI et relève la mention de traits de personnalité accentués dans 70 % des dossiers traités<sup>49</sup>. 85 % de ces personnes ayant eu une activité professionnelle avant de recourir à l'AI, ces données (ainsi que les

---

<sup>48</sup> BAER et al. ; BAER/FASEL, 195.

<sup>49</sup> BAER/FRICK/FASEL.

observations cliniques) confirment l'importance des problèmes professionnels et de la charge d'invalidité provoqués par les troubles de la personnalité.

Les atteintes fonctionnelles touchent souvent davantage le fonctionnement interpersonnel que les compétences professionnelles proprement dites, bien que celles-ci puissent également être affectées. Si ces atteintes peuvent être très différentes selon le type de trouble de la personnalité, on observe souvent une difficulté à gérer les émotions, un manque d'empathie ou une difficulté à respecter les bonnes limites interpersonnelles, de l'impulsivité, une difficulté dans la perception de soi et des autres, un manque de conscience de son propre fonctionnement, une attribution de causalité externe, une difficulté à accepter les remarques, etc. Ces comportements, lorsqu'ils s'expriment dans le cadre professionnel, sont perçus négativement par les collègues et la hiérarchie et engendrent fréquemment des tensions au sein des équipes ainsi que des réactions d'irritation, d'incompréhension et de colère de la part des collègues (la compassion étant réservée aux personnes dépressives ou visiblement en souffrance). Selon BAER et FASEL l'ambiance se détériore au sein des équipes dans la moitié des situations impliquant une personne avec un « problème de caractère »<sup>50</sup>. La hiérarchie a alors tendance à mettre fin aux rapports de travail (c'est le cas dans 90 % des situations ayant trouvé une conclusion au moment de l'enquête). Les personnes souffrant de troubles de la personnalité, lorsqu'elles ont pu entrer sur le marché du travail, occupent fréquemment une succession d'emplois de durée relativement brève. Les expériences professionnelles négatives et les contre-attitudes interpersonnelles renforcent les croyances rigides et le sentiment d'être victime (des employeurs, du système, du personnel soignant, etc.), engendrant une souffrance réelle et une désinsertion sociale progressive. Avec toute la prudence qui s'impose, on peut ainsi formuler l'hypothèse que les personnes présentant un trouble de la personnalité sont surreprésentées parmi les personnes au chômage de longue durée et les bénéficiaires de l'aide sociale.

---

<sup>50</sup> BAER/FASEL.

## IV. Les relations entre l'emploi et la santé mentale

L'emploi occupe une place centrale dans l'équilibre psychique et la santé mentale. Il peut ainsi être une source de stabilité et de satisfaction, mais aussi un facteur de stress et de déséquilibre. Selon l'OMS, si un emploi décent est effectivement bénéfique pour la santé mentale, certains environnements de travail constituent en revanche un risque pour celle-ci, notamment lorsqu'ils impliquent une charge de travail excessive, de la discrimination ou une insécurité<sup>51</sup>.

### A. Les conséquences économiques des troubles psychiques

A l'échelle mondiale, on estime par exemple que douze milliards de journées de travail sont perdues chaque année en raison de la dépression et de l'anxiété, ce qui représente un coût de 1'000 milliards de dollars par an en termes de perte de productivité. Dans un rapport de 2017, l'OMS souligne les répercussions économiques colossales des problèmes de santé mentale, qui représentent une perte de productivité nettement supérieure aux coûts directs des soins que ces troubles nécessitent<sup>52</sup>. Les coûts indirects, comprenant également les dépenses liées au chômage, à l'invalidité et à l'aide sociale, sont très difficiles à chiffrer précisément. L'OCDE souligne à cet égard la nécessité d'améliorer les connaissances relatives à ces coûts cachés, et plus particulièrement à l'importance de la part imputable aux troubles mentaux modérés, en raison de leur prévalence élevée<sup>53</sup>.

En Suisse, selon TOMONAGA et al., les troubles de l'humeur ont à eux seuls engendré, en 2010, plus de onze milliards de francs de coûts directs (traitement, hospitalisations) et indirects (incapacités de travail, coûts d'invalidité)<sup>54</sup>. En ce qui concerne les coûts directs, le montant des traitements psychiatriques à la charge de l'assurance de base (AOS) a atteint 2,6 milliards de francs en 2022 (dont 44,4 % pour les cabinets psychiatriques ambulatoires),

---

<sup>51</sup> OMS, *Mental health at work*.

<sup>52</sup> OMS, *Atlas 2017*.

<sup>53</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>54</sup> TOMONAGA et al.

soit 6,8 % des coûts totaux facturés à l'AOS<sup>55</sup>. L'OCDE dénonçait, en 2012 déjà, le nombre important de rentes invalidité accordées pour raisons psychiques (ce qui en fait la cause principale d'invalidité), notamment chez les jeunes (ce qui entraîne des rentes « à vie » coûteuses). Les statistiques officielles soulignent la progression de la proportion des rentes AI octroyées pour des troubles psychiques (48 % en 2014 contre 54,6 % en 2023)<sup>56</sup>. Un rapport de l'OCDE concernant la Suisse évalue le coût des problèmes de santé mentale à environ 3,2 % du produit intérieur brut (PIB) « en raison des pertes de productivité qu'ils induisent chez les personnes concernées titulaires d'un emploi, des dépenses sociales en faveur de celles qui doivent cesser temporairement ou définitivement de travailler, et des soins de santé nécessaires dans tous les cas »<sup>57</sup>.

L'impact économique des problèmes de santé mentale est tel dans tous les pays de l'OCDE que le sujet est devenu un enjeu des politiques gouvernementales<sup>58</sup>. En Suisse par exemple, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a indiqué que « la Confédération travaille à promouvoir la santé psychique et cherche à améliorer la prévention et le dépistage précoce des maladies psychiques afin de réduire le nombre de cas. Les mesures adoptées misent sur la sensibilisation et la déstigmatisation, la prévention, la transmission des connaissances et la mise en réseau des nombreux acteurs »<sup>59</sup>. Toutefois, dans un récent rapport mondial sur la santé mentale, l'OMS dénonce l'incapacité globale des Etats à fournir aux individus les services de santé mentale dont ils auraient besoin et à se dorer des moyens de mettre en œuvre les politiques socio-sanitaires affichées<sup>60</sup>. La situation en Suisse est très bonne en comparaison internationale, puisqu'avec plus de 0,5 psychiatres-psychothérapeutes et 0,7 psychologues-psychothérapeutes pour 1'000 habitants, c'est le pays offrant le meilleur accès aux soins psychiatriques<sup>61</sup>. Malgré cela, il est actuellement difficile d'accéder rapidement à un ou une psychothérapeute et de nombreuses

---

<sup>55</sup> SCHULER et al.

<sup>56</sup> OBSAN.

<sup>57</sup> OCDE, *Santé mentale et emploi*.

<sup>58</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>59</sup> OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP).

<sup>60</sup> OMS, *Atlas 2020*.

<sup>61</sup> HOLTORTH/KRAMER/DAUWADLER ; voir STATISTA, *Psychiatres pays européens*.

personnes ne reçoivent ainsi pas l'aide dont elles auraient besoin pour la prise en charge de leurs troubles mentaux.

## **B. Les effets du travail sur la santé mentale**

Les relations entre l'emploi et la santé mentale sont multiples et peuvent être positives comme négatives, en fonction des facteurs psychosociaux à l'œuvre dans l'environnement de travail. Ces facteurs psychosociaux correspondent à la charge de travail, l'autonomie décisionnelle, la reconnaissance, le soutien social de la hiérarchie et des collègues, la justice organisationnelle (impartialité, cohérence, transparence, équité), l'information et la communication<sup>62</sup>. On peut encore mentionner l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et les évolutions ou transitions de carrière, qui contribuent également à l'état de la santé mentale.

### **1. Les effets positifs**

Sur le versant positif, l'emploi est source de stabilité et d'indépendance économique, d'identité (on se définit souvent par ce que l'on fait professionnellement), de satisfaction et de réalisation personnelle. Il est un facteur déterminant de l'inclusion sociale, notamment par la structuration « normale » des journées, et permet de développer des compétences (professionnelles et sociales), un sentiment d'efficacité personnelle et de contrôle sur sa vie, une reconnaissance de ses capacités et de sa contribution (piliers de l'estime de soi), un sentiment d'appartenance et un renforcement du réseau social<sup>63</sup>. Lorsque les facteurs psychosociaux sont positifs, l'emploi est donc un élément qui favorise une bonne santé mentale et permet son entretien. L'activité professionnelle est d'ailleurs un facteur de pronostic favorable dans le rétablissement<sup>64</sup> des troubles psychiques, qu'elle accélère et consolide. Les personnes ayant un emploi ou suivant un cursus d'études sont

---

<sup>62</sup> COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CNESST).

<sup>63</sup> CORBIÈRE/CHARETTE-DUSSAULT/VILLOTTI.

<sup>64</sup> Ce terme a largement remplacé celui de « guérison » en psychiatrie et représente le retour à une vie satisfaisante malgré certaines séquelles des troubles.

significativement plus satisfaites de leurs occupations et présentent un meilleur niveau de fonctionnement psychosocial<sup>65</sup>. C'est un argument majeur en faveur du développement du soutien à l'insertion et du maintien des (bons) emplois pour les personnes présentant une fragilité psychique.

## 2. Les effets négatifs

Sur le versant négatif, l'emploi peut être créateur de détresse psychique voire de troubles mentaux, en fonction des risques psychosociaux se présentant. L'institut national de santé publique du Québec (INSPQ) définit les risques psychosociaux comme les « facteurs qui sont liés à l'organisation du travail, aux pratiques de gestion, aux conditions d'emploi et aux relations sociales et qui augmentent la probabilité d'engendrer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes exposées »<sup>66</sup>. En présence de ces risques psychosociaux, le travail est susceptible de faire décompenser un trouble psychique préexistant ou de favoriser l'émergence de nouveaux troubles.

Dans de nombreux domaines professionnels, les conditions de travail ont tendance, ces dernières décennies, à engendrer davantage de pression sur le personnel et les cadres<sup>67</sup>, comme en témoignent les statistiques du stress perçu au travail en Suisse, dont le niveau est passé de 18 % en 2012 à 23 % en 2022<sup>68</sup>. Le stress est davantage perçu lorsque les personnes sont exposées à plusieurs risques psychosociaux, notamment les exigences émotionnelles (devoir cacher ses sentiments, éprouver des tensions avec le public ou de la peur) : 50 % des personnes déclarant être confrontées à ces risques se disent stressées la plupart du temps ou toujours, contre 14 % de celles qui n'y font pas face. Plus de la moitié (53 %) des personnes stressées sont également épuisées émotionnellement dans leur travail et présentent un risque accru de *burn-out*. Certaines branches d'activité présentent en outre une fréquence élevée de risques psychosociaux, comme la restauration et l'hébergement ou encore la branche « santé et action sociale ». Or, les personnes souffrant de troubles

---

<sup>65</sup> EKLUND/HANSSON/AHLQVIST.

<sup>66</sup> INSPQ.

<sup>67</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>68</sup> OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS).

mentaux sont plus susceptibles que les autres d'occuper un emploi peu qualifié ou qui correspondrait mal à leurs compétences. Cela peut donc générer un stress professionnel malsain<sup>69</sup> et engendrer un cercle vicieux fragilisant leur santé mentale.

## C. La situation de l'emploi pour les personnes souffrant d'un trouble psychique

Selon l'OCDE, un des défis actuels majeurs concerne « l'exclusion professionnelle croissante pour cause de troubles mentaux »<sup>70</sup>. Cette exclusion résulte des relations complexes entre les modifications du marché de l'emploi, l'augmentation de la vulnérabilité de la population face à ces changements et la tendance à considérer les atteintes psychiques comme incompatibles avec les exigences de ce marché ; une conséquence est un recours de plus en plus important aux rentes d'invalidité.

Globalement, les personnes souffrant de troubles psychiques ont un accès moindre au marché de l'emploi. Dans les pays de l'OCDE, le taux d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux sévères est de l'ordre de 45 à 55 % (60 à 70 % pour les personnes atteintes de troubles modérés qui constituent, rappelons-le, une part relativement importante de la population générale)<sup>71</sup>.

Le taux de chômage en Suisse, qui était de 2,8 % en avril 2025<sup>72</sup>, est bas par rapport à celui des pays environnants (7,1 % en France<sup>73</sup> ; 6 % en Allemagne<sup>74</sup>), et le taux d'emploi y est élevé (70 % en 2007) en comparaison avec les autres pays de l'OCDE. Malgré ce contexte favorable, les personnes souffrant de troubles psychiques sont trois fois plus souvent au chômage que

---

<sup>69</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>70</sup> *Ibidem*, 19.

<sup>71</sup> *Ibidem*.

<sup>72</sup> SECO.

<sup>73</sup> INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE).

<sup>74</sup> STATISTA, *Site*.

la population générale<sup>75</sup>, ce qui entraîne un accroissement progressif du recours aux rentes d'invalidité et à l'aide sociale.

## 1. Les obstacles à l'obtention d'un emploi

Les raisons de la difficulté d'accès au marché de l'emploi pour les personnes souffrant d'un trouble psychique, sont de nature environnementale ou individuelle<sup>76</sup>.

### a. Les obstacles environnementaux

Les obstacles environnementaux rencontrés sont les suivants :

- les *prestations d'invalidité* et autres ressources en nature. Le fait de recevoir une pension d'invalidité n'est pas un facteur qui favorise une reprise d'activité professionnelle : ces prestations sont difficiles à obtenir, mais elles offrent, une fois acquises, une stabilité (à défaut d'une aisance) financière que les personnes hésitent à voir menacée au profit d'un emploi souvent mal rémunéré et moins sécurisant<sup>77</sup> ;
- la *stigmatisation* liée aux troubles mentaux est considérée comme un obstacle majeur<sup>78</sup>. Les employeurs peuvent percevoir les personnes qui en sont atteintes comme dangereuses, imprévisibles, peu fiables ou déraisonnables, et sont donc peu susceptibles de les engager si les troubles sont connus.
- le *soutien* apporté par le personnel soignant en santé mentale est fréquemment évoqué par les personnes atteintes de troubles psychiques sévères comme un facteur facilitant l'insertion. Or, les professionnels et professionnelles en santé mentale n'échappent pas totalement aux préjugés sur les troubles et leurs conséquences et peuvent porter un discours décourageant sur les projets d'insertion, par pessimisme pronostique ou en raison de préjugés sur le monde du travail. Par ailleurs, globalement, le système de soins entretient une mauvaise collaboration avec les autres acteurs de l'insertion (monde du travail et mesures d'insertion, assurances perdes de

---

<sup>75</sup> OCDE, *Santé mentale et emploi*.

<sup>76</sup> CHARETTE-DUSSAULT/CORBIÈRE.

<sup>77</sup> CORBIÈRE/CHARETTE-DUSSAULT/VILLOTTI.

<sup>78</sup> *Ibidem*.

gain et invalidité), notamment en raison des questions de transmission d'informations (pour ne pas trahir le secret médical ou menacer l'alliance thérapeutique), de mauvaise valorisation financière du travail en réseau, ou bien encore en raison d'une méconnaissance du marché de l'emploi et des enjeux qui y sont associés. Par ailleurs, les acteurs de la psychiatrie peinent souvent à évaluer avec nuance la capacité de travail, à décrire les limitations fonctionnelles et à prendre en compte le statut professionnel et les besoins particuliers de leur patientèle en matière de soutien à l'insertion<sup>79</sup> ;

- le *soutien social* et l'encouragement des proches influencent le processus de recherche d'emploi et la motivation quant à l'insertion, mais ils font fréquemment défaut aux personnes souffrant de troubles psychiques ;
- les *services professionnels* qui proposent des mesures d'aide à l'insertion ne sont généralement pas suffisamment adaptés aux besoins spécifiques de cette population, et se trouvent en difficulté lorsqu'ils sont confrontés à des personnes souffrant de troubles psychiques.

Il faut ajouter à cette liste les évolutions du monde du travail, telles que constatées empiriquement et soulignées par l'OCDE : « les aptitudes exigées au travail augmentent ou évoluent. Les aptitudes cognitives et relationnelles demandées sont plus importantes, ce qui rend la tâche plus difficile pour les personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale »<sup>80</sup>.

## b. Les obstacles personnels

Les obstacles d'ordre personnel peuvent être liés à plusieurs facteurs :

- *associés à la maladie* : symptômes, médication, fatigabilité, troubles cognitifs, etc. ;
- *associés à l'expérience et aux compétences professionnelles* : perte ou obsolescence des compétences professionnelles, voire non-acquisition de celles-ci du fait de l'apparition précoce des troubles, CV « à trous », carence de formation continue, etc. Le manque d'expérience professionnelle récente est effectivement corrélé avec la difficulté d'accès à l'emploi<sup>81</sup> ;

---

<sup>79</sup> OCDE, *Mal-être au travail* ; OCDE, *Santé mentale et emploi*.

<sup>80</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>81</sup> CORBIÈRE/CHARETTE-DUSSAULT/VILLOTTI ; CHARETTE-DUSSAULT/CORBIÈRE.

- associés à la perception de soi, aux craintes et à la motivation : perte de confiance en soi, auto-stigmatisation, sentiment d’illégitimité, perte de compétences relationnelles, etc. Les efforts concrets d’une personne et les stratégies qu’elle met en œuvre pour trouver un emploi sont des facteurs significatifs de l’accès à l’emploi<sup>82</sup>. Cependant, ils nécessitent un sentiment de contrôle et de confiance en soi qui n’est pas forcément mobilisable avec une atteinte psychique.

## 2. Les obstacles au maintien en emploi

Lorsque les personnes rencontrent un problème de santé mentale alors qu’elles sont en emploi, le premier enjeu est l’identification du problème par la partie employeuse. Beaucoup de personnes n’osent pas parler de leurs difficultés de santé mentale avec leur employeur, de crainte d’une stigmatisation et d’un licenciement<sup>83</sup>. En outre, certaines personnes, notamment lorsqu’elles souffrent de troubles de la personnalité, ne sont pas conscientes de leur trouble et des conséquences de celui-ci, et elles auront tendance à considérer que le problème vient par exemple de leur entourage professionnel, sans réaliser leur propre contribution à la péjoration de la situation.

La divulgation de l’existence de troubles est un enjeu majeur dans le cadre des questions de troubles psychiques et d’emploi, qu’elle intervienne au moment de la recherche d’emploi (avec un risque très augmenté de ne pas être embauché) ou lors de l’apparition d’un trouble en cours d’emploi. L’OCDE préconise à ce propos d’influencer les pratiques « de sorte que la divulgation des troubles mentaux procure plus d’avantages (la perspective d’une aide adaptée) que d’inconvénients (discrimination et risque de licenciement) »<sup>84</sup>.

Le suivi des absences pour maladie n’engendre de réaction que lorsque l’absence est longue, alors que souvent elle a été précédée par des absences perlées qui auraient dû alerter sur une situation de santé progressivement dégradée. La surveillance des absences de longue durée n’est donc pas

---

<sup>82</sup> CHARETTE-DUSSAULT/CORBIÈRE.

<sup>83</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>84</sup> *Ibidem*, 226.

suffisante pour anticiper les situations problématiques, et se manifeste souvent trop tardivement, en réaction à des situations déjà fragilisées<sup>85</sup>.

Les assurances pertes de gain ne proposent que trop rarement un soutien individualisé (par le biais de *case management* par exemple) susceptible d'améliorer le maintien au poste. Sur le terrain, on observe aussi les pressions parfois exercées par les médecins-conseils pour que les personnes reprennent leur activité professionnelle rapidement, sans tenir compte des besoins particuliers liés aux troubles psychiques. Par ailleurs, le niveau et la durée des prestations pertes de gain étant liés à l'ancienneté, les personnes salariées souffrant de troubles psychiques, qui changent plus fréquemment d'emploi que la moyenne, sont désavantagées<sup>86</sup>.

Un autre obstacle est l'absence de service de médecine du personnel dans la plupart des petites et moyennes entreprises suisses, alors que ce type de service pourrait contribuer à la détection des problèmes de santé mentale, à la collaboration avec les médecins traitants, au soutien des personnes concernées et à la négociation des aménagements de poste (changement de taux ou de cahier des charges).

En l'absence de soutien de la part de la médecine du personnel ou de l'assurance perte de gain, il revient souvent à la partie employeuse de gérer les problèmes de santé mentale au sein de son entreprise. Or, les employeurs ont dans l'ensemble une faible connaissance (et donc une crainte) des troubles psychiques et ne disposent pas en général des outils suffisants pour les identifier correctement. Dans l'enquête sur les collaborateurs dits difficiles, il apparaît que 90 % des employeurs mènent avec ces personnes des entretiens au cours desquels ils abordent l'organisation du travail, les obligations des collaborateurs et collaboratrices et les conséquences négatives possibles (avertissement, licenciement) en cas de maintien du problème, et demandent aux personnes concernées d'être plus motivées et de se ressaisir<sup>87</sup>. Dans seulement 17 % des cas, un service de soutien externe non médical est mandaté (surtout dans le cadre de grandes entreprises). Dans 40 % des cas, il est demandé à la personne concernée de consulter un ou une médecin ou un ou

---

<sup>85</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

<sup>86</sup> OCDE, *Santé mentale et emploi*.

<sup>87</sup> BAER/FASEL.

une psychologue, notamment lorsqu'elle présente des symptômes de troubles douloureux, de troubles anxieux ou des problèmes de dépendance (mais presque jamais lorsqu'il s'agit de « problèmes de caractère », qui ne sont pas identifiés comme étant des problèmes de santé). Globalement, on observe sur le terrain que de nombreux acteurs (du marché de l'emploi ou de l'insertion) confrontés aux problèmes psychiques ne savent pas comment aborder la question avec la personne concernée, ou évitent de le faire en invoquant la barrière entre vie professionnelle et vie privée. Il ressort par ailleurs que les supérieurs hiérarchiques ne tiennent pas compte de la problématique psychique spécifique de la personne, mais y répondent surtout émotionnellement, parfois en fonction de leur rapport personnel aux problèmes psychiques<sup>88</sup>. Le risque de licenciement est par ailleurs multiplié par quatre lorsque la partie employeuse n'a pas de connaissances sur les problèmes psychiques et peine à les identifier. Ces éléments indiquent à quel point il serait nécessaire d'améliorer l'information des employeurs au sujet des problèmes psychiques pour améliorer les chances de maintien en emploi. Cependant, ces données soulignent également que les entreprises ont tendance à gérer ce type de problèmes en interne, en ne faisant que trop rarement appel à des aides externes. Les développements récents de l'AI vont dans le sens d'une meilleure information des employeurs ainsi que de la mise à disposition d'outils (notamment formations) et de soutiens pour leur permettre de maintenir les personnes concernées à leur poste de travail au lieu de les licencier. Il faudra cependant encore du temps pour changer l'attitude du marché de l'emploi vis-à-vis des troubles psychiques.

Lorsque les conditions de travail sont partiellement à l'origine de la dégradation de la santé psychique, la reconnaissance du problème est encore plus difficile pour les entreprises. L'OCDE suggère que, de manière générale, « les employeurs suisses portent moins d'attention que les entreprises de nombreux autres pays à la gestion des risques psychosociaux au travail »<sup>89</sup>.

---

<sup>88</sup> *Ibidem*.

<sup>89</sup> OCDE, *Santé mentale et emploi*.

## V. L'insertion et le maintien en emploi

Comment favoriser l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques ? Les réponses sont aussi complexes que le problème et impliquent plusieurs niveaux d'action. Il s'agit ainsi de trouver des solutions spécifiques, tant sur le plan systémique que sur le plan individuel.

### 1. Les mesures à prendre au niveau de la société

Les politiques publiques étant très différentes selon les Etats, même au niveau de la région européenne, cette partie est concentrée sur la situation en Suisse et s'appuie notamment sur les constats et recommandations du rapport *ad hoc* de l'OCDE concernant la Suisse<sup>90</sup>, dont la pertinence est confirmée par les observations de terrain. Ce rapport relève les points forts suivants : « un système éducatif doté de nombreux outils très efficaces ; un système de santé mentale très accessible ; un marché florissant dans le domaine des services de l'emploi ; un système de protection sociale modulable permettant d'offrir également des prestations partielles ; et un marché du travail suffisamment souple pour autoriser un retour progressif à la vie active »<sup>91</sup>. Ces points forts expliqueraient en partie pourquoi le taux d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux est plus élevé en Suisse que dans d'autres pays de l'OCDE. Cependant, les dépenses liées aux prestations de maladie et d'invalidité sont élevées et de plus en plus souvent imputables à des problèmes psychiques. Le rapport indique à cet égard qu'« [a]fin de continuer d'améliorer l'insertion des personnes concernées sur le marché du travail et de les rendre moins dépendantes de l'aide sociale, il faudra éliminer certaines failles du système, réaffecter les ressources et renforcer les incitations destinées aux différentes parties prenantes »<sup>92</sup>.

Parmi les particularités de la Suisse, telles que soulignées par le rapport de l'OCDE, on trouve le système fédéraliste ainsi que l'influence d'un secteur privé important. Ces particularités sont à la source de difficultés pour

---

<sup>90</sup> *Ibidem*.

<sup>91</sup> *Ibidem*, 15.

<sup>92</sup> *Ibidem*, 16.

l’élaboration des mesures d’amélioration et leur mise en œuvre, notamment parce que « l’interface entre le monde du travail et celui de la santé mentale n’est assurée par aucune entité »<sup>93</sup>. Les différentes pistes d’action identifiées par l’OCDE sont les suivantes :

- accroître la sensibilisation aux liens entre santé mentale et travail par des campagnes d’information et des formations aux entreprises ;
- développer des outils et des principes directeurs destinés aux employeurs sur l’identification ainsi que sur la réduction ou l’élimination des risques psychosociaux ;
- envisager de modifier la législation sur l’assurance-accidents afin de reconnaître, au moins partiellement, les maladies mentales comme maladies professionnelles lorsqu’elles sont péjorées par le travail (ce qui se fait, par exemple, en Australie). Cela permettrait de profiter de l’expérience et des outils (tel que le suivi individualisé) dont les assurances-accidents disposent pour une réintégration rapide dans l’emploi ;
- renforcer la gestion et un suivi plus actif des absences pour maladie, par exemple en mettant en place un meilleur contrôle des certificats médicaux ou en exigeant (sous peine d’amende) que les parties employeuses signalent rapidement à l’AI les personnes salariées connaissant de longues périodes d’absence ou des absences régulières. Sont aussi préconisées les incitations financières aux employeurs (*via* les primes d’allocations perte de gain [APG] par exemple) pour une meilleure gestion des absences et du retour au travail des salariés après un congé maladie ;
- améliorer l’accès des employeurs à des services professionnels d’aide : « les services de médecine du travail doivent être développés de manière générale, et plus particulièrement dans le cadre des systèmes privés d’assurance maladie et de l’assurance invalidité publique »<sup>94</sup> ;
- renforcer le rôle de l’AI auprès des employeurs, notamment pour améliorer la détection précoce des problèmes de santé mentale. Il faut signaler à cet égard que l’AI a déployé dans ses dernières réformes des efforts considérables pour s’adapter aux besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles psychiques et à ceux des employeurs, au point d’être qualifiée

---

<sup>93</sup> *Ibidem*, 163.

<sup>94</sup> *Ibidem*, 58.

d'« organisme de réadaptation professionnelle dynamique » par l'OCDE<sup>95</sup> ;

- renforcer l'identification et la prise en charge des troubles mentaux dont souffrent les personnes au chômage et les bénéficiaires de l'aide sociale, et améliorer la coordination entre les offices régionaux du chômage et les dispositifs d'aide sociale pour favoriser le retour à l'emploi ;
- améliorer la collaboration interinstitutionnelle en y intégrant le système de santé et en renforçant le travail en réseau, notamment en prévoyant des incitations financières à l'intention des principaux acteurs ;
- améliorer la détection des problèmes psychiques chez les jeunes pour éviter le décrochage scolaire ou l'orientation vers le régime d'invalidité ;
- orienter le système de santé mentale vers les enjeux de l'emploi (formation des médecins, évaluation des limitations fonctionnelles, traitements, contribution à la stratégie de réinsertion, etc.), en veillant à une affectation efficace des ressources. Les services de santé mentale devraient également se préoccuper davantage des personnes atteintes de troubles psychiques modérés (qui touchent un grand nombre de personnes) et collaborer activement et systématiquement avec les entreprises dans une perspective de prise en charge globale des besoins de sa patientèle<sup>96</sup>. Un obstacle important à cette participation est que l'assurance-maladie ne finance pas des soins spécifiquement orientés vers l'emploi.

## 2. Les programmes spécialisés d'aide à l'insertion

La Suisse dispose d'une offre importante de mesures d'insertion ciblant divers publics : jeunes ou seniors, femmes reprenant une activité professionnelle après avoir élevé leurs enfants, personnes présentant un problème de santé, etc. Ces programmes ne sont néanmoins que rarement bien adaptés aux besoins particuliers des personnes souffrant de troubles psychiques. En outre, il existe très peu de programmes de soutien à l'insertion qui leur soient spécifiquement destinés.

---

<sup>95</sup> *Ibidem*, 18.

<sup>96</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

Les organismes d'insertion classiques sont inadaptés pour de nombreuses raisons : stigmatisation sociale importante des maladies psychiques, manque de formation du personnel d'insertion sur cette thématique, cloisonnement et manque de collaboration entre les systèmes sociaux et le système de santé mentale, mesures d'insertion relativement brèves (généralement de trois à douze mois) et rarement individualisées, etc. En outre, lorsque des troubles psychiques se manifestent durant la période de mise en œuvre des mesures d'insertion, les bénéficiaires ne peuvent généralement en bénéficier car leurs troubles sont perçus comme incompatibles avec l'emploi.

Malgré des efforts importants de l'AI, notamment depuis la cinquième révision de la LAI, les programmes d'insertion spécifiquement dédiés aux personnes souffrant de troubles psychiques restent insuffisants. Ces programmes sont en effet souvent conçus selon un modèle *train-then-place*, qui postule une reprise progressive du rythme, puis l'exercice des compétences et de la productivité dans des espaces relativement protégés (ateliers protégés, entreprises fictives), avant un retour vers le marché de l'emploi. Ces modalités de réadaptation relativement éloignées des réalités du travail ne conviennent qu'à une minorité de personnes et ne permettent que trop rarement de retrouver un emploi.

De nombreuses recherches effectuées sur les programmes les mieux adaptés pour les personnes souffrant de troubles psychiques ont désigné les programmes d'emploi soutenu (*supported employment*) et plus particulièrement le modèle *Individual Placement and Support* (IPS), comme étant les plus efficaces pour accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques sévères vers le premier marché de l'emploi<sup>97</sup>. Ces programmes sont largement mis en œuvre à travers le monde<sup>98</sup>. Les résultats obtenus en termes d'accès à l'emploi sont évidemment tributaires du marché de l'emploi local, mais ils permettent de manière générale un taux d'accès à l'emploi beaucoup plus élevé que les programmes basés sur la méthode *train-then-place*. Des recherches récentes ont en outre montré que l'emploi soutenu est

---

<sup>97</sup> CHARETTE-DUSSAULT/CORBIÈRE ; CORBIÈRE/CHARETTE-DUSSAULT/VILLOTTI.

<sup>98</sup> CHARETTE-DUSSAULT/CORBIÈRE.

également favorable aux jeunes<sup>99</sup>, car il permet aussi le soutien aux études et à la formation initiale, ainsi qu'aux personnes affectées de troubles mentaux modérés<sup>100</sup>. De rares services de ce type sont proposés en Suisse, généralement dans les services psychiatriques des hôpitaux universitaires (Berne, Zurich, Genève, Lausanne).

Le programme IPS est issu du courant du « rétablissement » (*recovery*) et du constat formulé par les usagers de la psychiatrie que le fait d'avoir un emploi est déterminant pour leur santé mentale. Il comprend certains principes essentiels<sup>101</sup> :

- le programme est accessible sur demande de la personne, sans exclusion reposant sur la symptomatologie ou le diagnostic ;
- l'objectif est de trouver un emploi « compétitif », c'est-à-dire rémunéré selon le marché et non pas réservé aux personnes avec un handicap, dans l'idée d'une normalisation et d'une intégration sociale ;
- le programme doit être intégré aux services de santé mentale. Ce principe est sous-tendu à la fois par la notion de collaboration interprofessionnelle et par l'idée que le retour à l'emploi devrait faire partie intégrante des traitements psychiatriques ;
- les préférences de la personne sont déterminantes pour la recherche d'emploi. Il arrive en effet souvent que les programmes d'insertion tiennent peu compte des envies professionnelles des bénéficiaires, au détriment de leur motivation ;
- les recherches d'emploi débutent rapidement après l'entrée dans le programme, sans évaluation poussée (d'après le modèle *place-then-train*, qui postule que les compétences manquantes peuvent être acquises après le placement)<sup>102</sup> ;
- le soutien est individualisé et s'adapte aux besoins particuliers de la personne (rythme, intensité du soutien, autonomie pour les démarches, choix

---

<sup>99</sup> BOND/DRAKE/CAMPBELL.

<sup>100</sup> BOND/DRAKE/POGUE.

<sup>101</sup> DRAKE/BOND/BECKER.

<sup>102</sup> CORRIGAN.

de divulguer ou non certaines informations à l'employeur et manière de le faire, collaboration serrée avec le réseau de soins psychiatriques, etc.).

Le soutien est assuré par un ou une *job coach* qui s'occupe de toutes les étapes de l'insertion. La qualité de l'alliance entre le ou la *job coach* et le ou la bénéficiaire est déterminante et est corrélée avec l'obtention d'un emploi, le ou la spécialiste en emploi devant soutenir l'espoir et la motivation de la personne concernée qui peuvent naturellement fluctuer au cours du suivi.

En dépit de l'efficacité des programmes de soutien à l'emploi de type IPS, ceux-ci sont insuffisamment implantés (pour des raisons essentiellement budgétaires) et la grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiques sévères n'y ont pas accès<sup>103</sup>. Par ailleurs, ils ne permettent pas à toutes les personnes de retrouver un emploi et les postes trouvés sont souvent à temps partiel<sup>104</sup>. Concernant ce dernier point, l'expérience de terrain indique toutefois qu'il s'agit souvent d'une stratégie intéressante, qui permet de combiner un emploi et la réduction des prestations sociales ou d'invalidité tout en favorisant la stabilité psychique sur le long terme.

## VI. Conclusion

« La récurrence élevée, le caractère chronique, la comorbidité fréquente, l'apparition précoce et d'autres caractéristiques spécifiques de la maladie mentale posent des difficultés particulièrement grandes pour les systèmes et l'action publique »<sup>105</sup>. Les obstacles à l'emploi des personnes atteintes de troubles psychiques sont nombreux et complexes. Les solutions doivent être à la hauteur de cette complexité et impliquer toutes les parties prenantes.

Les employeurs devraient apprendre à tolérer au sein de leurs entreprises les nombreuses personnes qui souffrent de troubles psychiques et recevoir dans ce cadre une aide soutenue (de la part des assurances sociales et pertes de gain et des professionnels et professionnelles de la santé mentale notamment) pour éviter d'éventuelles conséquences problématiques pour leurs équipes et

---

<sup>103</sup> CORBIÈRE/CHARETTE-DUSSAULT/VILLOTTI.

<sup>104</sup> OCDE, *Santé mentale et emploi*.

<sup>105</sup> OCDE, *Mal-être au travail*.

assurer la bonne marche de l'entreprise. Ils devraient également tout mettre en œuvre pour éviter ou éliminer les risques psychosociaux créateurs de souffrance psychique chez les personnes salariées.

Le système de santé mentale devrait entamer un changement de culture important pour se rapprocher des entreprises et des questions liées à l'emploi. Une meilleure formation du personnel soignant concernant la description des limitations fonctionnelles, un meilleur échange des informations pertinentes et une implication proactive dans le retour à l'emploi seraient très favorables aux personnes soignées en psychiatrie et contribuerait à réduire leurs atteintes fonctionnelles. Une meilleure prise en charge des troubles psychiques modérés permettrait de réduire la charge d'invalidité.

Le système d'insertion (lié au chômage, à l'AI ou à l'aide sociale) devrait être mieux équipé pour faire face adéquatement aux problèmes psychiques croissants de ses bénéficiaires et améliorer les retours à l'emploi. Il devrait collaborer plus étroitement avec les personnes intervenantes en santé mentale et être moins contraint à des performances rapides par ses mandants (*chi va piano va sano*).

Le système scolaire et de formation doit également poursuivre ses efforts de détection des situations problématiques et contribuer à la continuité des formations dans toute la mesure du possible.

Les maladies psychiques sont d'étiologie complexe, diverses et très individuelles dans leurs manifestations. Il est difficile d'établir quelle approche est la plus efficace pour tel type de pathologie ou pour telle tranche d'âge, et il n'existe pas de parcours de réinsertion « typique » pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Aussi, un suivi individualisé, adaptable et prenant en compte les enjeux de santé mentale est-il une solution efficace dans la majorité des situations.

En guise de conclusion personnelle, je me permettrai de citer le rapporteur spécial de l'Organisation des Nations Unies (ONU) sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, qui souligne les liens entre les conditions de travail et l'augmentation des problèmes de santé mentale : « Les cercles vicieux reliant pauvreté et problèmes de santé mentale sont le prix à payer pour l'accent que notre société, obsédée par l'augmentation de la production économique totale, met actuellement sur le renforcement de la concurrence et de la performance [...] »<sup>106</sup>.

---

<sup>106</sup> ASSEMBLEE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES (AGONU).

## Bibliographie

AGONU, Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, Olivier De Schutter, A/79/162, 16 juillet 2024.

BAER NIKLAS et al., La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle, Obsan Rapport 56 (2013).

BAER NIKLAS/FASEL TANIA, Collaborateurs « difficiles », CHSS 4/2011.

BAER NIKLAS/FRICK ULRICH/FASEL TANIA, Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe, Rapport de recherche de l'OFAS n° 6/2009, Liestal/Zurich/Feldkirchen 2009.

BOND GARY R./DRAKE ROBERT E./CAMPBELL KIKUKO, Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults, Early Interv. Psychiatry 4/10 (2016), 300 ss.

BOND GARY R./DRAKE ROBERT E./POGUE JACQUELINE A., Expanding Individual Placement and Support to Populations With Conditions and Disorders Other Than Serious Mental Illness, Psychiatr. Serv. 6/70 (2019), 488 ss.

CALABRESE JORDAN/AL KHALILI YASIR, Psychosis, StatPearls (2025).

CHARETTE-DUSSAULT ELYSE/CORBIÈRE MARC, An Integrative Review of the Barriers to Job Acquisition for People With Severe Mental Illnesses. J. Nerv. Ment. Dis. 7/207 (2019), 523 ss.

CORBIÈRE MARC/CHARETTE-DUSSAULT ELYSE/VILLOTTI PATRIZIA, Factors of Competitive Employment for People with Severe Mental Illness, from Acquisition to Tenure, in : Bültmann/Siegrist (édit.), Handbook of Disability, Work and Health, Cham 2020, 525 ss.

CORRIGAN PATRICK W., Place-Then-Train: An Alternative Service Paradigm for Persons With Psychiatric Disabilities, Clin. Psychol.: Sci. Pract. 3/8 (2001), 334 ss.

DE LUCIA SYLVAIN et al., Troubles de la personnalité en médecine de premier recours : du lien aux soins. Rev. Med. Suisse 905/21 (2025), 276 ss.

DRAKE ROBERT E./BOND GARY R./BECKER DEBORAH R., IPS Supported Employment: An Evidence-Based Approach to Supported Employment, New York 2012.

EKLUND MONA/HANSSON LARS/AHLQVIST CARIN, The Importance of Work as Compared to Other Forms of Daily Occupations for Wellbeing and Functioning among Persons with Long-Term Mental Illness, Community Ment. Health J. 5/40 (2004), 465 ss.

GREEN MICHAEL F. et al., Social cognition in schizophrenia: an NIMH Workshop on definitions, assessment, and research opportunities. Schizophr. Bull. 6/34 (2008), 1211 ss.

HOLTFORTH MARTIN GROSSE/KRAMER UELI/DAUWADLER JEAN-PIERRE, La psychothérapie psychologique en Suisse vers la transparence et la qualité, Sante ment. Que. 4/40 (2015), 51 ss.

LEE SING et al., Mental disorders and termination of education in high-income and low and middle-income countries: epidemiological study, Br. J. Psychiatry 5/194 (2009), 411 ss.

LÉPINE JEAN-PIERRE et al., Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD), Encephale 2/31 (2005), 182 ss.

OCDE, Mal-être au travail ? : Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi, Paris 2012 (cité : *Mal-être au travail*).

OCDE, Santé mentale et emploi : Suisse, Paris 2014 (cité : *Santé mentale et emploi*).

OFAS, Rapport annuel : statistiques de l'AI 2024, 2025.

OFS, Conditions de travail et état de santé, entre 2012 et 2022, Neuchâtel 2024.

OMS, Mental Health Atlas 2017, Genève 2018 (cité : *Atlas 2017*).

OMS, Mental Health Atlas 2020, Genève 2021 (cité : *Atlas 2020*).

PÉNEAU ELIE/FRANCK NICOLAS, Remédiation cognitive dans la schizophrénie et les troubles apparentés en pratique quotidienne, Ann. Med. Psychol. 3/173 (2015), 279 ss.

SCHULER DANIELA et al., Santé psychique. Chiffres clés 2022, Obsan 11/2024.

TOMONAGA YUKI et al., The Economic Burden of Depression in Switzerland, PharmacoEconomics 3/31 (2013), 237 ss.

VOLKERT JANA/GABLONSKI THORSTEN-CHRISTIAN/RABUNG SVEN, Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis, Br. J. Psychiatry 6/2136 (2018), 709 ss.

WINSPER CATHERINE et al., The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis, Br. J. Psychiatry 2/216 (2020), 69 ss.

## Sitographie

CNESST, Facteurs de risques psychosociaux liés au travail (consultable à l'adresse url : <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/sante-psychologique/facteurs-risques-psychosociaux-lies-au-travail>, dernière consultation le 13 juin 2025).

GREIPL CORA, Les troubles anxieux, Faculté de médecine, Université de Genève, 2023 (consultable à l'adresse url : [https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2023-11/strategie\\_troubles\\_anxieux\\_2023\\_1.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2023-11/strategie_troubles_anxieux_2023_1.pdf), dernière consultation le 13 juin 2025).

ICD-10 2008, Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69) (cité : Troubles de la personnalité ; consultable à l'adresse url : <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F60-F69>, dernière consultation le 13 juin 2025).

ICD-10 2008, Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39) (cité : *Troubles de l'humeur* ; consultable à l'adresse url : <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F30-F39>, dernière consultation le 13 juin 2025).

ICD-10 2008, Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48) (cité : *Troubles névrotiques* ; consultable à l'adresse url : <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F40-F48>, dernière consultation le 13 juin 2025).

INSEE (consultable à l'adresse url : <https://www.insee.fr>, dernière consultation le 13 juin 2025).

INSPQ, Risques psychosociaux du travail, mis à jour le 13 octobre 2024 (consultable à l'adresse url : [https://www.inspq.qc.ca/risques-psychosociaux-du-travail](https://www.inspq.qc.ca/risques-psychosociaux-du-travail-et-promotion-de-la-sante-des-travailleurs/risques-psychosociaux-du-travail), dernière consultation le 13 juin 2025).

OBSAN, Nouvelles rentes AI pour cause de maladie (âge : 18–âge de la retraite), mis à jour le 26 septembre 2024 (consultable à l'adresse url : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/nouvelles-rentes-ai-pour-cause-de-maladie-age-18-age-de-la-retraite>, dernière consultation le 13 juin 2025).

OFSP, Soins psychiatriques (consultable à l'adresse url : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit.html>, dernière consultation le 13 juin 2025).

OMS, Mental and brain health : Global strategic direction (cité : *Global direction* ; consultable à l'adresse url : <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/analyses-and-syntheses/mental-health/global-strategic-direction>, dernière consultation le 13 juin 2025).

OMS, Mental health at work, 2 septembre 2024 (cité : *Mental health at work* ; consultable à l'adresse url : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>, dernière consultation le 13 juin 2025).

OMS, Santé mentale (cité : *Santé mentale* ; consultable à l'adresse url : [https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_2), dernière consultation le 13 juin 2025).

OMS, Santé mentale : renforcer notre action, 17 juin 2022 (cité : *Action santé mentale* ; consultable à l'adresse url : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, dernière consultation le 13 juin 2025).

OMS, Trouble bipolaire, 8 juillet 2024 (cité : *Trouble bipolaire* ; consultable à l'adresse url : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>, dernière consultation le 13 juin 2025).

OMS, Troubles anxieux, 27 septembre 2023 (cité : *Troubles anxieux* ; consultable à l'adresse url : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>, dernière consultation le 13 juin 2025).

OMS, Troubles mentaux, 8 juin 2022 (cité : *Troubles mentaux* ; consultable à l'adresse url : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, dernière consultation le 13 juin 2025).

SECO, Communiqué de presse, La situation sur le marché du travail en avril 2025, 6 mai 2025 (consultable à l'adresse url : [https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Publikationen\\_Dienstleistungen/Publikationen\\_und\\_Formulare/Arbeit/Arbeitslosenversicherung/Die\\_Lage\\_auf\\_dem\\_Arbeitsmarkt/lage\\_arbeitsmarkt\\_2025/lage\\_arbeitsmarkt\\_april\\_2025.html](https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitslosenversicherung/Die_Lage_auf_dem_Arbeitsmarkt/lage_arbeitsmarkt_2025/lage_arbeitsmarkt_april_2025.html), dernière consultation le 13 juin 2025).

STATISTA, Les pays européens qui comptent le plus de psychiatres, 7 octobre 2019 (cité : *Psychiatres pays européens* ; consultable à l'adresse url : <https://fr.statista.com/infographie/11425/les-pays-europeens-qui-comptent-le-plus-de-psychiatres>, dernière consultation le 13 juin 2025).

STATISTA (cité : *Site* ; consultable à l'adresse url : <https://fr.statista.com/>, dernière consultation le 13 juin 2025).

UNAFAM, Handicap psychique, mis à jour le 23 novembre 2024 (consultable à l'adresse url : <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>, dernière consultation le 13 juin 2025).

---

# **Handicap psychique et justice sociale : pour une approche centrée sur les droits humains**

*Stéphanie Dagron\**

## **Table des matières**

I.	Introduction	46
II.	Santé mentale, handicap et handicap psychique : des défis nombreux	48
	A. Santé mentale, handicap et handicap psychique au 21 <sup>e</sup> siècle : réflexions préliminaires	49
	1. Santé mentale et handicap psychique	49
	a. (Im)précisions d'ordre terminologique	49
	b. Grands enjeux de la santé mentale au 21 <sup>e</sup> siècle	50
	2. Approches du handicap	52
	B. Défis multiples et variés pour les personnes en situation de handicap psychique	55
	1. Défis sociaux multiples : pauvreté, accès à l'emploi et exclusion sociale	56
	2. Défis additionnels : stigmatisation et discriminations	59
III.	Handicap psychique et protection sociale : un droit central et des obligations concrètes	61
	A. Importance de la protection sociale pour la justice sociale	62
	1. Importance de la protection sociale de manière générale	62
	2. Importance de la protection sociale pour les personnes en situation de handicap	64
	B. Handicap psychique, sécurité du revenu et accès aux soins de santé : quelles obligations concrètes ?	65
	1. Handicap psychique et sécurité du revenu	66
	2. Handicap psychique et accès aux soins de santé	68
IV.	Conclusion	72

---

\* Professeure ordinaire de la Faculté de droit/Professeure associée de la Faculté de médecine, Université de Genève.

Bibliographie	73
Sitographie	79

## I. Introduction

La volonté affirmée depuis quelques années par la communauté internationale de présenter les principes de justice sociale, d'équité et les droits humains comme devant guider le développement par les Etats de stratégies et politiques destinées à la protection des populations précaires, éventuellement qualifiées de « vulnérables »<sup>1</sup>, s'oppose, de manière très paradoxale, à la persistance voire l'approfondissement dans tous les pays du monde indépendamment de leur niveau de revenus, de fortes inégalités sociales entre les individus et de lacunes profondes dans la protection des plus vulnérables<sup>2</sup>.

Les incohérences entre la théorie et la réalité, entre les annonces et les actes, sont particulièrement marquées concernant les personnes qui ont un « handicap psychique » engendré par la combinaison entre, d'un côté, un problème de santé mentale et, de l'autre, différents facteurs, à la fois personnels (capacité des individus à accomplir des tâches) et contextuels et environnementaux (contexte de vie des individus)<sup>3</sup>.

Il n'existe pas de rapport spécifiquement dédié à l'analyse de la réalité des conditions de vie des personnes en situation de handicap psychique. En revanche, il existe de nombreux rapports qui, bien que consacrés à un autre sujet, peuvent être retenus en ce qu'ils livrent des éléments d'analyse centraux sur les conditions de vie des personnes en situation de handicap psychique, sur leurs besoins et sur la réalisation de leurs droits. Il s'agit de rapports sur les

---

<sup>1</sup> Voir l'ouvrage suivant (et plus particulièrement l'introduction) : EBBESSON/HEY.

<sup>2</sup> Voir notamment les rapports suivants sur la pauvreté et les progrès réalisés dans le monde depuis 2015 en matière d'extension de la protection sociale : ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (OIT), *Universal social protection* ; PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD).

<sup>3</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)/BANQUE MONDIALE, 4.

sujets suivants : les problèmes de santé mentale<sup>4</sup> qui vont être éventuellement à la source d'un handicap psychique ; le handicap en général<sup>5</sup> et donc les différents types de handicap liés plus particulièrement à des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles selon la classification proposée par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) adoptée en 2006<sup>6</sup> ; les stratégies internationales de développement économique et social qui tiennent compte plus spécialement des populations vulnérables. Ainsi, il ressort de la Déclaration dite de Copenhague, adoptée à l'occasion du premier Sommet mondial pour le développement social en 1995, que « les personnes – plus d'une sur 10 – souffrant d'incapacités [...] sont trop souvent acculées à la pauvreté, au chômage et à l'isolement social »<sup>7</sup>.

Ce constat questionne très fortement la réalité de la volonté et de la capacité des Etats à réaliser un environnement propice « à la promotion du progrès social et de la justice, et à l'amélioration de la condition humaine »<sup>8</sup>, tel que souhaité lors du même Sommet mondial. Il est à noter que c'est d'ailleurs ce même objectif qui doit être réaffirmé en novembre 2025 à l'occasion du second Sommet social mondial<sup>9</sup>. Le projet de la Déclaration qui doit être adoptée à cette occasion<sup>10</sup>, rappelle le contenu du projet commun de développement social de 1995 et, plus particulièrement, les objectifs fondamentaux suivants : « *social justice, solidarity, harmony and equality, within and among countries, with [...] full respect for human rights* »<sup>11</sup> ; au-delà de ça, il souligne la nécessité de se diriger vers un futur « *inclusive*,

---

<sup>4</sup> Voir OMS, *Mental health report* (en anglais uniquement) ; Assemblée Générale des Nations Unies (AGONU), A/79/762 ; AGONU, A/HRC/58/38.

<sup>5</sup> Voir OMS/BANQUE MONDIALE ; OMS, *Rapport équité santé*. Voir aussi ci-dessous les rapports de la Rapporteur spéciale sur les droits des personnes handicapées.

<sup>6</sup> Art. 1 de la Convention du 13 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées (RS 0.109).

<sup>7</sup> ONU, A/CONF.166/9, § 16 h.

<sup>8</sup> *Ibidem*, § 25.

<sup>9</sup> La décision d'organiser un tel sommet a été prise par l'AGONU dans sa Résolution 78/261 sur le « Deuxième Sommet mondial pour le développement social » du 26 février 2024 (voir AGONU, A/RES/78/261).

<sup>10</sup> DÉPARTEMENT DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES (DAES), *World Summit*.

<sup>11</sup> *Ibidem*, § 22.

*resilient, sustainable and just »<sup>12</sup>, ainsi que vers un monde dans lequel « the dignity of all people is respected, where no one is left behind »<sup>13</sup>.*

L'identification des défis, des inégalités et des pratiques discriminatoires touchant plus particulièrement certains individus, est une première étape essentielle de l'approche fondée sur les droits humains développée au début du 21<sup>e</sup> siècle dans le domaine du développement humain<sup>14</sup>. La seconde étape consiste en l'identification et en la clarification des obligations centrales à la charge des Etats. L'objectif principal de cette approche est de contribuer à la formulation et à la mise en œuvre de politiques et stratégies protectrices des droits humains des individus dans leur ensemble et des populations exclues et marginalisées en particulier. Elle est considérée comme un choix à la fois juste d'un point de vue moral et juridique, et judicieux d'un point de vue pratique, car conduisant à l'amélioration et à la durabilité des solutions développées<sup>15</sup>.

Conformément à cette approche et après avoir présenté plus en détails les défis auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap psychique (II), nous analyserons plus précisément le contenu concret de certains droits sociaux liés à la protection sociale et considérés comme déterminants pour la réalisation de la justice sociale en faveur de ces personnes (III).

## **II. Santé mentale, handicap et handicap psychique : des défis nombreux**

Les personnes en situation de handicap psychique sont confrontées à de nombreux défis dans leur vie de tous les jours qui sont autant de questions à prendre en compte dans le cadre du développement de stratégies destinées à la promotion et à la protection de leurs droits, ainsi qu'à la réalisation de la justice sociale. L'identification de ces défis (B) implique une meilleure compréhension des concepts de santé mentale, de handicap et de handicap

---

<sup>12</sup> *Ibidem.*

<sup>13</sup> *Ibidem*, § 23.

<sup>14</sup> Voir le document suivant : GROUPE DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (GNUDD).

<sup>15</sup> HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS-UNIES AUX DROITS DE L'HOMME (HCDH), 16.

psychique, ainsi que des approches utilisées au cours des dernières décennies pour les aborder (A).

## **A. Santé mentale, handicap et handicap psychique au 21<sup>e</sup> siècle : réflexions préliminaires**

L'absence de prise en compte, jusqu'à peu, de la santé mentale comme un problème central de santé publique (1), mais aussi les approches appliquées au handicap jusqu'au début du 21<sup>e</sup> siècle (2), ont conduit à ce que les défis rencontrés par les personnes en situation d'handicap psychique soient pendant longtemps ignorés ou du moins sous-estimés.

### **1. Santé mentale et handicap psychique**

#### **a. (Im)précisions d'ordre terminologique**

Santé mentale et handicap psychique sont étroitement liés. Si les problèmes de santé mentale ne débouchent pas forcément tous sur un handicap, ils sont cependant une composante centrale du handicap psychique. Ainsi, ce sont les maladies ou troubles psychiques qui, lorsqu'ils persistent sur le long terme et limitent les capacités des individus, vont constituer le handicap psychique. Il est à noter que dans la littérature francophone, on distingue plus particulièrement<sup>16</sup> entre deux types de troubles qu'il s'agit de ne pas confondre : les troubles psychiques d'un côté (par exemple la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'anxiété ou la dépression) qui vont perturber de façon variable dans le temps de nombreuses fonctions psychiques comme les émotions, la prise de décision et la cognition, et être à l'origine du « handicap psychique » ; les « troubles du développement intellectuel »<sup>17</sup> ou la « déficience intellectuelle » de l'autre, qui vont conduire au « handicap mental »<sup>18</sup>. Si nous traitons ici du « handicap psychique », il est important de noter qu'il est parfois difficile, dans la plupart des textes auxquels il est fait

---

<sup>16</sup> Voir AUVERGNON.

<sup>17</sup> Voir CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES, ONZIÈME RÉVISION (CIM-11).

<sup>18</sup> Voir les définitions proposées dans INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM).

référence dans notre analyse, de distinguer entre ce type de handicap d'un côté, et le « handicap mental » de l'autre. Ainsi, une telle distinction n'est pas retenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>19</sup>, ni par d'autres organes de l'Organisation des Nations Unies (ONU) intervenant notamment dans le domaine des droits humains<sup>20</sup>. Les travaux, résolutions et déclarations de ces organes utilisent souvent l'expression de « handicap psychosocial » sans pour autant en donner une définition précise. Il semble, à la lecture de ces textes, qu'une distinction entre le handicap psychique et le handicap mental ne soit pas nécessaire à l'argument développé, et que l'expression de handicap psychosocial doive être comprise comme incluant les deux types de handicap.

### **b. Grands enjeux de la santé mentale au 21<sup>e</sup> siècle**

Le handicap psychique étant étroitement lié à la santé mentale, les études et analyses portant sur ce dernier sujet sont tout à fait intéressantes pour mieux identifier et comprendre les défis liés au handicap psychique. Parmi les informations disponibles, il est possible de mentionner tout d'abord l'importance de l'impact des problèmes de santé mentale sur les individus et les sociétés. En 2012, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS), dans sa Résolution WHA65.4 sur la santé mentale, considérait ainsi que les problèmes de santé mentale « contribuent sensiblement à alourdir la charge que constituent la maladie et la perte de la qualité de vie et entraînent d'énormes coûts économiques et sociaux »<sup>21</sup>.

Ce constat a été confirmé par la suite à de maintes reprises. Le rapport du Secrétaire général des Nations Unies publié en janvier 2025 concernant la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT) et la promotion de la santé mentale, confirme ainsi l'ampleur des problèmes de santé mentale et de leur impact général<sup>22</sup>. Il ressort de ce rapport que ce sont les MNT et les problèmes de santé mentale dans leur ensemble qui non seulement sont « à l'origine de la plupart des décès enregistrés chaque année dans le monde et de la majorité des

---

<sup>19</sup> Voir par exemple le rapport suivant : OMS, *Rapport équité santé*, 51.

<sup>20</sup> Voir par exemple la résolution et le rapport suivants : AGONU, A/HRC/RES/52/12 ; AGONU, A/HRC/58/38.

<sup>21</sup> AMS, 2.

<sup>22</sup> AGONU, A/79/762. Voir aussi pour confirmation le rapport suivant : OMS, *Maladies non transmissibles*.

cas de morbidité, y compris le handicap »<sup>23</sup>, mais encore « à l'origine de quatre années sur cinq vécues avec une incapacité en 2021 »<sup>24</sup>. Au-delà, ce rapport précise que les conséquences mentionnées pour la santé des individus représentent aussi un impact économique considérable pour les Etats qui ont insuffisamment investi dans les services de prévention et de prise en charge et ont laissé progresser les inégalités économiques et sociales<sup>25</sup>.

L'impact des problèmes de santé mentale sur les sociétés est d'autant plus important que le pourcentage de la population touchée dans sa santé mentale au niveau mondial ne fait qu'augmenter. Ainsi, selon le rapport sur la santé mentale publié par l'OMS en 2022, si 13 % de la population mondiale (970 millions de personnes) était atteinte dans sa santé mentale en 2019<sup>26</sup> – avec notamment, parmi les troubles les plus répandues, ceux de l'anxiété (31 %) et de la dépression (28,9 %) –, ce taux a progressé depuis la survenue de la pandémie de COVID-19, avec notamment une augmentation respective de 28 % et 26 % pour les troubles les plus importants susmentionnés<sup>27</sup>. On considère aujourd'hui que les problèmes de santé mentale sont responsables non seulement d'un taux de handicap psychique toujours plus élevé dans le monde<sup>28</sup>, mais encore d'un taux de handicap plus important que les problèmes de santé engendrant le handicap physique<sup>29</sup>.

L'importance de ces constats permet à certains auteurs d'affirmer désormais comme suit : « *Mental health disorders are a serious and often debilitating form of NCD [non-communicable disease] with far-reaching consequences on quality of life and socio-economic attainment, for individuals and their families, and throughout generations* »<sup>30</sup>. Au-delà, cette importance a conduit les Etats non seulement à réviser leur position traditionnelle, qui consistait à

---

<sup>23</sup> *Ibidem*, 2.

<sup>24</sup> *Ibidem*, 5.

<sup>25</sup> *Ibidem*, 6.

<sup>26</sup> OMS, *Mental health report* (en anglais uniquement), 40.

<sup>27</sup> *Ibidem*, 42.

<sup>28</sup> *Ibidem*, 50.

<sup>29</sup> Voir en ce sens l'analyse et les références proposées par COBIGO/STUART ; STEWART-BROWN.

<sup>30</sup> PRYOR/AZEVEDO DA SILVA/MELCHIOR, e350.

ignorer ou presque la santé mentale<sup>31</sup>, et à reconnaître la santé mentale comme constituant au contraire un enjeu primordial de santé publique au niveau national<sup>32</sup>, mais encore, elle les a menés à contribuer activement au développement de stratégies en ce sens au niveau international.

Ces évolutions sont très récentes, ainsi que le montre l'intitulé de la Résolution adoptée en 2018 par l'Assemblée générale des Nations Unies (AGONU) « sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles »<sup>33</sup>. L'omission de la santé mentale dans l'intitulé est en partie compensée par la prise en compte de la santé mentale dans le corps du texte et dans les efforts de mise en œuvre qui ont suivi son adoption<sup>34</sup>. De manière très symbolique, cette omission devrait aussi être rectifiée prochainement avec l'adoption d'une nouvelle résolution par l'AGONU en septembre 2025. La place préminente de la santé mentale devrait ressortir à la fois de l'intitulé de la future résolution, mais aussi de la formulation de demandes adressées aux Etats et qui ne concerneraient que la santé mentale<sup>35</sup>.

## 2. Approches du handicap

Le nombre de personnes ayant un handicap significatif dans le monde est extrêmement important. Il a été évalué à 1,3 milliard (soit 16 % de la population mondiale)<sup>36</sup>. Même si l'on peut considérer que parmi ces personnes, un très grand nombre est en situation de handicap psychique, il est bien évidemment difficile d'identifier avec précision les défis principaux rencontrés plus spécifiquement par les personnes atteintes d'un tel handicap.

---

<sup>31</sup> Voir en ce sens AMS, 2.

<sup>32</sup> La santé mentale a été récemment identifiée par de nombreux Etats comme une priorité politique nationale. Elle est par exemple devenue « Grande Cause Nationale » en France en 2025 (<https://solidarites.gouv.fr/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2025>, dernière consultation le 16 août 2025). Voir aussi le plan cantonal santé 2024-2028 du Canton de Genève qui renforce ses efforts dans les domaines de la santé environnementale et de la santé mentale (<https://www.ge.ch/dossier/prendre-soin-sa-sante-geneve/politique-cantonale/strategie-du-canton>, dernière consultation le 16 août 2025).

<sup>33</sup> AGONU, *A/RES/73/2*.

<sup>34</sup> Voir le titre même du rapport AGONU, *A/79/762*.

<sup>35</sup> AGONU, *Political declaration*, § 42.

<sup>36</sup> OMS, *Rapport équité santé*.

Cette tâche d'identification des défis est d'autant plus ardue, que ces derniers vont être dépendants des approches retenues pour aborder le handicap.

Ces approches et leur évolution sont clairement présentées dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) proposée par l'OMS en 2001, qui vise notamment à soutenir les Etats dans la détermination des niveaux d'incapacité touchant les individus et à déterminer le contenu de leurs politiques sociales applicables aux personnes handicapées. La CIF repose sur un modèle appelé « biopsychosocial » résultant de la combinaison du modèle médical d'un côté et du modèle social de l'autre<sup>37</sup>. Dans le premier modèle, « le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels »<sup>38</sup>. Dans le second, « le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société »<sup>39</sup>.

Les défis rencontrés et les stratégies à adopter pour y répondre, diffèrent selon les modèles choisis : d'un côté, le défi central est lié à un problème d'ordre médical et la réponse à apporter relève du système de santé et des politiques de santé publique ; de l'autre, le défi est beaucoup plus large et multiforme et entraîne des attentes importantes de la part de la société dans son ensemble. Dans ce cadre, des « changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale » doivent être réalisés, le changement social demandé devant en outre « au niveau politique, se tradui[re] en termes de droits de la personne humaine »<sup>40</sup>.

Le modèle « biopsychosocial » du handicap semble cependant ne pas avoir eu beaucoup d'influence sur les Etats et la communauté internationale, du moins jusqu'à la première décennie du 21<sup>e</sup> siècle. Ainsi, notamment, le lien étroit entre, d'un côté, la pauvreté (qui touche pourtant largement les personnes avec

---

<sup>37</sup> OMS, *CIF*, 21.

<sup>38</sup> *Ibidem*.

<sup>39</sup> *Ibidem*.

<sup>40</sup> *Ibidem*.

un handicap) et le développement (facteurs environnementaux) et, de l'autre, la santé mentale et le handicap, n'était pas clairement reconnu au moment de l'adoption du programme du développement du Millénaire en 2000<sup>41</sup>. Ce programme, s'il fait référence à certains problèmes de santé considérés comme clés du développement (santé maternelle et infantile, certaines maladies infectieuses), ne mentionne ainsi nullement la santé mentale et le handicap.

Et pourtant, l'importance, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, de la prise en compte des défis rencontrés par les personnes ayant des problèmes de santé mentale et/ou un handicap, en raison de leur ampleur et de leur impact sur le développement économique et social des sociétés, ne pouvait être ignorée<sup>42</sup>. C'est ce qui ressort de nombreuses critiques formulées dans la littérature concernant plus ou moins directement le programme du Millénaire<sup>43</sup>. La citation suivante, extraite d'un article publié par un haut fonctionnaire de la Banque mondiale en 2005 et concernant le handicap dans son ensemble, illustre clairement ce point : « *Disabled people constitute one of the largest and poorest groups among people living in poverty. [...] It is clear that the fight against poverty will not succeed without focused efforts to address the needs of people with disabilities* »<sup>44</sup>.

Ces critiques, associées aux analyses des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du Programme du Millénaire<sup>45</sup>, ainsi qu'aux recherches scientifiques sur l'impact économique de certains troubles psychiques sévères<sup>46</sup>, ont très

---

<sup>41</sup> AGONU, *A/RES/55/2*.

<sup>42</sup> ONU, *A/CONF.166/9*, § 16 h.

<sup>43</sup> Voir notamment les références citées dans GROCE/TRANI. Voir aussi les références scientifiques dans le rapport suivant de l'OMS de 2001 qui identifie la pauvreté comme un facteur influant sur la prévalence, la survenue et l'évolution des troubles mentaux : OMS, *Rapport santé*.

<sup>44</sup> SARBIB, 4 ss.

<sup>45</sup> Voir notamment le rapport A/68/202 du secrétaire général des Nations Unies du 26 juillet 2013 (« Une vie de dignité pour tous : accélérer les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et dans la définition du programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015 »), qui identifie les personnes en situation de handicap comme un groupe dont les besoins et les droits doivent être plus particulièrement au centre de l'attention des Etats (§ 55) dans l'accélération de la réalisation des objectifs, et qui propose la réduction « du fardeau que constituent les maladies non transmissibles, dont les maladies mentales » (§ 87) comme éléments essentiels du programme de développement pour l'après-2015.

<sup>46</sup> Sur le trouble de la schizophrénie et son impact, voir EVENSEN et al.

certainement contribué à l'évolution des stratégies internationales dans le domaine du développement durable. En 2015, les chefs d'Etat et de gouvernement représentant les Etats membres de l'ONU ont ainsi adopté la Résolution intitulée « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 » (Agenda 2030) qui accorde une attention particulière à la santé mentale et au handicap, désormais considérés comme des questions clés de la lutte contre la pauvreté et le développement de sociétés inclusives et justes<sup>47</sup>.

Dans le domaine des droits humains, l'évolution a été légèrement plus rapide avec l'adoption en 2006 de la CDPH qui marque l'aboutissement d'un long processus en faveur d'une approche biopsychosociale du handicap et du respect des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels des personnes ayant un handicap, considérés dans leur ensemble<sup>48</sup>.

## **B. Défis multiples et variés pour les personnes en situation de handicap psychique**

La réalité des conditions de vie des personnes ayant un handicap psychique peut être appréhendée à travers l'analyse combinée des différents rapports et autres documents récents mentionnés précédemment concernant la santé mentale, le handicap, les stratégies internationales de développement, ou bien encore les MNT. Ces textes révèlent le détail non seulement des défis de nature sociale rencontrés par les personnes en situation de handicap psychique, qui sont autant d'obstacles à la réalisation de la justice sociale (1), mais encore, d'une quantité de défis additionnels qui viennent accentuer et aggraver les premiers (2).

---

<sup>47</sup> AGONU, *A/RES/70/1*. Voir par exemple les cibles 4.5 (accès à l'éducation), 8.5 (travail), 10.2 (intégration sociale), 11.2 et 11.7 (transports publics, espaces verts et espaces publics) qui mentionnent expressément les personnes en situation de handicap. Les cibles 1.3 (protection sociale), 3.4 (santé mentale) et 3.8 (couverture sanitaire universelle), concernent aussi plus ou moins directement le handicap psychique.

<sup>48</sup> Voir aussi en ce sens la position du Conseil de l'Europe dans CONSEIL DE L'EUROPE.

## 1. Défis sociaux multiples : pauvreté, accès à l'emploi et exclusion sociale

Le constat selon lequel les personnes ayant un handicap sont disproportionnellement touchées par la pauvreté, l'absence d'emploi et l'isolement social, formulé en 1995 lors du premier Sommet social mondial, reste aujourd'hui d'actualité. L'éradication de la pauvreté, la mise en place des conditions du travail décent et l'inclusion sociale, qui sont les objectifs centraux du développement social et de la justice sociale, sont aussi les principaux défis identifiés dans le cadre de la préparation du second Sommet social qui doit avoir lieu en novembre 2025 à Doha au Qatar – 30 ans après Copenhague. Le projet de la Déclaration politique qui doit y être adoptée souligne que les progrès du développement social ont été très lents jusqu'à maintenant, et retient la formulation suivante concernant la situation des personnes avec un handicap : « *[they] continue to live more likely in poverty, are under- and unemployed, and face significant social and economic barriers to inclusion in society, including additional disability related costs, including medical costs* »<sup>49</sup>.

Concernant la pauvreté, tout d'abord, cette affirmation est confirmée par les études réalisées sur les thèmes de la santé mentale comme du handicap. Il en ressort ainsi, en lien avec la santé mentale, à la fois d'analyses scientifiques menées sur les personnes ayant de graves troubles psychiques<sup>50</sup>, et de rapports publiés par les organes onusiens. Ainsi, on trouve dans un rapport publié en 2017 par le Haut-Commissaire des Nations-Unies aux droits de l'homme, le constat de la « surreprésentation des personnes ayant un trouble mental dans les populations pauvres »<sup>51</sup>. Pour ce qui est du handicap, les analyses de la Rapportrice spéciale sur les droits des personnes handicapées vont dans le même sens : les personnes avec un handicap dans leur ensemble, et parmi elles, celles ayant un problème de santé mentale, « sont surreprésentées parmi les personnes les plus pauvres du monde, les taux de pauvreté et de dénuement constatés pour elles sont plus élevés et leur revenu est plus faible que celui de la population générale [...]. Les personnes handicapées courrent également un

---

<sup>49</sup> DAES, *World Summit*, § 14 f.

<sup>50</sup> GUTWINSKI et al.

<sup>51</sup> AGONU, *A/HRC/34/32*, 6. Voir aussi VARGAS LOPES/LLENA NOZAL, 26 s.

risque nettement plus accru de pauvreté relative dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le taux de pauvreté chez ces personnes dépassant les 30 % dans certains pays »<sup>52</sup>. Au-delà de cette information, on trouve aussi celle selon laquelle « les taux de pauvreté parmi les personnes handicapées sont élevés dans les pays en développement comme dans les pays développés »<sup>53</sup>.

Il est à noter que ces études, qui concluent à une plus forte probabilité de pauvreté chez les personnes vivant avec un handicap que chez les personnes qui n'ont pas de handicap, présentent aussi les liens entre handicap et pauvreté de façon prudente<sup>54</sup>. Cette prudence peut s'expliquer vraisemblablement par référence aux éléments suivants qui, tout en étant convaincants, ne retirent rien à la conclusion formulée : le nombre limité d'études et de données globales ; les différences marquées entre les pays selon leur niveau de développement ou de revenu ; enfin, les méthodes et définitions adoptées pour mesurer la pauvreté dans les études de référence. Ainsi, la mesure de la pauvreté monétaire ne prend en compte que le revenu des individus et mesure leur capacité, avec ce revenu, à couvrir leurs besoins essentiels (principalement liés à la nourriture et l'habillement) ; l'approche multidimensionnelle va permettre au contraire d'inclure dans les coûts à couvrir, ceux liés à une vision plus large des besoins fondamentaux et notamment, en ce qui concerne les personnes avec un handicap, les coûts liés aux besoins de santé et ceux en lien direct avec le handicap<sup>55</sup>.

Concernant les défis liés à l'accès au marché du travail et à un travail décent<sup>56</sup>, les analyses disponibles aboutissent toutes à la même conclusion : « les taux d'emploi et les salaires des adultes handicapés en âge de travailler sont faibles, partout dans le monde »<sup>57</sup>, l'exclusion du marché du travail contribuant d'ailleurs à la pauvreté<sup>58</sup>. Les chiffres donnés par le rapport de 2024 sur le handicap et le développement révèlent ainsi qu'au niveau mondial, le taux de

<sup>52</sup> AGONU, A/73/161, § 5.

<sup>53</sup> AGONU, A/70/297, § 25.

<sup>54</sup> OMS/BANQUE MONDIALE, 42 ; DAES, *Disability report*, 54.

<sup>55</sup> Sur ces approches de la notion de pauvreté, voir BENICOURT.

<sup>56</sup> Voir, sur cette question, l'analyse de KARINE LEMPEN dans cet ouvrage.

<sup>57</sup> AGONU, A/70/297, 10.

<sup>58</sup> OMS/BANQUE MONDIALE, 43.

personnes en âge de travailler et disposant d'un emploi est de 27 % pour les personnes ayant un handicap, contre 56 % pour les personnes sans handicap<sup>59</sup>. Il est à noter que ces chiffres doivent certainement être corrigés à la hausse pour ce qui est du handicap psychique, puisqu'il est aussi reconnu que les problèmes de santé mentale sont associés à une réalisation très insuffisante des droits économiques, sociaux et culturels, et notamment du droit au travail<sup>60</sup>. Les résultats de différentes études scientifiques sur les troubles psychiques sévères comme la schizophrénie par exemple, confirment d'ailleurs cette idée<sup>61</sup>.

Il faut souligner ici que cette situation est d'autant plus problématique que le travail n'a pas pour unique fonction de répondre à un besoin de nature économique. L'accès à l'emploi est en effet déterminant pour l'identité des personnes et l'une des clés de l'insertion sociale. Dans le cas du handicap psychique, l'accès à l'emploi peut en outre être un élément thérapeutique important, lorsque les conditions de travail sont respectueuses des personnes salariées (travail décent)<sup>62</sup>, et adaptées à leurs capacités et types de handicap<sup>63</sup>.

Concernant enfin l'inclusion sociale, de nombreuses recherches scientifiques conduites au niveau national<sup>64</sup>, confirment le constat formulé au niveau global de la faiblesse de l'inclusion dans la société des personnes en situation de handicap, ainsi que des personnes touchées dans leur santé mentale. La réalisation de l'inclusion sociale nécessite de la part des Etats une intervention forte en faveur de la promotion des droits économiques, sociaux et culturels et, plus particulièrement des droits au travail, à l'éducation, à la santé, à des conditions de vie dignes (inclusant l'alimentation<sup>65</sup> et l'habillement) et à la protection sociale.

---

<sup>59</sup> DAES, *Disability report*, 232.

<sup>60</sup> AGONU, *A/HRC/34/32*, 7 ; VARGAS LOPES/LLENA-NOZAL, 26 s.

<sup>61</sup> Voir EVENSEN et al.

<sup>62</sup> Voir la définition du concept de « travail décent » tel que développé par l'OIT dans DHARAM.

<sup>63</sup> Voir plus particulièrement BELL/MARMOT.

<sup>64</sup> RICHTER/HOFFMAN.

<sup>65</sup> SMITH et al.

Pour autant, il semble que les efforts des Etats ne soient pas à la hauteur de ces attentes. L'analyse des budgets nationaux attribués à la santé mentale, par exemple, illustre ce point. Ainsi, les budgets publics nationaux destinés à assurer « progressivement le plein exercice des droits économiques, sociaux et culturels [des personnes atteintes d'un problème de santé mentale], notamment [de] garantir un niveau de vie adéquat, des conditions de travail justes et favorables et l'accès à un logement et à l'éducation »<sup>66</sup> sont souvent très insuffisants. En 2017, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, dans son rapport concernant plus spécifiquement la santé mentale et le handicap, constatait ainsi que « nulle part dans le monde la santé mentale ne se voit accorder la même importance que la santé physique, que ce soit dans les politiques et budgets nationaux ou de l'enseignement et de la pratique de la médecine »<sup>67</sup>. Il faisait aussi état des chiffres suivants : « A l'échelle mondiale, on estime que moins de 7 % des budgets de santé sont consacrés à la santé mentale. Dans les pays à faible revenu, moins de 2 dollars par habitant sont dépensés chaque année dans ce domaine »<sup>68</sup>. Aujourd'hui, et en raison des différentes crises, notamment de nature économique et sanitaire, qui ont touché tous les Etats dans le monde depuis quelques années, on peut considérer que ces chiffres sont encore plus faibles. Le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, dans son rapport de 2025 sur la santé mentale et les droits de l'homme précité, indique ainsi que le budget de la santé mentale au niveau mondial n'est que de 2,1 %<sup>69</sup>.

## 2. Défis additionnels : stigmatisation et discriminations

Les personnes ayant un handicap psychique sont confrontées dans leur vie de tous les jours à des difficultés additionnelles, engendrées par la stigmatisation et les discriminations, qui contribuent à l'aggravation des défis identifiés précédemment. La stigmatisation et les discriminations font aussi partie de la liste des difficultés et obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant un « handicap psychosocial », établie par le Conseil des droits de l'homme en

---

<sup>66</sup> AGONU, *A/HRC/58/38*, 19, § 71.

<sup>67</sup> AGONU, *A/HRC/35/21*, 3.

<sup>68</sup> *Ibidem*.

<sup>69</sup> AGONU, *A/HRC/58/38*, 9.

2023. Il précise notamment que ces personnes « continuent d'être victimes, [...] de discrimination généralisée, multiple, croisée et aggravée, de stigmatisation, de stéréotypes, de préjugés, de violence, de maltraitance, d'exclusion sociale et de ségrégation, de mesures illégales et arbitraires de privation de liberté et de placement en institution, de surmédicalisation et de pratiques thérapeutiques non respectueuses de leur autonomie, de leur volonté et de leurs préférences »<sup>70</sup>.

La stigmatisation est différente de la discrimination. Selon l'OMS dans une analyse réalisée en commun avec le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, la stigmatisation qui touche les personnes en situation de handicap psychique inclut notamment les croyances suivantes : « *Persons with psychosocial disabilities are commonly believed to be violent and dangerous, a stereotype that is consistently reinforced by the media* »<sup>71</sup>.

Les conséquences de la stigmatisation sont nombreuses. Celle-ci peut avoir un impact très direct sur les individus et accentuer leurs difficultés d'inclusion, d'accès au travail, à l'éducation, etc. Ainsi, dans la même étude menée par l'OMS et le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, on trouve l'affirmation suivante : « *Stigma that prevails in families, communities and even among health professionals can impact the self-perception of individuals experiencing distress and trauma, who sometimes internalize these negative attitudes, thus furthering their disempowerment and exclusion* »<sup>72</sup>.

Ensuite, la stigmatisation peut exercer une influence sur les gouvernements et sur leurs choix stratégiques ou politiques. Ainsi, par exemple, dans certains pays, alors que la consommation de drogues, mais aussi les tentatives de suicide sont des comportements qui peuvent être caractéristiques des personnes atteintes dans leur santé mentale, le choix a été fait d'y apporter une réponse pénale. Or, la criminalisation de comportements en lien avec un problème de santé a souvent pour conséquence, non seulement une aggravation de la condition de santé des personnes concernées qui hésitent alors à se tourner vers les services de soins et d'accompagnement<sup>73</sup>, mais

---

<sup>70</sup> AGONU, *A/HRC/RES/52/12*, 3.

<sup>71</sup> OMS/HCDH, 25.

<sup>72</sup> *Ibidem*, 25.

<sup>73</sup> AGONU, *A/HRC/58/38*, 9, § 30.

encore, la non-résolution des difficultés sociétales engendrées par le comportement en question<sup>74</sup>.

La stigmatisation, enfin, peut entraîner des discriminations sur la base des croyances propagées<sup>75</sup> qui vont venir s'ajouter aux autres discriminations dont souffrent les personnes ayant un handicap psychique. Des exemples très nombreux sont donnés dans la littérature illustrant l'accentuation des défis sociaux en raison de discriminations intersectionnelles (c'est-à-dire sur la base de deux ou plusieurs motifs)<sup>76</sup> subies par les personnes atteintes de problèmes de santé mentale : le genre va être un motif additionnel de discrimination et entraîner plus particulièrement des violences, ainsi que de larges inégalités en termes d'accès aux soins, à un travail rémunéré, à la protection sociale ; l'âge est aussi un facteur additionnel et va par exemple être lié à des risques de mauvais traitements en institution ; la situation socio-économique, le niveau d'éducation, ou encore l'origine et le statut migratoire, peuvent aussi être sources de discriminations intersectionnelles touchant les personnes ayant un handicap<sup>77</sup>.

### **III. Handicap psychique et protection sociale : un droit fondamental et des obligations concrètes**

Les personnes en situation de handicap psychique sont, comme nous l'avons vu précédemment, particulièrement touchées par la pauvreté, la stigmatisation, les discriminations, les limitations à la liberté de participer aux relations sociales, politiques, économiques et culturelles et de profiter pleinement des bénéfices de ces relations. Remédier à cette situation d'injustice sociale n'est pas une option politique mais une obligation juridique dans un Etat de droit dans lequel les politiques et stratégies, centrées sur l'humain, sont respectueuses et protectrices des droits humains. La réalisation de la justice

---

<sup>74</sup> Voir à ce sujet AGONU, *A/HRC/56/52*.

<sup>75</sup> En ce sens, OMS/HCDH, 25.

<sup>76</sup> Le Haut-Commissariat aux droits de l'homme parle de formes de discrimination et de stigmatisation croisées. Voir AGONU, *A/HRC/58/38*, 4.

<sup>77</sup> Voir AGONU, *A/HRC/58/38*, 4 et 5.

sociale pour les personnes en situation de handicap psychique implique plus particulièrement la protection et la promotion du droit à la protection sociale (A) dont le contenu concret doit être analysé (B).

## **A. Importance de la protection sociale pour la justice sociale**

La protection sociale, c'est-à-dire les politiques et programmes visant la réduction et la prévention de la pauvreté et de l'exclusion sociale, est d'une importance centrale pour tous et toutes à tout âge (1). Elle présente aussi une importance tout à fait particulière et spéciale pour les personnes en situation de handicap, qu'il s'agisse d'un handicap de nature psychique ou autre (2).

### **1. Importance de la protection sociale de manière générale**

Le droit à la protection sociale – considéré comme synonyme du droit à la sécurité sociale par l'OIT<sup>78</sup> – est un droit consacré pour tous et toutes dans de nombreuses normes internationales et régionales des droits humains<sup>79</sup>. L'importance de la sécurité sociale pour les individus tout au long de leur vie, rappelée notamment par l'OIT depuis le milieu du 20<sup>e</sup> siècle<sup>80</sup>, a été réaffirmée avec plus de force encore depuis le début du 21<sup>e</sup> siècle et la succession de crises financières et économiques, sanitaires et climatiques, qui ont lourdement impacté les populations et les sociétés dans leur ensemble<sup>81</sup>. L'OIT a plus particulièrement documenté l'importance de la protection sociale

---

<sup>78</sup> L'OIT propose la définition suivante dans OIT, *Protection sociale*, 243 : « la protection sociale, ou sécurité sociale, est un droit humain fondamental défini comme l'ensemble des politiques et programmes conçus pour réduire et prévenir la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale tout au long du cycle de vie ».

<sup>79</sup> Voir la liste des normes internationales ou régionales garantissant le droit à la sécurité sociale dans CDESC, Observation générale n° 19, Le droit à la sécurité sociale (art. 9 du Pacte), E/C.12/GC/19, 4 février 2008 (OG 19), § 6.

<sup>80</sup> L'adoption par la Conférence de l'OIT, en mai 1944, de la Déclaration relative aux buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail (Déclaration de Philadelphie), marque la reconnaissance de l'importance de la protection sociale, dont le développement fait désormais partie du mandat de l'OIT (voir partie III let. f de la Déclaration de Philadelphie sur les « mesures de sécurité sociale »).

<sup>81</sup> Voir par exemple, en lien avec la pandémie de COVID-19, OIT, *Protection sociale* ; en lien avec le changement climatique, OIT, *Universal social protection*.

pendant la pandémie de COVID-19<sup>82</sup>. Au-delà, la protection sociale est aussi mentionnée dans l'Accord mondial sur les pandémies adopté en mai 2025 par les Etats membres de l'OMS, conformément auquel il est demandé aux Etats « de prendre des mesures appropriées pour atténuer les effets socioéconomiques des pandémies et renforcer les politiques nationales sociales et de santé publique, y compris celles ayant trait à la protection sociale [...] »<sup>83</sup>.

La protection sociale est comprise comme une « condition essentielle du développement économique et social pour tous »<sup>84</sup> pour les raisons principales suivantes : elle permet la protection de chacun et chacune contre les besoins et les risques sociaux tout au long du cycle de vie ; elle protège aussi les individus et donc les sociétés dans leur ensemble contre les crises (financières et économiques, sanitaires ou climatiques) et les bouleversements qui peuvent en résulter<sup>85</sup>. Au-delà, la protection sociale est souvent l'une des conditions de la réalisation de politiques et stratégies concernant l'emploi, le logement, l'alimentation, l'habillement, l'éducation, etc., c'est-à-dire de politiques destinées à la réalisation d'autres droits économiques, sociaux et culturels. Ainsi, selon les termes du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC), « le droit à la sécurité sociale revêt une importance centrale pour garantir la dignité humaine de toutes les personnes confrontées à des circonstances qui les privent de la capacité d'exercer pleinement les droits énoncés dans le Pacte »<sup>86</sup>.

---

<sup>82</sup> Voir par exemple OIT, *Social protection responses* ; OIT/OCDE/BANQUE MONDIALE.

<sup>83</sup> OMS, *Accord pandémie*, art. 15 al. 3 let. b.

<sup>84</sup> AGONU, A/70/297, 4, § 4.

<sup>85</sup> En lien avec la crise financière de 2008, voir par exemple STIGLITZ ; en lien avec la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, voir RAZAVI et al.

<sup>86</sup> OG 19, § 1.

## 2. Importance de la protection sociale pour les personnes en situation de handicap

Les raisons expliquant la nécessité de la mise en place de systèmes et mesures de protection sociale pour la protection des personnes en situation de handicap, sont à priori les mêmes que celles mentionnées précédemment, à une nuance près : la protection sociale est très certainement encore plus importante pour ces personnes que pour les personnes sans handicap.

C'est ce qui ressort tout d'abord de la Convention n° 102 de l'OIT et de l'identification de l'invalidité comme l'une des éventualités devant déclencher une réponse organisée de la part de la société dans le cadre du système de sécurité sociale<sup>87</sup>.

Ensuite, c'est aussi ce qui ressort des analyses et prises de positions d'organes onusiens exprimant un large consensus quant à la nécessité de prendre, en toutes circonstances, plus spécialement soin des besoins spécifiques de ces personnes<sup>88</sup>. Pour ce qui est des situations de crise, il est intéressant de noter ici les propos très éloquents du Secrétaire général des Nations Unies, sur les conséquences gravissimes de la crise sanitaire pour les personnes avec un handicap : « *People with disabilities are one of the most excluded groups in our society and are among the hardest hit in this crisis in terms of fatalities. Even under normal circumstances, persons with disabilities are less likely to access health care, education, employment and to participate in the community. They are more likely to live in poverty, experience higher rates of violence, neglect and abuse, and are among the most marginalized in any crisis-affected community. COVID-19 has further compounded this situation, disproportionately impacting persons with disabilities both directly and indirectly* »<sup>89</sup>. En conséquence, le Secrétaire général a aussi demandé que la protection de ces personnes soit renforcée à l'avenir, et mentionné les deux interventions suivantes : l'augmentation de la protection financière et de l'aide sociale pour les personnes en situation de handicap et leurs familles ; le renforcement de la protection de ces personnes lorsqu'elles sont

---

<sup>87</sup> Voir la Convention n° 102 du 28 juin 1952 concernant la norme minimum de la sécurité sociale (RS 0.831.102), partie IX.

<sup>88</sup> Voir en ce sens OG 19, § 20.

<sup>89</sup> ONU, *Disability-inclusive response*, 2.

institutionnalisées, notamment contre la négligence et les mauvais traitements<sup>90</sup>.

Enfin, l'importance particulière du droit à la protection sociale pour les personnes en situation de handicap, ressort très clairement de la CDPH, qui établit de manière directe et unique<sup>91</sup> le lien entre la protection sociale d'un côté et la réalisation d'autres droits sociaux de l'autre. Ainsi, conformément à l'art. 28 CDPH, la protection sociale est expressément rattachée à la réalisation d'un niveau de vie adéquat et est par conséquent présentée comme essentielle à la réalisation des droits à l'alimentation, au logement, à l'habillement, etc. La Convention mentionne aussi indirectement la protection sociale dans d'autres articles à travers la référence à des activités et instruments qui en relèvent : il s'agit par exemple du mécanisme du service public national de santé ou de l'assurance dans le cadre de la réalisation du droit à la santé<sup>92</sup>, ou de programmes de recherche d'emploi ou de formation professionnelle, dans le cadre du droit au travail<sup>93</sup>.

## B. Handicap psychique, sécurité du revenu et accès aux soins de santé : quelles obligations concrètes ?

La sécurité du revenu (1) et l'accès aux soins de santé (2) sont des garanties essentielles des systèmes de sécurité sociale<sup>94</sup> ainsi que des socles de protection sociale<sup>95</sup>. Les obligations concrètes à la charge des Etats qui en découlent doivent être analysées plus précisément dans le cas des personnes en situation de handicap psychique.

---

<sup>90</sup> ONU, *Shared responsibility*, 17.

<sup>91</sup> Sur les particularités de la CDPH par rapport aux autres normes des droits humains, voir AGONU, A/70/297, 8 s.

<sup>92</sup> Art. 25 let. a et e CDPH.

<sup>93</sup> Art. 27 let. b CDPH.

<sup>94</sup> OG 19, § 2 (définition) et § 59 a (sur les obligations fondamentales).

<sup>95</sup> Recommandation n° 202 de l'OIT sur les socles de protection sociale, 2012, § 5.

## 1. Handicap psychique et sécurité du revenu

Le Comité en charge de la mise en œuvre de la CDPH (Comité DPH) n'a pas proposé jusqu'à maintenant d'interprétation spécifique et systématique du droit à la protection sociale sous la forme d'une observation générale. Bien que d'autres travaux du Comité, concernant notamment l'objectif d'autonomie de vie et d'inclusion sociale<sup>96</sup>, apportent des éléments précieux pour la compréhension de la protection sociale, il est nécessaire, afin d'identifier les attentes concrètes vis-à-vis des Etats, de se référer à la fois au texte même de la CDPH et aux rapports des organes onusiens sur ce sujet, et notamment celui de 2015 publié par la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées<sup>97</sup>. Dans ce texte, la Rapporteuse donne de nombreuses informations, à commencer par la constatation de départ suivante, très utile à l'identification des attentes concrètes : « la protection sociale doit être aussi générale que possible, et aussi spécifique que nécessaire »<sup>98</sup>.

Concernant tout d'abord les attentes générales vis-à-vis d'un système de protection sociale permettant d'assurer « au minimum, à l'ensemble des personnes et des familles un niveau essentiel de prestations »<sup>99</sup>, le CDESC a précisé en 2008 dans son Observation générale n° 19, que les Etats doivent mettre en place des systèmes de sécurité sociale remplissant les conditions suivantes : la disponibilité, ce qui implique qu'un système doit être mis en place comportant dans l'idéal les neuf régimes prévus par la Convention n° 102 de l'OIT<sup>100</sup> ; l'adéquation, qui renvoie à l'obligation concrète d'offrir des prestations « d'un montant et d'une durée adéquate »<sup>101</sup> permettant d'assurer un niveau de vie suffisant aux individus ; l'accessibilité, qui couvre plusieurs dimensions, notamment économique et physique<sup>102</sup>.

---

<sup>96</sup> Art. 19 CDPH. Voir aussi l'Observation générale n° 5 sur l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société du Comité des droits des personnes handicapées (CRDP/C/GC/5) du 27 octobre 2017, qui précise que cet objectif « doit être considéré comme jouant un rôle central dans la pleine application de la Convention », 2, § 6.

<sup>97</sup> AGONU, *A/70/297*.

<sup>98</sup> *Ibidem*, § 50.

<sup>99</sup> OG 19, § 59.

<sup>100</sup> *Ibidem*, § 22.

<sup>101</sup> *Ibidem*.

<sup>102</sup> *Ibidem*.

A ces attentes générales, s'ajoutent ensuite des attentes très spécifiques dans le cas des personnes en situation de handicap. La CDPH donne ici des précisions dans son art. 28 consacré au droit à « un niveau de vie adéquat et à la protection sociale ». Cet article, qui souligne expressément l'importance du principe de non-discrimination dans ce cadre de la protection sociale<sup>103</sup>, précise ainsi que des « mesures appropriées » doivent être adoptées. Il peut s'agir de mesures permettant l'accès aux services et biens nécessaires en lien avec le handicap<sup>104</sup> ; il peut aussi s'agir d'un soutien financier sous la forme d'aide publique pour les « personnes handicapées [...] lorsqu'elles vivent dans la pauvreté »<sup>105</sup>, afin de couvrir des frais engagés pour une formation ou un soutien psychologique par exemple<sup>106</sup>. Il est à noter que ces mesures sont d'autant plus essentielles, que les coûts additionnels des besoins particuliers en lien avec le handicap peuvent être très élevés<sup>107</sup>.

Au-delà, d'autres attentes spécifiques ont pu être identifiées au cours de la dernière décennie. Il s'agit d'attentes qui devraient être prises en compte par les Etats au moment de la conception des systèmes et qui concernent les questions d'accessibilité et d'adéquation. La Rapporteuse spéciale formule ainsi des attentes concernant, d'une part, la question du choix entre des régimes de type contributif ou non-contributif, et, d'autre part, celle de la détermination des programmes et de la nécessaire coordination entre programmes généraux et spécifiques. Concernant la première question, elle précise ainsi que si les régimes contributifs peuvent présenter des avantages en termes de couverture, ils sont aussi, en règle générale, hors de portée des personnes en situation de handicap dans l'incapacité pour beaucoup d'entre elles de payer une contribution de manière continue. Ici, des mesures devraient être imaginées pour couvrir les contributions de ces personnes<sup>108</sup>.

---

<sup>103</sup> Art. 28 al. 2 CDPH.

<sup>104</sup> Art. 28 al. 2 let. a CDPH.

<sup>105</sup> Art. 28 al. 2 let. c CDPH.

<sup>106</sup> D'autres exemples de frais additionnels sont donnés par la Rapporteuse spéciale pour « l'achat de biens et services, comme les soins de santé, le transport, les accessoires fonctionnels, l'assistance personnelle et l'aménagement de l'habitat » (AGONU, A/70/297, § 29).

<sup>107</sup> Voir les informations sur les coûts données dans OIT/INTERNATIONAL DISABILITY ALLIANCE (IDA)/FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 4.

<sup>108</sup> *Ibidem*, § 48.

Concernant la seconde question, la Rapporteuse précise notamment que les programmes spécifiques doivent être adaptés aux différents stades de l'existence. Ainsi, pour les personnes en âge de travailler, les systèmes doivent non seulement permettre une protection du revenu « en cas de chômage, maladie ou inactivité »<sup>109</sup>, mais encore, proposer un soutien aux personnes concernées pour les aider dans leurs efforts pour « trouver et conserver un emploi de qualité »<sup>110</sup>. Toujours au sujet de la détermination des programmes, la Rapporteuse insiste aussi sur le fait qu'un équilibre doit absolument être trouvé entre programmes généraux et spécifiques ; plus globalement, il s'agit ici de trouver « un équilibre entre stratégies d'intégration et soutien ciblé afin de répondre aux besoins des différents groupes de personnes handicapées, sans perdre de vue l'objectif général qui consiste à tenir compte des personnes handicapées dans tous les aspects des systèmes de protection sociale. »<sup>111</sup>. Dans la pratique, la concrétisation de cet équilibre peut se révéler difficile. Un exemple de déséquilibre peut être donné à travers la référence à un système offrant, à titre de programme général, des prestations financières pour invalidité, et à titre de programme spécifique, un soutien à la recherche d'emploi ou à la création de postes de travail adaptés. Or, dans de nombreux pays<sup>112</sup>, l'accès aux prestations pour invalidité implique une reconnaissance d'incapacité au travail, condition constituant par conséquent un obstacle à l'accès au programme spécifique.

## 2. Handicap psychique et accès aux soins de santé

L'accès aux soins de santé est l'un des éléments essentiels de la protection sociale, mais aussi un élément clé du droit à la santé (ou « droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre »<sup>113</sup>), garanti par les normes internationales et régionales des droits humains auxquelles la plupart des Etats dans le monde ont adhéré<sup>114</sup>.

---

<sup>109</sup> *Ibidem*, § 36.

<sup>110</sup> *Ibidem*.

<sup>111</sup> *Ibidem*, § 50.

<sup>112</sup> OIT/IDA/UNICEF, 8.

<sup>113</sup> Art. 12 Pacte ONU I.

<sup>114</sup> Voir la liste des normes garantissant ce droit et l'analyse de son contenu dans DAGRON, *Droit à la santé*.

Le CDESC a ainsi confirmé en 2000 dans son Observation générale n° 14<sup>115</sup>, que le droit à la santé implique la mise en place d'un tel accès – à côté de la réalisation des « facteurs socioéconomiques »<sup>116</sup> ou « déterminants sociaux de la santé »<sup>117</sup>, et de la promotion de la participation des individus à la prise de décision en matière de santé<sup>118</sup>.

On trouve aussi dans cette Observation générale une interprétation concrète des obligations et attentes en lien avec chacun de ces éléments clés. Concernant plus spécialement la question de l'accès aux soins<sup>119</sup>, le CDESC considère que les Etats doivent construire des systèmes de soins répondant aux attentes suivantes : un ensemble d'installations, de biens et services, de programmes de santé publique et de soins de santé doit être disponible en quantité suffisante<sup>120</sup> ; cet ensemble doit être accessible à tous et toutes, ce qui implique notamment que les discriminations à l'accès soient éliminées, et que les différentes dimensions (financière, physique et informationnelle) de l'accès aux soins soient prises en compte<sup>121</sup> ; cet ensemble doit aussi être acceptable et réceptif aux exigences spécifiques et particularités de certains groupes<sup>122</sup> ; enfin, il doit aussi être de qualité, ce qui signifie notamment que

---

<sup>115</sup> CESDC, Observation générale n° 14 concernant la mise en œuvre du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, E/C.12/2000/4, 11 août 2000 (OG 14).

<sup>116</sup> OG 14, § 4.

<sup>117</sup> Les « déterminants sociaux de la santé » sont considérés par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (CDSS), comme indispensables à la promotion « des conditions de vie dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine ». Voir OMS/CDSS.

<sup>118</sup> *Ibidem*.

<sup>119</sup> Les attentes concernant la réalisation des déterminants sociaux de la santé mentale ou bien concernant la participation des personnes directement concernées par un problème de santé mentale ne peuvent être traitées ici. Voir aussi plus précisément sur les déterminants sociaux de la santé mentale : BHUI ; FIORILLO/DE GIORGI. Concernant la participation, voir par exemple AGONU, *A/HRC/58/38* et les développements sur la difficulté de participation pour des personnes à qui la liberté de consentement n'est pas reconnue et l'autonomie limitée.

<sup>120</sup> OG 14, § 12 a.

<sup>121</sup> *Ibidem*, § 12 b.

<sup>122</sup> *Ibidem*, § 12 c.

les soins de santé doivent être fondés scientifiquement et médicalement appropriés<sup>123</sup>.

Si la réalisation du droit à l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap, que ce handicap soit de nature psychique ou autre, repose sur des attentes similaires à celles évoquées ci-dessus, elle implique aussi que les Etats prennent en compte certaines spécificités. Ces spécificités ont été précisées en partie dans la CDPH et son art. 25 sur le droit à la santé, ainsi que dans la littérature scientifique et les prises de position de la part des organes onusiens<sup>124</sup>.

Il ressort de ces efforts de concrétisation des attentes précises qui vont par exemple concerter la question de la disponibilité des services de santé. Une première exigence est tirée de l'art. 25 CDPH selon lequel, si les services destinés aux personnes en situation de handicap doivent « couvrir la même gamme et [être] de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes »<sup>125</sup>, ils doivent aussi pouvoir répondre aux problèmes de santé liés plus spécifiquement au handicap en question.

Cette première exigence a été précisée dans le cadre de la santé mentale à travers la demande de développement de structures communautaires, extérieures aux hôpitaux ou institutions psychiatriques, capables d'offrir une prise en charge autre que biomédicale. Pour le Haut-Commissariat aux droits de l'homme par exemple, une évolution des systèmes à travers le développement de « services de santé et de soutien psychosocial de proximité »<sup>126</sup> semble ainsi indispensable. Cette évolution permettrait de rompre avec des « systèmes de santé mentale [qui] sont souvent incapables de fournir une prise en charge et un soutien complets qui tiennent compte de l'interaction complexe entre la santé mentale et des facteurs sociaux, environnementaux, éducatifs et économiques plus généraux »<sup>127</sup>.

D'autres efforts de concrétisation concernent plus spécialement la question de l'accessibilité. Il est ainsi précisé dans l'art. 25 CDPH, concernant la

---

<sup>123</sup> *Ibidem*, § 12 d.

<sup>124</sup> AGONU, A/HRC/58/38 ; OMS/HCDH.

<sup>125</sup> Art. 25 let. a CDPH.

<sup>126</sup> AGONU, A/HRC/58/38, § 7.

<sup>127</sup> *Ibidem*.

dimension économique de l'accessibilité<sup>128</sup>, qu'une attention particulière doit être portée à la protection des personnes en situation de handicap contre des discriminations les empêchant d'obtenir une assurance maladie « à des conditions équitables et raisonnables »<sup>129</sup>. Au regard des liens établis auparavant entre pauvreté et santé mentale, cette question de l'accessibilité financière est bien évidemment une question centrale dans le cas des personnes en situation de handicap psychique. On trouve aussi dans la littérature des proposition innovantes pour assurer l'accès aux soins de santé mentale aux personnes qui en ont besoin<sup>130</sup>. L'une de ces propositions consiste, dans le cadre du développement de la couverture sanitaire universelle<sup>131</sup>, en l'intégration systématique de la santé mentale dans les soins de santé primaire qui sont généralement identifiés comme faisant partie des « services de base nécessaires, définis au niveau national, [...] [dont le] coût n'entraîne pas de difficultés financières pour les usagers »<sup>132</sup>. Pour l'OMS, une telle approche serait non seulement conforme aux droits humains, mais encore, elle permettrait aux Etats d'atteindre la cible 3.4 de l'Agenda 2030 concernant la santé mentale<sup>133</sup>.

Concernant pour finir les exigences d'acceptabilité et de qualité, les attentes formulées par la CDPH sont importantes. Selon la Convention, la réalisation du droit à la santé implique que les Etats veillent à ce que les personnes en situation de handicap reçoivent « des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres »<sup>134</sup>, mais aussi qu'ils prennent des mesures particulières afin que les droits fondamentaux des personnes à la dignité et à l'autonomie soient respectés<sup>135</sup>. Des mesures possibles sont suggérées par l'art. 25 CDPH et qui concernent la formation du personnel de santé et leur « sensibilisation

---

<sup>128</sup> La dimension physique de l'accès est incluse dans l'exigence de mettre en place des services dans « la communauté, y compris en milieu rural » (art. 25 let. c CDPH).

<sup>129</sup> Art. 25 let. e CDPH.

<sup>130</sup> PATEL/SAXENA.

<sup>131</sup> D'une manière générale, sur les systèmes de santé et la couverture sanitaire universelle voir DAGRON, *Transition écologique* ; DAGRON, *Couverture sanitaire universelle*.

<sup>132</sup> Voir la définition de la couverture sanitaire universelle dans AGONU, *A/RES/74/2*.

<sup>133</sup> OMS, *Universal health coverage*.

<sup>134</sup> Art. 25 let. d CDPH.

<sup>135</sup> *Ibidem*.

aux droits de l'homme »<sup>136</sup>. Ces précisions sont ici d'autant plus importantes que les questions d'égalité de traitement et de respect des droits sont des questions particulièrement sensibles dans le cadre de la santé mentale. Il ressort ainsi de la littérature non seulement que la qualité des soins de médecine générale donnés aux personnes atteintes d'une maladie mentale n'est pas toujours la même que celle des soins reçus par les autres<sup>137</sup>, mais encore que les droits des personnes ayant un problème de santé mentale ne sont pas respectés dans beaucoup d'établissements de santé (médecine générale ou santé mentale) de par le monde<sup>138</sup>.

## IV. Conclusion

Les personnes en situation de handicap psychique restent confrontées aujourd'hui dans le monde à de nombreux défis en lien avec la stigmatisation, les discriminations, les difficultés d'ordre économique et financière, l'absence d'emploi et de formation adaptés, les obstacles à l'accès aux soins dont elles ont besoin ainsi qu'aux prestations et soutiens auxquels elles pourraient prétendre. Il ressort cependant des informations concernant à la fois la mise en place de régimes de protection sociale applicables plus particulièrement aux personnes en situation de handicap et la réalité de l'accès aux soins de santé pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, que les progrès réalisés pour faire face à ces défis restent très insuffisants. Concernant la couverture des besoins en termes de revenu, le Rapport paru en 2024 de l'OIT sur la protection sociale note ainsi que dans le monde seulement 38,9 % des personnes ayant un handicap sévère reçoivent une pension d'invalidité<sup>139</sup>. A ce constat viennent s'en ajouter d'autres sur l'absence, dans une grande majorité des pays, d'un système couvrant les dépenses supplémentaires – incluant les dépenses médicales – en lien avec le handicap<sup>140</sup>. Concernant plus précisément l'accès aux soins de santé mentale, on considère aussi qu'une très

---

<sup>136</sup> *Ibidem*.

<sup>137</sup> SOLMI et al. ; LAWRENCE/KISELY.

<sup>138</sup> OMS/HCDH, 13.

<sup>139</sup> OIT, *Universal social protection*, xxiii.

<sup>140</sup> OIT/IDA/UNICEF, 10.

grande majorité des personnes dans le monde qui ont besoin de ces soins, n'y ont pas accès<sup>141</sup>.

Les disparités qui résultent de cette situation sont inacceptables. L'OMS, dans son rapport de 2022 sur l'équité en santé, note ainsi une différence extrême entre l'espérance de vie des personnes ayant un handicap psychosocial d'un côté, et de la population générale, de l'autre : il est question ici de 20 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes<sup>142</sup>. Cette différence, constatée pendant la pandémie de COVID-19, est notamment à attribuée, selon l'OMS, à un trop faible accès aux soins de santé.

Il n'y a certainement pas de solution évidente pour répondre correctement aux défis rencontrés par les personnes en situation de handicap psychique. La multiplicité et la complexité de ces défis ne doit cependant pas faire oublier l'objectif central de réalisation de la justice sociale. L'approche des droits humains, fondée sur des principes et des obligations que les Etats se sont pratiquement tous engagés à respecter et à mettre en œuvre, implique une analyse précise des causes profondes à la source du non-respect des droits humains, et des interventions systématiques, sur la base d'obligations concrètes, pour apporter des réponses aux inégalités, limitations et violations de ces droits. Il est urgent que cette approche soit réellement utilisée pour permettre le développement et le renforcement de sociétés toujours plus inclusives, respectueuses de l'être humain et justes.

## Bibliographie

AGONU, Conseil des droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, La santé mentale et les droits de l'homme, A/HRC/58/38, 14 janvier 2025 (cité : *A/HRC/58/38*).

AGONU, Conseil des droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, Santé mentale et droits de l'homme, A/HRC/34/32, 31 janvier 2017 (cité : *A/HRC/34/32*).

---

<sup>141</sup> Voir nos remarques précédentes sur les budgets nationaux attribués à la santé mentale.

<sup>142</sup> OMS, *Health equity report*, 18.

AGONU, Conseil des droits de l'homme, Santé mentale et droits de l'homme, A/HRC/RES/52/12, 14 avril 2023 (cité : *A/HRC/RES/52/12*).

AGONU, Déclaration du Millénaire, A/RES/55/2, 13 septembre 2000 (cité : *A/RES/55/2*).

AGONU, Déclaration politique de troisième réunion de haut niveau sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, A/RES/73/2, 10 octobre 2018 (cité : *A/RES/73/2*).

AGONU, Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, A/RES/74/2, 10 octobre 2019 (cité : *A/RES/74/2*).

AGONU, Note du Secrétaire général, Progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale et du bien-être, A/79/762, 30 janvier 2025 (cité : *A/79/762*).

AGONU, Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Consommation de drogues, réduction des risques et droit à la santé, A/HRC/56/52, 30 avril 2024 (cité : *A/HRC/56/52*).

AGONU, Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, A/70/297, 7 août 2015 (cité : *A/70/297*).

AGONU, Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, A/73/161, 16 juillet 2018 (cité : *A/73/161*).

AGONU, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, A/HRC/35/21, 28 mars 2017 (cité : *A/HRC/35/21*).

AGONU, « Sommet social mondial » intitulé « Deuxième Sommet mondial pour le développement social », A/RES/78/261, 26 février 2024 (cité : *A/RES/78/261*).

AGONU, Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030, A/RES/70/1, 21 octobre 2025 (cité : *A/RES/70/1*).

AGONU, Zero draft, Political declaration of the fourth high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases and the promotion of mental health and well-being (cité : *Political declaration*).

AMS, Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays, WHA65.4, 25 mai 2012.

AUVERGNON PHILIPPE, Approche juridique du handicap psychique : les enjeux d'une définition en droit social, Alter 6 (2012), 255 ss.

BELL RUTH/MARMOT MICHAEL, Social inequities and mental health, in : Bhugra et al. (édit.), Oxford Textbook of Public Mental Health, Oxford 2018, 21 ss.

BENICOURT EMMANUELLE, La pauvreté selon la PNUD et la Banque mondiale, Etudes rurales 2001/3, 35 ss.

BHUI KAMALDEEP, The social determinants of mental health, in : Bhugra et al., Oxford Textbook of Public mental health, Oxford 2018, 173 ss.

COBIGO VIRGINIE/STUART HEATHER, Social inclusion and mental health, Curr. Opin. in Psychiatry 5/23 (2010), 453 ss.

CONSEIL DE L'EUROPE, Plan d'action pour la promotion des droits et la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015, Recommandation Rec(2006)5 du Comité des Ministres, 5 avril 2006.

DAES, Disability and Development Report 2024: Accelerating the realization of the sustainable development goals by, for and with persons with disabilities, New York 2024 (cité : *Disability report*).

DAES, Draft Political Declaration of the « World Social Summit » under the title « the Second World Summit for Social Development », REV2, 15 juillet 2025 (cité : *World Summit*).

DAGRON STÉPHANIE, La couverture sanitaire universelle : un rôle très ambitieux, des défis nombreux, Rev. Med. Suisse 836/19 (2023), 1404 ss (cité : *Couverture sanitaire universelle*).

DAGRON STÉPHANIE, Le droit à la santé, un droit internationalement protégé, in : Santé et droit international, Société française pour le droit internationale (édit), Paris 2019, 51 ss (cité : *Droit à la santé*).

DAGRON STÉPHANIE, Penser la transition écologique dans les systèmes de santé : approche comparée, in : Apollis/Brimo/Guyonnet (édit.), Transition écologique et systèmes de santé, France 2025, 27 ss (cité : *Transition écologique*).

EBBESSEN JONAS/HEY ELLEN (édit.), The Cambridge Handbook of the sustainable development goals and international law, Cambridge 2022.

EVENSEN STIG et al., Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers, *Schizophr. Bull.* 2/42 (2016), 476 ss.

DHARAM GHAI, Travail décent : concept et indicateurs, *Rev. Int. Trav.* 2/142 (2003), 121 ss.

FIORILLO ANDREA/DE GIORGI SERAFINO (édit.), Social determinants of mental health, Cham 2024.

GNUDD, Déclaration de 2003 sur une vision commune d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour la coopération dans le développement, 2003.

GROCE NORA ELLEN/TRANI JEAN-FRANÇOIS, Millennium Development goals and people with disabilities, *Lancet* 9704/374 (2009), 1800 s.

GUTWINSKSI STEFAN et al., The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis, *PLOS Med.* 8/18 (2023).

INSERM, Expertise collective. Déficiences intellectuelles, Paris 2016.

LAWRENCE DAVID/KISELY STEPHEN, Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness, *J. Psychopharmacol.* 24/4 (2010), 61 ss.

OIT, Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022, La protection sociale à la croisée des chemins – bâtir un avenir meilleur, Genève 2021 (cité : *Protection sociale*).

OIT, World Social Protection Report 2024–26 : Universal social protection for climate action and a just transition, Genève 2024 (cité : *Universal social protection*).

OMS/BANQUE MONDIALE, Rapport mondial sur le handicap, Malte 2011.

OMS/CDSS, Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, Genève 2009.

OMS, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF, Genève 2001 (cité : *CIF*).

OMS, Global report on health equity for persons with disabilities, Genève 2022 (cité : *Health equity report*).

OMS/HCDH, Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice, Genève 2023.

OMS, Rapport sur l'équité en santé pour les personnes handicapées, Genève 2022 (cité : *Rapport équité santé*).

OMS, Suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Rapport du Directeur général, EB156/7, 6 janvier 2025 (cité : *Maladies non transmissibles*).

OMS, World mental health report: Transforming mental health for all, Genève 2022 (cité : *Mental health report*).

ONU, Sommet mondial pour le développement social, Déclaration de Copenhague sur le développement social et Programme d'action du Sommet mondial pour le développement social, A/CONF.166/9, 19 avril 1995 (cité : *A/CONF.166/9*).

PATEL VIKRAM/SAXENA SHEKHAR, Achieving universal health coverage for mental disorders, BMJ 366 (2019).

PNUD, Rapport sur le développement humain 2023-2024. Sortir de l'impasse. Repenser la coopération dans un monde polarisé, New York 2024.

PRYOR LARA/AZEVEDO DA SILVA MARINE/MELCHIOR MARIA, Mental health and global strategies to reduce NCDs and premature mortality, Lancet 8/2 (2017), e350 s.

RAZAVI SHAHRA et al., Reinvigorating the social contract and strengthening social cohesion : Social protection responses to COVID-19, ISSR 3/73 (2020), 55 ss.

RICHTER DIRK/HOFFMAN HOLGER, Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland : results from the Swiss Health Survey, Epidemiol. Psychiatr. Sci. 4/28 (2019), 427 ss.

SARBIB JEAN-LOUIS, Disability and the fight against poverty, Development Outreach 3/7 (2005), 4 ss.

SMITH JO et al., Food insecurity in adults with severe mental illness : A systematic review with meta-analysis, J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs. 2/31 (2024), 133 ss.

SOLMI MARCO et al., Disparities in Screening and Treatment of Cardiovascular Diseases in Patients With Mental Disorders Across the World : Systematic Review and Meta-Analysis of 47 Observational Studies, Am. J. Psychiatry 178/9 (2021), 793 ss.

STEWART-BROWN SARAH, Principles of public health: Application to public mental health, in : Bhugra et al. (édit.), Oxford Texbook of public mental health, Oxford 2018, 3 ss.

STIGLITZ JOSEPH, Crise mondiale, emplois et protection sociale, Revue internationale du travail 1-2/148 (2009).

VARGAS LOPES FRANCISCA/LLENA-NOZAL ANA, Understanding and addressing inequalities in mental health, OECD Health Working Papers n° 180 (2025).

## Sitographie

CIM-11, 2024 (consultable à l'adresse url : <https://www.who.int/fr/standards/classifications/classification-of-diseases>, dernière consultation le 16 août 2025).

HCDH, Coopération développement. Questions fréquentes au sujet d'une approche de la coopération pour le développement fondée sur les droits de l'homme, 2006 (consultable à l'adresse url : <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FAQfr.pdf>, dernière consultation le 16 août 2025).

OIT/IDA/UNICEF, Joint Statement -Towards inclusive social protection systems supporting the full and effective participation of persons with disabilities, février 2019, 4 (consultable à l'adresse url : <https://socialprotection-humanrights.org/resource/joint-statement-towards-inclusive-social-protection-systems-supporting-the-full-and-effective-participation-of-persons-with-disabilities>, dernière consultation le 17 août 2025).

OIT/OCDE/BANQUE MONDIALE, Financing social protection through the COVID-19 pandemic and beyond, ILO Development Working Group, 25 novembre 2021 (consultable à l'adresse url : <https://www.ilo.org/publications/financing-social-protection-through-covid-19-pandemic-and-beyond>, dernière consultation le 17 août 2025).

OIT, Social protection responses to the COVID-19 crisis : Country responses and policy considerations, ILO, Social Protection Spotlight, 23 avril 2020 (cité : *Social protection responses* ; consultable à l'adresse url : [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed\\_protect/%40soc\\_sec/documents/publication/wcms\\_742337.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40soc_sec/documents/publication/wcms_742337.pdf), dernière consultation le 17 août 2025).

OMS, Accord de l'OMS sur les pandémies, WHA78.1, 20 mai 2025 (cité : *Accord pandémie* ; consultable à l'adresse url : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA78/A78\\_R1-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-fr.pdf), dernière consultation le 19 août 2025).

OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève 2001 (cité : *Rapport santé* ; consultable à l'adresse url : [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42391/WHR\\_2001\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42391/WHR_2001_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y), dernière consultation le 16 août 2025).

OMS, WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023) : Universal Health Coverage for mental health, 2019 (cité : *Universal health coverage* ; consultable à l'adresse url : [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence="](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=), dernière consultation le 16 août 2025).

ONU, Policy Brief: A Disability-Inclusive Response to COVID-19, 2020 (cité : *Disability-inclusive response* ; consultable à l'adresse url : [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/05/sg\\_policy\\_brief\\_on\\_persons\\_with\\_disabilities\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/05/sg_policy_brief_on_persons_with_disabilities_final.pdf), dernière consultation le 16 août 2025).

ONU, Shared Responsibility, Global Solidarity: responding to the socio-economic impacts of covid-19, 2020 (cité : *Shared responsibility* ; consultable à l'adresse url : <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-03/SG-Report-Socio-Economic-Impact-of-Covid19.pdf>, dernière consultation le 16 août 2025).

---

# **Handicap psychique : droit à des aménagements raisonnables dans les rapports de travail**

## **La révision de la LHand au regard du droit onusien et européen**

*Karine Lempen\**

### **Table des matières**

I.	Introduction	82
II.	Le droit au travail des personnes avec un handicap psychique	84
	A. « Handicap psychique » au sens du droit relatif à l'égalité	84
	1. Au niveau onusien	84
	2. En Suisse	85
	3. Au niveau de l'Union européenne	86
	B. Droit au travail selon la Convention des Nations Unies	87
	1. Transition des ateliers protégés vers le marché ordinaire	87
	2. Interdiction de discriminer sur la base du handicap	88
III.	Les aménagements raisonnables au travail	90
	A. Généralités	90
	B. Définition	92
	1. Aptitude à répondre aux besoins dans un cas concret	92
	2. Exigibilité de la part de l'entité employeuse	94
	C. Types d'aménagements	95
	1. Généralités	95
	2. Télétravail	97
	3. Adaptation du temps de travail	98
	4. Changement de poste	99
	5. Aménagements raisonnables par association	101

---

\* Professeure à la Faculté de droit de l'Université de Genève. L'autrice remercie Mme Pauline Roy et M. Amine Mreyah, auxiliaires de recherche et d'enseignement auprès de cette université. La première a grandement facilité l'élaboration de cet article par ses recherches en droit suisse, international et européen ainsi que par ses commentaires pertinents. Le second a relu le texte avec minutie.

IV. En cas de refus d'aménagements injustifié	102
A. Procédure interne	102
B. Droits justiciables prévus dans le projet de LHand révisée	102
1. Aperçu	102
2. Indemnité en cas d'inégalité lors de la résiliation	103
3. Indemnité pour refus d'aménagements injustifié	104
4. Cumul d'indemnités	105
5. Allègement du fardeau de la preuve	105
V. Conclusion	106
Bibliographie	107

## I. Introduction

Dix ans après la ratification par la Suisse de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH<sup>1</sup>), le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message<sup>2</sup> relatif à une modification de la loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand<sup>3</sup>). Alors que cette loi ne couvre, à ce jour, que les rapports de travail régis par la loi sur le personnel de la Confédération<sup>4</sup>, la révision proposée (P-LHand) vise notamment à étendre le champ d'application de la LHand à l'ensemble des relations salariées, dont celles soumises au droit privé<sup>5</sup>. En particulier, le projet de loi met à charge de la partie employeuse, y compris dans le secteur privé, une obligation de procéder à des aménagements raisonnables pour prévenir, réduire ou éliminer les

---

<sup>1</sup> La Suisse a adhéré le 15 avril 2014 à la Convention du 16 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées (RS 0.190).

<sup>2</sup> Conseil fédéral, Message du 20 décembre 2024 concernant la modification de la loi sur l'égalité pour les handicapés, FF 2025 300 (Message révision LHand).

<sup>3</sup> Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (RS 151.3), fondée notamment sur l'art. 8 al. 2 et 4 de la Constitution fédérale de la Confédération helvétique du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101).

<sup>4</sup> Art. 3 let. g LHand, qui renvoie à la loi fédérale du 24 mars 2000 sur le personnel de la Confédération (LPers ; RS 172.220.1).

<sup>5</sup> Art. 3 let. g P-LHand. A cet égard, le projet de loi se fonde sur les art. 110 al. 1 let. a et 122 Cst., voir Message révision LHand, 48.

inégalités liées au handicap dans toutes les phases de la relation d’emploi<sup>6</sup>. Le projet entend ainsi « obliger les acteurs privés à prendre les mesures appropriées et raisonnablement exigibles pour réduire les inégalités constatées dans des situations concrètes données »<sup>7</sup>. Les adaptations requises dans un cas d’espèce<sup>8</sup> peuvent concerner, par exemple, le cahier des charges, le rythme ou le temps de travail<sup>9</sup>.

Au regard de cette actualité législative et du thème de cet ouvrage, la présente contribution s’attache à préciser les contours de ce devoir d’aménagements à l’égard des travailleuses et travailleurs avec un handicap psychique.

Après avoir rappelé la notion de handicap psychique ainsi que le droit au travail dans une telle situation (II), nous examinerons l’obligation d’aménagements raisonnables prévue par la révision susmentionnée à la lumière du droit onusien et du droit de l’Union européenne (UE), qui la consacrent depuis plusieurs années (III). Nous présenterons ensuite les nouveaux droits prévus par le projet de LHand révisée, l’accent étant mis sur ceux pouvant être invoqués en justice en cas de refus de procéder aux aménagements raisonnables demandés (IV).

Nous traiterons des aménagements requis en fonction des besoins dans un cas concret *sous l’angle du droit à l’égalité* dans le domaine de l’emploi. En revanche, d’autres mesures visant à favoriser l’inclusion professionnelle d’un individu, comme celles prévues par l’assurance-invalidité (AI)<sup>10</sup>, ne seront pas étudiées.

---

<sup>6</sup> Art. 2 al. 6, 6a et 12a P-LHand.

<sup>7</sup> Message révision LHand, 12.

<sup>8</sup> Art. 2 al. 6 P-LHand.

<sup>9</sup> Message révision LHand, 33. Voir *infra* III.A.

<sup>10</sup> Voir Message révision LHand, 14 et 18, qui distingue les mesures de promotion de l’égalité, prévues par la LHand, des mesures de réadaptation professionnelle selon la loi sur l’assurance-invalidité (sur ces secondes mesures, voir la contribution d’ANNE-SYLVIE DUPONT dans cet ouvrage).

## **II. Le droit au travail des personnes avec un handicap psychique**

### **A. « Handicap psychique » au sens du droit relatif à l'égalité**

Le droit relatif à l'égalité des personnes en situation de handicap contient diverses définitions du handicap psychique, qui se recoupent en partie. La présente section vise à tracer les contours de cette notion à la lumière du droit onusien (1), suisse (2) et de l'Union européenne (3).

#### **1. Au niveau onusien**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique qu'il existe différents types de troubles mentaux et inclut dans cette catégorie les troubles psychiques tels que le trouble du spectre autistique (TSA), le trouble bipolaire ou la dépression<sup>11</sup>. Leur présence n'implique toutefois pas nécessairement un handicap sur le plan professionnel.

Selon l'article premier de la CDPH, doivent être considérées comme « personnes handicapées » celles qui présentent des incapacités<sup>12</sup>, notamment « mentales » ou « intellectuelles », durables<sup>13</sup>, « 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 ». Les barrières peuvent être d'ordre architectural, organisationnel ou résulter de préjugés<sup>14</sup>, par exemple celui selon lequel des traits autistiques péjorent nécessairement la performance au travail. Au chapitre des freins à l'inclusion professionnelle, il sied en effet

---

<sup>11</sup> Voir OMS, *Troubles mentaux* (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, dernière consultation le 12 juillet 2025).

<sup>12</sup> Que celles-ci soient liées à la naissance, à une prédisposition génétique, à une maladie, à un accident ou encore à l'âge. Voir Message révision LHand, 28.

<sup>13</sup> Le critère de durée permet de distinguer maladie et handicap. Une maladie chronique, combinée à un environnement inadapté, peut entraîner un handicap. Voir ESKANDARI et al., 9. Sur la différence de degré entre maladie et handicap, voir aussi FERRI/LAWSON, 51 avec les références à la pratique du comité CDPH.

<sup>14</sup> Voir la let. e du préambule CDPH « barrières comportementales et environnementales ». Voir aussi SHK BRK-NAQUIB, art. 1 N 34.

de ne pas sous-estimer l'effet stigmatisant des stéréotypes (par exemple la fausse croyance selon laquelle une personne atteinte de dépression est en réalité paresseuse et pourrait se prendre en main avec un peu de bonne volonté, ou celle selon laquelle un individu avec un trouble de la personnalité borderline prend un malin plaisir à provoquer ses collègues avec des remarques blessantes).

## 2. En Suisse

Le projet de LHand<sup>15</sup> révisée reprend la définition sociale<sup>16</sup> du handicap consacrée par la CDPH, qui sera développée au chiffre suivant en lien avec la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE).

Selon le projet de loi, le handicap peut notamment revêtir une nature « mentale » (déficience intellectuelle, par exemple en lien avec le syndrome de Down) ou « psychique » (par exemple du fait d'un trouble bipolaire ou d'une schizophrénie)<sup>17</sup>. Dans le canton de Genève, un avant-projet de loi sur l'égalité et les droits des personnes en situation de handicap mentionne en outre le handicap lié à une « neuro-divergence » (par exemple troubles de l'attention [TDA/H])<sup>18</sup>. Les personnes avec un TSA sont susceptibles d'entrer dans ces trois catégories.

---

<sup>15</sup> Art. 2 al. 1 P-LHand.

<sup>16</sup> A ce sujet : HESS-KLEIN, 20 ss ; HERTIG RANDALL, 158 ss.

<sup>17</sup> Les notions de handicap « mental » ou « psychique » figurent déjà dans la version actuelle de l'art. 2 LHand.

<sup>18</sup> Avant-projet du 12 juin 2024, AP-LED-Handicap/GE, art. 4 let. a.

### 3. Au niveau de l'Union européenne

Le droit européen en matière d'égalité de traitement dans l'emploi s'inspire également de la définition consacrée par la CDPH<sup>19</sup>, à laquelle l'UE a adhéré<sup>20</sup>. En effet, selon la CJUE, un handicap au sens de la Directive 2000/78/CE<sup>21</sup> résulte de l'interaction entre une atteinte durable à la santé physique, mentale ou psychique, et diverses barrières propres à entraver la participation à la vie professionnelle<sup>22</sup>. Selon la Cour, la reconnaissance d'un handicap ne presuppose pas une incapacité totale de travailler. Il suffit que la personne concernée rencontre une « gêne » durable dans l'exercice de son activité<sup>23</sup>.

Selon les variations des symptômes ou les modifications de l'environnement professionnel, la gêne peut diminuer ou, au contraire, s'aggraver au fil du temps. Ainsi, le seul fait qu'une personne avec un trouble psychique ait, par le passé, été capable de travailler sans difficultés ne permet pas d'exclure l'existence d'un handicap<sup>24</sup>.

---

<sup>19</sup> Parmi d'autres : FASCIGLIONE, 159 ; LEMPEN, *Handicap*, 121 ss.

<sup>20</sup> Décision 2010/48/CE du Conseil du 26 novembre 2009 concernant la conclusion, par la Communauté européenne, de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, JO L 23 du 27 janv. 2010, 35 s.

<sup>21</sup> Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail, JO L 303 du 2 déc. 2000, 16 ss.

<sup>22</sup> Voir en particulier les arrêts CJCE, *Sonia Chacon Navas contre Eurest Colectividades SA*, aff. C-13/05, 11 juill. 2006, CJUE, *HK Danmark contre Dansk almennyttigt Boligselskab DAB*, aff. C-335/11, 11 avr. 2015 et CJUE, *Z contre A Government Department and the Board of management of a community school*, aff. C-363/12, 18 mars 2014, CJUE, *FAO contre Kommunernes Landsforening (KL)*, aff. C-354/13, 17 juill. 2014.

<sup>23</sup> CJUE, *HK Danmark contre Dansk almennyttigt Boligselskab DAB*, aff. C-335/11, 11 avr. 2015, § 43 s.

<sup>24</sup> Dans l'affaire CJUE, *FAO contre Kommunernes Landsforening (KL)*, aff. C-354/13, 17 juill. 2014, afin de pouvoir se déterminer sur l'existence d'un handicap au sens de la Directive 2000/78/CE, il s'agissait de savoir si l'obésité du travailleur, combinée à diverses barrières (dont des stéréotypes sur les aptitudes des personnes en surpoids) limitait durablement son activité professionnelle comme assistant maternel, alors même que ce dernier l'avait exercée sans réclamation pendant environ quinze ans (§ 62).

## B. Droit au travail selon la Convention des Nations Unies

L'art. 27 CDPH exige des Etats qu'ils reconnaissent aux personnes avec un handicap, « sur la base de l'égalité avec les autres, le droit au travail, notamment la possibilité de gagner leur vie en accomplissant un *travail librement choisi ou accepté sur un marché du travail et dans un milieu de travail ouverts, favorisant l'inclusion et accessibles aux personnes handicapées* »<sup>25</sup>.

### 1. Transition des ateliers protégés vers le marché ordinaire

Selon les comités CDESC<sup>26</sup> et CDPH<sup>27</sup>, le « droit au travail » n'est pas réalisé lorsque la seule véritable possibilité de travailler offerte aux personnes en situation de handicap consiste en une occupation dans des structures ségréguées<sup>28</sup>. En Suisse comme ailleurs, les ateliers protégés occupent un grand nombre de personnes avec un handicap mental ou psychique<sup>29</sup>, souvent contre une rémunération symbolique, inférieure au salaire minimum<sup>30</sup>.

Afin de respecter le principe d'inclusion sur lequel repose la CDPH, ces structures ne devraient être admises qu'à titre exceptionnel, afin de permettre – autant que possible compte tenu du type de trouble – une transition vers le milieu professionnel ordinaire<sup>31</sup>, par exemple vers un emploi assisté

---

<sup>25</sup> Art. 27 § 1<sup>re</sup> phrase CDPH (italiques ajoutés).

<sup>26</sup> Comité CDESC, Observation générale n° 5 (1994), N 21.

<sup>27</sup> Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 12.

<sup>28</sup> Voir aussi Commentary CRPD-BANTEKAS/PENNILAS/ANASTASIOU, 775 ; SHK BRK-DEMIR, art. 27 N 18.

<sup>29</sup> Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), en 2013, au sein des ateliers rattachés à un « établissement pour personnes handicapées, pour problèmes de dépendance ou pour troubles psychosociaux », le type de handicap le plus fréquent est le handicap « mental », suivi du handicap « psychique » (OFS, Emploi protégé [<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/egalite-personnes-handicapees/activite-professionnelle/emploi-protege.html>, dernière consultation le 12 juillet 2025]).

<sup>30</sup> OIT, *Decent work*, 73 s.

<sup>31</sup> Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 82i ; SHK BRK-DEMIR, art. 27 N 25.

(*supported employment*)<sup>32</sup> ou au sein d'une « entreprise sociale ». Visant un objectif à la fois économique et social, ces entreprises, situées à la frontière entre le marché ordinaire de l'emploi et le marché du travail protégé, peuvent « employer aussi bien des personnes dont la capacité de travail est fortement restreinte que des personnes qui ne présentent que des problèmes légers »<sup>33</sup>.

En réalité, les taux de transition des ateliers protégés vers le marché du travail ordinaire demeurent faibles dans un grand nombre de pays<sup>34</sup>. Dans ses Observations finales concernant le rapport initial de la Suisse sur la mise en œuvre de la CDPH, le Comité CDPH s'est montré préoccupé par les difficultés rencontrées par les personnes avec un handicap pour accéder au marché de l'emploi ordinaire<sup>35</sup>. Le Comité recommande notamment de « prendre des mesures aux niveaux fédéral, cantonal et communal pour que les personnes handicapées aient accès, *sans discrimination*, à un emploi ordinaire inclusif dans le secteur privé ou public »<sup>36</sup>.

## 2. Interdiction de discriminer sur la base du handicap

L'art. 27 CDPH consacre plusieurs droits interdépendants propres à assurer le droit au travail, notamment le droit des personnes en situation de handicap de bénéficier, sur un pied d'égalité avec les autres travailleuses et travailleurs, de « conditions de travail justes et favorables »<sup>37</sup> ainsi que le droit de ne pas être discriminées sur la base du handicap dans tout ce qui a trait à l'emploi<sup>38</sup>.

---

<sup>32</sup> A ce sujet : ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (OIT), *Decent work*, 74 ss.

<sup>33</sup> Sur les « entreprises sociales », voir OIT, *Decent work*, 80 ss ; Conseil fédéral, Rapport du 19 octobre 2016 sur le rôle des entreprises sociales, 8 (diversité des formes) et 34 (critères).

<sup>34</sup> OIT, *Decent work*, 73 s. ; VISIER, 353 (qui indique, sur la base d'une étude publiée en 1993, un taux de transition inférieur à 2 % pour la Suisse).

<sup>35</sup> Comité CDPH, Observations finales concernant le rapport initial de la Suisse, 13 avril 2022, CRPD/C/CHE/CO/151, § 51.

<sup>36</sup> Comité CDPH Observations finales concernant le rapport initial de la Suisse, 13 avril 2022, CRPD/C/CHE/CO/151, § 52 (italiques ajoutés).

<sup>37</sup> Art. 27 § 1 let. b CDPH. Voir Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 6 et 24 ss.

<sup>38</sup> Art. 27 § 1 let. a CDPH. Voir aussi les art. 2 et 5 CDPH.

Directement justiciable<sup>39</sup>, l’interdiction de discriminer prévue par la CDPH s’applique aux rapports de travail soumis au droit public ou privé<sup>40</sup>. Sont visées l’ensemble des conditions de travail, notamment les horaires, l’attribution des tâches et l’évaluation des prestations<sup>41</sup>. Conformément à l’art. 6 CDPH, une attention particulière doit être portée au risque de discrimination multiple encouru par les femmes en situation de handicap sur le marché du travail<sup>42</sup>.

Toutes les formes de discrimination sont visées, dont la discrimination directe, la discrimination indirecte, le harcèlement et la discrimination par association<sup>43</sup>. Une discrimination par association peut se produire lorsqu’une travailleuse ou un travailleur ayant un lien familial ou un autre lien étroit<sup>44</sup> avec un individu en situation de handicap, par exemple son enfant<sup>45</sup>, est discriminé sur le plan professionnel en raison de ce lien, et que cette discrimination affecte directement ou indirectement la vie de ce dernier<sup>46</sup>.

Selon l’art. 2 § 3 CDPH, la discrimination peut aussi prendre la forme d’un refus d’aménagements raisonnables<sup>47</sup>, objets de la troisième partie de cette contribution. En effet, comme relevé par le Tribunal fédéral, « ne pas octroyer un aménagement raisonnable constitue une discrimination au sens de la Convention »<sup>48</sup>.

---

<sup>39</sup> Comme rappelé dans l’arrêt TF 8C\_633/2021 du 14 avril 2022, c. 4.2, au sujet de l’art. 5 § 1 CDPH.

<sup>40</sup> SCHEFER/HESS-KLEIN, 418. Voir l’art. 4 § 1 let. e CDPH ; SHK BRK-STUDER/PÄRLI, art. 4 N 45 ss ; Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 16 (l’interdiction de discriminer consacrée à l’art. 27 CDPH s’étend aux actions de tiers, y compris les entreprises).

<sup>41</sup> SHK BRK-DEMIR, art. 27 N 30.

<sup>42</sup> Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 67. Voir TF 8C\_633/2021 du 14 avril 2022, déjà mentionné par LEMPEN, *Aménagements*, 41 s.

<sup>43</sup> Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 16.

<sup>44</sup> SHK BRK-NAQUIB, art. 2 N 20.

<sup>45</sup> L’art. 7 CDPH protège spécifiquement les enfants en situation de handicap.

<sup>46</sup> Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 21, qui renvoie à *Bellini c. Italie* (CRPD/C/27/D/51/2018). Voir aussi CJUE, *S. Coleman contre Attridge Law et Steve Law*, aff. C-303/06, 17 juill. 2008. Pour plus d’explications : LEMPEN, *Aménagements*, 42 et 45 s.

<sup>47</sup> Art. 2 § 3 CDPH ; Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 16.

<sup>48</sup> TF 2C\_299/2023 du 7 mai 2024, c. 5.1.4.

### **III. Les aménagements raisonnables au travail**

#### **A. Généralités**

La CDPH demande aux Etats de « faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés » en faveur des personnes en situation de handicap dans les rapports de travail soumis au droit public ou privé<sup>49</sup>.

Ainsi, l'obligation des entités employeuses de procéder à des aménagements raisonnables se trouve « au cœur » de la révision de la LHand proposée par le Conseil fédéral<sup>50</sup>. Ce dernier précise toutefois que le devoir d'aménagements « n'oblige pas à garantir, de manière générale, l'accessibilité ou l'inclusivité de l'environnement de travail, à la différence de ce que l'art. 13 LHand exige de la Confédération en tant qu'employeur »<sup>51</sup>. En effet, les aménagements raisonnables adoptés en fonction des besoins dans une situation concrète ne doivent pas être confondus avec des actions visant une amélioration des conditions-cadres bénéficiant à tout un groupe de personnes, tels que les quotas à l'embauche<sup>52</sup> ou les mesures d'accessibilité – à l'information, par exemple – mises en place *ex ante*, indépendamment d'une requête individuelle<sup>53</sup>. Cela étant, ces différents types de mesures sont étroitement liés. Ainsi, l'inaccessibilité d'une information écrite pour une personne avec un trouble cognitif va nécessiter un aménagement raisonnable, sous forme par exemple d'une explication orale.

---

<sup>49</sup> Art. 27 § 1 let. i *cum* 5 § 3 CDPH.

<sup>50</sup> Message révision LHand, 16. Voir l'art. 6a al. 2 P-LHand.

<sup>51</sup> Message révision LHand, 33. Sur la création d'un environnement de travail inclusif dans l'administration fédérale, notamment *via* des « valeurs cibles », voir BAER/STAÜBLE, 4 ss.

<sup>52</sup> Art. 27 § 1 let. g et h *cum* 5 § 4 CDPH (action positive, mesures spécifiques). Sur la distinction entre les aménagements raisonnables, « ponctuels », « dans un cas concret », et les mesures spécifiques, « collectives et en principe temporaires », voir TF 2C\_299/2023 du 7 mai 2024, c. 5.1.5.

<sup>53</sup> Art. 9 § 1 let. b, f et g *cum* 3 let. f CDPH ; Message révision LHand, 49. Sur l'obligation progressive de réaliser l'accessibilité, qui s'accompagne du devoir *ex nunc* de procéder aux aménagements raisonnables, voir Comité CDPH, Observation générale n° 2 (2014), CRPD/C/GC/8, N 24 ss ; HESS-KLEIN, 33 ss.

Or, si ladite information avait été rédigée dans un langage facile à lire et à comprendre (FALC)<sup>54</sup>, elle aurait été accessible de façon universelle<sup>55</sup>, et donc aussi pour cette personne, qui n'aurait ainsi pas eu besoin d'un aménagement<sup>56</sup>.

Le devoir d'aménagements raisonnables « s'inscrit dans la droite ligne » de l'obligation de droit public prévue par l'art. 6 de la loi sur le travail (LTr<sup>57</sup>), l'accent étant toutefois mis sur les mesures individuelles propres à éliminer les inégalités dans un environnement professionnel donné plutôt que sur les dispositifs adoptés au niveau de l'entreprise en matière de sécurité et de protection de la santé, normes dont le contrôle incombe à l'inspection du travail<sup>58</sup>. En outre, le devoir d'aménagements permet de renforcer l'obligation générale de protection de la personnalité figurant à l'art. 328 CO<sup>59</sup> en adaptant cette règle à la problématique spécifique du handicap et en facilitant l'accès à la justice en cas de refus d'aménagement<sup>60</sup>, comme exposé plus loin<sup>61</sup>.

---

<sup>54</sup> Voir par exemple Insieme, Textes en facile à lire et à comprendre (<https://insieme.ch/fr/falc/>, dernière consultation le 12 juillet 2025).

<sup>55</sup> Sur la « conception universelle » des services, pouvant être utilisés, autant que possible, par tous et toutes sans adaptations, voir l'art. 2 § 5 *cum* 4 § 1 let. f CDPH. Au sujet de l'accessibilité numérique pour l'ensemble du personnel de la Confédération, voir BAER/STAÜBLE, 5.

<sup>56</sup> LAWSON, 21, citée par BRODERICK, 404, note 76. Voir aussi l'exposé des motifs relatifs à l'art. 12 AP-LED-Handicap/GE (communication accessible), 57.

<sup>57</sup> Loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (RS 822.11).

<sup>58</sup> Message révision LHand, 18. Sur les mesures requises par l'art. 6 LTr en lien avec un handicap, voir aussi SCHEFER/HESS KLEIN, 446 s. ; LEMPEN, *Handicap*, 144 ss.

<sup>59</sup> Loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (Livre cinquième : Droit des obligations) (RS 220).

<sup>60</sup> Message révision LHand, 17 avec les références. Sur les difficultés d'accès à la justice liées notamment aux incertitudes sur la portée de l'art. 328 CO en cas de handicap, voir aussi EGGER et al., 331.

<sup>61</sup> *Infra* D.

## B. Définition

Selon le projet de LHand révisée, « on entend par aménagement raisonnable une modification ou un ajustement nécessaire et adapté dans un cas d'espèce »<sup>62</sup>. Cette brève définition s'inspire de celle, spécifique au domaine professionnel, figurant dans la Directive 2000/78/CE<sup>63</sup>. Selon l'art. 5 de cette directive, « l'employeur prend les mesures appropriées, en fonction des besoins dans une situation concrète, pour permettre à une personne handicapée d'accéder à un emploi, de l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation lui soit dispensée, sauf si ces mesures imposent à l'employeur une charge disproportionnée ».

Se basant sur l'art. 2 CDPH, le Tribunal fédéral explique que, pour ne pas être discriminatoire, « un refus d'aménagement doit reposer sur des critères objectifs ». Le refus peut se justifier par le caractère déraisonnable de la mesure. Un « aménagement est raisonnable s'il est approprié, à savoir possible, réalisable, mais aussi adéquat pour la personne, nécessaire, c'est-à-dire s'il répond à un besoin réel et ne va pas au-delà, et proportionné au sens strict »<sup>64</sup>.

Autrement dit, les aménagements requis doivent être « raisonnables » principalement à deux égards<sup>65</sup>.

### 1. Aptitude à répondre aux besoins dans un cas concret

Tout d'abord, le caractère « raisonnable » de la mesure renvoie à sa « pertinence », à son « adéquation » et à son « efficacité » pour la personne concernée. Selon le Comité CDPH, en effet, « un aménagement est raisonnable s'il atteint le ou les buts dans lesquels il est apporté, et s'il est adapté aux besoins de la personne handicapée »<sup>66</sup>. Il s'avère dès lors

---

<sup>62</sup> Art. 2 al. 6 P-LHand. Voir aussi l'art. 6a P-LHand sur les rapports de travail.

<sup>63</sup> Message révision LHand, 29. Voir aussi la définition figurant à l'art. 2 § 4 CDPH.

<sup>64</sup> TF 2C\_299/2023 du 7 mai 2024, c. 5.1.4 avec les références.

<sup>65</sup> WADDINGTON, 310 ss.

<sup>66</sup> Comité CDPH, Observation générale n° 6 (2018), CRPD/C/GC/6, N 25a. Voir aussi le Préambule de la Directive 2000/78/CE, chiffre 21, selon lequel les mesures doivent

primordial que celle-ci, avec son équipe soignante (psychiatre, psychologue, personnel infirmier, ergothérapeute, etc.), puisse collaborer à la recherche d'une solution susceptible de « supprimer ou éviter l'obstacle constaté ». Afin d'identifier les mesures adéquates, une bonne communication entre les responsables d'entreprise, la personne salariée, le personnel de santé et, le cas échéant, l'AI s'avère essentielle<sup>67</sup>. La hiérarchie est tenue de mettre en œuvre « la solution privilégiée par la personne concernée », à moins qu'il n'en résulte une « charge indue » pour la partie employeuse<sup>68</sup>, comme expliqué au chiffre suivant.

Lors de la recherche d'une solution, il sied de garder à l'esprit le caractère souvent évolutif des maladies psychiques. Ainsi, les aménagements requis peuvent revêtir un caractère *temporaire* et leur adéquation devra régulièrement être revue en fonction de la période dans laquelle se trouve l'individu concerné (les troubles psychiques comprenant souvent des phases de stabilisation plus ou moins longues entrecoupées de moments plus difficiles, par exemple épisode dépressif sévère durant quelques mois)<sup>69</sup>.

Par ailleurs, il sied de prendre en considération les « besoins spécifiques des femmes handicapées » (art. 5 al. 1 LHand)<sup>70</sup>. Ainsi, concernant une travailleuse enceinte avec un trouble psychique, des *aménagements multiples* seront nécessaires, en raison de la grossesse<sup>71</sup> et du handicap<sup>72</sup>.

---

être « appropriées », à savoir « efficaces et pratiques » au regard des besoins spécifiques.

<sup>67</sup> Voir les contributions d'ANNE-SYLVIE DUPONT et NICOLAS RUFENER dans cet ouvrage.

<sup>68</sup> Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 45.

<sup>69</sup> DIRECTION DÉPARTEMENTALE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE (DDTEFP) DES HAUTS-DE-SEINE, 9, selon laquelle il ne faut jamais considérer une situation comme définitivement acquise eu égard à la variabilité de l'état de la maladie.

<sup>70</sup> Voir aussi l'art. 6 CDPH.

<sup>71</sup> Voir les aménagements prévus aux art. 35 ss LTr.

<sup>72</sup> Voir TF 8C\_633/2021 du 14 avril 2022, c. 4 (collaboratrice enceinte atteinte d'une sclérose en plaques) ainsi que le commentaire de SATTIVA SPRING, 5 s., sur le manque de prise en compte, en l'espèce, de la discrimination multiple vécue par la travailleuse.

## 2. Exigibilité de la part de l'entité employeuse

L'aménagement doit être non seulement apte à atteindre son but, mais aussi « raisonnablement exigible » de la part de l'entité employeuse. Actuellement, le principe de proportionnalité est consacré à l'art. 11 LHand. Son application signifie que les besoins de la personne en situation de handicap doivent être mis en balance avec les possibilités dont dispose la partie employeuse, notamment sur le plan financier ou organisationnel<sup>73</sup>. L'art. 12a al. 2 P-LHand précise les critères à l'aune desquels cette pesée des intérêts doit avoir lieu.

La taille et la capacité financière de l'entreprise sont tout d'abord à prendre en considération<sup>74</sup>, étant précisé que « de nombreuses adaptations sont faciles à réaliser, même pour des petites entreprises »<sup>75</sup> et que le coût d'une mesure « n'est pas nécessairement à lui seul décisif »<sup>76</sup>. Selon le message du Conseil fédéral, l'attention sera portée sur les conséquences des aménagements pour la rentabilité de l'entreprise<sup>77</sup>. A cet égard, il s'agira de mettre en perspective les coûts engendrés à court terme par la mesure avec les gains pouvant être réalisés à moyen terme grâce à celle-ci. Par exemple, le dépistage précoce des maladies psychiques permet de limiter les absences et donc les coûts. En outre, les mesures de soutien aux personnes atteintes dans leur psychisme peuvent apporter une plus-value non financière, notamment en termes d'image de l'entreprise et d'une plus grande satisfaction du personnel<sup>78</sup>.

Lorsqu'un aménagement paraît exagérément onéreux, des « solutions de rechange », par hypothèse moins coûteuses, « à même de prévenir, de réduire ou d'éliminer l'inégalité » doivent être étudiées lors de l'examen de la proportionnalité<sup>79</sup>.

Enfin, il sied de prendre en compte une éventuelle atteinte aux droits et libertés de tiers, notamment les autres membres du personnel<sup>80</sup>. Par exemple, s'il

---

<sup>73</sup> Message révision LHand, 18.

<sup>74</sup> Art. 12a al. 2 let. a P-LHand.

<sup>75</sup> Message révision LHand, 38 s.

<sup>76</sup> TF 2C\_299/2023 du 7 mai 2024, c. 5.1.5 qui renvoie à l'ATF 141 I 9, c. 4.

<sup>77</sup> Message révision LHand, 38 s.

<sup>78</sup> Voir ECKSTEIN et al., 14.

<sup>79</sup> Art. 12a al. 2 let. b P-LHand.

<sup>80</sup> Art. 12a al. 2 let. c P-LHand.

semble à première vue raisonnable d'autoriser une personne ayant un trouble de l'attention à travailler seule depuis son domicile, cette mesure pourra être jugée disproportionnée s'il s'avère qu'elle oblige ses collègues à travailler plus souvent sur place afin d'assurer un piquet<sup>81</sup>.

En cas de litige, les tribunaux devront « étudier scrupuleusement les critères de proportionnalité au cas par cas »<sup>82</sup>.

## C. Types d'aménagements

### 1. Généralités

L'art. 12 de l'ordonnance sur l'égalité pour les personnes handicapées (OHand<sup>83</sup>) prévoit que la Confédération, en sa qualité d'employeuse, doit prendre les mesures nécessaires pour adapter l'environnement professionnel aux besoins de son personnel en situation de handicap, notamment en aménageant les *locaux* de travail, le *poste de travail* (par exemple table électrique réglable en hauteur, siège adapté)<sup>84</sup>, les horaires de travail, les possibilités de perfectionnement professionnel et le plan de carrière. La liste figurant à l'art. 12 al. 1 OHand revêt un caractère exemplatif. Les aménagements peuvent aussi avoir trait aux *outils* de travail (par exemple clavier mono-manuel pour une personne atteinte d'une sclérose en plaques)<sup>85</sup>, *cahier des charges* ou *rythme de travail*<sup>86</sup>. Dans un arrêt concernant une nettoyeuse avec une déficience intellectuelle, le Tribunal administratif fédéral précise que les mesures de soutien prises sur la base de cette disposition – et du devoir général de protection de la personnalité prévu à l'art. 328 CO<sup>87</sup> –

---

<sup>81</sup> Dans ce sens, Message révision LHand, 33.

<sup>82</sup> Message révision LHand, 33.

<sup>83</sup> Ordonnance du 19 novembre 2003 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (RS 151.31).

<sup>84</sup> Voir TF 8C\_633/2021 du 14 avril 2022, A.b. et A.g.

<sup>85</sup> Voir TF, 8C\_633/2021 du 14 avril 2022, A.f. et A.g.

<sup>86</sup> Message révision LHand, 33.

<sup>87</sup> Auquel renvoie l'art. 6 al. 2 LPers. Sur le lien entre les mesures requises par l'art. 328 CO et les aménagements raisonnables au sens de la CDPH, voir SCHEFER/HESS-KLEIN, 443 ss. Voir aussi LEMPEN, *Handicap*, 144 ss.

peuvent consister à adapter les exigences en termes de prestations et de comportement<sup>88</sup>. En l'espèce, au lieu de licencier l'employée en situation de handicap à la suite de l'introduction d'un nouveau concept de nettoyage, l'office employeur aurait pu abaisser le niveau de ses attentes ou prévoir un accompagnement par un tiers apte à seconder la travailleuse dans la réalisation des nouvelles tâches<sup>89</sup>. En effet, un aménagement peut aussi comprendre une *assistance humaine*<sup>90</sup>.

Particulièrement sujets au stress, les individus ayant des troubles psychiques peuvent ressentir la nécessité d'adaptations tant au niveau de leur poste physique de travail que de son organisation. « Par exemple, les personnes atteintes d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de l'attention sont rapidement confrontées à un excès de stimuli. Elles ont besoin d'un endroit calme pour travailler »<sup>91</sup>. Selon les cas, les aménagements suivants sont envisageables<sup>92</sup> :

- possibilité de s'isoler ;
- règlementation flexible des pauses ;
- environnement de travail calme et possibilité de gérer les sources de bruit (volume de la sonnerie du téléphone, distance vis-à-vis des appareils et machines bruyants) ;
- réduction de la lumière artificielle ;
- postes de travail individuels, cloisons et autres séparations sonores et visuelles entre les espaces de travail afin de réduire le bruit et les sources de distraction ;
- possibilité d'écouter de la musique avec des écouteurs pour ne pas se laisser distraire ;
- utilisation de dictaphones pour enregistrer/vérifier le contenu d'entretiens ou de formations ;

---

<sup>88</sup> ATAF/2008/25 du 29 avril 2008, c. 6.5.1.

<sup>89</sup> ATAF/2008/25 du 29 avril 2008, c. 6.6.2.

<sup>90</sup> ESKANDARI et al., 6.

<sup>91</sup> ECKSTEIN et al., 26.

<sup>92</sup> Liste tirée d'ECKSTEIN et al., 27.

- possibilité de manger et de boire à la place de travail pour atténuer les effets secondaires des médicaments ;
- recours à des solutions numériques telles que des calendriers électroniques, des logiciels d’organisation, du *coaching* à distance, des ordinateurs portables, des assistants personnels numériques et un accès à distance aux lecteurs réseau.

## 2. Télétravail

Les outils numériques présentent l'avantage de faciliter la structuration du travail et de répondre aux besoins de flexibilité liés à un handicap psychique. Autant que possible, le télétravail devrait être autorisé<sup>93</sup>. Le recours à cette modalité permet de surmonter des obstacles non seulement physiques (liés aux difficultés à se déplacer en transports publics et à accéder aux locaux, par exemple) mais aussi psychiques. Ainsi, une personne avec un trouble d'anxiété sociale bénéficiera grandement de la possibilité de travailler depuis chez elle<sup>94</sup>. De façon générale, toutefois, afin d'assurer une cohésion au niveau de l'équipe, il est recommandé de prévoir une *alternance entre le télétravail à domicile et le travail in situ*<sup>95</sup>.

Suivant les cas, il peut s'avérer pertinent de prévoir une autonomie accrue dans l'organisation du travail (notamment *via* une pratique généreuse en matière de télétravail) ou, à l'inverse, un encadrement plus fort (le plus souvent en présentiel) au sein d'une équipe bien organisée<sup>96</sup>.

---

<sup>93</sup> ECKSTEIN et al., 27. Voir aussi TAF A5819/2016 du 22 novembre 2017, A.c. et A.f. (hypersensibilité au bruit, incapacité attestée à travailler à plein temps en *open space*, mise à disposition d'un bureau individuel non raisonnablement exigible de la part de l'office fédéral employeur, nécessaire pour ce dernier de tenter la poursuite des relations de travail selon des modalités hybrides avant d'envisager la résiliation du contrat).

<sup>94</sup> OIT/FONDATION ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES (FONDATION ONCE), 24. Voir aussi 17 ss sur la transition vers le numérique et l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap.

<sup>95</sup> Voir par exemple, dans le canton de Genève, le Règlement du 22 juin 2022 sur le télétravail dans l'administration cantonale (RTAC ; RS GE B 05 13), art. 4 (taux de travail et répartition) et 7 al. 1 let. b (prévention de l'isolement).

<sup>96</sup> Voir DDTEFP DES HAUTS-DE-SEINE, 25.

### 3. Adaptation du temps de travail

De façon générale, le travail à temps partiel avec annualisation de l'horaire permet aux membres du personnel souffrant de douleurs chroniques ou avec une maladie psychique de fournir leur prestation de travail dans la période convenue plus facilement que si l'horaire n'était pas annualisé<sup>97</sup>.

Au niveau individuel, un aménagement raisonnable peut prendre la forme d'une dispense de travailler la nuit ou de façon irrégulière, ces modalités étant susceptibles d'avoir un effet négatif sur la santé psychique<sup>98</sup>.

Dans certains cas, une diminution du temps de travail<sup>99</sup>, couplée à une réduction des objectifs à atteindre, s'avère indiquée. Une autre possibilité consiste à conserver les objectifs fixés, mais à augmenter le taux d'occupation. En pareille hypothèse, se pose la question du maintien ou non du niveau de rémunération.

L'ordonnance sur le personnel de la Confédération (OPers<sup>100</sup>) prévoit que si « une personne présente une capacité de travail réduite en raison de problèmes de santé, les parties au contrat de travail peuvent convenir :

- a. d'un taux d'occupation plus élevé que celui qui est nécessaire pour l'exécution des tâches ; le salaire et l'indemnité de résidence restent inchangés ;
- b. d'un salaire et d'une indemnité de résidence moins élevés, correspondant à la capacité de travail, pour un taux d'occupation restant inchangé.

L'employeur examine périodiquement la convention. Dès que l'employé présente à nouveau la capacité de travail requise pour l'exécution des tâches, la convention doit être annulée » (art. 38a OPers).

En vue d'assurer l'égalité des chances au sein du personnel de la Confédération, la première variante autorise ainsi une personne en situation de handicap à demander ou accepter une modification de son contrat de façon à bénéficier

---

<sup>97</sup> Voir BAER/STAÜBLE, 6, pour le personnel de la Confédération.

<sup>98</sup> Voir la brochure du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), Travail en équipe et travail de nuit – Informations et astuces, 2018, 6 ss.

<sup>99</sup> CJUE, *HK Danmark contre Dansk almennytigt Boligselskab*, aff. C-335/11, 11 avr. 2013 et CJUE, *HK Danmark contre Dansk Arbejdsgiverforening*, aff. C-337/11, 11 avr. 2013, N 56.

<sup>100</sup> Ordonnance du 3 juillet 2001 sur le personnel de la Confédération (RS 172.220.111.3).

de temps additionnel pour accomplir son travail, sans conséquences salariales. Afin de prendre en considération « tout changement intervenu », notamment l'évolution du trouble psychique, les contrats adaptés doivent être régulièrement examinés « pour s'assurer que le salaire correspond à la prestation fournie »<sup>101</sup>.

Dans le domaine de la formation également, les aménagements raisonnables requis peuvent consister à octroyer du temps supplémentaire à la personne en situation de handicap, comme jugé dans un récent arrêt concernant une étudiante atteinte de dyslexie-dysorthographie<sup>102</sup>.

#### 4. Changement de poste

En lien avec des cas de handicap physique dans le secteur public ou privé, la CJUE a jugé que l'*affectation à un autre poste* pouvait être exigée au titre d'aménagement raisonnable<sup>103</sup>, pour autant qu'un poste vacant existe dans l'entreprise et que la personne en situation de handicap possède les « compétences », « capacités » et « disponibilités requises » pour l'occuper<sup>104</sup>. L'entité employeuse veillera, de concert avec la personne concernée et son personnel soignant, à choisir la nouvelle affectation en fonction des points forts de cette dernière (par exemple capacité de concentration, sens du détail).

La jurisprudence européenne considère que le licenciement notifié à une personne devenue durablement inapte à accomplir sa fonction ou profession habituelle du fait d'une maladie ou d'un accident survenus après l'embauche,

---

<sup>101</sup> BAER/STAÜBLE, 6 s.

<sup>102</sup> TF 2C\_299/2023 du 7 mai 2024, c. 5.4. (*a priori*, un tiers temps supplémentaire pour passer le test d'admission en Faculté de médecine aurait constitué une mesure adéquate et courante pour compenser les désavantages liés à la lenteur de lecture résultant de la dyslexie).

<sup>103</sup> Au sens de l'art. 5 de la Directive 2000/78/CE.

<sup>104</sup> Voir CJUE, *XXXX contre Rail SA*, aff. C-485/20, 10 fév. 2022, N 43 et 48 s. (à la suite d'une pathologie cardiaque nécessitant le placement d'un pacemaker sensible aux champs électromagnétiques, un employé stagiaire auprès des Chemins de fer, n'étant plus en mesure d'effectuer la maintenance des voies ferrées, est réaffecté à un poste de magasinier puis licencié). Voir aussi CJUE, *DW contre Platiques Ibérica SA*, aff. C-397/18, 11 sept. 2019, N 74 (secteur privé, manipulation de tubes, maladie professionnelle) ; CJUE, *J.M.A.R contre Ca Na NegretaSA*, aff. C-631/22, 18 janv. 2024, N 45 (secteur privé, chauffeur de camion, accident de travail).

revêt un caractère « discriminatoire » lorsqu'un aménagement raisonnable, notamment sous la forme d'un transfert de poste, aurait permis de garder la personne en emploi<sup>105</sup>.

La CJUE a ainsi jugé qu'une loi nationale qui, en pareille hypothèse (incapacité durable d'exercer la fonction prévue par le contrat), autorise la résiliation des rapports de travail, sans obligation préalable de prévoir ou maintenir des aménagements raisonnables (ou, le cas échéant, de démontrer que de tels aménagements constituaient une charge disproportionnée), viole l'art. 5 de la Directive 2000/78/CE, interprété à la lumière de l'art. 27 CDPH, en assimilant l'incapacité d'accomplir les tâches pour lesquelles la personne avait été engagée avec une incapacité de travail absolue au sein de la même entité employeuse<sup>106</sup>.

Lors d'un transfert de poste, comme du reste lors de la mise en place des autres aménagements susmentionnés, une attention particulière doit être portée au caractère confidentiel des données relatives au handicap psychique<sup>107</sup>, souvent invisible. Ainsi, seules les personnes directement impactées par l'aménagement raisonnable doivent être informées de la mesure, l'accent étant mis sur les besoins nécessitant les adaptations, sans que le diagnostic médical ne soit révélé<sup>108</sup>.

---

<sup>105</sup> Voir CJUE, *DW contre Platiques Ibérica SA*, aff. C-397/18, 11 sept. 2019, N 63 ss (secteur privé, employée atteinte d'une épicondylite licenciée en raison d'une productivité insuffisante, une moindre polyvalence et un taux d'absentéisme élevé. Licenciement indirectement discriminatoire, à moins que l'employeuse n'ait procédé au préalable à des aménagements raisonnables. *In casu*, affectation à un poste impliquant uniquement la manipulation de petits tubes. Il appartient à la juridiction de renvoi de vérifier si cet aménagement suffit).

<sup>106</sup> Voir CJUE, *J.M.A.R contre Ca Na Negreta SA*, aff. C-631/22, 18 janv. 2024, N 50 (secteur privé, chauffeur de camion, accident de travail).

<sup>107</sup> Donnée personnelle sensible au sens de l'art. 5 let. c. ch. 2 de la loi fédérale du 25 septembre 2020 sur la protection des données (LPD ; RS. 235.1).

<sup>108</sup> Commentary CRPD-BANTEKAS/PENNILAS/ANASTASIOU, 797 ; OIT, *Adjustements*, 69 et 71.

## 5. Aménagements raisonnables par association

Il y a une quinzaine d'années, la CJUE avait considéré qu'une travailleuse discriminée sur son lieu de travail en raison du handicap de son fils était fondée à se prévaloir de l'interdiction de la discrimination directe en raison du handicap, par association<sup>109</sup>.

A l'heure où nous écrivons ces lignes, la Cour doit trancher la question de savoir si les proches aidants d'une personne en situation de handicap (par exemple les parents d'un enfant atteint d'un autisme sévère) ont le droit de demander des aménagements raisonnables dans le cadre professionnel, notamment sur le plan des horaires ou du taux d'occupation, en se fondant, *par association*, sur le droit à l'égalité pour les personnes en situation de handicap<sup>110</sup>. L'Avocat général Rantos semble répondre par l'affirmative. En effet, selon ses Conclusions du 13 mars 2025, « l'article 5 de la directive 2000/78 doit être interprété en ce sens que, lorsqu'un travailleur qui, sans être lui-même handicapé, est l'aidant de son enfant handicapé, l'employeur de cet aidant est tenu d'adopter, au titre des 'aménagements raisonnables' prévus à cet article, des mesures appropriées, notamment relatives à l'adaptation des rythmes de travail et au changement des tâches à effectuer, afin de lui permettre, en fonction des besoins dans une situation concrète, de dispenser l'assistance et l'essentiel des soins dont son enfant a besoin, pour autant que ces mesures n'imposent pas à cet employeur une charge disproportionnée »<sup>111</sup>.

---

<sup>109</sup> CJCE, *S. Coleman contre Attridge Law et Steve Law*, aff. C-303/06, 17 juill. 2008. Voir aussi *supra* II.B.2.

<sup>110</sup> CJUE, *G.L. contre AB SpA*, aff. C-38/24 [*Bervidi*], 19 janv. 2024.

<sup>111</sup> Conclusions de l'avocat général Rantos présentées le 13 mars 2025, aff. C-38/24 [*Bervidi*], ECLI:EU:C:2025:184, N 60. Pour plus de développements sur le droit aux aménagements raisonnables par association, voir LEMPEN, *Aménagements*, 44 et 47 s.

## IV. En cas de refus d'aménagements injustifié

### A. Procédure interne

Eu égard à « leurs obligations en matière d'accessibilité<sup>112</sup>, les employeurs publics et privés doivent mettre en place une procédure claire, accessible et rapide de manière à pouvoir répondre aux besoins d'aménagement raisonnable »<sup>113</sup>. Des règlements modèles décrivent les étapes pour traiter en temps utile les requêtes d'aménagements et prévoient une voie interne de résolution des litiges<sup>114</sup>.

Comme en matière de gestion des conflits et de protection de la personnalité, l'adoption d'un tel dispositif devrait être exigée, y compris dans les petites structures, sur la base du devoir de protection de la santé prévu à l'art. 6 LTr<sup>115</sup>. Le message relatif au projet de LHand révisée souligne cependant la différence entre les obligations de droit public prévues par la loi sur le travail, dont le contrôle incombe en première ligne à l'inspection du travail (art. 41 LTr), et le nouveau droit aux aménagements raisonnables<sup>116</sup>, « à faire valoir par les travailleurs handicapés »<sup>117</sup>, notamment *via* une action en justice<sup>118</sup>.

### B. Droits justiciables prévus dans le projet de LHand révisée

#### 1. Aperçu

L'art. 8a P-LHand instaure différents droits subjectifs relatifs aux rapports de travail, similaires à ceux consacrés par la loi fédérale sur l'égalité entre

---

<sup>112</sup> A ce sujet, voir *supra* III.A.

<sup>113</sup> Comité CDPH, Observation générale n° 8 (2022), CRPD/C/GC/8, N 45.

<sup>114</sup> Voir la « *Model Policy on Reasonable Accommodation* » in OIT, *Adjustments*, 65 ss.

<sup>115</sup> Voir TF 2C\_462/2011 du 9 mai 2012, c. 4 et 5.

<sup>116</sup> Voir aussi *supra* III.A.

<sup>117</sup> Message révision LHand, 18. Voir toutefois l'art. 9 P-LHand sur le droit d'action des organisations.

<sup>118</sup> Message révision LHand, 12.

femmes et hommes (LEg<sup>119</sup>). En effet, cette disposition prévoit une action en prévention, en cessation ou en constatation de l'atteinte, des prétentions en dommages-intérêts ou en réparation du tort moral<sup>120</sup>, ainsi que le droit à une indemnité lorsque l'inégalité consiste en un refus d'embauche ou la résiliation des rapports de travail<sup>121</sup>.

En outre, l'art. 8a P-LHand introduit une indemnité spécifique au domaine du handicap, sans pendant dans la LEg, à savoir celle pour refus d'aménagements raisonnables<sup>122</sup>.

## 2. Indemnité en cas d'inégalité lors de la résiliation

A l'instar de l'art. 5 al. 2 LEg, l'art. 8a al. 2 P-LHand précise que lorsque l'inégalité concerne la résiliation de rapports de travail soumis au droit privé, seule une indemnité peut être demandée. La procédure à suivre pour faire valoir une telle indemnité est décrite à l'art. 336b CO<sup>123</sup>.

En revanche, le projet ne contient aucune norme similaire à l'art. 10 LEg, permettant d'agir en annulation d'un congé-représailles afin d'obtenir la réintégration au poste de travail occupé ou dans une fonction équivalente<sup>124</sup>.

Le licenciement d'une personne en situation de handicap motivé par ses insuffisances pourrait notamment donner lieu à une indemnité (art. 8a al. 2 P-LHand) s'il a été notifié sans que l'entité employeuse ne se soit au préalable conformée à son obligation de procéder à des aménagements raisonnables (art. 6a al. 2 P-LHand)<sup>125</sup>. En pareille hypothèse, le caractère abusif du

---

<sup>119</sup> Loi fédérale du 24 mars 1995 sur l'égalité entre femmes et hommes (RS 151.1).

<sup>120</sup> Art. 8a al. 1 et al. 3 P-LHand. Voir aussi l'art. 28a CC ainsi que l'art. 5 al. 1 et al. 5 LEg.

<sup>121</sup> Art. 8a al. 2 P-LHand. Voir aussi l'art. 336a CO et l'art. 5 al. 2 Leg et *infra* B.2.

<sup>122</sup> Art. 8a al. 5 P-LHand. Voir *infra* B.3.

<sup>123</sup> Auquel renvoie l'art. 9a al. 3 P-LHand.

<sup>124</sup> Sur l'art. 10 LEg, voir notamment DUNAND/LEMPEN, N 233, 412f, 423, 603c.

<sup>125</sup> Voir ATAF/2008/25 du 29 avril 2008 (secteur public, résiliation disproportionnée des rapports de travail). Voir aussi CJUE, *TC et UB contre Komisia za zashtita ot diskriminatsia et VA*, aff. C-824/19, 21 oct. 2021, N 62 s. (secteur public, jurée, perte de la vue. L'exclusion des audiences, sans envisager au préalable des aménagements raisonnables, va au-delà de qui est nécessaire) ; CJUE, *XX contre Tartu Vangla*, aff. C-795/19, 15 juill. 2025, N 53 (secteur public, agent pénitentiaire, baisse d'acuité

licenciement (art. 336 CO) réside dans le fait que la partie employeuse se prévaut des conséquences de la violation de son propre devoir pour mettre fin à la relation de travail<sup>126</sup>.

### **3. Indemnité pour refus d'aménagements injustifié**

Le message du Conseil fédéral précise qu'il n'est pas possible d'agir en prévention du refus d'aménagements raisonnables<sup>127</sup>.

En revanche, selon l'art. 8a al. 5 P-LHand, « toute personne handicapée qui subit une inégalité parce qu'un employeur lui refuse un aménagement raisonnable au sens de l'art. 6a al. 2, peut requérir le tribunal ou l'autorité administrative d'ordonner un tel aménagement ou le versement d'une indemnité », notamment lorsque « la poursuite des rapports de travail s'avère difficile ou impossible en raison du refus »<sup>128</sup>.

Le projet de loi précise que cette indemnité pour refus d'aménagements raisonnables (art. 8a al. 5 P-LHand) est fixée compte tenu de toutes les circonstances<sup>129</sup>. Le message renvoie, à titre de comparaison, aux indemnités pour refus d'embauche et pour licenciement discriminatoire (art. 8a al. 2 P-LHand)<sup>130</sup>, laissant penser que les plafonds de trois, respectivement six mois prévus dans ces deux derniers cas de figure<sup>131</sup> doivent être pris en considération lors de la détermination de l'indemnité pour refus d'aménagements injustifié.

---

auditive, non-conformité d'une réglementation qui prévoit la résiliation lorsque les seuils de perception sonore ne sont pas atteints, sans égard à la possibilité de recourir à des moyens auxiliaires, comme une prothèse auditive). Sur la nécessité de procéder à des aménagements, notamment un changement de poste, avant de licencier, voir *supra* III.C.4.

<sup>126</sup> Voir TF 4A\_215/2022 du 23 août 2022 (harcèlement raciste, violation du devoir de protection de la personnalité selon l'art. 328 CO, licenciement abusif), résumé par DUNAND/LEMPEN, N 411.

<sup>127</sup> Sur la base de l'art. 8a al. 1 let. a P-LHand (Message révision LHand, 35).

<sup>128</sup> Message révision LHand, 35.

<sup>129</sup> Art. 8a al. 5 P-LHand *in fine*.

<sup>130</sup> Message révision LHand, 35.

<sup>131</sup> Voir l'art. 8 al. 3 P-LHand conçu sur le modèle de l'art. 5 al. 4 LLeg.

#### **4. Cumul d'indemnités**

Par analogie avec les indemnités prévues aux art. 5 LEg, 336a et 337c al. 3 CO, il sied de considérer que les différentes indemnités spéciales introduites par l'art. 8a P-LHand revêtent une nature à la fois punitive et réparatrice. Lorsque l'atteinte, résultant par exemple du refus d'aménagements raisonnables, est d'une gravité telle qu'il n'est pas possible de la réparer en respectant les plafonds susmentionnés, une indemnité pour tort moral (art. 49 CO) devrait ainsi pouvoir être allouée en sus de l'indemnité spéciale prévue à l'art. 8a al. 5 P-LHand<sup>132</sup>.

Si le projet de LHand révisée vient à entrer en vigueur, la question se posera alors de savoir si une personne qui a demandé en vain des aménagements raisonnables (art. 2 et 6a P-LHand) puis a été licenciée en raison de son handicap est fondée à demander, en sus d'une indemnité pour résiliation discriminatoire (art. 336a CO et 8a al. 2 et 4 P-LHand), une indemnité pour refus d'aménagements raisonnables (art. 8a al. 4 P-LHand). Comme en matière de LEg<sup>133</sup>, il nous semble qu'un tel cumul devrait être admis dans la mesure où il s'agit de réparer deux atteintes différentes, celle résultant du refus d'aménagements injustifié et celle liée au licenciement discriminatoire.

#### **5. Allègement du fardeau de la preuve**

Retenant le modèle de l'art. 6 LEg, le projet de LHand révisée instaure un allègement du fardeau de la preuve valable dans les procédures relatives aux rapports de travail visées par l'art. 8a P-LHand, à l'exception de celles pour refus d'embauche<sup>134</sup>. L'allègement s'applique dès lors aux actions tendant au versement d'une indemnité pour refus d'aménagements raisonnables (art. 8a al. 5 P-LHand).

---

<sup>132</sup> Voir ATF 135 III 405, c. 3.1 avec les références. Sur le cumul entre les indemnités spécifiques prévues par l'art. 5 LEg et l'indemnité pour tort moral (art. 49 CO), voir ATF 133 II 257, c. 5.3. Voir aussi l'art. 5 al. 5 LEg et l'art. 8a al. 4 P-LHand qui réservent les droits en dommages-intérêts et en réparation du tort moral.

<sup>133</sup> Au sujet du cumul entre l'indemnité pour harcèlement sexuel (art. 5 al. 3 LEg) et celle pour licenciement discriminatoire (art. 5 al. 2 LEg), voir TF 4A\_47/2022 du 23 novembre 2022, résumé par DUNAND/LEMPEN, N 228a.

<sup>134</sup> Art. 9b P-LHand.

Ainsi, en cas d'acceptation du projet, il appartiendra à la personne demandant cette indemnité de rendre *vraisemblable* (art. 9b al. 1 P-LHand) le refus d'aménagements raisonnables et ses conséquences en termes d'égalité. Parmi les indices permettant d'établir la vraisemblance, le message mentionne un « certificat médical attestant le handicap » ou des éléments « démontrant que la demande d'aménagement a été formulée de façon suffisamment claire »<sup>135</sup>.

Une fois la vraisemblance établie, le fardeau de la preuve est renversé<sup>136</sup>. L'entité employeuse devra alors prouver, par exemple, que l'aménagement n'a en réalité pas été refusé ou que le refus était justifié eu égard au caractère disproportionné<sup>137</sup> de la mesure (à l'instar de ce qui se produit dans les procès pour discrimination salariale fondée sur le genre, où il incombe à la partie employeuse de démontrer qu'il n'y a pas de différence salariale ou que celle-ci repose sur des motifs objectifs)<sup>138</sup>.

## V. Conclusion

A l'heure actuelle, en Suisse, le droit des personnes en situation de handicap à obtenir des aménagements raisonnables dans le cadre de relations de travail soumises au droit privé peut se déduire des art. 6 LTr et 328 CO, interprétés à la lumière de l'art. 27 CDPH. En pratique, toutefois, ce droit n'est généralement pas reconnu et il n'existe pratiquement aucune jurisprudence à ce sujet. S'il aboutit, le projet de LHand révisée pourrait améliorer considérablement la situation en permettant à un tribunal d'ordonner à une entreprise du secteur privé de procéder aux aménagements raisonnables demandés ou de verser à la personne concernée une indemnité monétaire. Dans certains cas, il sera vain d'ordonner l'aménagement nécessaire, aussi modeste soit-il. En effet, bien qu'il soit parfois décrit comme un ajustement ponctuel, laissant intacte la norme<sup>139</sup> de productivité au travail, l'aménagement

---

<sup>135</sup> Message révision LHand, 37.

<sup>136</sup> Conformément au mécanisme en deux temps instauré par l'art. 6 LEg. A ce sujet, voir notamment DUNAND/LEMPEN, N 217 s. et N 622 avec les jurisprudences citées.

<sup>137</sup> Voir *supra* III.B.2.

<sup>138</sup> Voir par exemple ATF 131 II 393, c. 7.1 et 7.5.

<sup>139</sup> Voir KLEBER, 401.

raisonnable requiert en réalité un changement de paradigme. Les adaptations décrites au fil de cette contribution présupposent ainsi que la hiérarchie soit prête à surmonter ses éventuels préjugés liés aux handicaps, à écouter les besoins concrets des personnes employées concernées, à se mettre à leur place et à prendre un moment pour réfléchir avec elles à la meilleure solution possible afin de travailler ensemble : plus de calme, plus de temps, moins d'objectifs, à salaire égal. Autant de stratégies bénéfiques face aux troubles psychiques.

## **Bibliographie**

BAER ANNE-FRANÇOISE/STAÜBLE KATHRIN, Intégration professionnelle des personnes handicapées au sein de l'administration fédérale. Stratégie, Office fédéral du personnel, Berne 2021.

BANTEKAS ILIAS/STEIN MICHAEL ASHLEY/ANASTASIOU DIMITRIS (éd.), The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary, Oxford 2018 (cité : Commentary CRPD-AUTEUR/AUTEURE).

BRODERICK ANDREA, Of rights and obligations: the birth of accessibility, Int. J. Hum. Rights 4/24 (2019), 393 ss.

DTEFP DES HAUTS-DE-SEINE, Handicap psychique et emploi. Pour mieux comprendre et accompagner les personnes handicapées psychiques dans leur insertion professionnelle, Paris 2008.

DUNAND JEAN-PHILIPPE/LEMPEN KARINE avec la collaboration de DE JESUS NEÏDA/LEUBA ALEXANDRE/PERDAEMS ELSA, Droit du travail, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2024.

ECKSTEIN REBEKA et al., Santé psychique au travail – Et votre entreprise, comment elle gère ?, Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées (BFEH) 2022.

EGGER THERES et al. (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW]), NAGUIB TAREK/PÄRLI KURT (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien [BASS]), Evaluation des Bundesgesetzes über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen – BehiG, Berne 2015.

ESKANDARI VISTA et al., Droits des personnes en situation de handicap dans le cadre du travail, Law Clinic Université de Genève, Genève 2023.

FASCIGLIONE MARCO, Article 27 of the CRPD and the Right of Inclusive Employment of People with Autism, in : Della Fina/Cera (édit.), Protecting the Rights of People with Autism in the Fields of Education and Employment: International, European and National Perspectives, Cham 2015, 145 ss.

FERRI DELIA/LAWSON ANNA, Reasonable accommodation for disabled people in employment, Commission européenne, Bruxelles 2016.

HERTIG RANDALL MAYA, Handicap, in : Matthey/Dupont/Défago (édit.), Glossaire scientifique en l'honneur de Pascal Mahon, Bâle/Neuchâtel 2023, 76 ss.

HESS-KLEIN CAROLINE, Le cadre conventionnel et constitutionnel, in : BELLANGER/TANQUEREL (édit.), L'égalité des personnes handicapées : principes et concrétisation, Zurich 2017, 9 ss.

KLEBER ELEONOR, La discrimination multiple. Etude de droit international, suisse et européen, thèse Fribourg, Zurich 2015.

LAWSON ANNA, Reasonable Accommodation and Accessibility Obligations: Towards a More Unified European Approach, European Anti-Discrimination Law Review (2020), 11 ss.

LEMPEN KARINE, Droit à des aménagements au travail pour les parents d'enfant avec handicap, in : Hummer/Dietschy/Witzig (édit.), Du prétoire à l'auditoire : perspectives transversales en droit du travail. Mélanges en l'honneur du Professeur Rémy Wyler, Berne 2025, 39 ss (cité : *Aménagements*).

LEMPEN KARINE, L'égalité des personnes handicapées en droit du travail, in : BELLANGER/TANQUEREL (édit.), L'égalité des personnes handicapées : principes et concrétisation, Zurich 2017, 117 ss (cité : *Handicap*).

NAGUIB TAREK/PÄRLI KURT/LANDOLT HARDY (édit.), UNO-Behindertenrechtskonvention, Berne 2023 (cité : SHK BRK-AUTEUR/AUTEURE).

OIT, Decent work for persons with disabilities: promoting rights in the global development agenda, Genève 2015 (cité : *Decent work*).

OIT/FONDATION ONCE, Making the future of work inclusive for people with disabilities, 2019.

OIT, Promoting diversity and inclusion through workplace adjustments: A practical guide, 2016 (cité : *Adjustments*).

SATTIVA SPRING CHRISTINE, L'hospice général handicapé par les discriminations ; commentaire de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2021, Newsletter DroitDuTravail.ch (2022).

SCHEFER MARKUS/HESS-KLEIN CAROLINE, Behindertengleichstellungsrecht, Berne 2014.

VISIER LAURENT, Sheltered employment for persons with disabilities, Int. Labour Rev. 3/136 (1998), 347 ss.

WADDINGTON LISA, When it is reasonable for Europeans to be confused: understanding when a disability accommodation is « reasonable » from a comparative perspective, in : Emens/Ashley Stein (édit.), Disability and Equality Law, Farnham 2013, 293 ss.



---

# **Handicap psychique et insertion professionnelle : de quelques indices d'incidence de la loi française du 11 février 2005**

*Philippe Auvergnon\**

## **Table des matières**

I.	Introduction	112
II.	Un effet général sur l'accès à l'emploi, probable en cas d'altération psychique	115
	A. Les vecteurs légaux de progrès de l'emploi des personnes en situation de handicap	116
	1. La rénovation de l'ancienne obligation d'emploi	116
	2. L'extension de l'obligation d'emploi au secteur public	118
	3. Le rapprochement des secteurs et acteurs de l'emploi des travailleurs handicapés	120
	B. Les freins généraux et spécifiques à l'intégration du handicap d'origine psychique	122
	1. La question du niveau de formation	123
	2. La taille, le secteur et la culture de l'entreprise	125
	3. La persistance de préjugés et stéréotypes	127
III.	Un impact inattendu sur le maintien en emploi en cas de troubles psychiques	128
	A. L'instauration légale de l'obligation d'aménagement raisonnable	130
	1. Les contours toujours flous de l'obligation d'aménagement	131
	2. L'incidence de l'obligation en matière de maintien en emploi	132
	3. Les mesures d'aménagement pouvant concerner des personnes en situation de handicap d'origine psychique	134
	4. Une transposition française réductrice du champ des bénéficiaires	136

---

\* Directeur de recherche émérite au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Comprasec UMR 5114 CNRS – Université de Bordeaux.

---

B. La fructueuse incitation légale au dialogue social	138
1. De la possibilité à l'obligation de négocier	138
2. La prise en compte conventionnelle du handicap d'origine psychique	139
3. La prévision de formations et d'actions au sein des entreprises	140
IV. En guise de conclusion	142
Bibliographie	144
Sitographie	146

## I. Introduction

Le 11 février 2005 était adoptée en France une loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »<sup>1</sup>. Son exposé des motifs affirmait ambitieusement que « [I]l]e principe général de non-discrimination [...] implique que la nouvelle législation organise de manière systématique l'accès des personnes handicapées au droit commun, qu'elle adapte celui-ci ou le complète par des dispositifs spécifiques afin de garantir, en toutes circonstances, une réelle égalité d'accès aux soins, au logement, à l'école, à la formation, à l'emploi, à la cité et de reconnaître ainsi la pleine citoyenneté des personnes handicapées ». Il s'agissait donc de renforcer « l'accès de tous à tout »<sup>2</sup>. Vingt après, le bilan apparaît pour le moins mitigé, singulièrement en ce qui concerne l'accès « à la cité » des personnes vivant avec un handicap, si l'on suit le Comité européen des droits sociaux (CEDS)<sup>3</sup>. L'accès à l'emploi apparaît pour sa part en progrès, même si la comparaison internationale est loin d'attribuer à la France la meilleure des

---

<sup>1</sup> Exposé des motifs de 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 (Journal officiel de la République française [JORF] du 12 février 2005).

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> CEDS, *Forum européen des personnes handicapées (EDF) et Inclusion Europe c. France* (Réclamation n° 168/2018), 17 avr. 2023.

places<sup>4</sup>. Cependant, il serait aventureux d'en tirer pour acquis un impact quantitatif de la loi du 11 février 2005 sur l'insertion professionnelle spécifique des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Certes, le dispositif législatif de 2005 est connu pour avoir nommé pour la première fois cette source particulière de handicap ; il s'est néanmoins inscrit dans une tradition française d'appréhension générale de la question de l'emploi des personnes avec un handicap.

Lorsque l'essentiel du régime applicable aux personnes en situation de handicap a été réformé en 1975<sup>5</sup>, aucune mention de la dimension psychique n'était apparue. On estimait en effet que la généralité de la loi d'alors emportait de fait « un statut et une garantie de ressources pour la personne souffrant de troubles psychiques »<sup>6</sup> dès lors que celle-ci était « reconnue handicapée », et cela même si l'on se référait, à l'époque, non pas à la notion de « troubles psychiques » mais à celle de « déficiences mentales »<sup>7</sup>. Ultérieurement, le droit français est resté marqué par la catégorie du « travailleur handicapé », singulièrement avec l'adoption de la loi du 10 juillet 1987<sup>8</sup>, et par une approche générale du handicap<sup>9</sup>, 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 a ainsi affirmé 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>10</sup>.

---

<sup>4</sup> L'écart entre le taux d'emploi des personnes en situation de handicap et celui des personnes sans handicap place la France juste au-dessus de la moyenne de l'OCDE derrière la Suisse, le Canada et la Grande-Bretagne (STATISTA).

<sup>5</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des handicapés (JORF du 1<sup>er</sup> juillet 1975).

<sup>6</sup> AUVERGNON, *Handicap psychique*, 3.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

<sup>8</sup> Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (JORF du 12 juillet 1987) ; voir notamment : AUVERGNON, *Obligation d'emploi*, 4 ; JOLY, *Emploi des personnes handicapées*, 19.

<sup>9</sup> Voir 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 du 13 juillet 1990).

<sup>10</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).

Quoi qu'il en soit, lorsqu'ont débuté les discussions sur les objectifs et contenus d'une nouvelle loi en faveur des personnes en situation de handicap<sup>11</sup>, la future loi du 11 février 2005, certains acteurs se sont mobilisés pour que soient désignées par la loi « les personnes handicapées psychiques » afin de les distinguer de celles « handicapées mentales », convaincus qu'« [u]n des moyens pour faire exister la population en cause est d'abord de la désigner par un nom qui la distingue des autres handicaps »<sup>12</sup>. A leurs yeux, cela justifiait « le terme de handicap psychique »<sup>13</sup>.

La loi du 11 février 2005 n'a « pas reconnu ni défini la notion de 'handicap psychique', elle a 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 »<sup>14</sup>. Depuis 2005, le Code de l'action sociale et des familles indique que constitue un handicap « 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 »<sup>15</sup>. De son côté, le Code du travail précise 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 »<sup>16</sup>.

Par-delà les facilités de langage, on ne peut pas parler juridiquement, en France, ni de « handicap psychique », ni de « travailleur handicapé psychique ». Il existe des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Si elles sont reconnues « travailleurs handicapés », elles peuvent bénéficier, comme si l'origine de leur handicap était autre, de dispositions de la loi du 11 février 2005 en matière d'emploi. C'est donc essentiellement à travers certaines dispositions générales de la loi de 2005 que l'on peut tenter

---

<sup>11</sup> Voir notamment CLÉRY-MELIN/KOVESS-MASFÉTY/PASCAL, 8.

<sup>12</sup> UNAFAM, *Livre blanc*, 28.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> BARREYRE/PEINTRE, 5.

<sup>15</sup> Art. 114 du Code de l'action sociale et de la famille.

<sup>16</sup> Art. L. 5213-1 du Code du travail.

d'estimer si cette dernière a eu et/ou peut avoir un effet sur l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Sur ce point particulier, il est permis de constater, d'une part, un effet général de la loi en matière d'accès à l'emploi, et donc un effet probable en cas de handicap d'origine psychique (II), et d'autre part, un impact inattendu sur le maintien en emploi en cas de survenance de troubles psychiques (III).

## **II. Un effet général sur l'accès à l'emploi, probable en cas d'altération psychique**

Avant de s'interroger sur l'effet du cadre juridique mis en place en 2005 sur l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap, singulièrement d'origine psychique, il faut rappeler l'importance du contexte d'évolution de la psychiatrie « qui permet, à un nombre croissant de ses usagers, de vivre une vie proche de celle de tout le monde, les soins ayant permis de juguler les symptômes les plus gênants et d'accéder à ce qu'on appelle le rétablissement »<sup>17</sup>. Il convient toutefois d'être réaliste en insistant sur les deux points suivants. Tout d'abord, avant de penser « insertion professionnelle », une forme de « stabilisation » s'impose comme un préalable, alors même qu'à « l'inverse d'autres handicaps, le handicap psychique n'est pas figé. Il ne se situe pas dans une échelle – léger, moyen, profond – avec stabilité des manifestations. Ce handicap est fluctuant, et la stabilisation passe pour partie par un bon suivi médical et la prise régulière d'un traitement »<sup>18</sup>. Par ailleurs, si l'accès à un emploi en milieu ordinaire « peut participer, avec les soins et d'autres pratiques favorisant l'insertion dans la société, au processus de rétablissement, il peut [aussi] s'avérer non adapté aux capacités et aux besoins de la personne »<sup>19</sup>. La loi de 2005 rappelle ainsi que « [I]a priorité est donnée, chaque fois que possible, au travail en milieu ordinaire », mais elle n'en fait

---

<sup>17</sup> UNAFAM, *Livre blanc*, 28.

<sup>18</sup> DE BERRANGER, 11.

<sup>19</sup> UNION NATIONALE DES FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES (UNAFAM), *Guide*, 27.

heureusement pas une obligation<sup>20</sup>. Cela étant dit, il est permis de souligner d'une part, les vecteurs légaux de progrès de l'emploi des personnes avec un handicap de manière générale et donc potentiellement de celles en situation de handicap d'origine psychique (A), et d'autre part, les freins généraux et spécifiques subsistant en matière d'intégration du handicap d'origine psychique (B).

## **A. Les vecteurs légaux de progrès de l'emploi des personnes en situation de handicap**

Parmi les dispositions de la loi du 11 février 2005 ayant indéniablement contribué au progrès enregistré ces vingt dernières années en matière d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, et donc aussi de handicap d'origine psychique, on retiendra la rénovation de l'historique obligation d'emploi (1), son extension au secteur public (2) ainsi que le rapprochement des secteurs de travail dits « ordinaire » et « protégé » (3).

### **1. La rénovation de l'ancienne obligation d'emploi**

Comme dans d'autres pays européens, la question de l'emploi de personnes « handicapées » est, en France, marquée historiquement par la nécessité de faire ou refaire une place, dans le monde du travail, d'abord à des hommes mutilés au cours du premier conflit mondial, puis à des civils « handicapés » au travers de la prévision de quotas de postes ou d'emplois « réservés »<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Méfions-nous de la logique de contrepartie souvent prônée de nos jours qui voudrait, notamment, que seuls celles et ceux qui témoignent d'une volonté d'insertion sociale et professionnelle puissent bénéficier d'aides et de prises en charge publiques. Celles et ceux qui ne peuvent pas travailler doivent, sans contrepartie, bénéficier des « secours publics », chers à Robespierre, « assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler » (art. 21 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 24 juin 1793).

<sup>21</sup> La Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés (JORF du 24 novembre 1957) donne pour la première fois une définition du travailleur handicapé, à savoir « toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites, par suite d'insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ».

Cette logique a été critiquée, notamment au regard de sa contribution à la stigmatisation des personnes bénéficiaires ; elle ne s'en est pas moins imposée en France avec la loi précitée du 10 juillet 1987 prévoyant une obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) assortie de sanction, en cas d'irrespect, pour une part des employeurs du secteur privé.

La loi du 11 février 2005 est venue à la fois renforcer l'obligation d'emploi des personnes reconnues « travailleurs handicapés », et en simplifier la mise en œuvre. Le calcul de la cible de l'OETH est en effet, depuis lors, opéré sur l'intégralité des effectifs salariés, avec la disparition de la catégorie dite des « emplois exclus ». De même, l'abandon de la pondération de l'effectif selon la lourdeur du handicap a indéniablement simplifié la compréhension de l'OETH par les employeurs. Parallèlement, la loi a imposé une pénalité supplémentaire pour les entreprises n'employant aucun travailleur handicapé, directement ou indirectement.

Ces efforts de simplification ont été amplifiés depuis, même si le champ des entreprises concernées a été réduit par une mesure de neutralisation des effets de seuils<sup>22</sup>. Quoi qu'il en soit, depuis 2005, le respect de l'OETH est désormais calculé sur la base d'une déclaration d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH), obligatoire pour toute entreprise dès lors qu'elle emploie une personne salariée ; cette déclaration est générée *via* la déclaration sociale nominative (DSN) gérée par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), chargée du recouvrement de la contribution due en cas de non-respect de l'obligation d'emploi. Ce dispositif permet de fiabiliser les statistiques d'emploi des personnes ayant accepté de faire une démarche de reconnaissance de la qualité de « travailleur handicapé » (RQTH) ou de celles bénéficiaires à un autre titre de l'OETH ; en revanche, cette mesure ne permet aucunement de disposer de statistiques au regard de l'origine du handicap reconnu. En effet, seule l'analyse de l'activité de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé des Maisons départementales des personnes handicapées permet d'enregistrer une indiscutable prise en compte, depuis 2005, des personnes en situation de

---

<sup>22</sup> Depuis la Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises (JORF du 23 mai 2019), sont désormais concernées par l'obligation d'emploi les seules entreprises dont l'effectif moyen annuel a dépassé le seuil de 19 personnes salariées depuis au moins cinq années consécutives.

handicap psychique, souffrant notamment de schizophrénie, de troubles bipolaires ou obsessionnels compulsifs, et de dépressions sévères<sup>23</sup>.

Ainsi, si l'on fait état, en 2025, pour les entreprises d'au moins 20 salariés sur une période de cinq ans, d'un taux d'emploi dans le secteur privé se rapprochant – enfin ! – de celui prévu légalement depuis 1987<sup>24</sup>, cela ne dit rien de ce qu'il en est des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Ces dernières, comme d'autres personnes reconnues « travailleurs handicapés », peuvent bénéficier de l'aménagement raisonnable de leur poste de travail prévu par la loi du 11 février 2005. Cependant, il faut alors que l'employeur assume ce type de recrutement et que, dès l'embauche et y compris en période d'essai, soient effectivement mises en place « des conditions permettant l'expression des besoins ». *De facto*, cette possibilité intéressera plutôt l'entreprise confrontée à la question du maintien en fonction d'une personne salariée atteinte, en cours d'emploi, de troubles psychiques<sup>25</sup>.

## 2. L'extension de l'obligation d'emploi au secteur public

La loi du 11 février 2005 a étendu l'OETH aux trois versants de la fonction publique française (étatique, territoriale et hospitalière), en leur imposant l'objectif commun de 6 % de travailleurs handicapés au sein de leurs effectifs. Cette extension s'est faite selon les mêmes conditions que dans le secteur privé, avec l'instauration d'une contribution financière annuelle en cas de non-respect de l'objectif. Afin d'accompagner les employeurs publics dans l'aménagement des postes de leurs agents en situation de handicap, et pour garantir le fléchage des financements collectés *via* la contribution financière, la loi a créé un Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), à l'instar de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) existant dans le secteur privé.

---

<sup>23</sup> Voir notamment LABERON et al., 21.

<sup>24</sup> AGEFIPH, 1.

<sup>25</sup> Voir *infra* III.A.

En France, la fonction publique présente historiquement un taux d'emploi de personnes en situation de handicap relativement plus élevé que le secteur privé<sup>26</sup>. L'extension de l'OETH effectuée par la loi du 11 février 2005 n'a fait que confirmer son statut de bon élève en la matière, du moins pour ce qui est des fonctions publiques territoriales et hospitalières<sup>27</sup>. Plus récemment, une loi du 5 septembre 2018 a modifié certains paramètres de la contribution des employeurs<sup>28</sup>, en allant dans le sens d'une plus grande exigence envers la fonction publique d'État et d'une meilleure prise en compte des difficultés spécifiques rencontrées par les travailleurs handicapés vieillissants<sup>29</sup>. Le taux d'emploi dans la fonction publique française a atteint 5,93 % en 2024<sup>30</sup> ; il est aujourd'hui quasi-équivalent au taux légal, ce qui est significatif dès lors que les trois fonctions publiques rassemblent un peu plus de cinq millions d'agents publics. Cependant, là aussi, rien ne permet d'avancer un nombre d'agents publics reconnus « travailleurs handicapés » du fait d'altérations de leurs fonctions psychiques qui seraient effectivement en situation d'emploi aujourd'hui.

On peut toutefois souligner que le FIPHFP, créé par la loi du 11 février 2005, propose des dispositifs adaptés pour l'accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap d'origine psychique<sup>31</sup>. L'idée est de faciliter l'accès à l'emploi de ces dernières par un accompagnement, en amont et en aval du recrutement, *via* une évaluation des capacités professionnelles, un soutien médico-psychologique assuré par un acteur externe à l'employeur, un accompagnement sur le lieu du travail, et enfin un tutorat assuré par une

---

<sup>26</sup> BLANC, 6.

<sup>27</sup> DESEYNE/RICHER/FÉRET, 14.

<sup>28</sup> Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel (JORF du 6 septembre 2018).

<sup>29</sup> Ainsi, depuis 2021, les déductions de contributions dont bénéficiait l'Education nationale au titre des accompagnants et accompagnantes d'élèves en situation de handicap (AESH) ont été plafonnées : cet accompagnement nécessite certes un soutien financier, mais celui-ci ne doit pas préempter les actions concernant les ressources humaines du ministère.

<sup>30</sup> Données issues de la Déclaration de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (DOETH). L'écart entre les trois fonctions publiques demeure : 4,86 % pour la fonction publique d'État, 5,9 % dans la fonction publique hospitalière, 7,24 % au sein de la fonction publique territoriale.

<sup>31</sup> FIPHFP, *Dispositifs adaptés handicap psychique*, 17.

personne ressource en interne donnant lieu à une indemnité compensatrice pour l'entreprise. Le FIPHFP propose également diverses prestations dont un accompagnement au changement du collectif de travail ou une formation spécifique de l'encadrement<sup>32</sup>.

### **3. Le rapprochement des secteurs et acteurs de l'emploi des travailleurs handicapés**

La loi du 11 février 2005 a réaffirmé la priorité donnée au cadre ordinaire de travail pour les personnes avec un handicap, et donc pour celles en situation de handicap psychique<sup>33</sup>. Elle a surtout procédé à une atténuation du clivage existant, en France, entre secteurs de travail ordinaire et protégé, notamment en transformant des structures dénommées « ateliers protégés » en « entreprises adaptées » (EA)<sup>34</sup> ; ces dernières ont une vocation commerciale concurrentielle, associée à une mission sociale dès lors qu'elles doivent employer au moins 55 % de travailleurs handicapés<sup>35</sup>. Ces travailleurs sont donc régis par le droit du travail, à la différence de ceux orientés vers un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) du secteur protégé<sup>36</sup>. Les travailleurs d'une entreprise adaptée qui sont reconnus handicapés bénéficient, par ailleurs, d'un environnement adapté à leurs besoins, leur permettant ainsi d'accéder à un emploi. Il y a là une réponse à la situation de personnes qui,

---

<sup>32</sup> *Ibidem*.

<sup>33</sup> Art. 2 de la Loi 2005-102 (note 1).

<sup>34</sup> *Ibidem*, art. 38.

<sup>35</sup> Pour financer cette mission d'accompagnement faisant l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), l'Etat verse aux EA deux aides différentes : une aide au poste forfaitaire, correspondant à 80 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) brut, et une subvention visant à renforcer l'encadrement des personnes.

<sup>36</sup> La loi du 11 février 2005 a modifié les modalités de rémunération des travailleurs handicapés accueillis en ESAT, en remplaçant la garantie de ressources par une garantie de rémunération du travailleur handicapé (Art. L 243-4 du Code de l'action sociale et de la famille). Depuis, sous « l'impulsion » du droit européen (Cour de justice de l'Union européenne [CJUE], *Gérard Fenoll contre CAT « la Jouvene »*, aff. C-316/13, 26 mars 2015), la Loi n° 2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi (JORF du 19 décembre 2023) a étendu certaines garanties du droit du travail au personnel en ESAT (assurance complémentaire santé obligatoire, frais de transport et titres-restaurants, droits collectifs, etc.).

souffrant notamment d'altérations psychiques, se situent à la frontière des secteurs dits « ordinaire » et « protégé ». Il existe à ce jour, en France, près de 800 entreprises adaptées en milieu ordinaire<sup>37</sup>. La réussite de ce dispositif a conduit à permettre son implantation y compris en milieu pénitentiaire, où l'on sait qu'en moyenne 30 % de la population connaît des troubles psychiques importants<sup>38</sup>.

Pour ce qui est du rapprochement des acteurs initié par la loi du 11 février 2005, il a concerné tout particulièrement la recherche d'emploi et le financement des aides à l'insertion. Les problématiques spécifiques rencontrées par les personnes en situation de handicap dans leur recherche d'emploi justifient une certaine spécialisation au sein du service public de l'emploi. C'est le réseau des Cap emploi, organismes de placement spécialisé (OPS), qui a la charge de cette mission. La loi du 11 février 2005 a ainsi initié le rapprochement entre les Cap emploi et l'Agefiph, précisément en permettant le financement du réseau des Cap emploi par l'Agefiph en contrepartie de la mise en place d'une convention quadripartite avec l'État, l'Agefiph et l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE). Aujourd'hui, les 96 Cap emploi sont financés conjointement par l'Agefiph, le FIPHFP et France Travail. Ils sont chargés, dans le cadre d'une délégation du service public de l'emploi, de l'orientation et du conseil en matière de recherche d'emploi et de formation permettant une insertion dans le milieu ordinaire, ainsi que d'actions de communication institutionnelle auprès des employeurs. Si des synergies et une convergence des systèmes d'information de ces acteurs de la recherche d'emploi paraissent positives, il est cependant permis de s'inquiéter d'un trop grand rapprochement entre l'opérateur généraliste France Travail et l'opérateur spécialisé Cap emploi, tel que promu par la loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi<sup>39</sup>. En effet, au travers de la mise en place de « lieux uniques d'accompagnement » (LUA) dans toutes les agences France Travail<sup>40</sup>, le risque point d'une absorption des moyens et compétences des Cap emploi

---

<sup>37</sup> UNION NATIONALE DES ENTREPRISES ADAPTÉES (UNEA).

<sup>38</sup> La Loi n° 2018-771 (note 28) a permis l'implantation d'EA en établissement pénitentiaire selon des modalités définies par décrets en 2021.

<sup>39</sup> Loi n° 2023-1196 (note 36).

<sup>40</sup> Au sein de ces LUA, l'accueil des demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés peut être réalisé par un conseiller ou une conseillère de France Travail ou de Cap emploi.

et donc de l'affaiblissement d'un soutien spécifique aux demandeurs d'emploi « handicapés », singulièrement à ceux en situation de handicap d'origine psychique.

En ce qui concerne les aides à l'insertion, le mécanisme de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, quelle que soit l'origine de leur handicap, met en place une péréquation des moyens entre, d'une part, les employeurs bénéficiant de soutiens à l'aménagement de poste et, d'autre part, ceux ayant dû acquitter des contributions financières dès lors qu'ils ne satisfaisaient pas au quota d'emploi de travailleurs handicapés. Pour permettre le bon fonctionnement de ce mécanisme financier, l'action de l'Agefiph et du FIPHFP est essentielle. Ces deux opérateurs, Agefiph pour le secteur privé et FIPHFP pour la fonction publique, permettent le financement des aides à l'insertion, et accordent à l'ensemble des employeurs une garantie quant au bon fléchage des fonds. Concrètement, ces intervenants mobilisent les contributions des employeurs pour financer des dépenses d'intervention qui peuvent être, soit des aides directes versées aux employeurs, soit des aides indirectes au travers, par exemple, du financement du réseau Cap emploi ou d'outils de formation<sup>41</sup>. Du point de vue de l'employeur, l'existence d'un opérateur de financement unique permet de renforcer la lisibilité du paysage institutionnel, bien que l'Agefiph demeure encore trop peu connue des très petites entreprises et petites et moyennes entreprises (TPE-PME), et le FIPHFP des petites collectivités territoriales<sup>42</sup>.

## **B. Les freins généraux et spécifiques à l'intégration du handicap d'origine psychique**

Certes, certains se rassurent en observant que « la nature des freins à l'emploi rencontrés par les personnes en situation de handicap est la même que celle des autres demandeurs d'emploi, notamment en matière de transports et de conciliation entre vie professionnelle et vie privée. En réalité, les conséquences

---

<sup>41</sup> En 2024, les budgets d'intervention de l'Agefiph et du FIPHFP étaient respectivement de 577 et de 111 millions d'euros. Pour le seul secteur privé, 113'319 aides et prestations ont été réalisées en 2023, au bénéfice de plus de 207'000 personnes en situation de handicap (DESEYNE/RICHER/FÉRET, 11).

<sup>42</sup> *Ibidem.*

de ces freins ne sont pas du même degré<sup>43</sup>. La question n'est *de facto* pas seulement une question de degré. Des freins à l'inclusion en milieu ordinaire de travail se font en effet sentir quelle que soit l'origine du handicap. Certains de ces freins peuvent sembler moins concerner les personnes souffrant d'altérations de leurs fonctions psychiques, à l'instar du niveau de formation (1), tandis que d'autres tels que ceux liés à la taille et la culture de l'entreprise (2), ou bien aux préjugés et stéréotypes ayant cours (3), les touchent tout autant, sinon davantage, que les personnes atteintes d'autres formes de handicap.

## 1. La question du niveau de formation

Le manque de formation demeure un frein majeur à l'accès à l'emploi, notamment dans un contexte de développement d'une société de plus en plus exigeante et sélective en matière de recrutement. Plus que les compétences, l'expérience ou la motivation, ce sont les diplômes qui conditionnent l'accès à un entretien d'embauche<sup>44</sup>. Le constat, loin d'être nouveau, reste le même : les personnes en situation de handicap ont un plus faible niveau de qualification, avec seulement 29 % de celles en emploi ayant une formation de niveau bac + 2 en 2023 contre 47 % dans la population générale, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)<sup>45</sup>. Les personnes en situation de handicap sont également bien plus nombreuses à n'avoir aucun diplôme et bien moins nombreuses à avoir un niveau de formation supérieur au Baccalauréat<sup>46</sup>. Dans un pays comme la France, continuant de ne croire fondamentalement qu'aux diplômes, pareil écart peut être synonyme d'ajout d'un handicap au handicap dans la course à l'emploi. Il y a là, au passage, l'indication de l'échec de la mise en œuvre du principe d'égalité de traitement pourtant brandi par la loi du 11 février 2005. Certes, il existe une certification nationale de qualité comprenant des critères d'accessibilité aux personnes en situation de handicap qui, depuis 2018,

---

<sup>43</sup> *Ibidem*.

<sup>44</sup> COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME (CNCDH), 9.

<sup>45</sup> DREES, 16.

<sup>46</sup> DESEYNE/RICHER/FÉRET, 14.

s'impose à tous les organismes de formation<sup>47</sup>. Cependant, on observe que, dans les faits, « la mobilisation des ‘ressources handicap formation’ proposées par l’Agefiph n’est pas connue par les instituts de formation, ce qui conduit à des abandons de formation, ou à des échecs de formation faute de l’accompagnement adéquat »<sup>48</sup>.

Les personnes en situation de handicap du fait d’une altération psychique, qu’il s’agisse de schizophrénie, de troubles bipolaires, de dépression résistante, de troubles obsessionnels compulsifs ou autres<sup>49</sup>, peuvent également afficher un déficit de formation initiale ou continue. Toutefois, à la différence des personnes souffrant d’altération mentale, celles dont le handicap a pour origine une altération psychique peuvent avoir un niveau de formation élevé ; « leurs capacités intellectuelles sont préservées et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C’est la possibilité de les mobiliser qui est déficiente »<sup>50</sup>. Cela doit conduire à mettre l’accent sur les enjeux d’accompagnement vers l’emploi<sup>51</sup> et de formation spécifique des personnes assurant, notamment, leur mise en situation professionnelle<sup>52</sup>.

---

<sup>47</sup> Loi n° 2018-771 (note 28).

<sup>48</sup> DESEYNE/RICHER/FÉRET, 14.

<sup>49</sup> UNAFAM, *Handicap psychique*.

<sup>50</sup> *Ibidem*.

<sup>51</sup> De ce point de vue, on a pu regretter que le déploiement du dispositif « emploi accompagné » inscrit dans le Code du travail depuis 2016 (cf. art. L. 5213-2-1), visant essentiellement l’emploi de personnes présentant un handicap invisible, « tarde à prendre toute son ampleur » (CNCDH, 9).

<sup>52</sup> Cf. notamment sur les formations proposées : CONSEIL NATIONAL HANDICAP & EMPLOI DES ORGANISMES DE PLACEMENT SPÉCIALISÉS (CHEOPS) ; CROIX-ROUGE FRANÇAISE.

## 2. La taille, le secteur et la culture de l'entreprise

Très souvent, la loi du 11 février 2005 est perçue par les employeurs « comme une astreinte voire comme injuste car elle ne tient pas compte de la taille des entreprises et des secteurs d'activités, certains étant considérés comme prétendument plus ou moins adaptés à l'accueil de travailleurs handicapés »<sup>53</sup>. Les données sur le respect de l'OETH conduisent à constater que le taux direct d'emploi dépend à la fois de la taille des entreprises concernées et des secteurs d'activité<sup>54</sup>.

Tout d'abord, si les entreprises de moins de 20 personnes salariées doivent aujourd'hui déclarer leur recours ou non à des travailleurs handicapés, elles ne sont aucunement tenues à une quelconque obligation d'emploi. Par ailleurs, qu'elles soient soumises ou non à une telle obligation, c'est dans les TPE-PME que l'on retrouve la plus grande proportion d'entreprises qui n'emploient aucun bénéficiaire de l'OETH. Cet état de fait s'expliquerait à la fois par la nature des activités des TPE-PME, mais aussi par le manque de connaissance des employeurs concernant les outils qui sont à leur disposition dans l'accompagnement d'une personne salariée en situation de handicap<sup>55</sup>. Les politiques handicap sont également freinées par l'absence de ressources humaines dans les petites et moyennes entreprises. Par ailleurs, les employeurs ayant eu des expériences négatives avec des PSHP sont le plus souvent ceux qui ont peu de ressources pour assurer leur accompagnement<sup>56</sup>. Les entreprises de grande taille ont, quant à elles, l'avantage de disposer d'un service de ressources humaines et parfois même d'un service dédié au handicap ou à la diversité. De même, bien que la progression du taux d'emploi concerne l'ensemble des secteurs d'activité, son niveau varie fortement entre eux<sup>57</sup>.

---

<sup>53</sup> LABERON et al., 21.

<sup>54</sup> DESEYNE/RICHER/FÉRET, 14.

<sup>55</sup> *Ibidem*.

<sup>56</sup> LABERON et al., 21.

<sup>57</sup> Les différences entre secteurs ne correspondent pas aux idées reçues sur la place du handicap dans l'entreprise, puisque le secteur de l'industrie affiche un taux de 5,5 % contre 3 % dans celui de l'information et de la communication (voir notamment COLLET, 10).

Un autre enjeu tient à la culture de l'entreprise. Certaines entreprises apparaissent véritablement engagées dans le recrutement de personnes en situation de handicap et incluent ce point dans leur identité, leur culture, voire en font un enjeu d'image dans le cadre de leur reconnaissance d'une forme de responsabilité sociétale. D'autres, en revanche, s'en tiennent à la stricte obéissance à la loi. Cependant, « dans les deux cas, les différents types de handicap sont traités inégalement, avec une nette préférence pour inclure le handicap physique plutôt que psychique jugé trop instable et donc imprévisible »<sup>58</sup>.

Singulièrement en France, du fait de l'héritage – révolutionnaire ! – d'une conception formelle de l'égalité, les responsables d'entreprise apparaissent particulièrement opposés à tout principe de discrimination positive, pour des raisons de rentabilité, de supposée équité et de valorisation du seul « mérite professionnel ». Cette culture de l'égalité formelle n'entend pas devoir tenir compte du handicap, mais seulement des compétences. Ce type de logique peut, notamment, s'opposer à toute adaptation non seulement de la procédure de recrutement mais également de l'emploi proposé. De façon plus générale, l'inclusion professionnelle d'une personne en situation de handicap d'origine psychique dépend encore souvent du côtoiemment préalable de ce type de handicap par le recruteur lui-même ou ses proches, alors même qu'elle devrait dépendre « 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 »<sup>59</sup>.

En dernier lieu, pour que le recrutement d'une personne en situation de handicap d'origine psychique soit non seulement effectif, mais aussi réussi, il ne suffit pas de prendre en compte les caractéristiques réelles ou supposées de cette dernière ; il faut encore « intégrer » celles de son environnement de travail. A cet égard, de nombreux acteurs sont concernés : les dirigeants mais aussi la hiérarchie de proximité, les collègues de travail, les services de médecine du travail, les représentants du personnel et les éventuels syndicats présents. Le degré d'implication de ces derniers ne varie pas vraiment, au niveau national. Les cinq syndicats dits représentatifs sont clairement

---

<sup>58</sup> LABERON et al., 21.

<sup>59</sup> *Ibidem.*

mobilisés, notamment au sein de l'Agefiph, pour l'emploi des personnes vivant avec un handicap. Sur le terrain, des différences d'attitude peuvent être cependant observées. En effet, l'intégration dans l'entreprise, notamment, d'une personne en situation de handicap d'origine psychique, peut conduire à des « tensions organisationnelles » dès lors que « l'accommodement du travail » de cette personne peut engendrer des craintes de répercussions sur la charge de travail des autres... Enfin, il est permis de souligner qu'en France, les organisations syndicales sont aujourd'hui particulièrement mobilisées sur la question de la souffrance au travail et sur ses conséquences. Cela les conduit à centrer leur attention sur le maintien en emploi en cas de survenance d'un handicap psychique. En ce sens, les négociations collectives sur l'emploi en faveur des personnes vivant avec un handicap, comme on le verra plus avant<sup>60</sup>, apparaissent plus sensibles à la question de la conservation en emploi de travailleurs devenus « handicapés psychiques » qu'à l'accès à l'emploi de jeunes en situation de handicap d'origine psychique.

### **3. La persistance de préjugés et stéréotypes**

Tout d'abord, dans les milieux professionnels, perdure très souvent le stéréotype de l'in-employabilité de toute personne en situation de handicap, quelle que soit l'origine de l'altération dont elle souffre : sa place est au mieux dans le secteur dit « protégé ». Mais, plus que la capacité à travailler, ce sont le coût des aménagements et l'anticipation d'une difficulté à respecter des délais contraints qui freinent les décideurs à entrer pleinement dans une démarche de recrutement d'une personne en situation de handicap, singulièrement psychique. Par ailleurs, les stéréotypes dissuasifs de l'embauche au titre du handicap en renvoient d'autres et conduisent à des cas de cumul de discriminations au regard non seulement du handicap, mais aussi de l'origine et du genre. A niveau équivalent de diplôme, les femmes en situation de handicap demeurent ainsi très majoritairement au chômage, alors que les hommes avec un handicap parviennent mieux à s'insérer dans le monde professionnel<sup>61</sup>.

---

<sup>60</sup> Voir *infra* III.B.

<sup>61</sup> DÉFENSEUR DES DROITS, *Femmes en situation de handicap*, 13.

Du fait de préjugés chez les recruteurs, il existe, lors des entretiens d'embauche, un risque réel attaché au dévoilement de la nature de son handicap. Les associations de personnes en situation de handicap mettent traditionnellement en exergue la difficulté pour le candidat ou la candidate d'évoquer « son » handicap. A cet égard, les situations varient le plus souvent au regard de l'altération à la source du handicap de la personne : une altération physique ou sensorielle, voire mentale, cela se sait, se voit ou se comprend vite. Le potentiel employeur sait d'une part à quoi s'en tenir, d'autre part que la question est celle de l'adéquation et/ou de l'adaptation du poste de travail. En revanche, tel ne lui apparaît pas le « handicap psychique ». Ceci explique que même lorsque les personnes concernées ont fait la démarche d'une RQTH, ces personnes porteuses d'un handicap invisible<sup>62</sup> choisissent le plus souvent de le taire, se privant ainsi des aménagements et des aides auxquels elles peuvent légitimement prétendre<sup>63</sup>.

### **III. Un impact inattendu sur le maintien en emploi en cas de troubles psychiques**

La loi du 11 février 2005 a été pensée « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » ; elle prévoit d'améliorer, notamment, leur accès à l'emploi mais aussi leur maintien en emploi en cas d'aggravation de leur handicap ou de révélation de ce dernier en cours d'emploi. A l'époque, la loi ne comportait aucune référence au fait que le travail, loin d'être un facteur d'atténuation des troubles psychiques, puisse en être le révélateur ou la cause. Pourtant, au même moment a émergé une brutale prise de conscience de l'impact des conditions d'emploi sur la santé mentale des personnes salariées<sup>64</sup>. Pareille tendance s'est poursuivie au cours des vingt dernières années ; elle a contribué à « naturaliser », en milieu

---

<sup>62</sup> KARJALAINEN/DIVANACH, 20.

<sup>63</sup> CNCDH, 9.

<sup>64</sup> La sensibilisation aux « risques psychosociaux » se fait alors en France dans un contexte de vagues de suicides de personnes salariées, notamment chez Renault et France Télécom (voir notamment LAVIOLETTE, 23 ; LEROUUGE, 24).

professionnel, l'idée de troubles psychiques et de la nécessité de leur prise en charge autrement que par l'exclusion.

D'une certaine façon, une rencontre inattendue s'est produite ; l'enregistrement par la loi en 2005 de l'altération des fonctions psychiques comme source possible du handicap ne visait qu'à distinguer et faire exister une population particulière de personnes souffrant essentiellement de schizophrénie et de troubles de la bipolarité<sup>65</sup>. Cependant, les dispositions de la loi de 2005 sont aujourd'hui *de facto* mobilisables pour une population bien plus large de personnes atteintes, en cours d'emploi, de troubles psychiques. Face à ce phénomène, l'entreprise elle-même va souvent souhaiter – sans toutefois pouvoir y obliger la personne – une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ; elle y a intérêt, notamment pour améliorer l'état de son respect de l'obligation d'emploi de personnes avec un handicap ainsi que pour bénéficier d'aides.

Deux dispositions de la loi du 11 février 2005 paraissent particulièrement interférer avec la question du maintien en emploi de personnes salariées voyant s'aggraver leur handicap ou se retrouvant en situation de handicap, singulièrement du fait de l'altération de leurs fonctions psychiques. Tout d'abord, la loi a transposé en droit français, sous le nom d'obligation de « mesures appropriées », l'obligation d'aménagement raisonnable du poste de travail ou des fonctions prévue par le droit européen. Même si cette obligation s'impose tant à l'embauche qu'en cas d'incertitude quant au maintien en emploi d'une personne reconnue « travailleur handicapé », c'est dans cette dernière hypothèse qu'elle paraît avoir de fortes potentialités (A). Par ailleurs, la loi du 11 février 2005, tout en rénovant l'obligation légale d'emploi, a incité au développement du dialogue social en la matière. Les fruits de ce dernier semblent, là aussi, témoigner d'un souci particulier concernant la conservation de l'emploi en cas de survenance d'une situation de handicap, tout particulièrement d'origine psychique (B).

---

<sup>65</sup> A savoir le combat de quelques associations au premier rang desquelles l'UNAFAM.

## **A. L’instauration légale de l’obligation d’aménagement raisonnable**

L’interdiction des discriminations fondées sur le handicap en matière de travail et d’emploi et, par la suite, l’obligation pour les employeurs de prendre des mesures d’aménagement raisonnable pour garantir l’égalité de traitement à l’égard des travailleurs handicapés prennent leur source, d’une part, dans la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)<sup>66</sup>, et d’autre part, dans la Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d’un cadre général en faveur de l’égalité de traitement en matière d’emploi et de travail (Directive 2000/78/CE)<sup>67</sup>. L’obligation d’aménagement raisonnable prévue par cette dernière a été transposée en droit français par la loi du 11 février 2005<sup>68</sup>. On observera toutefois, s’agissant des employeurs publics, que la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires indiquait déjà : « Afin de garantir le respect du principe d’égalité de traitement à l’égard des travailleurs handicapés, les employeurs [...] prennent, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour [leur] permettre [...] d’accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l’exercer et d’y progresser ou pour qu’une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée, sous réserve que les charges consécutives à la mise en œuvre de ces mesures ne soient pas disproportionnées, notamment compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l’employeur »<sup>69</sup>. Quoi qu’il en soit, depuis la loi de 2005, les employeurs du secteur privé comme des trois fonctions publiques sont tenus, quels que soit leurs effectifs, à une obligation « d’aménagement raisonnable » à l’égard des « travailleurs handicapés »<sup>70</sup>. Aucun secteur de travail ni aucune catégorie d’emploi n’apparaissent exonérés de cette

---

<sup>66</sup> Art. 2, 5 et 27 de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CDPH).

<sup>67</sup> Art. 1<sup>er</sup>, 2 et 5 de la Directive 2000/78/CE.

<sup>68</sup> Art. 24 et 31 de la Loi n° 2005-102 (note 1).

<sup>69</sup> Art. 6 <sup>sexies</sup> de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (JORF du 14 juillet 1983).

<sup>70</sup> Art. L. 5213-6 du Code du travail.

obligation, en raison de l'effet direct des dispositions de la Directive 2000/78/CE<sup>71</sup>.

Après avoir rappelé les contours encore quelque peu flous de l'obligation d'aménagement (1), on s'interrogera sur son incidence en matière de maintien en emploi (2), au travers de mesures dont certaines tout particulièrement appropriées à la situation de personnes souffrant de troubles psychiques (3). Leur mise en œuvre peut cependant apparaître limitée, singulièrement pour ces dernières, par la transposition française du champ des bénéficiaires de l'obligation d'aménagement raisonnable prévue par la directive européenne (4).

## 1. Les contours toujours flous de l'obligation d'aménagement

La délimitation de l'obligation d'aménagement raisonnable repose sur deux notions clés : d'une part, celle de « mesures appropriées », et d'autre part, celle de « charge disproportionnée ». Les mesures appropriées sont « des mesures efficaces et pratiques destinées à aménager le poste de travail en fonction du handicap »<sup>72</sup> et permettant de garantir une égalité de traitement à l'égard du travailleur handicapé concerné. Il ne s'agit donc pas de « mesures types », par grandes catégories de handicap, mais de mesures correspondant aux besoins de chaque personne. L'appréciation des besoins en la matière est faite *in concreto*. Un « aménagement raisonnable » ne s'impose pas pour toute personne reconnue « travailleur handicapé ». En revanche, il est nécessaire que le handicap soit reconnu administrativement et connu de l'employeur, et donc que la personne concernée accepte d'exprimer ses besoins d'aménagement<sup>73</sup>.

---

<sup>71</sup> Il en va ainsi notamment pour les personnes exerçant une activité indépendante, les magistrats et magistrates, les auxiliaires de justice (CE, Assemblée du contentieux, n° 301572, 22 oct. 2010 ; CE, 1<sup>re</sup> et 6<sup>e</sup> sous-sections, n° 347703, 11 juill. 2012).

<sup>72</sup> Considérant (20) de la Directive 2000/78/CE.

<sup>73</sup> Le ou la médecin du travail peut ici jouer un rôle central dans l'identification et l'objectivation des besoins d'aménagement des postes de travail au titre de l'obligation de sécurité de l'employeur et, par suite, dans la détermination des mesures appropriées pour y répondre.

Par ailleurs, l’obligation d’aménagement raisonnable n’est pas sans limites ; les « mesures appropriées » n’ont pas à être mises en place s’il apparaît qu’elles constituent une « charge disproportionnée ». Pour cela, « il convient de tenir compte notamment des coûts financiers et autres qu’elles impliquent, de la taille et des ressources financières, de l’organisation de l’entreprise et de la possibilité d’obtenir des fonds publics ou toute autre aide »<sup>74</sup>, singulièrement, en France, auprès de l’Agefiph pour une entreprise privée et du FIPHFP dans la fonction publique.

*In fine*, l’obligation d’aménagement raisonnable trouve ses limites dans son objet même, qui consiste à placer la personne en situation de handicap sur un pied d’égalité avec les autres personnes salariées. Il ne s’agit donc pas de permettre à la personne avec un handicap d’exercer des fonctions pour lesquelles elle n’est, en réalité, ni compétente, ni disponible, ni capable<sup>75</sup>. Cependant, « l’appréciation objective de la compétence et de la capacité de la personne handicapée à occuper l’emploi concerné ne peut se faire qu’au vu des aménagements raisonnables susceptibles d’être mis en place pour lui permettre d’exercer effectivement ses fonctions »<sup>76</sup>. Il s’agit d’une obligation, non pas de résultat, mais de moyen renforcé ; l’employeur doit tout mettre en œuvre pour la respecter, une contrainte excessive pouvant cependant l’en exonérer. Il revient au juge, au gré des litiges qu’il est amené à trancher, de préciser la notion de « mesures appropriées » et de « charge disproportionnée » en opérant le contrôle de proportionnalité que l’obligation d’aménagement raisonnable implique.

## 2. L’incidence de l’obligation en matière de maintien en emploi

Si un aménagement raisonnable peut constituer une alternative à la rupture du lien d’emploi, encore faut-il savoir jusqu’où aller pour remplir ladite

---

<sup>74</sup> Considérant (21) de la Directive 2000/78/CE.

<sup>75</sup> Considérant (17) de la Directive 2000/78/CE : « La présente directive n’exige pas qu’une personne qui n’est pas compétente, ni capable ni disponible pour remplir les fonctions essentielles du poste concerné ou pour suivre une formation donnée soit recrutée, promue ou reste employée ou qu’une formation lui soit dispensée, sans préjudice de l’obligation de prévoir des aménagements raisonnables pour les personnes handicapées ».

<sup>76</sup> DÉFENSEUR DES DROITS, *Guide aménagement raisonnable*, 12.

obligation. A la différence des juridictions canadiennes<sup>77</sup>, il faut convenir que les juridictions françaises ont jusqu’alors apporté peu de réponses à cette question. Il paraît clair que l’adaptation du poste occupé ne doit pas avoir pour effet de le dénaturer, ni de créer un poste « sur mesure ». De même, il n’apparaît pas possible d’exiger d’un employeur qu’il modifie le contrat de travail des autres personnes salariées pour répondre à son obligation d’aménagement raisonnable : « [i]l semble acquis que le droit du travailleur handicapé à un aménagement raisonnable ne permet pas de porter atteinte aux droits des autres travailleurs »<sup>78</sup>. Dans un arrêt rendu le 10 février 2022, la Cour de justice de l’Union européenne (CJUE) a estimé que l’obligation d’aménagement raisonnable conduit à affecter la personne qui, en raison de son handicap, a été déclarée inapte à exercer les fonctions essentielles du poste qu’elle occupe, à un autre poste qui serait vacant et pour lequel elle dispose des compétences, des capacités et des disponibilités requises<sup>79</sup>.

En droit du travail français, l’impossibilité, objectivement démontrée, de reclasser toute personne salariée reconnue inapte, autorise l’employeur à prononcer son licenciement sans que le caractère discriminatoire de cette rupture ne puisse lui être reproché<sup>80</sup>. Cependant, si la personne concernée bénéficie de la qualité de « travailleur handicapé », l’obligation générale de reclassement doit s’articuler avec l’obligation de prendre des mesures appropriées<sup>81</sup>. En ce sens, la Chambre sociale de la Cour de cassation, dans un arrêt du 15 mai 2024, a approuvé le raisonnement de la Cour d’appel qui, ayant constaté que l’employeur, *nonobstant* l’importance de ses effectifs et le nombre des métiers qu’il regroupait, ne justifiait pas d’études de poste, ni de recherche d’aménagement du poste du salarié et n’avait pas consulté le service d’appui au maintien dans l’emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) bien qu’il y ait été invité à deux reprises par la personne salariée, a pu en déduire qu’il avait refusé de prendre les mesures appropriées pour permettre à

---

<sup>77</sup> Voir notamment LAFLAMME, 21.

<sup>78</sup> JOLY, *Handicap*, 18.

<sup>79</sup> CJUE, *HR Rail*, aff. C-485/20, 10 février 2022.

<sup>80</sup> Art. L. 1133-3 du Code du travail.

<sup>81</sup> Voir notamment LEGROS/FANTONI, 24.

cette dernière de conserver un emploi. Il en résultait pour la Cour que le licenciement, constitutif d'une discrimination à raison du handicap, était nul<sup>82</sup>.

### **3. Les mesures d'aménagement pouvant concerner des personnes en situation de handicap d'origine psychique**

Selon l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)<sup>83</sup>, les compensations et aménagements qui peuvent être demandés à un employeur lorsque l'on est en situation de handicap du fait de troubles psychiques sont de trois types : matériels et logistiques, temporels et d'accompagnement. Selon la même organisation, « ce serait une erreur de considérer que des aménagements matériels et logistiques ne sont pas de nature à grandement faciliter l'accès au travail et le maintien en emploi pour les personnes dont le handicap a une origine psychique »<sup>84</sup>. Parmi ces aménagements peuvent être signalés : un espace de travail isolé dans un contexte d'*open space*, des équipements de protection sonore, un accès à des espaces de repos pour des pauses, un transport adapté entre domicile et lieu de travail. L'UNAFAM ajoute la mise à disposition « des matériels nécessaires et adaptés au télétravail »<sup>85</sup> ; cependant, et même s'il y a bien là un moyen d'accéder ou de conserver une activité, on peut s'interroger sur l'inclusion sociale et professionnelle permise par le télétravail...

Les aménagements visant une gestion du temps adaptée aux besoins des personnes sont également importants, singulièrement pour une personne en situation de handicap d'origine psychique. On peut ici penser, tout d'abord, au travail à « temps partiel choisi ». Par ailleurs, la mise en place d'horaires décalés peut permettre d'éviter les périodes anxiogènes au cours desquelles les transports publics sont bondés. Enfin, l'aménagement du temps de travail peut intégrer la possibilité d'effectuer des petites pauses fractionnées.

---

<sup>82</sup> Cour de cassation, Chambre sociale, Notice relative à l'arrêt n° 508, pourvoi n° 22-11.652, 15 mai 2024.

<sup>83</sup> UNAFAM, *Site*.

<sup>84</sup> *Idem, Guide*, 27.

<sup>85</sup> *Ibidem*.

Des mesures d'accompagnement paraissent favorables à l'emploi de personnes en situation de handicap d'origine psychique. On pense ici prioritairement à la mise en place d'un « tutorat », mais il peut aussi s'agir d'apprentissage accompagné. Peuvent être également mobilisés les mécanismes encourageant la sortie des ESAT vers le secteur ordinaire ou le passage d'une « entreprise adaptée » vers une entreprise classique, avec période d'essai et possibilité de retour dans le secteur « protégé » ou dans l'entreprise adaptée d'origine, tel que cela a été prévu par la loi du 11 février 2005<sup>86</sup>. L'employeur concerné par la mise en place d'un aménagement raisonnable peut, par ailleurs, faire preuve d'inventivité en prévoyant « l'emploi d'auxiliaires dans le cadre professionnel compensant des gestes professionnels que l'agent ne peut pas réaliser en raison de son handicap »<sup>87</sup>. Il faut bien évidemment ici que le contexte ne soit pas celui d'une TPE-PME. Il peut enfin s'agir d'une formule telle que celle de l'Appui Spécifique Handicap Psychique<sup>88</sup>, décomposée en diagnostic approfondi, élaboration du projet professionnel et accompagnement dans l'emploi, ou encore de l'intervention d'une « plateforme d'emploi accompagné » créant du lien avec le collectif de travail et/ou l'employeur<sup>89</sup>.

La plupart de ces aménagements sont susceptibles d'être pris en charge par l'Agefiph ou le FIPHFP dès lors que la personne en situation de handicap d'origine psychique est potentiellement bénéficiaire de l'obligation d'aménagement raisonnable. C'est là que le bât blesse ou, en tout cas, que la transposition de la Directive 2000/78/CE, réalisée par la loi du 11 février 2005, pose un problème. En effet, le champ des bénéficiaires des mesures d'aménagement raisonnable diffère selon que l'on se place du point de vue du droit de l'Union européenne ou du droit national.

---

<sup>86</sup> Une priorité d'embauche est prévue (Art. L. 5213-17 du Code du travail).

<sup>87</sup> UNAFAM, *Guide*, 27.

<sup>88</sup> Voir notamment FIPHFP, *Prestations handicap psychique*.

<sup>89</sup> UNAFAM, *Guide*, 27.

#### **4. Une transposition française réductrice du champ des bénéficiaires**

L’obligation d’aménagement raisonnable, prévue à l’art. 5 de la Directive 2000/78/CE, « concerne les personnes handicapées au sens large »<sup>90</sup>. De son côté, la législation française ne vise que certaines catégories de personnes vivant avec un handicap, à savoir celles justifiant d’une reconnaissance administrative de leur handicap. Les bénéficiaires de l’obligation patronale de prise de « mesures appropriées » sont « les travailleurs handicapés mentionnés aux 1<sup>°</sup> à 4<sup>°</sup> et 9<sup>°</sup> à 11<sup>°</sup> de l’article L. 5212-13 » du Code du travail, c’est-à-dire : les travailleurs reconnus handicapés par la Commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ; les victimes d’accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d’une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ; les titulaires d’une pension d’invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l’invalidité des intéressés réduise au moins de deux tiers leur capacité de travail ou de gain ; les anciens militaires et assimilés, titulaires d’une pension militaire d’invalidité ; les bénéficiaires mentionnés à l’art. L. 241-2 du Code des pensions militaires d’invalidité et des victimes de guerre ; les titulaires d’une allocation ou d’une rente d’invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d’accident survenu ou de maladie contractée en service<sup>91</sup> ; les titulaires de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » ; les titulaires d’une allocation aux adultes handicapés (AAH)<sup>92</sup>.

---

<sup>90</sup> JOLY, *Handicap*, 18 ; voir notamment BOUJEKA, 7.

<sup>91</sup> Loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d’accident survenu ou de maladie contractée en service (JORF du 3 janvier 1992).

<sup>92</sup> Art. L. 5213-6 du Code du travail.

Il est, pour le moins, permis de douter de la conformité de la législation française au droit de l'Union européenne<sup>93</sup>. En tous cas, pour pouvoir bénéficier en France d'un « aménagement raisonnable », il faut accepter d'être « labellisé » administrativement. Comme certains le soulignent, il « [e]st demandé, à une personne qui se vit comme un être humain comme les autres, ayant simplement conscience que son corps ou son cerveau rencontre des limites pour l'exercice de certaines activités, de déclarer qu'elle n'est pas comme tout le monde et qu'elle doit se ranger dans la catégorie des 'déficients', des 'handicapés'. Le chemin psychologique pour parvenir à cette acceptation est douloureux. Certaines personnes, bien qu'elles ressentent le besoin d'être aidées, n'acceptent pas de le suivre. Ceci explique que nombre des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et en emploi demeurent 'invisibles' des professionnels susceptibles de leur apporter leur aide. Elles constituent probablement une grande partie du pourcentage de 80 % fréquemment cité pour évaluer le nombre des personnes en activité dites porteuses d'un handicap invisible »<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> Constatant le manquement de l'Italie à son obligation de transposer correctement l'art. 5 de la Directive 2000/78/CE prévoyant l'obligation de mettre en œuvre des aménagements raisonnables, la CJUE a rappelé, dans un arrêt du 4 juillet 2013, « l'obligation pour tous les employeurs de mettre en place, en fonction des besoins dans des situations concrètes, des aménagements raisonnables pour toutes les personnes handicapées » (CJUE, *Commission contre Italie*, aff. C-212/11, 4 juill. 2013).

<sup>94</sup> UNAFAM, *Guide*, 27.

## B. La fructueuse incitation légale au dialogue social

A compter de la loi du 11 février 2005, le droit français est passé d'une possibilité à une obligation de négociation sur l'emploi de personnes reconnues « travailleurs handicapés » (1). Pareille prévision a suscité la conclusion de conventions ou accords collectifs visant explicitement le handicap d'origine psychique (2) et prévoyant, notamment, la mise en œuvre de formations et d'actions au sein des entreprises (3).

### 1. De la possibilité à l'obligation de négocier

La loi du 10 juillet 1987 avait prévu que les employeurs concernés par l'obligation légale d'emploi pouvaient s'en acquitter partiellement, notamment « en faisant application d'un accord de branche, d'un accord d'entreprise ou d'établissement qui prévoit la mise en œuvre d'un programme annuel ou pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés », accords comportant au moins deux des actions listées par la loi et agréés par les autorités publiques<sup>95</sup>.

Avec la loi du 11 février 2005, nous sommes passés d'une possibilité de négociation, s'avérant le plus souvent une opportunité peu coûteuse d'éviter l'emploi de personnes avec un handicap<sup>96</sup>, à une obligation de négocier. Depuis lors, les branches professionnelles doivent engager, tous les trois ans, des négociations sur les mesures favorisant l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés<sup>97</sup>. Pour les entreprises, cette obligation est annuelle<sup>98</sup>. Il n'y a bien évidemment aucune obligation de conclure un accord, mais cela constitue, *a minima*, une « voie de sensibilisation des partenaires sociaux »<sup>99</sup>. En cas d'accord d'entreprise, l'employeur est réputé satisfaire à

---

<sup>95</sup> Par exemple, l'art. L. 323-8-1 du Code du travail vise les types d'action suivants : plan d'embauche en milieu ordinaire, plan d'insertion et de formation, plan d'adaptation aux mutations technologiques, plan de maintien dans l'entreprise en cas de licenciement.

<sup>96</sup> Voir notamment AUVERGNON, *Obligation d'emploi*, 4.

<sup>97</sup> Art. L. 2241-5 du Code du travail.

<sup>98</sup> Art. L. 2242-13 du Code du travail.

<sup>99</sup> DÉLÉGATION GÉNÉRALE À L'EMPLOI ET À LA FORMATION PROFESSIONNELLE (DGEFP), 27.

son obligation d'emploi en mettant en place un programme pluriannuel dès lors que le niveau de financement de ce dernier est au moins équivalent à la contribution financière qu'il acquitterait à défaut<sup>100</sup>. A titre indicatif, « [e]n 2023, cinq accords de branche ont été agréés. [...] Concernant les entreprises et les groupes, près de 150 accords ont pris fin en 2022, et presque autant d'accords (147) ont été agréés en 2023, ce qui porte à environ 573 le nombre d'accords agréés en vigueur. Ces accords couvrent approximativement 6'000 entreprises »<sup>101</sup>.

## 2. La prise en compte conventionnelle du handicap d'origine psychique

Une étude portant sur des accords de grandes entreprises relatifs à l'obligation d'emploi a mis en exergue, par-delà la référence dans les préambules aux définitions du « handicap » et du « travailleur handicapé » données par la loi du 11 février 2005, l'existence, le plus souvent, de dispositions témoignant de la prise en compte potentielle de situations de « handicap psychique »<sup>102</sup>. Ceci transparaît singulièrement dans des dispositions conventionnelles rappelant un contexte « favorable » à la survenance de ce type de handicap (Accord Banque populaire), ou mettant en œuvre un dispositif de détection préventive (Accord Darty), ou prévoyant des modalités particulières de recrutement ou de maintien en emploi (Accord IKEA), des mesures de compensation ne visant pas que le « handicap physique ou sensoriel » (Accord Air France), des possibilités d'accompagnement personnalisé (Accord Accenture France) ou bien encore une sensibilisation et une formation à la diversité des formes de handicap (Accord Croix-Rouge française Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs [FEHAP])<sup>103</sup>.

La prise en compte du « handicap psychique » apparaît explicitement, dans les mêmes accords ou dans d'autres accords collectifs, lorsqu'est affirmé

---

<sup>100</sup> Cette possibilité d'option pour un plan triennal n'est renouvelable qu'une fois, considérant qu'au bout de six ans l'exécution des plans doit avoir conduit au respect *de facto* du critère de 6 % d'emploi (cf. art. L. 5212-8 du Code du travail).

<sup>101</sup> MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES.

<sup>102</sup> Voir AUVERGNON, *Accords collectifs*, 2.

<sup>103</sup> *Ibidem*.

« 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). Il peut être également prévu de lutter « à la source » en développant des actions de prévention des risques psychosociaux (Accord Croix-Rouge française FEHAP)<sup>104</sup>.

### **3. La prévision de formations et d’actions au sein des entreprises**

Très concrètement, il arrive qu’au titre de l’information et de la sensibilisation « qui permet[tent] 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 Société Nationale des Chemins de fer Français [SNCF])<sup>105</sup>. 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 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).

---

<sup>104</sup> *Ibidem*.

<sup>105</sup> L’acronyme CHSCT désigne le Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

De façon peut-être plus opérationnelle, l'accord peut préciser 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 Eurosystème). 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, ces accords peuvent affirmer la volonté des entreprises de « 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 » (Accord Banque de France Eurosystème)<sup>106</sup>.

---

<sup>106</sup> Il peut être intéressant d'observer que le même accord « Banque de France Eurosystème » 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 (p. 6, pt 2.2.5). Les partenaires sociaux sont donc ici clairement engagés sur deux types d'origine de situations de handicap qui ont été précisément distinguées par la loi du 11 février 2005. Le terme Clubhouse fait

Dans le même sens, il arrive que des accords collectifs prévoient « des actions de partenariat, notamment de recherche académique, en vue d'améliorer la connaissance et la détection du handicap psychique » (Accord Air France) ou encore des projets concernant « l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans le monde du travail » (Accord Thales).

## IV. En guise de conclusion

Après l'adoption de la loi du 11 février 2005, CLAIRE LE ROY-HATALA indiquait combien « le handicap psychique met en exergue, dans le monde du travail, la variabilité et la vulnérabilité de la nature humaine, la confusion entre la sphère professionnelle et la sphère privée, les difficultés à évaluer le handicap des personnes et leur employabilité »<sup>107</sup>. Elle soulignait le fait que « le handicap psychique pose une importante question économique. La mise à l'écart et l'isolement professionnel des salariés atteints de troubles psychiques génèrent des coûts directs et indirects considérables pour les entreprises et la société en général »<sup>108</sup>.

En vingt ans, la situation a indéniablement évolué. La loi du 11 février 2005 a, notamment, répondu au combat d'associations telle que l'UNAFAM pour faire exister une population particulière de personnes vivant avec un handicap en la désignant « *par un nom qui la distingue des autres handicaps* »<sup>109</sup>. On a pu craindre que cette distinction ait du mal à s'installer dans le champ du travail et de l'emploi, et qu'elle soit surtout contre-productive pour l'insertion professionnelle de la population que l'on entendait défendre. Ce risque ne s'est pas totalement réalisé.

Certes, dans le contexte d'une société marquée par un chômage important et des enjeux toujours plus pressants de productivité, il reste permis de se demander pourquoi un employeur, afin de respecter son obligation d'emploi

---

référence à Clubhouse France : <https://www.clubhousefrance.org/> (dernière consultation le 3 juillet 2025).

<sup>107</sup> LE ROY-HATALA, 26.

<sup>108</sup> *Ibidem*.

<sup>109</sup> UNAFAM, *Livre blanc*, 28.

de travailleurs handicapés, privilégierait l'embauche d'une personne avec un « handicap invisible et imprévisible » à celle d'une personne dont le handicap a pour origine une altération physique, sensorielle ou mentale, connue et stable. En ce sens, un risque de « sur-stigmatisation » continue de guetter les primo-demandeurs d'emploi et celles et ceux qui se sont éloignés du marché du travail en raison de troubles psychiques. Cependant, tel paraît être moins le cas aujourd'hui de celles et ceux qui, en cours d'emploi, voient survenir, du fait ou non de leurs conditions de travail, diverses atteintes à leurs fonctions psychiques.

L'inscription par la loi du 11 février 2005 de l'altération des fonctions psychiques comme source de handicap a indéniablement rencontré la confrontation des entreprises à l'augmentation, en leur sein, du nombre de personnes en situation de handicap, reconnu ou non, provoqué par une altération de leurs fonctions psychiques, souffrant singulièrement de dépression. Les vagues de suicides de personnel dans quelques grandes entreprises et la sensibilisation croissante aux risques psychosociaux ont « crédibilisé » en milieu professionnel, d'une certaine façon « naturalisé », le handicap d'origine psychique.

La vitalité du dialogue social sur le sujet témoigne du fait que les entreprises – tout au moins les grandes – sont de plus à plus attentives à la prise en charge des membres de leur personnel psychiquement usés, moins rentables ..., mais pas toujours licenciables ! De façon générale, les responsables d'entreprises, sensibles aux pénalités financières encourues, souhaitent fortement que des personnes qu'ils emploient, sollicitent une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. La démarche relève bien heureusement encore de la liberté de chacune et de chacun. Il serait éminemment souhaitable que pareille attention au handicap d'origine psychique de personnes en emploi, concerne également celles souhaitant accéder à un emploi. Pour ce faire, les dispositions de la loi du 11 février 2005 demeurent disponibles.

## Bibliographie

AGEFIPH, Emploi et chômage des personnes handicapées, Etudes et statistiques 2024.

AUVERGNON PHILIPPE, Approche juridique du handicap psychique : les enjeux d'une définition en droit social, Alter 4/6 (2012), 255 ss (cité : *Handicap psychique*).

AUVERGNON PHILIPPE, L'obligation d'emploi des handicapés, Droit social (1991), 596 ss (cité : *Obligation d'emploi*).

AUVERGNON PHILIPPE, Référence à la loi du 11 février 2005 et prise en compte du « Handicap psychique » par les accords collectifs relatifs à l'OETH, in : Laberon (édit), Inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique : leviers et freins psychosociaux et juridiques, Paris 2016, 99 ss (cité : *Accords collectifs*).

BARREYRE JEAN-YVES/PEINTRE CAROLE, 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, RFAS 1 (2009), 119 ss.

BLANC PAUL, Rapport d'information sur la politique de compensation du handicap fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat, Rapport n° 369, 2002, 121 ss.

BOUJEKA AUGUSTIN, La définition du handicap en droit communautaire, RDSS (2007), 75 ss.

CLÉRY-MELIN PHILIPPE/KOVESS-MASFÉTY VIVIANE/PASCAL JEAN-CHARLES, Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, RFAS 1 (2004), 2015 ss.

CNCDH, Les politiques publiques du handicap. Faire face à la persistance des stéréotypes, préjugés et discriminations, Paris 2023.

COLLET MARC, L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2023, Dares 67 (2024).

DE BERRANGER SOIZICK, Travail et handicap psychique, Empan 55 (2004), 111 ss.

DÉFENSEUR DES DROITS, Guide, Emploi des personnes en situation de handicap et aménagement raisonnable, 2017 (cité : *Guide aménagement raisonnable*).

DÉFENSEUR DES DROITS, Rapport, L'emploi des femmes en situation de handicap. Analyse exploratoire sur les discriminations multiples, 2016 (cité : *Femmes en situation de handicap*).

DESEYNE CHANTAL/RICHER MARIE-PIERRE/FÉRET CORINNE, Rapport d'information sur le bilan de l'application de la loi du 11 février 2005, Rapport d'information n° 306 (2025), 84 ss.

DGEFP, Les accords en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, Guide méthodologique, Paris 2024.

DREES, Le handicap en chiffres, 2024.

FIPHFP, Des dispositifs adaptés pour l'accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap psychique, 2025 (cité : *Dispositifs adaptés handicap psychique*).

JOLY LORÈNE, Handicap, in : Dalloz (édit), Répertoire de droit du travail, Paris 2023 (cité : *Handicap*).

JOLY LORÈNE, L'emploi des personnes handicapées ; entre discrimination et égalité, thèse Paris, Paris 2015 (cité : *Emploi des personnes handicapées*).

KARJALAINEN HÉLÉNA/DIVANACH CHARLOTTE, Pourquoi le handicap invisible reste-il « non visible » dans l'entreprise ?, RMA 144/6 (2024), 97 ss.

LABERON SONIA et al., Inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique : Leviers et freins psychosociaux et juridiques, Rapport de recherche IRESP-CNSA, 2016.

LAFLAMME ANNE-MARIE, Troubles mentaux et accommodement raisonnable au travail : les potentialités du droit québécois, Sante ment. Que. 2/42 (2017), 39 ss.

LAVIOLETTE SANDRINE, Violence dans le monde du travail en France. Tentative de diagnostic des cibles vulnérables, JIRS 1-2/8 (2016), 69 ss.

LEGROS BÉRANGÈRE/FANTONI SOPHIE, La juxtaposition des obligations en cas d'inaptitude et/ou de handicap, Droit soc. (2010), 978 ss.

LEROUGE LOÏC, Réflexion juridique sur la violence découlant de certaines méthodes de gestion, in : Auvergnon/Lavaud-Legendre (édit.), Violences et relations de travail. Approches de droit français, étrangers et international, Bordeaux 2022, 181 ss.

LE ROY-HATALA CLAIRE, Le maintien dans l'emploi des personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise, RFAS (2009), 317 ss.

UNAFAM, Guide des droits au travail des personnes vivant avec des troubles psychiques, 2024 (cité : *Guide*).

UNAFAM, Livre blanc des partenaires de la santé mentale, 2001 (cité : *Livre blanc*).

## Sitographie

CHEOPS, Handicap psychique et emploi (consultable à l'adresse url : [www.cheops-formation.org/formations/la-connaissance-du-handicap/handicap-psychique-et-emploi/handicap-psychique-et-emploi/](http://www.cheops-formation.org/formations/la-connaissance-du-handicap/handicap-psychique-et-emploi/handicap-psychique-et-emploi/), dernière consultation le 3 juillet 2025).

CROIX-ROUGE FRANÇAISE, Handicap psychique : comprendre et accompagner (consultable à l'adresse url : [www.croix-rouge.fr/formation-professionnelle/handicap-psychique-mieux-le-comprendre-pour-mieux-accompagner](http://www.croix-rouge.fr/formation-professionnelle/handicap-psychique-mieux-le-comprendre-pour-mieux-accompagner), dernière consultation le 3 juillet 2025).

FIPHFP, Prestations d'Appui Spécifiques (PAS) pour le handicap psychique (cité : *Prestations handicap psychique* ; consultable à l'adresse url : <https://handipacte-mde.fr/fiche-pps-handicap-psychique.php>, dernière consultation le 3 juillet 2025).

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES, Bilans de la négociation collective, mis à jour de 3 octobre 2024 (consultable à l'adresse url : <https://travail-emploi.gouv.fr/rapports-bilans-de-la-negociation-collective>, dernière consultation le 3 juillet 2025).

STATISTA (consultable à l'adresse url : <https://fr.statista.com/>, dernière consultation le 3 juillet 2025).

UNAFAM (cité : *Site* ; consultable à l'adresse url : <https://www.unafam.org>, dernière consultation le 3 juillet 2025).

UNAFAM, Handicap psychique (cité : *Handicap psychique* ; consultable à l'adresse url : <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>, dernière consultation le 3 juillet 2025).

UNEA, Les entreprises adaptées – la performance qui a du sens (consultable à l'adresse url : <https://www.unea.fr/les-entreprises-adaptees-la-performance-qui-du-sens>, dernière consultation le 3 juillet 2025).



# Cadre juridique de la réinsertion professionnelle

*Anne-Sylvie Dupont\**

## Table des matières

I.	Introduction	150
II.	Cadre constitutionnel et légal	151
	A. Règles constitutionnelles	152
	B. Droit fédéral	153
	1. Généralités	153
	2. Assurance-invalidité	154
	a. Mesures précoces	155
	b. Réadaptation proprement dite	156
	c. Réadaptation des bénéficiaires de rentes	159
	3. Assurance-chômage	160
	a. Généralités	160
	b. Aménagements spécifiques pour les personnes atteintes dans leur santé	161
	i. Aptitude au placement	161
	ii. Situation des personnes libérées de la période de cotisation	163
	iii. Allocation d'initiation au travail	164
	iv. Nombre maximal d'indemnités journalières	165
	4. Collaboration interinstitutionnelle	166
	C. Droit cantonal	169
	1. Aide sociale	169
	2. Autres mesures dans les cantons romands	171

---

\* Professeure aux Facultés de droit de Genève et Neuchâtel. L'auteure remercie Mme Alissa Semenova, MLaw, assistante-doctorante à la Faculté de droit de Genève, pour son soutien à la rédaction de cette contribution. Elle remercie également Mme Paola Stanic, doctorante à la Faculté de droit de Neuchâtel, et M. Marco Meli, Dr iur., pour les échanges éclairants.

III.	Mise en œuvre des mesures individuelles	173
A.	Dans l'assurance-invalidité	173
B.	Dans l'assurance-chômage	175
C.	Dans l'aide sociale	177
IV.	Droit ou obligation ?	178
A.	La réinsertion en tant qu'obligation	178
1.	Dans les assurances sociales	178
2.	Dans l'aide sociale	180
B.	La réinsertion en tant que droit	181
1.	Dans les assurances sociales	181
2.	Dans l'aide sociale	184
V.	Evaluation et conclusion	185
	Bibliographie	189

## I. Introduction

Aborder le sujet de l'insertion professionnelle sous l'angle du cadre juridique dans lequel elle se déploie relève de la gageure. En effet, l'insertion professionnelle relève notoirement de la compétence de multiples acteurs, et tire son financement de plusieurs sources. Le fédéralisme ajoutant encore à la complexité, prétendre dresser ici un tableau exhaustif serait prétentieux. *Notre objectif* est ainsi davantage de mettre en lumière le cadre général dans lequel les actrices et les acteurs de l'insertion professionnelle se meuvent, les possibilités qu'il ouvre et les limites qu'il impose, du point de vue notamment de la personne concernée.

Avant cela, nous souhaitons apporter *quelques précisions terminologiques*. Nous parlerons, dans cette contribution, d'*insertion professionnelle* ou de *réinsertion professionnelle* pour évoquer les situations de personnes qui, en raison d'atteintes dans leur santé, ont des difficultés à s'insérer ou à se réinsérer sur le marché primaire du travail. Dans la mesure où l'ouvrage dans lequel cet article a vocation à figurer est spécifiquement dédié aux difficultés professionnelles en lien avec le handicap psychique, nous ne traiterons pas, en

tant que telles, des questions d'*insertion ou de réinsertion sociale*, même si, en pratique, celle-ci précède souvent obligatoirement le volet professionnel, de sorte que nous évoquerons ces problématiques par endroit, dans la mesure nécessaire<sup>1</sup>. Nous ne parlerons en revanche pas ici d'*intégration professionnelle*, terme davantage utilisé pour désigner le processus collectif d'intégration sur le marché du travail d'un groupe de personnes présentant des caractéristiques communes ; en Suisse, on emploie habituellement ce terme dans le contexte spécifique de la migration ou du handicap<sup>2</sup>. Nous parlerons finalement de *réadaptation* dans le contexte spécifique de l'assurance-invalidité (AI), pour désigner les mesures prévues par cette dernière afin de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

Après avoir rappelé le cadre constitutionnel et légal de l'insertion professionnelle (II), nous verrons comment sont mises en œuvre les mesures d'insertion (III) et mettrons finalement l'accent sur les obligations et les devoirs des personnes assurées (IV). Nous proposerons, en conclusion de cet article, une brève évaluation de ce cadre légal (V).

## II. Cadre constitutionnel et légal

Pour ce qui est du cadre constitutionnel et légal de l'insertion professionnelle, la Constitution helvétique donne quelques indications (A) qui sont ensuite concrétisées au niveau législatif (B).

---

<sup>1</sup> Sur la différence entre insertion sociale, insertion socio-professionnelle et insertion professionnelle, cf. QUERCIA FRANCESCA, Insérer aujourd'hui : enjeux et points de tension, REISO, 13 mars 2025 (<https://www.reiso.org/document/13872>) ; BOCHSLER YANN/KOCH MARTINA/KEHRLI CHRISTIN, Intégration et insertion (sociale et professionnelle), in : Bonvin/Hugentobler/Knöpfel et al. (dir.), Dictionnaire de politique sociale suisse, Zurich 2020 (DOI : <https://doi.org/10.33058/seismo.20729.0102>).

<sup>2</sup> Sur ce deuxième point, cf. CR Cst.-DUPONT, art. 112b N 12 s. Pour davantage de détails sur cette terminologie, cf. DUNAND CHRISTOPHE/DUPASQUIER ANNE-LISE, Travailler pour s'insérer, Genève 2006, 19 ss, N 1 ss.

Pour conserver à cette contribution une ampleur raisonnable, nous renonçons à traiter des règles que peuvent contenir les différents statuts de la fonction publique (fédérale, cantonale et communale), imposant de véritables obligations aux employeurs en matière d'insertion et de réinsertion professionnelles.

## A. Règles constitutionnelles

En l'état actuel du droit, *la Constitution suisse ne reconnaît pas de droit au travail* au sens de l'art. 6 Pacte ONU I<sup>3</sup>. En revanche, l'accès à un emploi et l'exercice de celui-ci dans des conditions équitables font partie des buts sociaux de la Confédération suisse<sup>4</sup>. En outre, si l'éducation des enfants et des jeunes fait l'objet d'une attention particulière, ces objectifs visent également l'accès de toute personne en âge de travailler à une formation correspondant à son aptitude individuelle<sup>5</sup>.

Pour des raisons principalement historiques, les buts de la Confédération en matière de politique sociale sont *inscrits et concrétisés dans le cadre de la législation en matière d'assurances sociales*. Une première impulsion est donnée par l'art. 41 al. 2 Cst., qui consacre l'engagement de la Confédération et des cantons en faveur d'une couverture d'assurance contre les principaux risques sociaux, dont le chômage et l'invalidité. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre les cantons et la Confédération (RPT) au 1<sup>er</sup> août 2008, l'art. 112b Cst. est formulé de manière que la Confédération est seule compétente pour légiférer en matière de mesures individuelles destinées à la réadaptation professionnelle des personnes avec un handicap, les cantons demeurant pour leur part chargés des mesures collectives, comme la création et l'exploitation d'institutions ayant pour but de leur procurer un travail<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> A propos du rôle de la loi sur l'égalité pour les personnes handicapées (LHand ; RS 151.3) et de sa révision en cours, qui pourrait marquer une évolution importante dans ce contexte, cf. la contribution de KARINE LEMPEN dans cet ouvrage.

<sup>4</sup> Cf. art. 41 de la Constitution fédérale de la Confédération helvétique du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101).

<sup>5</sup> Art. 41 al. 1 let. f Cst.

<sup>6</sup> Cf. art. 112b al. 2 Cst. Cf. CR Cst.-DUPONT, art. 112b N 14 ss.

Retenons finalement, pour dresser un panorama complet, que l'*assistance des personnes dans le besoin* demeure du ressort exclusif des cantons<sup>7</sup>.

## B. Droit fédéral

### 1. Généralités

Faute pour la Constitution d'envisager l'insertion professionnelle en-dehors de l'objectif de sécurité sociale évoqué ci-dessus, il n'existe pas de texte législatif spécifiquement dédié à cette question. Les mesures individuelles évoquées au chapitre précédent sont prévues dans la législation en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-chômage. Si cela peut sembler étrange à quiconque n'est pas familier de la conception helvétique de la protection sociale, c'est en revanche tout à fait naturel lorsque l'on rappelle que cette dernière s'inscrit dans une *logique de pensée fondamentalement libérale*<sup>8</sup>. Dans cet esprit, donner aux personnes assurées les outils nécessaires pour « s'aider elles-mêmes » avant d'envisager le versement d'aides financières est une évidence.

Dans cette même logique de responsabilité individuelle, qui a pour nécessaire corollaire la subsidiarité de l'intervention de l'Etat<sup>9</sup>, ce dernier a conçu plusieurs branches de l'assurance sociale *de manière qu'elles servent tout autant – si ce n'est pas davantage – la prévention du risque assuré* que la compensation de la perte de revenu découlant de la réalisation de ce risque. L'assurance-accidents, notoirement, n'a pas seulement pour vocation d'indemniser les travailleuses et les travailleurs victimes d'accidents ou de maladies professionnelles, mais impose aux employeurs de nombreuses mesures de prévention dont le contrôle incombe pour partie aux organes de l'assurance, activité financée par des suppléments de prime<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Art. 115 Cst.

<sup>8</sup> Cf. art. 6 Cst. : « Toute personne est responsable d'elle-même [...] ».

<sup>9</sup> Cf. art. 5a Cst.

<sup>10</sup> Cf. art. 87 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20).

L’assurance-invalidité (2) et l’assurance-chômage (3) sont organisées selon la même logique. Leurs mesures de prévention pouvant, selon les situations, se recouper, le droit fédéral encourage la collaboration interinstitutionnelle (4), avec les organes de l’aide sociale également (cf. *infra* C.1).

## 2. Assurance-invalidité

Les prestations de la loi sur l’assurance-invalidité<sup>11</sup> poursuivent des objectifs de trois ordres : prévenir, réduire ou éliminer l’invalidité grâce à des mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates ; compenser les effets économiques permanents de l’invalidité en couvrant les besoins vitaux dans une mesure appropriée ; aider les personnes assurées concernées à mener une vie autonome et responsable<sup>12</sup>. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, date de l’entrée en vigueur de la cinquième révision de l’assurance-invalidité, l’objectif de prévention a clairement pris le pas sur le volet compensatoire (« la réadaptation prime la rente »).

Si l’on garde à l’esprit qu’en droit suisse des assurances sociales, l’invalidité est une notion prioritairement économique et qu’elle est fonction de l’incapacité de la personne assurée, en raison d’une atteinte à la santé, d’exercer une activité lucrative<sup>13</sup>, la prévention de l’invalidité se comprend comme le maintien ou le rétablissement de sa capacité économique. En d’autres termes, l’objectif premier de l’assurance-invalidité est de permettre le maintien des personnes atteintes dans leur santé sur le marché primaire du travail, subsidiairement dans une activité protégée.

L’intervention de l’assurance-invalidité, dans ce contexte, peut se décomposer en trois moments<sup>14</sup> : les mesures précoce (a), la réadaptation de personnes dont le dossier est en cours d’instruction (b) et la réadaptation des rentières et

---

<sup>11</sup> Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l’assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

<sup>12</sup> Cf. art. 1a LAI.

<sup>13</sup> Cf. art. 7 et 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1).

<sup>14</sup> Pour une explication schématique et des statistiques, cf. Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Mesures de réadaptation professionnelle de l’assurance-invalidité : aperçu des activités de réadaptation menées en 2024, Fiche d’information du 2 juillet 2025.

des rentiers (c). Tout au long du processus, la personne assurée peut bénéficier de prestations de conseil et de suivi<sup>15</sup> ; ces prestations ont été renforcées depuis l'entrée en vigueur du Développement continu de l'assurance-invalidité<sup>16</sup>.

### a. Mesures précoce

La *détection précoce*, qui repose sur l'idée que l'identification la plus rapide possible des personnes menacées d'invalidité, permet, moyennant une réaction appropriée, d'éviter la chronicisation de l'atteinte à la santé et, partant, l'invalidité<sup>17</sup>. Depuis l'entrée en vigueur du Développement continu de l'AI, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, il est possible pour les personnes énumérées dans la loi (à côté de la personne assurée, les membres de sa famille ou l'employeur, par exemple)<sup>18</sup> de communiquer à l'office AI le cas d'une personne en incapacité de travail ou menacée de l'être. Il en va notamment ainsi des travailleuses et des travailleurs qui ont des absences répétées, même de courte durée, qui accusent une baisse de performance, ou dont le comportement change<sup>19</sup>. Cette adaptation de la détection précoce<sup>20</sup> avait pour objectif spécifique de mieux prendre en compte la situation des personnes atteintes dans leur santé psychique, chez lesquelles « la maladie suit [...] un processus insidieux, qui s'amorce bien avant que survienne l'incapacité de travail »<sup>21</sup>. Le but premier de la détection précoce est d'examiner si des mesures d'intervention précoce sont indiquées, ou s'il convient d'orienter la personne assurée vers d'autres prestations. L'annonce du cas à l'office AI ne requiert pas le consentement de la personne assurée, qui doit toutefois être informée au préalable<sup>22</sup>.

Les mesures d'*intervention précoce* ont pour but de maintenir en emploi les travailleuses et les travailleurs atteints dans leur santé, soit à leur poste de

<sup>15</sup> Cf. art. 7d al. 2 let. g et 14<sup>quater</sup> al. 1 LAI.

<sup>16</sup> Cf. Conseil fédéral, Message du 15 février 2017 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), FF 2017 2363 ss, 2414 ss.

<sup>17</sup> Cf. Message Développement continu de l'AI (note 16), 2419.

<sup>18</sup> Cf. art. 3b al. 2 LAI.

<sup>19</sup> Cf. Message Développement continu de l'AI (note 16), 2420.

<sup>20</sup> Avant l'entrée en vigueur de la révision, il fallait que l'incapacité de travail ait duré 30 jours pour qu'une annonce à l'assurance-invalidité puisse être faite.

<sup>21</sup> Cf. Message Développement continu de l'AI (note 16), 2419.

<sup>22</sup> Cf. art. 3b al. 3 LAI.

travail habituel, soit à un nouveau poste de travail, au sein de la même entreprise ou chez un autre employeur<sup>23</sup>. Il s'agit de mesures simples, peu coûteuses et pouvant être mises en œuvre rapidement, telles que l'adaptation ergonomique du poste de travail ou encore des cours de formation<sup>24</sup>. La personne assurée n'a pas de droit subjectif à obtenir l'une de ces mesures<sup>25</sup>.

### **b. Réadaptation proprement dite**

Les personnes atteintes dans leur santé de manière à entraver leur capacité économique ont, si elles remplissent les conditions indiquées, droit aux mesures de réadaptation prévues aux art. 8 ss LAI. Au-delà des *mesures médicales de réadaptation*, réservées aux personnes âgées de moins de 20 ans<sup>26</sup>, il se peut que la réadaptation doive être précédée de mesures préparatoires, désignées par la loi par les termes de *mesures de réinsertion*<sup>27</sup>. Il s'agit de mesures socioprofessionnelles ou de mesures d'occupation<sup>28</sup>, qui peuvent être mises en œuvre au sein d'une entreprise, moyennant compensation financière en faveur de l'employeur<sup>29</sup>, ou dans une autre structure, par exemple dans un atelier protégé<sup>30</sup>. L'objectif de ces mesures est

---

<sup>23</sup> Cf. art. 7d al. 1 LAI.

<sup>24</sup> Cf. art. 7d al. 2 LAI. Le montant des mesures ne peut pas dépasser, par personne assurée, un montant de CHF 20'000 (cf. art. 1<sup>octies</sup> du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]). Pour des explications détaillées, cf. PÄRLI/PETRIK, N 714 ss. Dans la fonction publique, ces mesures sont similaires aux « aménagements raisonnables » exigés en vertu de la LHand et de son ordonnance d'application (sur cette notion, cf. la contribution de KARINE LEMPEN dans cet ouvrage), ou des statuts cantonaux, et peuvent se recouper avec eux.

<sup>25</sup> Cf. art. 7d al. 3 LAI.

<sup>26</sup> Cf. art. 12 LAI. Les mesures en cours lorsque la personne assurée atteint l'âge de 20 ans peuvent, à certaines conditions, être prolongées jusqu'à l'âge de 25 ans au plus (al. 2).

<sup>27</sup> Cf. art. 14a LAI.

<sup>28</sup> Cf. art. 14a al. 2 LAI. Sont des *mesures socioprofessionnelles* les mesures d'accoutumance au processus de travail, de stimulation de la motivation au travail, de stabilisation de la personnalité, de socialisation de base et de développement de la capacité de travail ; sont des *mesures d'occupation* les mesures destinées à maintenir une structure régulière de la journée et la capacité de travail jusqu'à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel ou jusqu'au début de rapports de travail sur le marché primaire de l'emploi (art. 4<sup>quinquies</sup> al. 1 et 2 RAI).

<sup>29</sup> Cf. art. 14a al. 5 LAI. La contribution s'élève à CHF 100 par jour (art. 4<sup>octies</sup> al. 1 RAI).

<sup>30</sup> Cf. art. 14a al. 5 LAI.

de maximiser les chances de succès des mesures de réadaptation proprement dites, en mettant la personne assurée dans la meilleure condition possible.

Entre ensuite en ligne de compte l'ensemble des *mesures d'ordre professionnel*, dont le choix dépendra de la situation de la personne assurée. Ces mesures ont été renforcées une première fois en 2011, lors de l'entrée en vigueur de la sixième révision de l'AI (cf. *infra* c), puis en 2022, lors de l'entrée en vigueur du Développement continu de l'AI. Les mesures d'ordre professionnel sont désormais les suivantes :

- l'*orientation professionnelle* est destinée aux personnes pour lesquelles le choix d'une profession ou l'exercice de l'activité antérieure est difficile<sup>31</sup> ;
- la *formation professionnelle initiale* est destinée aux personnes qui n'ont pas encore eu d'activité lucrative, et auxquelles la formation professionnelle initiale occasionne des frais beaucoup plus élevés qu'à une personne valide. Elles ont alors droit au remboursement des frais supplémentaires<sup>32</sup>. Il faut toutefois que la formation réponde à leurs aptitudes<sup>33</sup>. Le cas échéant, des indemnités journalières peuvent être versées à l'entreprise formatrice<sup>34</sup> ;
- le *reclassement* est la mesure destinée aux personnes qui, en raison de l'atteinte à la santé, ne peuvent plus exercer leur activité professionnelle habituelle, mais conservent une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à leurs limitations fonctionnelles<sup>35</sup>. La jurisprudence a précisé les conditions auxquelles cette prestation pouvait être octroyée, indiquant qu'en principe, l'incapacité de gain devait être de 20 % au moins dans toute activité raisonnablement exigible pouvant être exercée sans formation complémentaire<sup>36</sup>. Il faut en outre, naturellement, que la personne assurée

---

<sup>31</sup> Art. 15 LAI.

<sup>32</sup> A condition qu'ils s'élèvent au moins à CHF 400 par année (cf. CMRPr, N 1314). Il peut s'agir, par exemple, de frais pour une année supplémentaire de formation, ou pour le recours à un interprète en langue des signes.

<sup>33</sup> Art. 16 al. 1 LAI.

<sup>34</sup> Pour plus de détails à ce sujet, cf. HUMMER/DUTOIT, 6 ss.

<sup>35</sup> Art. 17 LAI.

<sup>36</sup> ATF 139 V 399, c. 5.3. Pour des exceptions, cf. les exemples mentionnés par VALTERIO, art. 17 N 10 s.

- soit apte à la réadaptation, ce qui suppose un pronostic favorable s'agissant de l'issue de la mesure<sup>37</sup> ;
- le *placement* permet de bénéficier d'un soutien pour rechercher ou conserver un emploi approprié<sup>38</sup>. Le *placement à l'essai* a pour but de vérifier que la personne assurée possède les capacités nécessaires pour intégrer le marché de l'emploi. Durant 180 jours au maximum, la personne assurée est placée auprès d'un employeur, sans toutefois qu'un contrat de travail ne soit noué entre eux, même si certaines dispositions du Code des obligations s'appliquent par analogie<sup>39</sup> ;
  - la *location de services* est la plus récente des mesures d'ordre professionnel. Elle a été introduite dans la loi par le Développement continu de l'assurance-invalidité, après qu'un projet-pilote a été mené pendant deux ans dans le but de tester l'utilité de cette mesure. Le but du législateur était de combler une lacune en mettant en place une mesure permettant à la personne assurée d'exercer une activité rémunérée sur le marché primaire du travail, sans que l'employeur ne doive prendre le risque financier qu'entraîne un engagement fixe<sup>40</sup>. Le double objectif de cette prestation est de permettre à la personne assurée d'améliorer son expérience sur le marché du travail et, partant, ses chances de placement, tout en espérant aboutir, à terme, à un engagement fixe dans l'entreprise<sup>41</sup> ;
  - l'*allocation d'initiation au travail*<sup>42</sup> et l'*indemnité en cas d'augmentation des cotisations*<sup>43</sup> sont deux prestations destinées au premier chef à l'employeur qui prend le risque d'engager une personne atteinte dans sa santé. La première permet de compenser une productivité diminuée sur les six premiers mois des rapports de travail, alors que la seconde a pour but de compenser des éventuelles augmentations de primes aux assurances sociales et privées en raison d'un nouvel épisode d'arrêt de travail.

---

<sup>37</sup> ATF 132 V 215, c. 3.2.2.

<sup>38</sup> Art. 18 LAI.

<sup>39</sup> Art. 18a LAI.

<sup>40</sup> Cf. Message Développement continu de l'AI (note 16), 2422.

<sup>41</sup> Cf. Message Développement continu de l'AI (note 16), 2423. Pour plus de détails sur cette nouvelle prestation, cf. HUMMER/DUTOIT, 8 s.

<sup>42</sup> Art. 18b LAI.

<sup>43</sup> Art. 18c LAI.

A certaines conditions, ces mesures de réadaptation peuvent donner lieu à une compensation de la perte de revenu sous forme d'indemnités journalières<sup>44</sup>, éventuellement précédées d'indemnités d'attente<sup>45</sup>.

### c. Réadaptation des bénéficiaires de rentes

Les mesures de réadaptation sont aussi destinées aux personnes qui, à un moment donné, se sont vu reconnaître le droit à une rente en raison d'une incapacité de gain durable, mais dont la situation a évolué de manière que ces personnes présentent désormais un *potentiel de réadaptation*. Amorcée lors de la cinquième révision de l'assurance-invalidité, la réadaptation des rentières et des rentiers a été renforcée au 1<sup>er</sup> janvier 2012, avec l'entrée en vigueur de la sixième révision. Il s'agissait, pour le législateur, de donner suite à un rapport établi en 2006 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à propos des politiques d'invalidité en Suisse notamment, qui soulignait l'importance d'accroître « les taux des sorties des régimes d'invalidité vers l'emploi rémunéré »<sup>46</sup>. Il faut en effet bien constater qu'en Suisse, jusque-là, la réadaptation de rentières et de rentiers, bien que théoriquement possible, demeurait très rare en pratique<sup>47</sup>.

Si le renforcement de la réadaptation visait l'ensemble des personnes assurées, le législateur ciblait *avant tout les personnes atteintes dans leur santé psychique*<sup>48</sup>. Ainsi, les premiers signes permettant de s'interroger sur une possible réadaptation sont, notamment, la stabilisation de l'état de santé de la personne assurée, une accoutumance et une adaptation à l'état de santé, ou encore une reprise effective d'activité professionnelle<sup>49</sup>. Contrairement à une révision ordinaire du droit à la rente d'invalidité<sup>50</sup>, l'amélioration de l'état de santé n'est pas une condition indispensable. Au contraire, une telle situation

---

<sup>44</sup> Art. 22 LAI.

<sup>45</sup> Art. 18 RAI.

<sup>46</sup> OCDE, Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Norvège, Pologne et Suisse, Paris 2006 (DOI : <https://doi.org/10.1787/9789264026346-fr>), 43.

<sup>47</sup> Cf. Conseil fédéral, Message relatif à la modification de la loi sur l'assurance-invalidité (6<sup>e</sup> révision, 1<sup>er</sup> volet), FF 2010 1647 ss, 1171.

<sup>48</sup> Cf. Message 6<sup>e</sup> révision de l'AI (note 47), 1169 s.

<sup>49</sup> Cf. Message 6<sup>e</sup> révision de l'AI (note 47), 1172.

<sup>50</sup> Cf. art. 17 LAI.

conduit en principe à une révision de la rente en application de l'art. 17 LPGA, qui ferme le droit aux mesures de nouvelle réadaptation<sup>51</sup>, expression désormais consacrée pour désigner la réadaptation de personne bénéficiant de rentes AI.

Si toutes les mesures de réadaptation décrites au chapitre précédent sont susceptibles d'être mobilisées dans le cadre de la nouvelle réadaptation, *certaines ont été spécialement aménagées*. Il en va notamment ainsi des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, dont la durée n'est pas limitée<sup>52</sup>.

En cas de suppression de la rente à la suite de mesures de nouvelle réadaptation, la personne assurée et son employeur continuent de bénéficier de *prestations de conseils et de suivi* pendant trois ans à compter de la décision de l'office AI<sup>53</sup>.

### **3. Assurance-chômage**

#### **a. Généralités**

Les prestations de l'assurance-chômage se déclinent en *deux volets*, qui correspondent aux deux objectifs que la loi assigne à cette assurance, à savoir la compensation du manque à gagner lié à la perte d'emploi, et la prévention du chômage<sup>54</sup>. Les prestations s'inscrivant dans ce second volet sont les services de conseil et de placement, les mesures relatives au marché du travail (MMT) en faveur des personnes assurées, ainsi que d'autres mesures régies par la loi<sup>55</sup>. Ces prestations doivent être mises en œuvre par les cantons, l'assurance-chômage contribuant à leur financement.

---

<sup>51</sup> VALTERIO, art. 8a N 3.

<sup>52</sup> Cf. art. 8<sup>ter</sup> al. 3 LAI. Elle est en principe limitée à un an dans les autres cas (cf. art. 14a al. 3 LAI).

<sup>53</sup> Art. 14<sup>quater</sup> al. 3 LAI.

<sup>54</sup> Cf. art. 1a de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI ; RS 837.0).

<sup>55</sup> Cf. art. 7 al. 1 LACI. Pour un détail de ces prestations et des explications concises à leur sujet, cf. RUBIN, *Manuel*, 249 ss.

En soi, les prestations de l'assurance-chômage, qu'il s'agisse des prestations financières (indemnités de chômage) ou des mesures individuelles de lutte contre le chômage, *n'ont pas pour vocation de protéger spécifiquement les personnes atteintes dans leur santé*. Au contraire, le but de l'assurance-chômage est de fournir un soutien en cas de difficultés inhérentes au marché de l'emploi, et non en lien avec la situation particulière de certaines travailleuses ou de certains travailleurs. Néanmoins, la loi fédérale tient compte, à certains endroits, des difficultés entraînées par les situations individuelles particulières, dans l'idée que le marché du travail n'est pas accessible pour toutes et tous de la même manière, notamment en raison de l'âge ou d'atteintes à la santé. Cela permet notamment de coordonner l'intervention de l'assurance-chômage avec celle de l'assurance-invalidité, la collaboration entre les deux assureurs étant expressément exigée par la loi dans le cas des chômeuses et chômeurs invalides<sup>56</sup>.

### **b. Aménagements spécifiques pour les personnes atteintes dans leur santé**

#### *i. Aptitude au placement*

L'octroi tant d'indemnités de chômage que de mesures individuelles de lutte contre le chômage, singulièrement de mesures relatives au marché du travail (MMT), suppose avant toute chose que la personne assurée soit apte au placement, au sens de l'art. 15 LACI<sup>57</sup>. Cette condition implique la *capacité de fournir un travail, y compris sur un plan médical* ; la personne assurée doit ainsi être en mesure d'« assumer sur la durée les contraintes habituelles »<sup>58</sup>, en termes de rendement notamment.

Lorsqu'une personne assurée voit sa capacité de travail<sup>59</sup> durablement entravée en raison d'une atteinte à la santé, *la condition de l'aptitude au*

---

<sup>56</sup> Cf. art. 59 al. 4 LACI.

<sup>57</sup> De manière générale, le droit à la plupart des MMT suppose que les conditions du droit à l'indemnité de chômage (art. 8 LACI) soient remplies (cf. art. 59 al. 3 let. a LACI).

<sup>58</sup> RUBIN, *Manuel*, 78.

<sup>59</sup> La notion de handicap utilisée à l'art. 15 al. 2 LACI doit être comprise de manière plus large que la notion d'invalidité au sens des art. 7 et 8 LPGA (cf. KIESER, 232 s.).

*placement est relativisée*<sup>60</sup>. Si l'incapacité de travail dure depuis au moins une année et s'il n'est pas possible de mettre à profit la capacité de travail résiduelle dans une autre activité, l'aptitude au placement doit être examinée en se référant à « un marché du travail très théorique qui offrirait suffisamment d'emplois pour les personnes invalides qui en recherchent un »<sup>61</sup>. En d'autres termes, l'employabilité de la personne concernée signifie qu'il doit exister, sur le marché du travail, des emplois tenant compte de son handicap et que seuls ces emplois entrent en ligne de compte<sup>62</sup>.

Lorsque la personne assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité<sup>63</sup>, elle est, dans l'attente d'une décision sur son invalidité, *réputée apte au placement, à moins que l'inaptitude ne soit manifeste*. Le Tribunal fédéral a par exemple admis que l'inaptitude était manifeste lorsque la personne assurée affirme elle-même être en incapacité totale de travailler, même si c'est à tort<sup>64</sup>, ou encore lorsque les médecins attestent dans la durée d'une incapacité de travail supérieure à 80 %<sup>65</sup>. Si la personne assurée perçoit des prestations financières de l'assurance-chômage et que l'assurance-invalidité reconnaît finalement son invalidité pour la même période, le droit fédéral prévoit le remboursement de la première par la seconde<sup>66</sup>.

La *volonté de travailler*, en revanche, doit être intacte, et les exigences ne sont pas abaissées à cet égard. La chômeuse ou le chômeur invalide doit donc, comme toute autre personne, démontrer cette volonté par des recherches d'emploi en quantité et en qualité suffisantes et se montrer suffisamment disponible, tant à l'égard des autorités de l'assurance-chômage que de potentiels employeurs<sup>67</sup>.

---

<sup>60</sup> Art. 15 al. 2 LACI. Cf. ATF 126 V 124.

<sup>61</sup> RUBIN, *Manuel*, 80.

<sup>62</sup> Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), Directive LACI IC, B 249.

<sup>63</sup> Ou auprès d'une autre assurance sociale prévoyant des prestations en cas d'invalidité (cf. art. 15 al. 2 de l'ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité [OACI ; RS 837.02]).

<sup>64</sup> TF 8C\_242/2019 du 5 mars 2020.

<sup>65</sup> TF 9C\_490/2010 du 22 mars 2011.

<sup>66</sup> Art. 70 et 71 LPGA.

<sup>67</sup> A propos de l'obligation de rechercher un travail adapté à l'état de santé, cf. RUBIN, *Manuel*, 79.

*ii. Situation des personnes libérées de la période de cotisation*

L'accès aux prestations de l'assurance-chômage suppose ensuite que la personne qui les sollicite remplisse les conditions relatives à la période de cotisation, soit, en principe, totalise douze mois de cotisations dans un délai-cadre de deux ans précédent l'annonce à l'assurance-chômage<sup>68</sup>. A certaines conditions, *les prestations peuvent être octroyées à une personne qui n'a pas, ou pas suffisamment, cotisé*. Il en va notamment ainsi des personnes qui, pendant le délai-cadre de cotisation<sup>69</sup>, n'ont pas pu cotiser pendant plus de douze mois au total en raison d'une maladie<sup>70</sup>. Il est cependant nécessaire que l'incapacité de travail ait été totale et ait en conséquence empêché la personne assurée d'être partie à un rapport de travail. Si l'incapacité est partielle, ou s'il existe une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, le lien de causalité entre la maladie et l'absence de cotisation doit être nié, et la personne assurée ne pourra pas bénéficier de l'exception de l'art. 14 al. 1 LACI<sup>71</sup>.

Si la libération de la période de cotisation permet à la personne assurée d'accéder aux prestations, celles-ci sont *de courte durée*. Le droit aux indemnités journalières et, par conséquent, aux MMT, est limité à 90 jours<sup>72</sup>, soit environ quatre mois<sup>73</sup>. Certaines prestations ne lui sont par ailleurs pas accessibles, à l'instar de la contribution aux frais de déplacement quotidien et de séjour hebdomadaire<sup>74</sup>. En pratique, cela permet toutefois à la personne assurée de bénéficier de mesures simples, comme une aide à la constitution d'un dossier de postulation, ou encore des cours de (re)mise à niveau.

---

<sup>68</sup> Cf. art. 12 al. 1 LACI.

<sup>69</sup> Sur cette notion, cf. art. 9 al. 3 LACI.

<sup>70</sup> Cf. art. 14 al. 1 let. b LACI. Ces personnes doivent avoir été domiciliées en Suisse durant la période de maladie.

<sup>71</sup> TF 8C\_232/2021 du 8 juin 2021, c. 4 ; TF 8C\_327/2019 du 5 mai 2020 ; TFA C 284/03 du 14 septembre 2004, c. 2.2. Pour une exception : ATF 141 V 625.

<sup>72</sup> Cf. art. 27 al. 4 LACI.

<sup>73</sup> Un mois de l'assurance-chômage correspond à 21,7 jours, soit la moyenne de jours ouvrés par mois civil (cf. art. 40a OACI).

<sup>74</sup> Cf. art. 68 al. 1 let. b LACI.

*iii. Allocation d'initiation au travail*

De manière générale, les MMT se divisent en trois catégories principales : les mesures de formation, les mesures d'emploi et les mesures spécifiques<sup>75</sup>. Comme indiqué ci-dessus<sup>76</sup>, ces mesures sont en principe destinées à toutes les personnes assurées ; il faut toutefois que *leur placement soit concrètement difficile* compte tenu de la situation sur le marché du travail, par exemple en raison de l'obsolescence des connaissances professionnelles<sup>77</sup>.

Par exception, l'allocation d'initiation au travail est une *prestation réservée aux personnes assurées dont le placement est réputé particulièrement difficile*<sup>78</sup>. En font notamment partie les personnes porteuses d'un handicap physique, psychique ou mental<sup>79</sup>. La notion de handicap doit ici être comprise dans un sens large ; en particulier, une invalidité au sens des art. 7 et 8 LPGA n'est pas exigée<sup>80</sup>.

L'allocation d'initiation au travail est un *complément de salaire* versé par le biais de l'employeur à la travailleuse ou au travailleur qui reçoit un salaire réduit pendant une période d'initiation professionnelle au sein d'une entreprise<sup>81</sup>. Il faut pour cela, cumulativement, que le salaire réduit corresponde au travail fourni, et qu'au terme de l'initiation, la travailleuse ou le travailleur puisse compter sur un engagement aux conditions usuelles dans la branche et la région, compte tenu, le cas échéant, d'une capacité de travail durablement restreinte. En principe, le contrat de travail conclu avec l'entreprise doit être de durée indéterminée<sup>82</sup>, l'employeur étant soumis à diverses obligations, notamment en termes de charges sociales et de restitution en cas de licenciement<sup>83</sup>.

---

<sup>75</sup> Cf. RUBIN, *Manuel*, 249.

<sup>76</sup> Cf. *supra* B.3.a.

<sup>77</sup> Cf. RUBIN, *Manuel*, 251.

<sup>78</sup> Cf. art. 65 LACI.

<sup>79</sup> Cf. art. 90 al. 1 OACI.

<sup>80</sup> Cf. RUBIN, *Manuel*, 269.

<sup>81</sup> Art. 65 LACI.

<sup>82</sup> Cf. RUBIN, *Manuel*, 270.

<sup>83</sup> Cf. RUBIN, *Manuel*, 270 s.

L’allocation d’initiation au travail est *en principe versée pour une durée maximale de six mois*, exceptionnellement de douze mois<sup>84</sup>; il faut pour cela que la situation personnelle de la personne assurée laisse présumer que le but de l’initiation au travail ne peut être atteint en six mois<sup>85</sup>, ce qui peut, précisément, être le cas d’une personne atteinte dans sa santé psychique qui aurait besoin d’un temps plus long pour améliorer sa productivité.

Il est intéressant de relever que l’allocation d’initiation au travail peut être octroyée *au-delà de la fin du droit aux indemnités journalières*<sup>86</sup>. On peut donc imaginer, chez une personne qui a été écartée un certain temps du marché du travail, que l’initiation fasse suite à la période d’indemnisation de 90 jours décrite ci-dessus (cf. *supra ii*), et permette ainsi une réintégration progressive dans une activité lucrative.

#### iv. *Nombre maximal d’indemnités journalières*

Comme dernière mesure destinée à favoriser l’indemnisation des personnes atteintes dans leur santé, il faut encore mentionner le nombre maximal plus élevé d’indemnités journalières dont peuvent bénéficier les personnes assurées qui, pour autant qu’elles aient cotisé 22 mois dans le délai-cadre de cotisation et perçoivent une rente de l’assurance-invalidité en raison d’une invalidité égale ou supérieure à 40 %, ont droit à 520 indemnités journalières<sup>87</sup>, contre 400 habituellement. Si elles sont proches de l’âge de référence AVS<sup>88</sup> lorsque débute le chômage, elles peuvent en outre toucher 120 indemnités journalières de plus<sup>89</sup>.

---

<sup>84</sup> Art. 66 al. 2 LACI.

<sup>85</sup> Art. 90 al. 1<sup>bis</sup> OACI.

<sup>86</sup> RUBIN, *Manuel*, 271.

<sup>87</sup> Art. 27 al. 2 let. c ch. 2 LACI.

<sup>88</sup> Cf. art. 21 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l’assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10).

<sup>89</sup> Art. 27 al. 3 LACI.

#### 4. Collaboration interinstitutionnelle

La Suisse possédant un système d'assurances sociales conçues et fonctionnant indépendamment les unes des autres<sup>90</sup>, il est nécessaire d'en coordonner les interventions. La situation des personnes atteintes dans leur santé psychique peut, comme indiqué précédemment, relever de la compétence de plusieurs de ces assurances ; si cela signifie, en théorie, que ces personnes ont de ce fait accès à davantage de prestations, cela peut aussi conduire à des conflits négatifs de compétences ou à des décisions contradictoires qui péjorent, en fin de compte, la réadaptation de la personne assurée sur le marché du travail.

La législation fédérale contient, en conséquence, des dispositions contraignant les organes des différentes assurances sociales, ainsi que d'autres acteurs de l'insertion professionnelle, à collaborer entre eux. Les offices AI, en particulier, sont soumis à cette obligation<sup>91</sup>, de même que les organes de mise en œuvre de l'assurance-chômage<sup>92</sup>. Les uns et les autres ont également l'obligation de collaborer avec les organes cantonaux de l'aide sociale (cf. *infra* C.1).

Le cadre légal de la collaboration interinstitutionnelle (CII) est plutôt léger, et concerne essentiellement deux points, la communication des données et la notification des décisions. En premier lieu, les différentes institutions tenues de collaborer sont déliées, *les unes à l'égard des autres, de l'obligation de garder le secret* dans la mesure où les informations transmises servent à déterminer les mesures de réadaptation appropriées pour la personne concernée, ou à clarifier les prestations auxquelles elle a droit<sup>93</sup>. Une collaboration efficace supposant des procédures simplifiées, il est prévu que les informations puissent être communiquées par oral, contrairement à ce qui prévaut habituellement en matière d'assurances sociales<sup>94</sup>. L'accord préalable

---

<sup>90</sup> Pour plus de détails à ce sujet, cf. DUPONT ANNE-SYLVIE, La Suisse et la sécurité sociale : ce qui prend du temps finit par être bien (chapitre XIII), in : Badel/Daugareilh (édit.), La Sécurité sociale – Universalité et modernité – Approche de droit comparé, Paris 2019, 193 ss.

<sup>91</sup> Art. 68<sup>bis</sup> al. 1 LAI.

<sup>92</sup> Art. 85f al. 1 LACI.

<sup>93</sup> Cf. art. 68<sup>bis</sup> al. 2 let. c LAI ; art. 85f al. 3 let. b LACI.

<sup>94</sup> Cf. art. 68<sup>bis</sup> al. 4 LAI ; art. 85f al. 4 LACI. Cf., pour le principe des communications écrites, art. 32 LPGA.

de la personne assurée n'est pas nécessaire, mais celle-ci doit en revanche être informée de la communication intervenue<sup>95</sup>. En second lieu, s'agissant de l'assurance-invalidité, *les offices AI ont l'obligation de notifier aux autres organismes*, notamment à l'assurance-chômage, les décisions qu'ils rendent et qui sont susceptibles de toucher leurs droits et obligations<sup>96</sup>. Il peut en aller ainsi tout autant en cas de refus que d'octroi de prestations, l'assurance-chômage et l'aide sociale ayant bien souvent, pendant la durée de l'instruction du dossier AI, avancé des prestations pouvant justifier un remboursement par l'assurance-invalidité<sup>97</sup>.

*D'un point de vue financier*, l'organe de compensation de l'assurance-chômage<sup>98</sup> est autorisé à approuver la prise en charge temporaire de coûts de mesures destinées à optimiser la collaboration interinstitutionnelle. Ces mesures doivent pouvoir augmenter les chances des personnes assurées bénéficiaires d'être placées<sup>99</sup>.

Pour le reste, *la mise en œuvre dépend essentiellement de la pratique*. Institutionnalisée depuis 2010 au sein de l'Organisation nationale de la CII, composée d'un comité national de pilotage, d'un comité national de développement et de coordination ainsi que d'un bureau national, la collaboration interinstitutionnelle se déploie tant au niveau fédéral que cantonal par le biais de diverses stratégies et multiples projets<sup>100</sup>. L'action de cette organisation n'est pas réglementée plus avant dans la législation fédérale, et fait davantage l'objet d'accords de collaboration entre les différents partenaires concernés.

---

<sup>95</sup> Cf. art. 68<sup>bis</sup> al. 4 LAI.

<sup>96</sup> Cf. art. 68<sup>bis</sup> al. 5 LAI.

<sup>97</sup> Cf. art. 70 al. 2 let. b LPGA. S'agissant de l'aide sociale, les lois cantonales prévoient toutes, avec des modalités pouvant varier, l'obligation de rembourser les avances consenties dans l'attente d'une décision de l'assurance-invalidité (cf. art. 85<sup>bis</sup> RAI).

<sup>98</sup> Cf. art. 83 LACI.

<sup>99</sup> Cf. art. 119d OACI.

<sup>100</sup> Pour des illustrations, cf. CHSS 3/2017, dont les pages 1 à 33 sont consacrées à un état des lieux en matière de CII avec, notamment, des exemples cantonaux.

Au fil du temps, plusieurs projets ont été développés dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle, dont certains ont été menés à terme, à l'instar du projet MAMAC<sup>101</sup> ; d'autres perdurent encore aujourd'hui et font désormais partie du paysage de la réinsertion professionnelle, comme l'Accord paritaire genevois<sup>102</sup>.

La question de savoir si la personne assurée a un droit à ce que sa situation soit traitée dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle n'est pas claire. SCHNEIDER et STÜCKELBERG VIJVERBERG semblent l'admettre<sup>103</sup>. Nous sommes d'avis que, s'agissant d'une prestation positive de l'Etat sous forme d'un comportement qui doit être adopté par l'administration, la réponse doit être plus nuancée. Il est en effet évident que la collaboration entre les différentes institutions chargées de se pencher sur une situation donnée et la coordination de leurs interventions servent l'efficience de la réinsertion professionnelle et, par conséquent, la saine gestion des assurances sociales. Pour autant, la loi n'aménage *pas de mécanisme de contrôle, administratif ou judiciaire*, que la personne assurée pourrait actionner dans le cas où les assurances sociales en charge de son dossier persisteraient à ne pas traiter ce dernier de manière coordonnée. En pratique, pourtant, ces cas restent malheureusement nombreux. De fait, peu de cantons mettent en avant la collaboration interinstitutionnelle comme prestation destinée aux personnes assurées<sup>104</sup>.

---

<sup>101</sup> A ce sujet, voir ROSENSTEIN EMILIE/BONVIN JEAN-MICHEL, Les politiques intégrées de l'emploi : un nouveau modèle pour l'insertion ?, Travail – Emploi – Formation 10/2012, 29 ss.

<sup>102</sup> Cf. la contribution de NICOLAS RUFENER dans cet ouvrage. Cf. également SCHNEIDER.

<sup>103</sup> SCHNEIDER/STÜCKELBERG VIJVERBERG, 83 (« la collaboration est un devoir légal envers l'assuré »).

<sup>104</sup> Pour un contre-exemple, voir le canton de Fribourg, qui présente la collaboration interinstitutionnelle à côté des mesures relatives au marché du travail sur la page Internet recensant les mesures d'aide au chômage (<https://www.fr.ch/travail-et-entreprises/chomage/mesures-daide-au-chomage>, dernière consultation le 23 juillet 2025).

## C. Droit cantonal

La question de la réinsertion professionnelle occupe les autorités cantonales principalement dans le cadre de l'aide sociale (1). Certains cantons prévoient toutefois des mesures plus ciblées dans le cadre de législations destinées à des populations spécifiques (2). Sur ce second point, nous limiterons notre analyse aux cantons romands, pour conserver à notre contribution une ampleur raisonnable.

### 1. Aide sociale

Contrairement à une idée assez répandue dans l'opinion publique, l'aide sociale, même lorsqu'on la désignait encore par les termes d'« assistance », ou d'« assistance publique », a *toujours privilégié l'occupation des personnes bénéficiaires* par rapport à l'attribution d'un revenu sans contre-prestation. Si cette occupation a longtemps pris des formes aujourd'hui qualifiées de barbares (établissements de travaux forcés, colonies de travail, chantiers publics et autres mesures d'insertion), elle est aujourd'hui institutionnalisée dans le cadre des politiques d'activation, dont les principes d'activation et d'incitation au travail sont concrétisés dans les normes CSIAS depuis 2005<sup>105</sup>.

Le droit de l'aide sociale repose sur plusieurs principes fondamentaux. En vertu du *principe de subsidiarité*, le droit à une aide n'est ouvert que si une personne ne peut subvenir elle-même à ses besoins, et si elle ne reçoit pas d'aide de tiers, ou pas à temps<sup>106</sup>. Par ailleurs, les mesures ou programmes d'insertion professionnelle et sociale sont fondés sur le *principe de prestation et de contre-prestation*<sup>107</sup> qui se traduit, d'une part, par le bénéfice d'une

---

<sup>105</sup> La Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) est une association professionnelle des actrices et acteurs de l'action sociale. Elle adopte des normes qui ont pour but d'harmoniser les pratiques en matière d'aide sociale. Ces normes n'ont pas, en tant que telles, de valeur juridique contraignante, mais leurs principes sont en général assez fidèlement concrétisés dans les législations cantonales. Les normes CSIAS mettent l'accent sur la mission de réinsertion de l'aide sociale depuis 1998, mais la concrétisent réellement, par l'introduction d'incitations financières et de sanctions, depuis 2005 (STUDER et al., 3).

<sup>106</sup> Cf. Normes CSIAS, N A.3 al. 2.

<sup>107</sup> Cf. Normes CSIAS, N A.3 al. 7.

franchise sur le revenu tiré d'une activité lucrative dans le calcul du besoin d'aide<sup>108</sup> et, d'autre part, par un « supplément d'intégration » récompensant les autres efforts d'intégration sociale ou professionnelle<sup>109</sup>. A l'inverse, les bénéficiaires contrevenant à ces principes peuvent être sanctionnés, jusqu'à se voir refuser toute prestation<sup>110</sup>.

L'aide sociale relevant de la compétence des cantons, ce sont leurs législations respectives qui mettent en œuvre ces principes. Certaines ont, davantage que d'autres, intégré le *paradigme de l'activation*, qui est au centre des politiques publiques en matière d'intégration sociale depuis les années 1990. Ce principe trouve son fondement dans l'idée de responsabilité individuelle évoqué plus haut (cf. *supra* B.1)<sup>111</sup>. Si les cantons suisses alémaniques possèdent encore tous une « *Sozialhilfegesetz* », à l'exception du canton de Soleure qui s'est doté d'une « *Sozialgesetz* », trois cantons romands (Vaud, Neuchâtel et Jura) ont adopté des lois sur l'« action sociale », dont l'intitulé traduit une approche davantage proactive, tant du côté des autorités que de la personne assurée. Cette dimension est également présente dans la terminologie valaisanne et genevoise, respectivement dotés d'une « loi sur l'intégration et l'aide sociale » et d'une « loi sur l'aide sociale et la lutte contre la précarité ». Le canton de Fribourg s'inscrit, sur ce point, dans la tradition germanophone, de même que le Tessin, qui possède une « *Legge sull'assistenza sociale* »<sup>112</sup>.

Au-delà de simples questions de vocabulaire, l'évolution de la terminologie employée, même si elle est encore timide, reflète une *approche désormais proactive* de l'action sociale, dont l'insertion professionnelle est un pilier. Indépendamment de leur intitulé, les législations cantonales inscrivent presque toutes dans leurs objectifs l'intégration et l'indépendance économique de la personne bénéficiaire<sup>113</sup>. On peut formuler l'hypothèse que les cantons les

---

<sup>108</sup> Pour plus de détails à ce sujet, cf. Normes CSIAS, N D.2.

<sup>109</sup> Pour plus d'informations à ce sujet, cf. Normes CSIAS, N D.2.

<sup>110</sup> Normes CSIAS, N F.3.

<sup>111</sup> Pour plus de détails à ce sujet, cf. <https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/synthese/1995-2006> et les références citées en note.

<sup>112</sup> Notons, pour la comparaison, qu'en Italie, la loi-cadre sur l'organisation de l'intervention sociale dans les régions parle de « *sistema integrato di interventi e servizi sociali* ».

<sup>113</sup> En allemand, il est question de « *wirtschaftliche Selbstständigkeit* », d'« *Integration* » ou encore de « *berufliche Integration* ».

moins explicites sur ces questions sont ceux dans lesquels les taux de recours à l'aide sociale sont les plus faibles<sup>114</sup>.

Les différentes prestations destinées à l'insertion professionnelle sont prévues dans les législations cantonales, et leur mise en œuvre peut fortement varier d'un canton à l'autre. *Ces mesures s'inspirent souvent de celles de l'assurance-chômage* et comprennent, par exemple, des mesures de formation, de placement, des stages ou encore la prise en charge des frais liés à l'entrée en emploi<sup>115</sup>. Dans certains cantons, les organes de l'aide sociale sont directement responsables de la mise en œuvre de ces mesures<sup>116</sup>, alors que, dans d'autres, elle est confiée aux offices régionaux de placement<sup>117</sup>, assurant ainsi, de fait, une coordination entre l'aide sociale et l'assurance-chômage.

## 2. Autres mesures dans les cantons romands

Reconnaissant les *difficultés accrues rencontrées par certains groupes populationnels*, quelques cantons ont mis en place des législations spéciales dans le but, notamment, d'augmenter les chances d'une insertion professionnelle. En fonction des politiques sociales cantonales, ces dispositifs légaux ont été prévus dans le cadre de l'aide sociale ou de l'assurance-chômage. Il peut s'agir, par exemple, de règles spécifiques destinées aux

---

<sup>114</sup> Par exemple, la *Sozialhilfegesetz* du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures ne fait pas de l'insertion professionnelle un objectif prioritaire de l'aide sociale, ce canton possédant notamment l'un des taux d'aide sociale les plus faibles de Suisse (0,8 % en 2022, selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique [OFS]). Il en va de même pour les cantons de Nidwald et Obwald. De manière intéressante, le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures, dont le taux de recours à l'aide sociale est plus élevé (un peu plus de 2 % en 2022, selon les mêmes statistiques), inscrit la « *berufliche Integration* » au nombre des objectifs de l'aide sociale (cf. art. 1 al. 2 *Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe* du 24 septembre 2007 [SHG AR ; RS AR 851.1]).

<sup>115</sup> Cf., pour des exemples, art. 39 ss du règlement d'application de la loi du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise (RLASV ; RS VD 850.051.1) ; art. 57 al. 3 de la loi genevoise du 23 juin 2023 sur l'aide sociale et la lutte contre la précarité (LASLP ; RS GE J 4 04).

<sup>116</sup> C'est notamment le cas à Genève, où l'Hospice général se charge de l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'aide sociale.

<sup>117</sup> C'est notamment le cas dans les cantons de Vaud et de Neuchâtel (pour ce second canton, cf. LOCATELLI/DUDING).

personnes ayant charge de famille, aux chômeuses et chômeurs âgés, ou encore aux personnes migrantes.

S’agissant des personnes atteintes dans leur santé, plus spécifiquement dans leur santé mentale, au point d’être entravées dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ou l’accomplissement des rôles sociaux, le canton de Vaud, par exemple, s’est doté d’une loi sur les mesures d’aide et d’intégration pour personnes handicapées (LAIH<sup>118</sup>) qui prévoit notamment des *prestations* destinées à rétablir, maintenir ou préserver la capacité économique de personnes accueillies dans ou accompagnées par des structures spécialisées. De manière presque plus incisive, la loi valaisanne sur les droits et l’inclusion des personnes en situation de handicap (LDIPH<sup>119</sup>) oblige les collectivités publiques et les institutions subventionnées à réserver en leur sein des places de formation, de réadaptation, de stage ou encore de travail aux personnes en situation de handicap, les possibilités d’emploi devant être développées et proposées tant en milieu ordinaire qu’en milieu protégé. Dans un chapitre consacré aux « droits subjectifs des personnes en situation de handicap », la loi valaisanne consacre de véritables voies de droit permettant aux personnes concernées et aux organisations qui les défendent de se plaindre de toute discrimination, du fait de leur handicap, de la part du canton, des communes, des organes assumant des tâches publiques cantonales ou communales et des prestataires de services accessibles au public<sup>120</sup>.

Dans les autres cantons, les législations destinées à favoriser l’intégration des personnes vivant avec un handicap ont davantage pour objet de régler le *financement des établissements ou institutions leur fournissant un accompagnement socio-professionnel*, sans fonder de droit spécifique à l’une ou l’autre de ces prestations. Il en va notamment ainsi de la loi neuchâteloise sur l’inclusion et l’accompagnement des personnes vivant avec un handicap (LIncA<sup>121</sup>) et de la loi genevoise sur l’intégration des personnes handicapées (LIPH<sup>122</sup>). Très sobrement, la loi jurassienne sur le personnel de l’Etat

---

<sup>118</sup> RS VD 850.61. Cf. art. 5 LAIH pour la définition de la « personne handicapée » (*sic*).

<sup>119</sup> RS VS 850.6.

<sup>120</sup> Cf. art. 35a ss LDIPH.

<sup>121</sup> RS NE 820.22.

<sup>122</sup> RS GE K 1 36.

(LPer<sup>123</sup>) prévoit l'obligation, pour le gouvernement, de prendre des mesures destinées à favoriser l'intégration des personnes en situation de handicap.

Entre les deux, la loi fribourgeoise sur la personne en situation de handicap (LPSH<sup>124</sup>) oblige l'Etat à prendre des mesures permettant à la personne en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle en adéquation avec ses compétences et ses intérêts, sans que la justiciabilité de cette obligation soit perceptible.

### **III. Mise en œuvre des mesures individuelles**

Les différentes législations prévoyant des mesures individuelles en faveur des personnes en parcours d'insertion ou de réinsertion professionnelle, dont nous avons tracé les contours au chapitre précédent, indiquent en principe les autorités chargées de la mise en œuvre de ces mesures. Il faut distinguer, de manière générale, les autorités chargées de la mise en place des politiques publiques en la matière de celles à qui incombent la mise à disposition et l'administration des prestations individuelles, les premières fonctionnant habituellement en qualité d'autorités de surveillance des secondes. Nous nous concentrerons sur ces dernières, dans les trois domaines que nous avons étudiés jusqu'ici : assurance-invalidité (A), assurance-chômage (B) et aide sociale (C).

#### **A. Dans l'assurance-invalidité**

La mise en œuvre des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité relève de la compétence des *offices AI*<sup>125</sup>. Chaque canton doit en instituer un, qui revêt en principe la forme d'un établissement de droit public doté de la personnalité juridique<sup>126</sup>. La Confédération possède également un office AI, chargé de mettre en œuvre l'assurance pour les personnes assurées domiciliées

---

<sup>123</sup> RS JU 173.11.

<sup>124</sup> RS FR 10.4.

<sup>125</sup> Art. 54 al. 1 et 57 al. 1 LAI.

<sup>126</sup> Art. 54 al. 2 LAI.

à l'étranger<sup>127</sup>. La demande de prestations doit être déposée auprès de l'office AI du canton de domicile de la personne assurée<sup>128</sup>, lequel est ensuite chargé d'instruire le dossier et de se prononcer sur le droit aux différentes prestations.

Les offices AI sont soumis à la *surveillance de l'Office fédéral des assurances sociales* (OFAS)<sup>129</sup>, qui a notamment pour mission de veiller à une application uniforme de la loi<sup>130</sup>. A cette fin, il a notamment édicté des directives destinées à garantir l'égalité de traitement entre toutes les personnes assurées<sup>131</sup>.

Les offices AI doivent s'organiser de manière à pouvoir exécuter les tâches qui leur incombent « avec compétence et efficacité »<sup>132</sup>. Dans les faits, ils possèdent en général un *service dédié à la réadaptation professionnelle*, qui emploie des personnes avec des compétences professionnelles reconnues et utiles à la fonction (par exemple des ergonomes, des formatrices et formateurs d'adultes ou, tout simplement, des personnes possédant une expérience de la réadaptation professionnelle). L'organisation et l'activité de ces services ne sont toutefois pas davantage décrites dans la législation.

Les offices AI peuvent, dans l'accomplissement de leurs tâches, *faire appel à des spécialistes externes*<sup>133</sup> que sont les services de consultation et d'assistance créés par des organisations publiques ou reconnues d'utilité publique qui agissent en faveur des personnes invalides<sup>134</sup>. Si ces spécialistes ne sont pas des organes de l'assurance-invalidité, ils peuvent être liés aux offices AI par des contrats<sup>135</sup> qui leur confèrent des droits et des obligations et fixent les tarifs de leurs prestations<sup>136</sup>. S'ils n'ont pas conclu de convention avec l'office AI qui souhaite les mandater, ces services sont libres d'accepter ou de refuser le

---

<sup>127</sup> Art. 56 LAI.

<sup>128</sup> Art. 55 al. 1 LAI.

<sup>129</sup> Art. 64 LAI.

<sup>130</sup> Art. 64a LAI.

<sup>131</sup> Circulaire de l'OFAS sur les mesures de réadaptation professionnelle de l'AI (CMRPr). La version actuelle date du 1<sup>er</sup> janvier 2022 et a été mise à jour pour la dernière fois au 1<sup>er</sup> juillet 2025.

<sup>132</sup> Art. 59 al. 1 LAI.

<sup>133</sup> Cf. art. 59 al. 3 LAI.

<sup>134</sup> Circulaire de l'OFAS sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), N 8001.

<sup>135</sup> Cf. CMRPr, N 2901 ss.

<sup>136</sup> Cf. art. 79<sup>sexies</sup> RAI. CMRPr, N 2914 ss, 3101 ss et annexes II et III.

mandat et, en théorie à tout le moins, de fixer le prix de leur intervention<sup>137</sup>. Les mandats confiés à ces services externes peuvent porter tout autant sur l’application ou la surveillance des mesures de réinsertion, des mesures de réadaptation d’ordre professionnel et des mesures de nouvelle réadaptation que, préalablement, sur l’examen des possibilités de réadaptation professionnelle de la personne invalide<sup>138</sup>. Certains services externes sont expressément qualifiés de COPAI (pour « Centre d’observation professionnelle de l’assurance-invalidité »). Dans tous les cas, les offices AI ont l’obligation de s’assurer régulièrement de la qualité et de l’efficacité des mesures offertes par les services externes<sup>139</sup>.

Les directives de l’OFAS précisent le *contenu* que doivent avoir, dans les situations individuelles, les mandats confiés aux spécialistes externes, et l’obligation pour ces derniers de se conformer aux instructions reçues<sup>140</sup>. Les mandats confiés aux services spécialisés ne peuvent se rapporter qu’à des questions dont le règlement relève des attributions de l’office AI<sup>141</sup>.

## B. Dans l’assurance-chômage

La mise en œuvre de l’assurance-chômage, y compris les MMT, est confiée aux « autorités cantonales »<sup>142</sup>, qui doivent pour ce faire créer des *offices régionaux de placement* (ORP)<sup>143</sup>. S’agissant de créer les mesures à disposition des personnes assurées, chaque canton peut instituer un service de logistique (service LMMT) à qui il peut confier d’autres tâches relevant des autorités cantonales, y compris celle de statuer sur le droit aux MMT dans les cas individuels<sup>144</sup>. Chaque canton doit donc nécessairement adopter une loi cantonale d’exécution qui règle l’ensemble de ces questions dans le cadre

<sup>137</sup> Cf. CPAI, N 8002.

<sup>138</sup> Cf. CPAI, N 8004.

<sup>139</sup> CMRPr, N 2917 ss.

<sup>140</sup> CPAI, N 8007 ss.

<sup>141</sup> CPAI, N 8010.

<sup>142</sup> Cf. art. 85 LACI.

<sup>143</sup> Art. 85b LACI.

<sup>144</sup> Art. 85c LACI. Pour plus de détails sur l’organisation des MMT, cf. RUBIN, *Manuel*, 294.

défini par le droit fédéral ; ces lois peuvent prévoir des mesures cantonales d'insertion professionnelle. Les autorités cantonales sont soumises à la surveillance du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO).

Les MMT doivent faire l'objet d'une *planification annuelle* (« projet-cadre ») qui doit être soumise à la commission tripartite compétente pour avis, avant d'être approuvée par l'organe de compensation de l'assurance-chômage<sup>145</sup>. Ce dernier peut procéder aux contrôles des MMT<sup>146</sup> à des fins, notamment, de mise en œuvre uniforme du droit<sup>147</sup>.

De manière générale et en matière de MMT en particulier, les ORP peuvent *recourir aux services d'organismes privés*<sup>148</sup>. Ils ne peuvent toutefois pas leur déléguer l'examen des conditions légales du droit aux indemnités journalières, qui relève de l'exercice de la puissance publique<sup>149</sup>. Les organismes privés peuvent par exemple se voir confier l'organisation de programmes d'emploi temporaires ou d'occupation, ou encore différentes tâches de formation ou d'aides diverses, comme la mise à jour du *curriculum vitae* ou le *coaching* en vue d'entretiens d'embauche.

La mise en œuvre de MMT par des organismes privés fait l'objet de *contrats de prestations* qui définissent les droits et les obligations respectifs des organismes et de l'Etat. Ces contrats sont soumis au droit fédéral en tant qu'ils portent sur la mise en œuvre de MMT prévues par la législation fédérale, et au droit cantonal dans la mesure où ils concernent la mise en œuvre de mesures cantonales d'insertion ; ces dernières sont financées par des subventions cantonales exclusivement, alors que les premières bénéficient du financement fédéral conformément aux art. 59c ss LACI et à l'ordonnance sur le financement des mesures relatives au marché du travail<sup>150</sup>.

---

<sup>145</sup> Art. 81e al. 2 OACI. Sur la notion de planification des MMT par les cantons, cf. SECO, Directive LACI MMT, A2.

<sup>146</sup> Art. 84 OACI.

<sup>147</sup> Cf. art. 110 LACI.

<sup>148</sup> Art. 85b al. 2 LACI.

<sup>149</sup> Cf. art. 119c<sup>bis</sup> al. 1 OACI concernant les services privés de placement.

<sup>150</sup> Ordonnance du DEFR du 19 novembre 2019 sur le financement des mesures relatives au marché du travail (RS 837.022.531).

## C. Dans l'aide sociale

La mise en œuvre des mesures de réinsertion par les autorités de l'aide sociale relève du seul droit cantonal. Si l'autorité cantonale, en général le département en charge des affaires sociales, est en principe responsable de définir les principes et d'organiser les grandes lignes de l'action sociale, sa mise en œuvre est déléguée aux communes, éventuellement à des associations de communes, ou encore à des autorités administratives *ad hoc*, à l'instar des Centres sociaux régionaux dans le canton de Vaud<sup>151</sup>, de l'Hospice général dans le canton de Genève<sup>152</sup> ou encore des services sociaux dans le canton de Fribourg<sup>153</sup>.

Dans ce contexte également, les autorités cantonales en charge de l'aide sociale peuvent conclure des contrats de prestations avec des *organismes privés*, afin de leur confier des missions visant à la réinsertion des bénéficiaires<sup>154</sup>. Dans certains cantons, ces organismes peuvent même se voir déléguer par l'Etat le mandat d'apporter l'aide sociale à certains groupes populationnels, et acquièrent de ce fait la qualité d'autorité d'aide sociale<sup>155</sup>. Les contrats de prestations sont soumis au droit cantonal duquel ils relèvent, et doivent en respecter les prescriptions en termes de contenu ainsi que des droits et obligations respectifs des organismes privés et de l'Etat.

---

<sup>151</sup> Cf. art. 5 al. 3 de la loi vaudoise du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise (LASV ; RS VD 850.051).

<sup>152</sup> Cf. art. 4 LASLP.

<sup>153</sup> Cf. art. 18 de la loi fribourgeoise du 14 novembre 1991 sur l'aide sociale (LASoc FR ; RS FR 831.0.1).

<sup>154</sup> Cf. art. 49 LASV ; art. 1 al. 4 et 5 al. 1 LASLP.

<sup>155</sup> Cf. art. 22a de la loi neuchâteloise du 25 juin 1996 sur l'action sociale (LASoc NE ; RS NE 831.0) et 14 LASoc FR.

## IV. Droit ou obligation ?

D'un point de vue juridique, se pose finalement la question de savoir si la réinsertion professionnelle est un droit de la personne assurée, respectivement bénéficiaire de l'aide sociale (B), ou une obligation (A), et, dans chacune de ces dimensions, quelle est l'emprise que cette personne peut avoir sur son parcours de retour à l'emploi.

### A. La réinsertion en tant qu'obligation

#### 1. Dans les assurances sociales

Le droit des assurances sociales est gouverné par le principe général de l'*obligation de diminuer le dommage*<sup>156</sup>. En vertu de ce principe, la personne assurée doit, une fois le risque survenu, entreprendre tout ce qui est raisonnablement exigible de sa part afin de solliciter le moins lourdement possible le régime d'assurance amené à l'indemniser<sup>157</sup>. Il est admis que la réinsertion professionnelle, dans la mesure où elle permet d'éviter le versement d'une rente (AI) ou d'indemnités journalières (de chômage) à long terme, fait partie des mesures attendues de la personne assurée. Le Tribunal fédéral va même plus loin dans la concrétisation de ce principe, postulant, en matière d'assurance-invalidité, que l'obligation de diminuer le dommage inclut également le devoir d'auto-réadaptation (« *Selbsteingliederung* »), qui l'emporte non seulement sur le droit à la rente, mais aussi sur le droit aux mesures de réadaptation<sup>158</sup>.

L'art. 21 al. 4 LPGA, applicable dans le domaine de l'assurance-invalidité<sup>159</sup>, permet de *sanctionner* tout comportement de la personne assurée qui a pour effet d'entraver sa réinsertion professionnelle<sup>160</sup>. La sanction prend la forme d'une réduction, voire d'une suppression, temporaire ou définitive, de

---

<sup>156</sup> ATF 134 V 189 et les références citées.

<sup>157</sup> CR LPGA-DUPONT, Intro. gén. N 44.

<sup>158</sup> ATF 148 V 397.

<sup>159</sup> Cf. art. 7b al. 1 LAI.

<sup>160</sup> Ses obligations à cet égard sont détaillées à l'art. 7 al. 2 LAI.

l'ensemble des prestations de l'assurance<sup>161</sup>. Elle doit être précédée d'un avertissement, assorti d'un délai convenable imparti à la personne assurée pour se déterminer<sup>162</sup>. L'art. 21 al. 4 LPGA permet également à l'assurance-invalidité d'assortir l'octroi d'une mesure de réadaptation de conditions ; en pratique, celles-ci sont rares et ont principalement comme objectif de s'assurer de l'efficacité de la mesure<sup>163</sup>. Ce sont majoritairement les personnes jeunes (25-44 ans) atteintes dans leur santé psychique qui s'en voient imposer, sous la forme de l'obligation de suivre une psychothérapie<sup>164</sup>.

*L'assurance-chômage* consacre un mécanisme similaire, permettant de suspendre le droit aux indemnités journalières de la personne assurée qui, par exemple, ne fait pas tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour retrouver un travail convenable, voire refuse un tel travail, ne se présente pas à une MMT, l'interrompt sans motif valable ou encore compromet ou empêche, par son comportement, le déroulement de la mesure ou la réalisation de son but<sup>165</sup>. La durée de la suspension dépend du degré de la faute de la personne assurée<sup>166</sup> ; en cas de fautes répétées, la durée de la suspension augmente à chaque fois, et on niera finalement l'aptitude au placement de la personne assurée, et donc son droit aux indemnités de chômage.

L'obligation de la personne assurée d'entreprendre une mesure de réadaptation professionnelle décidée par l'assurance-invalidité, respectivement d'accepter une MMT assignée par l'assurance-chômage, dépend ainsi du *caractère « raisonnablement exigible »* (« *zumutbar* ») de la demande de l'assurance. Il s'agit d'une concrétisation du principe général commandant la proportionnalité de l'activité étatique<sup>167</sup>. En théorie, l'exigibilité d'une injonction de l'assurance doit être examinée à la lumière de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce. En pratique, l'examen est schématique, en raison des présomptions instaurées par les lois topiques. Ainsi, en matière d'assurance-invalidité, toute mesure servant à la réadaptation de la personne

---

<sup>161</sup> CR LPGA-DUPONT, art. 21 N 63 s.

<sup>162</sup> CR LPGA-DUPONT, art. 21 N 66 ss.

<sup>163</sup> BOLLIGER et al., XIII ss.

<sup>164</sup> BOLLIGER et al., XIII.

<sup>165</sup> Art. 30 al. 1 let. c et d LACI.

<sup>166</sup> Cf. art. 45 al. 3 OACI.

<sup>167</sup> Cf. art. 5 al. 2 Cst.

assurée est présumée raisonnablement exigible, à l’exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé<sup>168</sup>. Dans l’assurance-chômage, la chômeuse ou le chômeur a l’obligation de participer aux MMT qui lui ont été assignées<sup>169</sup>. La question de savoir si elle ou il a un motif valable de s’y opposer est en principe examinée à l’aune des mêmes critères que ceux que l’on utilise pour juger du caractère convenable d’un emploi proposé<sup>170</sup>. Cela signifie qu’une mesure est réputée convenable, à moins que des circonstances particulières ne la rendent inexigible<sup>171</sup>. L’art. 64a LACI restreint la liste des circonstances particulières qui peuvent être invoquées en lien avec le refus d’un programme d’emploi temporaire (PET), n’autorisant, selon les cas, que l’invocation de certains motifs justificatifs<sup>172</sup>. L’obligation de tenir compte des aptitudes et des inclinations des personnes assurées<sup>173</sup> doit ainsi être fortement relativisée<sup>174</sup>.

## 2. Dans l’aide sociale

S’agissant de l’*aide sociale*, comme nous l’avons dit plus haut<sup>175</sup>, elle repose sur le principe de subsidiarité et, surtout, sur celui de la contre-prestation, c’est-à-dire sur l’idée que l’aide de la collectivité envers une personne dans le besoin est subordonnée à un effort de cette dernière. La personne bénéficiaire qui refuse de collaborer à une mesure d’insertion peut ainsi être sanctionnée<sup>176</sup>.

---

<sup>168</sup> Art. 7a LAI. La question de la compatibilité de cette disposition, ainsi que des sanctions prévues à l’art. 7b LAI, avec l’art. 32 ch. 1 let. f de la Convention n° 128 de l’Organisation internationale du Travail (OIT) concernant les prestations d’invalidité, de vieillesse et de survivants, qui réserve les sanctions aux personnes assurées qui refusent de collaborer « sans raison valable », n’a, à notre connaissance, jamais été discutée par les tribunaux.

<sup>169</sup> Art. 17 al. 3 LACI.

<sup>170</sup> Ces motifs sont énumérés à l’art. 16 al. 2 LACI. Cf. RUBIN, *Commentaire*, art. 30 N 71.

<sup>171</sup> Cf. art. 16 LACI.

<sup>172</sup> Cf. art. 64a al. 2 à 4 LACI.

<sup>173</sup> Cf. art. 83 OACI.

<sup>174</sup> Cf. RUBIN, *Commentaire*, art. 30 N 71.

<sup>175</sup> Cf. *supra* II.C.1.

<sup>176</sup> Cf. art. 45 al. 2 LASV (concrétisé par une « Directive sur les sanctions du RI ») ; art. 47 al. 1 let. e LASLP ; art. 38 al. 1 let. c *cum* 37 al. 1 let. a et 20 al. 2 de la loi valaisanne du 10 septembre 2020 sur l’intégration et l’aide sociale (LIAS ; RS VS 850.1). La loi

La sanction prend la forme d'une réduction des prestations financières sous réserve de l'aide d'urgence<sup>177</sup>, et peut même aller jusqu'au refus total<sup>178</sup>. Elle doit respecter le principe général de proportionnalité<sup>179</sup> ; il est en particulier nécessaire d'examiner si la faute commise justifie la réduction des prestations, notamment en présence de justes motifs exposés par la personne bénéficiaire. Dans tous les cas, la proportionnalité de chaque sanction doit être examinée à l'aune de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce<sup>180</sup>. La question de savoir si les législations cantonales doivent prévoir ce mécanisme de sanction dans une loi au sens formel est discutée. Le Tribunal fédéral ne paraît pas très regardant sur ce point, semblant implicitement admettre que les principes généraux de l'aide sociale suffisent à fonder la sanction. WIZENT dénonce pour sa part, à notre avis à juste titre, la violation du principe de légalité<sup>181</sup>.

Il découle de tout cela que la réinsertion professionnelle est *avant toute chose une obligation de la personne qui reçoit des aides publiques*, qu'il s'agisse de prestations d'assurances sociales ou d'aides sociales<sup>182</sup>.

## B. La réinsertion en tant que droit

### 1. Dans les assurances sociales

Les lois sur l'assurance-invalidité et sur l'assurance-chômage *encadrent toutes deux de manière précise* l'octroi de mesures de réadaptation, respectivement de MMT. Dans les deux cas, les personnes qui sollicitent l'octroi de ces prestations doivent, en premier lieu, être protégées par le régime d'assurance, ce qui suppose en principe un domicile ou une activité lucrative en Suisse ;

---

fribourgeoise révisée, qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2026, contiendra une base légale expresse (art. 36 nLASoc FR). Cf. également art. 57 al. 2 LASoc NE.

<sup>177</sup> Cf. TF 8C\_460/2018 du 26 novembre 2018.

<sup>178</sup> Cf. TF 8C\_451/2019 du 19 août 2019.

<sup>179</sup> Cf. art. 5 al. 2 Cst., dont les principes sont habituellement repris dans les constitutions cantonales.

<sup>180</sup> Cf. Normes CSIAS, N F.2 et commentaire, let. a.

<sup>181</sup> WIZENT, N 842.

<sup>182</sup> Cf. également MICHALAK, 397 ss.

elles doivent ensuite remplir les conditions générales posées par la loi, puis les conditions propres à chaque mesure<sup>183</sup>.

*Dans l'assurance-chômage*, l'étape des conditions générales est plus facilement franchie, puisqu'il s'agit, en principe, d'être au bénéfice des indemnités journalières de chômage, ce qui suppose de remplir des conditions relativement objectives<sup>184</sup>, sous réserve de ce que nous avons expliqué ci-dessus au sujet de l'aptitude au placement<sup>185</sup>. Dans les situations individuelles, l'octroi d'une MMT suppose que celle-ci soit « opportune pour le marché du travail »<sup>186</sup> et tienne compte du principe de proportionnalité<sup>187</sup>. L'analyse de ces deux conditions aménage une marge d'appréciation pour les autorités de l'assurance-chômage, et le Tribunal fédéral se voit régulièrement sollicité afin d'en contrôler la bonne application. De manière générale, les mesures ciblées, dont les coûts sont raisonnables et qui permettent d'améliorer l'employabilité de la personne assurée dans son domaine professionnel, seront privilégiées<sup>188</sup>. Sous cet angle également, les souhaits de la personne assurée, la prise en compte desquels est pourtant théoriquement encouragée<sup>189</sup>, n'ont que peu de place en pratique. Les autorités de l'assurance-chômage doivent encore s'assurer que le pronostic de réussite de la mesure est bon.

*Dans l'assurance-invalidité*, l'accès aux mesures de réadaptation est réservé aux personnes pour lesquelles ces mesures sont « nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité

---

<sup>183</sup> Cf. art. 8 al. 1 LAI ; art. 59 al. 3 LACI. Dans le cadre de l'assurance-invalidité, les personnes ressortissantes d'un Etat tiers doivent remplir des conditions supplémentaires (cf. art. 9 LAI). La nationalité n'est pas un critère d'octroi des MMT dans l'assurance-chômage.

<sup>184</sup> Cf. art. 8 LACI.

<sup>185</sup> Cf. *supra* II.B.3.b.i.

<sup>186</sup> ATF 128 V 198 ; ATF 111 V 276. Pour plus de détails, cf. KUPFER BUCHER, 296.

<sup>187</sup> Cf. SECO, Directive LACI MMT, A4a.

<sup>188</sup> Pour des exemples, cf. ATF 128 V 192 : une formation de *Web Publisher* pour une personne au bénéfice d'une formation de programmeur/analyste, mais qui ne travaille plus dans le domaine, est une mesure ciblée améliorant son employabilité ; TFA C 280/02 du 18 novembre 2003 : une formation de deux ans dans la pédagogie sociale pour une personne au bénéfice d'une formation d'esthéticienne et de couturière n'est ni indiquée pour le marché du travail, ni conforme au principe de proportionnalité.

<sup>189</sup> Cf. art. 83 OACI.

d'accomplir leurs travaux habituels »<sup>190</sup>. Comme nous l'avons mentionné au chapitre précédent, il est attendu de la personne assurée qu'elle déploie les efforts nécessaires pour se réadapter par elle-même (« *Selbsteingliederung* »). Par exemple, il est attendu d'une personne atteinte de troubles psychiques qu'elle recoure d'elle-même aux traitements disponibles afin d'améliorer son état de santé<sup>191</sup>. Par ailleurs, si l'activité compatible avec l'état de santé de la personne assurée et raisonnablement exigible de cette dernière est une « activité simple et répétitive ne nécessitant pas de formation », le droit aux mesures de réadaptation sera nié. Une personne sans formation avant la survenance de l'atteinte à la santé ne pouvant par ailleurs pas prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité<sup>192</sup>, on peut en déduire que moins la personne assurée est qualifiée, moins elle pourra prétendre à des mesures de réadaptation, sous l'angle de leur nécessité<sup>193</sup>. Comme dans l'assurance-chômage, la condition de l'aptitude de la mesure à rétablir la capacité de gain suppose que la mesure proposée permette réellement à la personne atteinte dans sa santé de rétablir sa capacité de gain<sup>194</sup> ; il faut donc que la mesure lui permette d'acquérir des compétences utiles pour le marché du travail, contrairement à une mesure qui servirait à son seul épanouissement personnel. Finalement, le principe de proportionnalité est, là encore, applicable ; il doit y avoir un rapport raisonnable entre le coût

<sup>190</sup> Art. 8 al. 1 let. a LAI.

<sup>191</sup> ATF 148 V 397, c. 7.2.3 ; ATF 127 V 294, c. 4b/cc, rappelé dans TF 9C\_755/2020 du 8 mars 2021, c. 5.3. Il sera également attendu d'une personne de condition indépendante qu'elle réorganise son emploi du temps et ses activités au sein de l'entreprise, si la taille et les activités de celle-ci le permettent (TF 8C\_497/2024 du 8 avril 2025, c. 4.1.3).

<sup>192</sup> Cf. CMRPr, N 1706. Sur le droit à des mesures de perfectionnement professionnel, cf. art. 16 al. 3 let. b LAI et CMRPr, N 1306 ss. De manière générale, l'analyse de la condition de nécessité pour chaque mesure de réadaptation professionnelle est détaillée dans la CMRPr.

<sup>193</sup> Cf., pour un exemple tout à fait parlant, CJ GE, Chambre des assurances sociales, ATAS/246/2022 du 16 mars 2022. Dans cette affaire, le droit à l'aide au placement avait également été nié, le handicap de la personne assurée ne l'empêchant pas de chercher du travail.

<sup>194</sup> Dans le cas d'un assuré économiste de formation, empêché de travailler à cause de troubles psychiques l'entravant notamment dans ses relations avec ses collègues et sa clientèle, une reconversion en tant que juriste ne permet pas de lui garantir un emploi compatible avec ses limitations fonctionnelles (TF 9C\_644/2012 du 23 octobre 2012, c. 3).

de la mesure et le bénéfice attendu pour l'assurance-invalidité. S'agissant, finalement, de l'octroi de mesures d'intervention précoce, la loi indique expressément que la personne assurée ne peut se prévaloir d'un droit correspondant<sup>195</sup>.

Il n'existe ainsi pas, comme le reconnaissent les tribunaux, de droit inconditionnel à pouvoir bénéficier d'une mesure de réadaptation dans l'assurance-invalidité, ni d'une MMT dans le cadre de l'assurance-chômage<sup>196</sup>. Par ailleurs, la possibilité, pour les personnes assurées, d'orienter leur parcours de réadaptation en fonction de leurs inclinations sont assez faibles, en particulier pour les personnes actives dans des professions peu qualifiées, ce qui génère *une certaine inégalité de traitement* entre les personnes assurées.

## 2. Dans l'aide sociale

S'agissant de l'*aide sociale*, il est possible d'affirmer, de manière beaucoup plus tranchée, que la personne bénéficiaire n'a, en principe, pas de droit à des mesures d'insertion professionnelle. La majorité des législations cantonales romandes le postule expressément<sup>197</sup>. Les législations vaudoise et valaisanne sont, quant à elles, formulées de manière plus ouverte, laissant entrevoir une obligation de l'Etat<sup>198</sup>, à tout le moins de trouver un accord avec la personne bénéficiaire au sujet de la démarche d'insertion professionnelle<sup>199</sup>. Dans tous les cas, les autorités cantonales d'aide sociale ont une grande latitude dans la mise en œuvre de ces mesures, et leurs décisions ne peuvent faire l'objet que d'un seul contrôle judiciaire complet, le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral étant, s'agissant de la mise en œuvre du droit cantonal, limité à l'arbitraire.

---

<sup>195</sup> Art. 7d al. 3 LAI.

<sup>196</sup> Cf. TF 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009 ; CJ GE, Chambre des assurances sociales, ATAS/901/2004 du 19 novembre 2024.

<sup>197</sup> Cf. art. 55 al. 5 LASLP ; art. 57 al. 1 LASoc NE ; art. 26 al. 5 nLASoc FR (la loi actuelle se limite à postuler le caractère potestatif de la conclusion d'un contrat d'insertion) ; art. 26 al. 4 LIAS.

<sup>198</sup> Art. 2 LASV *cum* art. 3 al. 1 let. b de la loi vaudoise du 24 novembre 2003 sur l'organisation et le financement de la politique sociale (LOF ; RS VD 850.01).

<sup>199</sup> Cf. art. 15 ss LIAS.

## V. Evaluation et conclusion

Au terme de cette contribution, le premier constat qui s'impose est qu'*il y a très peu été question, finalement, de handicap psychique*. De fait, aucune des deux assurances sociales fédérales présentées n'a été spécifiquement conçue pour une prise en charge des atteintes à la santé psychique, et leur mise en œuvre par les tribunaux tend à soigneusement écarter tout contexte social concomitant. C'est particulièrement vrai pour l'assurance-chômage, qui ne couvre pas en soi un risque impliquant une atteinte à la santé. Quant à la loi sur l'assurance-invalidité, il ne faut pas perdre de vue qu'elle date de la fin des années 1950, époque à laquelle les incapacités de travail causées par des troubles psychiques étaient rares, et en principe limitées à des pathologies graves et facilement objectivables (retards dans le développement mental, démences, etc.). De son côté, l'aide sociale cantonale est un mécanisme d'aide lié aux besoins des personnes concernées et indépendant de la cause de ces besoins. Ainsi, il n'existe pas, actuellement, dans le corpus législatif, de dispositif spécialement dédié et adapté à l'insertion professionnelle des personnes atteintes dans leur santé psychique.

Depuis la fin des années 1990, la situation de ces dernières fait *surtout l'objet de discussions dans le cadre de l'assurance-invalidité*, d'une part parce que les rentes octroyées en raison de troubles psychiques sont en constante augmentation<sup>200</sup>, d'autre part parce que la Suisse a été pointée du doigt, par l'OCDE notamment, pour l'insuffisance des perspectives offertes aux personnes concernées, en particulier dans le monde du travail<sup>201</sup>. Parallèlement à une évolution de la jurisprudence du Tribunal fédéral censée permettre une appréciation plus fine des ressources et des possibilités de réadaptation des personnes atteintes dans leur santé psychique<sup>202</sup>, la loi sur l'assurance-invalidité a fait l'objet d'une révision destinée notamment à mieux

---

<sup>200</sup> En 2024, les maladies psychiques représentaient 53 % des cas d'invalidité (OFAS, Mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité : aperçu des activités de réadaptation menées en 2024, Fiche d'information du 2 juillet 2025).

<sup>201</sup> OCDE, Conditions de travail et gestion des maladies en Suisse, in : Mental Health and Work : Switzerland, Paris 2014.

<sup>202</sup> Pour un bref historique et des références, cf. DUPONT, 150 s.

accompagner ces personnes vers l’insertion professionnelle<sup>203</sup>. Si l’accent a surtout été mis sur les jeunes (13 à 25 ans) en étendant l’accès à certaines mesures et en prévoyant le cofinancement de programmes cantonaux destinés à accompagner leur transition vers l’emploi, quelques points de la révision concernaient spécifiquement les adultes (25 à 65 ans) atteints dans leur santé psychique (extension des prestations de conseil et de suivi, extension de la détection précoce, assouplissement des mesures de réinsertion et mise en place de la location de services)<sup>204</sup>. Il est encore trop tôt pour tirer un bilan de ces nouvelles mesures, en particulier de leur aptitude à faire le lien entre le handicap psychique et le monde du travail. Il faut toutefois s’attendre à ce que leur succès soit directement corrélé à l’existence d’emplois adaptés et, surtout, d’employeurs prêts à intégrer dans leurs équipes des personnes dont l’état de santé est à même d’impacter l’autonomie et la rentabilité.

Certains cantons n’ont pas attendu le Développement continu de l’AI pour mettre en place, dans le cadre de l’AI ou de l’aide sociale, des *programmes spécifiquement destinés aux jeunes ou aux personnes sans formation*<sup>205</sup>. Si ces programmes ne sont pas forcément réservés aux personnes atteintes dans leur santé psychique, ils sont destinés aux jeunes pour lesquels la transition vers le monde professionnel est problématique, le trouble psychique pouvant être l’une des causes de ces difficultés. L’intérêt de ces programmes est souvent lié à leur aspect interinstitutionnel et interdisciplinaire ; leur limite est de s’adresser aux jeunes dont la situation a pu être détectée.

A notre sens, si l’objectif est de favoriser au maximum l’accès des personnes atteintes dans leur santé psychique au marché primaire de l’emploi, les limites du cadre juridique actuel sont de trois ordres :

- premièrement, et en amont du panorama que nous avons dressé ici, les assurances sociales, singulièrement l’assurance-invalidité, interviennent trop tard, dans un contexte où le processus de désinsertion professionnelle est très rapide. Nous avons développé ce point dans une précédente con-

---

<sup>203</sup> Développement continu de l’AI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363).

<sup>204</sup> Pour plus de détails, cf. Message Développement continu de l’AI (note 16), 2412 ss.

<sup>205</sup> Mentionnons par exemple les programmes Andiamo, FORJAD et FORMAD dans le canton de Vaud, ou JAFA dans le canton de Genève. Neuchâtel possède également un dispositif spécifique.

- tribution à laquelle nous nous permettons de renvoyer les lectrices et lecteurs<sup>206</sup>. Cette contribution est toutefois antérieure à l'entrée en vigueur du Développement continu de l'AI, et il faut maintenant attendre de voir si, réellement, les modifications apportées permettent d'améliorer la réadaptation des personnes atteintes dans leur santé psychique ;
- deuxièmement, conséquence d'une approche de la sécurité sociale par le risque, l'insertion professionnelle est aujourd'hui trop fragmentée. Ce constat vaut naturellement pour tous les types d'atteinte à la santé, mais il est particulièrement prégnant pour les atteintes à la santé psychique, car les personnes concernées sont les plus susceptibles d'être ballottées entre les trois systèmes que nous avons présentés dans cette contribution, auxquels s'ajoute encore souvent une assurance perte de gain privée<sup>207</sup>. Pour des personnes dont les facultés cognitives sont atteintes, ou qui doivent déjà mobiliser leur énergie en vue de leur guérison psychique, se retrouver dans ce parcours, comprendre les nuances entre les exigences des trois systèmes et agir de manière adéquate sans le recours à l'aide d'une aide associative ou professionnelle, relève souvent du tour de force. En outre, la mise en œuvre, dans les dossiers individuels, de la collaboration interinstitutionnelle dépend d'abord de la politique cantonale en la matière et, ensuite, de la volonté des collaboratrices et collaborateurs des autorités concernées<sup>208</sup>. Il peut en découler un épuisement administratif qui vient souvent péjorer l'état de santé de la personne assurée, surtout s'il s'ajoute à un sentiment d'inégalité de traitement ;
  - finalement, si, dans l'administration de prestations en général, il est essentiel d'encadrer leur octroi de conditions claires pour assurer, d'une part, l'égalité de traitement entre les personnes assurées, et, d'autre part, la maîtrise des finances publiques, il faut se demander si l'approche actuelle convient aux personnes atteintes dans leur santé psychique<sup>209</sup>. En

---

<sup>206</sup> Cf. DUPONT ANNE-SYLVIE, La compensation financière de l'incapacité de travail, RDS I/2019, 37 ss, 49 ss.

<sup>207</sup> A ce sujet, voir la contribution citée en note 206.

<sup>208</sup> Sur les limites de la CII, cf. également CHAMPION.

<sup>209</sup> Les recherches conduites jusqu'ici tendent plutôt à démontrer que non (cf. GUGGISBERG JÜRG/KADERLI TABEA, Aktualisierung Evaluation der Eingliederung : Statistische Analysen IV-Neuanmeldekohorten 2008 bis 2017, Rapport de recherche

effet, chacune des assurances sociales de même que l'aide sociale sont administrées séparément, et lorsqu'il est question de réfléchir au caractère proportionné d'une mesure, soit au rapport entre son coût et le bénéfice escompté pour l'assurance, il n'est tenu compte que des intérêts de celle qui examine le droit à la mesure, sans considération pour l'économie générale qui pourrait découler de l'octroi de la prestation. Si, par exemple, une mesure est jugée trop coûteuse pour l'assurance-invalidité, elle sera refusée, sans tenir compte de ce que la personne assurée risque d'émerger à l'aide sociale, engendrant un coût supérieur pour la société dans son ensemble<sup>210</sup>.

De manière générale et dans le prolongement de ce dernier point, la mise en œuvre de la réadaptation, respectivement de l'insertion ou de la réinsertion, au moyen de critères standardisés en termes de durée, de coût et de nature des mesures proposées, sans véritablement tenir compte, ou alors de façon exceptionnelle, des souhaits de la personne assurée, n'est à notre avis pas compatible avec l'objectif de mise en capacité qui mène à cette vie autonome et responsable postulée par la Constitution fédérale. Introduire, dans ce processus, une « petite pointe »<sup>211</sup> de bienveillance, serait assurément profitable à l'ensemble de la société.

---

de l'OFAS n° 5/2023, Berne 2023 ; Conseil fédéral, Rapport du 20 décembre 2024 sur la réadaptation professionnelle dans l'assurance-invalidité).

<sup>210</sup> A ce sujet, voir encore DUPONT ANNE-SYLVIE, Exigibilité, in : Matthey/Dupont/Défago (édit.), Glossaire scientifique en l'honneur de Pascal Mahon, Neuchâtel/Bâle 2023, 135 ss.

<sup>211</sup> Par référence à la pièce de théâtre « Cuisine et Dépendances », d'Agnès Jaoui et Jean-Pierre Bacri (acte II).

## Bibliographie

BOLLIGER CHRISTIAN et al., Auflagen zur Leistungsgewährung im Rahmen der Schadenminderungspflicht der Invalidenversicherung, Rapport de recherche de l'OFAS n° 1/20, Berne 2020.

CHAMPION CYRIELLE, Collaboration interinstitutionnelle, in : Bonvin/Hugentobler/Knöpfel et al. (dir.), Dictionnaire de politique sociale suisse, Zurich 2020 (DOI : <https://doi.org/10.33058/seismo.20729>).

DUPONT ANNE-SYLVIE, La « pantomime des gueux » : de la cour des miracles à la Cour des assurances sociales, in : Bernard/Hertig Randall/Bovet/Flückiger (édit.), Le droit au service de l'humanité. Mélanges en l'honneur de Michel Hottelier, Genève/Zurich 2023, 147 ss.

HUMMER BETTINA/DUTOIT FABIEN, L'employeur en droit social : Développement continu de l'AI et d'autres nouveautés, RSAS 1/2023, 3 ss.

KIESER UELI, Die Koordination von Taggeldern der Arbeitslosenversicherung mit Taggeldern anderer Sozialversicherungszweige, DTA (2012), 217 ss.

KUPFER BUCHER BARBARA, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Arbeitslosenversicherung (AVIG), 6<sup>e</sup> éd., Zurich 2025.

LOCATELLI SILIVA/DUDING LAURENT, De la CII à un projet global d'intégration professionnelle, CHSS 3/2017, 19 ss.

MARTENET VINCENT/DUBEY JACQUES (édit.), Constitution fédérale. Commentaire romand, Bâle 2021 (cité : CR Cst.-AUTEUR/AUTEURE).

MICHALAK KATARZYNA, La protection du handicapé mental en droit de la sécurité sociale. Etude de droit international et comparé (droit européen, polonais et suisse), thèse Genève, Genève/Zurich 2012.

PÄRLI KURT/PETRIK ANDREAS, Arbeit, Krankheit, Invalidität. Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte, 2<sup>e</sup> éd., Berne 2024.

RUBIN BORIS, Assurance-chômage et service public de l'emploi, Zurich 2019 (cité : *Commentaire*).

RUBIN BORIS, Assurance-chômage. Manuel à l'usage des praticiens, Genève/Zurich 2025 (cité : *Manuel*).

SCHNEIDER JACQUES-ANDRÉ, La détection et l'intervention précoce au service de la réadaptation : les premiers résultats de l'Accord paritaire genevois, RSAS numéro spécial 1/2016, 671 ss.

SCHNEIDER JACQUES-ANDRÉ/STÜCKELBERG VIJVERBERG BÉATRICE, LAI, Perte de gain maladie et LACI : quel suivi individualisé pour l'assuré ?, in : Kahil-Wolff/Simonin (édit.), La 5<sup>e</sup> révision de l'AI, Lausanne 2009, 69 ss.

STUDER MÉLANIE et al., Travailler aux conditions de l'aide sociale – Rapport final, Bâle/Lucerne 2020.

VALTERIO MICHEL, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI). Commentaire, Genève/Zurich 2018.

WIZENT GUIDO, Sozialhilferecht, 2<sup>e</sup> éd., Zurich/Saint-Gall 2023.

# Accord paritaire genevois : un état des lieux

*Nicolas Rufener\**

## Table des matières

I.	Contexte	191
A.	Introduction à l'industrie de la construction	191
B.	Constat	192
C.	Opportunités	194
D.	Un accord pionnier et novateur	195
II.	Objectifs	196
III.	Instruments	197
IV.	Avantages	200
V.	Quelques données chiffrées	200
VI.	Présentation de deux cas concrets	205
VII.	Conclusions	206

## I. Contexte

### A. Introduction à l'industrie de la construction

L'industrie genevoise de la construction connaît une organisation très structurée, servie par un partenariat social extrêmement vivace, dynamique et créatif. Cela contribue à des conditions de travail exemplaires et un soutien particulièrement marqué pour les personnes actives sur les chantiers, comme pour les entreprises. Fortement teintés par la réalité d'une main-d'œuvre très cosmopolite et essentiellement étrangère (plus de 70 nationalités sur les

---

\* Secrétaire général de la Fédération genevoise des métiers du bâtiment (FMB).

chantiers genevois), le plus souvent non-francophone, les échanges entre organisations patronales et syndicales ont depuis longtemps quitté le seul terrain des rémunérations pour s'intéresser à d'autres composantes des conditions de travail. Ils prennent désormais également en compte, notamment, la pénibilité du travail, mais aussi les risques accrus d'atteinte à la santé et les incapacités de travail plus fréquentes du fait de la parfaite santé physique indispensable à l'exercice des professions concernées.

Concrètement, dans le canton de Genève, les métiers de la construction sont organisés en associations professionnelles auxquelles s'affilient les entreprises, alors que la main-d'œuvre est représentée par des syndicats, actuellement au nombre de trois (SIT, SYNA, UNIA). Les activités sont schématiquement regroupées au sein du Gros œuvre (maçonnerie, génie civil, structure des bâtiments), du Second œuvre (aménagements intérieurs et habillage du bâtiment) et de la Métallurgie du bâtiment (technique, fluides, énergies), qui ont chacun leur propre organisation paritaire (partenaires sociaux spécifiques, conventions collectives de travail, caisses de pension, etc.).

Par ailleurs, les associations professionnelles sont pour la plupart (18 d'entre elles) membres de la Fédération genevoise des métiers du bâtiment qui représente plus de 1'400 entreprises, employant 12'000 personnes qualifiées et formant un millier de jeunes en apprentissage. Elle bénéficie ainsi d'une forte représentativité.

## B. Constat

En matière d'invalidité, il convient tout d'abord de rappeler que si l'assurance-invalidité fédérale (LAI) fonctionne comme une sorte de premier pilier, l'essentiel de la charge financière compensatoire du revenu perdu est fourni par le deuxième pilier (LPP).

Or, depuis la fin des années 1990, l'invalidité pesait lourdement sur le deuxième pilier dans les métiers du bâtiment, connus pour leur pénibilité, leur dangerosité, la fréquence des incapacités de travail et le taux croissant de personnes invalides. Cela valait tout particulièrement pour les métiers les plus exposés comme la maçonnerie ou le génie civil, le carrelage, la plâtrerie-

peinture, l'étanchéité, ou l'électricité. Dans le même temps, les effectifs avaient diminué de plus de moitié entre la fin des années 80 et le début des années 90, et n'avaient d'ailleurs que peu réaugmenté depuis lors.

Ainsi, selon les chiffres de la Caisse paritaire de prévoyance de l'industrie de la construction (CPPIC), qui concernent le Gros œuvre (maçonnerie et génie civil), soit plus d'un tiers des emplois totaux pour le secteur, le nombre de personnes invalides était passé de 149 en 1989 à 906 en 2003, soit une hausse de plus de 508 %, alors que sur la même période, le nombre d'actifs avait diminué de 61,8 %, passant de 9'078 à 3'468.

Les importants progrès accomplis en matière d'hygiène et de sécurité avaient certes permis d'atténuer cette charge croissante, mais pas de l'endiguer. C'est d'autant plus vrai que si c'est d'abord le Gros œuvre qui avait été impacté, cette tendance s'était ensuite propagée vers le Second œuvre et les Métiers techniques. De même, le renouvellement des effectifs, avec une pyramide des âges relativement plus fournie dans les premières tranches, que la mise en place progressive de retraites anticipées dans toutes les professions du secteur avait contribué à renforcer, avait certes pu atténuer le phénomène, mais nullement le stopper. L'évolution des causes d'incapacité de travail puis, le cas échéant, d'invalidité, avec la survenance plus fréquente de cas dits « psychologiques » (une pathologie pouvant dès lors aussi succéder ou s'ajouter à une autre) avait d'ailleurs amené la tendance inverse.

Face à cette situation, plusieurs remèdes étaient possibles, dont deux principaux. La solution de facilité consistait à simplement augmenter les cotisations au deuxième pilier, pour financer les prestations croissantes en matière d'invalidité. On connaît bien cette pratique qui, y compris en matière de prévoyance professionnelle, ne fait en général et malheureusement que repousser l'échéance, les mêmes difficultés resurgissant le plus souvent quelques années plus tard.

L'autre façon de procéder était de s'attaquer aux causes du problème, avec la mise sur pied d'une prise en charge rapide des cas d'incapacité permettant en particulier de maintenir sur le marché du travail certaines personnes menacées d'invalidité.

Les constats suivants ont été faits :

- les métiers du bâtiment demeurent proportionnellement beaucoup plus touchés que d’autres secteurs par l’invalidité, en raison notamment des activités physiquement lourdes concernées ;
- il manque une prise en charge rapide des atteintes physiques, ce qui engendre souvent des suites psychiques (dépressions, troubles somatoformes douloureux, etc.), qui ne sont pas nécessairement prises en charge pour l’octroi d’une rente AI, en particulier lorsque ces troubles sont liés à une désinsertion professionnelle, à des problèmes sociaux ou culturels ;
- les problèmes de langue (fort taux de population immigrée) et de formation initiale (absence de diplôme professionnel), souvent constatés dans les métiers du bâtiment, nécessiteraient des réponses spécifiques en matière de formation et de reconversion professionnelles ;
- l’essentiel des entreprises sont des très petites PME.

Partant de ces constats, il est vite apparu qu’une organisation au niveau du domaine professionnel spécifique serait susceptible d’apporter une plus grande réactivité et efficacité aux mesures de réinsertion et de réadaptation.

La problématique concernant finalement l’ensemble des métiers du bâtiment, c’est à la FMB qu’est revenue la tâche de piloter la mise en place de cette véritable solution de branche propre au secteur de la construction.

## C. Opportunités

On l’a dit, les métiers du bâtiment genevois bénéficient d’une organisation paritaire très structurée et éprouvée, fortement représentative. Toutes les professions sont au bénéfice de conventions collectives de travail (CCT) qualifiées de modernes et attrayantes car elles offrent et imposent des conditions de travail de très haut niveau. A ce titre, on peut citer :

- un salaire minimum pour un poste qualifié, complété d’indemnités journalières (ou panier), qui avoisine le salaire médian genevois du secteur privé et n’a pas d’équivalent ailleurs dans le secteur secondaire, même dans les domaines à très forte valeur ajoutée comme l’horlogerie ;

- une forte valorisation du travail qualifié ;
- de très importants efforts de formation de base et continue tout au long de la vie professionnelle (y compris par la validation des acquis) ;
- la prise en compte de l’usure physique liée à des métiers exigeants avec la possibilité de retraites anticipées à 60, 61, 62 ans au bénéfice d’un financement *ad hoc* ;
- des contrats collectifs d’assurance perte de gain maladie et des institutions sociales (caisses de compensation) propres aux métiers du bâtiment.

A cela s’ajoute que, de par la spécificité de ces professions, l’assurance-accidents obligatoire (LAA) est forcément (monopole de droit) prise en charge par la Suva qui agit comme caisse unique.

Tous les acteurs potentiels, en nombre relativement limité, étaient donc identifiables et facilement mobilisables pour rechercher de concert des solutions pragmatiques, viables et pérennes.

Si les premières discussions et réflexions à ce sujet ont été initiées au début des années 2000, l’entrée en vigueur, en 2008, de la cinquième révision de la loi fédérale sur l’assurance-invalidité (LAI) a représenté, en quelque sorte, la validation politique de ces travaux. Cette réforme prévoit en effet précisément des mesures favorisant la réinsertion professionnelle par le biais de la détection et de l’intervention précoce ; la rente d’invalidité devient ainsi l’*ultima ratio*, à laquelle le retour en emploi doit être largement préféré, si possible dans l’activité antérieure, qui sera le cas échéant adaptée, ou à défaut dans une nouvelle activité.

## D. Un accord pionnier et novateur

Après plus de deux ans et demi de travaux, l’Accord paritaire genevois (ci-après : Accord) a pu être finalisé et signé en février 2009. Cet accord, qui institue un véritable système de soutien en entreprise et de réinsertion pour les métiers du bâtiment, réunit les associations patronales, les associations de personnes salariées, l’Office cantonal de l’assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), les assureurs perte de gain maladie parties aux contrats

collectifs conclus dans le cadre des conventions collectives de travail, ainsi que la Suva.

Même s'il reste un cas relativement isolé en Suisse, l'Accord est régulièrement salué par différents partenaires (Office fédéral des assurances sociales, INSOS – association de branche des prestataires de services pour les personnes en situation de handicap) et a connu des répliques, notamment dans le canton de Vaud.

## **II. Objectifs**

Les objectifs de l'Accord sont les suivants :

- déceler les situations d'incapacité de travail durable et potentiellement invalidante des personnes actives dans les métiers du bâtiment, encore en activité et sous contrat de travail ;
- intervenir rapidement et de manière concertée ;
- accélérer la réadaptation professionnelle étendue des personnes assurées, notamment en facilitant le passage des mesures médicales aux mesures professionnelles ;
- rechercher, si les circonstances individuelles le permettent, la possibilité de maintenir la personne assurée au sein de l'entreprise ;
- assurer une réinsertion durable des personnes assurées ;
- développer un système spécifique de soutien professionnel en entreprise et de réinsertion pour les métiers du bâtiment ;
- améliorer l'information des personnes assurées et leur participation aux mesures d'intervention précoce et de réinsertion ou de réadaptation professionnelles ;
- soutenir les personnes assurées et les parties employeuses dans leurs démarches administratives par le biais d'une organisation de branche.

L'Accord est applicable aux entreprises membres des associations professionnelles signataires couvertes par les contrats collectifs d'assurance perte de gain maladie (les entreprises membres non couvertes peuvent y adhérer individuellement), ainsi qu'à l'ensemble de leur personnel, de même qu'aux membres des syndicats signataires bénéficiaires desdits contrats collectifs. Surtout, l'Accord prévoit une participation active des personnes assurées à la procédure, avec, comme corollaire, un droit à l'information, dont la charge incombe en premier lieu aux assureurs perte de gain et à la Suva. Avant d'engager des mesures, les assureurs doivent si nécessaire demander une procuration à la personne assurée, dont la portée est limitée aux seuls échanges des dossiers.

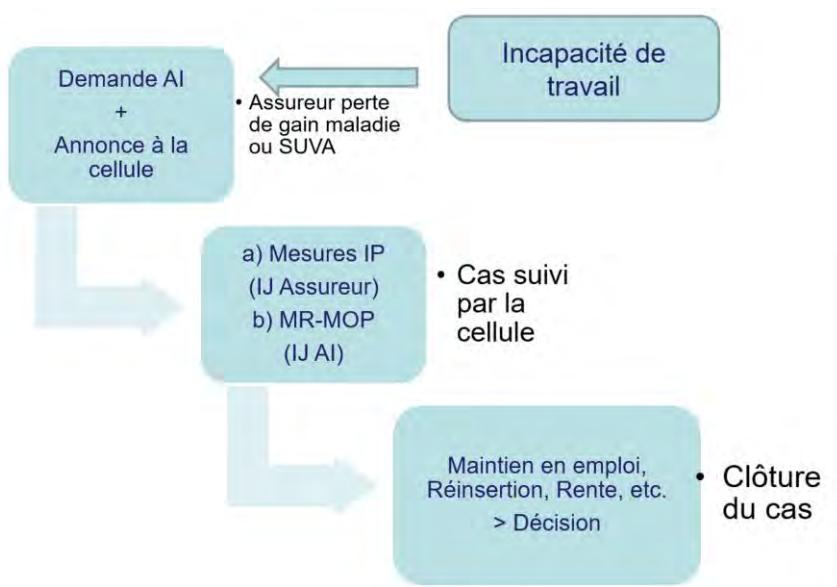
La collaboration des parties employeuses est aussi naturellement requise. En particulier, ces parties s'engagent aux côtés des associations professionnelles à examiner la possibilité de maintien de la personne assurée en entreprise et à favoriser la réinsertion des personnes issues des métiers du bâtiment.

### **III. Instruments**

Concrètement, pour gérer au plus vite les absences qui pourraient déboucher sur une incapacité de travail durable, le processus commence par une analyse des situations qui se concrétise par une première évaluation aussi rapide que possible (comprenant au moins un contact direct avec la personne assurée) pour distinguer les cas bagatelles de ceux complexes qui justifieront des mesures de soutien en entreprise, d'intervention précoce, de réinsertion ou de réadaptation. Une prise en charge rapide est ainsi assurée.

Dans les cas complexes, la constitution des dossiers à destination de l'OAI s'effectue dans les meilleurs délais, en collaboration tant avec l'employeur qu'avec la personne assurée. C'est cet office qui demeure compétent pour mettre en œuvre les mesures de détection précoce prévues par la législation fédérale.

Ces cas complexes sont communiqués à une cellule d'analyse qui comprend les partenaires à l'Accord. C'est cette cellule qui est formellement saisie des cas à traiter, le plus souvent par les assureurs perte de gain qui vérifient en parallèle que la demande AI a bien été déposée. Par ce biais, le traitement au sein de l'OAI bénéficie d'un aiguillage privilégié et, dès lors, d'un traitement diligent. Conformément aux prescriptions légales applicables, celui-ci débute par d'éventuelles mesures d'intervention précoce, puis, le cas échéant, de réinsertion ou de réadaptation professionnelles (adaptation du poste de travail, cours de formation, placement, orientation professionnelle, réadaptation socioprofessionnelle, mesures d'occupation, mesures d'ordre professionnel, etc.).



Sur le plan financier, l'Accord comprend deux volets, à savoir d'une part le maintien des indemnités journalières de l'assurance perte de gain pendant une année si l'interruption de travail est justifiée (pas d'exigibilité d'une activité adaptée à 100 %), sauf prise de relais plus rapide par l'AI, et d'autre part un financement *ad hoc* des mesures ordonnées par l'AI au-delà de son budget initial (CHF 5'000), à raison de CHF 2'500 par les commissions paritaires ; s'il reste un solde à couvrir, il sera assumé par les assureurs perte de gain à concurrence d'un maximum de CHF 10'000.

S'agissant des mesures ordonnées par l'AI, certaines sont développées spécifiquement pour les métiers du bâtiment, par exemple en matière de *coaching*, d'évaluation, mais aussi dans l'enseignement des langues ou le dessin assisté par ordinateur.

Durant tout le temps de traitement des cas, tant l'assureur perte de gain que l'AI gardent un contact régulier avec la personne en incapacité de travail, mais aussi avec l'entreprise.

Enfin, l'échange des dossiers est prévu, en particulier dès réception par l'OAI de la procuration. Toutefois, les assureurs perte de gain s'engagent à ne pas utiliser les données recueillies dans le cadre du processus découlant de l'Accord pour des contrats d'assurance individuels, sauf procuration spécifique. Ainsi, seules les indications relatives à la durée de l'incapacité et à l'aptitude à exercer les tâches professionnelles peuvent être transmises aux employeurs. La confidentialité est donc garantie.

L'Accord vient naturellement en complément de conventions nationales liant certains partenaires.

Il est encore à préciser que les personnes assurées domiciliées en France sont dûment prises en charge<sup>1</sup>, contrairement aux personnes assurées domiciliées dans d'autres cantons. Si le cas fait l'objet d'un contentieux judicaire (contestation des décisions prises), la cellule d'analyse cesse de s'en occuper.

---

<sup>1</sup> Si leur contrat de travail se termine et qu'elles s'inscrivent au chômage en France, elles perdent toutefois une partie importante de leurs droits vis-à-vis de l'assurance-invalidité.

## **IV. Avantages**

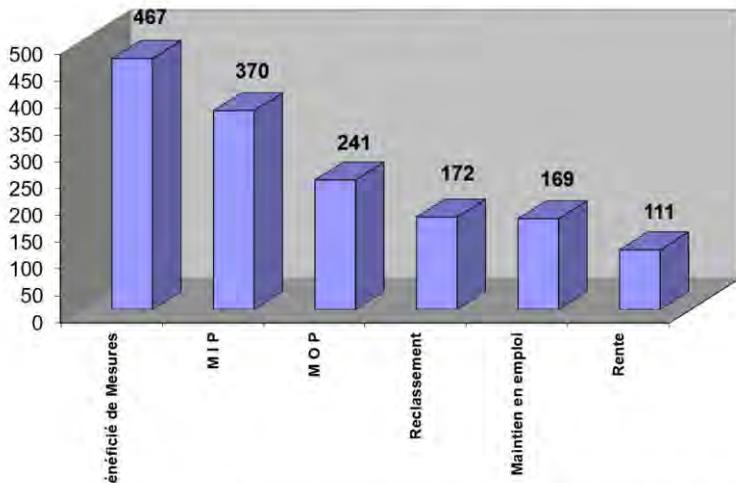
Cette solution offre de nombreux avantages pour les différents partenaires signataires :

- pour les assureurs perte de gain privés et la SUVA, cela permet de déceler et annoncer rapidement les cas pour une prise de relais par l’AI ;
- pour les associations professionnelles, c’est la garantie du soutien financier de l’AI pour favoriser le maintien en poste et la réinsertion professionnelle, dans un système spécifique à la branche ;
- pour les syndicats, cela permet une intervention et un soutien actif de la personne dans la gestion courante de sa situation ;
- pour l’assurance-invalidité, c’est l’opportunité d’exploiter au mieux les instruments de la cinquième révision de la LAI et des révisions subséquentes ;
- pour les entreprises, cela permet de favoriser la conservation d’une main-d’œuvre qualifiée de qualité, motivée, permettant de préserver des savoir-faire en entreprise ;
- pour la main-d’œuvre, finalement, le maintien du lien vis-à-vis de personnes souvent étrangères, peu intégrées, manquant de réseaux et d’appuis, pour qui les méandres administratifs peuvent se révéler des difficultés rédhibitoires en l’absence de soutien, est fondamental. D’ailleurs, prenant en compte cette réalité, les signataires de l’Accord ont rédigé un dépliant explicatif justement traduit dans plusieurs langues.

## **V. Quelques données chiffrées**

Entre 2009 et 2024, à raison de onze séances par année, 825 cas ont été annoncés (soit environ cinq nouveaux cas lors de chaque séance), dont 99 ne remplissaient pas les conditions d’éligibilité. 678 ont vu leur traitement se terminer (reprise d’emploi, poste adapté, réorientation, rente, chômage, etc.) et une cinquantaine sont en traitement par la cellule d’analyse.

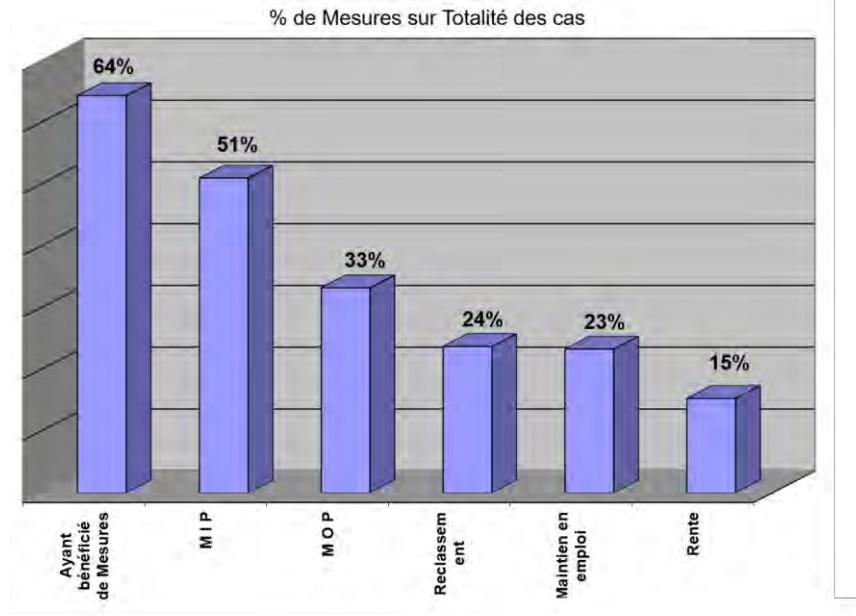
## Situation des dossiers "Rôle + Clôturés"



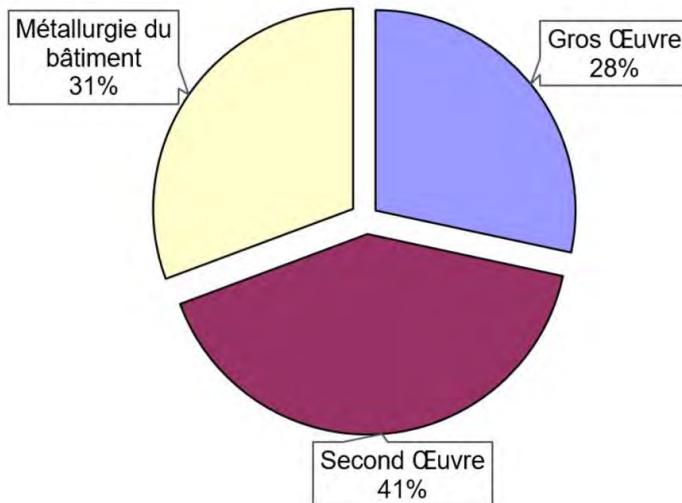
En ce qui concerne les rentes, il y a parfois un octroi de rente partielle avec maintien en emploi

*Office cantonal des assurances sociales – Assurance-invalidité*

Concernant les cas clôturés ou encore en examen, 467 d'entre eux ont bénéficié de mesures d'intervention précoce, 370 de mesures d'ordre professionnel, 172 d'un reclassement professionnel, 169 d'un maintien en emploi et 111 d'une rente (partielle ou totale). L'évolution au cours des années est relativement linéaire. Les cas concernent très majoritairement des incapacités de travail dues à la maladie.

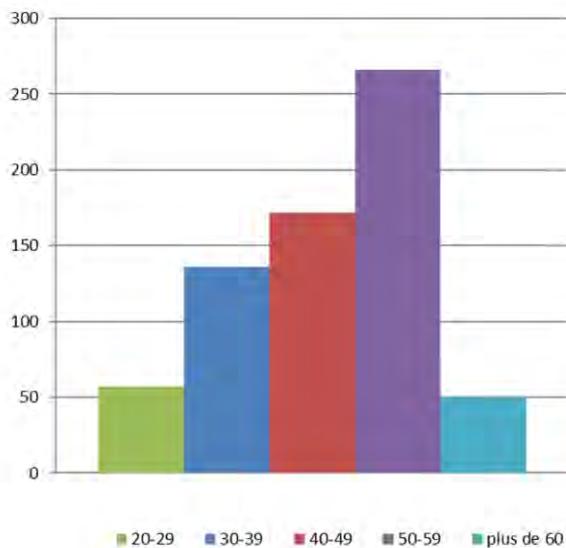


Le coût moyen des mesures d'intervention précoce est de CHF 6'526 par cas.



*Office cantonal des assurances sociales – Assurance-invalidité*

La répartition entre secteurs est de 28 % pour le Gros œuvre, 41 % pour le Second œuvre et 31 % pour les Métiers techniques.



*Office cantonal des assurances sociales – Assurance-invalidité*

La répartition des personnes prises en charge selon leur âge montre une part prépondérante des 50 à 59 ans (plus de 2/5<sup>e</sup>) et une part à peine supérieure pour le cumul des tranches 30-39 ans et 40-49 ans (avec une cohorte légèrement plus importante dans la dernière catégorie).

## VI. Présentation de deux cas concrets

Le premier cas concerne Monsieur M., âgé de 28 ans, maçon non qualifié (classe de salaire B), qui souffre de problèmes cardiaques importants l'empêchant de poursuivre une activité physique lourde et justifiant un arrêt de travail. La cellule d'analyse est saisie de cette situation le 18 février 2017 et des mesures d'intervention précoce sont rapidement mises en place, débouchant sur une orientation de quatre semaines en atelier permettant de développer, puis valider un projet professionnel dans l'horlogerie. En prévision de cette formation, des cours de français et d'arithmétique sont proposés. La formation de posage-emboîtage commence en juillet 2017 et dure un mois, à la suite de quoi un stage pratique en entreprise débute en octobre 2017. Durant cette première phase, la planification et le financement des mesures sont assurés par la cellule d'analyse, les indemnités journalières continuent d'être versées par l'assurance perte de gain maladie et l'AI se charge de stimuler la motivation de l'assuré. A l'issue de cette première phase, il est décidé de poursuivre la formation car les conditions d'un reclassement AI sont remplies, et celle-ci se termine ainsi en juin 2019. L'AI offre encore son aide pour la recherche d'un emploi avec possibilité de verser une allocation d'initiation au travail (AIT), et un contrat de travail est finalement signé. Lors de cette seconde phase, le financement des mesures et les indemnités journalières sont intégralement pris en charge par l'AI.

Le second cas est celui de Monsieur E., âgé de 40 ans, électricien qualifié, qui souffre de problèmes cervicaux et est en incapacité de travail justifiée à 100 % dans son poste actuel. La demande AI a lieu en avril et il est rapidement reçu avec l'objectif de rechercher une solution auprès de la structure qui l'emploie. Le cas est annoncé à la cellule d'analyse en septembre et le constat est immédiatement fait que les conditions d'un reclassement sont remplies, le projet de technicien en électricité répondant aux compétences de l'assuré et aux besoins de l'employeur. La formation comprend une partie pratique en entreprise et des cours théoriques à l'extérieur. Le salaire est maintenu durant la formation, et le financement de l'AI pour les mesures ainsi que les indemnités journalières sont versés directement à l'employeur. Grâce à cette solution, l'entreprise conserve le savoir-faire de son employé, maîtrise le coût de la formation et assume une responsabilité sociale, alors que l'assuré peut

poursuivre une activité adaptée à ses problèmes de santé, à 100 %, avec le maintien de son salaire. Cerise sur le gâteau : durant toute cette période, il n'y a aucune carence de cotisations sociales (AVS, LPP, etc.).

## VII. Conclusions

Plus de quinze ans après son adoption, il peut être constaté que l'Accord paritaire genevois répond admirablement aux différents défis qui se présentaient avant sa conclusion.

Les partenaires assument pleinement leurs rôles et responsabilités en collaborant pour favoriser la réinsertion professionnelle et le meilleur suivi des personnes concernées.

Par le biais du travail, les personnes retrouvent une capacité de gain, leurs compétences sont valorisées, elles conservent leur identité et dignité. La gestion très humaine du personnel dans les PME du bâtiment garde tout son sens et s'en retrouve renforcée.

Les rentes deviennent plus rares, l'intégration sociale par le travail perdure, la charge sur les assurances sociales (AI et LPP) demeure contenue dans des proportions acceptables.

D'ailleurs, un intéressant rapport d'évaluation de l'Accord paritaire genevois commandé par l'OFAS en 2017 conclut à l'atteinte de la majorité des objectifs<sup>2</sup>.

Tout au plus peut-on regretter quelques difficultés de dialogue avec le monde médical, qui s'abrite un peu facilement derrière le secret médical et manque parfois de célérité dans la transmission des dossiers.

---

<sup>2</sup> OFAS, Aspects de sécurité sociale, Rapport dans le cadre du troisième Programme de recherche pluriannuel sur l'assurance invalidité (PR-AI3), Evaluation de l'accord paritaire genevois, Rapport de recherche n° 6/17.

L'Accord, aujourd'hui plus performant que jamais, montre ainsi la voie en matière de partenariat social en Suisse et apporte, face aux enjeux de prévention de l'invalidité, de maintien en emploi et d'allègement de la charge financière de l'assurance-invalidité, des solutions concrètes, efficaces et agissant de manière intégrée sur l'ensemble des niveaux concernés.

Stéphanie Dagron / Anne-Sylvie Dupont / Karine Lempen

## **Handicap psychique, travail et protection sociale**

Cet ouvrage collectif réunit les contributions présentées lors du colloque « Handicap psychique, travail et protection sociale », qui s'est tenu le 7 novembre 2025 à l'Université de Genève.

La protection sociale et le travail décent sont des piliers de la promotion et de la réalisation de la justice sociale et de l'équité. Quels sont les enjeux et défis de cette promotion à travers la protection sociale pour les personnes souffrant d'un handicap psychique ? Comment inclure ces personnes dans le monde du travail ? Afin de répondre à ces délicates questions, au cœur du colloque susmentionné, les différents chapitres de ce livre définissent le « handicap psychique » sous l'angle de la médecine, de la psychologie et du droit, analysent les attentes en termes de protection sociale et du travail décent et examinent les conditions de réalisation de la justice sociale dans le monde du travail.

L'ouvrage met plus particulièrement en évidence les obligations incombant aux Etats en termes de protection sociale et sur le plan de l'égalité des chances dans les rapports de travail. Il présente la façon dont ces obligations sont mises en œuvre au niveau international et de l'Union européenne, en France et en Suisse. Le cadre juridique suisse dans lequel s'inscrit la réinsertion professionnelle des personnes avec un trouble psychique fait l'objet d'explications détaillées. L'accent est mis sur les récentes réformes législatives à même d'améliorer l'insertion des travailleuses et travailleurs avec un handicap psychique ainsi que sur la nécessité d'une collaboration efficace entre de multiples acteurs (entreprises, établissements de santé, assurances, aide sociale, etc.). Afin de donner un exemple d'une telle collaboration, le dernier chapitre présente les expériences novatrices réalisées dans les métiers du bâtiment à Genève.

L'ouvrage est édité par Stéphanie Dagron, Anne-Sylvie Dupont et Karine Lempen, professeures à la Faculté de droit de l'Université de Genève et co-directrices du Pôle Berenstein pour le droit du travail et de la sécurité sociale.

