

Handicap et travail

Colloque de l'Institut national de médecine agricole (INMA)

Tours, 31 janvier 2014

EN
RÉSUMÉ

AUTEURS :

A. Schaller, département Études et assistance médicales, INRS et S. Darbéda, interne en médecine du travail

Des évolutions législatives majeures, en particulier la loi du 11 février 2005, ont modifié le statut de travailleur handicapé. Lorsqu'un problème de santé affecte durablement la capacité de travail d'une personne, des dispositifs sont prévus pour son insertion et la prévention de sa désinsertion professionnelle. Il existe de nombreuses structures répondant à des besoins spécifiques sociaux, médicaux, professionnels. Les progrès thérapeutiques permettent de travailler avec des maladies chroniques, de plus en plus fréquentes. Les personnes handicapées sont fragiles dans le monde du travail, pas forcément en raison de leur déficience, le plus souvent invisible, mais parce que leur place sociale est difficile à trouver et à maintenir.

MOT CLÉ

Handicapé

Le fil conducteur de cette journée était le dépassement du handicap, particulièrement en situation de travail.

LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005 EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

V. Bouillard, directrice de la Maison départementale des personnes handicapées, Tours

L'intervenante rappelle les évolutions législatives françaises les plus importantes en termes d'emploi du travailleur handicapé (TH) à travers quelques dates.

En 1923, les emplois réservés aux mutilés de la Grande Guerre constituent la première discrimination positive.

En 1957, la loi introduit le terme de « travailleur handicapé », étendu aux accidentés du travail, et officia-

lise les Centres d'aide par le travail (CAT) et les ateliers protégés. En 1975, sont créées les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et la politique de l'emploi intègre l'insertion professionnelle des TH. L'allocation adulte handicapé (AAH) est mise en place pour protéger la personne handicapée.

La loi en faveur des personnes handicapées de 1987 instaure un quota d'obligation d'emploi des TH de 6 % pour les entreprises de 20 salariés et plus. Elle crée l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH) qui perçoit les contributions des entreprises ne remplissant pas cette obligation.

La loi du 11 février 2005

Elle porte sur « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Elle précise leurs droits fondamentaux et donne une définition du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi,

toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Les trois précédentes catégories de handicap (A, B, C) disparaissent au profit de la reconnaissance de la lourdeur du handicap. Dans cette définition extrêmement large et intéressante, au-delà de la pathologie, les conséquences dans la vie quotidienne et professionnelle de la personne sont prises en compte, notamment la durée de la perte d'autonomie. Les pathologies psychiques y sont incluses, ce qui accroît le nombre de personnes reconnues handicapées en France : 2,5 millions aujourd'hui. Parmi les TH, 56 % ont des handicaps moteurs, 13 % sensoriels, 9 % psychiques ou intellectuels, 22 % ont des maladies invalidantes. La loi se base sur 3 grands principes :

- Le principe d'accessibilité pour tous est réaffirmé. Les établissements existants recevant du public et les transports collectifs ont dix ans pour se mettre en conformité avec la loi. À noter qu'aujourd'hui l'objectif est encore loin d'être atteint, avec à peine 15 % des établissements mis aux normes. (NDLR : en février 2014, le gouvernement vient de reporter l'obligation de 3 à 9 ans suivant le type d'établissement).

capée... Pour le TH, la compensation passe autant par des adaptations techniques du poste (amélioration des accès, changement de machine ou d'outillage...), que par la formation, l'accompagnement ou encore l'aménagement des horaires. La loi renforce également l'obligation d'emploi et augmente le montant de la contribution annuelle à l'AGE-FIPH en cas de non-respect des 6 %. Elle étend au secteur public le principe de contribution et crée le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique (FIPHFP).

- La loi instaure l'existence de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sous la direction du Conseil régional. Véritable guichet unique, la MDPH regroupe tous les organismes intervenant dans la prise en charge du handicap. C'est un lieu d'accueil et d'accès aux droits. Les CAT deviennent des établissements et services d'aide par le travail (ESAT). En 2009, la révision de l'allocation adulte handicapé (AAH) est la première étape d'une réforme qui vise à reconnaître l'employabilité plutôt que l'incapacité. Elle favorise l'insertion professionnelle en milieu ordinaire en facilitant l'accès aux avantages offerts par la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et l'orientation professionnelle.

ACCOMPAGNER LES SALARIÉS PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ

M. Gagey, directeur de l'Institut national de médecine agricole (INMA), Tours

L'intervenant rappelle que seuls 15 % des handicaps sont congénitaux ou acquis dans l'enfance et que, contrairement aux idées reçues, la

majorité des handicaps est acquise au cours de la vie professionnelle. Dans sa vie active, une personne sur deux devra faire face à une situation de handicap, qu'elle soit durable ou réversible, reconnue ou non. Quatorze pour cent de la population active ont eu un problème de santé dans les 6 derniers mois ayant une répercussion sur le travail (d'accès ou de maintien). Vingt-quatre pour cent de la population active peuvent être considérés comme handicapés au sens large*.

La question du maintien dans l'emploi est primordiale, puisqu'après un arrêt maladie de 6 mois, 50 % des personnes ne reprennent pas leur travail à temps complet ; dans le cas des lombalgies chroniques, après 12 semaines d'arrêt maladie continu, 60 % ne reprennent pas leur activité.

La dynamique d'accompagnement de la personne handicapée se déroule en quatre étapes :

- le signalement de l'événement ayant conduit au handicap, signalement effectué soit par le salarié, l'entreprise, les professionnels de santé ou par une structure de prise en charge ;
- le diagnostic de la situation professionnelle pouvant se faire lors de la visite de pré-reprise (évaluation d'aptitude et recherche de solution) ou de reprise (définition de l'aptitude et propositions de solution pour le maintien dans l'emploi), ou lors de l'instruction du dossier de travailleur handicapé par la MDPH ;
- l'analyse de la solution qui constitue le moment de s'interroger sur le maintien au poste et dans l'entreprise et le maintien dans l'employabilité ;
- l'intervention avec action sur le poste de travail (aménagement de poste, étude ergonomique...), sur le temps de travail ou l'orientation de travail.

** personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative, personnes non reconnues administrativement, ayant au moins un problème de santé durable accompagné de difficulté(s) durable(s) vis-à-vis de la vie quotidienne ou de limitations vis-à-vis du travail (durable : d'une durée d'au moins 6 mois).*

Lors de la survenue d'une situation de handicap, la personne touchée peut passer par différents stades qui constituent une boucle de négociation intérieure : le déni, la révolte, la résistance et la colère, la culpabilité, l'abattement et la dépression, la négociation et la résignation et enfin la reconstruction. L'accompagnement est nécessairement multidisciplinaire, il doit se mettre en place le plus rapidement possible (il faut ANTICIPER), il doit être adapté à la situation psychomédico-sociale de la personne en difficulté. Une « ingénierie » de l'accompagnement est mobilisée par des dispositifs aguerris mais aussi par des espaces de créativité. La prévention de la désinsertion professionnelle pour raisons de santé ou de handicap passe par le partage des compétences et la communication entre les différents intervenants.

INSERTION ET PRÉVENTION DE LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE. POLITIQUES ET MISSIONS INSTITUTIONNELLES

N. Breuillet, Handi Emploi Touraine, J.M. Canonici, Pôle Emploi Centre, S. Jean, Cap Emploi 37 et C. Pean, AGEFIPH Centre

Est considéré comme TH « 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 » (art. L. 5213-1 du Code du travail). Lorsqu'un problème de santé, présent à la naissance ou acquis au cours de la vie, affecte durablement la capacité de travail d'un individu, un ensemble de dispositifs existe afin d'aider les médecins du travail à maintenir dans l'emploi le

TH. De nombreuses structures sont là pour répondre à des besoins spécifiques sociaux, médicaux, professionnels ou locaux.

En premier lieu, la MDPH a pour mission l'accueil, l'information, l'aide à la définition du projet de vie de la personne handicapée, l'évaluation des besoins de compensation et l'attribution des prestations. En terme d'insertion professionnelle, la MDPH attribue la RQTH après avis de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire (Pôle Emploi, Cap Emploi, Caisse d'assurance retraite et de santé au travail [CARSAT], Caisse de mutualité sociale agricole [CMSA], Caisse primaire d'assurance maladie [CPAM]...) afin d'orienter la personne handicapée vers le milieu ordinaire ou protégé, vers les centres de rééducation professionnelle (CRP) ou les ESAT.

L'AGEFIPH, dont le statut est une association « loi 1901 », favorise l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises privées. En 2012, les entreprises assujetties lui ont versé 475 millions d'euros, ce qui permet, entre autres, de financer des prestations, tels les études préalables à l'aménagement et l'adaptation des situations de travail (EPAAST), les prestations ponctuelles spécifiques (PPS), les conseils de spécialistes du handicap, les aides à l'aménagement, à la formation... L'AGEFIPH se charge également de la reconnaissance de la lourdeur du handicap depuis 2011. Depuis 2006, le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique (FIPHF) remplit les mêmes fonctions que l'AGEFIPH. Les services d'appui au maintien dans l'emploi des TH (SAMETH), financés par l'AGEFIPH, accompagnent les

employeurs et les salariés confrontés à cette problématique. Leurs conseillers, présents dans chaque département, travaillent en collaboration notamment avec les services de santé au travail, la CARSAT, la CMSA, les organismes de bilan ou de formation.

Le service social de la CARSAT ou de la CMSA participe à la prévention de la désinsertion professionnelle auprès des assurés du régime général ou agricole en arrêt de travail (maladie, accident du travail, maladie professionnelle) ou en invalidité. Il aide les assurés à mettre en œuvre un projet professionnel (temps partiel thérapeutique, bilan de compétences, formation...) en collaboration avec les services de l'Assurance maladie (service médical, prévention des risques professionnels...) et les partenaires extérieurs (médecins traitants, médecins du travail, SAMETH, organismes de formation...).

Le taux de chômage de 22 % des TH est largement supérieur à celui de la population française. En complément de l'action de Pôle Emploi, Cap Emploi propose un accompagnement individualisé aux personnes handicapées bénéficiaires de l'obligation d'emploi en les aidant à réaliser un diagnostic de leur parcours professionnel, à élaborer leur projet, en les soutenant dans la recherche d'un emploi et dans leur prise de fonction. Cap Emploi soutient les employeurs privés ou publics engagés dans une démarche volontaire pour l'emploi des TH. Il aide au projet de recrutement, à la recherche de candidatures ciblées, à la mise en œuvre des aides, de l'aménagement et de l'accueil au sein de l'établissement. Les contrats en alternance et les stages en entreprise sont de bons outils pour inclure des personnes handicapées dans le milieu du travail.

FAIRE AVEC UN HANDICAP DANS LE MONDE DU TRAVAIL : TACTIQUES ET STRATÉGIES

P. Vidal-Naquet, sociologue, Centre d'études et de recherches pour la petite enfance (CERPE), Centre Max Weber, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Lyon

Le statut du TH s'est profondément modifié depuis le dernier quart du XX^e siècle. Pour l'intervenant, ce changement est lié à l'évolution du monde du travail mais aussi au changement de réalité et d'approche du handicap.

La transition d'une société industrielle à une société post-moderne a bouleversé l'organisation du travail. Dans la période d'industrialisation, les modèles fordiste ou taylorien décomposent le travail en gestes simples ; le salarié devient un agent d'exécution d'une ou plusieurs tâches. Selon un tel schéma, le handicap est abordé de façon fonctionnelle : si un travailleur de la chaîne ne peut plus travailler debout, on lui aménage son poste. C'est le taux d'incapacité ou la perte de sa capacité de travail qui sont mesurés. Avec les mutations technologiques et la mondialisation, l'entreprise fonctionne à flux tendu, hyperréactive, elle s'adapte au marché. Elle devient une entreprise réseau, en externe avec la sous-traitance mais aussi en interne. Dans ce cadre, il est demandé au salarié d'être individuellement un agent à la fois responsable, compétent et performant. Les salariés échangent et négocient entre eux la nature, le contenu et la répartition des tâches. L'agent doit pour cela disposer d'une « *compétence relationnelle* ». Cette description très schématique du monde du travail actuel montre que l'insertion des personnes handicapées ne peut plus être pensée selon le modèle initial.

Par ailleurs, les performances de la médecine permettent aujourd'hui de vivre avec des maladies chroniques, le VIH par exemple. Quinze millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques en France, dont la moitié sont des actifs. Quatre-vingt cinq pour cent des handicaps des TH sont invisibles. Grâce aux progrès pharmaceutiques, les personnes atteintes de troubles psychiques sortent de l'hôpital et certaines travaillent en milieu ordinaire. Après un traitement de chimiothérapie, le retour dans l'entreprise est devenu rapide. Un changement conceptuel dans le champ du handicap est adopté par l'Organisation mondiale de la santé : le handicap est considéré comme la conséquence de l'interaction entre la personne, dont les capacités sont amoindries, et son milieu tant physique que social.

Ces évolutions modifient fortement la question de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. Elle relève toujours de la justice, du droit, de l'aménagement ou de la technique, mais de plus en plus des pratiques de présentation de soi, de son corps, de ses (in)capacités ainsi que des relations avec autrui. Deux grandes stratégies s'offrent au TH. La première consiste à afficher ses déficiences pour obtenir des droits, un statut ainsi que des aménagements au travail, au risque de la discrimination. La seconde, à l'opposé, consiste à les occulter, ou du moins en partie, afin d'éviter la stigmatisation au risque de la pénibilité et de difficultés faute de soutien. Entre ces deux stratégies, se décline un ensemble intermédiaire de sous-stratégies, hésitantes et flexibles, construites au fil des expériences et des épreuves. L'intervenant présente quelques exemples de tactiques différentes : *Franck C.*, après un grave accident du travail, est

devenu hémiparalysé. Son entreprise l'aide à se reconverter dans un poste de qualification équivalente. Après avoir pensé au suicide, cette reconnaissance officielle produit un « *retournement de stigmatisation* ». Il devient responsable d'une association de personnes handicapées et donne des conférences. Il a transformé une déficience en compétence. *Nassira K.*, atteinte d'un cancer du sein, entend poursuivre son activité en « *bonne professionnelle* », non vulnérable, « *comme si de rien n'était* ». Elle ne noue aucune relation interpersonnelle, utilisant ses congés pour les séances de chimiothérapie. Parfois les tentatives d'occultation sont très sophistiquées : *Nathalie R.*, souffrant de narcolepsie-cataplexie, rejette le statut de personne handicapée et refuse de s'exposer au regard de ses collègues. Elle démissionne et devient veilleur de nuit. Son sommeil peut ainsi être imputé à la nuit et non à la maladie. *Bruno P.* a choisi de changer de tactique au fil du temps. Handicapé psychique, il s'est vu proposer des postes ne correspondant pas à ses compétences. Il décide alors de cacher son handicap pour décrocher un emploi, mais épuisé, il finit par avouer son statut à son employeur. Enfin, certains considèrent leur handicap comme un secret appartenant au domaine privé qui touche à leur liberté individuelle.

En conclusion, être ou paraître « *normal* » demande un important travail de dissimulation et de ruse. Les conséquences sont incertaines et peuvent être négatives : par son retrait du monde social, *Nathalie R.* s'isole et *Nassira K.* est considérée comme individualiste par ses collègues.

Les personnes handicapées sont donc fragiles dans le monde du travail, pas forcément en raison de leur déficience, mais parce que leur place sociale est difficile à trouver

et à maintenir. L'insertion professionnelle des personnes handicapées gagnerait en qualité si la fragilité n'était plus l'exception, mais la norme.

HANDICAP PSYCHIQUE ET TRAVAIL : DE L'EXCEPTION À LA RÈGLE. REGARD SOCIOLOGIQUE SUR UN HANDICAP PAS COMME LES AUTRES

C. Le Roy Hatala, sociologue des organisations, Paris

De façon générale, le regard porté sur la question du handicap psychique est spécifique alors que, dans la pratique, les difficultés rencontrées en milieu de travail sont non spécifiques.

Les handicaps psychiques sont pluriels : il s'agit d'une situation non figée. Les altérations des fonctions psychiques regroupent un grand nombre de pathologies : troubles de la volition, de la pensée, de la perception, de la communication, du comportement, de l'humeur, de la conscience et de la vigilance, troubles intellectuels, de la vie émotionnelle et affective ou expression somatique de troubles psychiatriques. Ces altérations peuvent être corrélées à des limitations d'activité et entraîner des difficultés à entreprendre, à prendre soin de soi, à entretenir son espace personnel, à entrer en relation avec autrui, à gérer ses émotions, mais aussi des difficultés à percevoir ses propres troubles et accepter de l'aide.

Le handicap se retrouve dans les restrictions de participation à la vie sociale provoquées par les altérations des fonctions psychiques et les limitations d'activité. Il peut donc se traduire par des difficultés d'accès à des structures de la petite enfance, à l'école, à l'emploi ou à la vie sociale et citoyenne. L'accès à l'emploi est

très clairement entravé pour les personnes en situation de handicap psychique : 10 % des personnes inscrites à Pôle Emploi auraient des troubles psychiques graves non reconnus et plus de 50 % des personnes handicapées psychiques sont au chômage ou sans activité. Les troubles psychiques sont une cause majeure d'arrêt de travail de courte et de longue durée. Ces troubles éloignent donc de l'emploi. Toutefois, la mobilisation des employeurs est en constante progression et les personnes en situation de handicap psychique expriment davantage leur souhait de travailler. Elles prétendent à une qualité de vie, une autonomie et des projets professionnels qu'elles n'avaient pas dans le passé, en partie grâce à l'amélioration des thérapeutiques.

La variabilité du handicap psychique dans ses formes, mais également dans le temps, bouleverse la représentation linéaire et typique du handicap qui est plutôt celle du handicap physique. Le handicap psychique est souvent très déstabilisant pour l'employeur parce qu'il renvoie à une incertitude sur le devenir de la personne en situation de handicap. Les représentations sociales des troubles psychiques sont fortement associées à la violence et l'agressivité envers les autres ; il persiste également l'idée que ces personnes ne peuvent pas et ne doivent pas travailler, quoique cela ne corresponde à aucune réalité. C'est un handicap qui touche l'ensemble des sphères de la vie de la personne. Ainsi les problématiques de logement ou de situation de surendettement sont plus fréquentes chez les personnes avec un handicap psychique, ce qui peut avoir des répercussions sur le parcours professionnel. La question de savoir jusqu'où il faut aider la personne en dehors des problématiques du travail se pose.

Les problématiques d'insertion professionnelle sont diverses et plusieurs stratégies peuvent ici aussi être élaborées par les personnes en situation de handicap psychique : le « *bon handicapé* », le « *déviant* » et le « *confidentiel* ». Le « *bon handicapé* » est dans l'acceptation, la transparence et la confiance ; il partage un espace commun rassurant. Le « *déviant* » est perçu comme quelqu'un qui transgresse les règles et les normes ; il est dans le déni de sa pathologie. Le « *confidentiel* » ne dit rien ; il a une stratégie d'auto-aménagement de son poste.

Le premier enjeu sociétal de l'insertion professionnelle des handicapés psychiques est de leur permettre d'être des citoyens à part entière, le second est économique. Le coût des maladies psychiques en France en 2007 est estimé à 107,7 milliards d'euros dont 13,5 milliards de dépenses sanitaires (8 % de la consommation des soins et des biens médicaux), 6,3 milliards pour les prestations sociales et médico-sociales, 22,8 milliards de pertes de productivité et 65,1 milliards d'euros de perte de qualité de vie. Le handicap psychique est la première cause d'invalidité et représente un tiers des dossiers traités par la MDPH.