

« L'EMPLOI : UN DROIT A FAIRE VIVRE POUR TOUS »

EVALUER LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPEES AU REGARD DE L'EMPLOI PREVENIR LA DESINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

RAPPORT REMIS A

M. XAVIER DARCOS,
MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE

ET A **MME NADINE MORANO,**
SECRETAIRE D'ETAT CHARGEE DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE

Décembre 2009

Sommaire

PREAMBULE	4
INTRODUCTION	6
1. Pourquoi réformer l'AAH ?	6
2. Mise en place d'une mission de préfiguration	9
I - PERSONNES HANDICAPEES ET TRAVAIL : CONTEXTE ET CONSTATS	11
1. Le contexte international est marqué par un consensus.....	11
2. Le contexte français est complexe et manque de lisibilité	12
a. La législation	12
b. Quelques chiffres	14
II « EMPLOYABILITE » : QUELLE DEFINITION ?	17
1. L'employabilité : une notion multifactorielle.....	17
2. Le concept d'employabilité, support à la cohérence des dispositifs.....	18
3. Employabilité et activité professionnelle : qu'entend-on par « emploi » ?.....	19
4. Un manque de bases scientifiques en France pour objectiver le débat.....	21
III QUELLES SONT LES PERSONNES CONCERNEES PAR L'EVALUATION DE LEUR SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI ?	23
1. Les personnes en emploi, susceptibles d'évoluer vers une inaptitude et pour lesquelles il faut prévenir la désinsertion professionnelle.	24
2. Les personnes handicapées sans activité professionnelle, souhaitant travailler.	26
3. Les personnes handicapées qui n'intègrent pas dans leur projet de vie une dimension professionnelle, quelle qu'en soit la raison.	26
IV COMMENT EVALUER LA SITUATION D'UNE PERSONNE HANDICAPEE AU REGARD DE L'EMPLOI ?	29
1. Les outils existants	29
a. Les outils sont nombreux, souvent catégoriels et non validés scientifiquement.....	29
b. Ces outils sont nécessairement complexes.....	30
c. Aucun des outils disponibles ne détermine un « niveau d'employabilité » objectif.....	30
2. Vers une démarche d'évaluation intégrée.....	31
a. La motivation.....	31
b. Les compétences.....	33
c. Les capacités.....	33
d. La situation et l'environnement.	34
3. Mise en œuvre de la démarche d'évaluation	38
a. Place du GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées) :	38
b. La coordination et la coopération entre les acteurs :	40

V QUELS ACCOMPAGNEMENTS POUR QUE LE DROIT AU TRAVAIL DES PERSONNES HANDICAPEES DEVIENNE UNE REALITE ?	43
1. Agir précocement pour limiter la perte de chance, agir en amont de la demande d'AAH.....	44
a. la situation des personnes en emploi, confrontées à un problème de santé invalidant.....	44
b. La situation des personnes licenciées, pour lesquelles il y a lieu de mobiliser très précocement des dispositifs d'insertion et de remise au travail afin de limiter la perte de chances	47
c. Les personnes handicapées jeunes issues de structures médico-sociales ou du milieu ordinaire qui cherchent à accéder à leur premier emploi	48
2. Sécuriser financièrement le parcours d'insertion professionnelle des primo-demandeurs d'AAH	49
3. Améliorer l'accès aux dispositifs d'orientation et de formation professionnelle	51
4. Accompagnements de la personne, articulation MDPH / Services de l'emploi / autres acteurs...	52
a. Articuler les acteurs tout au long du processus dynamique d'évaluation	52
b. Place des référents pour l'insertion professionnelle des MDPH	54
c. Complémentarité des services.....	55
5. Suivre la trajectoire professionnelle des personnes handicapées tout au long de la vie	56
RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS	58
SYNTHESE : Les cinq messages des auteurs du rapport sur l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées	67
1 La conception d'un outil d'évaluation automatisé permettant de mesurer l'employabilité des personnes handicapées est impossible.....	67
2 La réussite d'une politique visant à permettre l'insertion professionnelle des personnes handicapées suppose qu'une priorité soit donnée à la prévention de la désinsertion et au maintien dans l'emploi.....	67
3 Faciliter un accès précoce aux droits pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.....	68
4 Les MDPH doivent jouer un rôle central dans le dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées, grâce à l'action de leurs référents.....	69
5 Adopter une approche plus centrée sur les besoins individuels des personnes.....	69
LETTRE DE MISSION	70
ANNEXES

PREAMBULE

Le travail est un espace essentiel de la vie, même s'il est impossible d'en mesurer pour chacun l'importance intime. Il soutient l'identité, contribue à la réalisation personnelle, fait support à la valeur que tout homme consent à s'accorder. Au-delà d'être source de revenus, c'est un vecteur d'épanouissement, par la participation à la vie sociale et par la reconnaissance d'autrui. **C'est la raison pour laquelle tout système social doit veiller à protéger le droit au travail, le droit de tous à s'y réaliser.**

Le dispositif législatif et réglementaire destiné aux personnes handicapées qui souhaitent s'engager dans un parcours vers une activité professionnelle doit donc **éviter de décourager leurs tentatives, notamment par un risque de diminution des ressources, et au contraire proposer un accompagnement actif et financièrement sécurisé vers l'emploi.**

Pour optimiser ce parcours, il est nécessaire de disposer d'une **évaluation réaliste de l'aptitude et de la distance à l'emploi** (ou encore de l' « employabilité »).

L'objet de ce rapport est de préfigurer les modalités d'appréciation globale de la situation d'une personne handicapée au regard de l'emploi, et de proposer des stratégies et actions visant à faire du droit au travail des personnes handicapées une réalité.

Les réflexions et propositions des auteurs de ce rapport ont été guidées par des **principes éthiques et civiques**, pour la plupart inscrits dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ainsi que dans la Charte sur l'évaluation professionnelle des personnes handicapées (annexe à la Résolution AP (95) 3 du Conseil de l'Europe, *cf annexe*) :

- droit à la compensation des conséquences du handicap au titre de la solidarité nationale ;
- droit à des ressources décentes ;
- droit à la participation sociale ;
- droit au travail et à la non-discrimination pour l'accès à l'emploi ;
- respect de la subjectivité d'une personne handicapée dans les aspirations de son projet de vie et l'évaluation de ses aptitudes (le droit au travail ne saurait se transformer en obligation de travailler) ;
- appréhension, selon les concepts OMS, du handicap comme résultant de l'interaction de facteurs personnels et environnementaux ;
- valorisation des capacités, droit à la formation et droit à un accompagnement pour servir un projet d'activité professionnelle (comme étant une des compensations des conséquences du handicap) ;

- droit aux accessibilités et aux aménagements environnementaux (techniques, sociaux ou organisationnels) ;
- prise en compte des réalités, des données concrètes locales et des facteurs limitants incontournables ;
- droit à la participation et à l'information complète sur les modalités et résultats de l'évaluation ;
- respect de la confidentialité ;
- équité des dispositifs et des procédures.

• INTRODUCTION

Lors de la **Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008**, le Président de la République a présenté le pacte national pour l'emploi des personnes handicapées. Ce pacte vise à atteindre l'objectif d'emploi de 6% de personnes handicapées, tant dans le secteur privé que dans le secteur public. Il repose sur des engagements réciproques de l'Etat et des employeurs.

Lors de cette conférence, le Président de la République a annoncé une réforme de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) poursuivant deux objectifs :

- garantir la dignité des personnes dans l'incapacité durable ou définitive de travailler ;
- en faire un tremplin vers l'emploi pour les personnes qui souhaitent et peuvent travailler.

Dès lors, cette prestation doit évoluer sur différents points :

- les mécanismes de cumul entre allocation et revenu d'activité : ils ne doivent plus décourager l'accès à l'emploi, partiel ou non, par une diminution globale des ressources consécutive¹ ;
- la distinction entre les deux régimes existants d'AAH : elle ne doit plus reposer sur le taux d'incapacité, mais sur la capacité de la personne à exercer une activité professionnelle et sur sa distance à l'emploi, puisqu'il est observé qu'il n'y a pas de lien systématique entre « gravité » du handicap et incapacité à travailler ;
- l'accès aux compléments d'AAH : il doit être prioritaire pour les personnes dans l'incapacité de travailler ;
- une garantie de ressources minimum décentes doit être assurée pour celles qui sont accueillies en établissement.

De plus, il faut rappeler à l'ensemble des acteurs que l'attribution de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est de droit pour les titulaires de l'AAH, qui sont depuis la loi de 2005 bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Ils doivent donc accéder sans autre formalité et en tant que de besoin à un accompagnement spécifique vers l'emploi.

1. Pourquoi réformer l'AAH ?

Partant du constat que l'allocation aux adultes handicapés (AAH) n'est pas réservée aujourd'hui exclusivement aux personnes qui ne peuvent pas ou plus travailler, le gouvernement a souhaité engager une réforme des deux régimes d'AAH.

Lors des travaux préparatoires à la Conférence nationale du handicap², il a en effet été établi qu'il n'existe pas de lien automatique entre incapacité permanente et

¹ Le cumul de l'AAH et des revenus d'activité est d'ores et déjà possible et pourra l'être jusqu'à 1,35 SMIC à compter du 1^{er} janvier 2010 : à compter de cette date, l'AAH sera calculée tous les trois mois pour s'ajuster plus rapidement aux changements de situation ; allocation et salaire pourront être cumulés intégralement pendant 6 mois, puis de façon partielle jusqu'à 1,35 SMIC sans limitation de durée.

² Consensus établi par le groupe « emploi – ressources » mis en place dans le cadre du suivi de la loi de 2005.

incapacité au travail. Des personnes avec un handicap estimé « modéré » se trouvent de fait avec une impossibilité à exercer une activité professionnelle, quand d'autres, bien que titulaires d'un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80%, ont une activité professionnelle. Ce constat invalide le dispositif actuel d'accès à l'ensemble des compléments de ressources destinés aux personnes qui sont dans l'incapacité de travailler, subordonné à un taux d'incapacité de 80% ou plus (article L.821-1 du code de la sécurité sociale). Par ailleurs, 270.000 allocataires de l'AAH, soit un tiers des bénéficiaires de cette prestation, ont demandé et obtenu la qualité de travailleur handicapé, ce qui atteste de leur volonté d'occuper un emploi. Il est constaté que 20 % d'entre eux travaillent, dont 8% en milieu ordinaire, et conservent une AAH différentielle (jusqu'à 1,1 SMIC) en raison du système de cumul mis en place par la loi du 11 février 2005.

Au final, l'AAH n'atteint pas nécessairement ses objectifs quant au public visé. En effet, la rédaction actuelle des textes, confondant sévérité du handicap et incapacité de travail, dissuade les personnes qui en auraient le projet de s'engager dans un parcours vers l'emploi. Une refonte des deux régimes d'AAH, qui se distingueraient en fonction de la capacité de travail et non plus en fonction du taux d'incapacité permanente - puisqu'il a été mis en évidence que le lien n'est pas automatique -, est donc nécessaire.

Pour mémoire, un certain nombre de dispositifs, notamment fiscaux, attachés à l'AAH, sont eux aussi éventuellement dissuasifs quant à l'exercice d'une activité professionnelle. (cf. annexe)

Ainsi une réforme de l'AAH doit notamment permettre que ses bénéficiaires soient encouragés, en fonction de leurs capacités, à tenter un parcours professionnel -s'il est inscrit dans leur projet de vie- et à accéder à l'emploi. Le dispositif, de dissuasif, doit devenir encourageant. **En ce sens, le maintien du versement de l'allocation en plus des revenus d'une activité, par un système de cumul permettant le bénéfice de l'AAH (jusqu'à 1,35 SMIC à partir du 1er janvier 2010) est une première disposition favorable.**

Pour autant, la situation pourrait-elle être aujourd'hui considérée comme satisfaisante ? À l'évidence non, puisque l'accès à l'emploi des personnes handicapées est encore insatisfaisant. C'est bien un objet du présent rapport que de tenter d'identifier les obstacles pratiques et réglementaires à l'accès à l'emploi et, parallèlement, de proposer quelques solutions.

L'AAH doit

- ne pas dissuader une personne handicapée qui souhaiterait travailler,
- participer à la mise en œuvre du principe de non-discrimination pour l'accès à l'emploi,
- ce faisant, faciliter l'insertion des personnes handicapées, tant dans les entreprises, dont seulement le tiers de celles qui y sont assujetties³ atteint le quota d'embauche de 6 %, que dans le secteur public, pour lequel le taux d'emploi observé est de 4,4% au 1^{er} janvier 2008.

Cette évolution souhaitée par le Président de la République vise à **faire changer le regard de l'ensemble des acteurs en charge de l'évaluation et de l'accompagnement professionnel des personnes demandant l'AAH, et finalement de l'ensemble du corps social, de façon à battre en brèche le préjugé attaché à ce public d'être peu employable.** Ce d'autant que **parmi les 330.000⁴ nouvelles demandes d'AAH formulées chaque année, plus des 2/3 émanent de personnes qui ont déjà eu un parcours professionnel.**

Dans ce sens, l'évaluation globale inscrite dans la loi du 11 février 2005, qui va au-delà du simple examen des conditions d'attribution d'une allocation, permet de valoriser les capacités et les possibilités des personnes et de ne constater éventuellement qu'*a posteriori*, une fois l'évaluation et la mise en situation menées, d'éventuelles incapacités.

D'ores et déjà, pour mieux orienter et mieux accompagner ces allocataires vers l'emploi, ceux-ci doivent pouvoir bénéficier, depuis le 1er janvier 2009, par le simple dépôt d'une demande d'AAH, d'une évaluation de leur situation au regard de l'activité professionnelle, identique à celle menée dans le cadre de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Il est annoncé⁵ d'autre part que la réforme garantira, pour les personnes avec un taux d'incapacité d'au moins 50% (et non plus 80% comme actuellement) qui ne peuvent pas travailler, un revenu minimum décent par l'octroi d'une AAH majorée par un complément.

Cette refonte des deux régimes d'AAH, qui se distingueraient en fonction de la capacité de travail et non plus en fonction du taux d'incapacité permanente, puisqu'il a été mis en évidence que le lien n'est pas automatique, requiert au préalable la définition, la plus objective possible dans un souci d'équité, d'une méthodologie d'évaluation de la distance à l'emploi (« employabilité ») des demandeurs de l'AAH, s'appuyant sur des facteurs considérés pertinents et caractéristiques.

³ C'est à dire les entreprises de plus de 20 salariés, qui représentent 9% des entreprises mais 64% des salariés

⁴ Nombre de demandes d'AAH déposées entre juillet 2005 et juin 2006

⁵ Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap – février 2009

2. Mise en place d'une mission de préfiguration

C'est dans ce contexte de réforme, que Madame **Valérie LETARD**, alors Secrétaire d'Etat à la Solidarité, a désigné cinq experts pour mener une mission de préfiguration d'un outil d'évaluation de la distance à l'emploi des personnes handicapées.

Par lettre de mission, en date du 4 février 2009 (voir infra), il leur était demandé de prendre en compte les outils et référentiels existants ainsi que les expériences internationales avant de proposer « les grandes orientations pour la rédaction d'un outil unique et intégré qui permette aux équipes pluridisciplinaires de la MDPH d'évaluer la situation des demandeurs d'AAH et, plus largement, de toute personne handicapée, au regard de l'emploi ».

Les professionnels suivants ont été désignés pour mener cette mission :

- **Michel BUSNEL**, médecin de médecine physique et de réadaptation, président de l'association COMETE FRANCE
- **Thierry HENNION**, médecin du travail, président de l'association CINERGIE
- **Denis LEGUAY**, psychiatre, chef de secteur de psychiatrie générale CESAME (Maine et Loire) et président de l'association ALPHA Angers
- **Valérie PAPARELLE**, psychologue du travail, directrice d'établissement L'ADAPT- Val d'Oise
- **Bruno POLLEZ**, médecin de médecine physique et de réadaptation, directeur du pôle « Handicaps, Dépendance et Citoyenneté » à l'Université catholique de Lille.

Afin de conduire ces travaux, les experts ont réuni un groupe de travail en associant les services concernés du Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Solidarité et de la Ville et du Secrétariat d'Etat à la Solidarité (Direction générale de l'action sociale -DGAS-, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques -DREES-), du Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi (Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle -DGEFP-), ainsi que de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie -CNSA-. Leur collaboration fut effective et très précieuse car ces services ont fait part de l'ensemble des informations dont ils disposaient et des travaux qu'ils avaient eu à mener, ou à connaître, sur la question de l'employabilité des personnes handicapées.

Le groupe de travail ainsi constitué, animé par un membre de l'IGAS, **Catherine HESSE**, s'est réuni à douze reprises entre mars et novembre 2009 et a procédé à des auditions (liste des auditions : voir infra), qui ont notablement enrichi et alimenté ses réflexions.

Après quelques considérations internationales et nationales sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées, les experts étudient dans ce rapport les 4 questions suivantes :

- **Que peut-on entendre par « employabilité » ?**
- **Quelles sont les personnes concernées par l'évaluation de leur situation au regard de l'emploi ?**
- **Comment évaluer la situation d'une personne handicapée au regard de l'emploi ?**
- **Comment mieux servir le droit au travail en renforçant l'accès ou le maintien dans l'emploi ?**

I - PERSONNES HANDICAPEES ET TRAVAIL : CONTEXTE ET CONSTATS

1. Le contexte international est marqué par un consensus

L'emploi des personnes handicapées est un sujet de préoccupation internationale. En mai 2009, le forum à haut niveau, organisé à Stockholm, a réuni les pays membres de l'OCDE autour du thème « Maladie, invalidité et travail : garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique »⁶. L'analyse des situations et des politiques propres à chacun des pays membres aboutit à des constats et à des préconisations partagés :

- les taux d'activité des personnes ayant un problème de santé ou un handicap sont faibles, et leur niveau de pauvreté est important ;
- il est nécessaire de préserver l'unité sociale dans un esprit de non-discrimination et de mobiliser la force de travail des personnes handicapées pour faire face aux pénuries de main d'œuvre liées au vieillissement de la population et à une croissance démographique faible voire négative ;
- les systèmes de mise en invalidité⁷ sont basés sur des critères médicaux et non sur la capacité, même partielle, de travail ; ils sont excluants alors qu'il conviendrait de permettre aux personnes ayant des capacités partielles de travailler à temps partiel ;
- les décisions d'invalidité⁶ devraient être prises beaucoup plus rapidement, la longueur des congés-maladie générant en elle-même une perte de chances de retour à l'emploi ;
- ces décisions devraient être susceptibles d'être revues : en pratique les pensions d'invalidité⁶ fonctionnent comme des pensions de retraite et seulement 2% des bénéficiaires retournent un jour à l'emploi ;
- en cas d'arrêt de travail, il est essentiel de maintenir le lien avec l'entreprise pendant l'arrêt et de mettre en œuvre précocement les actions de réadaptation ;
- au delà de la rationalisation des politiques, il est indispensable de soutenir les projets d'activité professionnelle de bénéficiaires de pensions d'invalidité⁶, en réévaluant périodiquement leurs droits, en permettant un certain cumul allocation/salaire, en garantissant le retour aux prestations en cas d'échec de reprise de travail.

La démarche initiée par le Président de la République lors de la Conférence nationale du Handicap, prolongée par cette mission, est en cohérence avec les positions des différents pays de l'OCDE.

Trois idées fortes du consensus international nous semblent en particulier à relever :

- il n'existe pas de relation linéaire entre la gravité d'une maladie et la capacité à exercer une activité professionnelle (ce qui est conforme à l'esprit des distinctions

⁶« Maladie, invalidité et travail : garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique » document de base – OCDE 2009 – voir en annexe 3

⁷ Le mot invalidité, dans son utilisation dans les échanges internationaux, ne recouvre pas la même signification qu'en France où il est principalement utilisé pour la prestation de sécurité sociale qui vise à compenser pour un travailleur la perte de sa capacité de gain.

opérées par Philip WOOD et retenues par l'Organisation mondiale de la santé -OMS- il y a 30 ans, ainsi qu'aux constats qui prévalent à la réforme annoncée de l'AAH),

- il est indispensable de faciliter l'accès à l'emploi des personnes handicapées en leur permettant de cumuler un revenu de compensation et un revenu du travail,
- il faut lutter contre la perte de chances de maintien ou de retour dans l'emploi des personnes en arrêt ou en inaptitude.

Le document de travail de l'OCDE cité ci-dessus préconise aux pays membres de passer de systèmes allocatifs passifs, liés à l'exclusion du monde du travail, à des systèmes d'aide à l'accès et au maintien dans l'emploi, même à temps partiel, accompagnés de mesures incitatives. Ce type de politique serait de nature à soutenir la dimension individuelle de réalisation personnelle et à préserver la dignité des personnes handicapées en assurant leur participation à la vie économique et sociale de leur pays. Il viserait également à assurer la pérennité des dispositifs de solidarité dans un contexte économique de plus en plus contraint.

L'ensemble des pays membres de l'OCDE s'inscrit aujourd'hui dans ce mouvement évoqué sous le terme d'« activation ». Sans se prononcer sur la validité d'une telle approche, ce terme paraît impropre sur un plan éthique et culturel aux auteurs de ce rapport, et il leur semble préférable de lui substituer l'expression « politique facilitatrice d'accès à l'emploi ».

Cette évolution des politiques nécessite donc une nouvelle approche de la démarche évaluative, centrée sur les capacités professionnelles plutôt que sur l'incapacité des personnes handicapées. La résolution AP(95)3 du Conseil de l'Europe en a d'ores et déjà fixé les principes généraux (cf. annexe). C'est l'objet de cette mission.

2. Le contexte français est complexe et manque de lisibilité

a. La législation

La législation française comporte une **multitude de dispositifs** qui font appel à la notion d'« employabilité » ou à celle d'incapacité de travail (cf. annexe). Ces dispositifs sont **répartis dans plusieurs champs** (santé, travail, emploi, action et protection sociales) et leur **absence de compatibilité** est décriée. Les vocabulaires utilisés recouvrent des réalités proches mais non superposables, créant une **confusion et une illisibilité** pour les bénéficiaires et plus largement pour l'ensemble des acteurs, induisant de véritables obstacles pour l'accès aux droits.

On identifie principalement 3 groupes de notions :

- **l'inaptitude** : utilisée en médecine du travail, elle est définie comme l'incapacité de fait à exercer une activité déterminée ; pour le travailleur en activité, elle est constatée par le

médecin du travail et porte sur l'emploi sur lequel le salarié est affecté ; comme l'incapacité peut justifier une mesure d'adaptation, l'inaptitude du salarié à son poste de travail ne peut être appréciée qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail en général ;

- l'**invalidité** : utilisée par l'Assurance Maladie, elle est définie comme une réduction durable, des deux tiers au moins, de la capacité de travail ou de gain d'un assuré social, suite à une maladie ou à un accident de caractère non professionnel ;
- les **restrictions de la capacité de travail**, utilisées par les MDPH ou les autres partenaires dans le cadre de la solidarité en direction des personnes handicapées ; plusieurs notions cohabitent dans les différents dispositifs mobilisables à ce titre (voir annexe) :
 - o *la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap* (pour l'accès à l'AAH L.821-2) ;
 - o *la capacité de travail inférieure à 5 %* (assimilable à une quasi-incapacité de travail, pour l'accès au complément de ressources) ;
 - o *la réduction des possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi* (pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) ;
 - o *la capacité de travail réduite des 2/3* (pour l'orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail) ;
 - o *l'efficacité réduite* (pour l'attribution aux entreprises adaptées d'une subvention),
 - o *la lourdeur du handicap* (pour compenser le surcoût de l'aménagement d'un poste de travail).

Ces différentes notions sont potentiellement appréciées, pour une même personne, par différents acteurs et à différents moments de son parcours, sans que pour autant des liens clairs soient établis entre elles. Aucune d'entre elles n'est assise sur un outil d'évaluation fiable et partagé par l'ensemble des acteurs.

En outre, dès qu'une réduction de la capacité d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi a été identifiée, une mobilisation des dispositifs de soutien, d'accompagnement, de formation est prévue dans le cadre de la loi, en particulier au profit des publics bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Mais structurés le plus souvent sur des parcours à temps complet, les dispositifs de formation ne prennent, par exemple, pas en compte les personnes dont la santé, le programme de rééducation, de réhabilitation, ou les contraintes familiales ne permettent pas une mobilisation ou une disponibilité sur des séquences d'apprentissage d'une journée complète.

Par ailleurs, la mobilisation des mesures, acteurs et dispositifs de soutien ou d'accompagnement (SAP, COMETE FRANCE, SAVS et SAMSAH, SAMETH, POLE

EMPLOI, CAP EMPLOI ...) ne répond à aucun critère objectif d'application ou de priorité. En pratique, cela aboutit souvent à ce qu'en soient écartés les publics qui vraisemblablement en auraient le plus besoin⁸, en dépit de la loi de 2005 qui a élargi le périmètre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés à l'ensemble des personnes reconnues handicapées à un titre ou à autre⁹. Ainsi, les bénéficiaires de l'AAH, qui en font désormais partie, n'ont pas bénéficié d'un suivi plus précoce et plus appuyé.

Concernant ces dispositifs d'insertion et de formation professionnelle ouverts aux personnes handicapées, qu'ils soient spécifiques ou de droit commun, ils sont inégalement répartis sur le territoire et difficilement identifiables. Tantôt financés par l'Etat, la Région, les collectivités territoriales, l'AGEFIPH, l'Assurance Maladie, ils offrent peu de lisibilité sur leur pertinence et leur efficacité, notamment au regard de l'évolution du marché de l'emploi. Ils sont peu adaptables, se prêtent peu aux complémentarités et sont de fait peu accessibles aux personnes handicapées elles-mêmes.

Enfin, les conditions de cumul entre l'AAH et les revenus du travail sont particulièrement complexes et de ce fait illisibles, tant pour les personnes intéressées que pour les professionnels qui les accompagnent. Le principe d'intéressement, pourtant essentiel, est en pratique peu opérant.

b. Quelques chiffres

- Malgré l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés instaurée en 1987 pour les entreprises de 20 salariés et plus ainsi que pour les fonctions publiques, et en dépit de tous les efforts déployés depuis cette date, le taux de chômage des personnes handicapées est de près de 20%, plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale.
- L'enquête emploi 2007 menée par la DARES¹⁰ indique que 55 % des bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap âgés de 15 à 64 ans n'ont pas de diplôme ou seulement le BEPC, contre 34 % de l'ensemble de la population du même âge¹¹.
- Au 31 décembre 2008, 840.000 personnes étaient allocataires de l'AAH. Ceci mobilise un effort de 5,65 milliards d'euros de dépense annuelle. Parmi eux, seulement 8% sont en situation d'emploi en milieu ordinaire (source CNAF).

⁸ Initialement la loi du 30 juin 1975 et la création des Equipes de préparation et de suite du reclassement (EPSR), avec la notion d'une prise en charge plus globale, visaient les publics en situation de handicap les plus éloignés de l'emploi. Cette initiative avait été développée suite aux résultats positifs des équipes dites « Marie-Madeleine Dienesch », dont l'objectif était l'insertion socio-professionnelle. La loi du 10 juillet 1987 sur l'obligation d'emploi, avec la mutation des EPSR en Cap Emploi, semble avoir engendré une certaine modification des données de l'accompagnement des personnes handicapées.

⁹ Les personnes titulaires de la carte d'invalidité et de l'AAH conformément aux 10° et un 11° de l'article L. 5212-13 du code du travail

¹⁰ Atlas national 2008 « L'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées » AGEFIPH - FIPHP

¹¹ DARES - Premières Informations Premières Synthèses 2009-44.3 - L'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé en 2007 - *Nadia AMROUS* - oct 2009

- Au premier semestre 2007, la DREES a mené une enquête statistique auprès de 4.500 demandeurs de l'AAH vivant en France métropolitaine¹². Cette enquête avait pour objectif de mieux connaître leurs déficiences, leur état de santé, leur situation vis-à-vis de l'emploi, leur parcours professionnel, les difficultés qu'ils rencontrent ainsi que leurs conditions de vie. Les personnes interrogées ont été sélectionnées parmi les 330 000 qui ont fait l'objet d'une décision, d'accord ou de refus, relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006. D'après cette enquête, les demandeurs de l'AAH constituent une population souvent éloignée du marché du travail :

- seul un demandeur de l'AAH sur dix travaille en milieu ordinaire, le plus souvent comme employé ou ouvrier ; lorsque le handicap est précoce, l'activité en établissement spécialisé est plus fréquente qu'en milieu ordinaire ; les trois quarts des demandeurs de l'AAH ne sont ni en emploi, ni inscrits en recherche active d'emploi ;
- les demandeurs de l'AAH ont rarement eu une activité professionnelle en continu ; trois sur dix d'entre eux n'ont jamais travaillé ou ont connu de longues périodes d'inactivité et parmi les personnes ayant au moment de l'enquête un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%, cette proportion passe à quatre sur dix ;

Parmi les demandeurs de l'AAH (330.000 sur la période de l'étude), 120.000 sollicitaient cette allocation pour la première fois. La moitié de ces primo-demandeurs a reçu une réponse positive à sa demande et l'autre moitié s'est vue refuser le droit à l'AAH. Ceci laisse penser que nombre de demandeurs de l'AAH sont en fait en échec dans un parcours d'insertion professionnelle.

La première demande d'AAH est dans sept cas sur dix motivée par une dégradation de l'état de santé. Là encore, on peut supposer qu'un renforcement des modalités d'accompagnement de personnes en risque de désinsertion professionnelle serait utile.

Que l'AAH leur soit accordée ou non, les primo-demandeurs ont souvent obtenu d'autres mesures d'aide ou de reconnaissance liées au handicap, notamment la reconnaissance de la qualité de travail handicapé (RQTH)(annexe) Elles seraient donc à même de bénéficier de l'accompagnement spécifique proposé aux personnes titulaires de la RQTH.

- Concernant la formation en milieu ordinaire, malgré les efforts réalisés pour en favoriser l'accès aux personnes handicapées, les résultats observés – 20.000 personnes intégrées en formation par an – sont très en deçà des besoins constatés - plus de 250.000 personnes handicapées en recherche d'emploi, dont plus de 80% ont un niveau de qualification inférieur ou égal au niveau V/ CAP-BEP. Pour ces personnes dont le niveau de formation

¹² ER n°640-juin 2008 : « les demandeurs de l'AAH, une population souvent éloignée du marché du travail ».

est globalement inférieur ou égal au niveau V, la difficulté d'accès à une formation qualifiante constitue l'un des facteurs aggravants de leur précarité et de leur isolement.

Cinq ans après la promulgation de la loi¹³, force est de constater que les politiques concertées en matière de formation et de qualification des personnes handicapées peinent à se mettre en œuvre. L'intention première, qui visait à favoriser la mobilisation la plus efficiente des différents dispositifs en créant des synergies entre formations ordinaires, spécialisées ou spécifiques, ne trouve pas encore de traduction opérationnelle.

Le système actuel a ainsi pour effet de sélectionner les personnes les plus proches de l'emploi, écartant d'emblée celles pour lesquelles il serait nécessaire d'envisager des adaptations de la formation ou des conditions de travail.

¹³ Articles L5211-2, L5211-3, L5211-4 du Code du Travail

II « EMPLOYABILITE » : QUELLE DEFINITION ?

Le concept d'« employabilité » est couramment utilisé dans le monde du travail, par les différents acteurs concernés par l'insertion professionnelle et/ou le maintien à l'emploi de toute personne, qu'elle ait ou non un handicap.

Pour autant, ce terme est insatisfaisant et sujet à débat. Il porte une connotation péjorative quant à la considération de l'être humain. Il soulève aussi des critiques liées au fait qu'il convient de prendre en compte dans ce concept, sans prééminence des uns par rapport aux autres, autant les éléments liés à l'environnement que ceux liés à la personne. D'autres expressions sont ainsi employées, telles que distance à l'emploi, aptitude ... sans que celles-ci soient toutefois plus consensuelles.

Il en découle que, si l'on doit se résoudre, par commodité, à se servir du terme d'« employabilité » inscrit dans la lettre de mission, il n'apparaît ni humainement ni conceptuellement acceptable aux auteurs de ce travail de qualifier une personne d'« employable », et encore moins d'« inemployable ». Les auteurs rejettent d'ailleurs unanimement la notion d'« inemployabilité », choquante sur le plan éthique en termes de respect de la personne humaine tout autant qu'au regard du droit au travail, et en total décalage avec leur propre expérience.

1. L'employabilité : une notion multifactorielle

Les différentes auditions, ainsi que l'analyse des travaux réalisés à l'international, ont permis de repérer les nombreux facteurs susceptibles d'interférer avec le niveau d'employabilité d'une personne. Au risque d'être non-exhaustif, on citera notamment la formation, l'expérience, la durée de l'éloignement de l'emploi, les capacités fonctionnelles, la motivation, l'environnement familial et social, l'adaptabilité de la personne, celle de l'environnement... Il semble toutefois qu'aucune étude scientifique, tant en France qu'en Europe ou au Canada, ne permette à ce jour de proposer une caractérisation, ni, *a fortiori*, une pondération de chacun de ces déterminants de l'employabilité.

Nous préconisons l'inscription d'une définition, de préférence réglementaire :

Proposition n° 1 concernant la définition de l'« employabilité » :

Introduire dans la réglementation la définition suivante :

« L'employabilité est la probabilité d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi. Elle est conditionnée par des facteurs personnels objectifs et subjectifs (capacités fonctionnelles, aptitudes comportementales et relationnelles, compétences...) et/ou des facteurs situationnels (marché de l'emploi, accessibilités aux lieux et modalités de travail, adaptabilité des postes et des organisations, contraintes professionnelles...), est susceptible d'évoluer dans le temps et d'être améliorée par la mise en œuvre de moyens d'orientation, de formation, d'adaptation ou de compensation.».

Il apparaît aux auteurs qu'une telle définition a l'avantage d'être non-discriminante puisqu'elle s'applique indifféremment à toute personne, qu'elle soit handicapée ou non.

Elle présente également l'avantage de mettre en évidence la multiplicité des déterminants, ce qui soulève intrinsèquement la nécessité d'une approche pluridisciplinaire tant à l'occasion de l'évaluation de l'employabilité que de l'accompagnement des personnes dans un parcours vers l'emploi.

Cette définition est enfin en totale adéquation avec celle de la RQTH.

2. Le concept d'employabilité, support à la cohérence des dispositifs

Concernant l'employabilité d'une personne, les auteurs souhaitent d'abord souligner le caractère essentiel des avancées de la loi de 2005 et notamment de la **prise en compte du projet de vie de la personne handicapée**, projet pouvant ou non comporter un projet professionnel, tant il est vrai que le travail représente un facteur important de participation à la vie de la société, de reconnaissance sociale, de réalisation personnelle, et qu'il est un structurant identitaire reconnu.

Une attente importante existe également autour de la mise en œuvre des dispositions de cette loi relatives à l'accessibilité universelle, qui ne peuvent qu'influencer favorablement tout parcours d'insertion professionnelle.

La prise en compte du projet de vie et l'action sur l'environnement doivent être associées tout au long de l'évaluation du niveau d'employabilité.

Les dispositifs qui abordent le concept d'employabilité sont multiples et beaucoup trop complexes, dépendant en outre d'organisations différentes peu ou mal coordonnées. Il est donc nécessaire de rechercher, tant pour la personne que pour les professionnels, une simplification de l'ensemble du système, qui passe notamment par une **harmonisation des terminologies**.

Des différences de traitement entre le régime contributif de prise en charge du handicap (pensions d'invalidité) et le régime non contributif (AAH) sont mises en évidence. Une personne peut ainsi bénéficier d'une pension d'invalidité de catégorie 2, ce qui signifie qu'elle est considérée comme « absolument incapable d'exercer une profession quelconque » - art L. 341-4 du code de la sécurité sociale. Pour autant elle est en droit de cumuler dans certaines limites cette pension avec les revenus d'une activité professionnelle. A l'inverse, même si sa pension de faible montant est inférieure au plafond de ressources de l'AAH, elle peut ne pas se voir reconnaître le taux d'incapacité nécessaire pour y accéder, ni être bénéficiaire du complément de ressources, lié à la notion de « capacité de travail inférieure à 5% ». La lisibilité de l'ensemble du dispositif s'en trouve nettement affectée ...

L'harmonisation de ces notions respectives mériterait une mise en cohérence de ces deux régimes, ce qui représente des travaux dépassant largement le cadre de la mission assignée.

S'agissant des prestations qui relèvent du régime non contributif, il est également indispensable que leurs concepts s'articulent. On pourrait notamment envisager que la définition de l'employabilité soit basée sur des notions communes sur lesquelles s'appuieraient les différentes prestations décidées ou servies par les MDPH et leurs partenaires et qui font appel à cette notion.

Pour chaque type de prestation, on retiendrait de manière différenciée des éléments pertinents appartenant à cette définition commune caractérisant l'employabilité de la personne.

Proposition n° 2 concernant l'harmonisation et la clarification des critères d'accès aux différentes mesures mobilisables pour l'emploi des personnes handicapées :

S'appuyant sur la définition de l'employabilité énoncée précédemment, entreprendre un travail de mise en cohérence entre :

- *RQTH, restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, capacité de travail inférieure à 5%, orientation en ESAT*, qui relèvent de la MDPH ;
- et *efficience réduite, lourdeur du handicap*, qui relèvent d'autres partenaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Ces éléments doivent pouvoir s'articuler également avec les notions d'*invalidité*, utilisée par l'Assurance Maladie, et d'*inaptitude*, utilisée par la médecine du travail, afin d'assurer la lisibilité du parcours de la personne.

3. Employabilité et activité professionnelle : qu'entend-on par « emploi » ?

L'employabilité vise un double objectif : celui d'être en emploi et aussi de s'y maintenir. L'emploi est donc l'objet même de la démarche d'employabilité, mais ce terme peut recouvrir différentes acceptions, économique, sociologique, juridique. La proposition consistant à inscrire dans la législation une définition de l'employabilité, et à l'utiliser pour déterminer l'accès à des prestations d'accompagnement ou financières, implique d'approfondir l'approche juridique, car elle soulève des questions, dont, par exemple :

- est-on en emploi quand son exercice ne correspond qu'à quelques heures de travail par mois ?
- accède-t-on à un emploi quand on est admis dans un ESAT ?

Selon l'approche juridique de la notion d'emploi, dès lors que l'accès à une activité professionnelle permet de faire bénéficier une personne des avantages reconnus aux

travailleurs par la législation du travail et de la sécurité sociale, cette personne occupe un emploi.

En conséquence, la quotité de travail, aussi faible soit-elle, ne s'oppose pas à la qualification de l'activité professionnelle en emploi dès lors que la personne relève de la législation du travail et qu'elle bénéficie de ce fait d'une couverture sociale.

Par ailleurs, le système de cumul de l'allocation avec les revenus d'activité dans le cadre d'un plafond (actuellement fixé à 1,1 et prochainement à 1,35 SMIC), encourage d'ores et déjà des temps de travail même très partiels.

Ainsi une personne travaillant à quart temps (soit 259 € par mois sur la base du SMIC net en vigueur au 1^{er} janvier 2009¹⁴) disposera au total de 865 €, soit 83 % du SMIC net dans le futur système de cumul (786 € dans le système actuel, soit 76 % du SMIC net), ce qui lui permet un gain mensuel par rapport à une situation d'inactivité (soit avec une AAH de 667 euros) de 198 € (système actuel 119 €).

Pour une personne travaillant à mi-temps (519 € par mois), le système de cumul permet de garantir à la personne jusqu'à un niveau de ressources équivalent au SMIC net (1 016 € par mois, soit 98 % du SMIC net)¹⁵.

En revanche, n'occupe pas un emploi la personne qui travaille en ESAT (établissement et service d'aide par le travail) car elle ne relève pas du code du travail et ne bénéficie pas de la législation du travail.

Ainsi, dans l'état actuel des textes, les allocataires travaillant en ESAT se trouvent dans une situation paradoxale, consistant à être considérés comme ne pouvant pas accéder à un emploi, alors même qu'ils exercent une activité professionnelle et qu'ils disposent d'une capacité de travail, même réduite¹⁶.

Pour ces différentes raisons, il pourrait être préféré, en lieu et place du terme d' « emploi », le terme d' « activité professionnelle ».

¹⁴ 1 037,53 €

¹⁵ Dans le système actuel, 84 % du SMIC net, soit 869 € par mois

¹⁶ Inférieure à un tiers selon le code de l'action sociale et des familles qui régit les critères d'orientation vers un ESAT

Proposition n° 3 concernant l'utilisation de la notion d' « activité professionnelle » plutôt que la notion d' « emploi » pour l'accès à certaines prestations faisant appel au concept d'employabilité :

Dans l'élaboration des textes réglementaires et des critères à retenir :

- pour l'accès à l'AAH des personnes ayant un problème avéré d'employabilité,
- pour l'accès à un complément d'allocation des personnes considérées comme dans « l'incapacité totale de travailler »,

substituer le terme « activité professionnelle » au terme « emploi » et apporter toute la lisibilité nécessaire afin que les personnes concernées puissent avoir la certitude qu'en faisant le choix d'exercer une activité professionnelle réduite et/ou en milieu protégé, elles amélioreront leur niveau de ressources.

4. Un manque de bases scientifiques en France pour objectiver le débat

Si l'on dispose de travaux sur les politiques menées en France et à l'étranger¹⁷ en direction des personnes handicapées, on manque actuellement de travaux de recherche centrés sur le handicap en général, et sur l'emploi des personnes handicapées en particulier. Contrairement à certains pays où sont développées depuis de nombreuses années des « *disability studies*¹⁸ », qui approchent de façon globale les situations de handicap, en France la recherche s'effectue principalement par discipline, ce qui limite l'investissement des chercheurs dans un sujet d'étude aussi transdisciplinaire que le handicap, ne permet pas de saisir les réalités dans leur ensemble, et d'approcher la dynamique interactive des différents déterminants. Or le handicap est un sujet d'étude particulièrement interdisciplinaire. Par ailleurs les équipes en sciences sociales et humaines dans ce domaine sont encore peu nombreuses.

Les auteurs préconisent, ainsi que l'a déjà fait l'Observatoire national sur la Formation, la Recherche et l'Innovation sur le Handicap (ONFRIH)¹⁹, la mise en œuvre d'un axe de recherche spécifique sur le handicap et l'emploi, associant des approches globales et par nature de handicap et permettant de nourrir la réflexion politique et la construction des dispositifs pour l'avenir.

¹⁷ Source : Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations, audition de D Velche

¹⁸ Le but des « *disability studies* » est d'analyser le handicap par rapport aux facteurs sociaux, culturels et politiques. Elles constituent un champ original de recherche en pleine émergence, qui a des racines interdisciplinaires et théoriques fortes, mais qui est également modelé par l'activité sociale et politique. « L'émergence des *disability studies* : état des lieux et perspectives » ALBRECHT Gary L. ; RAVAUD Jean-Francois ; STIKER Henri-Jacques ; CASTELAIN MEUNIER Christine (Commentateur), Sciences sociales et santé, 2001, vol. 19, no4, pp. 43-78

¹⁹ Rapport 2008 de l'Observatoire National sur la Formation, la Recherche et l'Innovation sur le Handicap, mars 2009

Proposition n° 4 concernant la recherche :

Promouvoir en France des travaux de recherche pluridisciplinaires concernant les caractéristiques des parcours d'emploi des personnes handicapées (limitations et facteurs de réussite) à la lumière des variables sociodémographiques, des origines des handicaps, leurs types, les âges de survenue, des contextes personnels et environnementaux.

III QUELLES SONT LES PERSONNES CONCERNEES PAR L'EVALUATION DE LEUR SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI ?

Si toutes les personnes handicapées peuvent à juste titre exprimer un projet professionnel, **toutes ne sont pas concernées par une évaluation approfondie de leur situation au regard de l'emploi.**

Pour certaines, il sera rapidement établi qu'il n'est pas envisageable de poursuivre un tel projet. Pour d'autres au contraire, il sera nécessaire d'engager le processus d'évaluation, en prenant en considération son intégration dans leur projet de vie et en s'assurant de la mobilisation des accompagnements sociaux et professionnels nécessaires dans un souci de complémentarité et de cohérence. Ce processus s'adresse également et spécialement aux personnes qui maintiennent une dimension professionnelle dans leur projet de vie malgré de lourdes difficultés.

Lorsque la personne le souhaite, ce processus devra être conduit sans rupture jusqu'à l'emploi.

Il faut distinguer quatre catégories de personnes :

a) **les personnes en emploi**, non allocataires de l'AAH, **qui présentent un risque de désinsertion professionnelle pour raison de santé**, qu'il s'agisse d'un événement brutal ou d'une maladie évolutive. Une évaluation de leur situation de travail déclenchée précocement, dès l'apparition des premières difficultés, permettrait, dans de nombreuses situations, d'éviter le licenciement pour inaptitude médicale ou de faciliter, lorsque celui-ci ne peut être évité, une réinsertion professionnelle rapide. Il en résulterait dans les deux cas une sécurisation des parcours professionnels (concept de « flexisécurité ») et l'évitement d'un processus conduisant finalement ces personnes à devenir demandeuses de l'AAH. Si la question de l'évaluation de la situation au regard de l'emploi se pose pour les personnes handicapées sans activité professionnelle, elle **concerne aussi ces personnes en emploi, qu'elles soient ou non reconnues handicapées.**

S'agissant plus particulièrement des demandeurs d'AAH, (qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un renouvellement), trois autres catégories de personnes peuvent être distinguées, pour lesquelles une politique différentielle doit être envisagée :

b) les personnes allocataires ou primo-demandeuses de l'AAH ayant ou ayant eu une activité professionnelle, notamment précaire, inadaptée, ou à temps très partiel, et qui expriment un souhait d'accompagnement,

c) les personnes allocataires ou primo-demandeuses de l'AAH qui souhaitent intégrer dans leur projet de vie une dimension professionnelle mais n'en ont pas eu jusqu'à présent la possibilité,

d) les personnes allocataires ou primo-demandeuses de l'AAH qui apparaissent trop éloignées de l'emploi : il s'agit

- soit de personnes dont l'inactivité professionnelle, très ancienne, semble installée (compte tenu du frein considéré comme majeur de la durée d'inactivité, il semble illusoire de prétendre ramener à l'emploi, même partiel, une population qui en est éloignée depuis plusieurs années ; sans en interdire l'accès aux personnes particulièrement motivées au sein de cette population, les moyens disponibles doivent s'adresser prioritairement aux primo-demandeurs) ;
- soit de personnes dont les déficiences importantes entraînent des limitations d'activités majeures et qui n'expriment pas de projet professionnel ;
- soit de personnes qui, sans présenter un éloignement de l'emploi aussi prononcé, n'envisagent cependant pas d'intégrer dans leur projet de vie une dimension professionnelle.

Une attention particulière doit être portée aux personnes jeunes en situation de handicap, anciens bénéficiaires de l'AEEH et primo-demandeurs de l'AAH (qui peuvent être dans l'une ou l'autre des catégories ci-dessus).

Au vu de ce constat, il devient clair que la mise en œuvre de la démarche d'évaluation des situations au regard de l'emploi nécessite l'identification des publics pour lesquels elle sera prioritairement engagée, compte tenu, de plus, des moyens à mobiliser et de l'importance du nombre de dossiers présentés chaque année aux MDPH, aux Cap Emploi, aux Pôles Emploi.

Il est apparu aux auteurs que la meilleure approche est celle de la position de la personne quant à l'emploi. Trois types de situations ont été ainsi identifiés, qui intègrent les quatre catégories de publics décrites ci-dessus.

1. Les personnes en emploi, susceptibles d'évoluer vers une inaptitude et pour lesquelles il faut prévenir la désinsertion professionnelle.

Il s'agit de personnes en emploi dont les problèmes de santé risquent de conduire à un licenciement pour inaptitude au poste de travail, les menaçant de basculer dans un processus de désinsertion aboutissant à une demande d'AAH, situation à tous égards préjudiciable, pour elles et pour la société.

Dans la pratique en effet, ces personnes sont très fréquemment confrontées au risque d'un éloignement progressif et inéluctable vis-à-vis de l'emploi, aggravé par la lenteur de certaines procédures : ainsi un délai de trois ans est encore trop couramment constaté pour la reconnaissance d'une éventuelle invalidité, auquel s'ajoute potentiellement un délai de l'ordre de deux ans avant l'entrée dans un dispositif de reconversion. Ces délais, générateurs de désinsertion, entraînent en outre des dépenses de santé considérables, prises en charge au titre des indemnités journalières, qui pourraient être évitées.

La valeur individuelle et sociale de l'insertion professionnelle et l'importance des moyens à consacrer à l'évaluation de la distance à l'emploi des demandeurs de l'allocation adulte handicapé justifient que tout soit mis en œuvre pour prévenir ces demandes.

Il faut en effet prendre en considération le fait que parmi les 330.000²⁰ nouvelles demandes d'AAH formulées chaque année, plus des 2/3 émanent de personnes qui ont déjà eu un parcours professionnel.

Les auditions ont permis de souligner l'importance de cette prévention de la désinsertion professionnelle. Le rapport Gosselin²¹ estime à plus de 200.000 personnes par an la population concernée par l'inaptitude au poste de travail, dont environ 120.000 seront licenciées pour cette raison.

Ces constats nous permettent d'affirmer la grande importance d'une démarche en amont, visant à prévenir, en milieu de travail, la désinsertion professionnelle. Celle-ci conditionne la réussite d'une politique d'emploi des personnes handicapées et la diminution du flux des demandes d'AAH.

En pratique, cette population doit bénéficier **le plus précocement possible** de mesures conservatoires et compensatoires en vue d'un maintien dans l'emploi²².

La médecine du travail doit avoir dans ce contexte un rôle central afin d'agir en amont de cette situation pour « arrêter l'hémorragie ».

Il apparaît donc nécessaire de faire en sorte **qu'aucune inaptitude ne soit prononcée sans qu'une véritable évaluation médico-psycho-socio-professionnelle n'ait été réalisée** (cf. chapitre V, qui comportera une proposition en rapport). Il s'agit là en effet d'un préalable avant toute réorientation du cursus professionnel. Cette problématique est à transposer et adapter pour la fonction publique.

²⁰ Nombre de demandes d'AAH déposées entre juillet 2005 et juin 2006

²¹ "Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives" rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Hervé Gosselin, janvier 2007

²² La notion de maintien dans l'emploi comprend le maintien dans l'entreprise sur le poste de travail antérieur ou sur un autre poste avec ou sans formation professionnelle complémentaire, la recherche d'un poste de travail dans une autre entreprise, une formation complémentaire en milieu ordinaire ou spécialisé.

Il faut par ailleurs **rapprocher de cette population celle des allocataires de l'AAH en emploi, mais qui risquent de le perdre**. Cette situation peut se rencontrer dans différentes circonstances : assez fréquente en cas de handicap psychique, elle peut également survenir en cas de modification des conditions de travail ou des capacités fonctionnelles. Ces personnes, qui ne percevaient qu'une partie de l'AAH en cumul avec leur salaire, doivent alors bénéficier de l'AAH à taux plein, ce qui signifie pour elles une diminution de leurs ressources, et pour la société un accroissement des dépenses. Pour cette population, il convient également de mettre en œuvre le même type de mesures de maintien dans l'emploi.

2. Les personnes handicapées sans activité professionnelle, souhaitant travailler.

L'objectif est ici d'assurer la **complémentarité des dispositifs** pour les personnes handicapées sans activité professionnelle, et demandeuses d'emploi.

La population des personnes handicapées désireuses de trouver une insertion professionnelle devrait, en vertu des principes de non-discrimination et de priorité au droit commun réaffirmés par la loi de 2005, être en premier lieu prise en compte et le plus rapidement possible, par le **service public de l'emploi**. Or, actuellement, dès que leur handicap est repéré, ces personnes sont réorientées vers la MDPH, afin d'obtenir une « reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé » et/ou une demande d'AAH, avant toute mobilisation d'un dispositif d'accompagnement vers l'emploi.

Il en résulte :

- un délai incompressible de traitement de la demande augmentant d'autant l'éloignement à l'emploi,
- un déficit de qualité de l'évaluation, la MDPH ne disposant pas le plus souvent des éléments de base permettant d'orienter rapidement la personne vers les dispositifs appropriés,
- un découragement de la personne, renvoyée d'un interlocuteur à l'autre sans avoir les éléments d'information lui permettant de maîtriser la démarche.

Cette considération fera aussi l'objet d'une proposition dans le chapitre V.

3. Les personnes handicapées qui n'intègrent pas dans leur projet de vie une dimension professionnelle, quelle qu'en soit la raison.

Certaines personnes handicapées n'expriment pas le souhait d'exercer une activité professionnelle. Cette situation pose des questions particulières d'articulation entre les principes de la loi de 2005 (compensation du handicap en fonction du projet de vie de la personne) et les parallèles qui peuvent être faits avec le dispositif du RSA récemment mis

en place qui conditionne l'attribution de l'allocation à l'inscription à Pôle Emploi et à l'obligation de ne pas refuser « deux offres raisonnables d'emploi ».

Lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, la question de l'employabilité des personnes handicapées a été placée au cœur de la réforme annoncée de l'AAH. **Il apparaît cependant fondamental de maintenir la distinction entre droit au travail et obligation de travailler.**

Il est donc essentiel de distinguer différents niveaux pour le traitement de cette question :

- certains demandeurs d'AAH n'atteignent pas le taux d'incapacité de 50%, seuil minimal d'éligibilité à cette allocation : pour ces derniers, le dispositif de droit commun s'applique (RMI-RSA). Toutefois, leur situation peut justifier l'attribution de la RQTH et il leur appartiendra de recourir à des dispositifs d'accompagnement vers l'insertion professionnelle auxquels ils n'étaient éventuellement pas sensibilisés ;
- d'autres demandeurs d'AAH dont le taux d'incapacité est supérieur à 50% n'expriment pas d'emblée un projet professionnel mais apparaissent à première vue susceptibles d'accéder à une activité professionnelle éventuellement restreinte : **une évaluation succincte, de premier niveau, ne permet que rarement une appréciation définitive.**

Pour ce public, susceptible d'augmenter sa motivation et ses capacités par un parcours d'insertion et des mises en situation, il pourra être pertinent de proposer une **allocation transitoire couplée à un accompagnement adéquat** (proposition correspondante dans le chapitre V). Ce n'est qu'au terme d'un tel parcours que l'évaluation consolidée de la situation de la personne permettra de statuer sur :

- un refus, la difficulté d'accès à l'emploi n'étant manifestement pas en rapport avec les altérations de sa santé physique, cognitive ou psychique
- l'attribution d'une AAH, éventuellement différentielle si cette personne a une activité professionnelle à temps partiel,
- l'attribution d'une AAH assortie d'un complément si l'incapacité totale de travailler est désormais avérée.

L'attention doit être attirée sur le fait qu'une éventuelle décision de refus de l'AAH devra n'être retenue qu'après avoir scrupuleusement respecté le **droit à subjectivité** de toute personne handicapée. Des lors que celle-ci est officiellement reconnue comme telle, sa situation doit pouvoir être considérée le cas échéant comme correspondant à ce troisième cas de figure, celui d'une incapacité de travailler qui peut également être effective pour des raisons subjectives.

L'existence de différents types de situations, en fonction du positionnement des personnes par rapport à une activité professionnelle, nécessite de la part de la MDPH de définir les niveaux d'évaluation à conduire. En effet, les moyens à y consacrer ne sont pas identiques.

Proposition n° 5 concernant la définition des publics prioritaires :

Réaliser une évaluation de premier niveau visant à identifier rapidement la situation de la personne, afin de concentrer les moyens d'évaluation approfondie et de suivi de la démarche d'insertion principalement en direction des primo-demandeurs et des allocataires exprimant un projet d'insertion professionnelle.

IV COMMENT EVALUER LA SITUATION D'UNE PERSONNE HANDICAPEE AU REGARD DE L'EMPLOI ?

Le droit au travail est un droit fondamental affirmé par notre Constitution. La directive européenne de 2000 sur la non-discrimination souligne cet objectif de participation citoyenne. La loi de 2005 investit le projet professionnel, au sein du projet de vie, comme clé de voûte de l'exercice du droit à compensation. Tout doit donc être mis en œuvre pour faciliter l'exercice de ce droit, et il serait de fait discriminatoire d'en écarter une population particulière, celle concernée par le handicap.

Si l'on suit la logique de l'approche inclusive (*mainstreaming*²³), on doit d'abord constater que pour la population ne présentant pas de handicap, aucun outil global de « mesure de l'employabilité » au sens strict, n'est utilisé en France. En revanche dans certains pays les services publics en charge de l'emploi ou les organisations privées de recrutement ont mis en place différents moyens pour évaluer les capacités des personnes qui s'adressent à elles²⁴.

1. Les outils existants

Les auteurs de ce rapport se sont dans un premier temps penchés sur l'analyse des outils actuellement utilisés pour accompagner l'accès à l'emploi des personnes handicapées tant en France qu'à l'international. Trois types d'obstacles fondamentaux s'opposent à leur généralisation :

a. Les outils sont nombreux, souvent catégoriels et non validés scientifiquement

Les différentes auditions ont mis en évidence l'existence d'une multitude d'outils, tant en France (cf annexe) qu'à l'étranger. Ils s'adressent le plus souvent à des publics très ciblés et ont été élaborés par des professionnels les accompagnant. Aucun d'entre eux ne prend en compte la globalité des situations, ni ne fait l'objet d'une utilisation large et consensuelle.

En France, on observe que de multiples intervenants ont conduit des travaux d'élaboration d'outils sans concertation entre eux, et, à de rares exceptions près, sans lien avec une recherche structurée. Dans ces conditions, toute juxtaposition d'outils est impossible.

A l'étranger, les différents instruments mis en place par les autorités ont été construits spécifiquement en fonction de leur législation propre et ne sont donc pas transposables.

²³ Droit commun, droit commun adapté, droit spécifique.

²⁴ « Profiler les chômeurs ? » Connaissance de l'emploi n° 44, juillet 2007, Centre d'études pour l'emploi.

A titre d'exemple, on retiendra que la démarche menée au Royaume Uni est basée sur une analyse de données déclaratives relatives aux aptitudes à la vie quotidienne, couplée à un entretien sur la motivation.

Dans un registre très différent, les Pays-Bas ont mis en œuvre une démarche automatisée sur la base d'une comparaison entre des capacités fonctionnelles évaluées par un médecin lors d'un entretien et les contraintes supposées être associées à l'exercice d'un panel de métiers. Aucune de ces deux pratiques n'a fait l'objet d'une validation scientifique.

Les travaux de l'Université de Sherbrooke, au Québec, sur une population particulière, et dans le cadre spécifique du maintien dans l'emploi, font état de résultats manifestement contr'intuitifs qu'il est nécessaire de prendre en compte : parmi les facteurs explicatifs du maintien ou non dans l'emploi, la part des facteurs liés aux capacités fonctionnelles est faible, celle de la motivation est prépondérante, de même que celle des facteurs liés à l'organisation de l'entreprise.

b. Ces outils sont nécessairement complexes

Ils doivent tout d'abord tenir compte d'une évidente dimension multifactorielle en appréhendant, d'une part, les éléments relatifs à la personne, avec l'ensemble de la triade organe-fonction-personne, et, d'autre part, l'environnement. Par ailleurs, un facteur subjectif joue un rôle probablement prépondérant : la motivation. Enfin, la variabilité temporelle de l'interaction de ces différents facteurs suppose une répétition des temps d'évaluation qui ajoute inévitablement à la complexité de la démarche souhaitable.

La multiplicité des paramètres à prendre en compte, qu'ils soient liés à la personne, à l'environnement, à l'emploi, à la conjoncture économique, aux organisations des milieux de travail etc ... semble donc être un obstacle rédhibitoire à leur rationalisation par un outil simple, pertinent, qui permettrait une mesure de l'employabilité pour toute personne, qu'elle présente ou non un handicap.

c. Aucun des outils disponibles ne détermine un « niveau d'employabilité » objectif

Parmi les outils existants, tant en France qu'à l'étranger, aucun ne s'est dégagé clairement comme réalisant une « mesure de l'employabilité » permettant de distinguer de façon objective et équitable deux types de population : une population *a priori* employable et une population qui serait inapte à toute activité professionnelle, y compris en milieu protégé. Aucun d'entre eux en effet ne s'appuie sur une définition validée des facteurs discriminants d'un « niveau d'employabilité » et de leur pondération respective.

Il n'est pas davantage envisageable de s'appuyer sur les différents barèmes d'invalidité/incapacité utilisés dans notre pays, car il est désormais admis par l'ensemble de la communauté médicale et professionnelle, ainsi que par le monde associatif représentatif des personnes handicapées, qu'il n'y a aucune proportionnalité, ni corrélation, entre ces différents barèmes et la capacité pour la personne handicapée considérée d'accéder à un exercice professionnel en milieu ordinaire ou protégé.

2. Vers une démarche d'évaluation intégrée

L'ensemble des constats conduit les auteurs à préconiser, plutôt qu'une grille, la mise en place d'un processus multifactoriel, dynamique et évolutif, d'évaluation et de suivi.

Deux points sont d'emblée soulignés :

- la totalité des éléments de ce processus ne sera pas à mettre en œuvre systématiquement de la même manière pour chacun, il devra au contraire être adapté à chaque situation et suivi dans le temps ;
- il conviendra de différencier :
 - le temps de l'évaluation, permettant la description et la mise en perspective de la situation et des besoins de la personne, incluant des mises en situation ; celles-ci visent non seulement à mettre la personne handicapée à l'épreuve de son désir et de ses capacités, mais également à évaluer les possibilités d'adaptation de l'environnement ; elles lui permettent de se confronter aux conditions réelles et à leur impact sur l'organisation de sa vie quotidienne et sociale ;
 - le temps de la décision, laquelle devra reposer sur certains critères identifiables au décours de cette évaluation, permettant de déclencher les accompagnements nécessaires et/ou d'attribuer une allocation.

Plusieurs axes se sont dégagés au cours des travaux, permettant d'identifier quatre catégories de facteurs intervenant dans l'employabilité d'une personne à un moment donné. Ces facteurs sont susceptibles d'évoluer et doivent être observés de façon dynamique dans le cadre d'un parcours.

a. La motivation.

Le groupe d'experts auteurs de ce rapport, ainsi que les personnes auditionnées, ont insisté de manière systématique sur l'impossibilité de réussir un parcours d'insertion

sans qu'existe chez la personne un véritable désir d'y parvenir. Ce désir doit être éprouvé en situation réelle d'emploi.

La motivation est, de l'avis général des professionnels, l'un des éléments les plus déterminants de la réussite d'une insertion professionnelle. C'est la raison pour laquelle il est souhaitable d'en connaître le fondement, la direction et l'intensité.

Cette variable ne se laisse toutefois pas approcher quantitativement de manière simple, car elle est essentiellement liée à l'orientation profonde et intime de la personne.

Une personne peut afficher une motivation importante et être au fond d'elle-même plutôt ambivalente, par exemple lorsqu'elle ressent intuitivement la grande difficulté du parcours qu'elle s'apprête à effectuer et l'effort qu'il lui faudrait consentir - sans être assurée du résultat -, ce qui met en jeu la perspective d'un échec douloureux.

A l'inverse, une personne pourra ne pas être en capacité d'extérioriser sa motivation alors que son désir profond la conduira à faire preuve d'une grande détermination dans les différentes étapes qui l'amèneront à la réussite de sa démarche.

La motivation peut donc être à la fois considérée comme déterminante et comme une inconnue de l'équation, y compris pour la personne elle-même. En effet, elle peut estimer, tout comme son entourage, qu'elle est très motivée, sans pour autant percevoir en elle la complexité et la fragilité de cette dimension.

Dans le registre de cette complexité, il faut évoquer les réaménagements narcissiques qui aident le sujet à ne pas renoncer à l'estime de soi. Certaines manifestations de son handicap lui permettent en effet de l'investir positivement et il ne pourrait y renoncer qu'en s'exposant à perdre une part de ce qu'il peut considérer être son identité. Il faut également prendre en compte l'impact des perspectives réelles de la situation proposée au sujet, qui peuvent soit lui apparaître comme intéressantes et mobilisatrices, soit représenter une régression dans le registre de l'aisance de vie et de la dignité.

La dimension de la motivation doit par conséquent figurer systématiquement dans le raisonnement évaluatif, mais les tentatives d'objectivation qui la concernent doivent être conduites avec une grande prudence.

Pour évaluer les composantes de la motivation aux divers stades du processus, plusieurs pistes sont possibles :

- une analyse de l'expression du projet de vie comportant ou non un projet professionnel et/ou une demande de formation,
- un entretien (non directif ou semi-directif) avec un professionnel qualifié explorant cette dimension,

- l'utilisation d'échelles qualitatives (par exemple, échelle analogique²⁵), pour lesquelles un travail prospectif est à conduire.

b. Les compétences.

Elles sont à évaluer selon des principes identiques, que l'on présente ou non un handicap. Seront donc analysés :

- la formation initiale de la personne et son niveau à l'issue de celle-ci ;
- le parcours de formation professionnelle et le parcours professionnel : dans ce cadre, les durées d'inactivité sont un facteur essentiel à prendre en compte ;
- les aptitudes de la personne à apprendre et à s'adapter ;
- les aptitudes de la personne à mobiliser ses savoirs et savoir-faire.

c. Les capacités.

Contrairement aux idées reçues, l'expérience des auteurs, ainsi que les éléments recueillis lors des auditions, montrent que les incapacités sont probablement l'élément le moins prédictif de l'accès ou du retour à l'emploi de la personne handicapée.

L'évaluation des capacités/incapacités est cependant indispensable, pour lutter contre les limitations d'activité et diminuer, par les démarches de réadaptation puis par la compensation, les retentissements fonctionnels des déficits. Elle visera donc à déterminer d'une part les éléments de compensation individuelle (aide humaine, aide technique, habitat, transport...) et d'autre part les conditions environnementales nécessaires à l'accès ou au maintien dans l'emploi.

Cette analyse repose sur un **bilan médico-psycho-socio-professionnel**. Différentes compétences doivent être associées. Le médecin du travail est un intervenant incontournable qui, au delà de sa propre contribution, s'entourera en tant que de besoin d'avis spécialisés. Certaines compétences seront plus fréquemment sollicitées :

- le médecin psychiatre, les troubles psychiques étant parmi les plus générateurs d'exclusion, et tout handicap mobilisant une dimension psychologique, parfois majeure,
- le médecin de médecine physique et de réadaptation, plus des deux tiers des inaptitudes étant aujourd'hui liés à des problèmes ostéo-articulaires ou neurologiques.

L'équipe en charge de cette évaluation devra également pouvoir avoir recours aux médecins d'autres spécialités (ophtalmo, ORL ...), aux ergothérapeutes, ergonomes, psychologues du travail, neuro-psychologues, assistantes sociales ...

²⁵ Instrument permettant à la personne interrogée de situer graphiquement sa réponse à une question sur un continuum (subdivisé ou non entre différents points de repère) figuré entre deux extrêmes (ex : échelle de douleur)

Des facteurs personnels, comme l'âge, tantôt facilitateurs ou obstacles à la démarche d'insertion, sont également à prendre en compte.

d. La situation et l'environnement.

Au-delà des classiques adaptations du poste de travail, de nombreux paramètres sont à identifier dans l'environnement :

- l'organisation de l'entreprise, ses capacités à s'adapter à la personne et à ses besoins spécifiques,
- l'accessibilité, qui doit être considérée au travers des données physiques de l'entreprise, dans toute la chaîne du déplacement, ainsi que par sa dimension d'accueil, d'accompagnement et de soutien humain à la personne en fonction des situations (accessibilité « sociale »), ainsi que, plus généralement, toutes les accessibilités promues par la loi de 2005,
- l'environnement au-delà de l'entreprise : réglementaire, social, familial.

Les quatre catégories de facteurs identifiées ci-dessus, constituent, en l'état actuel des connaissances, un **faisceau d'indices** et ne peuvent pas être pondérées *a priori* les unes par rapport aux autres.

Dans l'immédiat, l'appréciation de leur impact sur la situation, et la mise en évidence des leviers permettant d'améliorer celle-ci, seront à évaluer qualitativement au cas par cas.

La mise en situation, qui est l'une des modalités de réalisation de l'évaluation, reste, de l'avis de l'ensemble des personnes auditionnées, décisive et indispensable. Elle permettra notamment la reconnaissance par la personne de ses propres capacités, compétences, mais aussi limites, tout en lui donnant l'opportunité d'éprouver le bénéfice des compensations proposées. Cette mise en situation doit pouvoir être réalisée quel que soit le statut de la personne au regard de l'emploi : sous indemnités journalières, en phase de soins y compris hospitaliers, comme lors de la perception d'une AAH, d'indemnités de chômage, voire sans aucune prestation.

Proposition n° 6 concernant la formalisation d'un outil :

Appuyer toute approche de l'employabilité sur une démarche pluridisciplinaire, multidimensionnelle, inscrite dans le temps, permettant l'évaluation et le suivi.

Face à l'impossibilité de proposer une pondération aboutissant à un score, on retiendra le principe d'une évaluation basée sur un faisceau d'indices concordants et abordant obligatoirement les quatre catégories de facteurs suivantes :

- la motivation
- les compétences
- les capacités
- la situation et l'environnement

Leur évaluation devra s'appuyer sur des mises en situation.

Principes de préfiguration d'un outil d'évaluation de l'employabilité :

Toute évaluation de l'employabilité (ou distance à l'emploi) devra s'appuyer sur une démarche, pluridisciplinaire, multidimensionnelle et inscrite dans le temps, comportant obligatoirement une phase de mise en situation. Il ne pourra en aucun cas s'agir d'un outil analytique, automatisé, aboutissant à un « score » d'employabilité.

Pour éclairer les décisions en matière de compensation, d'accompagnement et de droit aux allocations, on retiendra le principe d'une évaluation individualisée basée sur un faisceau d'indices concordants et abordant obligatoirement les quatre catégories de facteurs suivantes :

• La motivation

Son approche devra reposer sur :

- une analyse de l'expression du projet de vie comportant ou non un projet professionnel et/ou une demande de formation,
- un entretien (non directif ou semi-directif) avec un professionnel explorant cette dimension,
- l'utilisation d'échelles qualitatives (par exemple, échelle analogique), pour lesquelles un travail prospectif est à conduire.

• Les compétences

Leur étude reposera sur les éléments suivants :

- la formation initiale de la personne et son niveau à l'issue de celle-ci,
- le parcours de formation professionnelle et le parcours professionnel : dans ce cadre, les durées d'inactivité sont un facteur essentiel à prendre en compte,
- les aptitudes de la personne à mobiliser ses savoirs et savoir-faire,
- les aptitudes de la personne à apprendre et à s'adapter.

• Les capacités/incapacités

Leur étude reposera sur :

- un bilan médico-psycho-socio-professionnel, associant autour du médecin du travail des compétences à adapter au cas par cas (psychiatre, médecin de MPR...),
- les possibilités de compensation individuelles des incapacités, et d'appropriation de ces compensations,
- les adaptations prévisibles du poste de travail.

• La situation et l'environnement

Seront à prendre en compte :

- lorsque l'entreprise est identifiée, son organisation, ses capacités à s'adapter à la personne et à ses besoins spécifiques, les caractéristiques du poste de travail,
- les accessibilités au sein et en dehors de l'entreprise, incluant aussi les dimensions d'accueil, d'accompagnement et de soutien humain à la personne (accessibilité « sociale »),
- l'environnement : réglementaire, social, familial, économique.

Concernant l'éligibilité à l'AAH, elle ne peut être basée que sur des critères aussi objectivables que possible. Il conviendra donc d'exclure des conditions d'éligibilité les éléments issus de l'évaluation se rapportant à la motivation, par essence subjective et dont il serait absurde qu'ils conditionnent l'attribution d'une prestation due à toutes les personnes désavantagées par leur handicap, quel que soit leur engagement dans une démarche d'insertion par le travail.

Dans un certain nombre de cas, l'évolution de la situation, notamment pendant un parcours d'insertion, nécessitera la révision de cette éligibilité, dans un sens comme dans l'autre. Cette révision doit donc rester possible.

Proposition n° 7 concernant l'ouverture de droits à prestations :

La motivation est un facteur essentiel dans la conduite et la réussite d'un projet professionnel, mais il est impossible de l'objectiver de manière indiscutable. Son évaluation ne peut donc contribuer au faisceau d'indices permettant l'ouverture du droit à une prestation financière.

Inclure dans l'éligibilité à l'AAH des éléments relatifs aux compétences, capacités, situation et environnement, sans prendre en compte la motivation, dont l'évaluation pourrait parasiter l'engagement de la personne à entamer ou poursuivre un parcours d'insertion professionnelle.

Des travaux prospectifs de recueil et d'analyse systématiques des différents facteurs intervenant dans les quatre catégories définies ci-dessus doivent impérativement être engagés afin de pouvoir à moyen terme déterminer leur contribution respective à l'appréciation de l'employabilité.

Proposition n° 8 concernant l'exploration scientifique des déterminants de l'employabilité :

Exploiter les données disponibles dans les sources statistiques existantes concernant l'emploi des personnes handicapées, notamment l'enquête Handicap-Santé 2008.

Engager des travaux de recherche et de recherche-action à partir du recueil prospectif et de l'analyse systématique des éléments mis en évidence empiriquement, dans les sources statistiques et au sein des dossiers des personnes dans les MDPH, afin de pouvoir à

moyen terme déterminer leurs interrelations et leurs contributions respectives à l'appréciation de l'employabilité.

Envisager, dès la mise en œuvre de la réforme, la structuration et le financement de la démarche de recherche et de recherche-action portant sur les déterminants de l'employabilité des personnes handicapées.

3. Mise en œuvre de la démarche d'évaluation

Conformément aux propositions n° 5 et 6, la démarche d'évaluation approfondie sera mobilisée au bénéfice des publics définis préalablement comme prioritaires.

a. Place du GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées)

Support réglementaire de l'évaluation pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH, le GEVA n'est pas aujourd'hui utilisé couramment en dehors de l'étude de la PCH (prestation de compensation du handicap). Il contient pourtant d'ores et déjà un grand nombre de variables permettant de décrire les catégories de facteurs définies au chapitre précédent.

- La motivation : en amont de l'évaluation, la personne est invitée à définir son projet de vie, dont le projet professionnel est partie intégrante. Parmi ses missions, la MDPH a celle d'accompagner à sa demande la personne handicapée dans l'élaboration de son projet de vie. Par la suite, au long de l'évaluation comme au cours du suivi, la personne est amenée à progresser dans l'expression de ses attentes, besoins et souhaits, ou à les modifier, au fur et à mesure de ses échanges avec les professionnels. Le GEVA permet de recueillir ces éléments, tant dans le volet « identification » que dans le volet de « synthèse », ainsi que, pour le projet professionnel, dans le volet « parcours professionnel ». Par ailleurs, le volet « psychologique », à travers l'entretien clinique comme dans l'utilisation d'échelles ad hoc, peut permettre d'explorer avec la personne cette question de sa motivation. Cette dernière reste une dimension qualitative de l'évaluation, qui doit être systématiquement interrogée par l'ensemble des intervenants et travaillée en interdisciplinarité, mais ne peut, à l'évidence, être quantifiée avec précision.
- Les compétences : les volets « parcours de formation » et « parcours professionnel » comportent toutes les rubriques nécessaires, complétées par le volet « activités, capacités fonctionnelles », notamment dans les domaines « tâches et exigences générales, relations avec autrui » « application des connaissances, apprentissages » et « tâches et exigences relatives au travail ».

- Les capacités : le volet « activités, capacités fonctionnelles », avec l'ensemble de ses huit domaines, permet l'exploration des variables nécessaires.
- La situation et l'environnement : les volets « familial, social et budgétaire » principalement, ainsi que « habitat et cadre de vie », permettent de rendre compte des éléments propres à la personne. S'agissant des éléments relatifs au milieu de travail, ils peuvent être évalués *a priori* (comme le marché général du travail dans le bassin d'emploi considéré, les contraintes d'accessibilité ou de desserte) ou, pour des personnes qui ne sont pas encore dans l'emploi, être *a priori* inconnus (comme l'adaptabilité de l'entreprise et de son organisation). C'est notamment pour ce type d'élément que les **misés en situation « écologiques », en milieu de travail**, sont indispensables.

Ces misés en situation pourront générer, en complément de l'évaluation directe, des informations concernant ces quatre catégories de facteurs, avec, pour les paramètres environnementaux, une estimation de leur impact réel. Au delà de l'évaluation, elles auront deux finalités, indissociables pour la véritable construction d'un parcours :

- mettre le projet de la personne à l'épreuve de ses capacités et de son désir, et par exemple apprécier en quoi la personne est prête, instrumentalement et psychologiquement, à assumer les difficultés inhérentes à la fonction à laquelle elle aspire, que ce soit sur le plan cognitif ou sur les plans des habiletés sociales et relationnelles, des contraintes d'efficacité, de concentration, de fiabilité etc...
- constituer pour la personne handicapée une étape de réadaptation, ou plus précisément de « soins de réhabilitation ». Pour les situations de handicap psychique par exemple, et au même titre que des techniques plus ciblées telles que la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales, la psychoéducation, le travail avec les familles, la mise en situation favorise la reconquête par la personne de ses compétences sociales et professionnelles. Ces soins de réhabilitation constituent pour les troubles psychiques, qu'ils soient le fait d'une pathologie psychiatrique chronique ou qu'ils correspondent à un état dépressif ou de découragement profond secondaire au handicap, un temps analogue à celui de la rééducation et de la réadaptation pour les conséquences fonctionnelles des pathologies somatiques. Ces soins représentent souvent une opportunité de progression importante pour les personnes souffrant de troubles chroniques, quels qu'ils soient, entravant l'autonomie sociale. Ils permettent d'enclencher le « cercle vertueux » de la réussite, et favorisent la construction, pour le sujet, d'un socle de capacités personnelles qui développeront son adaptation sociale, professionnelle, relationnelle, lui permettant de mieux faire face à des contextes même difficiles.

Si cette étape s'avère souvent également utile quelle que soit l'origine du handicap, l'évaluation des capacités d'une personne souffrant de troubles psychiatriques chroniques et invalidants ne peut réellement se faire qu'en intégrant les enseignements tirés de cette étape dynamique : « **on ne peut évaluer sans soigner** ».

Le caractère indissociable de ces deux dimensions - évaluation et soin - plaide, encore une fois et pour tout handicap, pour un processus débutant précocement et se déployant dans la durée.

L'ensemble des informations issues des mises en situation nécessite une conception de l'évaluation « glissante », en continu, qui devra également être intégrée au GEVA.

Enfin, il ne faut pas négliger l'évolution de la situation des personnes handicapées quant à leur employabilité au fil du temps : une démarche initiale d'insertion réussie ne garantit pas sa pérennité. La liaison entre les opérateurs de l'insertion, les services de santé au travail et les autres acteurs en charge de la prévention de la désinsertion professionnelle sera un facteur essentiel de réussite. Il permettra notamment l'évaluation périodique de la situation de travail et conduira éventuellement à mobiliser les accompagnements nécessaires.

Proposition n° 9 concernant l'appropriation de la démarche par le réseau que constituent chaque MDPH et ses partenaires :

Confier à la CNSA la mission de favoriser l'appropriation par ces acteurs de l'ensemble de la démarche d'évaluation de l'employabilité pour les personnes handicapées.

Confier à la CNSA la mission de favoriser l'utilisation du GEVA comme support du langage commun entre les différents acteurs de l'insertion professionnelle, par l'accompagnement et la mise à disposition d'outils de formation

- pour les MDPH et notamment par les échanges de pratiques
- pour leurs partenaires et notamment pour l'ensemble des acteurs impliqués dans le PRITH.²⁶

b. La coordination et la coopération entre les acteurs

- Il ne serait pas réaliste de penser que cette nouvelle approche de l'employabilité puisse reposer exclusivement sur les équipes et ressources des MDPH. En amont comme en aval de l'intervention de la MDPH, les acteurs-clé du champ de l'emploi, de l'insertion et de la formation professionnelle, qu'ils relèvent du droit commun ou qu'ils soient spécialisés, devront travailler de manière coordonnée et complémentaire. Le principe de subsidiarité doit ici s'appliquer.

²⁶ Circulaire DGEFP n°2009-15 du 26 mai 2009 relative aux Plans Régionaux d'Insertion Professionnelle des Travailleurs Handicapés (PRITH)

Un véritable accès au droit commun nécessite l'abandon de la logique traditionnelle visant à mettre en évidence les incapacités au profit d'une nouvelle approche visant à prendre en compte les capacités afin de les valoriser dans un parcours professionnel. Ce changement de culture concerne non seulement les MDPH mais plus largement l'ensemble des acteurs.

La MDPH se trouve ainsi nécessairement en position d'« animateur de réseau » (voir chapitre V infra) qu'elle ne peut à elle seule prétendre représenter pour tous les concours nécessaires.

● La mobilisation d'autres acteurs-partenaires sera d'autant plus souhaitable que l'évaluation de l'employabilité devra être conduite concomitamment aux soins de réhabilitation et à l'accompagnement de la démarche d'insertion dans le cadre de mises en situations. La méthodologie pratique de ces approches conjointes devra s'inspirer de différentes expériences et réalisations, conduites localement, qui ont démontré leur efficacité (cf. annexe):

- Comète France avec la DPI (démarche précoce d'insertion professionnelle initiée dès le séjour hospitalier en soins de suite et de réadaptation)²⁷(cf annexe) ;
- Record : expérimentation de développement de réseaux partenariaux départementaux coordonnés de l'ensemble des professionnels impliqués dans l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées ;
- mobilisations du Service Appui Projet financé par l'AGEFIPH ;
- Contrats de Rééducation Professionnelle²⁸, y compris les expériences d'accompagnement médico-social en formation professionnelle de droit commun ;
- pratique d'un entretien d'évaluation d'employabilité en MDPH ;
- en matière de handicap psychique, de nombreuses expériences de terrain, notamment celles du réseau GALAXIE²⁹, de l'œuvre FALRET, du réseau REHPI en Isère, avec l'aide ou non d'outils comme TACTIS³⁰.

Ces expériences, dont les résultats convergent, doivent être promues et leur disponibilité sur l'ensemble du territoire doit être progressivement assurée. Les enseignements de ces expériences et réalisations locales doivent pouvoir être encore enrichis par les recherches-actions proposées plus haut, qui doivent connaître un développement majeur.

²⁷ Association Nationale regroupant 35 établissements/services de soins de suite et de réadaptation spécialisés en médecine physique et de réadaptation qui initient dès l'hospitalisation la démarche précoce d'insertion
<http://www.cometefrance.com>

²⁸ <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F212.xhtml>

²⁹ <http://www.reseau-galaxie.fr/accueil.aspx>

³⁰ Test d'Aptitude et de Compétence au Travail, outil créé par le CEPPEM de Lorient

Proposition n° 10 concernant les rôles et missions des différents acteurs :

Définir les rôles et échelles territoriales d'intervention de chacun de ces acteurs, ainsi que leur financement.

Recommander la formalisation par chaque MDPH des relations partenariales sur son territoire, après recensement des ressources ainsi disponibles.

V QUELS ACCOMPAGNEMENTS POUR QUE LE DROIT AU TRAVAIL DES PERSONNES HANDICAPEES DEVIENNE UNE REALITE ?

Historiquement, notre système de protection sociale a induit des effets de « tout ou rien ». Toute personne présentant une diminution de ses capacités peut en effet solliciter des prestations, contributives ou non, dont le bénéficiaire conduit de fait très souvent à la désinsertion professionnelle, voire à la marginalisation. C'est ainsi qu'on constate qu'une très faible proportion des bénéficiaires de la pension d'invalidité³¹ ou de l'AAH³² exerce une activité professionnelle, alors même qu'ils conservent souvent des capacités susceptibles d'être mobilisées et de leur permettre l'exercice d'une activité, éventuellement à temps partiel, s'ils souhaitent conserver ce rôle social et majorer ainsi leurs ressources.

Or les effets délétères sur la santé, sur les revenus et sur la représentation sociale de l'inactivité liée au handicap sont indéniables.

Au-delà même de la mise en œuvre d'un processus dynamique d'évaluation et de suivi, tel que proposé dans ce rapport, l'insertion professionnelle des personnes handicapées ne sera véritablement renforcée que dans la mesure où un ensemble de facteurs seront réunis, donnant à la personne :

- **l'assurance de tirer un bénéfice personnel et financier réel d'une insertion professionnelle, ainsi que la sécurisation financière de son parcours,**
- **l'assurance d'être accompagnée tout au long de son parcours, ainsi que de pouvoir retrouver la situation antérieure en cas de non-succès.**

En outre, l'efficacité et la cohérence de l'ensemble de ce processus supposent de conjuguer les efforts sur plusieurs points déterminants :

- la précocité de l'action, pouvant parfois permettre la prévention de la demande d'AAH,
- l'accès approprié à la formation professionnelle,
- la création de nouvelles relations entre les acteurs.

Ces points sont repris dans les paragraphes suivants.

³¹ Points de repère n° 16 - juillet 2008 - Les causes médicales de l'invalidité en 2006 CNAMTS Anne Cuerq, Michel Païta, Philippe Ricordeau

³² Selon l'enquête auprès des demandeurs de l'AAH citée supra, moins de 20% de ceux qui obtiennent cette allocation sont en emploi.

1. Agir précocement pour limiter la perte de chance, agir en amont de la demande d'AAH

Les périodes d'inactivité de longue durée sont préjudiciables à l'accès au travail. Certaines périodes d'inactivité, parmi celles que connaissent les personnes handicapées, et plus particulièrement les demandeurs de l'AAH, pourraient être évitées. En effet, les acteurs de terrain font le constat que, d'une manière générale, les délais constatés à la reconnaissance administrative - par exemple la RQTH qui aura pour effet de déclencher les interventions d'aide à l'insertion professionnelle - ont souvent paradoxalement l'effet de réduire les chances d'insertion en éloignant la personne de l'emploi. Un principe global de redéfinition des politiques d'aide au maintien dans l'emploi ou à l'insertion devrait être que le droit à l'intervention ne soit pas conditionné par un constat qui se voudrait établi de l'incapacité.

La démarche de soutien à l'emploi devrait pouvoir être mise en œuvre par une procédure légère et déclarative. Celle-ci induirait le droit au soutien qui pourrait être temporaire, le caractère pérenne de l'attribution d'une prestation financière étant ensuite conditionné à une évaluation plus complète.

Trois types de situation sont plus particulièrement à considérer ici :

a. la situation des personnes en emploi, confrontées à un problème de santé invalidant

Il peut s'agir de la survenue d'un problème de santé imposant brutalement un arrêt de travail et potentiellement invalidant, ou de l'existence d'un problème de santé évolutif susceptible d'engendrer une désadaptation professionnelle.

Les personnes connaissant l'une ou l'autre de ces situations devraient pouvoir être accompagnées très précocement dans le but de préserver leur activité professionnelle, sans attendre la reconnaissance administrative du handicap.

A l'instar de la Démarche Précoce d'Insertion mise en place par les Centres de Médecine Physique et de Réadaptation (réseau Comète France), ou de l'expérience menée par l'Université de Sherbrooke, un dispositif de maintien dans l'emploi doit pouvoir être activé, associant professionnels de santé, du social et du médico-social, dès la survenue de la déficience, pendant la phase de soins ou d'hospitalisation. Ce principe essentiel doit être transcrit dans les futurs référentiels des pratiques professionnelles des médecins spécialistes concernés, en particulier en médecine physique et de réadaptation et en psychiatrie, comme dans ceux des médecins du travail.

Proposition n° 11 concernant des référentiels de bonne pratique de la démarche précoce d'insertion sociale et professionnelle :

Inscrire dans les référentiels de bonne pratique professionnelle de toutes les spécialités médicales concernées, particulièrement de la médecine du travail, le principe essentiel de la précocité de la démarche d'insertion, ou de maintien dans l'emploi, dès la survenue des déficiences.

Concernant les médecins du travail, leurs missions devraient évoluer, et leur action pourrait être déterminante s'ils assuraient, autour du salarié en difficulté, l'interface avec la médecine hospitalière, le médecin traitant référent, le médecin spécialiste, le médecin conseil des organismes d'assurance maladie et le médecin de la MDPH. Ce positionnement protocolisé et obligatoire devrait permettre la définition d'une stratégie cohérente d'interventions adaptées à la personne et à l'évolution de son projet professionnel. Par exemple, il a été expérimenté dans certains départements la transmission systématique par le médecin conseil de l'arrêt de travail (à partir d'une durée déterminée) au médecin du travail, en vue d'anticiper les mesures à prendre pour faciliter la reprise d'activité. De la même façon, de nouvelles coopérations doivent être encouragées entre médecin traitant et médecin du travail.

Les auteurs ayant constaté qu'une forte proportion des problématiques de santé pouvant engendrer une désadaptation professionnelle relève soit du champ de compétences de la médecine physique et de réadaptation, soit du champ de compétences de la psychiatrie, estiment qu'il est souhaitable de développer localement **au sein même** des services de santé au travail des modalités concrètes de concertation interdisciplinaire, dans l'esprit du décret de 2003 relatif à la pluridisciplinarité des services de santé au travail³³.

³³ Voir note n° 20

Proposition n° 12 concernant la médecine du travail:

Assigner aux services de santé au travail, conformément aux différents rapports relatifs à la réforme de la santé au travail, deux grandes missions prioritaires :

- la prévention des maladies et accidents en relation avec le travail,
- la prévention de la désinsertion professionnelle.

Afin de remplir cette dernière mission, ces services devraient constituer en interne des équipes d'**évaluation médico-psycho-socio-professionnelle** associant les compétences utiles à la définition des capacités des salariés ainsi qu'à la préconisation des adaptations du poste de travail et de son contexte nécessaires au maintien dans l'emploi. Ces équipes devraient être en capacité de réaliser un véritable bilan interdisciplinaire pour toute personne en emploi présentant un risque de désinsertion professionnelle.

L'action de prévention de la désinsertion professionnelle suppose, au-delà de l'implication des services de santé au travail, qu'une cohérence s'établisse autour et au profit du salarié. L'isolement des services de santé au travail doit être rompu, et des modalités d'échanges doivent être mises en place localement avec l'ensemble des professionnels concernés, et notamment au sein du corps médical, entre le médecin du travail, le médecin traitant, le spécialiste consultant (notamment en médecine physique et de réadaptation ou en psychiatrie), le médecin conseil et le médecin de la MDPH. Cette concertation entre les professionnels doit aboutir à un protocole engageant chacun d'entre eux dans une même stratégie d'action.

Proposition n° 13 concernant la prévention de la désinsertion professionnelle par le partage d'une stratégie commune entre tous les acteurs sanitaires et sociaux concernés :

Pour définir à l'intention de la personne une perspective claire et lui permettre d'y adhérer, favoriser l'articulation du service de santé au travail (riche de son évaluation pluridisciplinaire - cf proposition n°12) avec les médecins généralistes référents, les autres spécialités médicales, la MDPH, les opérateurs de maintien dans l'emploi, le service médical de l'Assurance Maladie. Cette concertation entre les professionnels doit aboutir à un protocole engageant chacun d'entre eux dans une même stratégie d'action, afin d'assurer, au-delà de l'évaluation et de la compensation, la cohérence des discours et l'amélioration de la prise en charge en vue du retour à l'emploi.

L'action du service de santé au travail doit pouvoir être renforcée par l'intervention de services d'aide au maintien dans l'emploi (par exemple de type SAMETH³⁴). L'activité de ces derniers doit être réorientée vers l'action précoce et notamment vers les situations les plus complexes ou les plus susceptibles de conduire à un licenciement pour inaptitude. Ces interventions devraient être particulièrement valorisées dans le cadre du rapport d'activité de ces structures, qui devraient consacrer leurs ressources prioritairement à ces situations. De plus, le déclenchement de ces interventions ne doit plus être conditionné par une reconnaissance administrative de la qualité de travailleur handicapé (cf proposition n°15).

Proposition n° 14 concernant l'activation précoce des dispositifs de maintien dans l'emploi :

Pour que la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la CDA ne soit plus un préalable à la mise en œuvre des accompagnements pour une personne en emploi à l'insertion menacée, permettre au médecin du travail, y compris pendant la phase de suspension du contrat de travail pour maladie ou AT/MP, de délivrer, avec l'accord de la personne, une attestation protocolisée valant reconnaissance temporaire de la qualité de travailleur handicapé, dans le cadre d'une procédure d'urgence.

La poursuite des accompagnements et la prolongation de la RQTH seraient conditionnées au dépôt de la demande auprès de la MDPH et à une décision positive de la CDA. Cette procédure, mobilisable au titre de l'urgence, permettrait l'intervention précoce des dispositifs de maintien dans l'emploi.

Proposition n° 15 concernant l'action des dispositifs de maintien dans l'emploi :

Réorienter les actions des services de maintien dans l'emploi, notamment les SAMETH, vers les situations les plus complexes ou les plus susceptibles de conduire à un licenciement pour inaptitude en leur assignant des objectifs concrets afin que ces situations soient effectivement prises en compte.

b. La situation des personnes licenciées, pour lesquelles il y a lieu de mobiliser très précocement des dispositifs d'insertion et de remise au travail afin de limiter la perte de chances

Après un licenciement pour inaptitude ou pour absence prolongée, il existe un risque majeur de perte des habiletés au travail. De plus, les délais d'attente nécessaires aux décisions administratives et d'orientation participent au processus de démobilité, de

³⁴ Services d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

désocialisation et de régression des personnes. Le délai national moyen de traitement d'une demande par la MDPH, quelle que soit cette demande, est actuellement de 4,2 mois (source CNSA). Il varie de 2 mois à un an selon les départements. A ce délai, s'ajoutent le temps nécessaire à l'obtention d'un accompagnement adapté et celui requis pour l'entrée éventuelle dans un dispositif de formation. Finalement, ce ne sont plus des mois, mais des années qui se seront écoulés avant que la personne puisse être concrètement en situation de remobilisation, années qui viennent s'ajouter au temps qu'elles ont consacré aux soins.

Dans ces conditions, il apparaît essentiel que, dès la perte d'emploi pour inaptitude médicale, les personnes concernées puissent bénéficier d'une RQTH à titre temporaire, et qu'elles se voient proposer un contrat de transition professionnelle, dispositif de droit commun qui doit pouvoir être mobilisé plus largement. Actuellement réservé à certains bassins d'emploi ou à certaines typologies d'entreprises, il doit devenir mobilisable pour un public inapte à un poste de travail, souvent inapte à l'exercice du métier qui était le sien, et qui dispose de capacités lui permettant d'exercer une nouvelle activité professionnelle pour peu qu'il soit accompagné et formé.

D'une manière plus générale, la logique du « reclassement professionnel » et/ou de réorientation professionnelle doit bénéficier d'une palette de mesures plus souples et d'activation précoce, y compris pendant les temps d'indemnisation pour raccourcir autant que possible les temps d'inactivité.

Par ailleurs, pour celles et ceux qui bénéficient de droit de l'obligation d'emploi, l'intervention des CAP Emploi doit être immédiate et ne plus être conditionnée par l'obtention préalable de la reconnaissance administrative de la RQTH.

Proposition n° 16 concernant la prévention de la désinsertion professionnelle des personnes licenciées pour inaptitude au poste de travail :

Permettre l'attribution d'une RQTH à titre temporaire dans les mêmes conditions qu'énoncé à la proposition n° 14.

Ouvrir un droit au contrat de transition professionnelle à toute personne licenciée suite à une notification d'inaptitude au poste de travail, quels que soient la taille de l'entreprise ou le secteur d'activité.

Promouvoir de nouveaux dispositifs favorisant une reconversion précoce.

c. Les personnes handicapées jeunes issues de structures médico-sociales ou du milieu ordinaire qui cherchent à accéder à leur premier emploi

Il est souvent remarqué une certaine appréhension individuelle et familiale à entamer la démarche d'insertion professionnelle au terme du parcours médico-éducatif, et un « effet filière » conduisant ces personnes handicapées jeunes à rester dans le milieu protégé. Il

est donc essentiel également de soutenir ce passage par un accompagnement approprié et sans rupture.

Des actions particulières doivent être envisagées concernant l'accès à l'emploi de ces personnes, qui devront probablement s'appuyer sur des dispositifs en alternance permettant de s'ouvrir au monde de l'entreprise, de tester leurs capacités, d'affiner leurs projets professionnels. Ces démarches font partie intégrante des missions des structures médico-éducatives. Elles doivent pouvoir être relayées pour les jeunes adultes.

Proposition n° 17 concernant le relais des actions des structures médico-éducatives pour favoriser l'emploi des personnes handicapées jeunes

Identifier et diffuser les bonnes pratiques de préparation à l'emploi menées dans les structures médico-éducatives pour enfants et adolescents ainsi que les actions d'accompagnement des jeunes adultes

- en formation initiale (notamment en alternance)
- pour l'accès au premier emploi
- pour son suivi.

2. Sécuriser financièrement le parcours d'insertion professionnelle des primo-demandeurs d'AAH

Parmi les personnes primo-demandeuses d'AAH, un certain nombre se trouve de fait sans ressources. L'obtention d'un revenu de subsistance est alors un préalable à toute mobilisation.

Les auteurs proposent le versement d'une allocation transitoire de soutien à l'insertion, associé au processus dynamique et adaptable d'accompagnement sur un parcours limité dans le temps et aux objectifs concrets suivants :

- en matière de capacités fonctionnelles : réadaptation, réhabilitation psychosociale, réentraînement, optimisation des capacités d'apprentissage, compensation humaine, technique et environnementale ...,
- en matière de compétences : valorisation du cursus professionnel antérieur, développement des connaissances et des savoir-faire par la formation,
- en matière de facteurs connexes : optimisation des conditions de vie quotidienne, transports, habitat, mobilité, adaptation des organisations et des postes au sein de l'entreprise,
- en matière de soutien à la motivation, facteur essentiel du pronostic de réussite.

Proposition n° 18 concernant la mise en place d'une allocation transitoire de soutien à l'insertion professionnelle pour les primo-demandeurs de l'AAH

Instituer une allocation transitoire de soutien à l'insertion professionnelle, qui consisterait en l'AAH elle-même ou en une allocation alternative à l'AAH, permettant de donner à la personne les ressources financières et la sécurité nécessaires à la bonne conduite de son projet d'évaluation de l'employabilité et d'accompagnement vers l'insertion professionnelle. Elle doit être :

- limitée dans le temps
- conditionnée à l'inscription réelle de la personne dans ce parcours, sous réserve de la disponibilité des structures adéquates sur le territoire considéré.

A l'issue de ce processus dynamique d'évaluation et de suivi, différentes situations seront rencontrées :

- l'accès à une activité professionnelle. Si celle-ci est exercée à temps partiel du fait des limitations de capacités, elle doit être accompagnée d'une garantie de ressources incitative à la poursuite de l'activité (notion d'intéressement). Elle peut indifféremment être pratiquée soit en milieu ordinaire, soit en milieu protégé ;
- lorsque l'accès à une activité professionnelle ne s'est pas concrétisé, ni en milieu ordinaire, ni en milieu protégé, il conviendra de différencier, au vu du bilan de fin de parcours :
 - ✓ la population qui relèvera des dispositifs de droit commun pour l'emploi et les ressources (type RSA) et non du dispositif spécifique handicap,
 - ✓ la population qui du fait du handicap se trouve durablement éloignée de l'emploi et pour laquelle la question de l'emploi ne se pose pas ou plus : le relais de l'allocation transitoire par l'AAH majorée d'un complément est alors pertinent dans la durée.

Proposition n° 19 concernant l'articulation de l'allocation transitoire avec l'AAH :

Définir clairement les règles du relais de cette allocation transitoire avec l'AAH pour tous les bénéficiaires. Après la période limitée d'attribution de l'allocation transitoire, l'attribution de l'AAH ne peut se faire que dans deux situations :

- soit le cumul de l'AAH avec les revenus selon les règles en vigueur lorsqu'une activité professionnelle est possible,
- soit un revenu de subsistance - AAH majorée d'un complément - au cas où le processus d'insertion professionnelle conduirait à la conclusion qu'un projet professionnel, même partiel, n'est pas réaliste dans la durée du fait du handicap.

3. Améliorer l'accès aux dispositifs d'orientation et de formation professionnelle

Face aux constats d'insuffisance qualitative et quantitative des dispositifs d'orientation et de formation professionnelle, il convient de développer de nouvelles pratiques, notamment pédagogiques, qui tiennent compte à la fois des contraintes liées à la maladie, au handicap, à l'accessibilité, à la fatigabilité, et de la nécessité de soutenir la mobilisation et l'adhésion de la personne.

La personnalisation des parcours de formation implique la mise en œuvre de systèmes souples, d'entrées et de sorties permanentes, l'adaptation des durées, du rythme, des modalités pédagogiques et une organisation administrative adaptée.

Or la capacité d'adaptation de la personne aux conditions dans lesquelles elle se forme est encore trop souvent perçue comme révélatrice de celle à occuper ultérieurement un emploi. Ainsi, il arrive qu'une demande de prise en compte des contraintes de la personne soit interprétée comme l'indicateur potentiel d'une motivation émoussée pour la formation ou d'une disponibilité restreinte à la conduite d'un projet professionnel, voire d'un manque d'appétence pour la formation professionnelle, autant d'arguments trop souvent considérés comme des obstacles à l'insertion.

Au contraire, le soutien à la motivation de la personne passe par la mobilisation progressive de ses capacités, en partant de ses contraintes pour construire une réponse personnalisée.

Il est donc souhaitable qu'intervienne un changement de posture des acteurs de l'insertion qui devront chercher à produire des réponses adaptées alors que, dans la plupart des cas, il leur est demandé de s'assurer de la capacité d'adaptation des personnes à une offre préétablie.

En outre les programmes de formations proposés devraient bénéficier d'adaptations régulières au regard de l'offre effective du marché de l'emploi et des contraintes géographiques loco-régionales de recrutement des personnes handicapées.

De meilleures interfaces entre le monde employeur et les centres de formation devraient se tisser pour optimiser l'emploi des personnes handicapées.

Les outils des lois de 2002 (schémas régionaux des centres de rééducation professionnelle) et de 2005 (politique concertée en matière de formation visant à la « mise en synergie entre les organismes de formation ordinaires et les organismes spécialement conçus pour la compensation des conséquences du handicap ») doivent faire l'objet d'une application volontariste sur l'ensemble du territoire.

Enfin, pour répondre aux besoins spécifiques des personnes les plus en difficulté, l'organisation d'un parcours qui vise l'emploi nécessite la mobilisation autour d'elles d'un réseau partenaire aux compétences complémentaires associant des professionnels de la formation et de l'insertion (droit commun et/ou secteur spécialisé), des professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social. Leurs actions doivent être articulées, coordonnées et facilitées par un cadre administratif favorisant les coopérations.

Proposition n° 20 concernant la formation professionnelle :

Confier aux PRITH une mission prioritaire d'évaluation et d'animation des dispositifs de formation professionnelle, qu'ils relèvent du droit commun ou qu'ils soient spécialisés, et notamment :

- recenser les dispositifs existants,
- s'assurer du respect, sur le terrain, des principes de la loi de 2005 et particulièrement de l'adaptation de chaque programme individuel de formation aux capacités et particularités de chaque personne,
- évaluer et diffuser les bonnes pratiques en matière d'actions concertées concernant la formation professionnelle des personnes handicapées au niveau régional,
- favoriser la mise en œuvre de parcours de formation diversifiés et adaptés aux réalités locales,
- faire des préconisations d'amélioration à l'occasion de la conférence triennale organisée par le gouvernement sur la politique du handicap.

4. Accompagnements de la personne, articulation MDPH / Services de l'Emploi / autres acteurs

a. Articuler les acteurs tout au long du processus dynamique d'évaluation

L'action d'évaluation des capacités professionnelles des personnes handicapées se construit en amont et en aval de la décision d'orientation de la CDA, tout au long de leur parcours.

Proposition n° 21 concernant l'accès des personnes handicapées au droit commun pour l'emploi :

A l'instar de ce qui est prévu pour la scolarisation des enfants handicapés, faire bénéficier en premier lieu toute personne handicapée qui effectue une demande auprès du service public de l'emploi des mesures de droit commun (entretien professionnel, bilan de compétence, orientation vers une formation...). Dans un second temps, le service public de l'emploi doit être en capacité de mobiliser les dispositifs d'appui complémentaires et au besoin inciter la personne à solliciter la MDPH.

Les équipes pluridisciplinaires des MDPH, qui interviennent en amont de la décision, peuvent recourir à des compétences expertes, comme l'a démontré la recherche-action expérimentale RECORD, au premier rang desquelles les services de santé au travail et des équipes de terrain spécialisées comme celles du réseau COMETE France.

Par ailleurs, conformément à la convention entre les MDPH et les CAP Emploi, ceux-ci, au même titre que Pôle Emploi et l'AFPA³⁵, contribuent aux travaux des équipes pluridisciplinaires de la MDPH. Il convient également de rappeler que la MDPH doit passer convention avec les centres de pré-orientation au même titre qu'avec les CAP Emploi (art. 26-III de la loi du 11 février 2005 devenu article R 5213-8 du Code du travail : « Les centres de pré-orientation et les organismes de placement spécialisés concluent une convention avec la MDPH mentionnée à l'article L.146-3 du Code de l'action sociale et des familles afin de coordonner leurs interventions auprès de personnes handicapées. »)

Enfin, il n'est pas acceptable que des personnes, déjà bénéficiaires à un titre ou à un autre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, se voient réorientées vers la MDPH pour l'obtention d'une RQTH avant tout accès à un dispositif d'accompagnement, ce qui est de nature à les éloigner encore plus de l'emploi.

³⁵ Association nationale pour la formation professionnelle des adultes.

Proposition n° 22 concernant le déclenchement rapide d'une démarche de soutien vers l'emploi :

Permettre que les personnes déjà titulaires d'une AAH, d'une carte d'invalidité, d'une pension d'invalidité puissent accéder **immédiatement** aux différents accompagnements pour le maintien dans l'emploi ou la reconversion, sans autre démarche que la saisine concomitante de la MDPH et sans attendre qu'une évaluation complète ait mis en évidence l'ensemble de leurs besoins.

Les personnes non encore bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés doivent elles aussi pouvoir accéder dès la saisine de la MDPH à un accompagnement évaluatif sans attendre une décision de la CDA.

Après la décision d'orientation, il appartient au Service Public de l'Emploi de prendre le relais de la CDAPH et d'accompagner dans les meilleures conditions la personne handicapée vers l'emploi.

b. Place des référents pour l'insertion professionnelle des MDPH

Pour que cet accompagnement soit efficace et rapide, une bonne articulation des actions des opérateurs de l'orientation et de ceux chargés du placement est nécessaire. A ce titre, les MDPH désignent, en leur sein, un référent pour l'insertion professionnelle. Sa mission est de veiller à ce que l'équipe pluridisciplinaire prenne en compte dans le plan personnalisé de compensation la dimension professionnelle du projet de vie de la personne handicapée, et pour ce faire il apparait nécessaire qu'il :

- participe à l'organisation et à la coordination des travaux de l'équipe pluridisciplinaire en matière d'évaluation et d'orientation professionnelle,
- fasse le lien entre l'équipe pluridisciplinaire, les services de l'emploi (Pôle Emploi et Cap Emploi), les autres partenaires impliqués dans le processus d'insertion sociale et professionnelle de la personne, et les services médico-sociaux de pré-orientation,
- organise les modalités concrètes de participation de l'ensemble de ces acteurs aux travaux de l'équipe pluridisciplinaire (préparation et suivi des différentes conventions de coopération),
- coordonne les actions d'accompagnement social ou médico-social avec le parcours vers l'emploi mis en œuvre par les services de l'emploi ou tout autre dispositif,
- contribue à l'information des personnes handicapées au sein de la MDPH et fasse valoir leurs besoins pour améliorer leur insertion sociale et professionnelle.

Au regard de l'importance de cette mission, il est essentiel que la CNSA puisse accompagner les MDPH en soutenant la formation des référents insertion professionnelle, en les dotant des outils nécessaires et en animant leur réseau.

Proposition n° 23 concernant le rôle et les missions du référent insertion professionnelle de la MDPH :

Définir précisément ses missions et notamment

- le charger explicitement d'organiser et d'animer le réseau coordonné de l'ensemble des partenaires impliqués dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées, en élaborant des conventions de partenariat qui définissent précisément le rôle et les responsabilités de chacun,
- recenser les besoins collectifs d'accompagnement,
- participer au PRITH au titre du département.

Charger la CNSA d'apporter un soutien aux pratiques de l'ensemble des référents insertion professionnelle des MDPH (échanges de pratiques, formation, information ...).

Favoriser la signature de conventions entre les MDPH, les centres de pré-orientation et les organismes de placement spécialisé prévus par la loi de 2005.

c. Complémentarité des services

L'orientation, par la CDAPH, d'une personne handicapée en recherche d'emploi vers Pôle Emploi ou vers CAP Emploi ne doit pas être suivie du désengagement de l'un ou de l'autre de ces deux partenaires. La complémentarité des prestations de Pôle Emploi et des Cap Emploi doit au contraire pleinement jouer afin que chacun des réseaux apporte la bonne réponse au demandeur d'emploi comme prévu dans la convention de collaboration AGEFIPH- Pôle-Emploi.

- L'offre de service de Pôle-Emploi doit principalement se centrer sur l'accompagnement vers l'emploi. Il doit également assurer une prestation d'accompagnement dans l'emploi, avec l'accord de l'employeur, consistant en un suivi particulier durant trois mois après l'embauche. Cette mesure, d'une ampleur limitée à ce jour, doit être promue.
- La mesure « service appui projet » financée par l'AGEFIPH et comportant des mises en situation participant au processus d'évaluation doit être généralisée.
- Les Cap-Emploi doivent proposer aux personnes handicapées un parcours professionnel et un accompagnement adaptés à leurs besoins, en subsidiarité aux actions de droit commun de Pole Emploi, et en **ciblant leurs prestations sur les situations les plus complexes**. Au-delà de l'embauche, à la demande du salarié ou sur proposition du Cap Emploi, lorsque le handicap ou la situation de la personne le nécessite, un accompagnement particulier pendant la période d'adaptation au poste de travail peut être mis en œuvre. Ce suivi dans l'emploi est distinct du suivi des travailleurs handicapés mis en œuvre par l'entreprise sous forme de tutorat. Il est également distinct de l'accompagnement social mis en place dans le cadre des dispositifs sociaux tels que les services

d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), qui peuvent s'exercer en entreprise ou en parallèle de l'activité professionnelle.

Tous ces dispositifs doivent être coordonnés pour gagner en efficacité.

Proposition n° 24 concernant l'articulation des différentes mesures prises au bénéfice de la personne handicapée, pendant l'accompagnement de la phase d'insertion et après l'embauche si nécessaire :

Veiller à ce que le plan personnalisé de compensation élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et comportant des mesures visant à l'insertion sociale et professionnelle de la personne soit mis en œuvre de façon articulée et coordonnée par l'ensemble des acteurs impliqués.

5. Suivre la trajectoire professionnelle des personnes handicapées tout au long de la vie

De nombreuses personnes handicapées sont amenées à connaître un parcours professionnel émaillé de ruptures. La MDPH joue ici un rôle essentiel, en lien avec les opérateurs de terrain, de droit commun ou médico-sociaux, et représente souvent « l'organisme-ressource » vers lequel se tourne prioritairement la personne handicapée.

Cette réalité pose la question du suivi, et notamment de l'articulation entre la MDPH et les services de santé au travail, qui ont pour mission d'assurer le suivi en emploi des personnes handicapées.

Ce suivi peut justifier la mise en œuvre de mesures d'aménagement de l'environnement professionnel, paramètre facilitateur dans l'équation de l'employabilité. L'adaptation de l'environnement ne consiste pas seulement en adaptations matérielles du poste de travail ou de l'accessibilité physique, il peut également se traduire par des réponses organisationnelles et humaines.

L'AGEFIPH ou le FIPHFP, chargés de gérer les cotisations versées par les entreprises et établissements assujettis, interviennent en prenant en charge les dépenses liées à l'adaptation du poste de travail, aux aides techniques et humaines ou encore dans le cadre de l'aide à la mobilité. Ils peuvent également aider les entreprises à intégrer l'emploi des personnes handicapées dans la gestion de leurs ressources humaines.

Pour autant, et malgré la mise en œuvre des moyens d'adaptation disponibles, une période d'intégration professionnelle peut être suivie d'une nouvelle désadaptation, voire

d'une perte d'emploi. Il sera alors essentiel de s'assurer d'une mise en relation rapide avec la MDPH, cette mission de liaison pouvant être confiée aux SAMETH. L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH sera confrontée au besoin d'une nouvelle évaluation de la situation et parfois la question de l'orientation vers le milieu protégé se posera.

Proposition n° 25 concernant le suivi professionnel tout au long de la vie :

Organiser au sein des MDPH la veille concernant l'évolution des parcours professionnels des personnes handicapées et l'ajustement des mesures mises en œuvre pour ce faire.
Confier aux SAMETH le soin d'orienter sans délai la personne handicapée vers le référent insertion professionnelle de la MDPH, chaque fois qu'elle se trouve confrontée du fait de son état de santé à un nouveau risque de perte d'emploi, ou que les mesures d'accompagnement proposées (cf proposition n°16 et n° 22) s'avèrent insuffisantes.

RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 concernant la définition de l' « employabilité » :

Introduire dans la réglementation la définition suivante :

« L'employabilité est la probabilité d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi. Elle est conditionnée par des facteurs personnels objectifs et subjectifs (capacités fonctionnelles, aptitudes comportementales et relationnelles, compétences...) et/ou des facteurs situationnels (marché de l'emploi, accessibilités aux lieux et modalités de travail, adaptabilité des postes et des organisations, contraintes professionnelles...), est susceptible d'évoluer dans le temps et d'être améliorée par la mise en œuvre de moyens d'orientation, de formation, d'adaptation ou de compensation.».

Proposition n° 2 concernant l'harmonisation et la clarification des critères d'accès aux différentes mesures mobilisables pour l'emploi des personnes handicapées :

S'appuyant sur la définition de l'employabilité énoncée précédemment, entreprendre un travail de mise en cohérence entre :

- *RQTH, restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, capacité de travail inférieure à 5%, orientation en ESAT*, qui relèvent de la MDPH ;
- et *efficience réduite, lourdeur du handicap*, qui relèvent d'autres partenaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Ces éléments doivent pouvoir s'articuler également avec les notions d'*invalidité*, utilisée par l'Assurance Maladie, et d'*inaptitude*, utilisée par la médecine du travail, afin d'assurer la lisibilité du parcours de la personne.

Proposition n° 3 concernant l'utilisation de la notion d' « activité professionnelle » plutôt que la notion d' « emploi » pour l'accès à certaines prestations faisant appel au concept d'employabilité :

Dans l'élaboration des textes réglementaires et des critères à retenir :

- pour l'accès à l'AAH des personnes ayant un problème avéré d'employabilité,
- pour l'accès à un complément d'allocation des personnes considérées comme dans « l'incapacité totale de travailler »,

substituer le terme « activité professionnelle » au terme « emploi » et apporter toute la lisibilité nécessaire afin que les personnes concernées puissent avoir la certitude qu'en faisant le choix d'exercer une activité professionnelle réduite et/ou en milieu protégé, elles amélioreront leur niveau de ressources.

Proposition n° 4 concernant la recherche :

Promouvoir en France des travaux de recherche pluridisciplinaires concernant les caractéristiques des parcours d'emploi des personnes handicapées (limitations et facteurs de réussite) à la lumière des variables sociodémographiques, des origines des handicaps, leurs types, les âges de survenue, des contextes personnels et environnementaux.

Proposition n° 5 concernant la définition des publics prioritaires :

Réaliser une évaluation de premier niveau visant à identifier rapidement la situation de la personne, afin de concentrer les moyens d'évaluation approfondie et de suivi de la démarche d'insertion principalement en direction des primo-demandeurs et des allocataires exprimant un projet d'insertion professionnelle.

Proposition n° 6 concernant la formalisation d'un outil :

Appuyer toute approche de l'employabilité sur une démarche pluridisciplinaire, multidimensionnelle, inscrite dans le temps, permettant l'évaluation et le suivi.

Face à l'impossibilité de proposer une pondération aboutissant à un score, on retiendra le principe d'une évaluation basée sur un faisceau d'indices concordants et abordant obligatoirement les quatre catégories de facteurs suivantes :

- la motivation
- les compétences
- les capacités
- la situation et l'environnement

Leur évaluation devra s'appuyer sur des mises en situation.

Principes de préfiguration d'un outil d'évaluation de l'employabilité :

Toute évaluation de l'employabilité (ou distance à l'emploi) devra s'appuyer sur une démarche, pluridisciplinaire, multidimensionnelle et inscrite dans le temps, comportant obligatoirement une phase de mise en situation. Il ne pourra en aucun cas s'agir d'un outil analytique, automatisé, aboutissant à un « score » d'employabilité.

Pour éclairer les décisions en matière de compensation, d'accompagnement et de droit aux allocations, on retiendra le principe d'une évaluation individualisée basée sur un faisceau d'indices concordants et abordant obligatoirement les quatre catégories de facteurs suivantes :

• La motivation

Son approche devra reposer sur :

- une analyse de l'expression du projet de vie comportant ou non un projet professionnel et/ou une demande de formation,
- un entretien (non directif ou semi-directif) avec un professionnel explorant cette dimension,
- l'utilisation d'échelles qualitatives (par exemple, échelle analogique), pour lesquelles un travail prospectif est à conduire.

• Les compétences

Leur étude reposera sur les éléments suivants :

- la formation initiale de la personne et son niveau à l'issue de celle-ci,
- le parcours de formation professionnelle et le parcours professionnel : dans ce cadre, les durées d'inactivité sont un facteur essentiel à prendre en compte,
- les aptitudes de la personne à mobiliser ses savoirs et savoir-faire,
- les aptitudes de la personne à apprendre et à s'adapter.

• Les capacités/incapacités

Leur étude reposera sur :

- un bilan médico-psycho-socio-professionnel, associant autour du médecin du travail des compétences à adapter au cas par cas (psychiatre, médecin de MPR...),
- les possibilités de compensation individuelles des incapacités, et d'appropriation de ces compensations
- les adaptations prévisibles du poste de travail.

• La situation et l'environnement

Seront à prendre en compte :

- lorsque l'entreprise est identifiée, son organisation, ses capacités à s'adapter à la personne et à ses besoins spécifiques, les caractéristiques du poste de travail,
- les accessibilités au sein et en dehors de l'entreprise, incluant aussi les dimensions d'accueil, d'accompagnement et de soutien humain à la personne (accessibilité « sociale »),
- l'environnement : réglementaire, social, familial, économique.

Proposition n° 7 concernant l'ouverture de droits à prestations :

La motivation est un facteur essentiel dans la conduite et la réussite d'un projet professionnel, mais il est impossible de l'objectiver de manière indiscutable. Son évaluation ne peut donc contribuer au faisceau d'indices permettant l'ouverture du droit à une prestation financière.

Inclure dans l'éligibilité à l'AAH des éléments relatifs aux compétences, capacités, situation et environnement, sans prendre en compte la motivation, dont l'évaluation pourrait parasiter l'engagement de la personne à entamer ou poursuivre un parcours d'insertion professionnelle.

Proposition n° 8 concernant l'exploration scientifique des déterminants de l'employabilité :

Exploiter les données disponibles dans les sources statistiques existantes concernant l'emploi des personnes handicapées, notamment l'enquête Handicap-Santé 2008.

Engager des travaux de recherche et de recherche-action à partir du recueil prospectif et de l'analyse systématique des éléments mis en évidence empiriquement, dans les sources statistiques et au sein des dossiers des personnes dans les MDPH, afin de pouvoir à moyen terme déterminer leurs interrelations et leurs contributions respectives à l'appréciation de l'employabilité.

Envisager, dès la mise en œuvre de la réforme, la structuration et le financement de la démarche de recherche et de recherche-action portant sur les déterminants de l'employabilité des personnes handicapées.

Proposition n° 9 concernant l'appropriation de la démarche par le réseau que constituent chaque MDPH et ses partenaires :

Confier à la CNSA la mission de favoriser l'appropriation par ces acteurs de l'ensemble de la démarche d'évaluation de l'employabilité pour les personnes handicapées.

Confier à la CNSA la mission de favoriser l'utilisation du GEVA comme support du langage commun entre les différents acteurs de l'insertion professionnelle, par l'accompagnement et la mise à disposition d'outils de formation

- pour les MDPH et notamment par les échanges de pratiques
- pour leurs partenaires et notamment pour l'ensemble des acteurs impliqués dans le PRITH.³⁶

³⁶ Circulaire DGEFP n°2009-15 du 26 mai 2009 relative aux Plans Régionaux d'Insertion Professionnelle des Travailleurs Handicapés (*PRITH*)

Proposition n° 10 concernant les rôles et missions des différents acteurs :

Définir les rôles et échelles territoriales d'intervention de chacun de ces acteurs, ainsi que leur financement.

Recommander la formalisation par chaque MDPH des relations partenariales sur son territoire, après recensement des ressources ainsi disponibles.

Proposition n° 11 concernant des référentiels de bonne pratique de la démarche précoce d'insertion sociale et professionnelle :

Inscrire dans les référentiels de bonne pratique professionnelle de toutes les spécialités médicales concernées, particulièrement de la médecine du travail, le principe essentiel de la précocité de la démarche d'insertion, ou de maintien dans l'emploi, dès la survenue des déficiences.

Proposition n° 12 concernant la médecine du travail:

Assigner aux services de santé au travail, conformément aux différents rapports relatifs à la réforme de la santé au travail, deux grandes missions prioritaires :

- la prévention des maladies et accidents en relation avec le travail,
- la prévention de la désinsertion professionnelle.

Afin de remplir cette dernière mission, ces services devraient constituer en interne des équipes d'évaluation **médico-psycho-socio-professionnelle** associant les compétences utiles à la définition des capacités des salariés ainsi qu'à la préconisation des adaptations du poste de travail et de son contexte nécessaires au maintien dans l'emploi. Ces équipes devraient être en capacité de réaliser un véritable bilan interdisciplinaire pour toute personne en emploi présentant un risque de désinsertion professionnelle.

Proposition n° 13 concernant la prévention de la désinsertion professionnelle par le partage d'une stratégie commune entre tous les acteurs sanitaires et sociaux concernés :

Pour définir à l'intention de la personne une perspective claire et lui permettre d'y adhérer, favoriser l'articulation du service de santé au travail (riche de son évaluation pluridisciplinaire - cf proposition n°12) avec les médecins généralistes référents, les autres spécialités médicales, la MDPH, les opérateurs de maintien dans l'emploi, le service médical de l'Assurance Maladie. Cette concertation entre les professionnels doit aboutir à un protocole engageant chacun d'entre eux dans une même stratégie d'action, afin d'assurer, au-delà de l'évaluation et de la compensation, la cohérence des discours et l'amélioration de la prise en charge en vue du retour à l'emploi.

Proposition n° 14 concernant l'activation précoce des dispositifs de maintien dans l'emploi :

Pour que la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la CDA ne soit plus un préalable à la mise en œuvre des accompagnements pour une personne en emploi à l'insertion menacée, permettre au médecin du travail, y compris pendant la phase de suspension du contrat de travail pour maladie ou AT/MP, de délivrer, avec l'accord de la personne, une attestation protocolisée valant reconnaissance temporaire de la qualité de travailleur handicapé, dans le cadre d'une procédure d'urgence.

La poursuite des accompagnements et la prolongation de la RQTH seraient conditionnées au dépôt de la demande auprès de la MDPH et à une décision positive de la CDA. Cette procédure, mobilisable au titre de l'urgence, permettrait l'intervention précoce des dispositifs de maintien dans l'emploi.

Proposition n° 15 concernant l'action des dispositifs de maintien dans l'emploi :

Réorienter les actions des services de maintien dans l'emploi, notamment les SAMETH, vers les situations les plus complexes ou les plus susceptibles de conduire à un licenciement pour inaptitude en leur assignant des objectifs concrets afin que ces situations soient effectivement prises en compte.

Proposition n° 16 concernant la prévention de la désinsertion professionnelle des personnes licenciées pour inaptitude au poste de travail :

Permettre l'attribution d'une RQTH à titre temporaire dans les mêmes conditions qu'énoncé à la proposition n° 14.

Ouvrir un droit au contrat de transition professionnelle à toute personne licenciée suite à une notification d'inaptitude au poste de travail, quels que soient la taille de l'entreprise ou le secteur d'activité.

Promouvoir de nouveaux dispositifs favorisant une reconversion précoce.

Proposition n° 17 concernant le relais des actions des structures médico-éducatives pour favoriser l'emploi des personnes handicapées jeunes

Identifier et diffuser les bonnes pratiques de préparation à l'emploi menées dans les structures médico-éducatives pour enfants et adolescents ainsi que les actions d'accompagnement des jeunes adultes

- en formation initiale (notamment en alternance)
- pour l'accès au premier emploi
- pour son suivi.

Proposition n° 18 concernant la mise en place d'une allocation transitoire de soutien à l'insertion professionnelle pour les primo-demandeurs de l'AAH

Instituer une allocation transitoire de soutien à l'insertion professionnelle, qui consisterait en l'AAH elle-même ou en une allocation alternative à l'AAH, permettant de donner à la personne les ressources financières et la sécurité nécessaires à la bonne conduite de son projet d'évaluation de l'employabilité et d'accompagnement vers l'insertion professionnelle.

Elle doit être :

- limitée dans le temps
- conditionnée à l'inscription réelle de la personne dans ce parcours, sous réserve de la disponibilité des structures adéquates sur le territoire considéré.

Proposition n° 19 concernant l'articulation de l'allocation transitoire avec l'AAH :

Définir clairement les règles du relais de cette allocation transitoire avec l'AAH pour tous les bénéficiaires. Après la période limitée d'attribution de l'allocation transitoire, l'attribution de l'AAH ne peut se faire que dans deux situations :

- soit le cumul de l'AAH avec les revenus selon les règles en vigueur lorsqu'une activité professionnelle est possible,
- soit un revenu de subsistance - AAH majorée d'un complément - au cas où le processus d'insertion professionnelle conduirait à la conclusion qu'un projet professionnel, même partiel, n'est pas réaliste dans la durée du fait du handicap.

Proposition n° 20 concernant la formation professionnelle :

Confier aux PRITH une mission prioritaire d'évaluation et d'animation des dispositifs de formation professionnelle, qu'ils relèvent du droit commun ou qu'ils soient spécialisés, et notamment :

- recenser les dispositifs existants,
- s'assurer du respect, sur le terrain, des principes de la loi de 2005 et particulièrement de l'adaptation de chaque programme individuel de formation aux capacités et particularités de chaque personne,
- évaluer et diffuser les bonnes pratiques en matière d'actions concertées concernant la formation professionnelle des personnes handicapées au niveau régional,
- favoriser la mise en œuvre de parcours de formation diversifiés et adaptés aux réalités locales,
- faire des préconisations d'amélioration à l'occasion de la conférence triennale organisée par le gouvernement sur la politique du handicap.

Proposition n° 21 concernant l'accès des personnes handicapées au droit commun pour l'emploi :

A l'instar de ce qui est prévu pour la scolarisation des enfants handicapés, faire bénéficier en premier lieu toute personne handicapée qui effectue une demande auprès du service public de l'emploi des mesures de droit commun (entretien professionnel, bilan de compétence, orientation vers une formation...). Dans un second temps, le service public de l'emploi doit être en capacité de mobiliser les dispositifs d'appui complémentaires et au besoin inciter la personne à solliciter la MDPH.

Proposition n° 22 concernant le déclenchement rapide d'une démarche de soutien vers l'emploi :

Permettre que les personnes déjà titulaires d'une AAH, d'une carte d'invalidité, d'une pension d'invalidité puissent accéder **immédiatement** aux différents accompagnements pour le maintien dans l'emploi ou la reconversion, sans autre démarche que la saisine concomitante de la MDPH et sans attendre qu'une évaluation complète ait mis en évidence l'ensemble de leurs besoins.

Les personnes non encore bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés doivent elles aussi pouvoir accéder dès la saisine de la MDPH à un accompagnement évaluatif sans attendre une décision de la CDA.

Proposition n° 23 concernant le rôle et les missions du référent insertion professionnelle de la MDPH :

Définir précisément ses missions et notamment

- le charger explicitement d'organiser et d'animer le réseau coordonné de l'ensemble des partenaires impliqués dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées, en élaborant des conventions de partenariat qui définissent précisément le rôle et les responsabilités de chacun,
- recenser les besoins collectifs d'accompagnement,
- participer au PRITH au titre du département.

Charger la CNSA d'apporter un soutien aux pratiques de l'ensemble des référents insertion professionnelle des MDPH (échanges de pratiques, formation, information ...).

Favoriser la signature de conventions entre les MDPH, les centres de pré-orientation et les organismes de placement spécialisé prévus par la loi de 2005.

Proposition n° 24 concernant l'articulation des différentes mesures prises au bénéfice de la personne handicapée, pendant l'accompagnement de la phase d'insertion et après l'embauche si nécessaire :

Veiller à ce que le plan personnalisé de compensation élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et comportant des mesures visant à l'insertion sociale et professionnelle de la personne soit mis en œuvre de façon articulée et coordonnée par l'ensemble des acteurs impliqués.

Proposition n° 25 concernant le suivi professionnel tout au long de la vie :

Organiser au sein des MDPH la veille concernant l'évolution des parcours professionnels des personnes handicapées et l'ajustement des mesures mises en œuvre pour ce faire.
Confier aux SAMETH le soin d'orienter sans délai la personne handicapée vers le référent insertion professionnelle de la MDPH, chaque fois qu'elle se trouve confrontée du fait de son état de santé à un nouveau risque de perte d'emploi, ou que les mesures d'accompagnement proposées (cf proposition n°16 et n° 22) s'avèrent insuffisantes.

LES CINQ MESSAGES des auteurs du rapport sur l'évaluation de la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi

1 La conception d'un outil d'évaluation automatisé permettant de mesurer l'employabilité des personnes handicapées est impossible.

Les différentes démarches scientifiques ou expérimentales, menées tant en France qu'à l'international, sont concordantes et nous permettent d'affirmer qu'il est impossible de concevoir un outil d'évaluation permettant de mesurer et encore moins de quantifier l'employabilité, qu'il soit destiné à des personnes handicapées ou non. Cette position concorde avec les avis exprimés unanimement par l'ensemble des personnes auditionnées.

Les auteurs préconisent en conséquence de développer une démarche reposant sur un processus d'évaluation, associant recueil d'informations, accompagnement et mise en situation. Un tel processus aurait en outre l'intérêt, au-delà de la seule évaluation, de constituer un véritable outil d'aide à l'insertion professionnelle.

Les différents éléments permettant d'apprécier l'employabilité portent sur 4 dimensions : la motivation, les compétences, les capacités et la situation de la personne dans son environnement. L'ensemble de ces paramètres permet de constituer un faisceau d'indices concordants, qui ne repose pas seulement sur des éléments personnels subjectifs (déclaration de la personne) ni sur des données préétablies (contraintes supposées de telle ou telle activité professionnelle).

2 La réussite d'une politique visant à améliorer l'insertion professionnelle des personnes handicapées suppose qu'une priorité soit donnée à la prévention de la désinsertion et au maintien dans l'emploi.

Près de deux demandeurs d'AAH sur trois ont déjà exercé une activité professionnelle et en arrivent à solliciter le bénéfice d'une allocation au terme d'un long parcours de désinsertion. **Une prise en charge précoce des personnes en emploi mais en risque de désinsertion professionnelle du fait de problèmes de santé liés à des maladies évolutives ou à des accidents de la vie doit permettre de sécuriser le parcours professionnel.**

Toute perte d'emploi doit être accompagnée sans rupture, ce qui suppose de lever certains freins administratifs mais aussi d'améliorer la cohérence et la complémentarité des dispositifs, qu'ils soient de droit commun ou spécialisés.

Les auteurs préconisent de confier aux services de santé au travail une mission prioritaire de prévention de la désinsertion professionnelle :

- en leur assignant pour objectif la réalisation d'un véritable bilan médico-psycho-socio-professionnel, mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire, pour chaque personne concernée par une démarche d'inaptitude au poste de travail ;
- en leur permettant d'attribuer en urgence une reconnaissance « provisoire » de la qualité de travailleur handicapé, pour un accès immédiat aux mesures spécifiques en amont de la désinsertion professionnelle.

Ils recommandent également d'impliquer l'AGEFIPH et le FIPHFP non pas uniquement en aval de la démarche d'évaluation mais aussi en amont de celle-ci, afin

- de permettre au réseau CAP EMPLOI de jouer pleinement son rôle dans la démarche d'insertion professionnelle des personnes handicapées,
- de participer financièrement à des prestations spécifiques mises en œuvre par des opérateurs spécialisés, dont la collaboration aux démarches d'évaluation et d'insertion doit être développée, dans le cadre d'un réseau constitué sur la base de conventions locales.

3 L'accès précoce aux droits pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées doit être résolument facilité.

L'accès des personnes handicapées au droit commun du service public de l'emploi, sans nécessité de passer par le dispositif handicap et la MDPH, doit être amélioré. L'accès à des mesures non spécifiques, par exemple en ouvrant un droit à un contrat du type du contrat de transition professionnelle, pour toute personne perdant son emploi du fait d'un problème de santé doit être ouvert.

Aucune catégorie de bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés ne doit être *a priori* récusée pour bénéficier des soutiens nécessaires à la réalisation de son parcours dès lors que le projet de la personne comporte une dimension professionnelle.

Pour atteindre ces objectifs, les auteurs préconisent la mise en place d'une allocation transitoire associée au processus d'évaluation et d'accompagnement, facilitant la mobilisation de la personne handicapée dans une démarche de projet professionnel.

4 Les MDPH doivent jouer un rôle central dans le dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées, grâce à l'action de leurs référents.

Les référents insertion professionnelle doivent assurer l'animation, la coordination et la mise en réseau de l'ensemble des acteurs concernés par l'insertion professionnelle des personnes handicapées. La mise en place de conventions entre les différents partenaires doit permettre de développer cette stratégie.

Le processus dynamique d'évaluation et d'accompagnement permet d'alimenter le GEVA, outil actuellement en cours de déploiement dans les MDPH. Pour être utilisé de façon optimale et constituer une base de données exploitable, l'appropriation du GEVA, y compris pour la dimension insertion professionnelle, doit être soutenue et **la CNSA doit poursuivre sa mission d'animation notamment auprès des référents insertion professionnelle des MDPH.**

Des **recherches-actions** doivent permettre d'enrichir cet outil et d'améliorer en continu le processus d'évaluation/accompagnement des personnes handicapées dans leur démarche d'insertion professionnelle.

5 Plus généralement, la philosophie d'une approche davantage centrée sur les besoins individuels des personnes doit être promue, et se traduire dans la réglementation, les processus, les pratiques.

A court terme, les moyens d'évaluation et d'accompagnement doivent être renforcés, la coordination des acteurs améliorée, la sécurisation des parcours professionnels et la prévention de la désinsertion prioritairement recherchées.

A plus long terme, des recherches et expérimentations doivent être engagées afin d'améliorer les connaissances dans le champ du handicap, notamment pour objectiver les déterminants de la désinsertion, et, *a contrario*, les conditions de la réussite de l'insertion, et afin de promouvoir et généraliser les bonnes pratiques.

LETTRE DE MISSION



Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Solidarité et de la Ville

Secrétariat d'Etat à la Solidarité

La Secrétaire d'Etat

Paris, le 04 FEV. 2009

C. CAB/CB/dm

Docteur,

Lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin dernier, le Président de la République a annoncé une réforme de l'AAH avec deux objectifs : garantir la dignité des personnes dans l'incapacité durable ou définitive de travailler et en faire un tremplin vers l'emploi pour les personnes handicapées qui peuvent travailler.

Afin de répondre à ce double objectif, il apparaît indispensable de ne plus fonder la distinction entre les deux régimes d'AAH existants sur le seul taux d'invalidité, mais également sur l'examen de la capacité ou non de la personne handicapée à exercer une activité professionnelle sans mettre en danger sa santé. C'est en effet en repérant ces différentes situations que la personne handicapée pourra être orientée vers le dispositif le plus adapté :

- un accompagnement renforcé vers l'emploi pour les personnes en capacité d'y accéder qui bénéficieront ainsi de l'attribution automatique de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et d'un régime d'intéressement simplifié et plus attractif ;
- un accès prioritaire aux compléments d'AAH pour les personnes dans l'incapacité totale de travailler, et la garantie de ressources minimum décentes pour celles qui sont accueillies en établissements.

La condition et le préalable pour mettre en œuvre cette architecture générale réside dans la définition d'un outil pour évaluer l'employabilité des demandeurs d'AAH. C'est en effet l'existence de cet outil qui seul permettra de mettre en œuvre la réforme des deux régimes d'AAH voulue par le Président de la République et de déterminer le public auquel s'adresserait un futur complément d'AAH rénové.

Docteur Michel Busnel
Président de l'association Comète France
14, rue Colbert
56100 Lorient

Or, il n'existe pas aujourd'hui d'outil validé et directement réutilisable pour classer les demandeurs d'AAH selon qu'ils peuvent ou non travailler : les maisons départementales des personnes handicapées mobilisent une multitude de référentiels partiels – pour l'accès à l'AAH, à la RQTH, au complément de ressources ou encore pour l'orientation professionnelle des personnes handicapées - qui reposent chacun sur des méthodologies différentes et dont aucun aujourd'hui n'est directement utilisable pour l'évaluation systématique et globale des capacités de travail des personnes handicapées.

La réforme annoncée par le Président de la République doit donc être l'occasion de se doter d'un outil unique et intégré pour apprécier de façon globale la situation d'une personne handicapée au regard de l'emploi. Un tel outil constituerait une simplification importante pour l'instruction des différents types de demandes et pour la cohérence des décisions d'un type de demande à l'autre.

C'est pourquoi, connaissant vos compétences dans le domaine de l'évaluation du handicap en situation professionnelle, je souhaite que vous puissiez mener une mission de préfiguration de cet outil d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées.

Vous dresserez un état des lieux des outils et des référentiels existants et proposerez les grandes orientations pour la rédaction d'un outil unique et intégré, qui permette aux équipes pluridisciplinaires des MDPH d'évaluer la situation des demandeurs d'AAH et, plus largement, de toute personne handicapée au regard de l'emploi. Vous pourrez utilement vous appuyer sur des comparaisons internationales et européennes et aurez toute latitude pour organiser l'ensemble des auditions que vous jugeriez souhaitable et pour solliciter toutes les expertises que vous estimeriez utiles.

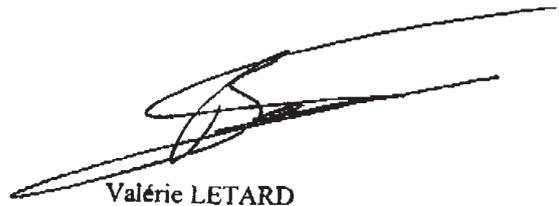
Pour l'accomplissement de votre mission, vous disposez du concours d'un membre de l'inspection générale des affaires sociales et pourrez solliciter en tant que de besoin l'appui des services du ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, en particulier la direction générale de l'action sociale, la délégation interministérielle aux personnes handicapées et des services du ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, en particulier de la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle.

Vous pourrez également solliciter, en tant que de besoin, la réunion du groupe d'appui technique sur les ressources et l'emploi des personnes handicapées, constitué au sein du comité de suivi de la réforme de la politique du handicap.

Je souhaite disposer de vos conclusions et de vos propositions au plus tard le 30 juin 2009.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Bien cordialement



Valérie LETARD

« L'EMPLOI : UN DROIT A FAIRE VIVRE POUR TOUS »

EVALUER LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPEES AU REGARD DE L'EMPLOI PREVENIR LA DESINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

ANNEXES AU RAPPORT

REMIS A

M. XAVIER DARCOS,
MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE

ET A **MME NADINE MORANO,**
SECRETARE D'ETAT CHARGEE DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE

Décembre 2009

ANNEXES

- Annexe 1** : Liste des personnes auditionnéespage 3
- Annexe 2** : Charte européenne sur l'évaluation professionnelle des personnes handicapées annexe à la Résolution AP(95)3 du Conseil de l'Europepage 4
- Annexe 3** : Politiques publiques en direction des adultes handicapés - note de la Direction Générale de l'Action Sociale.....page 13
- Annexe 4** : Enquête de la DREES auprès des demandeurs de l'AAH - Présentation et synthèse des premiers résultats.....page 26
- Annexe 5** : Analyse d'outils ayant pour objectif d'évaluer l'employabilité de personnes handicapées – note DGASpage 37
- Annexe 6** : Sources documentaires concernant les expérimentations.....page 42
- Annexe 7** : fiche documentaire « La réhabilitation psychosociale »page 52
- Annexe 8** : Bibliographiepage 56

Annexe 1

LISTE DES PERSONNES OU ORGANISMES AUDITIONNES

AGEFIPH : M Pierre Blanc, directeur général ; Me Najiba Fradin, Directrice des Services à la personne

CAP EMPLOI : M Eric Villeneuve directeur de l'ADIEPH Morbihan, service d'insertion ATLAS Prestations, et membre de l'UNITH

CTNERHI : M Dominique Velche, chargé de recherche, spécialiste des questions emploi et comparaisons internationales

DREES : Me Sylvie Eghbal- Teherani, Adjointe au chef de bureau « handicap dépendance »

ŒUVRE FALRET : Me Annick Hennion, Directrice générale ; M Christian Toullec, directeur d'établissement et concepteur de l'outil TACTIS (Test d'Aptitude et de Compétence au Travail et à l'Insertion Sociale)

FAGERH : Mr Gérard Boyer, président
FASSIER, Jean-Baptiste, médecin de santé au travail, Institut Universitaire de médecine du travail de Lyon et Centre d'action et de prévention et réadaptation de l'incapacité au travail, Université de Sherbrooke, Canada

FEDERATION NATIONALE DE LA MUTUALITE FRANCAISE : Me Michelle Dange, présidente de l'Union Nationale Mutualiste personnes Agées Personnes Handicapées, membre du Conseil d'administration et du Comité exécutif de la Mutualité Française

FIPHFP : M Philippe Nicolle, directeur adjoint

FISAF : M Maurice Beccari, président, M Loïc Haffray, directeur d'établissement, animateur du pôle insertion professionnelle au sein de la FISAF

GALAXIE : M Yann Boulon, directeur du Foyer EPIS, Saint –Etienne, représentant du réseau Galaxie

MDPH des Pyrénées Orientales : M Cédric Commes, référent insertion professionnelle et coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire

Pôle Emploi : Mme Isabelle Reste, Directrice générale

Annexe 2

CONSEIL DE L'EUROPE

COMITÉ DES MINISTRES

(ACCORD PARTIEL DANS LE DOMAINE SOCIAL ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

RÉSOLUTION AP (95) 3

RELATIVE A UNE CHARTE

SUR L'ÉVALUATION PROFESSIONNELLE DES

PERSONNES HANDICAPÉES ^{note 1}

(adoptée par le Comité des Ministres le 12 octobre 1995,

lors de la 545e réunion des Délégués des Ministres)

Les représentants au Comité des Ministres de la Belgique, de la France, de l'Allemagne, de l'Italie, du Luxembourg, des Pays-Bas et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats parties à l'Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique, ainsi que les représentants de l'Autriche, de la Finlande, de la Norvège, du Portugal, de l'Espagne, de la Suède et de la Suisse, Etats participant aux activités de réadaptation et d'intégration des personnes handicapées, poursuivies dans le cadre dudit accord partiel depuis, respectivement, le 11 septembre 1962, le 4 septembre 1990, le 6 juin 1974, le 2 octobre 1981, le 15 mai 1979, le 8 septembre 1986, et le 1 janvier 1975,

Considérant que le but du Conseil de l'Europe est de réaliser une union plus étroite entre ses membres et que ce but peut être poursuivi par l'adoption d'une action commune dans le domaine social et de la santé publique;

Compte tenu des dispositions du Traité de Bruxelles, signé le 17 mars 1948, en vertu desquelles la Belgique, la France, le Luxembourg, les Pays-Bas et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord se sont déclarés résolus à resserrer les liens sociaux qui les unissaient déjà;

Compte tenu du Protocole modifiant et complétant le Traité de Bruxelles, signé le 23 octobre 1954 par les Etats signataires du Traité de Bruxelles d'une part et la République Fédérale d'Allemagne et l'Italie d'autre part;

Constatant que les sept Etats parties à l'accord partiel, qui ont repris, au sein du Conseil de l'Europe, l'exercice des activités sociales relevant de l'organisation du Traité de Bruxelles, puis de l'Union de l'Europe Occidentale, issue du Traité de Bruxelles

modifié par le Protocole mentionné au quatrième alinéa ci-dessus, ainsi que l'Autriche, la Finlande, la Norvège, le Portugal, l'Espagne, la Suède et la Suisse, qui participent aux activités de l'Accord partiel dans le domaine de la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées, se sont toujours efforcés d'être à l'avant-garde des progrès concernant les mesures sociales et le secteur connexe de la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées et que, depuis de nombreuses années, ils ont entrepris une action tendant à l'harmonisation de leurs législations;

Considérant que, dans le monde entier, on compte plus de 500 millions de personnes handicapées par suite de déficiences physiques, mentales ou sensorielles;

Reconnaissant que la réadaptation professionnelle des personnes handicapées, par l'intégration économique et sociale qu'elle réalise, constitue un devoir de la collectivité;

Rappelant les principes énoncés dans la Charte Sociale européenne, article 15, selon lesquels les personnes physiquement ou mentalement diminuées ont un droit à la formation professionnelle et à la réadaptation professionnelle et sociale;

Rappelant la Convention 159 et la Recommandation 168 de l'Organisation internationale du travail en matière de réadaptation professionnelle et d'emploi des personnes handicapées;

Compte tenu de la Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages de l'Organisation Mondiale de la Santé, publiée conformément à la résolution WHA29.35 de la vingt-neuvième Assemblée Mondiale de la Santé;

Compte tenu de la Recommandation N° R (92) 6 sur une politique cohérente pour les personnes handicapées et notamment des principes suivants énoncés dans la Recommandation:

- les objectifs de la réadaptation visent à assurer à la personne handicapée, quelles que soient la nature et l'origine du handicap, la participation la plus large possible à la vie sociale et économique, et la plus grande indépendance
- pour être indépendantes autant que possible et ne plus occuper un rôle secondaire dans la société, les personnes handicapées doivent devenir acteurs de leur propre réadaptation
- les personnes handicapées devraient pouvoir jouir d'une indépendance économique aussi grande que possible, notamment en exerçant une profession aussi hautement qualifiée que possible et en tirant un revenu proportionné
- dans le but de permettre une intégration professionnelle aussi complète que possible des personnes handicapées et par là-même de favoriser leur insertion sociale et leur épanouissement personnel, toutes mesures individuelles ou collectives devraient être prises pour qu'elles puissent exercer, chaque fois que cela est possible, leur activité professionnelle dans le milieu ordinaire de travail, en tant que travailleurs salariés ou travailleurs indépendants
- une évaluation régulière des aptitudes devrait être effectuée pour obtenir le meilleur

programme de réadaptation possible ainsi qu'un pronostic pour l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées; de même, les personnes handicapées et leur famille devraient pouvoir étudier et évaluer leurs aptitudes

- les personnes handicapées devraient avoir accès à l'évaluation de leurs aptitudes professionnelles;

Reconnaissant que l'évaluation professionnelle des personnes handicapées est cruciale pour le processus d'intégration professionnelle et contribue par là-même à permettre une vie indépendante et une intégration complète dans la société;

Estimant que tous les Etats parties à l'Accord partiel et les autres Etats qui participent aux activités de l'Accord partiel trouveront avantage à harmoniser les principes concernant l'évaluation professionnelle des personnes handicapées,

Recommandent aux gouvernements des Etats parties à l'Accord partiel ainsi qu'aux gouvernements de l'Autriche, de la Finlande, de la Norvège, du Portugal, de l'Espagne, de la Suède et de la Suisse de tenir compte des principes figurant à l'annexe à la présente Résolution lors de l'élaboration de leurs programmes de réadaptation et d'évaluation professionnelles des personnes handicapées.

Annexe à la Résolution AP (95) 3

Charte sur l'évaluation professionnelle

des personnes handicapées

1. BUT ET CHAMP D'APPLICATION

1.1 Aux fins de la présente Charte, *l'évaluation professionnelle des personnes handicapées* désigne le processus d'évaluation des aptitudes professionnelles des personnes et des exigences du poste de travail, ainsi que la comparaison et le rapprochement de ces évaluations en vue de l'intégration ou de la réintégration professionnelle.

1.2 L'évaluation professionnelle fait partie intégrante de la réadaptation et de l'intégration professionnelles constituant le fondement de l'orientation et de la formation professionnelles et de l'aide et du suivi au travail. L'association au stade le plus précoce possible des aptitudes et des exigences professionnelles dans les projets de réadaptation permet d'harmoniser les mesures médicales, thérapeutiques, scolaires et professionnelles avec l'objectif final de l'intégration sociale et professionnelle.

2. PRINCIPES

2.1 Principes éthiques

2.1.1 Toute personne handicapée - quels que soient son âge et son sexe - ayant un besoin d'intégration ou réintégration professionnelle devrait avoir accès à l'évaluation professionnelle.

2.1.2 Chaque personne évaluée devrait avoir le droit de participer activement au processus de son évaluation professionnelle et au choix de l'activité professionnelle qui correspond à ses aptitudes et à ses aspirations.

2.1.3 Les objectifs de l'évaluation professionnelle, les outils choisis pour les procédures d'évaluation ainsi que leur utilisation et les résultats obtenus - y compris leur implications pour des mesures ultérieures d'intégration professionnelle - devraient être clairement expliqués à toutes les personnes concernées, en particulier aux personnes évaluées elles-mêmes.

2.1.4 Toutes les données et informations personnelles collectées au cours du processus d'évaluation professionnelle devraient être soumises aux réglementations nationales en vigueur sur la protection des données et sur le secret médical et professionnel. Celles-ci ne peuvent être utilisées ultérieurement qu'exclusivement dans l'intérêt et avec l'accord des personnes évaluées et dans le cadre de la réadaptation professionnelle.

2.2 Procédures d'évaluation et raisons de leur utilisation

2.2.1 L'évaluation professionnelle des personnes handicapées devrait faire usage des procédures d'évaluation adéquates et très répandues dans les domaines des sciences naturelles et sociales. Elles servent de base à la formulation de questions à des fins de comparaison, et garantissent que la comparaison soit réalisée entre des éléments similaires. Toutes les procédures d'évaluation devraient être efficaces, fiables et valides.

2.2.2 Les procédures d'évaluation et leur utilisation répétée sont une condition préalable au contrôle du déroulement et de la réussite de l'insertion professionnelle.

2.2.3 Certaines classifications, que ce soit en médecine ou dans d'autres domaines scientifiques, se concentrent sur l'enregistrement des écarts par rapport aux normes et sur les déficiences. De telles classifications ne semblent pas rendre justice aux capacités des personnes handicapées. En soulignant uniquement les points faibles de ces personnes, elles peuvent freiner leur insertion sociale, les placer dans une position désavantageuse et conduire à leur exclusion.

2.2.4 L'évaluation professionnelle des personnes handicapées devrait diriger l'attention des personnes concernées sur les capacités qui peuvent être utilisées pour la formation et la réinsertion professionnelles. Ainsi est corrigée l'idée reçue sur les personnes handicapées en considérant la personne évaluée comme un tout, en termes à la fois de capacité et d'incapacité.

2.2.5 L'évaluation professionnelle des personnes handicapées devrait être orientée vers l'analyse des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales de chaque individu ainsi que vers leur interaction avec les exigences des postes de travail. Lors de l'évaluation professionnelle, les capacités des intéressés pertinentes pour l'exercice d'un poste de travail précis devraient être comparées aux exigences de ce poste.

2.2.6 L'accomplissement des tâches liées à un poste de travail précis ne fait appel qu'à un nombre limité de capacités humaines. Si les capacités de telle ou telle personne répondent aux exigences d'un poste de travail donné, cette personne peut être utilement employée. Il ne devrait y avoir aucune raison de désavantager professionnellement une personne dont l'incapacité n'aurait aucun effet sur l'exécution des tâches impliquées par le poste de travail.

2.2.7 De plus, l'évaluation professionnelle devrait constituer un élément de base pour établir si les capacités d'un employé peuvent être améliorées par la formation professionnelle, ou compensées par les adaptations techniques ou organisationnelles du lieu et du poste de travail. L'évaluation professionnelle devient ainsi un outil d'aide précieux pour les entreprises qui emploient, ou souhaitent employer, des travailleurs handicapés ou dont les capacités sont restreintes, conduisant également aux mesures nécessaires dans le domaine de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail.

2.2.8 Il n'est pas possible d'établir des exigences professionnelles précises à partir des descriptions génériques des différentes professions. Il existe, au sein de chaque profession, des postes de travail aux exigences très diverses. Une description des exigences devrait être fondée sur l'analyse des exigences d'un poste de travail bien précis.

2.2.9 Les procédures d'évaluation font généralement appel à des catalogues complets de caractéristiques et de facteurs standardisés et bien définis, se rapportant à chaque domaine spécifique. Les caractéristiques et facteurs du catalogue utilisé dans l'évaluation professionnelle devrait décrire, d'une part, toutes les capacités professionnelles humaines, et d'autre part, l'ensemble des exigences du poste de travail. Les caractéristiques des capacités et des exigences devraient être définies en relation l'une avec l'autre de telle façon que chaque caractéristique puisse être utilisée pour la description à la fois de capacités et d'exigences. Ceci permet une comparaison directe entre les capacités et les exigences, et facilite les conclusions quantitatives. Le catalogue devrait traiter de toutes les capacités humaines nécessaires à la description des exigences de toutes professions et de tous postes de travail dans l'industrie, le commerce, l'administration publique et les services.

2.2.10 Les catalogues complets de caractéristiques et de facteurs standardisés et bien définis doivent être considérés comme outils concourant à la réussite des procédures d'évaluation visées par le paragraphe 2.2.9 ci-dessus. Celles-ci ne peuvent en aucun cas se limiter à une utilisation mécanique et systématique de ces catalogues et doivent intégrer dans leurs analyses l'ensemble des facteurs humains, psychologiques, sociaux et environnementaux qui constituent le tissu de la personnalité et de l'identité de la personne dont les aptitudes professionnelles sont évaluées.

2.3 Caractère multidisciplinaire de l'évaluation professionnelle

2.3.1 L'évaluation et l'intégration professionnelles des personnes handicapées devraient être réalisées par les équipes multidisciplinaires comprenant des spécialistes des domaines les plus divers, tels que la médecine de la réadaptation, l'ergonomie, la psychologie, l'orientation professionnelle, l'éducation, les sciences sociales, la médecine du travail, la santé et la sécurité sur le lieu de travail, le secteur technique, ainsi que l'expertise de différentes professions. L'entreprise qui est le cadre de

l'intégration professionnelle devrait également pouvoir participer au processus d'évaluation professionnelle.

2.3.2 Les spécialistes au sein d'une équipe multidisciplinaire de l'évaluation professionnelle utilisent leurs propres méthodes de travail dans leur domaine spécialisé. Afin de surmonter les difficultés de communication et d'information dues aux différences de terminologie, l'équipe d'évaluation devrait utiliser des systèmes d'information en vue de comparer les descriptions des capacités avec celles des exigences. Les systèmes d'information devraient être élaborés à partir d'un catalogue complet de caractéristiques professionnelles, qui décrit, qualitativement et quantitativement, l'ensemble des capacités et exigences nécessaires à la description des exigences de postes. Les résultats d'une évaluation professionnelle devraient être insérés dans le système d'information conformément aux définitions figurant au catalogue des caractéristiques. Ainsi sont élaborées des descriptions complètes de capacités et d'exigences, compréhensibles pour toutes les personnes concernées.

2.4 Rapports avec la Classification Internationale des Handicaps: déficiences, incapacités et désavantages de l'OMS

2.4.1 Afin de faciliter davantage la communication interdisciplinaire, le catalogue des caractéristiques professionnelles utilisé dans l'évaluation des personnes handicapées pourrait être fondé sur le cadre conceptuel de la Classification Internationale des Handicaps: déficiences, incapacités et désavantages de l'OMS (CIH). La CIH classe les conséquences des maladies ou accidents en trois niveaux: celui des déficiences (niveau de l'organe y compris le fonctionnement mental), celui des incapacités (niveau de la personne, diminution des capacités) et celui des désavantages (désavantages sociaux, difficultés d'intégration).

2.4.2 L'évaluation professionnelle des personnes handicapées traite de la corrélation entre les capacités des intéressés et les exigences des postes de travail. Pour ce faire, le niveau des capacités (capacités diminuées, incapacités) devrait constituer la base de présentation et de discussion lors de la comparaison de la description des capacités avec celle des exigences. Le niveau de l'intégration sociale (correspondant au désavantage) peut constituer la base des mesures d'intégration professionnelle ultérieures. Le niveau organique (déficiences) devrait être inclus dans l'analyse des facteurs entraînant des troubles d'aptitudes. A ce niveau, il est possible de prescrire des interventions médicales, thérapeutiques, préventives et techniques pour chaque individu.

3. TABLEAU DES PRINCIPALES CATÉGORIES DE CARACTÉRISTIQUES ET FACTEURS PROFESSIONNELS AVEC RÉFÉRENCE A LA CIH

3.1 Le tableau suivant énumère, à deux niveaux dans les deux premières colonnes, les principales catégories de caractéristiques et de facteurs professionnels qui devraient être pris en compte dans l'évaluation professionnelle des personnes et des postes de travail. Toutes les catégories peuvent être exprimées en termes à la fois de capacité et d'exigence. Quoique le tableau ne puisse pas être utilisé tel quel pour l'évaluation professionnelle pratique, il peut servir de cadre à l'élaboration d'un catalogue de caractéristiques professionnelles complet en ajoutant des niveaux supplémentaires de sous-articles au deuxième niveau des catégories de caractéristiques. Des procédures

d'évaluation détaillées, des outils et des systèmes d'information peuvent alors être élaborés sur la base du catalogue de caractéristiques professionnelles complet et selon des besoins spécifiques. Le tableau devrait être considéré en conjonction avec les principes, et tout particulièrement les principes éthiques, énumérés ci-dessus.

3.2 Afin de faciliter la communication interdisciplinaire, les catégories de caractéristiques professionnelles sont associées, dans les deux dernières colonnes du tableau, aux déficiences et incapacités de la CIH correspondantes, exprimées par les codes numériques de la CIH ^{note 2}. Tandis que ce rapport est établi principalement par le biais de la classification des incapacités de la CIH, certaines caractéristiques professionnelles peuvent être reliées uniquement à la classification des déficiences. Les catégories de la CIH choisies représentent, le plus précisément possible, le contenu des catégories des caractéristiques professionnelles présentées, quoiqu'une correspondance exacte ne puisse pas toujours être réalisée.

1. Lors de l'adoption de cette Résolution, et en application de l'article 10.2.c du Règlement intérieur des réunions des Délégués des Ministres,

- le Délégué du Royaume-Uni a réservé le droit de son Gouvernement de se conformer ou non à la Résolution;

- le Délégué de la France a réservé le droit de son Gouvernement de se conformer ou non aux paragraphes 2.2.9 et 3 de la Résolution.

2. Les codes numériques auxquels il est fait référence dans le tableau ainsi que les catégories de déficiences et d'incapacités correspondantes se trouvent dans la *Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages* (Paris: INSERM/CTNERHI/OMS, Diffusion PUF, 1988).

Catégories de Capacités/Exigences 1er niveau	Catégories de Capacités/Exigences 2ème niveau	Codes CIH Incapacités	Codes CIH Déficiences
Position du corps	Position assise	58, 71	
	Position debout	58, 71	
	Position à genoux	55	
	Position accroupie	56	
	Position penchée	56	
	Position allongée	59	
	Changement de position	46, 58	

Déplacement du corps	Marcher/monter	40, 41	
	Monter/grimper	42, 43	
	Ramper/glisser	45	
Mouvements des extrémités	Mouvements des membres supérieurs	52 - 54	
	Soulever et transporter des objets	48	
	Habilité manuelle	60 - 66	
	Mouvements des pieds	67	
Fonctions du squelette	Fonctions mécaniques et motrices des membres		71 - 74
	Fonctions des régions de la tête et du tronc		70
Communication	Réception d'informations	20, 23, 25, 26, 27	69
	Emission d'informations	21, 22, 28, 29	
Caractéristiques physiques complexes	Force et endurance physiques	71	
	Equilibre	58	
Facteurs environnementaux	Climat	72, 73	
	Son/Bruit	74	
	Vibrations	77.8	
	Lumière/Eclairage	75	
	Humidité/Saleté	73.1	
	Pression atmosphérique	73.2	
	Radiations	77.4	
	Gaz/Poussière/Fumée et autres substances dangereuses	77	
Sécurité sur le lieu de travail	Risque d'accidents	13, 18.6	
	Equipement de protection des travailleurs	70	
Organisation du travail	Travail par roulement horaires	18.2	

	Rythme de travail	76	
	Trajet jusqu'au lieu de travail et accessibilité là-bas	47, 49	
Caractéristiques mentales	Cognition	10 - 12, 14 - 16	
	Personnalité et manière d'accomplir le travail	18, 19	
	Contraintes du travail	76	

Annexe 3

Politiques publiques en direction des adultes handicapés **Termes de l'attribution de l'AAH** **et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées** (source : DGAS)

SOMMAIRE

Présentation du document	13
1. Le Handicap	14
2. L'Eligibilité aux prestations spécifiques au handicap.....	14
2.1 Invalidité.....	14
2.2 Inaptitude.....	15
2.3 Capacité de travail inférieure à 5 %	16
2.4 Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap	16
3. L'Insertion professionnelle des personnes handicapées.....	17
3.1 Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).....	17
3.2 Orientation professionnelle des personnes handicapées	17
3.2 Droits des travailleurs handicapés.....	18
4. La personne handicapée en emploi	18
4.1 Efficience réduite	18
4.2 Lourdeur du handicap.....	19
5. Les Etablissements spécialisés pour l'insertion professionnelle.....	20
5.1 Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	20
5.2 Entreprises adaptées	21
6. Les ressources des personnes handicapées.....	21
6.1 Allocation aux adultes handicapés	21
6.2 Garantie de ressources des adultes handicapés	22
6.3 Complément de ressources.....	22
6.4 Majoration pour la vie autonome	22
7. Les mesures fiscales en direction des personnes handicapées	23
7.1 Impôt sur le revenu.....	23
7.2 Impôts directs locaux	24
7.3 Dégrèvement de redevance audiovisuelle	25

PRESENTATION DU DOCUMENT

Ce document a pour but de préciser la portée de différents termes qui qualifient la situation des personnes handicapées et déterminent l'accès à des prestations appartenant à des registres différents.

Il n'y a pas d'obligation de cohérence entre les législations qui sous-tendent ces termes, car celles-ci obéissent à des objectifs et des logiques qui leur sont propres. En revanche, comme la personne émerge généralement à plusieurs prestations, la situation n'est pas cohérente de son point de vue. Ainsi, les évaluations portent sur différents critères qui permettent l'accès :

- soit à d'autres prestations servies par la MDPH (RQTH, orientation marché du travail, orientation ESAT)
- soit à d'autres prestations servies par la législation relative à la sécurité sociale ou du travail (inaptitude, invalidité),
- soit aux aides ouvertes aux employeurs (aide au poste en EA et financement d'aménagements de poste) alors même que l'application de ces différents critères concernent une même personne.

L'articulation et la cohérence entre les prestations servies aux personnes handicapées sont difficiles à assurer en raison des objectifs différents qu'elles poursuivent, mais aussi, notamment, de la multiplicité des évaluations et des acteurs qui y contribuent, de l'évolution de la situation des personnes et de leurs handicaps, des enjeux financiers pour les personnes et des contraintes des opérateurs qui doivent faire face à l'ensemble des demandes.

A noter : les décisions qui peuvent porter sur les termes décrits ci-après relèvent, en cas de non conciliation de la personne concernée avec l'attributaire de la décision, selon le cas, des recours auprès du tribunal administratif, du contentieux technique de la sécurité sociale ou de la juridiction de l'aide sociale

1. LE HANDICAP

A savoir :

- La notion de handicap, qui ne fait pas l'objet d'une procédure de reconnaissance de handicap, est largement utilisée comme telle dans la vie courante. Elle a une portée générale (accessibilité, autonomie,)

Les textes :

- L. 114 du Code de l'action sociale et des familles (L. n° 2005-102 du 11 février 2005, art ; 2-I, 1°) : « 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. »

2. L'ELIGIBILITE AUX PRESTATIONS SPECIFIQUES AU HANDICAP

2.1 Invalidité

A savoir :

- L'invalidité concerne les assurés sociaux, par extension, personnes ayant ou ayant eu une activité professionnelle. Elle permet d'établir l'accès aux pensions d'invalidité dès lors qu'est constatée une réduction durable, des deux tiers au moins, suite à une maladie ou à un accident de caractère non professionnel, de la capacité de travail ou de gain d'un assuré social. Elle fait l'objet d'une expertise du médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie. Après reconnaissance de l'état d'invalidité, la personne est classée dans l'une des trois catégories prévues par l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale qui déterminent à la fois la capacité ou non d'exercer un métier et le taux de pension (1ère catégorie : possibilité d'exercer une activité professionnelle, 2ème catégorie, impossibilité d'exercer une activité professionnelle, 3ème catégorie, impossibilité d'exercer une activité professionnelle et nécessité d'une présence d'une tierce personne).

Les textes : L.341-1, 2, 3 et 4 du Code de la sécurité sociale ; L. 341-1 créé par Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

- L. 341-1 : « L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme. »
- L. 341-2 : « Pour recevoir une pension d'invalidité, l'assuré social doit justifier à la fois d'une durée minimale d'immatriculation et, au cours d'une période de référence, soit d'un montant minimum de cotisations fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé. »
- L. 341-3 « L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle : 1°) soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ; 2°) soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues au 4° de l'article L. 321-1 ; 3°) soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné ; 4°) soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme. »
- L. 341-4 : « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit : 1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ; 2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ; 3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. »

2.2 Inaptitude

A savoir :

- Ce terme relève de la médecine du travail et concerne les travailleurs en activité reprenant le travail après un arrêt de travail pour maladie. Le médecin du travail prononce une inaptitude pour qualifier une incapacité pour raison médicale à exercer une activité déterminée pouvant justifier une mesure d'adaptation. L'inaptitude du salarié à son poste de travail ne peut être appréciée qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail en général ; n'est prononcée qu'après une période d'un mois à partir de la reprise d'activité ; a des implications sur la retraite.

Les textes : L. 1226-2, 3 et 4 du Code du travail

- L. 1226-2 : « Lorsque, à l'issue des périodes de suspension du contrat de travail consécutives à une maladie ou un accident non professionnel, le salarié est déclaré inapte par le médecin du travail à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur lui propose un autre emploi approprié à ses capacités. Cette proposition prend en compte les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. L'emploi proposé est aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en oeuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail. »
- L. 1226-3 : « Le contrat de travail du salarié déclaré inapte peut être suspendu pour lui permettre de suivre un stage de reclassement professionnel. »
- L. 1226-4 : « Lorsque, à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail, le salarié déclaré inapte n'est pas reclassé dans l'entreprise ou s'il n'est pas licencié, l'employeur lui verse, dès l'expiration de ce délai, le salaire correspondant à

l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail. Ces dispositions s'appliquent également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail. »

2.3 Capacité de travail inférieure à 5 %

A savoir :

- C'est une des conditions d'accès au complément de ressources pour les personnes bénéficiaires de l'AAH au titre de l'article L. 821-1, qui doit permettre aux personnes dans l'incapacité de travailler de disposer de revenus suffisants. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) statue sur ce critère. Il est assimilable à une quasi-incapacité de travail et a priori non susceptible d'évolution favorable dans le temps.
- Elle signifie que la personne, indépendamment de son âge, du contexte socio-économique, des aménagements de poste de travail, etc. est dans l'incapacité de travailler, compte tenu de son handicap et ce quel que soit le poste de travail envisagé.
- Si aucun outil n'a été développé pour évaluer la capacité de travail, les trois circulaires du ministère de la solidarité ont eu pour objet de donner des repères à l'interprétation de cette notion.

Les textes :

- L. 821-1-1 du Code de la sécurité sociale : « Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés. »
- Circulaires du ministère de la solidarité :
 - circulaire N°DGAS/1C/2005/411 du 7 septembre 2005 relative à l'allocation aux adultes handicapés, à la garantie de ressources pour les personnes handicapées et à la majoration pour la vie autonome
 - circulaire N°DGAS/1C/2006/37 du 26 janvier 2006 relative à l'appréciation de la condition d'une capacité de travail inférieure à 5 % pour l'octroi du complément de ressources prévu à l'article L. 821-1-1 du code de la sécurité sociale
 - circulaire DGAS/1C/SD3/2007/141 du 10 avril 2007 relative à l'appréciation de la condition de capacité de travail inférieure à 5 % pour l'octroi de la garantie de ressources pour les personnes handicapées prévue à l'article L. 821-1-1 du Code de la sécurité sociale.

2.4 Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap

A savoir :

- C'est une des deux conditions d'éligibilité à l'AAH au titre de l'article L. 821-2, appréciée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.
- A partir du recueil d'un faisceau d'indices, il s'agit de déterminer, au sein de l'ensemble des freins à l'accès ou au maintien à l'emploi, la part propre au handicap et de rechercher si elle constitue une restriction substantielle et durable. Cette condition est ainsi satisfaite lorsque les obstacles pour l'accès à l'emploi sont importants, que la difficulté d'accès à l'emploi est durable (au moins un an) et que ces éléments sont dus de façon prépondérante au handicap. La « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap » est appréciée quel que soit le poste de travail envisagé.

Les textes :

- L. 821-2 du Code de la sécurité sociale pour l'accès à l'AAH : « L'allocation aux adultes handicapés est également versée à toute personne qui remplit l'ensemble des conditions

suivantes : 1° Son incapacité permanente, sans atteindre le pourcentage fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 821-1, est supérieure ou égale à un pourcentage fixé par décret ; 2° La commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles lui reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, précisée par décret. Le versement de l'allocation aux adultes handicapés au titre du présent article prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 821-1. »

3. L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES

3.1 Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

A savoir :

- La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) a pour objet de favoriser l'accès à l'emploi des personnes handicapées.
- Elle est examinée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour toute personne faisant la demande de RQTH ou formulant une demande d'AAH à la MDPH.

Les textes : L. 5213-1 et 2 du Code du travail ; L. 821-7-3 du Code de l'action sociale et des familles

- L. 5213-1 : « est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle mentale ou psychique »
- L. 5213-2 : « La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles. Cette reconnaissance s'accompagne d'une orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou vers un centre de rééducation professionnelle. L'orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou vers un centre de rééducation professionnelle vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. »
- L. 821-7-3 : « Une procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-2 du code du travail est engagée à l'occasion de l'instruction de toute demande d'attribution ou de renouvellement de l'allocation aux adultes handicapés. »

3.2 Orientation professionnelle des personnes handicapées

A savoir :

- L'orientation professionnelle des personnes handicapées a pour objet de préciser comment peut se concrétiser l'accès à l'emploi des personnes handicapées.
- L'orientation professionnelle des personnes handicapées est en principe celle du marché du travail (entreprises « ordinaires ») ; si cette orientation s'avère impossible, il s'agira d'une admission en établissement médico-social, par exemple dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), ou d'une décision d'orientation vers une formation en centre de rééducation professionnelle (CRP).
- L'orientation professionnelle est examinée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour toute personne en faisant la demande ou formulant une demande d'AAH à la MDPH.

Les textes :

- L. 5312-2 du Code du travail déjà cité en 3.1 ci-dessus, précisant les orientations possibles : vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou vers un centre de rééducation professionnelle.

- L. 5213-20 du Code du travail : « Les personnes handicapées pour lesquelles une orientation sur le marché du travail par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées s'avère impossible peuvent être admises dans un établissement ou service d'aide par le travail mentionné au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »
- circulaire DGEFP 2007-1 du 15 janvier 2007 relative à la mise en œuvre de l'orientation vers le travail des personnes handicapées (1.3) : « La CDA prononce notamment en tenant compte des possibilités réelles d'insertion de la personne handicapée et des travaux d'évaluation menés par l'équipe pluridisciplinaire :
 - une décision d'orientation vers le marché du travail comprenant dorénavant les entreprises adaptées (Cf. 2.3 infra) ;
 - une admission en établissement médico-social dont les établissements et les services d'aide par le travail (ESAT)
 - une décision d'orientation vers une formation en centre de rééducation professionnelle (CRP). »

3.2 Droits des travailleurs handicapés

Les textes : L. 5213-3, 4 et 5 et R. 5213-52 du Code du travail

- L. 5213-3 : « Tout travailleur handicapé peut bénéficier d'une réadaptation, d'une rééducation ou d'une formation professionnelle. »
- L. 5213-4 : « Le travailleur handicapé bénéficie des aides financières accordées aux stagiaires de la formation professionnelle et prévues par le titre IV du livre III de la sixième partie, sous réserve d'adaptations à leur situation particulière. En outre, le travailleur handicapé peut bénéficier, à l'issue de son stage, de primes à la charge de l'Etat destinées à faciliter son reclassement et dont le montant et les conditions d'attribution sont déterminés par décret. Ces primes ne se cumulent pas avec les primes de même nature dont le travailleur handicapé pourrait bénéficier au titre de la législation dont il relève. »
- L. 5213-5 : « Tout établissement ou groupe d'établissements appartenant à une même activité professionnelle de plus de cinq mille salariés assure, après avis médical, le réentraînement au travail et la rééducation professionnelle de ses salariés malades et blessés. Les inspecteurs du travail peuvent mettre les chefs d'entreprise en demeure de se conformer à ces prescriptions. »
- R. 5213-52 : « La personne handicapée pour laquelle la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prononce une orientation vers le marché du travail et qui se dirige vers une activité indépendante peut bénéficier d'une subvention d'installation. Cette subvention, dont le montant et les conditions d'attribution sont fixés par décret, contribue à l'achat et à l'installation de l'équipement nécessaire à cette activité. »

4. LA PERSONNE HANDICAPEE EN EMPLOI

4.1 Efficience réduite

A savoir :

- Elle est prononcée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour les personnes handicapées travaillant dans une entreprise adaptée
- Elle permet aux entreprises adaptées, compte tenu de l'emploi très majoritaire de personnes handicapées à efficience réduite, de percevoir, outre une subvention forfaitaire, une subvention spécifique qui a notamment pour objet d'assurer un suivi social et une formation spécifique de la personne handicapée à son poste de travail.

Les textes :

- L. 5213-19 du Code du travail : « Les entreprises adaptées et les centres de distribution perçoivent pour chaque travailleur handicapé orienté vers le marché du travail par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qu'ils emploient, une aide au poste forfaitaire, versée par l'Etat. Compte tenu des surcoûts générés par l'emploi très majoritaire de personnes handicapées à efficacité réduite, ils perçoivent en outre une subvention spécifique dont les modalités d'attribution sont déterminées par décret. Cette subvention permet en outre un suivi social ainsi qu'une formation spécifique de la personne handicapée à son poste de travail. »
- Arrêté du 13 février 2006 : « les critères déterminant l'efficacité réduite et ouvrant droit à l'aide au poste et à la subvention spécifique pour les personnes handicapées recrutées par les entreprises adaptées ou les centres de distribution de travail à domicile et non proposées par le service public de l'emploi ou les organismes de placement spécialisés sont :
 - Soit : - la sortie d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ou un changement d'entreprise adaptée (EA) ou de centre de distribution de travail à domicile (CDTD) ;
 - Soit : - l'absence d'emploi depuis au moins un an à compter de la date de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, associée à un des critères ci-après :
 - la sortie ou le suivi d'une institution sanitaire, et notamment : 1. Centre hospitalier régional (CHR) ; 2. Centre hospitalier spécialisé (CHS) ; 3. Centre de rééducation fonctionnelle (CRF) ;
 - la sortie d'une institution ou services spécialisés, et notamment : 1. Institut médico-éducatif (IME) ; 2. Institut d'éducation motrice (IEM) ; 3. Institut médico-professionnel (IMPRO) ; 4. Service d'accompagnement médicalisé pour adultes handicapés (SAMSAH) ;
 - le suivi par un service d'accompagnement social : 1. Service de soins et d'aide à domicile (SSAD) ; 2. Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ; 3. Service d'aide à la vie sociale (SAVS) ;
 - le passage par une entreprise d'insertion (EI).

4.2 Lourdeur du handicap

A savoir :

- La lourdeur du handicap concerne les personnes handicapées travaillant en milieu ordinaire (marché du travail)
- Elle permet de fixer la compensation du handicap pour l'employeur : la lourdeur du handicap concerne la contribution au fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés (FDIPH) dont le montant peut être modulé en fonction de l'effectif de l'entreprise, de l'effort consenti par l'entreprise en matière de maintien dans l'emploi ou de recrutement direct de certains bénéficiaires de l'obligation d'emploi, notamment ceux pour lesquels l'autorité administrative, après avis éventuel de l'inspection du travail, a reconnu la lourdeur du handicap, ou ceux rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi.
- La procédure administrative est décrite aux articles R. 5213-39 et suivants du Code du travail. La demande est faite au DDTEFP qui évalue, sur la base de cette demande, la lourdeur du handicap, au regard du poste de travail, après aménagement optimal de ce dernier.

Les textes : R. 5213-39, 40 et 47 du Code du travail

- R. 5213-39 : « La reconnaissance de la lourdeur du handicap mentionnée à l'article L. 5212-9 et l'attribution de l'aide relative au salaire du travailleur handicapé mentionnée à l'article L.

5213-11 relèvent du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. »

- R. 5213-40 : « La modulation de la contribution annuelle et l'attribution de l'aide à l'emploi prévues aux articles L. 5212-9 et L. 5213-11 ont pour objet de compenser la lourdeur du handicap d'un bénéficiaire de l'obligation d'emploi. La lourdeur du handicap est évaluée, au regard du poste de travail, après aménagement optimal de ce dernier. »
- R. 5213-47 : « La décision de reconnaissance de la lourdeur du handicap fait l'objet d'un réexamen tous les trois ans. Toutefois, pour les personnes présentant un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80 %, la première décision de reconnaissance du handicap est accordée pour une durée d'un an. »

5. LES ETABLISSEMENTS SPECIALISES POUR L'INSERTION PROFESSIONNELLE

5.1 Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)

A savoir :

- Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont des organismes médico-sociaux chargés de la mise au travail, accompagnée d'un soutien médical et social, des personnes handicapées dans l'impossibilité de travailler dans un autre cadre.
- La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées décide de l'orientation des personnes handicapées vers ce type de structure.

Les textes : L. 344-2 ; R. 243-1 et 3 du Code de l'action sociale et des familles

- L. 344-2 : "Les établissements et services d'aide par le travail accueillent des personnes handicapées dont la commission prévue à l'article L. 146-9 a constaté que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante. Ils leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social."
- R. 243-1 : "Sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 243-3, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées oriente vers les établissements et services d'aide par le travail les personnes handicapées ayant une capacité de travail inférieure à un tiers au sens de l'article R. 341-2 du code de la sécurité sociale, mais dont elle estime que l'aptitude potentielle à travailler est suffisante pour justifier leur admission dans ces établissements et services."
- R. 341-2 : « Pour l'application des dispositions de l'article L. 341-1 : 1°) l'invalidité que présente l'assuré doit réduire au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain ; 2°) le salaire de référence ne doit pas être supérieur au tiers de la rémunération normale mentionnée audit article. »
- R. 243-3 : « La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées peut décider d'orienter vers les établissements et services d'aide par le travail des personnes handicapées dont la capacité de travail est supérieure ou égale au tiers de la capacité normale lorsque leur besoin d'un ou de plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux, psychologiques, expressément motivés dans la décision, le justifie et ne peut être satisfait par une orientation vers le marché du travail. Le directeur de l'établissement ou du service d'aide par le travail doit saisir la maison départementale des personnes handicapées, dans les conditions prévues à l'article R. 146-25, du cas des travailleurs handicapés qui viendraient en cours d'activité et d'une façon durable à dépasser cette capacité de travail. La commission apprécie alors le bien-fondé du maintien de ces travailleurs handicapés dans un établissement

ou un service d'aide par le travail en fonction des critères mentionnés à l'alinéa précédent. Dans les mêmes conditions, il appartient au directeur de l'établissement ou du service d'aide par le travail de faire connaître toutes propositions de changement d'orientation des personnes handicapées qui apparaissent souhaitables") d'orienter en ESAT alors même que la capacité de travail n'est pas réduite de deux tiers. »

5.2 Entreprises adaptées

A savoir :

- Ces établissements permettent de réaliser une insertion professionnelle des personnes ne pouvant travailler dans une entreprise du milieu ordinaire (marché du travail). Une entreprise adaptée (anciennement « atelier protégé ») ou un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) est une entreprise du milieu ordinaire du travail employant au moins 80 % de travailleurs handicapés, lesquels peuvent ainsi exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités. Ces structures bénéficient d'aides de l'Etat ; elles doivent permettre une insertion et une promotion professionnelle tenant compte du handicap du travailleur. Elles peuvent servir de tremplin vers des emplois dans des entreprises non adaptées du marché du travail. Selon les nécessités de leur production, les entreprises adaptées et les CDTD peuvent embaucher des salariés valides dans la limite de 20 % de leurs effectifs.
- La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées décide de l'orientation des personnes handicapées vers ce type de structure.

Les textes :

- L. 5213-13 du Code du travail : « Les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile peuvent être créés par les collectivités ou organismes publics ou privés, notamment par des sociétés commerciales. Pour ces dernières, ils sont constitués en personnes morales distinctes. Les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile concluent avec l'autorité administrative un contrat d'objectifs valant agrément. »

6. LES RESSOURCES DES PERSONNES HANDICAPEES

6.1 Allocation aux adultes handicapés

Les textes : L. 821-1, 2 et 4 du Code de la sécurité sociale

- L. 821-1 : « Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés. »
- L. 821-2 : « L'allocation aux adultes handicapés est également versée à toute personne qui remplit l'ensemble des conditions suivantes :
 - 1° Son incapacité permanente, sans atteindre le pourcentage fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 821-1, est supérieure ou égale à un pourcentage fixé par décret ;
 - 2° La commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles lui reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, précisée par décret.

Le versement de l'allocation aux adultes handicapés au titre du présent article prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 821-1. »

- L821-4 : « L'allocation aux adultes handicapés est accordée, pour une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles appréciant le niveau d'incapacité de la personne handicapée ainsi que, pour les personnes mentionnées à l'article L. 821-2 du présent code, leur impossibilité, compte tenu de leur handicap, de se procurer un emploi. Le complément de ressources mentionné à l'article L. 821-1-1 est accordé, pour une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, sur décision de la commission mentionnée au premier alinéa qui apprécie le taux d'incapacité et la capacité de travail de l'intéressé. »

6.2 Garantie de ressources des adultes handicapés

Les textes :

- L. 821-1-1 du Code de l'action sociale et des familles : « Il est institué une garantie de ressources pour les personnes handicapées composée de l'allocation aux adultes handicapés et d'un complément de ressources. Le montant de cette garantie est fixé par décret. »

6.3 Complément de ressources

Les textes : L. 821-1-1 et L. 821-4 du Code de l'action sociale et des familles

- L. 821-1-1 : « Le complément de ressources est versé aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L. 821-1 :
 - dont la capacité de travail, appréciée par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, est, compte tenu de leur handicap, inférieure à un pourcentage fixé par décret ;
 - qui n'ont pas perçu de revenu d'activité à caractère professionnel propre depuis une durée fixée par décret ;
 - qui disposent d'un logement indépendant ;
 - qui perçoivent l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail.

Le complément de ressources est également versé aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 dont l'incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé par le décret mentionné au premier alinéa de l'article L. 821-1 et qui satisfont aux conditions prévues aux troisième, quatrième et cinquième alinéas du présent article.

Le versement du complément de ressources pour les personnes handicapées prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail dans les conditions prévues au dixième alinéa de l'article L. 821-1. Il prend fin pour les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse. »

- L821-4 : « L'allocation aux adultes handicapés est accordée, pour une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles appréciant le niveau d'incapacité de la personne handicapée ainsi que, pour les personnes mentionnées à l'article L. 821-2 du présent code, leur impossibilité, compte tenu de leur handicap, de se procurer un emploi. Le complément de ressources mentionné à l'article L. 821-1-1 est accordé, pour une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, sur décision de la commission mentionnée au premier alinéa qui apprécie le taux d'incapacité et la capacité de travail de l'intéressé. »

6.4 Majoration pour la vie autonome

Les textes :

- L821-1-2 du Code de l'action sociale et des familles : « Une majoration pour la vie autonome dont le montant est fixé par décret est versée aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L. 821-1 qui :
 - disposent d'un logement indépendant pour lequel ils reçoivent une aide personnelle au logement ;
 - perçoivent l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ;
 - ne perçoivent pas de revenu d'activité à caractère professionnel propre.

La majoration pour la vie autonome est également versée aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 dont l'incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé par le décret mentionné au premier alinéa de l'article L. 821-1 et qui satisfont aux conditions prévues aux deuxième et quatrième alinéas du présent article.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles la majoration pour la vie autonome est versée aux intéressés hébergés dans un établissement social ou médico-social, hospitalisés dans un établissement de santé ou incarcérés dans un établissement relevant de l'administration pénitentiaire.

La majoration pour la vie autonome n'est pas cumulable avec le complément de ressources visé à l'article L. 821-1-1. L'allocataire qui remplit les conditions pour l'octroi de ces deux avantages choisit de bénéficier de l'un ou de l'autre. »

7. LES MESURES FISCALES EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPEES

7.1 Impôt sur le revenu

7.1.1. Majoration de quotient familial pour les personnes invalides

Une majoration de quotient familial est accordée aux personnes invalides afin d'atténuer la charge fiscale des grands infirmes civils, c'est-à-dire des personnes titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et accordée notamment pour une invalidité de 80 %. Cette majoration est également accordée aux titulaires d'une pension d'invalidité pour accident du travail ou au titre des pensions militaires d'invalidité, pour une invalidité d'au moins 40 %.

7.1.2. Crédit d'impôt pour des dépenses d'équipement

Les dépenses, payées entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2009, relatives à l'installation dans l'habitation principale d'équipement spécialement conçus pour les personnes (âgées ou) handicapées ouvrent droit à un crédit d'impôt sur le revenu. Ce crédit d'impôt s'applique:

- aux coûts des équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées, quelle que soit la date d'achèvement de l'immeuble ;
- aux dépenses afférentes à un immeuble collectif achevé depuis plus de deux ans au titre de l'acquisition d'ascenseurs électriques à traction possédant un contrôle avec variation de fréquence ;
- aux dépenses afférentes à un immeuble achevé au titre de la réalisation de travaux de prévention des risques technologiques.

La liste des équipements spécialement conçus pour les personnes (âgées ou) handicapées éligibles à cet avantage fiscal a été précisée par l'arrêté ministériel du 9 février 2005 publié au journal officiel du 15 février 2005. Le crédit d'impôt est égal à 25 % du montant des dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées et à 15 % des autres dépenses. Pour une même résidence, le montant des

dépenses ouvrant droit au crédit d'impôt ne peut excéder, pour la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2009, la somme de 5 000 € pour une personne célibataire, veuve ou divorcée et de 10 000 € pour un couple marié soumis à imposition commune. Ce plafond est majoré pour tenir compte de la situation de famille du contribuable. Ces dispositions s'appliquent aux dépenses.

7.1.3. Abattement pour les personnes invalides de condition modeste

Un abattement sur le revenu imposable est accordé notamment pour les personnes invalides de condition modeste quel que soit leur âge. Pour l'année 2007, cet abattement est de 2 202 € si le revenu global n'excède pas 13 550 €, de 1 101 € si le revenu global n'excède pas 21 860 €.

7.1.4. Réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile

Une réduction d'impôt sur le revenu est accordée pour l'emploi d'un salarié à domicile. L'assiette de cette aide est de 50 % des sommes acquittées dans la limite de 20 000 € lorsque l'un des membres du foyer fiscal est invalide (au lieu de 12 000 € éventuellement majorable dans les autres cas).

En pratique, sont concernés par le plafond majoré les foyers fiscaux dont au moins l'un des membres :

- est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- ou qui, sans être titulaire de la carte d'invalidité, perçoit une pension d'invalidité de troisième catégorie ou le complément d'allocation d'éducation spéciale.

7.1.5. Autres réductions d'impôt

Une réduction d'impôt sur le revenu de 25 % dans la limite d'un plafond global de versements annuels égal à 1 525 euros majoré de 300 euros par enfant à charge est accordé au titre des primes afférentes à des contrats de rente survie souscrits en faveur d'un enfant ou à tout autre parent en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré de l'assuré atteints d'une infirmité, et à des contrats d'épargne handicap souscrits par des personnes handicapées.

7.1.6. Traitement des plus-values réalisées de la carte d'invalidité

Les plus-values réalisées, lors de la cession de biens immobiliers, par les titulaires (de pensions de vieillesse ou) de la carte d'invalidité correspondant au classement dans la deuxième ou la troisième des catégories prévues à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu sous réserve du respect par le cédant de certaines conditions de ressources et de non-assujettissement à l'impôt de solidarité sur la fortune (ISF).

7.2 Impôts directs locaux

7.2.1. Taxe d'habitation

Conformément à l'article 1414-I-1° bis du code général des impôts (CGI), les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) mentionnée aux articles L.821-1 et suivants du code de la sécurité sociale sont exonérés de la taxe d'habitation afférente à leur habitation principale lorsque le montant de leurs revenus de l'année précédente n'excède pas la limite prévue au I de l'article 1417 du CGI et qu'ils respectent la condition de cohabitation prévue à l'article 1390 du même code.

En outre, les redevables handicapés ou ayant à leur charge une personne handicapée peuvent s'ils disposent de revenus modestes ou moyens, bénéficier d'un dégrèvement d'office de la taxe d'habitation afférente à leur habitation principale pour la fraction de leur cotisation qui excède 3,44 % de leur revenu diminué d'un abattement (article 1414 A du code général des impôts).

Compte tenu des règles de calcul de ce plafonnement, ce dispositif est, par le biais de la majoration du quotient familial en cas d'invalidité, plus facilement accordé à ces familles qu'aux familles ne comptant pas de titulaire de l'AAH.

Au surplus, conformément au 3 bis du II de l'article 1411 du CGI, les collectivités territoriales peuvent instaurer, à compter de 2008 et sur délibération, un abattement de 10 % de la valeur locative moyenne des habitations en faveur des contribuables titulaires de l'AAH ou qui occupent leur habitation avec une ou des personnes bénéficiant de l'allocation.

7.2.2. Taxe foncière sur les propriétés bâties

La taxe foncière sur les propriétés bâties est un impôt réel dû à raison de la propriété d'un bien, quels que soit l'utilisation qui en est faite et les revenus du propriétaire. Les allègements fondés sur la situation personnelle des propriétaires ont une portée très limitée.

Néanmoins, et comme pour la taxe d'habitation, l'article 1390 du CGI prévoit que les personnes titulaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale sont exonérées de la taxe afférente à leur habitation principale lorsqu'ils respectent la condition de cohabitation.

Par extension doctrinale, cette exonération a été étendue aux personnes titulaires de l'AAH dont les revenus n'excèdent pas la limite prévue au I de l'article 1417 du CGI. Cette mesure a été prise afin de maintenir le bénéfice de l'allègement de taxe foncière pour les personnes qui, avant la création de l'AAH, percevaient l'allocation supplémentaire du FNS.

7.2.3. Taxe d'enlèvement des ordures ménagères

Conformément à l'article 1523 du code général des impôts, la taxe d'enlèvement des ordures ménagères (TEOM) est établie au nom des propriétaires ou usufruitiers. S'agissant d'une taxe additionnelle à la taxe foncière sur les propriétés bâties, elle est, en principe, établie au nom du redevable de la taxe foncière.

Cependant, les exonérations accordées en matière de taxe foncière sur les propriétés bâties en faveur des contribuables titulaires de l'AAH ne s'appliquent pas à la TEOM, dès lors qu'elle est perçue en rémunération d'un service rendu.

7.3 Dégrèvement de redevance audiovisuelle

Dans le cadre de la réforme du mode de perception de la redevance audiovisuelle, les titulaires de l'allocation adultes handicapés ont bénéficié des mesures suivantes :

- L'article 41 de la loi de finances pour 2005 (n° 2004-1484 du 30 décembre 2004) a simplifié le mode de perception de la redevance audiovisuelle en l'adossant à la taxe d'habitation pour les personnes physiques redevables de cette taxe. Corrélativement, les allègements de la redevance audiovisuelle ont été alignés sur ceux de la taxe d'habitation et effectués par voie de dégrèvement pris en charge par l'Etat. Ainsi et sous réserve de satisfaire aux conditions de cohabitation prévues à l'article 1390 du CGI, les personnes titulaires de l'AAH bénéficient d'un dégrèvement de la redevance audiovisuelle lorsque leur revenu fiscal de référence n'excède pas la limite prévue au I de l'article 1417 du CGI. En revanche, ce dispositif conduisait à exclure du dégrèvement de la redevance notamment les foyers dont l'un des membres est handicapé. Aussi, un dispositif de maintien des droits acquis a-t-il été institué pour les années 2005 à 2007. Dès lors, les personnes infirmes et invalides exonérées de la redevance audiovisuelle au 31 décembre 2004 ont bénéficié d'un dégrèvement de la redevance audiovisuelle au titre de l'année 2005. Pour les années 2006 et 2007, le bénéfice de ce dégrèvement a été maintenu lorsque ces personnes respectaient les conditions de revenu et de cohabitation précédemment évoquées.
- Enfin, l'article 142 de la loi de finances pour 2008 a pérennisé ce dispositif pour les contribuables handicapés ou qui occupent leur habitation avec une ou des personnes handicapées.



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
Ministère de la santé et des sports
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction 'observation de la
solidarité'**

Bureau 'famille, handicap, dépendance'

Dossier suivi par : Séverine Dos Santos

Tel : +33 (0) 1 40 56 88 04

Fax : +33 (0) 1 40 56 81 10

Mél : <mailto:severine.dos-santos@sante.gouv.fr>

Paris, le 21 juillet 2009
DREES-BFHD N° 56/2009

Annexe 4

Enquête de la DREES auprès des demandeurs de l'AAH
Présentation et synthèse des premiers résultats

Au premier semestre 2007, la DREES a mené une enquête statistique auprès de 4 500 demandeurs de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) vivant en France métropolitaine. Cette enquête a pour objectif de mieux connaître leurs déficiences, leur état de santé, leur situation vis-à-vis de l'emploi, leur parcours professionnel, les difficultés qu'ils rencontrent ainsi que leurs conditions de vie.

Les personnes interrogées ont été tirées au sort parmi les 330 000 personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006. La population des demandeurs n'est pas celle des allocataires (personnes qui perçoivent effectivement l'allocation) ni celle des entrants dans le dispositif. Les demandeurs ne se verront pas tous attribuer l'AAH ; en cas d'accord des droits à l'allocation, certains demandeurs ne la percevront pas, ou pas tout de suite (revenu supérieur à un plafond, personnes qui ont travaillé au cours des douze derniers mois et qui ont un taux d'incapacité compris entre 50 et 79%¹). Certains demandeurs déposaient une demande d'AAH pour la première fois, d'autres sollicitaient le renouvellement de leurs droits, l'AAH étant accordée pour une durée limitée (5 ans le plus souvent). L'intérêt est donc ici d'étudier une population souhaitant percevoir l'AAH, y compris celle à qui elle a été refusée.

L'enquête a été menée en deux volets. Pour chaque personne enquêtée, des données médico-administratives ont été collectées dans le dossier constitué par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) (qui instruit les demandes), et des données déclaratives ont été recueillies directement auprès du demandeur lors d'un entretien en face-à-face.

L'enquête a donné lieu à une première étude sur les demandeurs de l'AAH intitulée « Les demandeurs de l'AAH : une population souvent éloignée du marché de l'emploi » (DREES, Études et Résultats, n°640, juin 2008). Cette étude a été suivie d'une publication sur la réponse apportée à la première demande de l'AAH : « La réponse à la première demande d'AAH », DREES, Études et Résultats n°687, avril 2009.

La présente note reprend essentiellement les résultats de ces deux études. La première partie est consacrée à la description des caractéristiques des demandeurs de l'AAH, notamment en termes de déficiences. La seconde partie présente leurs caractéristiques en lien avec l'emploi. La troisième partie se centre sur les personnes qui demandent à bénéficier des droits à l'AAH pour la première fois.

¹ Ce délai de carence a été supprimé depuis le 1^{er} janvier 2009

Cette présentation est précédée d'une courte synthèse.

Synthèse :

Entre juillet 2005 et juin 2006, un tiers des demandeurs de l'AAH déposaient leur première demande pour bénéficier des droits à l'allocation aux adultes handicapés. Cette première demande est le plus souvent motivée par une dégradation de l'état de santé (69 %) ou la sortie des dispositifs spécifiques aux enfants (14 %).

Deux tiers des demandeurs de l'AAH déposaient une demande de renouvellement de leurs droits. L'AAH a été accordée à la moitié des primo-demandeurs et à 80 % des demandes de renouvellement.

Les demandeurs de l'AAH ont un niveau d'études faible et forment une population souvent éloignée du marché du travail : seuls 20 % exercent un emploi, 14 % en milieu ordinaire et 6 % en ESAT. S'ils sont peu nombreux à exercer un emploi, rares sont ceux qui n'ont jamais travaillé (18 %). C'est le plus souvent des raisons de santé qui sont alors à l'origine du non-emploi.

Ceux qui travaillent, en milieu ordinaire ou protégé, pensent souvent (un tiers d'entre eux) que leur emploi n'a pas amélioré leur situation financière, voire même que cette dernière s'est dégradée (16 %). Le gain financier à l'exercice d'une activité professionnelle n'apparaît pas clairement dans le discours des demandeurs de l'AAH.

Parmi ceux qui ne travaillent pas, seuls un quart recherche un emploi. L'absence de recherche d'emploi s'explique essentiellement par des problèmes liés à la santé (88 %), mais aussi par des problèmes de transport (absence de transport -28 %- ou coût -27 %-).

La recherche d'emploi est plus fréquente parmi les primo-demandeurs (33 % pour les primo-demandeurs sans emploi contre 25 % pour l'ensemble des demandeurs de l'AAH sans emploi), qui, par rapport à l'ensemble des demandeurs de l'AAH, se déclarent aussi plus souvent au chômage qu'inactifs et sont aussi plus concentrés dans les tranches d'âges de forte activité professionnelle (30-50 ans), plutôt qu'aux âges plus jeunes ou plus avancés. Ils sont aussi un peu plus diplômés, même si la proportion de personnes sans diplôme demeure très forte (46 %). Mais comme pour l'ensemble des demandeurs de l'AAH, ce sont avant tout des problèmes de santé qui sont le premier obstacle à la recherche d'emploi et lorsqu'ils cherchent un emploi, ils ont rarement reçu de proposition d'embauche : 86 % des primo-demandeurs de l'AAH en recherche d'emploi n'ont pas eu de proposition au cours des 6 derniers mois (89 % pour l'ensemble des demandeurs).

1- Portrait des demandeurs de l'AAH

Une première demande motivée par une dégradation de l'état de santé

D'après l'enquête, les problèmes de santé et la sortie des dispositifs destinés aux enfants handicapés sont les principales raisons qui ont motivé le dépôt d'un dossier de demande. 69 % des demandeurs de l'AAH ont déposé leur première demande suite à une dégradation de leur état de santé ; et 14 % demandent à bénéficier de l'AAH parce qu'ils sortent des dispositifs spécifiques destinés aux enfants handicapés. La perte d'emploi explique 5 % des demandes et la perte de revenus pour d'autres raisons est à l'origine de 3 % des dépôts de dossier.

Deux tiers des demandes portent sur des renouvellements et près de 80% des renouvellements de droits obtiennent un accord

Les personnes qui demandent à bénéficier de l'AAH sont âgées en moyenne de 45 ans. Plus des deux tiers ont plus de 40 ans (68%). 14% ont moins de 30 ans et 18% ont entre 30 et 40 ans.

Près des deux tiers des demandeurs de l'AAH sollicitaient un renouvellement de leurs droits à l'allocation et un peu plus du tiers déposaient une demande pour la première fois.

La commission d'attribution a accordé l'AAH à près de 7 demandeurs sur 10, et a refusé l'ouverture des droits à 3 demandeurs sur 10 (tableau 1). Le taux d'accord de l'AAH est plus élevé pour les renouvellements que pour les premières demandes. Ainsi, près de 80% des personnes sollicitant le renouvellement de leurs droits ont obtenu un accord contre 48% des primo demandeurs.

Au niveau de l'ensemble des demandeurs, 43% des demandeurs ont obtenu un accord de l'AAH avec un taux d'incapacité supérieur à 80% (accord au titre de l'article L.821.1), un quart ont obtenu une AAH avec

un taux d'incapacité compris entre 50 et 79% (L.821-2) et l'allocation a été refusée dans près d'un tiers des cas.

Tableau 1 : Décision obtenue selon le type de demande : première demande ou demande de renouvellement des droits.

	En %		
	1ère demande (36%)	renouvellement (64%)	ensemble des demandeurs
accord L.821-1	29	51	43
accord L.821-2	19	28	25
refus	52	21	32
total	100	100	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006

Source : DREES, enquête AAH 2007

90% des demandeurs ayant une déficience intellectuelle ont obtenu un accord pour bénéficier de l'AAH

Les demandeurs de l'AAH présentent une déficience principale motrice dans 29 % des cas ; pour le quart, la déficience principale est psychique, (les diagnostics associés les plus fréquents étant la schizophrénie, les troubles de l'humeur et de la personnalité). Viennent ensuite les déficiences viscérales (17%) avec notamment des diagnostics comme des maladies de l'appareil circulatoire, des tumeurs malignes, des infections virales et les déficiences intellectuelles (13%), principalement liées à un retard mental.

Les demandeurs dont la déficience principale est intellectuelle bénéficient plus fréquemment que les autres d'un accord pour un taux d'incapacité supérieur à 80%. Ceux dont la déficience est psychique sont plutôt sur représentés parmi les allocataires avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 79%. A l'inverse, on observe davantage de refus pour les personnes dont la déficience est motrice ; ils représentent à eux seuls 45% des refus.

Un quart des demandeurs de l'AAH est handicapé depuis l'enfance. Plus du tiers d'entre eux présentent principalement une déficience intellectuelle (contre 4 % des autres demandeurs). Ils présentent moins souvent une déficience principale viscérale que les autres demandeurs, ce type de déficience apparaissant plus souvent à des âges plus élevés.

62% des demandeurs de l'AAH ont obtenu une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (tableau 2). Ce taux avoisine les trois quarts pour les demandeurs ayant eu un refus pour l'AAH. Plus du tiers des demandeurs ont eu une orientation professionnelle. Ce taux varie peu selon la décision obtenue concernant l'AAH.

Tableau 2 : Autres accords relatifs au handicap attribués par les commissions, en fonction de la réponse apportée à la demande d'AAH

	Réponse à la demande d'AAH			Ensemble
	Accord L.821-1	Accord L.821-2	Refus AAH	
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	52	62	74	62
Carte d'invalidité ou de priorité	79	11	4	38
Orientation professionnelle	34	43	37	37
Carte de stationnement	26	3	1	12
Placement en établissement spécialisé	18	5	1	9
Prestation compensatrice (PCH, ACTP ou ACFP)	18	1	0	8
Autre mesure	5	2	2	3
Aucune autre mesure	8	33	24	19

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006

Source : DREES, enquête AAH 2007

Note : la somme de chaque colonne peut dépasser 100 %, plusieurs mesures pouvant être attribuées au même demandeur.

Un tiers des demandeurs de l'AAH a obtenu un accord pour une carte d'invalidité. Néanmoins, des différences très marquées apparaissent selon la décision obtenue concernant l'AAH. Ce sont notamment les allocataires de l'AAH L.821-1 qui en bénéficient, ils sont 79% contre à peine 4% pour les demandeurs ayant eu un refus d'AAH.

De manière générale, les bénéficiaires de l'AAH avec un taux supérieur à 80% ont davantage d'autres accords que les autres.

2- Situation des demandeurs de l'AAH face à l'emploi

Des demandeurs de l'AAH peu formés et éloignés du marché du travail

La majorité (51%) des demandeurs de l'AAH n'a aucun diplôme. Pour 7%, le diplôme le plus élevé est le BEPC, pour 27%, il s'agit d'un CAP/BEP. 9% ont le baccalauréat comme plus haut diplôme et seuls 6% ont au moins un diplôme de niveau BAC+2.

Seuls 20% des demandeurs de l'AAH exercent une activité professionnelle : 6% en établissement et services d'aides par le travail (ESAT) et 14% en milieu ordinaire. 15% sont au chômage, 2% en formation et la majorité, près des deux tiers, sont inactifs.

Le faible taux d'emploi des demandeurs de l'AAH s'accompagne d'un fort taux de chômage : 53 % (en excluant les travailleurs en ESAT de la population en emploi) ce qui est nettement supérieur au taux observé pour la population générale des 20-59 ans.

Finalement, 72 % des demandeurs de l'AAH sont hors du marché du travail, c'est-à-dire qu'ils ne sont ni en emploi en milieu ordinaire, ni au chômage.

Les demandeurs de l'AAH dont la déficience principale est intellectuelle ou sensorielle sont ceux pour lesquels le taux d'emploi est le plus fort (respectivement 35% et 29%), avec un emploi plus souvent exercé en milieu ordinaire qu'en milieu protégé pour les déficients sensoriels (tableau 3). Ceux dont la déficience est psychique sont à l'inverse moins nombreux à occuper un emploi (13%), près des trois quarts d'entre eux étant inactifs. Cependant, les trois quarts des demandeurs ayant une déficience intellectuelle occupent un emploi dans un établissement spécialisé tout comme la majorité des demandeurs surhandicapés.

La quasi totalité des demandeurs de l'AAH présentant une déficience principale de type viscérale ou motrice et qui travaillent occupent un emploi en milieu ordinaire.

Tableau 3 : Situation des demandeurs sur le marché de l'emploi au moment de la demande d'AAH, selon le type de déficiences En %

Déficience principale	Situation sur le marché du travail						Total
	travaille	Milieu ordinaire	ESAT	chômeur	étudiant	inactif	
intellectuelle	35	9	26	7	3	55	100
psychique	13	9	4	14	0	72	100
sensorielle	29	24	5	14	3	54	100
viscérale	14	14	0	16	1	69	100
motrice	19	18	1	19	2	59	100
surhandicap	16	5	11	10	2	71	100
plurihandicap	19	13	6	9	1	72	100
polyhandicap	8	4	4	4	1	87	100
ensemble	20	14	6	15	2	64	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006

Source : DREES, enquête AAH 2007

S'ils sont peu nombreux à travailler quand ils déposent leur demande d'AAH, rares sont cependant les demandeurs de l'AAH qui n'ont jamais exercé d'activité professionnelle par le passé : 82% ont déjà travaillé (tableau 4).

Tableau 4 : Expérience professionnelle passée des demandeurs de l'AAH
En %

	n'a jamais travaillé	a déjà travaillé	total
ensemble	18	82	100
Déficience principale :			
intellectuelle	43	58	100
psychique	16	84	100
sensorielle	18	82	100
viscérale	9	91	100
motrice	10	90	100
surhandicap	30	70	100
plurihandicap	20	80	100
polyhandicap	59	41	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006
Source : DREES, enquête AAH 2007

Après les demandeurs polyhandicapés, ce sont ceux dont la déficience principale est intellectuelle qui sont les plus nombreux à ne jamais avoir travaillé (43%). Ceci s'explique par le fait que la majorité d'entre eux sont handicapés depuis l'enfance (75% pour les déficients intellectuels et 68% pour les polyhandicapés). A l'inverse, moins de 10% des demandeurs ayant une déficience viscérale ou motrice n'ont jamais travaillé.

Tableau 5 : Déroulement de la vie professionnelle des demandeurs de l'AAH

En %

	Situation d'emploi au moment de la demande de l'AAH			Ensemble
	Emploi en milieu ordinaire	Travail en ESAT	Chômeur	
Personnes ayant connu un emploi régulier	73	77	64	57
Dont :				
A toujours travaillé ou presque	41	62	7	16
Travail régulier avant chômage	9	7	30	12
Travail régulier avant arrêt activité	6	1	10	18
Travail régulier puis alternance emploi-chômage	17	7	17	12
Personnes n'ayant pas eu d'emploi régulier	27	23	36	43
Dont :				
Toujours alternance emploi-chômage	19	11	21	15
Jamais travaillé ou longues périodes d'inactivité	8	12	15	28
<i>Dont jamais travaillé du tout</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>18</i>
Total	100	100	100	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006
Source : DREES, enquête AAH 2007

Cependant, même si une grande majorité (57 %) des demandeurs de l'AAH ont déjà connu un emploi régulier, rares sont ceux ayant toujours travaillé ou presque (tableau 5). Ils ne représentent que 16% des demandeurs de l'AAH. Près de 3 personnes qui demandent à bénéficier de l'AAH sur 10 n'ont jamais travaillé ou ont connu de longues périodes d'inactivité.

Moins de la moitié des demandeurs travaillant en milieu ordinaire ont un emploi à plein temps

Plus des trois quarts (77%) des demandeurs de l'AAH qui travaillent en milieu ordinaire sont salariés d'une entreprise, d'une administration ou d'une association.

En milieu ordinaire, 55% des travailleurs sont employés et 37% sont ouvriers, 20% étant ouvriers qualifiés. 61% sont en contrat à durée indéterminée (CDI) et 22% sont en contrat à durée déterminée (hors intérim, contrat d'apprentissage ou vacation). Les demandeurs présentant une déficience de nature psychique sont plus nombreux à avoir un contrat à durée déterminée (36%), et seuls 45% sont en CDI. 47% des travailleurs en milieu ordinaire ont un emploi à temps complet. Ce taux varie de 31% pour les déficients psychiques à 55% pour les déficients moteurs et 56% pour les déficients sensoriels (tableau 6).

Tableau 6 : Proportion de demandeurs de l'AAH travaillant à temps complet, parmi ceux en emploi

	En %	
	Temps complet En milieu ordinaire	Temps complet En ESAT
ensemble	47	86
intellectuelle	48	90
psychique	31	88
sensorielle	56	84
viscérale	42	100
motrice	55	73

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006 ayant un emploi (20% de l'ensemble de la population des demandeurs de l'AAH)

Source : DREES, enquête AAH 2007

En ce qui concerne les travailleurs en ESAT, 58% sont ouvriers, 48% étant ouvriers non qualifiés. Près des deux tiers disent avoir un contrat à durée indéterminée, 13% déclarent qu'ils n'ont pas de contrat et 12% ne connaissent pas la nature de leur contrat. La très grande majorité (86%) travaillent à temps complet.

L'importance des réseaux familiaux et associatifs pour trouver un emploi, notamment en milieu protégé

31% des demandeurs travaillant en milieu ordinaire déclarent avoir obtenu leur emploi grâce à leurs relations familiales ou personnelles et un tiers l'a trouvé en faisant des démarches personnelles auprès de l'employeur. Pour 12% des demandeurs en milieu ordinaire, l'ANPE ou un autre organisme de placement est à l'origine de l'emploi qu'ils exercent actuellement.

Plus du quart des demandeurs travaillant en ESAT ont obtenu leur emploi par une association pour personnes handicapées, 18% par leur école et 11% par une équipe de préparation et de suite au reclassement (ESPR) ou un organisme d'insertion et de placement (OIP) ou Cap emploi.

Des limitations liées au handicap ou à des problèmes de santé importantes, même pour les personnes qui exercent une activité professionnelle

Plus de 80 % (82%) des personnes exerçant une activité professionnelle déclarent être limitées par un handicap ou un problème de santé dans le genre ou la quantité de travail qu'elles peuvent accomplir (tableau 7). Ces limitations sont importantes quelle que soit la nature de la déficience. Les demandeurs exerçant une activité en milieu ordinaire se disent davantage limités.

Près de la moitié (49%) des demandeurs de l'AAH ayant un emploi en milieu ordinaire disent avoir dû cesser leur activité pendant au moins 6 mois consécutifs pour des raisons médicales, et c'est le cas d'un quart (24%) des demandeurs qui travaillent en ESAT.

Les demandeurs atteints de déficience motrice, psychique ou viscérale sont les plus nombreux dans ce cas (respectivement 57% ; 53 % et 50 %).

Tableau 7 : proportion de demandeurs de l'AAH en emploi se déclarant limités par un handicap ou un problème de santé dans la quantité ou le genre de travail qu'ils peuvent exercer, selon la nature de leur déficience et le fait qu'il travaille ou non en milieu ordinaire

	En %			
	oui	non	Ne sait pas	Total
ensemble	82	17	1	100
Déficience principale				
intellectuelle	74	23	2	100
psychique	82	17	1	100
sensorielle	73	23	4	100
viscérale	87	11	1	100
motrice	89	11	0	100
Lieu d'emploi				
Esat	78	19	3	100
Milieu ordinaire	83	16	1	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006 ayant un emploi (20% de l'ensemble de la population des demandeurs de l'AAH)
Source : DREES, enquête AAH 2007

Emploi et situation financière

Le gain financier apporté par l'exercice d'un emploi n'apparaît pas clairement dans les déclarations des demandeurs de l'AAH.

Pour 39% des demandeurs qui exercent une activité professionnelle, leur emploi a amélioré leur situation financière, mais pour 34% elle est restée identique et 16% jugent même qu'elle s'est dégradée.

La part des demandeurs déclarant que leur situation s'est dégradée est plus importante en milieu ordinaire qu'en ESAT (20% contre 7%). Près d'un quart de ces derniers ne se prononce pas.

En moyenne, les demandeurs qui travaillent en milieu ordinaire disent que leur activité professionnelle leur rapportent 840 € par mois et ceux qui travaillent en ESAT 540 € par mois.

Des problèmes de santé, principale origine du non-emploi des demandeurs de l'AAH

La principale raison évoquée pour expliquer le fait que la personne ne travaille plus est la perte de leur emploi pour des raisons de santé. 48% des demandeurs sans emploi ayant déjà travaillé répondent ainsi (tableau 8). Dans 25% des cas, il s'agit d'un licenciement, dans 13% d'une démission et pour 10% d'une cessation d'activité indépendante. Une démission ou perte d'emploi pour des raisons autres que de santé est citée par 21% des interrogés.

Près des trois quarts des demandeurs de l'AAH qui n'exercent pas d'activité professionnelle ne cherchent pas de travail (tableau 8). Plus les demandeurs sont âgés, plus ils sont nombreux à ne pas rechercher d'emploi.

L'absence de recherche d'emploi s'explique surtout pour des raisons liées à la santé, raisons avancées par 88% des demandeurs de l'AAH qui ne cherchent pas d'emploi.

En ce qui concerne le handicap, les demandeurs dont la déficience principale est sensorielle ou motrice sont les plus nombreux à ne pas chercher d'emploi (30%). A l'inverse, moins de 15% des demandeurs ayant plusieurs déficiences de différentes catégories cherchent un emploi.

Tableau 8 : Recherche d'emploi des demandeurs de l'AAH sans emploi

En %

	Cherchez-vous un emploi?			
	oui	non	NSP	Total
Ensemble des demandeurs de l'AAH sans emploi	25	75	0	100
Situation sur le marché du travail				
chômeur	71	28	0	100
étudiant	35	65	0	100
inactif	15	85	1	100
Déficience principale				
intellectuelle	21	78	1	100
psychique	26	73	0	100
sensorielle	30	70	0	100
viscérale	22	77	1	100
motrice	29	71	0	100
surhandicap	15	84	1	100
plurihandicap	14	86	0	100
polyhandicap	7	93	0	100
Age				
moins 30 ans	37	63	0	100
30-55 ans	30	70	1	100
plus 55 ans	7	93	0	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006 sans emploi (80% de l'ensemble de la population des demandeurs de l'AAH)

Source : DREES, enquête AAH 2007

A noter également que près de 90 % des demandeurs de l'AAH qui n'exercent pas d'emploi mais en recherche un n'ont pas eu de proposition d'embauche depuis 6 mois.

78% des demandeurs de l'AAH se déclarent limités dans les démarches de recherche d'emploi pour des raisons de santé. C'est d'ailleurs ce qu'ils citent principalement (65%) pour expliquer ce qui les empêche de trouver un emploi, devant leur manque de formation et d'expérience (12%).

Le manque de formation et d'expérience est davantage cité par les chômeurs (16%) et par les déficients intellectuels (27%). Les demandeurs inactifs (c'est-à-dire ni en emploi, ni au chômage) et ceux souffrant de déficience viscérale sont quand à eux encore plus nombreux à citer des problèmes de santé, respectivement 73% et 71%.

Outre les problèmes de santé, les demandeurs citent d'autres facteurs les limitant dans leur recherche d'emploi. 28% évoquent l'absence de moyen de transport et 27% leur coût. L'aspect financier intervient également pour ce qui est du coût de la correspondance (achat de timbres par exemple) pour 17% des demandeurs en recherche d'emploi.

D'après les déclarations des demandeurs, les aides pour trouver un emploi sont assez peu répandues. Au cours des 6 derniers mois, seuls 11% ont bénéficié d'un bilan de compétence, 6% d'un accès à une liste personnalisée d'emplois, 7% d'une mise en relation directe avec un employeur et 10% d'un stage.

La grande majorité (81%) des demandeurs de l'AAH qui recherche un emploi pense que leur situation financière s'améliorerait s'ils obtenaient un travail. 10% pensent qu'elle resterait identique et 3% seulement qu'elle serait moins bonne.

3- Les primo demandeurs de l'AAH

Il paraît intéressant d'étudier la problématique des relations à l'emploi pour les personnes faisant une première demande et de l'analyser en fonction de la réponse apportée à cette demande.

Plus de la moitié des primo demandeurs ont une déficience viscérale ou motrice

Parmi les primo demandeurs, les personnes ayant une déficience viscérale ou motrice sont plus nombreux que dans l'ensemble des demandeurs. A l'inverse, on compte une part moindre de demandeurs ayant une déficience intellectuelle.

Tableau 9 : Répartition des primo demandeurs selon leur déficience principale En %

	1 ^{ère} demande	ensemble
intellectuelle	8	13
psychique	23	25
sensorielle	5	5
viscérale	20	17
motrice	35	29
surhandicap	2	4
plurihandicap	3	4
polyhandicap	3	2

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006 suite à une première demande (36% de l'ensemble de la population des demandeurs de l'AAH)
Source : DREES, enquête AAH 2007

On observe également que les primo demandeurs sont proportionnellement plus nombreux dans les tranches d'âges 30-40 ans et 40-50 ans. Ils sont en moyenne plus jeunes de deux ans que ceux ayant demandé un renouvellement (43,8 ans contre 45,7 ans).

Des primo demandeurs un peu plus diplômés que l'ensemble des demandeurs, mais avec toujours une très forte proportion de personnes sans diplôme

Parmi les primo demandeurs, 46% n'ont aucun diplôme. Ce pourcentage atteint 54 % pour les demandeurs sollicitant un renouvellement de leur droit.

17% des primo demandeurs ont un diplôme d'un niveau supérieur ou égal au baccalauréat contre 13% de ceux demandant un renouvellement.

Tableau 10 : Répartition des primo demandeurs selon leur plus haut diplôme obtenu En %

	1 ^{ère} demande	renouvellement	ensemble
Aucun diplôme	46	54	51
BEPC	8	7	7
BEP ou CAP	29	26	27
BAC	9	8	9
Au moins BAC+2	8	5	6

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006 suite à une première demande (36% de l'ensemble de la population des demandeurs de l'AAH)
Source : DREES, enquête AAH 2007

Davantage de chômeurs parmi les primo demandeurs, mais toujours une majorité d'inactifs

Plus d'un primo demandeur sur deux est inactif et 22% sont au chômage. 18% déclarent exercer une activité professionnelle dont la très grande majorité en milieu ordinaire.

Plus des trois quart des primo demandeurs ayant obtenu un accord avec un taux d'incapacité supérieur à 80% sont inactifs contre 41% de ceux s'étant vu refusé l'ouverture des droits à l'AAH. Un tiers de ces derniers déclarent être au chômage et près d'un quart disent travailler.

Tableau 11 : Répartition des primo demandeurs selon leur situation face à l'emploi

En %

	Primo demandeurs				Ensemble des demandeurs
	ensemble	Décision			
		L.821-1 (29%)	L.821-2 (19%)	refus (52%)	
travaille	18	10	16	24	20
<i>dont ESAT</i>	2	3	8	1	6
<i>dont milieu ordinaire</i>	16	7	8	23	13
chômage	22	7	14	33	15
étudiant	4	6	5	2	2
inactif	56	77	65	41	64

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006

Source : DREES, enquête AAH 2007

Même si la grande majorité des primo demandeurs (85%) a déjà travaillé, on observe une différence selon la décision obtenue. Plus de neuf primo demandeurs sur dix pour lesquels les droits à l'AAH ont été refusés ont déjà travaillé contre moins des trois quarts de ceux à qui la commission a accordé une AAH avec un taux d'incapacité supérieur à 80%.

Tableau 12 : proportion de primo demandeurs de l'AAH ayant déjà travaillé, selon la réponse apportée à leur demande d'ouverture des droits à l'AAH

En %

	n'a jamais travaillé	déjà travaillé	Total
ensemble des primo demandeurs	15	85	100
Accord AAH L.821-1	27	73	100
Accord AAH L.821-2	16	84	100
refus	8	92	100
ensemble des demandeurs	18	82	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006 suite à une première demande (36% de l'ensemble de la population des demandeurs de l'AAH)

Source : DREES, enquête AAH 2007

La quasi-totalité des primo demandeurs ayant obtenu un refus travaillent en milieu ordinaire

La grande majorité des primo demandeurs de l'AAH travaillent en milieu ordinaire (86%) mais ce pourcentage diffère selon la réponse apportée à la demande d'AAH (tableau 13).

Près d'un primo demandeur sur deux ayant obtenu un droit à l'AAH avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 79% travaille en ESAT. Cette proportion est de 30% pour les primo-demandeurs ayant un droit à l'AAH accordée avec un taux d'incapacité supérieur à 80% et n'est que de 2% lorsque l'AAH a été refusée. En effet, la quasi-totalité des demandeurs s'étant vus opposés un refus a un emploi en milieu ordinaire.

Tableau 13 : Décision d'attribution de l'AAH pour les demandeurs de l'AAH en emploi, selon le milieu dans lequel le demandeur travaille

En %

	milieu ordinaire	ESAT	Total
Accord AAH L.821-1	71	29	100
Accord AAH L.821-2	51	49	100
refus	98	2	100
Ensemble des primo demandeurs	86	14	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006 suite à une première demande ayant un emploi (7% de l'ensemble de la population des demandeurs de l'AAH)

Source : DREES, enquête AAH 2007

Parmi les primo demandeurs travaillant en milieu ordinaire, on observe que 55% occupent un poste d'employé et 36% d'ouvrier dont plus de la moitié d'ouvrier qualifié.

La part des ouvriers est plus importante lorsque le demandeur a eu un refus (39% contre 28%) alors que lorsqu'il y a eu un accord, la part des postes de technicien et de cadre est également plus importante.

Près des deux tiers des primo demandeurs travaillant en milieu ordinaire et ayant eu un refus sont en contrat à durée indéterminée contre 55% de ceux ayant obtenu un accord. Ces derniers sont plus nombreux (25% contre 18%) à avoir un contrat à durée limitée autre qu'intérim, vacation ou contrat d'apprentissage.

Près d'un primo demandeur sans emploi sur deux souhaite travailler

La raison principale citée par les primo demandeurs pour expliquer le fait qu'ils ne travaillent pas est d'ordre médical. Près d'un quart disent avoir été licencié pour cette raison. Près de 30% des primo demandeurs ayant obtenu un droit à l'AAH au titre de l'article L.821-1 déclarent ne jamais avoir travaillé, ce n'est le cas que de 8% des primo demandeurs ayant eu un refus (tableau 12). Ces derniers évoquent davantage une fin ou perte d'emploi temporaire (17%).

Un tiers des primo demandeurs sans emploi sont à la recherche d'un travail.

Tableau 14 : Proportion de primo-demandeurs de l'AAH qui cherchent un emploi
En %

	Cherchez-vous un emploi ?			
	Oui	Non	Ne sait pas	Total
Accord AAH L.821-1	16	84	0	100
Accord AAH L.821-2	31	68	1	100
refus	45	54	1	100
Ensemble des primo demandeurs	33	66	1	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006 suite à une première demande sans emploi (29% de l'ensemble de la population des demandeurs de l'AAH)

Source : DREES, enquête AAH 2007

On note que plus le taux d'incapacité reconnu est élevé, plus la proportion des primo demandeurs de l'AAH recherchant un emploi est faible. Les primo-demandeurs, à qui la commission a refusé l'AAH, sont trois fois plus nombreux en proportion à chercher un emploi que ceux ayant un taux d'incapacité supérieur à 80%.

Avoir un problème médical est le premier obstacle à la recherche d'emploi pour 86% des primo demandeurs.

Un tiers des primo demandeurs sont à la recherche d'un emploi et parmi eux, 32% le sont depuis au moins deux ans. Ce taux est de 35% pour ceux qui ont obtenu un refus alors que cela ne concerne que 19% de ceux ayant un taux d'incapacité supérieur à 80%.

Tableau 15 : Durée de recherche d'emploi des primo demandeurs En %

	ensemble	Décision d'attribution de l'AAH		
		L.821-1	L.821-2	refus
moins de 6 mois	22	24	19	22
de 6 mois à 1 an	23	31	22	22
de 1 an à 2 ans	23	26	31	21
de 2 ans à 5 ans	26	13	20	30
5 ans ou plus	6	6	8	5
total	100	100	100	100

Champ : ensemble des personnes ayant fait l'objet d'une décision relative à l'AAH entre juillet 2005 et juin 2006 suite à une première demande à la recherche d'un emploi (10% de l'ensemble de la population des demandeurs de l'AAH)

Source : DREES, enquête AAH 2007

Au cours des six derniers mois, 85% des primo demandeurs en recherche d'emploi n'ont pas eu de proposition d'embauche. Pour plus de la moitié (57%), c'est surtout leur problème de santé qui les empêche d'obtenir un emploi.



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement

Ministère de la santé et des solidarités

Direction générale de l'action sociale
Sous-direction des personnes handicapées

Paris, le 19 février 2007

Dossier suivi par :
Dr Chantal ERAULT,
Tél. : 01 40 56 88 55
Fax : 01 40 56 63 22
Courriel : chantal.erault@ sante.gouv.fr

Annexe 5

Analyse d'outils ayant pour objectif d'évaluer l'employabilité de personnes handicapées

	IDI	Aquilon	TACTIS	OPICAT	Grille du PDITH 73
Objectif de l'outil	Identifier les facteurs facilitant ou au contraire rendant plus difficile l'insertion professionnelle des personnes handicapées - pour le professionnel chargé de l'insertion - à visée statistique	Evaluer le niveau d'employabilité d'une personne reconnue TH, lors du 1 ^{er} entretien, afin de mettre en place le meilleur parcours d'insertion.	Identifier, pour des personnes atteintes de handicap psychique, les "phénomènes handicapant" pour un insertion professionnelle	Evaluation pour l'orientation professionnelle initiale et les évolutions dans le parcours d'insertion d'une personne handicapée (orientation plutôt en milieu protégé)	Evaluer le niveau d'employabilité et surtout déterminer une proposition d'orientation vers le milieu protégé
Date d'élaboration	Début des travaux 1998 Rapport sur analyse de 399 personnes fin 2001	1998 – 2000 pour l'élaboration de la grille	Vers 1990	Septembre 2000	?

	IDI	Aquilon	TACTIS	OPICAT	Grille du PDITH 73
Organisme à l'origine du projet	Collectif regroupant dans un copil le collège coopératif Breton (CCB), l'AGEFIPH, le PDITH, la DDTEFP du Morbihan, l'ANPE, la mutualité, des associations (APF...) Participation de l'université de Bretagne-sud	Réseau cap emploi (EPSR, OIP) Soutien de l'AGEFIPH (projet européen dans le cadre du programme horizon)	Centre d'évaluation et de placement professionnel Espoir du Morbihan (CEPPEM) (centre de pré-orientation)	Association OPTICAT Avec la participation du CREAM et en lien avec la DDASS et du département	Ex COTOREP, PDTIH et établissement de travail protégé
Utilisation	Seulement expérimentale ?	?	Par le CEPPEM (diffusion ?)		A été utilisé jusqu'au 1 ^{er} janvier 2006
Public cible	Personnes handicapées	Personnes handicapées	Personnes handicapées psychiques	Personnes handicapées	Personnes handicapées
Utilisateur	Chargé d'insertion	Professionnels de l'insertion	CPO	Etablissements de travail protégé, COTOREP, MDPH ?	MDPH ?
Modalité d'évaluation	Non précisée (pas de mise en situation)	Pourrait être utilisé pour une auto-évaluation, avec un conseiller Entretien avec questions ayant une dimension de mise en situation	Test psychométrique, avec supports spécifiques	Mise en situation sur un ou plusieurs postes de travail	
Critères	3 paramètres : médical ; capacité personnelle et environnement social ; environnement professionnel Cotation variable (avec niveau d'intensité ou étalonnage) et approche pour certains items des aspects neutres, facilitateur ou obstacle (*)	17 items cotation à 4 niveaux avec étalonnage	29 capacités 4 modules de capacités - Cognitives - Techniques - Relations sociales - Auto-contrôle	1 fiche sur le contexte de l'évaluation et la description du ou des poste(s) 21 capacités 4 modules sur les capacités : - à ce représenter en situation de travail - à coopérer en situation de travail - liées à la réalisation des tâches de production - d'accès à l'activité professionnelle cotation à 5 niveaux avec étalonnage	27 critères cotation à 3 niveaux, avec étalonnage
Critères (liste)	nature de la déficience * degré de sévérité de la déficience origine caractéristiques de la déficience autres déficiences conditions de logement*	Capacité d'auto-appréciation Aptitude face au changement Résolution de problème Dynamisme Respect du point de vue d'autrui Capacité à gérer le temps	Organisation temporelle et spatiale Sens tactile Vitesse d'idéation Mémorisation Connaissances scolaires Assimilation des consignes	Respecter les horaires de travail Etre assidu au travail Respecter les consignes générales d'organisation et de sécurité Différencier les rôles et fonctions des personnes dans les situations de travail S'intégrer dans une équipe de travail	Présentation Relation à l'environnement humain de travail Agressivité Nécessité de soins Réfèrent médical Lecture

	IDI	Aquilon	TACTIS	OPICAT	Grille du PDITH 73
	démarches administratives* santé* hygiène corporelle et vestimentaire* mobilité* communication, relationnel* aide (humaine, technique) ressource financière principale* liens affectifs et sociaux situation vis à vis de l'emploi* inactivité* durée d'inactivité* niveau actuel de connaissance* mobilité géographique* motivation* projet de la personne* parcours* expérience par rapport au projet*	Transfert de connaissance et de compétence Capacité d'autonomie dans le cadre professionnel Aptitude verbale Degré autonomie sociale Capacité de rédaction Capacité de lecture Capacité d'écoute Capacité de mémorisation Respect de son intégrité physique Capacité à recourir au NTIC Degré d'autonomie physique	Apprentissage Résistance à l'effort Coordination gestuelle Vitesse motrice Dextérité manuelle Aptitudes techniques Vigilance Gestion des ressources attentionnelles Relation avec autrui Relation interpersonnelles Indépendance sociale Acceptation des lois et règles Sens de l'organisation Rapport avec la hiérarchie Adaptabilité Impatiences Attention Autonomie professionnelle Curiosité Gestion des frustrations Gestion du stress	Communiquer avec les collègues à propos des situations de travail Compter pour réaliser la production Calculer ... Lire ... Ecrire ... Respecter des modes opératoires élémentaires ... Respecter des modes opératoires de type préprofessionnel ... Maintenir l'attention et la concentration Mettre en œuvre les habiletés ordinaires pour effectuer les mouvements et déplacements nécessaires ... Mettre en œuvre les habiletés pour manipuler les objets ou les outils ... Supporter la charge physique normale liée à la réalisation de la production Percevoir les dysfonctionnements (ou les malfaçons) dans le processus ... Mobiliser les ressources adaptées pour corriger les dysfonctionnements (ou les malfaçons) ... Se déplacer entre le domicile et le lieu de travail Se restaurer dans l'environnement de travail Prendre soin de sa présentation	Ecriture Numération Calcul Repérage dans le temps Repérage dans l'espace Transport Logement (et AVQ) Assiduité Ponctualité Adaptation aux prescriptions réglementaires Rapport à l'autorité Autonomie dans la réalisation Capacité d'initiative Coordination gestuelle Habilité gestuelle Fatigabilité physique et psychique Qualité d'exécution du produit Rythme et intensité de l'activité Motivation au travail Capacité d'apprentissage Stabilité au poste de travail

Comparaison des items présents dans les différents outils

	IDI	Aquilon	Tactis	OPTICAT	PDITH 73
dossier		âge			
V4	nature et sévérité de la déficience *				
V4	origine				
V4	caractéristiques de la déficience				
V4	autres déficiences				Référent médical
V4	santé*				Nécessité de soins
V1	ressource financière principale*				
V1 V2	conditions de logement* dont s. famille	situation de famille			
V3b	situation vis à vis de l'emploi*				
V3b	inactivité*; durée d'inactivité*	durée d'inactivité			
V3b	niveau de formation	niveau de qualification			
V3b	parcours*				
V3b	projet de la personne*	projet professionnel			
V3b	expérience par rapport au projet*				
V2	liens affectifs et sociaux mobilité géographique* motivation (pour recherche emploi)*				Motivation au travail
V6	hygiène corporelle et vestimentaire*	Respect de son intégrité physique		Prendre soin de sa présentation	Présentation
V6 V7	aide (humaine, technique)	Degré d'autonomie physique			Logement (et AVQ)
V6	démarches administratives*		Indépendance sociale		
V6	mobilité*			Se restaurer dans l'environnement de travail Se déplacer entre domicile et lieu de travail	Transport
V6		Capacité à gérer le temps	Organisation temporelle et spatiale	Respecter les horaires de travail	Repérage dans le temps
V6					Ponctualité
V6					Repérage dans l'espace
V6	niveau actuel de connaissance*	Capacité de lecture	Connaissances scolaires	Lire* ...	Lecture
V6		Capacité de rédaction		Ecrire*	Ecriture
V6		Capacité à recourir au NTIC		Compter* Calculer* ...	Numération Calcul
V6		Capacité de mémorisation	Mémorisation		Capacité d'apprentissage
V6			Apprentissage		Adaptation aux prescriptions réglementaires
			Assimilation des consignes		
		Transfert de connaissance et de compétence			

V6	communication, relationnel*	Degré autonomie sociale			
V6		Aptitude verbale		Communiquer avec les collègues*	
V6		Capacité d'écoute			
V6		Respect du point de vue d'autrui	Relation avec autrui		Agressivité
V6			Relation interpersonnelles	S'intégrer dans une équipe de travail Différencier les rôles et fonctions des personnes dans les situations de travail	Relation à l'environnement humain de travail
V6			Gestion des frustrations Gestion du stress		
V6		Capacité d'auto-appréciation		Percevoir les dysfonctionnements (ou les malfaçons) *	
V6		Aptitude face au changement	Adaptabilité		
V6		Résolution de problème	Sens de l'organisation	Mobiliser les ressources adaptées pour corriger les dysfonctionnements *	Capacité d'initiative
V6		Dynamisme	Curiosité		
V6			Attention, Vigilance, Gestion des ressources attentionnelles	Maintenir l'attention et la concentration*	
V6			Vitesse d'idéation		
V6			Impatiences		
V6				Etre assidu au travail	Assiduité
V6		Résistance à l'effort	Supporter la charge physique normale*	Fatigabilité physique et psychique	
V6		Vitesse motrice		Rythme et intensité de l'activité	
V6		Dextérité manuelle	Mettre en œuvre les habiletés pour manipuler les objets ou les outils *	Habilité gestuelle	
V6		Coordination gestuelle	Mettre en œuvre les habiletés ordinaires pour effectuer les mouvements et déplacements nécessaires *	Coordination gestuelle	
V6		Sens tactile			
V6		Aptitudes techniques		Qualité d'exécution du produit	
V6		Capacité d'autonomie dans le cadre professionnel	Autonomie professionnelle	Autonomie dans la réalisation	
V6		Rapport avec la hiérarchie		Rapport à l'autorité	
V6		Acceptation des lois et règles	Respecter les consignes générales Respecter des modes opératoires élémentaires Respecter des modes opératoires de type préprofessionnel *	Stabilité au poste de travail	

*pour réaliser la production

ANNEXE 6

Différentes expériences et réalisations qui ont démontré leur efficacité

Sources documentaires :

- Comète France - DPI (démarche précoce d'insertion) - le rapport de l'expérimentation est en ligne sur le site :
<http://www.cometefrance.com/page.php?pagegroup=27>
- Expérimentation Record de développement d'un réseau partenarial départemental en amont de la décision MDPH : site <http://www.actionrecord.fr/>
- Prestation appui projet de l'AGEFIPH :
http://www.agefiph.fr/upload/files/1242047089_plaquette_presentation_pers_SAP.pdf
- Expérimentation des ESEHP : équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique :
<http://www.reseau-galaxie.fr/upload/modulepublication/Rapport%20final%20ESEHP%20D%C3%A9finitif.pdf>

Liens utiles :

<http://www.fagerh.fr/>

<http://www.ladapt.net/>

<http://www.2aph.fr/>

PRÉSENTATION DU RÉSEAU NATIONAL COMÈTE FRANCE

>>> QUAND ?

Créée le 11 décembre 1991, l'association COMETE France (CF) initie dans des établissements ou unités SSR-MPR intégrées dans les établissements publics de santé ou dispositifs liés par convention à ces structures, **une prise en charge précoce** des problématiques sociales et professionnelles de la personne hospitalisée.

>>> POURQUOI ?

Le but de l'action COMÈTE FRANCE est de construire, avec la participation volontaire et active de la personne en situations de handicap, **un projet professionnel qui pourra se concrétiser dès sa sortie de l'établissement** SSR-MPR. L'objectif est de maintenir, pour, autour et avec la personne handicapée, une dynamique d'insertion par la mise en œuvre d'un projet de vie cohérent.

>>> POUR QUI ?

Pour des patients hospitalisés dans les établissements adhérents à CF et pour lesquels les conséquences de la déficience remettent en cause le retour à **une vie sociale et professionnelle en milieu ordinaire de vie** sans une aide et des moyens spécifiquement développés à leur égard. Ces personnes souffrent majoritairement de déficiences motrices et psychomotrices lourdes et/ou complexes. Les patients suivis par COMÈTE FRANCE sont majoritairement atteints de troubles neurologiques (42 %), 25 % ont des atteintes d'origine rachidienne et 23 % d'origine ostéo-myo-articulaires.

>>> COMMENT ?

L'association fédère des établissements SSR-MPR dans lesquels **une équipe COMÈTE FRANCE est spécifiquement dédiée** à cette action d'insertion sociale et professionnelle. Cette équipe interdisciplinaire, composée de compétences médicales, paramédicales, sociales, professionnelles et techniques, est financée à 55 % par le champ sanitaire (Assurance maladie) et 45 % par le champ professionnel (AGEFIPH, FIPHP).

Pour coordonner l'ensemble du réseau, le Conseil d'administration de l'association a mis en place une Direction Générale qui s'attache à l'harmonisation des actions et des pratiques des équipes COMETE France (outil informatique commun). Soutien logistique de toutes les instances de l'association, elle est garante du respect de la charte COMÈTE FRANCE et suit, entre autres, la mise en œuvre des conventions avec les partenaires.

Depuis septembre 2009 et pour une période de 18 mois, l'association mène, en accord avec la Haute Autorité de Santé, une démarche de labellisation de la Démarche précoce d'insertion, soutenue financièrement par la MACIF.

>>> OÙ ?

En 2010, **34 établissements labellisés** COMÈTE FRANCE, couvrent 18 régions du territoire national, adhérent au réseau. Pour adhérer les établissements doivent répondre à la charte COMETE FRANCE (en particulier avoir une file active de 100 patients/soins/jour), et adresser leur demande au Président de l'association.

>>> NOS RESULTATS

- ↳ 85 % des personnes hospitalisées dans les établissements labellisés COMÈTE FRANCE sont prises en charge par les équipes CF dans un délai inférieur à 3 mois après leur entrée dans l'établissement sanitaire.
- ↳ 47 % des personnes suivies ont une démarche d'insertion sociale et professionnelle qui aboutit dans les 3 mois qui suivent la sortie de l'établissement sanitaire.
- ↳ 64 % des personnes suivies reprennent un emploi au plus tard, 6 mois après la sortie du CMR.
- >>> De 2003 à 2008 :
 - ↳ Plus de **22 300 personnes suivies** par les équipes COMÈTE France
 - ↳ Plus de **13 250 projets d'insertion élaborés et évalués**
 - ↳ Plus de **5 200 plans d'actions** mis en œuvre
 - ↳ Plus de **2 700 personnes en emploi, en études ou en formation** (dont près de 2 400 maintiens dans l'emploi)
 - ↳ **82% des personnes suivies par nos équipes sont toujours insérées deux ans après leur insertion.**

Adhésions au réseau COMÈTE FRANCE au 01.01.2010

	REGION	VILLE	CP	ADHESION	IDENTIFICATION DU SITE
1	Alsace Lorraine	MULHOUSE	68	2006	CRRF A. Camus / CHR E. Muller
2		NANCY	54	2003	IRR Gondreville/Louis Pierquin
3		STRASBOURG	67	2005	CRRF Clémenceau
4	Aquitaine	BORDEAUX	33	1999	CRRF Tour de Gassies - Bruges
5	Basse Normandie	GRANVILLE	50	2009	CRRF Le Normandy
6	Bourgogne	DIJON	21	2004	CRRF Divio
7	Bretagne	LANNION	22	2010	CHR Lannion et CRRF de Trestel
8		PLOEMEUR	56	1992	CMRRF de Kerpape
9		RENNES	35	1992	CRRF Rennes-Beaulieu
10	Centre	LA MEMBROLLE/CHOISILLE	37	2009	CRRF Bel Air
11	Champagne A.	CHARLEVILLE M.	08	2003	CRRA Charleville Mézières
12	Ile de France	BOBIGNY	93	2010	CMPR
13		BOUFFEMONT	95	2002	CMP Jacques Arnaud
14		COUBERT	77	1999	CRRF Route de Liverydy
15		GARCHES	92	1992	Hôpital Poincaré. Part : Coubert
16		ST CLOUD/SOISY	92/91	2006	CRRF St Cloud/CRRF du Château
17	Languedoc Roussillon	CERBERE	66	1999	Centre Bouffard Vercelli
18		MONTPELLIER	34	2006	Centre Mutualiste de Propara
19	Limousin	LIMOGES/NOTH	23	2010	CHU et CRRF André Lalande (Creuse)
20	Midi Pyrénées	ALBI	81	2005	CMRRF d'Albi
21		BAGNERES DE B.	65	2002	Hôpital L. Baches. Part : MGEN
22	Nord Pas de Calais	BERCK SUR MER	62	1999	Groupe Hopale – Centre J. Calvé
23		FOUQUIERES LEZ LENS	62	2009	Groupe Hopale – Sainte Barbe
24	Normandie	BOIS GUILLAUME	76	2004	CRMPR « Les Herbiers »
25	PACA	HYERES	83	2005	Centre médical Pierre Chevalier
26		MARSEILLE	13	2002	Clinique Saint-Martin
27		VALLAURIS	06	2002	Centre Hélio Marin
28	Pays de Loire	LE MANS	72	1992	CRRF de l'Arche – Saint Saturnin
29		NANTES	44	1992	Hôpital St-Jacques – Part. ARTA
30		LA TURBALLE	44	1992	Centre marin de Pen Bron
31	Picardie	BEAUVAIS	60	2006	CRRF Saint Lazare
32	Rhône-Alpes	ST DIDIER MONT D'OR	69	2006	CRRF Val Rosay
33		ST ETIENNE	42	1999	Hôpital Bellevue – Part : CREPSE
34		VALENCE	26	2006	CRRF « Les Baumes »

RECORD 2

(Réseau de Ressources Coordonnées
pour l'intégration professionnelle des personnes en situations de handicap)

Octobre 2009



CE QU'EST RECORD 2

RECORD 2 : une dynamique d'action pour l'emploi des personnes handicapées

RECORD 2 est une initiative qui a pour finalité de répondre à des enjeux clés de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail des personnes en situations de handicap :

- Permettre aux personnes d'être actrices de leur propre parcours et leur donner un espace de parole
- Faciliter, voire simplifier le parcours vers l'emploi
- Associer les acteurs de l'insertion professionnelle sur un territoire le plus en amont possible pour travailler en réseau

Pour concrétiser cette ambition, RECORD 2 s'est fixé l'objectif suivant :

« Contribuer, en amont de la décision de la CDDPAH, à l'amélioration des processus d'accueil, d'information, d'évaluation / orientation des personnes, en vue de faciliter leur parcours vers l'emploi »

Les MDPH de 10 départements (l'Aisne, le Doubs, la Drôme, l'Eure, le Loiret, la Marne, le Bas-Rhin, la Sarthe, les Yvelines, et la Haute-Vienne) ont répondu mi 2009 à un appel à candidature de la CNSA pour participer à ce projet. Un programme de travail et des outils pratiques leur sont proposés pour concrétiser leur implication dans le projet.

La démarche est la suivante :

- Constitution d'une équipe-projet avec des partenaires clés de l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans le département
- Mise en place d'un programme d'actions à partir de pistes concrètes proposées et d'un état des lieux partagé
- Implication et participation de personnes en situations de handicap
- Bilan des actions et perspectives

Organisation

La CNSA a reçu le concours de quatre têtes de réseau rassemblées au sein d'un comité de pilotage national : COMETE FRANCE, FAGERH, FNATH, UNITH². Le comité de pilotage national tiendra informés régulièrement de l'avancée de ces travaux les principaux partenaires institutionnels nationaux que sont la DGEFP, la DGAS, l'AGEFIPH et le FIPHFP³.

Chaque équipe départementale est animée par un pilote (la MDPH ou l'un des partenaires locaux des têtes de réseau). Des personnes en situations de handicap peuvent être intégrées aux actions et à leur évaluation.

POURQUOI RECORD 2 ?

Une phase expérimentale

RECORD 2 est la suite d'une recherche-action menée entre 2006 et 2008, qui avait impliqué 7 départements.⁴ Cette recherche-action avait été lancée à l'initiative des mêmes têtes de réseau, pour proposer aux MDPH des actions destinées à alimenter le volet Emploi de la Loi du 11 février 2005.

Lors de cette phase expérimentale, les équipes départementales ont conçu des actions et outils en réponse aux enjeux soulevés et partagés. Leur mise en œuvre a donné lieu à la rédaction d'un guide de bonnes pratiques avec des fiches de synthèse par action.

Ce guide de bonnes pratiques propose 4 champs d'actions :

- La mise en place d'un **réseau départemental coordonné** entre acteurs de l'insertion et MDPH, plus particulièrement sur l'amont des parcours (accueil, information, orientation)
- La création d'une « **cellule emploi** » dans chaque département, et le développement d'un réseau d'accueil emploi des personnes en situations de handicap
- La **formation/information des acteurs départementaux** impliqués dans l'insertion professionnelle
- **L'implication des personnes handicapées dans leur parcours** d'insertion professionnelle.

² COMETE France : Communication Environnement Tremplin pour l'Emploi, FAGERH : Fédération des Associations Gestionnaires et des Etablissements de Réadaptation pour personnes en situations de handicap, FNATH : Fédération Nationale des Accidentés de la Vie, UNITH : Union Nationale pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés

³ CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, DGEFP : Direction Générale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale, AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées, FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

⁴ Haute Garonne, Loire, Loire Atlantique, Morbihan, Pas de Calais, Seine et Marne, Val d'Oise

Une logique de déploiement

A l'issue de cette phase expérimentale, la CNSA a donc proposé un accompagnement aux MDPH désireuses de mettre en place des actions proposées dans le guide de bonnes pratiques, afin de les déployer plus largement et de bénéficier d'un retour d'expérience.

Les outils construits lors de la phase expérimentale ont en effet été valorisés sous forme d'un « kit d'animation », permettant à une MDPH et à ses partenaires de s'approprier la démarche et d'adapter des actions correspondant à leur contexte particulier.

A l'intérieur des 4 champs proposés lors de la phase expérimentale, les MDPH sont libres de créer leurs propres actions, en s'inspirant largement des fiches projet à leur disposition.

LES PHASES DE RECORD 2

Cadrage : octobre à décembre 2009

Après avoir positionné son projet, la MDPH lance la démarche dans le département auprès des partenaires qu'elle trouve pertinent d'associer. Elle valide avec eux son plan d'action, puis entame un rapide état des lieux partagé sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans le département. Outre la connaissance mutuelle et l'élaboration d'un point de vue entre acteurs, cette phase peut comporter des entretiens avec des personnes handicapées, afin de les impliquer dans la démarche.

Mise en œuvre des actions : janvier à septembre 2010

La mise en œuvre sur un temps court contraindra les équipes locales à l'efficacité et à faire des choix. Il ne s'agira pas de proposer des actions tous azimuts, demandant des ressources importantes, mais de promouvoir des actions dont les résultats pourront se mesurer à l'automne 2010.

Evaluation : septembre à novembre 2010

Une évaluation légère des actions sera réalisée à la fin du projet, afin d'enrichir le guide de bonnes pratiques de décembre 2008.

LES MODALITES DE PILOTAGE

Niveau national

Comité de pilotage animé par la CNSA, se réunissant pour préparer les grands jalons du projet

Niveau local

Comité de pilotage local associant les partenaires mobilisés sur le projet

Niveau interdépartemental

C'est le lieu d'échange entre les 10 départements, permettant d'animer le retour d'expérience de la phase expérimentale, et de construire une démarche adaptée aux différents contextes départementaux.

En support, un site intranet permet d'alimenter les échanges et de mettre à disposition les outils construits par les équipes départementales.

LES RESULTATS ATTENDUS

Les MDPH attendent des résultats permettant :

- de renforcer leur action sur le champ de l'insertion professionnelle,
- de mesurer (sur un périmètre réaliste), l'impact d'une coordination de réseaux sur l'amélioration des parcours vers l'emploi.

Lors de la phase expérimentale, une MDPH a, par exemple, pu évaluer l'impact d'une action de formation d'agents de CCAS sur la qualité des dossiers de MDPH en provenance des ces collectivités.

Pour garantir l'atteinte de résultats concrets à horizon d'un an, des outils de suivi et des indicateurs sont proposés aux départements, ainsi qu'un accompagnement méthodologique.

La synthèse des résultats sera présentée lors de la Semaine pour l'Emploi des Personnes Handicapées en novembre 2010, puis à l'ensemble des directeurs de MDPH.

Projet soutenu par la CNSA au titre des études, recherches et actions innovantes
(Section V de son budget)
Synthèse disponible sur le site de la CNSA

Situation de handicap psychique: de l'évaluation à la compensation

Expérimentation prospective des Equipes Spécialisées d'Evaluation du Handicap Psychique (ESEHP)

Par l'Association Galaxie

Caractéristiques du porteur

Le Réseau Galaxie existe depuis 2000 et est structuré en association, laquelle est domiciliée à Saint Etienne, depuis 2004. L'association regroupe les acteurs de l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique et s'inscrit dans une logique de tête de réseau.

Souhaitant promouvoir la question de l'insertion des personnes handicapées psychiques, l'association propose une activité d'animation du réseau d'acteurs qu'elle fédère, une activité de recherche, d'étude et d'expérimentation, une activité d'appui technique et de formation, et une activité de communication.

Contacts

Lien internet de la structure du porteur de projet : <http://www.reseau-galaxie.fr>

Coordonnées : Réseau Galaxie - Foyer EPIS – 71 bis rue Louis Soulié – 42 000 Saint Etienne.

Contact : Yann BOULON, chargé de développement : contact@reseau-galaxie.fr / 04 77 34 36 00.

Durée et année de réalisation : 30 mois, de 2007 à 2009

Le projet en bref

Entre 2002 et 2005, le Réseau Galaxie a mis en place des groupes de travail pour appréhender la question de l'évaluation du handicap psychique. Les débats ont abouti à la rédaction d'un cahier des charges des Equipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique (ESEPH) fin 2006. Dans le prolongement de cette réflexion et afin de prendre toute la mesure du nouveau paysage issu de la loi du 11 février 2005, le Réseau Galaxie s'était proposé de réaliser une expérimentation prospective visant à formaliser les modalités éthiques, organisationnelles et opérationnelles de l'évaluation et de la compensation du handicap psychique en lien avec les missions et l'activité des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

L'objectif consistait ainsi à expérimenter la mise en place d'équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique (ESEPH). Cela signifiait de vérifier la pertinence du concept « ESEPH » dans le paysage de l'évaluation du handicap psychique en lien avec les équipes pluridisciplinaires des MDPH et éventuellement en ajuster le cahier des charges.

Plusieurs éléments ont été recherchés : la détermination d'un niveau « d'expertise » assuré par les ESEPH, l'articulation entre les ESEPH et les équipes pluridisciplinaires des MDPH, l'articulation avec l'environnement de la personne, la pertinence des clés d'entrées retenues pour l'évaluation du handicap

psychique, l'efficacité des modalités d'intervention, l'appropriation de l'évaluation et de ses résultats par la personne, les perspectives relatives à la pérennisation et à l'essaimage des ESEPH.

Cette expérimentation a été soutenue par la CNSA, les Conseils généraux des six départements pilotes retenus.

Méthodologie

Les ESEPH ont déployé une approche croisée des situations de handicap en explorant les sphères « professionnelle », « médicale » et « sociale » ainsi que la nature et l'intensité de leurs interactions. Près de 200 évaluations individuelles de personnes en situation de handicap psychique ont été menées par des ESEPH. Pour les réaliser, les ESEPH ont procédé à la lecture de 5 champs (capacités cognitives, habiletés sociales, compétences professionnelles, dynamique personnelle, éléments psychopathologiques résiduels) à partir de contextes différents (entretiens individuels, ateliers collectifs, visites « in situ » et mises en situation d'activité, concertations partenariales).

L'expérimentation s'est déroulée au sein de 6 MDPH volontaires : l'Ain, la Haute-Garonne, la Loire, le Maine et Loire, le Nord et la Sarthe.

Des comités opérationnels ont été mis en place pour assurer le suivi technique de l'expérimentation. Ces comités ont réuni les professionnels de terrain des structures du Réseau Galaxie et des MDPH « pilotes » intervenant dans les parcours d'évaluation ESEPH. Les temps d'échanges ont été complétés par des rencontres sur site pour des appuis spécifiques et à la demande des équipes ESEPH.

Principaux enseignements

L'expérimentation et la mise en place d'un travail en réseau ont généré une dynamisation des partenaires qui se sont emparés de l'évaluation. Les ESEPH ont également pu jouer un rôle de médiateur entre les MDPH et les réseaux sanitaires : elle ont fonctionné comme un service tiers, situé entre le soin et l'insertion.

Le besoin d'un appui extérieur et spécialisé est validé par les MDPH en matière d'évaluation de certaines situations de handicap psychique et d'aide à la définition des modalités d'accompagnement des personnes dans leurs projets. Les situations pour lesquelles les MDPH souhaitent notamment bénéficier d'un appui spécialisé sont les suivantes :

- des situations nécessitant une maturation du « projet de vie » ;
- pour des personnes en rupture d'accompagnement ou de soins ;
- pour des personnes ayant besoin d'une étape de mise en situation.

L'expertise des ESEPH se caractérise par une évaluation de premier niveau qui se situe en amont de l'étude d'une demande pour identifier le retentissement du handicap sur le fonctionnement de la personne, les « inadéquations » environnementales et les orientations adaptées au projet de vie. Il s'agit d'éviter les « erreurs de trajectoires », fréquentes dans les situations de handicap psychique, faute d'une prise en compte des vrais déterminants du handicap, de préciser les axes du projet de vie et d'identifier les conditions de « réussite » de sa mise en œuvre du point de vue personnel et environnemental.

Par ailleurs, le projet n'a pas abouti à la définition d'un « standard » de l'évaluation du handicap psychique mais a au contraire mis en évidence l'intérêt de l'individualisation d'un « parcours d'évaluation » dynamique, étant donné la diversité des situations. Le niveau d'intervention et les articulations à structurer peuvent varier selon les personnes en situations de handicap psychique et selon les configurations territoriales des MDPH.

Si la « labellisation » des équipes est possible à partir du cahier des charges des ESEPH tel qu'il a été mis à l'épreuve dans l'expérimentation, la question du mode de financement d'un tel dispositif et la question de la pérennisation ne sont pas résolues. Des hypothèses sont néanmoins soulevées et nécessitent d'être davantage explorées, comme envisager un conventionnement avec les MDPH ou adosser l'offre de service d'évaluation à des dispositifs existants de type SAVS ou SAMSAH.

Le bilan de cette expérimentation a été restitué aux acteurs du projet (ESEHP et MDPH) en présence de la DGAS et de la CNSA avant la finalisation du rapport en vue d'un éventuel réajustement des conclusions.

Implication de la CNSA

Ce projet devait apporter une visibilité des actions, des acteurs et des pratiques de l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicaps d'origine psychique et, ainsi, accompagner les MDPH dans leurs missions d'évaluation et de suivi.

Ce projet est à corréliser avec l'ensemble des travaux conduits sur le thème de l'évaluation des besoins et sur le thème du handicap d'origine psychique.

Autres informations

Thème(s) abordé(s) : Evaluation des besoins individuels et de la situation de la personne

Mots-clés : évaluation des besoins des personnes, coordination/réseaux, MDPH, connaissance des publics, pratiques professionnelles, place et attente des usagers, projet de vie, personnes handicapées, handicap psychique/santé mentale, expérimentation/action innovante

Support : rapport

Année de diffusion : 2009

Suite(s) donnée(s) au projet : Mise en lien avec l'expérimentation soutenue par la CNSA et réalisée par le CEDIAS/ANCREAI sur l'évaluation du handicap psychique.

Les résultats ont fait l'objet d'une présentation lors du colloque « L'entreprise face aux troubles psychiques – Comment l'entreprise peut-elle aborder la question de la santé mentale ? », organisé par L'Agence entreprises et handicap à Sciences Po Paris le 29 avril 2009, événement d'ailleurs soutenu par la CNSA. A venir : présentation des résultats à l'ensemble des MDPH.

Pour en savoir plus

Télécharger le(s)
document(s) :

Sur le site du Réseau Galaxie : <http://www.reseau-galaxie.fr/upload/modulepublication/Rapport%20final%20ESEHP%20D%C3%A9finitif.pdf>

Présentation de l'expérimentation sur le site de l'Agence entreprises et handicap (pp55-59 dans les Actes du Colloque du 29 avril 2009) : http://www.entreprises-handicap.com/download/EH_publication_entreprise_face_aux_troubles_psychiques.pdf

Nous contacter : etudes-innovation@cnsa.fr

Des informations supplémentaires sur le site de la CNSA : <http://www.cnsa.fr>

ANNEXE 7

La réhabilitation psychosociale

Définition :

« Ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté »⁵.

Le postulat de départ est que, pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques durables, la maladie et surtout ses conséquences en termes de rôle social ne sont pas fatalement péjoratives, et que les nouvelles techniques de prise en charge sont efficaces.

On peut schématiquement distinguer deux types d'actions de réhabilitation :

- celles qui ont pour objectif d'aider la personne souffrant de troubles psychiatriques à acquérir des ressources personnelles supplémentaires, par le biais des thérapeutiques, ou d'un apprentissage spécifique de fonctions cognitives ou sociales ;
- et celles s'intéressant au milieu social, aux ressources communautaires, à la société, et cherchant à oeuvrer pour qu'ils soient plus porteurs, plus accueillants, plus tolérants.

Les principes de la réhabilitation actuellement :

Loin d'être une pratique homogène, elle regroupe **des courants divers**, traitant d'aspects se situant sur des plans différents. Mais ces courants, ces voies de recherche, ces actions de soins capitalisant l'expérience des équipes, appartenant au champ sanitaire comme au champ social, **vont tous dans le même sens** : celui de l'insertion, de la citoyenneté, de la qualité de vie, de la dignité, de la réalisation personnelle, de la lutte contre la fatalité, l'abandon, la relégation dont sont victimes les personnes souffrant de troubles psychiques et qui subissent, que cela soit dit ou pas, les préjugés, la défiance, la passivité d'une société qui ne les reconnaît pas comme ses membres.

Il s'agit aujourd'hui d'un état d'esprit de la psychiatrie, organisée en un mouvement, un courant, constitué de plusieurs groupes ; familles, usagers, aidants, soignants, décideurs, dont les intérêts sont convergents et oeuvrent à **une meilleure accessibilité aux soins et à une meilleure qualité de vie par une insertion sociale préservée ou retrouvée**.

Au delà de la question des soins psychiatriques, des obstacles pour les personnes découlent en effet des séquelles de leur maladie, tels qu'incapacités diverses, incompétence sociale, misère financière, comorbidités, isolement, etc. Réclamer « la citoyenneté totale » (Saraceno) pour ces patients peut sembler une gageure. Paradoxalement, ce n'est qu'après avoir enregistré la déshospitalisation que les chercheurs des pays industrialisés se sont intéressés aux conditions de vie des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves et durables (en témoignent, par exemple, les multiples échelles de qualité de vie apparues dans la littérature bien après que les malades aient été rendus à la communauté...), sans que l'on soit toujours assuré que la qualité de vie hors de l'institution est bien égale ou supérieure à celle de la prise en charge institutionnelle.

Des réponses se sont progressivement dégagées des expériences internationales avec en particulier la nécessité de construire **des projets de réhabilitation individuels** en tenant compte des ressources psychiques et environnementales de chacun.

Ces projets reposeront sur **un diagnostic de réhabilitation**, qui diffère du diagnostic médical (qui se limite au regroupement de symptômes permettant de définir une maladie et un traitement) et comprend :

- l'évaluation fonctionnelle des capacités : autonomie, habiletés sociales... ;
- l'évaluation fonctionnelle des ressources personnelles disponibles ;
- les soutiens ou aides à rechercher ou à développer, notamment par l'évaluation de la disponibilité (et de la vulnérabilité) des impliqués familiaux ou de l'entourage ;
- la définition des buts à atteindre, la priorité étant laissée au patient : sociaux, résidentiels, éducationnels, professionnels, etc. ;
- les programmes d'interventions.

⁵ « Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants Document élaboré et validé par le congrès de Versailles (13 et 14 mars 2008) » - D. Leguay, et al. in L'information psychiatrique vol. 84, n° 10 - décembre 2008

Ainsi, afin de permettre une participation sociale et la prévention des handicaps, il ne suffit pas de procurer des soins de qualité à une personne atteinte de troubles psychiatriques chroniques et invalidants. Il faut également s'assurer qu'elle évolue dans un **environnement** qu'elle a choisi et où elle se sent en sécurité, qu'elle peut être accueillie près de son domicile pour des soins ou un accueil à tout moment et même lors de l'urgence, qu'elle est inscrite dans un **projet de réhabilitation** qui lui convient et qu'elle a facilement à sa disposition des aidants. Ce sont également les conditions de la prévention des rechutes, et du maintien à domicile. Dans toutes ces dimensions, c'est aux soignants, a priori élastiques, de s'adapter aux besoins du malade et non l'inverse.

La pratique de la réhabilitation psychosociale nécessite une démarche structurée, spécifique, évaluée et innovante et qui se doit d'être en constante évolution tant sur les plans conceptuel que pratique.

Les différentes études menées dès 1985, à l'étranger mais aussi en France, plaident toutes en faveur de l'impérieuse nécessité de développer des programmes de réhabilitation structurés et pragmatiques en direction des personnes souffrant de troubles psychiques graves (le plus souvent les psychoses), désinsérées et en rupture de lien social.

En effet, le handicap qui se constitue au fil du temps, sans prise en charge adaptée et spécifique, oblitère largement les possibilités de vie durable hors des institutions psychiatriques des personnes concernées.

Les actions de réhabilitation s'adressant aux personnes

En psychiatrie, le secteur représente le recours aux soins de première intention : c'est la médecine générale de la psychiatrie. La réhabilitation psychosociale, dans ses aspects sanitaires, est une spécialisation apportée au secteur, comparable à une rééducation fonctionnelle appliquée aux troubles psychiques. Elle en constitue un outil qui lui est complémentaire et ne doit pas lui être confondu.

- La question du travail : vecteur fréquemment proposé aux patients dans leurs démarches de réadaptation, ce champ a été d'abord à la fois sollicité comme un simple cadre à la restauration d'habiletés sociales, dans le cadre d'ateliers thérapeutiques, d'ergothérapie etc, mais aussi en tant qu'objectif direct de réinsertion. Mais certaines structures ont également conçu le projet de soins autour des techniques de « mises en situation ». Il existe tout un savoir-faire portant sur les meilleures indications, les vecteurs de la mise en situation, la diversité des registres à travailler, la progressivité des étapes à franchir, les obstacles le plus souvent rencontrés, les écueils à éviter etc. Paradoxalement, alors que le bénéfice pour les personnes est manifeste et d'autant plus tangible que l'insertion professionnelle s'effectue en milieu naturel, alors qu'il est démontré qu'un travail réel est préférable à la mise en oeuvre prolongée de stratégies de réentraînement dans des structures sociales ou de soins, le taux d'activité des personnes souffrant de troubles psychiques reste très bas partout dans le monde, de l'ordre de 10 % en milieu ordinaire comme en milieu protégé.
- La réhabilitation d'apprentissage constitue un groupe de méthodes dont le principe commun est l'apprentissage et le réentraînement (des habiletés sociales et de la vie quotidienne, ou de fonctions cognitives de base (mémoire, attention, fonctions exécutives...). Ces méthodes sont appliquées suivant un principe de confrontation à des niveaux de difficulté croissante, et d'évaluation des résultats obtenus. A bien des égards, ces méthodes s'attaquent à ce qui pourrait constituer le noyau fonctionnel du « handicap psychique ». Cf infra..
- Une évaluation combinée : la schizophrénie, pour prendre cet exemple, étant une pathologie multifactorielle, il est en effet impératif de développer des stratégies combinées du point de vue diagnostique, prenant en compte les aspects symptomatologiques (avec la PANSS par exemple), les aspects neurocognitifs, et enfin les aspects fonctionnels, c'est-à-dire le domaine des habiletés technico-sociales (par exemple la qualité de vie, la résolution des problèmes interpersonnels, l'autonomie sociale...).
- Des thérapeutiques combinées : afin d'avoir recours à une thérapeutique médicamenteuse adaptée, la moins invasive et délétère possible, permettant de conjuguer une stabilisation de l'état clinique tout en protégeant les ressources psychiques de la personne, l'alliance thérapeutique est indispensable. Pour cela, les usagers doivent être informés sur tous les aspects de la maladie. C'est dans la foulée que les thérapeutiques complémentaires et combinées doivent intervenir :
 - mise en place de programmes psychoéducatifs en direction de l'utilisateur et de sa famille. Ces programmes sont basés sur l'idée que l'information sur la maladie, délivrée sous une forme adaptée, permet au patient de mieux la cerner, l'anticiper, de mieux reconnaître ses symptômes, de participer davantage aux thérapeutiques, médicamenteuses ou non qui lui sont proposées, dans un esprit d'alliance thérapeutique et d'être ainsi l'acteur majeur de sa prise en charge ;

- en développant en parallèle des thérapies de soutien classiques, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies de remédiation neurocognitive. Ces dernières sont indispensables, et d'elles dépend l'efficacité des autres thérapeutiques.
- en proposant un entraînement aux habiletés sociales et techniques. De ce point de vue, les outils et méthodes développés dans le cadre des thérapies cognitives et comportementales sont indispensables (aide à la conversation, affirmation de soi, entraînement à la résolution des problèmes interpersonnels...) pour aboutir à des mises en situations au quotidien dites écologiques ;
- en évaluant systématiquement aux différentes étapes, et ce dès l'amorce de la prise en charge, les retentissements sur la personne de ces actions sur le plan clinique mais aussi et surtout en termes d'autonomie et de qualité de vie.
- en articulant à ces dimensions celle également nécessaire de prise en charge psychothérapique. Cette offre est indispensable en cela qu'il restera toujours à effectuer une appréhension, une remise en perspective diachronique, de la dynamique subjective, puisque aussi bien il n'y a pas de réhabilitation sans mobilisation désirable.

Articulation des actions de réhabilitation : entre sanitaire et social

La double dimension de la réhabilitation, s'intéressant à l'individu, et s'adressant à la société et aux systèmes de prise en charge, nécessite une lecture selon un axe dynamique : celui du projet de vie, et selon une logique pluridisciplinaire, rompant avec une organisation médico-centrée. Il s'agit de créer un espace d'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social en passant du modèle du « soin de santé » au « prendre soin ».

Ainsi, la réhabilitation psychiatrique devient une approche individuelle centrée sur le patient auquel on reconnaît l'ultime pouvoir décisionnel sur son plan de traitement (Silverstein, 2000). De ces constatations émergent plusieurs concepts :

- l'empowerment ou « prise de pouvoir personnel » fait que l'intervenant devient un professionnel qui offre du soutien en accompagnant la personne, lui facilitant sa capacité de prendre du pouvoir sur sa propre vie tout en visant son rétablissement ;
- selon Provencher (2002), le concept de rétablissement (recovery) comporte quatre dimensions reflétant l'expérience de l'individu durant ce processus, et inscrites dans une temporalité :
 - la première dimension correspond à la redéfinition et l'expansion du soi qui dépasse le processus de deuil en reconnaissant le trouble psychotique ;
 - la deuxième dimension correspond à la reprise de pouvoir personnel de la personne sur le plan individuel, sociétal et organisationnel ;
 - la troisième dimension est relationnelle, composée du soutien social et de la contribution familiale vis-à-vis du rétablissement ;
 - la quatrième dimension reflète la diachronie avec l'espoir et le maintien de la vision positive de sa vie et de sa démarche.

L'intervention aidera la personne atteinte de troubles mentaux graves à découvrir ses forces et ses ressources et à choisir ses propres stratégies d'adaptation. Les services varient donc d'une prise en charge médicale plus importante en période de crise à une prise en charge personnelle active en période d'insertion sociale et communautaire.

Le concept de rétablissement ne se limite pas à un retour à un état antérieur de fonctionnement ou d'équilibre stable. Le rétablissement (selon P. Deegan, USA) correspond avant tout à un processus singulier de transformation subjective.

Il s'agit de sortir de la logique prévalente des soins et de considérer comme porte d'entrée le parcours de vie de la personne souffrant de troubles psychiatriques.

La réhabilitation psychosociale se propose donc de veiller à ce que ces besoins soient satisfaits, de susciter la mise en place par la société des ressources ou structures nécessaires pour rendre possible la vie dans la communauté des personnes présentant un handicap psychique.

Les dispositifs qui se mettent en œuvre dans ce nouveau cadre concernent :

- l'hébergement. Soulignons les 30 % de patients hospitalisés par « défaut » du fait de l'insuffisance de voies de sortie sécurisées, donc la nécessité de création de dispositifs résidentiels offrant une gradation de l'intervention de soin articulée selon l'état de dépendance de la personne accueillie
- l'accompagnement à la vie quotidienne (SAVS, SAMSAH) ;
- les occupations et le temps libre, la lutte contre l'isolement (SAJ, GEM...) ;
- le travail (ESAT, EA, soutien en milieu ordinaire...) ;
- la protection des biens et la garantie de ressources.

Afin d'offrir un ensemble de services à la personne dans son milieu de vie, en associant soins et accompagnement social « à la carte », certains pays ont mis en place un « case management » qui peut

se traduire par « gestion des situations individuelles ». Il intervient en cas de programmes à plusieurs composantes intégrées, avec un déplacement du lieu d'intervention depuis l'hôpital vers la communauté, en particulier le milieu de vie habituel du patient (domicile, milieu familial, milieu professionnel...). Il permet l'association d'un ensemble de mesures et d'interventions coordonnées prenant en compte ces différents domaines dans une perspective globale et non scindée. Les éléments clés du « case management » sont ainsi : l'évaluation des besoins, la planification de services globaux, l'organisation de la mise à disposition de ces services, la mise en oeuvre, l'évaluation et le suivi de ces mêmes services.

Propositions de recommandations du Manifeste Reh@b :

1. La réhabilitation psychosociale doit être reconnue en tant que mouvement et programme spécifique d'interventions visant à améliorer le pronostic fonctionnel des troubles psychiques. Elle déborde les frontières de la psychiatrie clinique en mobilisant des compétences, des outils, et des modes d'organisation particuliers se déployant dans les champs sanitaire et social.
2. Ce champ de la réhabilitation doit trouver son expression distincte, en articulation, mais sans s'y confondre, avec la psychiatrie de secteur, notamment par le biais de dispositifs intersectoriels (dans le champ sanitaire), et d'un travail en réseau (dans les champs sanitaire et social).
3. Les structures et l'organisation des soins doivent être reconsidérées pour que chaque territoire dispose d'une filière de soins de réhabilitation. Les SROS en santé mentale doivent tous retenir cet objectif en priorité de premier rang.
4. Dans chaque région, un Centre de ressources pour le handicap psychique, qui puisse proposer aux usagers et à leurs familles une évaluation clinique, psychodynamique et neurocognitive, et diffuser les données disponibles sur les stratégies de réhabilitation et leur efficacité doit être promu et mis en oeuvre.
5. Les concepts de « rétablissement », et de « pouvoir d'agir » doivent être promus, autant que ceux de « rémission » et de « réadaptation ».
6. La formation en réhabilitation psychosociale doit être développée, de nouveaux métiers, en particulier ceux de l'accompagnement des usagers, et de l'apprentissage des compétences sociales qui leur font défaut, doivent émerger.
7. L'accès à un travail, en milieu ordinaire ou protégé, doit être reconnu comme une priorité pour les personnes souffrant de troubles psychiques chroniques qui le souhaitent ; une évaluation des réalités sociales en ce domaine doit être conduite par les pouvoirs publics, des objectifs doivent être définis et des moyens dégagés pour y parvenir.
8. Un effort considérable doit être effectué pour que les personnes souffrant de troubles psychiques durables disposent d'un logement, avec l'accompagnement social personnalisé qui leur est nécessaire, pour qu'elles puissent vivre dans la communauté une vie de citoyen digne et aussi autonome que possible.
9. Le respect des droits des personnes souffrant de troubles psychiques doit faire l'objet d'un accompagnement. En tant que de besoin, une aide doit pouvoir être mobilisée, professionnelle ou non, et même en l'absence de nécessité de mesure de protection légale.
10. Les programmes de réhabilitation psychosociale, psychoéducation, entraînement aux habiletés sociales, remédiation cognitive, travail avec les familles sur l'émotion exprimée, l'alliance thérapeutique, la gestion des difficultés rencontrées, etc. doivent être enseignés, mis en oeuvre, développés pour que chaque patient en relevant puisse en bénéficier en tout point du système de soins.
11. Les représentations mentales négatives sur les pathologies psychiques doivent être combattues sans relâche.
12. Une réflexion doit être menée sur un projet de « loi-cadre » donnant à une collectivité territoriale de proximité, à déterminer, des responsabilités en matière de réhabilitation des personnes souffrant de troubles psychiques, et des moyens juridiques pour y associer l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux oeuvrant sur ce territoire.
13. Les présentes recommandations doivent faire l'objet d'une diffusion, et d'une proposition d'adoption dans toutes les instances de concertation et de décision concernant la politique de santé mentale, CCRSM, SROS, CROSMS, CPOM, projets d'établissement...
14. Une conférence de consensus, sollicitant les avis des experts reconnus des pratiques de réhabilitation, doit être organisée en France dans les trois ans, pour élaborer et porter la connaissance

ANNEXE 8

BIBLIOGRAPHIE

Atlas national 2008 « L'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées »
AGEFIPH – FIPHFP

Rapport du gouvernement au parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du
handicap – février 2009

Forum à Haut Niveau, Stockholm, OCDE, Document de base « Maladie invalidité et travail -
Garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique» 14-15 mai 2009