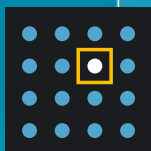


Centre de
Ressources
Documentaires
et d'Informations

Rhône-Alpes

pour l'emploi
des personnes
handicapées



2^{ème} édition - Juin 2002

Synthèse Documentaire



Schéma Régional
pour la formation professionnelle
des personnes handicapées

Synthèse Documentaire

2^{ème} édition - Juin 2002

Schéma Régional de la formation des personnes handicapées

Cet ouvrage a été réalisé par **Marie-Laure DURAND** de l'IFTS

avec les contributions de :

François ATGER

Délégué Régional - Agefiph Rhône-Alpes

Christine BERGERON

Coordinatrice du Schéma Régional pour la Formation Professionnelle
des Personnes Handicapées - CRDI Rhône-Alpes

Alain BLANC

Maître de conférence en sociologie
Directeur du département de sociologie, Grenoble II

Eve COHEN

Chef de Projet - Observatoire de l'Emploi des Personnes Handicapées
CRDI Rhône-Alpes

Geneviève COTTET-EMARD

Chargée de Mission Direction Régionale - ANPE

Jacqueline CROIZAT

Responsable Régionale Adjointe du Service Social - CRAM

François DOUEK

Conseiller Technique - CREA Rhône-Alpes

Sylvie DRION

Chargée d'Etudes et de Développement - Agefiph Rhône-Alpes

Jacqueline DRUET

Documentaliste - CRDI Rhône-Alpes

Daniel FRANÇOIS

Coordinateur du Schéma Régional Apprentissage - CRDI Rhône-Alpes

Catherine GREMAUD

Directrice - CRDI Rhône-Alpes

Danièle ROBIN TERNIER

Animatrice Régionale - Mission Locale

Marie-Agnès ROUX

Responsable de la Formation Continue - IFTS

Jochen THEILEN

Chargé de Mission Handicap - AFPA Rhône-Alpes

Préface

Cette synthèse documentaire conçue à l'intention des référents du schéma régional de formation des personnes handicapées en Rhône Alpes, a été financée à ce titre par l'Agefiph. Elle propose un "vade mecum" documentaire aux acteurs de notre champ professionnel confrontés à la multiplicité des données techniques situées à l'intersection du médical, du social, du juridique, du pédagogique et de l'économique.

En effet les outils habituels mis en œuvre dans le cadre l'insertion professionnelle (bilan, projet, parcours, aides, etc.) se doivent de tenir compte, lorsqu'il s'agit de personnes handicapées, de la particularité de ce public et de son environnement (étiologie des handicaps et modalités de leur compensation, procédures administratives de reconnaissance et d'orientation, existence de dispositifs spécialisés, etc). Chacun de ces domaines a son propre univers de références et s'appuie sur des savoirs et compétences particuliers.

C'est ainsi que le lecteur trouvera dans ce document actualisé par l'IFTS, et dont le caractère synthétique met en valeur la précision technique, le résultat de la coopération entre les partenaires associés dans le comité de lecture coordonné par le CRDI. (ANPE, CRDI, CRAM, CREAL, coordination des missions locales, AFPA, Université Pierre Mendès-France, Grenoble 2, Agefiph).

Que tous soient remerciés pour la qualité exemplaire de cette coopération.

François ATGER
Délégué Régional de l'Agefiph

Préface

La publication par le CRDI Rhône-Alpes de la deuxième édition de la synthèse documentaire pour le Schéma Régional de la Formation Professionnelle vient combler le vide laissé par la première édition rapidement épuisée. Fruit d'une coopération étroite entre l'Agefiph, l'ANPE, le CRDI et l'IFTS, cette version enrichie s'adresse à la fois au grand public et aux professionnels.

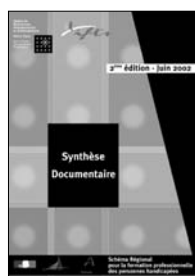
Au grand public d'une part, parce qu'elle dresse de façon large et complète le panorama varié du handicap et offre des informations précises sur le cadre juridique de l'insertion et de la formation.

Aux professionnels d'autre part, parce qu'elle contient l'essentiel des modes d'accès tant à la formation qu'au travail en milieu ordinaire ou adapté.

Dans le paysage complexe de l'insertion professionnelle, nul doute que ce guide deviendra un outil de référence au service de tous les acteurs.

A lui seul il matérialise bien le rôle de "lieu ressources" que constitue désormais le CRDI dans la région Rhône-Alpes.

Roland CORTOT
CRDI Rhône-Alpes



Sommaire

Préface	4
Introduction	9
AXE I : Les personnes handicapées	11
Le handicap	11
I/ Le handicap	12
A. Définitions.....	12
1. Origine et généralités.....	12
2. Quelques définitions complémentaires	12
B. La Classification Internationale des Handicaps	13
1. La CIH	13
2. La CIH-2 / CIF	15
II/ Les types de handicap	19
A. Le handicap d'origine physique	19
1. Définition et étiologie	19
2. Exemples de handicaps moteurs	20
3. Prise en charge et compensation	20
B. Le handicap d'origine sensorielle	20
1. Le handicap d'origine visuelle	20
a. Définition et étiologie	20
b. Les conséquences psychosociales	21
c. Prise en charge et compensation	21
2. Le handicap d'origine auditive	22
a. Définition et étiologie	22
b. Les conséquences psychosociales	22
c. Prise en charge et compensation	22
C. Le handicap d'origine intellectuelle	22
1. Définition et étiologie :	22
2. Les conséquences psychosociales	24
3. Déficience intellectuelle et maladie mentale	24
D. Le handicap physique	25
1. Définition	25
2. Les conséquences psychosociales	27
3. La prise en charge	27
E. Le traumatisme crânien.....	28
1. Définition	28
2. Séquelles d'un traumatisme crânien	28
F. Les épilepsies	30
G. Les maladies invalidantes	32
III/ Les personnes handicapées	33
A. Épidémiologie	33
B. Les aides techniques.....	35
1. Définition	35
2. Quelques repères sur une journée	36
C. Les prestations, aides sociales et financières.....	37
IV/ Les représentations	39
A. L'évolution des représentations sociales et de la législation	39
B. Les représentations individuelles	44
V/ BIBLIOGRAPHIE	45

La reconnaissance du handicap ou d'une incapacité..... 49

I/ La commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) 50

A. Généralités 50

B. La COTOREP en chiffres 53

1. Données nationales 53

2. Données régionales 54

II/ Les organismes de sécurité sociale : CPAM ou MSA 55

A. La reconnaissance de l'invalidité 55

B. Données chiffrées 56

III/ Le régime militaire 57

IV/ BIBLIOGRAPHIE 58

Axe II : La formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées 59

Le cadre juridique et les acteurs clefs de l'insertion et de la formation professionnelle 59

I/ Les acteurs institutionnels 60

II/ La Loi de 1987 61

A. Les grands principes : 61

1. Données nationales 63

2. Données régionales 65

3. Synthèse 66

III/ Présentation de l'Agefiph 74

A. Origine 74

B. Gestion et Organisation 74

C. Les objectifs principaux 74

D. L'Agefiph et ses partenaires 75

E. Bilan 76

1. Données nationales 76

2. Données régionales 76

IV/ Les acteurs..... 77

A. Le dispositif spécialisé..... 77

1. Le réseau CAP EMPLOI 77

2. Les services de suite des établissements spécialisés..... 77

3. Les associations et les organismes d'appui..... 77

4. Les dispositifs d'appui spécifique en Rhône-Alpes 80

a. SPASE : un dispositif pour l'insertion des personnes cérébro-lésées 80

b. Autres partenaires spécialisés par déficiences : 81

c. Les Dispositifs "Site Pour La Vie Autonome"..... 81

d. Actions de traitement précoce 81

B. Le droit commun 82

1. Le service social de la CRAM..... 82

2. L'Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE) 83

a. Le PARE 84

b. Le PAP/ND..... 84

c. Le PARE et les personnes handicapées..... 85

3. Le dispositif d'accueil pour les jeunes : les missions locales et les

Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO) 85

V/ Les plans départementaux d'insertion pour travailleurs handicapés (PDITH) 86

VI/ Synthèse des ressources en Rhône-Alpes 87

VII/ BIBLIOGRAPHIE..... 88

La formation professionnelle	89
I/ Le dispositif spécialisé	90
A. Les établissements	90
1. La formation des jeunes handicapés	90
2. Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP)	90
3. Les autres dispositifs	91
B. Les mesures spécifiques – Travailleurs Handicapés	91
1. Les adaptations de la formation en alternance	91
2. Le contrat de rééducation professionnelle	92
3. La prime de reclassement	92
C. Bilan	92
II/ L'accès au droit commun	93
A. Les établissements	93
1. L'Association pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA)	93
2. Les universités	94
B. Les modalités d'accès à la formation	94
1. Les contrats et les statuts	94
2. La rémunération des stagiaires	98
C. Bilan	99
III/ Le schéma régional de formation en Rhône-Alpes	100
A. Les objectifs généraux	100
B. Les deux pôles du Schéma Régional de la Formation Professionnelle des Personnes Handicapées	100
1. Le Pôle formation professionnelle (mis en place fin 1999)	100
2. Le Pôle apprentissage (mis en place fin 2001)	100
C. Le rôle des référents	102
D. Les conseillers techniques des parcours de formation	102
IV/ Les aides de l'Agefiph en matière de formation	103
V/ BIBLIOGRAPHIE	104
L'insertion professionnelle	105
I/ Dispositif spécialisé	106
A. Les établissements en milieu protégé	106
1. Les Ateliers Protégés (AP) et les Centres de Distribution et de Travail à Domicile (CTDD)	106
2. Les Centres d'Aide par le Travail	106
3. Le lien entre milieu ordinaire et milieu protégé	106
B. Les modalités	107
1. La garantie de ressources (GRTH)	107
2. Les mesures favorisant la sortie ou l'alternative au milieu protégé	107
3. Le dispositif particulier	108
C. Bilan	108
II/ L'accès au milieu ordinaire du travail	109
A. Les établissements	109
1. L'insertion par l'économique	109
2. Les autres dispositifs	110
B. Les modalités	110
1. Les contrats "aidés"	110
2. La création d'activité	113
3. L'accès à la fonction publique	114
4. Le dispositif spécifique travailleurs handicapés	115
a. Les mesures financières	115
b. Les mesures favorisant le maintien dans l'emploi	116
c. Le rôle du médecin du travail	116
d. La protection de l'emploi des travailleurs handicapés ou déclarés inaptes à leur poste	116
e. Les mesures de maintien dans l'emploi	116
C. Bilan	118
III/ BIBLIOGRAPHIE	119
Annexes	123

Introduction

Cette synthèse documentaire, à l'usage notamment des référents du Schéma Régional, rassemble les informations essentielles visant l'accompagnement des personnes handicapées dans leur processus de formation et en vue de leur insertion professionnelle.

Son but est de leur fournir des repères sur les aspects sociaux, médicaux, psychologiques et législatifs du handicap. Ce document présente également les dispositifs communs et spécialisés en faveur des personnes handicapées, depuis la reconnaissance du handicap jusqu'à leur orientation vers la formation et l'emploi.

La deuxième version de cette synthèse, enrichie et complétée, réactualise l'ensemble des données à la date de mai 2002.

Il conviendra aux référents de régulièrement prendre connaissance des nouvelles dispositions en se connectant aux sites internet répertoriés en annexe.

Les sigles utilisés tout au long de ce document sont explicités en annexe.

Axe 1

Les personnes handicapées

Le handicap

L'intégration dépend des caractéristiques socio-démographiques du sujet handicapé lui-même, d'une part avec l'ensemble des données psychologiques, cognitives, anamnestiques, médicales, contextuelles qui fondent son unité et d'autre part du milieu dans lequel le sujet vit, se déplace, est en relation et cherche à être reconnu. Le milieu inclut la dimension politique et sociale. La connaissance du handicap permet de personnaliser et de relativiser les conséquences fonctionnelles et psychologiques de l'atteinte. Il est utile aussi d'écouter et de rassembler les peurs, les fantasmes, les angoisses et les représentations autour du handicap et des personnes handicapées. La connaissance du handicap permet de démystifier de certaines croyances, et d'adapter nos attitudes.

Nous allons traiter dans cette partie de différents domaines d'informations dans le champ du handicap :

- **Une connaissance générale de la spécificité de chaque handicap** afin d'appréhender la problématique de la personne handicapée. Prendre en compte les limitations et la réalité de la déficience mais aussi les capacités restantes chez les personnes handicapées pour un accompagnement adapté .
- **Une connaissance des représentations qui influencent** le statut légal et social de la personne handicapée.
- **Une connaissance de nos propres résistances** (craintes, angoisses, stéréotypes, réactions psychoaffectives) afin de lever certains obstacles à l'intégration des personnes handicapées et tenter de se dégager de l'influence de nos représentations.

I/ Le handicap

A. Définitions

1. Origine et généralités

Étymologie du mot handicap : Mot d'origine irlandaise "Hand in cap" : la main dans le chapeau désigne le tirage au sort dans un jeu de hasard. Puis en 1827, le handicap apparaît dans les courses de chevaux¹. Dans cette définition il y a donc la notion d'une possibilité de compenser une différence, une infériorité.

¹ Une course à handicap est une course ouverte à des chevaux dont les chances de vaincre, naturellement inégales, sont, en principe, égalisées par l'obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus grand.

Mot qui apparaît dans la législation française avec la loi du 23.11.1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés puis avec la loi d'orientation du 30.06.75 en faveur des personnes handicapées, sans véritablement le définir². Le terme handicap remplace l'emploi des mots infirme, invalide, débile dans les textes officiels.

² est considérée comme handicapée la personne jugée telle par la CDES ou la COTOREP.

Terme générique qui englobe des difficultés de natures (handicap physique, sensoriel, mental...), de gravités (handicap sévère, léger...), de configurations (surhandicap, handicaps associés, polyhandicap,...) et de causes très diverses (organiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles...).

La situation environnementale influence le handicap : à déficience égale, handicap différent. On parle de situations de handicap ou de handicap de situation.

Le handicap est donc une notion relative et variable qui recouvre une situation évolutive et des réalités différentes et non réductibles les unes aux autres ; le handicap ne peut être appréhendé qu'en relation avec l'état de la société à un moment donné³.

³ selon DESSERTINE A. In : Handicap et droit, CTNERHI, 1983, p.16.

2. Quelques définitions complémentaires

- **Handicaps associés** : présence chez la même personne de plusieurs déficits entraînant des multihandicaps, des plurihandicaps, des surhandicaps et des polyhandicaps. Les handicaps associés regroupent ainsi les déficits conjoints, les déficits surajoutés et les déficits consécutifs à un autre déficit.
- **Handicap rare** : (Arrêté du 2.08.2000) il s'agit d'une configuration rare de déficiences ou de troubles associés incluant fréquemment une déficience intellectuelle et dont le taux de prévalence ne peut être supérieur à un cas pour 10 000 habitants. Sa prise en charge nécessite la mise en œuvre de protocoles particuliers qui ne sont pas la simple addition des techniques et moyens pour compenser chacune des déficiences considérées.
- **Multihandicap ou plurihandicap** : associe de façon circonstancielle deux handicaps : surdité-cécité, handicap moteur et sensoriel, déficience mentale et sensorielle.
- **Polyhandicap** : Il s'agit de handicaps graves à expression multiple, associant déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.
- **Surhandicap** : se définit par le cumul d'un (ou des) handicap (s) originel(s) "avec un handicap acquis d'ordre cognitif ou relationnel : par exemple, les handicapés mentaux légers qui présentent des troubles de la personnalité ou du comportement".

B. La Classification internationale des handicaps

1. La CIH

Classification conçue par l'OMS publiée en anglais en 1980, et en France en 1988. Elle se présente sous la forme d'un Manuel de classifications des conséquences des maladies.

Elle se base sur une conception dynamique et évolutive du handicap selon les concepts de WOOD qui le définit selon 3 niveaux d'expérience de santé :

MALADIES	DÉFICIENCES	INCAPACITÉS	DÉSAVANTAGES
Exemple : traumatisme crânien	Déficiences motrices (paralysies) Déficiences psychiques (orientation, mémoire)	Incapacités motrices (à marcher) Incapacités psychiques (à se repérer dans les lieux publics)	Désavantages (pour les transports) Désavantages (scolaire, travail)
<i>L'amputation d'une main ne pose pas les mêmes problèmes à un conseiller juridique qu'à une secrétaire...</i>			

- Ce schéma ne se lit pas de façon linéaire : une déficience n'entraîne pas forcément d'incapacité ou de désavantage quand elle peut être compensée. La déficience et l'incapacité n'existent plus mais le désavantage social peut persister.

- Schéma rétroactif : Le désavantage et l'incapacité peuvent être à l'origine de la déficience.

- Pas de corrélation entre l'ampleur des éléments : une déficience peu importante peut entraîner un désavantage grave.

Le handicap n'est donc plus réductible à la maladie, il est ce qu'il en résulte dans un contexte précis. Ainsi le handicap ne représente plus tant l'atteinte elle-même (déficience) que ses répercussions sur la vie sociale et professionnelle.

A ces 3 registres de difficultés peuvent correspondre schématiquement 3 catégories de modalités d'interventions :

I. déficience / soins

II. incapacité / rééducation, aides techniques

III. désavantage / accompagnement social, actions d'insertion

La CIH a servi de référence au **Guide Barème** utilisé par les CDES et les COTOREP pour évaluer le handicap afin de déterminer des taux d'incapacité (depuis le 23.12.1993).

Les concepts de la CIH ont aussi servi de base à la **Nomenclature des Déficiences, incapacités, désavantages**⁴, classification adoptée par le Ministère des Affaires Sociales. Cette nomenclature a pour but d'améliorer le recueil des informations statistiques sur la population handicapée au moyen d'un langage commun : "elle doit permettre de répartir en grandes catégories les populations handicapées, notamment celles qui fréquentent ou sont susceptibles de fréquenter les établissements spécialisés, ou celles qui bénéficient de prestations ou d'allocations".

⁴ Arrêté du 4 mai 1988.

Critique de la CIH :

- Caractère médical de la classification : maladie vue comme seule responsable du handicap
- L'axe du désavantage bien que novateur est très peu développé
- Dimension et rôle de l'environnement oublié: barrières architecturales et sociales
- Classification en terme défectif et dépréciatif de la personne
- Critique de forme : trop volumineuse pour être utilisée facilement, codage difficile.

Tableau 1 : Les trois niveaux de la Classification Internationale des Handicaps selon l'OMS

LA DÉFICIENCE	L'INCAPACITÉ	LE DÉSAVANTAGE SOCIAL
<p>correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. <i>Aspect lésionnel du handicap.</i></p> <p><i>Classification des déficiences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficiences intellectuelles : intelligence, mémoire, pensée - Autres déficiences du psychisme : de la conscience et de l'état de veille, de la perception et de l'attention, des fonctions émotives et volitionnelles - Déficiences du langage et de la parole - Déficiences auditives - Déficiences de l'appareil oculaire - Déficiences des autres organes - Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien - Déficiences esthétiques - Déficiences des fonctions générales, sensibles ou autres déficiences 	<p>correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. <i>Limitation fonctionnelle qui s'exprime dans la réalité quotidienne.</i></p> <p><i>Classification des incapacités :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacités concernant le comportement : orientation dans le temps et l'espace, les relations - Incapacités concernant la communication : orale, écoute, vision, écriture - Incapacités concernant les soins corporels : fonctions excrétrices, hygiène corporelle, habillage, nutrition - Incapacités concernant la locomotion : différents types de marche, déplacements - Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches - Maladresse : incapacités concernant les activités quotidiennes, manuelles - Incapacités relevées par certaines situations : dépendance et résistance physique, environnement physique - Incapacités concernant des aptitudes particulières et autres restrictions d'activité 	<p>pour un individu, résulte de sa déficience ou de son incapacité et limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de son âge, du sexe ou de facteurs socio-culturels. <i>Aspect situationnel du handicap.</i></p> <p><i>Classification des désavantages (rôles de survie) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Désavantages d'orientation : capacité d'un individu de s'orienter lui-même par rapport à son environnement - Désavantages d'indépendance physique : capacité d'un individu de poursuivre habituellement une existence indépendante - Désavantages de mobilité : capacité d'un individu de se mouvoir efficacement dans son environnement - Désavantages d'occupations : capacité d'un individu d'occuper son temps d'une manière habituelle selon son sexe, son âge et sa culture. - Désavantages d'intégration sociale : capacité d'un individu de participer aux relations sociales habituelles et de les maintenir - Désavantages d'indépendance économique : capacité pour un individu d'assumer une activité socio-économique habituelle et son autonomie - Autres désavantages : autres circonstances qui peuvent donner lieu à un désavantage social

2. La CIH-2 / CIF

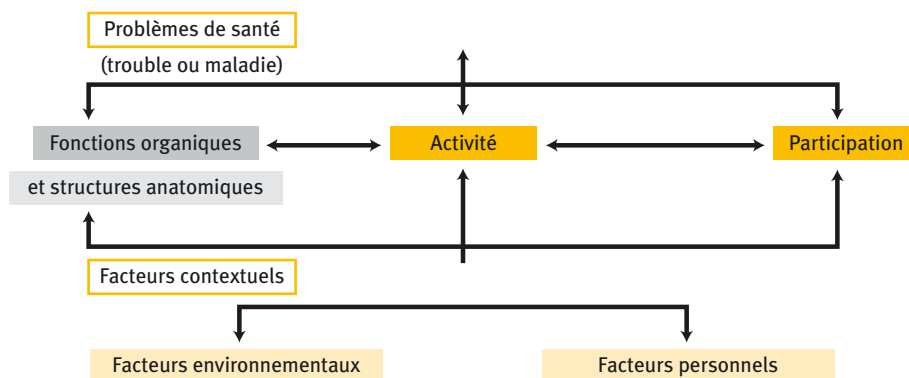
Le processus de révision de la CIH par l'OMS a débuté dès 1993 (avant-projet **Béta-1** (1997) ; avant-projet **Béta-2** (1999) ; projet final en décembre 2000).

La 54ème Assemblée Mondiale de la Santé a entériné en mai 2001 la deuxième édition de la Classification internationale des handicaps : Déficiences, incapacités et désavantages (CIH-2), lui donnant comme nouveau titre **Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)**.

La CIF est d'application universelle et prend en compte les aspects sociaux du handicap.

Approche "Bio-psycho-sociale" du handicap (comme processus interactif et évolutif) par l'intégration des 2 modèles antagonistes du handicap (modèle médical et modèle social)

Schéma 1 : Processus du fonctionnement et du handicap selon la CIF



Critique

- Zones de chevauchement et d'ambiguïté entre activité et participation
- L'utilisation de la CIF n'est pas plus simple que la CIH
- Introduction de la causalité sociale et risque d'un discours idéologique d'une responsabilité complète de la société dans l'exclusion des personnes handicapées...
- La formulation "neutre" n'est qu'une façade, impossible à utiliser car la classification ne pourra servir à classer que sous sa forme négative.

La CIF est constituée de 2 parties, comprenant chacune 2 composantes :

Partie 1. Fonctionnement et handicap

- (a) Fonctions organiques et structures anatomiques
- (b) Activités et Participation

Partie 2. Facteurs contextuels

- (c) Facteurs environnementaux
- (d) Facteurs personnels

Tableau 2 : Aperçu de la CIF

Composantes	PARTIE 1 : FONCTIONNEMENT ET HANDICAP		PARTIE 2 : FACTEURS CONTEXTUELS	
	Fonctions organiques et structures anatomiques	Activités et participation	Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
Domaines	1. Fonctions organiques 2. Structures anatomiques	Domaines de la vie (Tâches, actions)	Facteurs extérieurs affectant le fonctionnement et le handicap	Facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap
Schémas	Changement dans les fonctions organiques (physiologie) Changement dans la structure anatomique	Capacité réaliser des tâches dans un environnement standard <i>Performance</i> réaliser des tâches dans l'environnement réel	Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, de la réalité sociale ou des attitudes	Impact des attributs de la personne
Aspect positif	Intégrité fonctionnelle et structurale	Activité Participation	Facilitateurs	Sans objet
Aspect négatif	FONCTIONNEMENT			
	Déficience	Limitation de l'activité Restriction de la participation	Barrières/ obstacles	Sans objet
	HANDICAP			

Tableau 3 : CIF / Classification à un niveau

FONCTIONS DE L'ORGANISME	STRUCTURE CORPORELLE
<p>Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).</p> <p>Chapitre 1 : fonctions mentales Chapitre 2 : fonctions sensorielles et douleur Chapitre 3 : fonctions de la voix et de la parole Chapitre 4 : fonctions des systèmes cardio-vasculaire, hémopoïétique, immunitaire et respiratoire Chapitre 5 : fonctions des systèmes digestif, métabolique et endocrinien Chapitre 6 : fonctions génito-urinaires et reproductives Chapitre 7 : fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement Chapitre 8 : fonctions de la peau et des structures associées</p>	<p>Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes.</p> <p>Chapitre 1 : structures ou système nerveux Chapitre 2 : oeil, oreille et structures annexes Chapitre 3 : structures liées à la voix et à la parole Chapitre 4 : structures des systèmes cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire Chapitre 5 : structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien Chapitre 6 : structures liées à l'appareil génito-urinaire Chapitre 7 : structures liées au mouvement Chapitre 8 : peau et structures annexe</p>
<p>Déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante</p>	
ACTIVITÉS ET PARTICIPATION	FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX
<p>Activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.</p> <p>Chapitre 1 : apprentissage et application des connaissances Chapitre 2 : tâches et exigences générales Chapitre 3 : communication Chapitre 4 : mobilité Chapitre 5 : entretien personnel Chapitre 6 : vie domestique Chapitre 7 : relations et interactions avec autrui Chapitre 8 : grands domaines de la vie Chapitre 9 : vie communautaire, sociale et civique</p> <p>Les limitations d'activité* désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités. Les restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.</p>	<p>Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.</p> <p>Chapitre 1 : produits et systèmes techniques Chapitre 2 : environnement naturel et changements apportés par l'homme à l'environnement Chapitre 3 : soutiens et relations Chapitre 4 : attitudes Chapitre 5 : services, systèmes et politiques</p> <p>Les facteurs personnels représentent le cadre de vie d'une personne composé des caractéristiques de la personne tels que l'âge, le sexe, la race, le mode de vie, l'éducation reçue, la profession, l'origine sociale, le niveau d'instruction, les expériences passées et présentes, les schémas comportementaux et les traits, la condition physique (...) Qui peuvent avoir une influence sur le handicap. Les facteurs personnels ne sont pas classifiés dans la cif.</p>
<p>Le handicap est un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de la participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels dans lesquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux).</p>	

* Remplace le terme "incapacité" utilisé dans la CIF.

** Remplace le terme "handicap" ou "désavantage" utilisé dans la CIF.

Exemples dans l' application des concepts de la CIF

- **Déficiences n'entraînant aucune limitation de capacité mais aboutissant à des problèmes de performance**

- Un individu présente un vitiligo (plaques de dépigmentation) sur le visage. Ce problème esthétique ne suscite aucune limitation de capacité. En revanche, dans son milieu, les attitudes face au vitiligo sont telles que cette maladie est confondue avec la lèpre et jugée contagieuse. Dans le cadre réel où vit cette personne, cette attitude négative est un obstacle environnemental qui entraîne d'importants problèmes de performance dans les relations interpersonnelles.

- **Déficiences entraînant des limitations de capacité et — selon les circonstances — des problèmes de performance ou non**

- Une déficience mentale peut entraîner certaines limitations des diverses capacités de l'individu. Les facteurs environnementaux peuvent cependant affecter l'étendue de la performance de l'individu dans différents domaines de la vie. Par exemple, un enfant présentant cette déficience mentale peut ne connaître qu'un désavantage léger dans un environnement où les attentes ne sont pas élevées envers la population dans son ensemble et où l'enfant se voit confier un ensemble de tâches simples, répétitives mais nécessaires à accomplir. Dans un tel environnement, l'enfant aura une bonne performance dans différentes situations de vie.

- Un enfant semblable grandissant, quant à lui, dans un environnement scolaire compétitif et exigeant au plan académique peut connaître, par comparaison avec le premier enfant, davantage de problèmes de performance dans différentes situations de la vie.

- *Cet exemple précis met en lumière deux aspects à prendre en considération. D'une part, la norme de la population à laquelle le fonctionnement de l'individu est comparé, et d'autre part, la présence ou l'absence de facteurs environnementaux ayant pour effet de faciliter ou d'entraver ce fonctionnement.*

- **Déficiences passées n'entraînant aucune limitation de capacité, mais continuant à causer des problèmes de performance**

- Une personne qui s'est remise d'un épisode psychotique aigu, mais qui porte le stigmate d'avoir été " aliénée ", peut connaître des problèmes de performance dans le domaine de l'emploi ou des relations interpersonnelles, en raison des attitudes négatives des autres autour d'elle.

- **Déficiences et limitations de capacité différentes entraînant des problèmes de performance similaires**

- Une personne peut ne pas être engagée pour un poste parce que son employeur potentiel considère que l'étendue de sa déficience (quadriplégie) l'empêchera de s'acquitter de certaines tâches au travail, (par ex. utiliser un ordinateur doté d'un clavier manuel). Le poste de travail ne possède pas les adaptations nécessaires pour faciliter l'accomplissement par cette personne des exigences de son travail (par ex. logiciel de reconnaissance vocale remplaçant le clavier manuel).

- Une autre personne, capable d'effectuer les tâches requises, n'est pas recrutée parce que, bien que sa déficience soit compensée en partie par l'utilisation d'un fauteuil roulant, le poste de travail n'est pas accessible en fauteuil roulant.

- Enfin, une personne en fauteuil roulant recrutée au poste en question a la capacité d'accomplir les tâches requises et les accomplit effectivement dans le cadre de son travail, mais peut avoir des problèmes de performance dans les domaines des relations interpersonnelles avec ses collègues de travail, du fait que les zones de repos pour les travailleurs ne lui sont pas accessibles.

- *Ces trois personnes connaissent toutes des problèmes de performance dans le domaine de l'emploi en raison de facteurs environnementaux différents qui interagissent avec leur état de santé ou leur handicap. Pour la première, les barrières environnementales incluent l'absence d'adaptation du poste de travail et sans doute des attitudes négatives. La deuxième se heurte à l'absence d'accessibilité à l'environnement construit, et la dernière rencontre des attitudes négatives envers le handicap en général.*

II / Les types de handicap

Seuls certains handicaps sont abordés ci dessous : *autant de "handicapés", autant de personnes différentes.*

Un minimum d'information sur le handicap, la connaissance des limites fonctionnelles et de l'autonomie de la personne, de ses besoins spécifiques, des attitudes lui apportant plus de gêne que d'aide, de la projection de nos propres peurs sont indispensables pour l'accueil des personnes handicapées.

Au sein d'une même catégorie de déficience, l'expression du handicap n'est pas uniforme : l'éducation, la vie affective et relationnelle, la personnalité des sujets, l'attitude du sujet lui-même (affirmation de soi, déni, repli sur soi, passivité) atténueront ou aggraveront les conséquences de la déficience.

C'est le sujet dans toute sa complexité et son unicité qui est à prendre en compte : ses capacités fonctionnelles, psychologiques et sociales et ses limites.

Le rôle de l'évaluation des capacités de la personne, de son autonomie, de sa dépendance, de l'environnement prend toute son importance.

Le poids que représente le handicap pour les personnes handicapées est toujours très important, même s'il est inégalement perçu et vécu selon les types de handicap.

A. Le handicap d'origine physique

Sous cet intitulé sont regroupées des incapacités plus ou moins graves, innées ou acquises, stabilisées ou évolutives. Les déficiences physiques peuvent être associées à des perturbations psychopathologiques secondaires, à des déficiences sensorielles ou à des déficiences intellectuelles qui engendrent un surhandicap.

1. Définition et étiologie

Conséquence d'une atteinte de gravité variable d'un ou plusieurs membres : monoplégie, diplé- gie, tétraplégie, hémiplégie, paraplégie.

Tableau 4 : Classification des déficiences physiques selon divers axes

Période de survenue	congénitales, néonatales et périnatales (myopathie, malformation, IMC, spina-bifida, encéphalopathie...)
Origine de l'affection ou de l'accident - acquise à la suite de maladies - acquise à la suite d'accidents	encéphalopathie, hémiplégie, poliomyélite, sclérose en plaques, tuberculose, rhumatisme... encéphalopathie, hémiplégie, paraplégie, tétraplé- gie, fracture, amputation, traumatisme crânien...
Evolutivité	stable ou non
Localisation de la lésion	atteinte de l'encéphale, de la moelle épinière et des nerfs, des muscles, des os et des articulations.

Le tableau clinique est polymorphe et très varié, on distingue plusieurs degrés et formes dans la maladie.

Aux atteintes principales peuvent être associées des atteintes de l'appareil phonateur, des muscles concernés par la déglutition, de la mobilité faciale, des muscles assurant la mobilité de l'œil et de l'accommodation, des muscles concernés par la respiration et par la position verticale du thorax. Des perturbations du sens de l'équilibre, de la sensibilité tactile accompagnent certaines atteintes.

2. Exemples de handicaps moteurs

- **L'infirmité motrice cérébrale (IMC)** présente plusieurs tableaux fonctionnels ayant en commun la même origine : une atteinte du système nerveux pendant sa phase de maturation. Il s'agit d'une déficience non évolutive.

Selon l'importance de la lésion cérébrale les conséquences sont variables et vont se manifester sur des registres différents du plan moteur, sensoriel, intellectuel et mental :

- paralysies ou parésies (paralysies partielles)
- pertes de sensations (paresthésies)
- raideurs (spasticité), faiblesses musculaires, absence de tonus (atonie)
- démarche instable avec chutes fréquentes (ataxie)
- difficulté à contrôler les gestes et la parole (athétose)
- épilepsie qui se traduit par des crises ou une adhésivité du contact.

Aux handicaps moteurs sont parfois associés des troubles de la déglutition, de la vision, de l'audition ainsi qu'une déficience intellectuelle.

Pour l'adulte IMC tout investissement psychomoteur peut nécessiter un effort et une volonté permanents pour une maîtrise relative de tous les gestes de la vie quotidienne et au cours des différents apprentissages.

- **La sclérose en plaques** est une affection qui touche le système nerveux central et provoque des troubles moteurs, sensoriels et sensitifs (troubles oculaires, paralysie faciale, troubles moteurs du tonus, de l'équilibre et de la coordination, troubles des fonctions urinaires, intestinales, et du comportement...). Elle évolue par poussées inflammatoires imprévisibles.

- **Les myopathies** sont des atrophies accompagnées d'un affaiblissement progressif des muscles volontaires. Aux handicaps moteurs sont souvent associés d'autres atteintes ou dérèglements : oculaires, cardiaques, métaboliques, endocriniens, respiratoires... Ce sont des affections évolutives sur un mode progressif.

3. Prise en charge et compensation

Les incapacités peuvent être atténuées par les solutions de compensation fonctionnelle : la domotique⁵, les aides techniques (fauteuil roulant, prothèse, orthèse), l'accessibilité ainsi que les techniques de rééducation.

Les aides humaines doivent être également envisagées.

Conjointement aux problèmes de mobilité et d'accessibilité il peut exister des troubles vésicaux et sphinctériens. Il est donc indispensable de donner à la personne le temps nécessaire pour une hygiène primordiale à sa santé.

B. Le handicap d'origine sensorielle

1. Le handicap d'origine visuelle

a. Définition et étiologie

Selon l'OMS, la déficience visuelle comprend 5 catégories. Celles-ci sont définies par l'acuité visuelle du meilleur œil corrigé et le champ visuel⁶.

Tableau 5 : Les catégories de déficience visuelle définies par l'OMS

	CATÉGORIES	ACUITÉ VISUELLE	CHAMP VISUEL
Malvoyance ou amblyopie	Catégorie 1	acuité visuelle entre 3/10 et 1/10 déficience visuelle légère	< 20°
	Catégorie 2	acuité visuelle entre 1/10 et 1/20 déficience visuelle modérée	
Cécité	Catégorie 3	acuité visuelle entre 1/20 et 1/50 déficience visuelle grave	5° < x < 10°
	Catégorie 4	acuité visuelle entre 1/50 et perception de la lumière déficience visuelle profonde	< 5°
	Catégorie 5	aucune perception lumineuse déficience visuelle totale	

⁵ Contrôle de l'environnement au moyen de différents matériels et agissant à distance sur les équipements de la maison (sécurité, communication...).

⁶ Champ visuel : correspond à l'espace perçu par un œil immobilisé sur un point de fixation central. On mesure l'angle formé entre le point de fixation, et la limite de perception spatiale de l'œil, il est donc exprimé en degrés. Certains facteurs ont pour conséquence de réduire le champ visuel : âge, pathologies rétiniennes, atteintes cérébrales, glaucome, alcoolisme...

Tableau 6 : Les catégories de déficience visuelle selon les définitions françaises

CATÉGORIES	ACUITÉ VISUELLE	CHAMP VISUEL
Malvoyant	acuité visuelle entre 4/10 et 1/20	< 20°
Cécité	acuité visuelle entre 1/20 et aucune perception lumineuse	< 10°

Remarque : différence d'acuité visuelle maximale prise en compte par les 2 législations pour caractériser la malvoyance.

Les causes multiples :

- congénitales : affection oculaire héréditaire, ou non héréditaire...
- acquises : traumatisme, pathologie évolutive (diabète, glaucome...)

Les différentes manifestations de l'atteinte visuelle :

- **atteinte de la vision centrale** : apparition d'une tache (scotome) plus ou moins étendue en vision centrale entraînant des difficultés en reconnaissance précise (visage, nom de rues) mais une perception correcte de l'environnement. De près, il y a nécessité d'un grossissement des caractères.
- **atteinte de la vision périphérique** : le champ visuel est restreint de façon plus ou moins importante pouvant se réduire à une vision tubulaire (comme à travers un canon de fusil) rendant les déplacements difficiles. De près, il ne faut pas grossir les caractères, mais besoin de lumière plus important.
- **vision globalement floue avec photophobie**⁷
- **atteintes visuelles d'origine cérébrale** (agnosie visuelle, cécité corticale, négligences visuo-spatiales)

⁷ forte sensibilité à la lumière.

b. Les conséquences psychosociales

Les conséquences psychologiques peuvent être très différentes selon la conjugaison de plusieurs variables : la prise en charge précoce, l'âge de la survenue de la déficience visuelle, les modalités de son apparition (brutale, progressive), le fonctionnement des mécanismes psycho-adaptatifs mis en jeu par le sujet.

Il existe une grande hétérogénéité de la population déficiente visuelle : il y a autant de différence entre une personne aveugle et malvoyante, qu'entre deux personnes malvoyantes.

La déficience visuelle d'une personne peut évoluer dans la journée, en fonction de sa fatigabilité, de la lumière du jour, ... La diversité des atteintes suppose une diversité dans leur prise en charge : ce qui conviendra pour une personne ne conviendra pas forcément pour une autre personne. Exemple : le grossissement des documents ne convient pas à tout le monde, certains ayant un champ visuel tubulaire (plus on grossira, plus les caractères sortiront du champ visuel).

Pour spécifier la déficience visuelle de la personne, on parle beaucoup d'acuité visuelle, et parfois de champ visuel. Or cela est insuffisant et ne reflète en rien la réalité. Deux personnes ayant la même acuité visuelle n'ont pas la même vision fonctionnelle, c'est à dire la même efficacité au quotidien, la même capacité d'interpréter les indices reçus, la même capacité à mettre en place des stratégies de compensation multi-sensorielles.

c. Prise en charge et compensation

La déficience visuelle est principalement un handicap vis à vis de l'accès à l'information. La problématique de l'intégration d'une personne aveugle ou malvoyante sera toujours celle-ci, et passera bien souvent par l'utilisation d'une aide technique, qu'elle soit optique (loupe, lampe-loupe, système télescopique...), électronique (téléagrandisseur portable, connectable à un PC...), ou informatique (logiciel de grossissement de caractères, synthèse vocale, bloc-notes braille...). Par ailleurs, la personne aura pu mettre en place différentes stratégies de compensation pour accroître son autonomie, en utilisant toutes les perceptions sensorielles (auditives, tactiles, ...). Mais selon son degré d'autonomie, la personne pourra suivre un travail rééducatif qui va chercher à développer et/ou optimiser l'utilisation du potentiel visuel conservé ainsi que les autres capacités sensorielles, un travail réadaptatif qui vise à apprendre à réaliser des tâches différemment.

En situation de formation, il convient d'apporter un maximum de confort visuel à la personne : fournir un éclairage adapté, favoriser la discrimination des formes, éliminer les sources d'éblouissement directes ou indirectes... Le facteur temps est aussi à prendre en considération pour l'adaptation de la personne à l'environnement matériel et pour l'intégration de l'information (la fatigabilité est à prendre en compte).

2. Le handicap d'origine auditive

a. Définition et étiologie

Inexistence ou perte, à des degrés variables, de l'acuité auditive dès la naissance ou au cours de la vie.

Tableau 7 : Classement des troubles de l'audition en fonction de divers axes

Selon le degré de gravité de la déficience	- déficience auditive légère : perte de 20 à 40 dB - déficience auditive moyenne : perte de 40 à 70 dB - déficience auditive sévère : perte de 70 à 90 dB - déficience auditive profonde : perte de 90 dB et plus - surdité totale : perte de plus de 100 dB
Selon la nature de l'atteinte	- surdité de transmission - surdité de perception ou neuro-sensorielle
Selon le moment de la survenue du trouble	- surdité de naissance - surdité acquise - surdité évolutive
Selon les étiologies de la surdité	- séquelles d'otite, hérédité, oreillons, agressions sonores, embryopathies rubéoliques, vieillissement...
Selon le moment de l'appareillage auditif	

b. Les conséquences psychosociales

La date d'apparition de la surdité, le degré de la déficience, l'association éventuelle à une autre déficience, la qualité des soins et de l'éducation auront une forte influence sur l'importance du handicap, l'acquisition du langage et l'adaptation sociale ultérieure.

- Il existe un déni de la part de certaines personnes qui vont tenter de masquer leur "surdité" dépréciation de soi et adoption de comportements de "débiles", pour en retirer des bénéfices secondaires.
- Des attitudes défensives de dénégation des difficultés, d'hypercontrôle émotionnel, de simplification et d'appauvrissement du monde relationnel et de l'univers psychique interne peuvent apparaître.

c. Prise en charge et compensation

La loi du 18.01.1991 permet la liberté de choix dans l'éducation des jeunes sourds entre une communication en Langue des Signes Française (LSF) ou une communication orale associée ou non au codage LPC (Langage Parlé Complété).

Les possibilités d'appareillage (prothèses auditives) ne sont pas toujours supportées ou acceptées par les personnes sourdes. En tout état de cause, l'appareillage ne permet pas d'avoir accès à la totalité du message et l'information reste tronquée.

Une attention toute particulière doit être portée à l'exposition aux bruits lorsqu'il y a présence d'acouphènes (sifflements, bourdonnements perpétuels).

Les Interfaces de Communication utilisent la L.S.F. afin de faciliter la communication et de s'assurer de la bonne compréhension du message (reformulation éventuelle) entre la personne sourde et son environnement professionnel. L'interface, qui a un rôle de médiateur, utilise le mode de communication privilégié par la personne déficiente auditive (Langue des Signes Française, Langage Parlé Complété, prise en notes...).

Les Interprètes en L.S.F. traduisent dans la linguistique l'intégralité du message de la Langue des Signes vers le français et réciproquement.

Les aides techniques sont représentées par tous les supports visuels susceptibles de compenser l'information sonore et auditive ou de la transformer (ex : signal sonore → signal lumineux).

C. Le handicap d'origine intellectuelle

1. Définition et étiologie :

Le retard mental se caractérise par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, (soit un quotient intellectuel se situant entre 70 et 75 ou moins), associé à des limitations dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif : communication, soins personnels, compétences domestiques, habiletés sociales, utilisation des ressources communautaires, autonomie, santé et sécurité, aptitudes scolaires fonctionnelles, loisirs et travail. Le retard mental se manifeste avant l'âge de 18 ans⁸.

⁸ Selon la définition de l'Association Américaine du Retard Mental.

En comparaison avec une personne de son âge et de son groupe culturel d'appartenance, la personne déficiente intellectuelle ne présenterait pas, entre autres, les mêmes capacités cognitives et habiletés adaptatives. Elle ne manifesterait pas non plus autant d'habiletés en terme d'indépendance personnelle et de responsabilités sociales.

La majorité des déficiences intellectuelles sont légères (70 à 80%). Ce qui pose la question de l'impact des facteurs sociogènes sur le développement intellectuel de l'individu.

Tableau 8 : Classification des déficiences intellectuelles

FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL LIMITÉ	
Restriction Sociogène de l'Intelligence (RSI)	70 < QI < 85
RETARD MENTAL LÉGER	
- âge mental chez l'adulte de 9 à moins de 12 ans, - difficulté scolaire (mais apprentissage de la lecture et de notions de bases d'arithmétiques réalisables en institution spécialisée), travail et intégration sociale possible *	50 < QI < 70
Intelligence logique concrète ** Débilité mentale ***	
RETARD MENTAL MOYEN	
- âge mental chez l'adulte de 6 à moins de 9 ans, - acquisitions de base pour communiquer et avoir une certaine indépendance. Besoin de soutien à l'âge adulte pour travailler et s'intégrer. Acquisition de la lecture et de l'écriture impossible. *	35 < QI < 49
Intelligence préopératoire ** Imbécillité ***	
RETARD MENTAL SÉVÈRE	
- âge mental chez l'adulte de 3 à moins de 6 ans, - besoin de soutien prolongé. Possibilité d'apprentissage de gestes simples et répétitifs.*	20 < QI < 34
RETARD MENTAL PROFOND	
- âge mental chez l'adulte de moins de 3 ans, - Limitation des capacités de prendre soin de soi, contrôler ses besoins personnels, de communiquer et de se déplacer. Possibilité d'apprentissage en ce qui concerne les membres et la mastication. *	20 < QI < 34
Intelligence sensori-motrice * Idiotie, oligophrénie ***	

* selon classification de l'oms,

** selon stade de piaget,

*** ancienne classification.

L'étiologie des déficiences intellectuelles est soit génétique (aberrations chromosomiques, ex : la trisomie 21), biologique (agressions prénatales, périnatales ou postnatales), psychologique (carences affectives, hospitalisme...) ou écologique (milieu socioculturel frustré, mauvaises conditions de vie...).

Tableau 9 : les différentes étiologies des déficiences intellectuelles

Les causes prénatales et génétiques 30%	- perturbations du programme génétique : maladies ou syndromes héréditaires (Ex : Trisomie 21, syndrome du X fragile) - atteintes intra-utérines du cerveau en développement dues à des maladies transmissibles (rubéole intra-utérine, toxoplasmose, etc.), aux effets du tabac et de l'alcool ou à la malnutrition de la mère. Ex : microcéphalie, hydrocéphalie, phénylcétonurie
Les causes périnatales 20%	- Difficultés lors de l'accouchement : souffrance néonatale - atteintes mécaniques (hémorragie cérébro-méningée) ou biochimiques (anoxie, hypoxie, hypoglycémie).
Les causes postnatales 10%	- la pathologie infectieuse (méningites et encéphalites), - troubles convulsifs - la malnutrition, - les accidents avec traumatisme crânien , - les carences graves en stimulation. - Mauvais traitement...
Cause inconnue 40%	- QI généralement supérieur à 50

2. Les conséquences psychosociales

Des perturbations cognitives (inertie des processus mentaux, viscosité de la pensée, lenteur de la compréhension, difficulté à se repérer dans le temps et l'espace, altération du processus de symbolisation) sont souvent associées à des perturbations affectives (peu d'accès à la fantasmatisation et à la vie imaginaire, difficultés à maîtriser les pulsions, perturbations relationnelles, désadaptation sociale, barrage affectif et importance de la compulsion de répétition). La peur de l'échec et l'immaturation psycho-affective marquent le handicap mental.

Des troubles du comportement et de la personnalité peuvent être associés à la déficience intellectuelle (dysharmonies à versant névrotique ou psychotique).

La notion d'hétérochronie permet de comprendre que certains aspects de la personnalité aient un développement normal et d'autres non (décalage dans les zones de maturation).

Les personnes déficientes intellectuelles peuvent surprendre par leurs manifestations d'affection et ont parfois des difficultés à se situer dans une distance relationnelle adaptée.

Caractéristiques du fonctionnement intellectuel "limite" :

Il se caractérise par la présence de difficultés de conceptualisation et d'abstraction. Il existe des acquis scolaires, souvent assez limités, mais avec des antécédents fréquents d'échecs. On retrouve souvent des troubles du comportement pouvant aller jusqu'à la marginalisation.

Les personnes déficientes intellectuelles ont besoin de temps pour réagir et s'exprimer d'où la nécessité d'explications verbales concrètes et simples.

3. Déficience intellectuelle et maladie mentale

Quand on dit maladie mentale on se réfère à un dérèglement des comportements et des émotions d'intensité suffisamment sévère et durable pour perturber un ou plusieurs domaines de fonctionnement de la personne. La maladie mentale affecte **le comportement et l'affectif** sans lien avec le fonctionnement intellectuel de la personne. On dit de cette dernière qu'elle est "(...) tellement absorbée par son bouleversement interne qu'il lui est impossible d'utiliser de façon efficace ses ressources intellectuelles, (...) qu'elle ne peut pas s'en servir pour le moment".

Pour sa part, la déficience intellectuelle n'est pas une maladie mais est considérée comme un **état permanent qui débute avant l'âge de 18 ans**. Elle peut s'accompagner quelquefois de maladie mentale (double diagnostic).

On a longtemps opposé la *stabilité* du handicap à l'*évolutivité* de la maladie. Le handicap serait "fixé", irréversible, alors que la maladie pourrait être guérie. Dans l'approche traditionnelle, le handicapé mental aurait ainsi essentiellement besoin d'aides éducatives lui permettant d'acquérir la meilleure socialisation possible, alors que l'état du malade mental supposerait une thérapie et des soins susceptibles de faire disparaître les troubles.

Cette distinction entre l'*absence*, ou le *déficit de raison* (débilité mentale, handicap mental) et la *déraison* (maladie mentale, folie, troubles de l'esprit) s'avère souvent excessive et doit être nuancée.

La maladie peut se stabiliser pendant certaines périodes ou provoquer une régression ponctuelle ou même durable. Dans ce dernier cas on parle de *handicap par la maladie mentale*. On parle parfois de *chronicisation* de la maladie : permanence de la maladie dont l'évolution se poursuit d'une manière progressive pendant une longue période en altérant d'une façon durable l'activité psychique.

D'autre part, le handicap est souvent atténué par des prestations éducatives, thérapeutiques, paramédicales de qualité et par une bonne "accessibilité" psychologique et culturelle de l'environnement. Par ailleurs, une personne handicapée mentale peut exprimer de réelles capacités de changement et de progrès ou rencontrer, comme tout un chacun, de graves problèmes existentiels avec pour conséquences diverses perturbations psychologiques plus ou moins graves nécessitant un traitement psychothérapeutique et/ou chimiothérapeutique.

D. Le handicap psychique

1. Définition

Le handicap psychique ou handicap dû à la maladie mentale⁹ désigne les conséquences durables, en termes de dépendance ou de compétences sociales, des maladies mentales. La maladie a donc un retentissement personnel et social sur les capacités d'autonomie et d'adaptation de certaines personnes.

La notion de stabilisation : La stabilisation de la maladie constitue une condition pour entrer dans un processus d'insertion. Stabilisé veut dire que les manifestations de la maladie sont habituellement régulées. Mais stabilisé ne veut pas dire manifestations impossibles, ni même improbables. Les troubles psychiques peuvent être maîtrisés mais pas forcément guéris.

Il existe différentes classifications des troubles psychiques. On distingue classiquement 3 grandes entités : **névrose, psychose et état limite**.

En l'état actuel de la recherche, les troubles mentaux sont **d'origine biopsychosociale**.

Tableau 10 : Les différentes classifications en santé mentale

CLASSIFICATION FRANÇAISE DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT CFTMEA-R (2000)
<p>Axe I : catégories cliniques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autisme et troubles psychotiques 2. Troubles névrotiques 3. Pathologies limites 4. Troubles réactionnels 5. Déficiences mentales (arriérations, débilites mentales, démences) 6. Troubles du développement et des fonctions instrumentales 7. Troubles des conduites et des comportements 8. Affections psychosomatiques 9. Variations de la normale <p>Axe II : facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facteurs organiques 2. facteurs et conditions d'environnement <p>Axe I bébé (0 à 3 ans) compléments de l'axe I général</p>
MANUEL DIAGNOSTIC ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX DSM IV ¹⁰ (1994)
<ul style="list-style-type: none"> - Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence - Delirium, démence, trouble amnésique, et autres troubles cognitifs. - Troubles mentaux dus à une affection médicale - Troubles liés à une substance. - Schizophrénie et autres troubles psychotiques. - Troubles de l'humeur. - Troubles somatoformes - Troubles factices - Troubles dissociatifs - Troubles sexuels et de l'identité sexuelle - Troubles des conduites alimentaires - Troubles du sommeil - Trouble du contrôle des impulsions - Troubles de l'adaptation - Troubles de la personnalité
CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES – CIM 10 (1993) CH V- TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT
<p>F00 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques</p> <p>F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives</p> <p>F20 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants</p> <p>F30 Troubles de l'humeur [affectifs]</p> <p>F40 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes</p> <p>F50 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques</p> <p>F60 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte</p> <p>F70 Retard mental</p> <p>F80 Troubles du développement psychologique</p> <p>F90 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence</p> <p>F99 Trouble mental, sans précision</p>

⁹ La maladie mentale est un trouble de l'intégration de la personnalité et du monde et non pas un trouble de l'intelligence.

¹⁰ Classification américaine.

Tableau 11 : Nosographie des principales maladies mentales

"Le délire est une déformation subjective de la réalité s'accompagnant de la conviction solide du sujet. Les hallucinations sont des perceptions sans objet."

MALADIES	DÉFINITION ET SYMPTÔMES
<p>• Les Psychoses</p> <p>"Trouble psychique grave atteignant globalement la personnalité (trouble de l'identité) avec perturbation profonde de la relation du sujet à la réalité."</p> <p>Le délire et les hallucinations¹¹ sont les symptômes spécifiques de la psychose</p>	
<p>troubles affectifs bipolaires ou psychose manacio-dépressive</p>	<p>Le patient alterne les épisodes d'exaltation et d'hyperactivité (manie) et d'humeur dépressive et de baisse d'énergie (dépression).</p> <p>- La manie peut être accompagnée d'idées délirantes ou d'hallucinations (auditives ou visuelles), d'une excitation incontrôlable, de logorrhée, d'insomnies et d'une perte des inhibitions sociales normales.</p> <p>- La dépression : tristesse inexplicable, perte des plaisirs habituels de la vie quotidienne, variations pondérales, troubles du sommeil, fatigue, sentiment de dévalorisation et culpabilité, baisse de concentration et indécision. La dépression chronique se caractérise par la persistance de ces symptômes pendant plusieurs années.</p>
<p>Schizophrénie</p>	<p>Regroupe toute une série d'affections psychiatriques sévères qui commencent généralement vers la fin de l'adolescence ou le début de la vie adulte et deviennent souvent chroniques et incapacitantes.</p> <p>- Symptômes positifs : Idées délirantes, hallucinations, pensées incohérentes ou confuses, perturbation de la perception de soi avec une humeur ne correspondant pas à ces pensées, car le sujet n'a pas conscience d'être malade.</p> <p>- Symptômes négatifs : manque d'énergie et de motivation, émoussement affectif, retrait social, pauvreté de la pensée.</p> <p>Le risque de suicide est plus important que dans la population générale.</p>
<p>Psychose délirante chronique : ex : la paranoïa</p>	<p>Apparition de délires qui présentent la particularité de donner l'apparence d'une construction logique : délire de revendication, délire passionnel, délire d'interprétation, délire sensitif de relation.</p> <p>- Symptômes : l'orgueil, la méfiance, l'agressivité, la psychorigidité, la fausseté du jugement, le dogmatisme. Sentiment d'être persécuté par autrui.</p>
<p>• Les névroses</p> <p>"Troubles de la personnalité liés à des conflits intra-psychiques et inhibant les conduites sociales" : Troubles psychopathologiques mineurs maintenant le contact avec la réalité où le malade a conscience de son trouble, où les troubles sont compréhensibles et centrés autour de l'angoisse.</p>	
<p>Les troubles anxieux</p>	<p>Se caractérisent par des symptômes d'anxiété et un comportement d'évitement</p>
<p>• Troubles paniques</p>	<p>Se caractérisent par des épisodes imprévisibles de crainte ou gêne intense, pouvant durer plusieurs minutes ou plusieurs heures, et s'accompagnant de difficultés respiratoires, d'étourdissements, de palpitations, de tremblements, de transpiration et souvent de la peur de mourir ou de devenir fou.</p>
<p>• Phobies</p>	<p>Se caractérisent par une crainte persistante et incontrôlée de certaines situations (rue, place vide, ascenseur), ou d'un stimulus particulier (chiens, serpents, sang, etc.), phobie d'impulsion (crainte de blesser quelqu'un, de se jeter dans le vide), dysmorphophobies (crainte d'une difformité), nosophobie (crainte d'une maladie) et des conduites d'évitement (être accompagné - restreindre les sorties) et de fuites.</p>
<p>• Troubles obsessionnels-compulsifs</p>	<p>Se distinguent par des pensées obsédantes, désagréables et absurdes et par des comportements illogiques et répétitifs, censés protéger d'un danger, comme par exemple le fait de se laver les mains sans arrêt de façon incontrôlée.</p>
<p>• Etats de stress post-traumatique</p>	<p>Se manifestent après une expérience de caractère inhabituel ou catastrophique et persistent longtemps après l'événement, entravant dans certains cas le fonctionnement normal de l'individu. Les symptômes caractéristiques sont : reviviscences ("flash-back") et rêves de l'événement traumatisant, insomnies, engourdissement et détachement par rapport aux autres, évitement d'activités ou de situations susceptibles de réveiller des souvenirs douloureux.</p>
<p>Hystérie</p>	<p>Conversion hystérique : expression somatique de l'angoisse psychique, égocentrisme, théâtralisme, labilité émotionnelle, érotisation des relations, suggestibilité, dépendance affective.</p>
<p>AUTRES PATHOLOGIES EN DEHORS DES PSYCHOSES ET DES NÉVROSES</p>	
<p>• Etats limites ou borderline</p> <p>• Perversion</p> <p>• Conduites addictives</p> <p>• Psychopathies</p>	<p>• Troubles des conduites alimentaires</p> <p>• Troubles de la personnalité</p> <p>• Troubles psychosomatiques</p>

2. Les conséquences psychosociales

Les répercussions psychosociales engendrées par la maladie mentale sur l'individu peuvent se traduire :

- Par un ralentissement ou une inadéquation de ses capacités : diminution de la coordination gestuelle, des capacités de concentration, de compréhension, de mémoire, de rapidité, dégradation des repères spatio-temporels, perte des codes sociaux et professionnels, perte d'une juste estime de soi...

- Par un processus de fuite, de repli sur soi, d'exclusion, de désocialisation, d'inadéquation des relations et comportements avec autrui.

La maladie mentale est quelque chose de difficile à cerner et il n'y a que des cas particuliers. Il est bon d'être averti des caractéristiques les plus fréquentes mais "Il faut sans cesse s'astreindre à considérer la personne en particulier et pas la maladie mentale en générale".

3. La prise en charge

Les déficiences psychiques nécessitent une prise en charge spécifique : un traitement neuroleptique¹² et une prise en charge thérapeutique sont souvent nécessaires. L'accompagnement doit passer par un travail en réseau.

¹² Il existe 3 grandes catégories de psychotropes : les anti-psychotiques ; les anti-dépresseurs ; les anxiolytiques. Le recours aux médicaments, même s'ils induisent des troubles secondaires, permet d'atténuer la souffrance psychique et donne la possibilité à la personne de recouvrer une certaine autonomie sociale et professionnelle.

Tableau 12 : Les différentes structures au sein des secteurs psychiatriques

URGENCES PSYCHIATRIQUES	STRUCTURES EXTRA HOSPITALIÈRES
<ul style="list-style-type: none"> • Service d'urgence psychiatrique Il fonctionne 24h/24 dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés. • Service d'accueil d'urgence (SAU) Il est implanté dans les hôpitaux généraux et en principe doit pouvoir assurer 24h/24 la prise en charge de l'urgence psychiatrique et si nécessaire l'orientation du patient. • Centre d'accueil et de crise sectoriel (CAC) Il assure 24h/24 des consultations gratuites d'urgence, une permanence téléphonique et peut proposer une hospitalisation de courte durée. • Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) Uniquement sur Paris et l'Ile-de-France, il assure 24h/24 la prise en charge des patients qui n'ont pas été reçus dans les deux précédentes structures d'accueil d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre médico-psychologique (CMP) Ouvert dans la journée, centre d'accueil, de consultations et de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation. C'est un lieu d'action de prévention et une base de suivi à domicile des patients. • Centre médico-psychopédagogique (CMPP) et les bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU) Structures de prévention, de dépistage et de soins des troubles neuro-psychiques touchant l'enfant, l'adolescent et pour les BAPU les grands élèves et les étudiants. • Appartement thérapeutique Considéré comme une unité de soins mis à la disposition des patients pour un temps limité en vue d'une réinsertion : les patients sont associés à l'organisation et à la gestion du quotidien. • Accueil familial thérapeutique Alternative ou suite à l'hospitalisation, c'est un placement en famille d'accueil. Le patient est suivi par une équipe du secteur.
PSYCHIATRIE HOSPITALIÈRE	RÉINSERTION SOCIALE
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation Elle permet la délivrance de soins intensifs et un suivi médical permanent. Le patient y est admis en fonction ou non de son domicile. • Hospitalisation de jour Dans les services d'hospitalisation ou les CMP, pour accueillir le patient ayant besoin de soins réguliers mais pas d'hospitalisation à temps complet. • Hospitalisation de nuit Dans les services d'hospitalisation, elle permet des soins en fin de journée et une surveillance médicale de nuit pour des patients ayant acquis une certaine autonomie dans la journée. • Hospitalisation de semaine Elle permet au patient de maintenir des liens sociaux et familiaux tout en bénéficiant d'une hospitalisation à temps plein. • Hospitalisation à domicile Prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foyer de postcure Il assure le prolongement des soins en vue d'un retour à une vie autonome. • Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) Il a pour but de maintenir et favoriser une existence autonome en proposant diverses thérapies. Il peut s'articuler sur l'activité d'un CMP ou d'une unité d'hospitalisation à temps complet. • Atelier thérapeutique Il utilise des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.

E. Le traumatisme crânien

Le traumatisme crânien constitue après les maladies cardio-vasculaires, la première cause de morbidité dans les pays occidentaux (enfants en bas âge et jeunes de 18 à 25 ans sont les catégories de population les plus touchées). Il est provoqué essentiellement par les accidents de la route, les accidents domestiques ou les chutes.

1. Définition

"Atteinte du cerveau sous l'effet d'un contact brusque entre la matière cérébrale et la boîte crânienne. Les cellules nerveuses sont endommagées". Le traumatisme cranio-cérébral s'accompagne souvent d'une perturbation de l'état de conscience qui peut aller d'une confusion minime à un coma profond dans les cas graves.

Estimation du nombre de traumatisés crâniens en France

Prévalence de traumatisés crâniens dans la population française	4 pour 1000
Suite à un accident de la circulation	dans 60% des cas
Age de la majorité des victimes	de 15 à 30 ans
Proportion d'hommes	75%

Sources : ASH, 1999, N° 2134, 29-30.

Tableau 13 : Classification des traumatismes crâniens

* Echelle de Glasgow (coma scale)

TC léger	Score à l'échelle de coma* > 12 Le blessé retrouve son autonomie personnelle, sociale et professionnelle
TC modéré	Score à l'échelle de coma entre 8 et 12 Conserve des séquelles motrices et/ou intellectuelles, une perte d'autonomie et des difficultés d'insertion, mais peut rester sans assistance humaine pendant plus de 24H.
TC sévère	Score à l'échelle de coma < 8 Partiellement ou totalement dépendant, ne peut rester 24H sans assistance humaine.

2. Séquelles d'un traumatisme crânien

Le traumatisme crânien constitue souvent un **handicap invisible**. Au-delà des **atteintes physiques, les dimensions cognitive, psycho-affective et comportementale** constituent des freins importants au retour de la personne à sa vie ordinaire et à ses relations familiales et sociales. Pour pouvoir accepter et aider la personne cérébro-lésée dans ses différences, il est nécessaire de bien comprendre quelles peuvent être ses difficultés invisibles. Le traumatisé crânien apprécie en général mal ses difficultés : il n'a parfois pas la perception de son handicap ou refuse le statut de personne handicapée.

Tableau 14 : Les séquelles du traumatisme crânien

	DÉFICIENCES	LIMITATIONS
Atteintes motrices	La dimension physique	
	Paralysie complète unilatérale (hémiplégie) ou partielle (hémiparésie)	Difficulté à se déplacer, à gravir les escaliers, à utiliser les membres atteints dans ses activités quotidiennes.
	Trouble de l'équilibre	Risque de chute, marche rendue difficile, peur de sortir seul.
	Incoordination et lenteur	Manque de précision et ralentissement des gestes et des activités.
	Diminution de la précision et de la force	Manque d'habileté, maladresse et fatigabilité.
Perte sensorielle	Vue, audition, odorat	Troubles visuels (diplopie, c'est-à-dire vision double), baisse de l'audition, bourdonnements, diminution de l'odorat, hallucinations sensorielles
	Perte de sensibilité	Risque de brûlures ou de blessures, s'il y a perte de la sensibilité au toucher, au chaud, au froid et à la douleur.
Autres	Céphalées (maux de tête), étourdissements, épilepsie, troubles respiratoires	Fatigabilité, frustration, perte d'autonomie, diminution des capacités d'intégration.
	Facteurs associés	Autres blessures ou facteurs ne relevant pas directement du dommage au cerveau mais compliquant le tableau clinique, comme les fractures multiples, les lacérations au visage, etc.

Tableau 14 (suite) : Les séquelles du traumatisme crânien

DÉFICIENCES	LIMITATIONS
La dimension cognitive	
Troubles des fonctions réceptives ou difficultés à recevoir l'information (agnosie)	Difficulté à saisir, à assimiler et à intégrer l'information, comme c'est le cas pour le sens des mots (aphasie), la reconnaissance des visages, etc.
Troubles de mémoire et d'apprentissage	Difficulté à fixer, traiter et réutiliser l'information; affecte la mémoire à court, à moyen ou à long terme pour se souvenir ou reconnaître des informations connues ou en maîtriser de nouvelles.
Troubles de compréhension ou difficultés à traiter l'information reçue	Difficulté d'abstraction, difficulté à organiser l'information, c'est-à-dire à effectuer toute opération mentale consistant à combiner deux ou plusieurs informations comme l'exigent le jugement, la pensée mathématique, la planification d'activités, l'initiative et la créativité.
Troubles des fonctions expressives ou difficultés à communiquer l'information reçue et traitée (apraxie)	difficulté à communiquer ou à extérioriser l'information quand il s'agit de parler (aphasie), lire, écrire, compter, dessiner, faire des gestes ou des mimiques.
Troubles de régularisation cognitive et du degré d'activation ou du contrôle volontaire des activités cérébrales	Lenteur du rendement, passivité, rigidité, persévération (problème à cesser une activité déjà commencée), difficulté à commencer une tâche, baisse de l'initiative, agissements par essais et erreurs.
La dimension psycho-affective	
Labilité ou variation de l'humeur	Tendance à pleurer ou à rire de façon inappropriée ou sans raison, hypersensibilité, changement rapide d'un état émotif à l'autre sans motif apparent
Diminution des contrôles	Réaction exagérée aux stimulations ou aux provocations, agressivité ou colère (verbale et parfois physique); manque de contrôle sur le plan sexuel, passage rapide à l'acte (sans réfléchir aux conséquences); baisse du niveau d'autocritique, imprévisibilité dans les actions, impulsivité.
Priorité des besoins primaires	Comportements d'allure infantile, égocentriques et asociaux, peu d'empathie, diminution de la tolérance à la frustration ou aux délais
Changement de l'image de soi	Perception différente de soi, dépersonnalisation, dévalorisation, culpabilité; inaptitude à remplir ses rôles (familiaux ou autre)
Dépression	Apathie, perte du goût d'agir, passivité, absence de motivation ou d'intérêt, détresse, dépendance, automutilation, idées suicidaires.
Exacerbation des traits de personnalité antérieurs	Augmentation des troubles de caractère ou de personnalité qui existaient avant l'accident.
La dimension comportementale	
Diminution de l'autonomie intellectuelle	Besoin de supervision concernant les décisions; nécessité de répéter constamment pour pallier les troubles de la mémoire. Diminution de la capacité à assumer ses responsabilités; diminution du rendement et de la capacité d'apprentissage dans le monde scolaire ou professionnel; difficultés d'adaptation, négation de ses limites, nécessité de reprendre une année scolaire déjà complétée;...
Changement de personnalité et troubles de comportement	Difficulté à "reconnaître" la victime, à savoir "comment la prendre"; difficulté à la contrôler, à faire face à son agressivité, à sa passivité ou à sa dépendance; difficulté à répondre à ses demandes inappropriées (nourriture, sexualité, argent, éducation des enfants, fréquentation scolaire, conduite automobile, etc.), altération des relations interpersonnelles ; (ex. : entre les enfants et le parent blessé, entre le conjoint et la victime et entre les frères, les sœurs ou les amis s'il s'agit d'un enfant traumatisé cranio-cérébral) ; solitude du conjoint non atteint ; augmentation des problèmes préexistants dans le couple (séparation, divorce).
Interruption des activités scolaires ou professionnelles	Retrait du circuit des activités habituelles qui permettent le développement social ; perte de contact avec les pairs et les collègues; obligation de réorganiser son temps de façon différente; etc..

Source : site www.crlc-cmudd.org/

F. Les épilepsies

¹³ Ce n'est pas la survenance d'une crise, mais la répétition des crises qui caractérise l'épilepsie.

Les épilepsies peuvent, seules, entraîner des incapacités ou être associées à d'autres déficiences. Elles constituent une déficience grave quand les crises¹³ sont fréquentes et/ou pharmaco-résistantes.

L'épilepsie, par la nature de ses manifestations, peut inquiéter ou effrayer celui qui ne la connaît pas ; les épileptiques ont souffert et souffrent toujours de préjugés absurdes, et l'attitude des autres à leur égard constitue bien souvent un handicap plus lourd que l'épilepsie elle-même.

Tableau 15 : Classification des épilepsies

CRISES GÉNÉRALISÉES :
La personne se raidit soudainement et peut pousser un cri ; elle perd conscience et s'effondre. Bientôt, les muscles se relâchent et la respiration reprend. Le corps et les membres peuvent être saisis de violentes secousses. La bouche se remplit de salive écumeuse, parfois teintée de sang, si la langue ou la joue a été mordue. La personne peut uriner ou se souiller. Les secousses diminuent et la personne devient molle et pâle. La conscience est recouverte spontanément. Certaines personnes se remettent rapidement. D'autres sont hébétées et confuses, souffrent de maux de tête, et peuvent avoir besoin de sommeil ou de repos.
ABSENCES :
Ce sont de brèves périodes de suspension de conscience, parfois confondues avec des instants de rêverie. La personne (souvent un enfant) cesse son activité, reste immobile et a le regard fixe. Puis elle reprend son activité normale et peut ne pas s'être aperçue qu'elle a eu une absence.
CRISES PARTIELLES :
Elles apparaissent lorsque seule une région du cerveau est concernée. Elles peuvent se manifester par des mouvements involontaires, des troubles ou la perte du langage, des gestes inappropriés (se lécher les lèvres, tirer sur les vêtements, mâchonner, déambuler) et de la confusion. Parfois, une crise partielle est suivie par une crise généralisée.

L'épilepsie peut parfois engendrer :

- une réaction **anxieuse** particulière. On ne sait jamais quand se produira la crise.
- des troubles de la mémoire et de l'attention.
- des troubles du comportements : irritabilité, hyperactivité, crises de colère, "viscosité comportementale et cognitive" (la personne ne peut se décoller d'une situation et/ou à tendance à se rapprocher très fort des autres)

Tableau 16 : Quelle attitude en face d'une crise d'épilepsie ?

Premiers soins en cas de crise généralisée	<p>Une crise généralisée peut sembler dramatique et effrayante. Il est important de savoir que la personne qui la subit ne ressent pas de douleur et qu'elle n'en aura probablement aucun souvenir.</p> <p>Si vous assistez à une crise généralisée, restez calme et empêchez d'autres personnes d'agir de façon malencontreuse. Dès lors qu'elle a commencé, vous ne pouvez pas arrêter le déroulement d'une crise. Laissez la suivre son cours et préparez-vous à vous montrer rassurant et réconfortant dès sa fin.</p>
Ce qu'il faut faire	<p>Notez l'heure précise. Dégagez l'espace autour de la personne. Protégez la tête (placez un coussin ou un vêtement replié sous la tête). Desserrez ses vêtements, col, ceinture. Enlevez les lunettes, si la personne en porte. Dès que possible, mettez la personne en position latérale de sécurité.</p> <p>Rassurez la personne pendant la période de confusion qui peut suivre le retour à la conscience.</p>
ce qu'il ne faut pas faire	<p>Ne transportez pas la personne pendant la crise, sauf si elle se trouve en danger immédiat (au milieu d'une route fréquentée, au haut d'un escalier, au bord de l'eau, à proximité immédiate d'un feu...).</p> <ul style="list-style-type: none"> - N'entravez pas ses mouvements. - N'essayez pas de l'asseoir. - Ne mettez rien dans sa bouche et surtout pas vos doigts. - N'essayez pas de donner de médicament tant que la crise se déroule. - Ne donnez rien à boire. - N'intervenez pas sans nécessité juste après la crise; laissez la personne récupérer, et demeurez auprès d'elle jusqu'à ce que la période pendant laquelle elle est confuse soit passée. <p><i>Notez bien</i> : habituellement il n'est pas nécessaire d'appeler un médecin, le SAMU, les pompiers, la police, quand une personne connue pour être épileptique a une crise qui suit son cours habituel.</p>
Dans quels cas des soins médicaux sont-ils nécessaires ?	<ul style="list-style-type: none"> - Si la crise dure beaucoup plus longtemps que d'habitude pour la personne concernée. - Si deux crises généralisées se succèdent, sans retour correct de la conscience entre les deux. - Si la personne s'est blessée pendant la crise et qu'elle n'a pas repris conscience 10 minutes après la fin des secousses. L'inconscience peut être la conséquence du choc (sachez que certaines personnes dorment après une crise. Une personne endormie réagit lorsqu'on la secoue, une personne inconsciente ne réagit pas). - S'il y a une blessure que vous ne pouvez pas soigner vous-même (par exemple si vous ne parvenez pas à stopper une hémorragie).
Que faire dans d'autres types de crises ?	<p>Absences :</p> <p>Il n'est pas nécessaire d'intervenir car les absences sont habituellement très brèves. Si vous remarquez une absence, restez un instant auprès de la personne, afin de vous assurer que tout se passe bien.</p> <p>Crises partielles :</p> <p>Durant ces crises souvent déroutantes et difficiles à reconnaître, il est utile de rester présent sans entraver le déroulement de la crise.</p> <p>N'intervenez pas sans nécessité auprès de la personne en crise, qui, dans une semi-conscience, peut percevoir votre geste comme une agression. Après la crise, montrez-vous rassurant et réconfortant.</p>

Source : Bureau Français de l'Epilepsie

- Un **traitement anti-épileptique** adapté permet le plus souvent la stabilisation de la maladie.
 - **Quelques facteurs de risque pouvant induire une crise :**
- Chaque individu réagit différemment aux circonstances de la vie. Lorsqu'il doit faire face à des conditions de vie particulières ou exceptionnelles, le risque de crises augmente.
- Le manque de sommeil.
 - Les infections et maladies, en particulier avec fièvre.
 - La photosensibilité est relativement rare. Dans ce cas, les lumières vives, comme les flashes, et surtout les lumières discontinues sont à proscrire.
 - Les changements brutaux de température.
 - Le régime alimentaire a aussi une incidence : l'hypoglycémie, l'alcool (et son sevrage) sont défavorables.
 - L'oubli de la médication peut avoir un effet négatif
 - Les émotions fortes sont des facteurs de risque chez des personnes sensibles.
- **Épilepsie et travail :**
- Le travail, dans la mesure où il renforce la vigilance possède une action anti-crise dans la vie quotidienne de la personne épileptique.
- Cependant, tout métier qui mettrait en danger la vie de la personne ou celle des autres est à déconseiller ou exclure. Il faut savoir que des règlements administratifs ferment, actuellement encore, l'accès à certaines professions (pilotes d'avion, chauffeur routier, travail en hauteur...).

G. Les maladies invalidantes

- Elles sont marquées par leur évolutivité.
- **Les insuffisances respiratoires** (asthmes sévères, bronchites chroniques, emphysème...) se manifestent par des dyspnées (difficultés à respirer), des gênes respiratoires avec une limitation de l'activité...
 - **Les allergies cutanées** (eczémas liés à des facteurs professionnels)
 - **Les troubles endocriniens ou métaboliques** (exemple : le diabète)
 - **Les maladies rhumatismales** (polyarthrite), **les affections orthopédiques** (amputation)
 - **Les maladies cardio-vasculaires**
 - **Les déficiences rénales**
 - ...
- Lorsqu'une personne atteinte d'une maladie invalidante se trouve en situation de formation ou d'emploi, il faut parfois aménager des temps lui permettant de procéder à ses soins journaliers.*

III/ Les personnes handicapées

A. Épidémiologie

On évalue à environ 12% la proportion de personnes handicapées dans le monde. En Europe, on estime à 30 millions la population handicapée.

En France, le nombre total de personnes handicapées est encore mal connu et varie sensiblement selon les études statistiques et les critères retenus : selon la définition retenue et le point de vue adopté, la part des personnes handicapées dans la population varie de 4 à 30% !

L'INSEE dans son enquête santé de 1991 estime que 5,5 millions de personnes environ présentent un handicap significatif dont 1,8 millions souffrent d'un handicap sévère. En 1996, 1 471 000 étaient titulaires de la carte d'invalidité (ayant un taux d'incapacité de 80% au moins).

L'enquête nationale "**Handicaps, Incapacité, Dépendance**" (HID-1998 et 1999) vise à établir pour la première fois en France une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps.

"Les personnes handicapées peuvent souffrir de déficiences motrices (13,4% de la population), sensorielles (11,4%), organiques, par exemple cardio-vasculaires, respiratoires...(9,8%), intellectuelles ou mentales (6,6%). Les atteintes physiques ou mentales et les incapacités qui en résultent sont de gravité très différentes."

Sources : "le handicap se conjugue au pluriel", article de Pierre MORMICHE, division des enquêtes et études démographiques, Insee et le Groupe de projet HID.

Tableau 17 : Diverses approches du handicap dans l'ensemble de la population

PART EN % DE PERSONNES DÉCLARANT :	
Etre affecté d'une déficience	40,4
Etre titulaire d'un taux d'incapacité	6,8
Rencontrer un problème d'emploi	13,9
Suivre un enseignement adapté	5
Recourir à des aides techniques	11,6
Recourir à une aide humaine	10,3
Etre aidé pour sortir	4,4
Etre confiné au lit	0,5
Recevoir une allocation	4,5

Source : Enquêtes HID 1998-1999.

- 23 millions de personnes présentent les caractéristiques habituellement considérées comme créant un handicap reconnu ou non.
- Environ 2,3 M de personnes vivant à leur domicile perçoivent une allocation, une pension ou un autre revenu en raison d'un handicap ou d'un problème de santé : les pensions d'invalidité (1,3% de la population), les rentes d'accident de travail (1%) et l'AAH (0,9%).
- Plus de 5 M bénéficient d'une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne (dans deux tiers des cas l'aide est apportée par l'entourage proche).
- Les femmes souffrent davantage de déficiences motrices et les hommes de déficiences sensorielles.
- L'âge est un facteur aggravant (2/3 des nonagénaires sont affectés de déficiences motrices)
- Les inégalités sociales sont très marquées dans le domaine du handicap : 1 jeune, fils d'ouvrier est 2 fois plus souvent atteint d'une déficience qu'un enfant de cadre et a 7 fois plus de risque d'entrer dans une institution spécialisée.

L'accueil des personnes handicapées

En France, le secteur social et médico-social compte près de 24 500 établissements ou services correspondant à environ 1 million de lits ou places.

Il existe 2 616 établissements médico-sociaux d'hébergement soit 87 720 places pour adultes handicapés, et 2 497 établissements et services pour enfants handicapés (125 500 places).

En 1999, Il existait environ 70 000 lits de psychiatrie en hospitalisation complète et plus d'un million d'adultes ont été suivis par les secteurs de psychiatrie générale, et 415 770 enfants par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La majorité des suivis était en ambulatoire.

Tableau 18 : Epidémiologie des personnes handicapées en France

PERSONNES HANDICAPÉES	
<ul style="list-style-type: none"> • 5,5 M de personnes déclarent une "gêne" dans leur vie quotidienne (enquête santé INSEE –1991) • 3 189 000 (1987 – selon enquête "conditions de vie" INSEE) • 1 800 000 souffrent de handicaps sévères (1981¹⁴) dont : 800 000 handicapés moteurs et physiques, 77 000 handicapés visuels, 63 000 Handicapés auditifs et 890 000 Handicapés mentaux 	
Déficiences sensorielles	11,4% (HID)
Déficiences auditives	3 500 000 soit 7% de français (dont 60% de personnes âgées) dont : <ul style="list-style-type: none"> • 2 millions de déficiences légères, • 1 250 000 de déficiences moyennes, • 350 000 de déficiences sévères, • 110 000 de déficiences profondes
Déficiences visuelles	3,1 M de personnes déclarent une atteinte visuelle <ul style="list-style-type: none"> • 225 000 souffrent d'une cécité partielle • 55 000 cécité complète • 1,1M malvoyants
Déficiences motrices	13,7% de la population / 8 M de personnes (HID) Les paralysies concernent 9% des déficiences motrices soit 1% de la population.
Déficiences mentales	6,6% (HID)
Déficiences organiques (cardio-vasculaires, respiratoires)	9,8% (HID)
Maladies mentales	3M de personnes souffrent de troubles psychiques soit 6% de la population (OMS). 15 à 20% de l'ensemble de la population handicapée. <ul style="list-style-type: none"> • 1% de la population souffre de schizophrénie • 12% de la population souffre de névroses • 4% souffre de dépression majeure
Affections neuromusculaires	40 000 personnes
Epilepsies	Entre 400 000 et 500 000 personnes
Traumatisés crâniens	Entre 140 000 et 180 000 cas/an dont 3000 à 5000 cas de traumatismes crâniens graves 15 000/an en Rhône-Alpes (dont 1000 conservent des handicaps modérés à sévères)

¹⁴Sources : 16 Octobre 1981, chiffres du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale.

B. Les aides techniques

1. Définition

Selon la norme internationale ISO 9999, "c'est tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap".

Différentes catégories : les aides techniques pour les loisirs, pour la thérapie et la rééducation, les orthèses et les prothèses, pour l'hygiène personnelle, pour la mobilité, aides techniques ménagères, pour l'aménagement du logement, pour la communication, l'information et la signalisation, pour la manipulation de la marchandise, pour l'amélioration de l'environnement professionnel, l'adaptation des outillages.

Remboursement : certaines de ces aides peuvent être prises en charge, en partie ou intégralement, dans le cadre des prestations légales ou extra-légales de la Sécurité Sociale. Ces produits inscrits au TIPS¹⁵ bénéficient d'un tarif de remboursement soit pour la location soit pour l'achat. Ce matériel doit être prescrit par un médecin, il est distribué par des revendeurs de matériel médical agréés ou certaines pharmacies agréées. Beaucoup d'aides techniques ne sont pas prises en charge dans le cadre du TIPS, mais peuvent faire l'objet de financements particuliers : prestations extra-légales (secours exceptionnel) auprès de la Sécurité Sociale, d'autres auprès des mutuelles, caisses complémentaires, CAF, associations diverses...

¹⁵ T.I.P.S. : Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires

Le choix ne doit se faire qu'après essais en tenant compte : du rapport qualité/prix, du service après-vente, de la proximité du fournisseur, de la durée et du contenu de la garantie.

L'ergothérapeute intervient sur prescription médicale et son action vise à mettre en place les conditions pour que la dépendance de la personne handicapée puisse être compensée par une aide technique par exemple. Grâce à une rééducation, il permet à la personne de maintenir, acquérir ou récupérer une autonomie sociale, individuelle et professionnelle.

L'ergonomie s'intéresse " aux relations entre l'homme et son travail, son dispositif technique et son environnement dans le sens le plus large, incluant les situations de travail, de loisir, de logement et de transport. " Le Service Ergonomie intervient pour l'intégration professionnelle des travailleurs handicapés par une compensation du handicap dans les situations de travail ou de formation.

Les Centres d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques (CICAT) et les plates-formes Ergonomie peuvent fournir des conseils, aides et informations nécessaires.

Dispositifs régionaux "sites pour la vie autonome" dont les objectifs sont :

- Développer l'accès aux solutions de compensation des incapacités liées à une ou des déficience(s) pour les personnes en situations de handicap
- Faciliter l'accès au financement des solutions préconisées
- Constituer un réseau intégrant tous les partenaires concernés par la mise en œuvre du dispositif.

16 document élaboré par l'équipe du SCAPH 38

2. Quelques repères sur une journée¹⁶...

FORMATION, TRAVAIL		
<p>Soigner, s'occuper de son corps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité des toilettes <ul style="list-style-type: none"> - WC - lavabos • Adaptation personnalisée <ul style="list-style-type: none"> - WC rehaussé - lavabo sur consoles • Equipelement <ul style="list-style-type: none"> - strapontins, chaise douche - planche de bains, élévateur de baignoire - barres d'appui - robinetterie adaptée, • Accessibilité vestiaire <ul style="list-style-type: none"> - plan de transfert - armoire, miroir • Sanitaire et vestiaire dédiés 	<p>Agir</p> <p>Accessibilité rangements individuels et collectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Configuration du poste de travail <ul style="list-style-type: none"> - hauteur du plan de travail, des machines - aire dimensionnelle - amplitude des zones à atteindre manuellement • Adaptation du poste, de la machine, <ul style="list-style-type: none"> - modification des dispositifs de commande, de signalisation, d'affichage - interface spécifique - outil spécifique • Aide à l'élaboration de l'action <ul style="list-style-type: none"> - adaptation des procédures - forme et présentation des documents de travail - aide à l'appréciation et à la décision (qualité), au dénombrement (quantité) - modification du mode opératoire 	<p>Se déplacer en intérieur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité des locaux <ul style="list-style-type: none"> - circuler sans gêne, sans gêner (circulations horizontales et verticales) SUPPRESSION DES OBSTACLES <ul style="list-style-type: none"> - organisation des rangements collectifs, ordre - état des sols, ressauts, marches • Sécurité <ul style="list-style-type: none"> - matérialisation des circulations, signalisation des engins • Eviter les déplacements <ul style="list-style-type: none"> - télétravail
<p>Se nourrir</p> <p>Accès au restaurant d'entreprise, au self-service, à la salle à manger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité du mobilier <ul style="list-style-type: none"> - dégagement sous la table et les plans de travail, l'évier - choix du matériel électroménager collectif (cafetière, micro-ondes) • Aide humaine <ul style="list-style-type: none"> - par le personnel de service, par les collègues - entraide (porter les plateaux, servir) - interventions d'un auxiliaire • Aide pour manger <ul style="list-style-type: none"> - couverts adaptés (couteau-fourchette, gros manches), vaisselle - feeder (supports de bras) 	<p>Fonctions vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restrictions d'aptitudes / Conditions de réalisation <ul style="list-style-type: none"> - gestuelles et posturales, - limitations d'efforts, mécanisation • Aménagement d'ambiance <ul style="list-style-type: none"> - atmosphérique - thermique • Protection individuelle / Soins <ul style="list-style-type: none"> - autonomes - intervention humaine 	<p>Communiquer</p> <p>Communiquer avec la hiérarchie, la maîtrise, les collègues</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percevoir, comprendre <ul style="list-style-type: none"> - les consignes générales - les consignes particulières, inhabituelles ou imprévues - les consignes implicites • Exprimer <ul style="list-style-type: none"> - que ça va bien - les dysfonctionnements - les risques - les incompréhensions - les améliorations • Etre appelé, prévenu <ul style="list-style-type: none"> - être appelé par un collègue, un client, un donneur d'ordres - être appelé à l'aide - être prévenu d'un danger • Lire <ul style="list-style-type: none"> - ordres de fabrication, procédures, règlements - communication générale dans l'entreprise (administrative, syndicale,...) - formation permanente • Ecrire <ul style="list-style-type: none"> - annoter des bons, des fiches de contrôle, pointer - tracer, dessiner - signer • Conditions particulières <ul style="list-style-type: none"> - langage technique - contrainte de temps, de fiabilité - qualité de l'ambiance sonore, de l'éclairage, lieu pour lire, communiquer
<p>Se déplacer à l'extérieur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déplacement individuel <ul style="list-style-type: none"> - fauteuil roulant à usage professionnel • Limitation des déplacements à l'extérieur ou en environnement inconnu <ul style="list-style-type: none"> - télécommunication, visioconférence - aménagement du véhicule personnel - aménagement de véhicules d'entreprise (polyvalence) • Accessibilité extérieure <ul style="list-style-type: none"> - emplacement réservé, garage couvert - cheminements accessibles - portail électrique, télécommande • Transport <ul style="list-style-type: none"> - d'entreprise - transport collectif - transport adapté • Aide humaine <ul style="list-style-type: none"> - accueil humain - aide aux transferts 	<p>Se reposer, respecter ses limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aménagement du temps de travail <ul style="list-style-type: none"> - temps partiel thérapeutique - invalidité catégorie 1 ou 2 • Organisation des pauses <ul style="list-style-type: none"> - salle de repos - fauteuil inclinable - couchette, lit • Tolérance à la posture statique <ul style="list-style-type: none"> - protection cutanée (coussin anti-escarres) - protection orthopédique (fauteuil réglable) • Alternance de postures <ul style="list-style-type: none"> - variation des conditions de posture assise (fauteuil multi-positions) - postures alternatives (siège assis-debout, fauteuil roulant verticalisateur) 	
	<p>Se lever, transferts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installation au poste de travail, transfert sur un siège de travail <ul style="list-style-type: none"> - fauteuil releveur - planche - aide humaine 	

B. Les prestations, aides sociales et financières

Les aides de droit commun

Le dispositif de droit commun est accessible aux personnes handicapées. Les référents peuvent se renseigner dans les CCAS et au service départemental de l'action sociale pour plus d'informations.

Tableau 19 : Les prestations sociales de droit commun

PRESTATIONS FINANCIÈRES	
Revenu minimum d'insertion (RMI) ¹⁷	prestation sociale destinée aux personnes démunies de ressources minimales âgées de plus de 25 ans ou ayant un enfant à charge
Allocation de Solidarité	Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) ¹⁸
	Allocation d'Insertion (AI) ¹⁹
Aides au logement	Logement social, adaptation du logement, allocations logement (ALS, ALF, APL), Fonds Social pour le Logement (FSL)
PARE Plan d'aide au retour à l'emploi ²⁰	<p>Ce dispositif lie indemnisation et aide au retour à l'emploi avec pour objectif un retour rapide à l'emploi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • une indemnisation constante et sans baisse : les allocations sont maintenues, dans la limite des droits, tant que la personne n'a pas trouvé l'emploi recherché • un accompagnement personnalisé : le PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) • 4 mesures qui facilitent l'accès à l'emploi : <ul style="list-style-type: none"> - aide dégressive à l'employeur : l'Assédic finance le retour à l'activité professionnelle des DE indemnisés depuis + de 12 mois. - formation préalable à l'embauche : des actions de formation permettant l'embauche financées par l'Assédic. - qualification professionnelle : le contrat de qualification adulte permet l'embauche et une formation sur le temps de travail. (coûts de cette formation financés par l'OPCA et l'Assédic.) - mobilité géographique : aide destinée à couvrir les frais de transport, de déménagement, de réinstallation ou de double résidence pour un CDI ou un CDD de 12 mois minimum.
PROTECTION SOCIALE	
Appui Social Individualisé (ASI)	accompagnement et prestations à certains demandeurs d'emploi cumulant des difficultés sociales, familiales, culturelles, voire de santé, faisant obstacles à leur insertion professionnelle
Accès aux soins	CMU : prise en charge des frais de soins pour les personnes sans couverture sociale ou complémentaire
Protection juridique ²¹	Sauvegarde de justice, curatelle et tutelle
Protection contre les discriminations	Sanctions sur le refus du bénéfice d'un droit par une autorité privée, l'entrave à l'exercice d'une activité économique, le refus de fourniture d'un bien ou d'un service, le refus d'embauche et le licenciement (loi n° 90-602 du 10.07.1990)

¹⁷ Montant RMI au 1/04/2002 : 405,62 € pour une personne seule

¹⁸ Montant ASS au 1/04/2002 : 13,36 €/ jour ou taux majoré (chômeurs âgés) : 19,19 € / jour

¹⁹ Montant AI au 1/04/2002 : 9,41 € / jour

²⁰ Une convention nationale est signée entre l'Anpe et l'Agefiph pour la période 2001 à 2003 : Ainsi, l'accompagnement des demandeurs d'emploi handicapés peut-être confié à Cap Emploi qui est alors seul autorisé à suivre le parcours de la personne, et met en place un PAP.

²¹ Voir en annexe le résumé des mesures de protection p.125.

Les aides spécifiques aux personnes handicapées

La législation française prévoit plusieurs modes "d'indemnisation" de la personne handicapée selon l'origine de son handicap. La protection sociale en France est basée sur 3 grands concepts : LA REPARATION (notion de responsabilité) ; L'ASSURANCE (risque couvert par une assurance spécifique) ; LA SOLIDARITE (effort de la collectivité en faveur de ceux qui ont besoin d'aide).

Tableau 20 : les Cinq systèmes d'indemnisation du handicap en France

Les accidents de droit commun	principe de réparation d'un préjudice commis par un tiers responsable	versement d'une rente ou d'un capital.	
Le régime des anciens combattants et victimes de guerre	principe de réparation lorsque la responsabilité de la Nation est en cause	versement d'une pension militaire d'invalidité et droit à divers avantages	ONAC (Cf. page 57)
Les accidents de travail et les maladies professionnelles	principe de réparation lorsque l'activité à lieu sous la responsabilité de l'employeur	versement d'une rente ou d'un capital (rente accident de travail)	Sécurité Sociale (Cf. page 55)
L'invalidité	principe d'assurance pour l'assuré social ayant une activité professionnelle	versement d'une pension d'invalidité	Sécurité Sociale (Cf. page 55)
La loi du 30.06.1975	principe de solidarité	versement d'allocations	COTOREP (Cf. Tableau 21 ci-dessous)

Tableau 21 : Les prestations sociales et financières de la COTOREP aux personnes handicapées

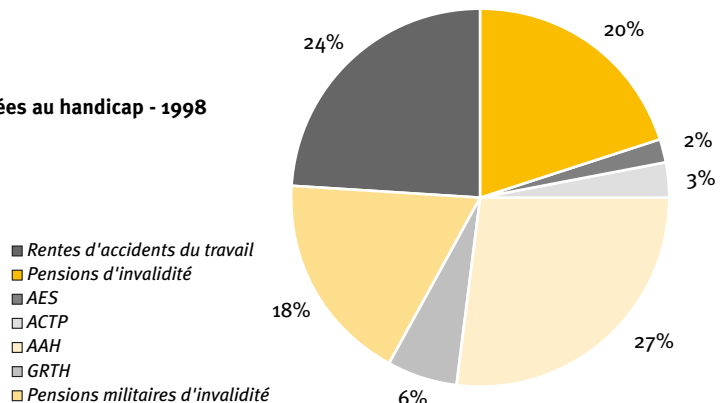
AIDES	DÉFINITION ET BÉNÉFICIAIRES	ORGANISMES	
		Prescripteur	Gestionnaire
Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)²²	- aide financière aux personnes handicapées disposant de revenus modestes, ayant un taux d'incapacité d'au moins 80%, ou de 50 à 80% si la personne est dans l'impossibilité de se procurer un emploi - être âgé de 20 ans ou plus - résider en France	COTOREP	CAF ou MSA
Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)²³	- prestation d'aide sociale destinée à rémunérer les services effectifs d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne. (taux d'incapacité ≥ à 80%)	COTOREP	service d'aide sociale du Conseil Général
Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels (ACFP)	- compenser les frais supplémentaires occasionnés par le handicap dans l'exercice de l'activité professionnelle et que ne supporterait pas un travailleur valide. (taux d'incapacité ≥ à 80%)	COTOREP	service d'aide sociale du Conseil Général
Carte d'invalidité	- permet d'obtenir différents avantages au niveau fiscal, du stationnement de véhicule...	COTOREP	délivrée par le Préfet

²² Au 31.12.2000, 689 000 personnes sont allocataires de l'AAH. Montant au 1/04/2002 : 569,38 euros/mois

²³ 91 445 bénéficiaires de l'ACTP en 2000. Montant au 1/04/2002 : 733,06 euros (aide constante) ou de 366,53 à 641,42 euros (aide partielle)

Le budget social du handicap est estimé à près de 24 Milliards d'euros (1998)

Figure 1 : Prestations en espèces liées au handicap - 1998



IV/ Les représentations

A. L'évolution des représentations sociales et de la législation

Entre le statut social et le statut légal du handicapé, il existe des interférences insoupçonnées. Chaque culture génère un ensemble de représentations et de croyances. L'évolution historique de la législation du handicap est intimement liée aux grandes réformes sociales et sanitaires.

Le statut de la personne handicapée varie suivant la place qu'elle a dans la société. Le comportement vis à vis de celle-ci dépend du sens que l'on a donné à l'infirmité. Cette notion fluctue selon les civilisations (maléfice, impureté, sacré...) et des systèmes politiques, économiques et sociaux mis en place.

L'infirmité a été ensuite envisagée comme **objet d'un traitement social et non plus comme projection de sens**. La dimension sociale du statut du handicapé a évolué de la DEBILITE à la CITOYENNETE, de l'INFIRME au REEDUCABLE, de l'INVALIDE au TRAVAILLEUR, de la READAPTATION²⁴ à l'INTEGRATION.

La société construit le statut du handicapé en reconnaissant formellement ses activités par des mesures législatives. Les personnes handicapées jouent un rôle de révélateur des dysfonctionnements de notre société (ex : l'accessibilité).

L'ambivalence caractérise les relations que nouent les sociétés avec l'homme souffrant d'un handicap. Le handicap prend une dimension soit infra humaine soit supra humaine selon les cultures.

Les figures de l'infirmité à travers l'histoire :

- L'infirmité maléfique : dans l'antiquité grecque et romaine on exposait les enfants difformes, signes de la colère des dieux.
- L'infirmité comme "bouffonnerie" : la fonction des infimes, aussi bien physiques que mentaux, dans l'entourage du pouvoir politique était une fonction de dérision.
- L'infirmité comme irrationnel : séparation entre la raison, l'ordre et la folie, le désordre qui engendre la période du grand renfermement.
- L'infirmité comme symptôme de la normalité avec la naissance de la psychanalyse qui fait de l'infirmité un fonctionnement pathologique dont personne n'est à l'abri.
- L'infirmité comme symptôme de la société avec le mouvement de l'anti-psychiatrie où l'infirmité est considérée comme l'effet d'une dégradation des rapports sociaux.
- L'infirmité comme handicap : quelque chose de l'ordre de l'accident, et non pas de naturel, qui est à réduire, compenser, combattre ; la différence entre un valide et une personne handicapée n'est pas radicale.

On est passé de la notion de CHARITE à celle de SOLIDARITE, de l'enfermement à l'insertion en milieu ordinaire en passant de la moralisation des espaces asilaires à la médicalisation puis à la réhabilitation psychosociale.

Evolution du traitement social de la différence et la reconnaissance des droits des personnes handicapées à travers l'histoire :

- Droit à la vie basé sur l'action charitable induite par les codes religieux
- Droit d'être soigné avec l'émergence de la psychiatrie au XIXème siècle
- Droit à l'éducation avec la reconnaissance du caractère éducatif de certaines déficiences (vue et ouïe)
- Droit à l'assistance économique et médicale avec le rôle des hôpitaux
- Droit à la réparation et au reclassement avec les accidentés du travail, les victimes de la guerre 14-18 et les tuberculeux. Le rôle social du handicapé se structure autour de la figure du travailleur, actuellement rattrapé par une autre figure : le chômeur.

Dans les années 20, le vocabulaire évolue : les mots "défectifs" (in-firme, im-potent, in-capable, im-bécile, in-valide) sont remplacés par les mots du re-tour (re-classement, ré-adaptation, ré-insertion, ré-éducation,...)

- Droit à l'insertion et à l'intégration professionnelle et sociale²⁵ avec les lois cadres de 1975 et 1987. On passe d'une logique de réparation et de compensation à une politique du sujet-acteur. Le modèle social actuel du handicap se situe autour des notions de CITOYENNETE²⁶ et de PARTICIPATION SOCIALE. On passe d'un concept de normalisation des individus vers un concept d'action sur l'environnement : l'individu qui s'insère et le tissu social qui intègre l'individu.

²⁴ La réadaptation professionnelle se définit comme "le retour de l'individu à un niveau de développement physique, professionnel et social voisin de celui dans lequel il se trouvait avant les circonstances qui ont amené sa disgrâce; La réadaptation a lieu sur trois plans : fonctionnel, professionnel, social".

²⁵ Insertion / intégration sont les maîtres-mots de toutes les politiques sociales :

L'insertion concerne le mélange d'une population handicapée avec une autre, plus nombreuse, qui ne l'est pas, les deux populations restant cependant nettement différenciées, nouant des relations de contiguïté et de bon voisinage, mais restant chacune avec leurs singularités propres.

L'intégration souligne le caractère d'assimilation, voire d'incorporation du groupe social minoritaire, ici handicapé, par le reste de la population générale.

• Etre avec et cohabiter ou se fondre dans la masse constituent les deux grandes façons d'être au monde des personnes handicapées.

²⁶ Citoyenneté : capacité d'un individu à accéder à l'ensemble des activités habituelles des membres d'une société.

Tableau 22 : Évolution du cadre juridique et des représentations sociales des personnes handicapées

PÉRIODE	REPRESENTATIONS DE LA PERSONNE HANDICAPÉE ET DU HANDICAP	MODE DE RÉGULATION SOCIALE	REGLEMENTATION JURIDIQUE ET EVENEMENTS-CLEFS	PRINCIPES ET CONTENUS
Antiquité	Monstre, difforme = maléfice / impureté	Abandon / meurtre / crainte religieuse : exclusion sociale radicale	LOI DES 12 TABLES - Droit d'exposition des enfants malformés	Droit de vie et de mort sur les enfants malformés par le père et la cité : infirmité comme signe de la colère des Dieux / pas d'accès aux fonctions sacrées chez les Hébreux
Moyen âge	Infirmes, fous, lépreux, épileptiques, possédés du démon, miséreux, malades Bouffons	Indifférence, peur, dérision, mendicité / Charité chrétienne	Action de l'église Création des Hôtel-Dieu	Mise en place de l'assistance hospitalière pour soulager les miséreux et les malades. Condamnation de l'infanticide par le christianisme. L'infirmité est assimilée à la pauvreté et considérée comme la punition de dieu d'un péché
XVII^e siècle	Infirmes Incurables	Pitié, charité	1610 - fondation de l'ordre de la Visitation par Saint François de Sales 1632 - Saint Vincent de Paul	Accueil des infirmes physiques Reconnaissance d'une souffrance Congrégations hospitalières
	Infirmes, vieillards, aliénés, miséreux, mendiants, vagabonds... Soldats infirmes	Grand enfermement, condamnation morale et rejet irrationnel	AVRIL 1657 - EDIT DU ROI LOUIS XIV Création de l'Hôpital général pour le renferment des pauvres mendiants Hôtel des Invalides	Interdiction de la mendicité aux valides et invalides, condamnation de l'oisiveté L'ère de l'institutionnalisation de la maladie et de l'infirmité commence. Hôpitaux = asiles, prisons
	Aveugles et sourds-muets ≠ infirmes non éducatibles	1 ^{ères} tentatives d'éducation spécialisée	1760 - Fondation d'une école pour sourds-muets par l'Abbé de l'Épée 1784 - Fondation de l'Institut pour jeunes aveugles par Valentin Haüy	Invention de la Langue signée Oeuvres d'assistance, d'éducation sensorielle et de formation professionnelle
XVIII^e Siècle		Reconnaissance de la dignité et de l'égalité	26.08.1789 - Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen	Art.1 "Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits" "Tout homme a droit à sa subsistance, par le travail s'il est valide, par les secours gratuits s'il est hors d'état de travailler"
		Assistance publique	1789 - Création d'un Comité de mendicité présidé par le Duc de la ROCHEFOUCAULT-LIANCOURT	Politique révolutionnaire pour réduire la misère et circonscire la mendicité
	Militaire invalide	Réparation	LOI DU 2.08.1790 ET 18.04.1831	1 ^{er} barème d'évaluation médicale
	Idiots ≠ criminels	Ségrégation	1793 - PINEL	Prise en charge des fous autrement que par l'enfermement
XIX^e siècle	arriérés, idiots, imbéciles ≠ Aliénés curables	Soin / classification Internement	1818 - ESQUIROL 30.06.1838 - LOI sur les aliénés	Naissance de la psychiatrie Loi d'assistance, de soins et de police
	Accidentés du travail	Responsabilité sociale	9.04.1898 - LOI sur la responsabilité des accidents du travail	Inaptitude au travail suite à un accident avec les notions d'incapacité permanente ou partielle ; Pensions et barème pour l'évaluation du dommage
	Névrose / psychose	Reconnaissance de l'identité / différence	Naissance de la psychanalyse - FREUD 1901 - LOI sur la liberté d'association	Maladie mentale comme dysfonctionnement de la normalité, de la raison. "cela peut nous arriver à tous" Associations de personnes handicapées ou de familles très actives comme promoteurs et gestionnaires des établissements et services spécialisés mais aussi comme porte-parole dans la politique sociale du handicap

Tableau 22 (suite) : Évolution du cadre juridique et des représentations sociales des personnes handicapées

PÉRIODE	REPRESENTATIONS DE LA PERSONNE HANDICAPÉE ET DU HANDICAP	MODE DE RÉGULATION SOCIALE	REGLEMENTATION JURIDIQUE ET EVENEMENTS-CLEFS	PRINCIPES ET CONTENUS
XX ^e siècle	Vieillards, infirmes et incurables	Assistance	14.07.1905 - LOI sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables	Institutionnalisation de l'idée du comité de mendicité. Moyen de subsistance et hébergement (aide sociale)
	Débile mental, déficient mental léger	Évaluation / Éducation adaptée	1905 - Echelle métrique de l'intelligence de BINET ET SIMON 1909 - création de classes et établissements de perfectionnement	Test psychométriques de l'intelligence . Quotient intellectuel (QI) : comparaison de l'âge mental et de l'âge réel
	Mutilés de guerre - Grands Invalides de Guerre - Tuberculeux	Culpabilité / assistance économique et compensation	31.03.1919 - LOI sur les pensions des mutilés et victimes de guerre	Code des pensions militaires - Barème d'invalidité 1ères associations d'Anciens Combattants Création de l'office national des mutilés et réformés de guerre
Après - Guerre	Infirmes militaires et infirmes civils	Droit au travail, à la réparation et au reclassement	23.04.1924 - LOI sur l'emploi obligatoire des mutilés de guerre	- Emploi obligatoire des mutilés de guerre (10%) - Aide au reclassement professionnel et notamment l'accès des mutilés du travail aux centres de rééducation - Extension de la législation sur les accidents du travail aux maladies professionnelles
			1933 - Création de l'Association des Paralysés de France 1937 - Fédération Nationale des Tuberculeux Civils	
	Aveugles		3.07.1945 - Ordonnance sur la protection des aveugles	
	Incapables	Rééducation et réadaptation	4.10.1945 - ORDONNANCE sur la SECURITE SOCIALE 30.10.1946 - LOI sur les accidents de travail et maladies professionnelles	Prise en compte de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation professionnelle des personnes handicapées
		Droit au travail Assistance économique	1946 - Préambule à la Constitution repris en 1958	"Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi" "Tout être qui en raison de son état mental, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence"
	Aveugles, grands infirmes		2.08.1949 - LOI CORDONNIER sur l'assistance à certaines catégories d'aveugles et de grands infirmes	Harmonisation de la loi de 1905 - Reclassement professionnel des aveugles et grands infirmes
Année 50	Inadaptés	Émergence du concept d'inadaptation	9.03.1956 - DECRET concernant les Annexes XXIV	Conditions techniques d'agrément des établissements recevant des enfants et adolescents handicapés.
	HANDICAP Travailleur handicapé	Droit au travail Réadaptation	27/11/ 1957 - LOI N°57-1223 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés	- Apparition juridique du terme handicap - Création de la Commission d'orientation des infirmes - Reconnaissance statut juridique du travailleur handicapé - Réadaptation, rééducation et formation professionnelle - Création Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social - Obligation d'emploi - Quota pour les entreprises - Création des ateliers de travail protégé

Tableau 22 (suite) : Évolution du cadre juridique et des représentations sociales des personnes handicapées

PÉRIODE	REPRESENTATIONS DE LA PERSONNE HANDICAPÉE ET DU HANDICAP	MODE DE RÉGULATION SOCIALE	RÈGLEMENTATION JURIDIQUE ET ÉVÉNEMENTS-CLEFS	PRINCIPES ET CONTENUS
Année 60			1960 – création de l'UNAPEI	Fédération d'associations qui œuvre pour la dignité des personnes handicapées mentales et de leurs familles : 750 associations, 62 000 familles, 2500 établissements et services spécialisés pour 180 000 personnes handicapées
	Infirmité / folie comme symptôme de la société	Re-socialisation, aménagement de la société / Principe de Normalisation	Mouvement de l'anti-psychiatrie	Folie comme phénomène social où l'environnement doit se transformer pour que la personne handicapée retrouve sa place. Désinstitutionnalisation
	Inadaptés	Notion d'intégration	1967- RAPPORT du conseiller d'état F. BLOCH-LAINE sur l'inadaptation des personnes handicapées	Sur le problème général de l'inadaptation des personnes handicapées, sur leurs difficultés sociales et économiques = les faiblesses et les lacunes du système en vigueur en vue d'une harmonisation
	Incapables majeurs	Protection juridique	3.01.1968 - LOI N° 68-5 sur la prévention des risques moraux encourus par les majeurs protégés	Organisation de trois régimes de protection : la sauvegarde de justice, la curatelle, la tutelle et la tutelle aux prestations sociales
Année 70	Handicapés	Protection sociale	15.07.1970 - LOI certificat de santé et prévention	Progrès de la médecine permet à l'État d'étendre la protection à la prévention
			13.07.1971 - LOI N° 71-5363 sur diverses mesures en faveur des handicapés	<ul style="list-style-type: none"> - Allocations de subsistance, nationales (AES) (AAH) - Affiliation au régime d'assurance maladie-maternité - Création Ateliers Protégés supplémentaires - Annonce la loi de 1975
	Handicapés ≠ Inadaptés	Abandon du concept d'assistance pour celui de solidarité Intégration sociale	10.12.1971 - Déclaration des droits du déficient mental par l'ONU	Art.1 "Le déficient mental doit, dans toute la mesure possible, jouir des mêmes droits que les autres êtres humains"
1975		Droits des personnes handicapées	30.06.1975 - LOI N°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées - LOI N°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Priorité et obligation nationale - Rôle de la prévention, du dépistage et des soins - Droit à l'éducation, à la formation et l'orientation professionnelle - Garantie d'un minimum de ressources - Droit à la vie sociale dans les domaines de l'accessibilité, du tourisme et des loisirs - Création de la CDES et de la COTOREP - Maintien dans un cadre ordinaire de vie et de travail
			9.12.1975 - Déclaration des droits des personnes handicapées par l'ONU	Art.5 "Le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquérir la plus large autonomie possible"

Tableau 22 (suite) : Évolution du cadre juridique et des représentations sociales des personnes handicapées

PÉRIODE	REPRÉSENTATIONS DE LA PERSONNE HANDICAPÉE ET DU HANDICAP	MODE DE RÉGULATION SOCIALE	RÈGLEMENTATION JURIDIQUE ET ÉVÉNEMENTS-CLEFS	PRINCIPES ET CONTENUS
Année 80	Travailleur handicapé	Insertion économique en milieu ordinaire	10.07.1987 - LOI en faveur des travailleurs handicapés	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés : Quota de 6% pour les entreprises de plus de 20 salariés
	Déficience/ Incapacité/ Désavantage social = handicap	"Société handicapante" Définition du handicap	4.05.1988 - ARRETE relatif à la nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages	Classification Internationale des Handicaps proposée par l'OMS et basée sur l'approche tridimensionnelle de P.WOOD
			1988 à 1992 - Création d'un Secrétariat d'état des handicapés et accidentés de la vie	Prise de conscience par l'opinion publique de la question des handicapés par l'impact médiatique - Évolution de la législation
	Enfants et adolescents handicapés Polyhandicap Prise en charge thérapeutique, pédagogique	grique et éducative 27.10.1989 - Décret n°89-798 et circulaire du 30.10 sur la réforme des	ANNEXES XXIV	Annexes XXIV : déficiences intellectuelles et inadaptation ; Annexes XXIV bis : déficiences motrices ; Annexes XXIV ter : polyhandicapés ; Annexes XXIV quater : déficience auditive et Annexes XXIV quinquies : déficience visuelle
	Concept de QUALITE DE VIE		3 paramètres sont pris en compte : caractéristiques environnementales, appréciation subjective des personnes et l'influence et l'implication des personnes handicapées dans la conception et l'organisation des solutions.	
Année 90	Citoyens	Protection	12.07.90 - LOI N°90-602 sur la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap	S'inscrit dans l'article 225-1 du Code Pénal qui sanctionne juridiquement les atteintes à la citoyenneté des personnes handicapées
		Adaptation de la société	13.07.91 - LOI N°91-663 sur l'accessibilité	Favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public
		Évaluation des conséquences sociales du handicap	1.12.1993 - Nouveau Guide - barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées	Abandon du barème des anciens combattants et des victimes de guerre (1919) - sert de référence aux commissions pour fixer le taux d'invalidité
		Égalité	1993 - "Règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées" promulguées par l'ONU	Égalité de traitement en tout point de vue, droit à être impliqué dans tous les processus sociaux et économiques et à participer pleinement à la vie en société
	Limitation à la participation sociale		MAI 2001-REVISION DE LA CIH Classification du fonctionnement, du handicap et de la santé - CIF	Aspects sociaux du handicap Facteurs contextuels dans les situations de handicap
2001	Usager / citoyen	Cohésion sociale	LOI n° 2002-2 du 2.01.2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	Affirmation du droits des usagers, élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale ainsi que la diversification de la nomenclature et des interventions des établissements et services, élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale, Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale...
2002			LOI n°2002-73 du 17.01.2002 de modernisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Emploi des TH (art.132) - Statut des accueillants familiaux (art.51) - Droits des personnes handicapées (art.53) : "La prévention et le dépistage du handicap et l'accès du mineur ou de l'adulte handicapé physique, sensoriel ou mental aux droits fondamentaux reconnus à tous citoyens, notamment aux soins, à l'éducation, à la formation, et à l'orientation professionnelle, à l'emploi, à la garantie d'un minimum de ressources adaptées, à l'intégration sociale, à la liberté de déplacement et de circulation, à une protection juridique, aux sports, aux loisirs, au tourisme et à la culture constituent une obligation nationale. La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, et à la garantie d'un minimum de ressources leur permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante". - Représentation des personnes handicapées (art.55) - Stationnement des personnes handicapées (art.86)

Tableau réalisé par M.L. DURAND - IFTS - Mai 2002.

B. Les représentations individuelles

Les représentations, les croyances, les résistances à l'intégration, les barrières psychologiques, les attitudes défensives peuvent conduire à des comportements discriminatoires à l'égard des personnes handicapées. Le poids des représentations influe sur l'identité de la personne handicapée.

La personne handicapée met les professionnels à l'épreuve de leur propres déficiences : elle réveille en eux leur propre fragilité, leur vulnérabilité et toutes les insuffisances dans leur formation et leur être. Elle fait surgir l'idée que le bonheur de voir, d'agir et de communiquer est précaire.

Le regard et les attitudes défensives :

Le regard des autres sur le handicap, souvent par méconnaissance, induit le rejet, la stigmatisation et marque la différence : regard stigmatisant, regard toujours en défaut ou en excès, jamais à la bonne distance.

La personne handicapée prend le visage du "monstre" de l'ordre de l'animalité et de l'inhumanité qui renvoie au meurtre et à l'agressivité ou le visage de la souffrance qui induit la surprotection.

Le "soi menacé" par l'autre atteint, l'inquiétante étrangeté, l'impossible identification, la violence par rapport à la défiguration engendrent une peur archaïque de la déficience.

La peur et l'anxiété devant l'anormalité entraînent des réactions émotionnelles mal contrôlées : gêne, raideur, répulsion, panique, angoisse, compassion, empressement ou réflexe d'assistance.

Ceci peut se schématiser ainsi :



Les personnes non-handicapées ont une vision moins négative des déficiences physico-sensorielles congénitales qu'accidentelles, car elles peuvent être compensées voire surcompensées. La déficience mentale est la figure la plus négative. Le handicap par la maladie mentale est celui qui fait le plus peur en raison d'une connaissance stéréotypée de la maladie, la crainte d'un effet de contagion, la déstabilisation par le caractère cyclique de la maladie.

Les entreprises, face à l'emploi des personnes handicapées, montrent de grandes résistances souvent liées aux représentations qu'elles se font du handicap.

Les stéréotypes :

- Le stéréotype naïf : consiste en une amplification du déficit (confusion dans les systèmes de représentations qui consiste à associer un handicap mental à un handicap physique; personne handicapée vue comme incapable) et des références anciennes sur le déficit (des croyances archaïques, par exemple pour l'épilepsie, engendrent des peurs et des comportements de rejet).

- Le stéréotype à ambition scientifique : un portrait robot de la personne handicapée est établi avec le risque de généralisation et de catégorisation.

- La stigmatisation²⁷ : la référence exclusive au déficit de la personne a des effets simplificateurs et d'entraînements : l'étiquette persiste même s'il y a une évolution du handicap ; l'environnement tend à répondre par des comportements stéréotypés, la personne handicapée finit par être tentée de s'ajuster au stéréotype de l'étiquette. Les théories de l'étiquetage ("labelling") mettent en évidence les effets préjudiciables du processus de stigmatisation : étiqueter une personne comme handicapée ce n'est pas seulement décrire un type de déficience, c'est lui attribuer un ensemble de caractéristiques qui sont culturellement associées à cette déficience. Les comportements et les attitudes de la personne handicapée sont décodés en fonction de cette déviance à la norme d'intégrité physique (handicapé avant d'être homme ?).

- La détérioration de l'image de soi de la personne handicapée : la restriction de l'activité imposée par l'entourage dans un but de protection fait que l'incapacité supposée finit par être réelle.

Les attitudes des handicapés :

La personne handicapée doit aussi aller à la rencontre des personnes non handicapées. Elle doit contrôler ses réflexes de défense ou d'irritation (méfiance, agressivité) et doit aussi aider les autres dans les ajustements nécessaires.

Les stéréotypes du non handicapé par la personne handicapée : indifférence, égoïsme, paternalisme.

L'apprentissage de l'altérité

Celle-ci passe par l'articulation de la différence et de l'égalité de la personne handicapée.

La normalisation se traduit par la négation de la différence et ne revient pas à son acceptation.

Le droit à la différence entraîne un risque de marginalisation et de stigmatisation.

Les attitudes qui oscillent de l'annulation de la différence (normalisation) au renvoi à une altérité radicale (différence) présentent un risque d'exclusion de la personne handicapée.

²⁷ Stigmatisation : Robert "stigmaté = marque au fer rouge, punition corporelle (sous l'Ancien Régime) à un signe laid ou honteux".

Bibliographie

Sur le handicap et les personnes handicapées

- Adultes handicapés : pour un projet de vie global**, Le Journal de l'Action Sociale, n°25, 03/1998. 42 p.
- Aides techniques...** Les Cahiers du CTNERHI, CTNERHI, n°62, 06/1994. 95 p.
- ALBY J-M, SANZOY P. **La Pensée Sauvage**. Handicap, vécu, évalué, 1987, 178 p.
- BARISNIKOV Koviljka, PETITPIERRE Geneviève, **Défectologie et déficience mentale : Vygotsky**, Ed. Delachaux et Niestlé, 1994. 258 p.
- BAUBY Jean-Dominique, **Le Scaphandre et le papillon**, Pocket, 1997. 139 p.
- BEAUSSART M. et J. **Vivre l'épilepsie**. Simep, 1982, 111 p.
- BECHLER P. **Accompagnement des personnes handicapées mentales : du concept à la formation des professionnels**. In : Revue Européenne du handicap Mental, vol. 3, n° 12, déc. 1996, p.19-32.
- BESSE-SAIGE Bertrand, **Le Guerrier immobile : la métamorphose de l'homme blessé**, Desclée de Brouwer, 1993. 139 p.
- BLAISE J.L. **Traumatisme crânien : blessure sociale**. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 75-76, juil-déc. 1997, p. 5-20.
- BOULLAY Michel, **Un interminable automne**, Michel Boullay, 1986. 83 p.
- BOYER-LABROUCHE A. **Renaitre après l'accident : la rééducation psychothérapeutique des traumatisés crâniens**. Dunod, 1996, 160 p.
- BRUNELLES P. **Comment vivre avec une personne atteinte d'un handicap moteur**. APF, 1996, 149 p.
- BRUNELLES P. **La qualité de vie des personnes atteintes de déficiences motrices**. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 79-80, juil-déc 1998, p.175-191.
- BRZUSTOWSKI M. **L'annonce du handicap au grand accidenté**, Editions Erès, 2001.
- CALLOCH P., **Tutelles et curatelles : régime juridique de la protection des majeurs**, TSA Editions, 2000. 233 p.
- CARALP E. **Ces maladies mentales nommées folies**, Les essentiels de Milan, 1999, 63 p.
- CASPAR P. **Le peuple des silencieux : histoire du handicap et de la déficience mentale**. Fleurus, 1994, 214 p.
- CASPAR Philippe, **L'Accompagnement des personnes handicapées mentales : un dispositif social et multidimensionnel**, L'Harmattan, 1994. 187 p.
- CHAPIREAU F. **Maladie et handicap**. In : Un autre regard, n° 3, 1999.
- CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé**, OMS, 2002, 304 p.
- Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages**. CTNERHI, 1993, 203 p.
- COLOMBEL J.C. **Réflexions sur le tétraplégique**. In : Synapse, n° 106, mai 1994, p. 57-60.
- Compensation des incapacités**. In : Réadaptation, n° 458, mars 1999, 60 p.
- COLMONT H., **Handicap, inventivité et dépassement**, L'Harmattan, 2001. 129 p.
- DEBARD M. **Itinéraires d'insertion : de la maladie mentale au travail ordinaire**, Chronique sociale, 2001. 155 p.
- Déficiences motrices et handicaps : aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés**. APF, 1996, 505 p.
- DETHORRE M. **Histoires de surdités**. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 74, avril-juin 1997, p.15-33.
- DUBREUIL Bertrand, **La Déchirure**, L'Harmattan, 1997. 206 p.
- Difficultés, handicaps, intégration, Ressources**, Centre Régional de Documentation Pédagogique, 10/1995. 137 p.
- EBERSOLD S. **La personne handicapée : du citoyen invisible à l'utilisateur. Enjeux et perspectives de la Classification Internationale des Handicaps**. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 79-80, juil-dec. 1998, p.105-119.
- EBERHARD Yves, DEBU Bettina, LICHA Jérôme, ROUGIER Patrice, **Déficience mentale : la condition physique pour l'intégration sociale**, Université Joseph Fourier - Grenoble I, 1995. 341 p.
- Épilepsie et épileptiques**. In : Réadaptation, n° 457, fév. 1999, p. 5-47.
- Espaces de vie et trajectoires sociales des personnes handicapées et inadaptées en milieu ordinaire**, Les Cahiers du CTNERHI, CTNERHI, n°55/56, 12/1991. 219 p.

- GARDOU Charles, **Connaître le handicap, reconnaître la personne**, Erès, 1999. 252 p.
- GARDOU Charles, **Professionnels auprès des personnes handicapées : le handicap en visages**. Vol.4, Erès, 1997. 251 p.
- GARDOU Charles, **Naître ou devenir handicapé : le Handicap en visages**, Erès, 1996. 203 p.
- GIROD Michel, **La Langue des signes**. Tome 3, International Visual Théâtre, 1997. 335 p.
- GREMION Jean, **La Planète des sourds**, Sylvie Messinger, 1990. 233 p.
- GRIFFON P. **Déficiences visuelles : pour une meilleure intégration**. CTNERHI, 1995, 242 p.
- **Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées**, CTNERHI, 1994. 140 p.
- HAMONET C. **Les personnes handicapées**. Presses Universitaires de France, 1996, 128 p.
- **Handicap et dépendance, Solidarité Santé**, La Documentation Française, n°4/97, 12/1997. 107 p.
- **Handicap : une nouvelle ère : compensation et libre choix**, Réadaptation n°471, 06/2000. 60 p.
- **Infirmité motrice cérébrale et infirmes moteurs cérébraux**, Réadaptation n°488, 03/2002. 56 p.
- **Intégration des personnes déficientes intellectuelles : une perspective internationale**, Les Cahiers de L'Actif, Actif Information, n°294/295, 11/2000. 213 p.
- IONESCU Serban, **La Déficience intellectuelle : approches et pratiques de l'intervention, dépistage précoce**. Tome 1, Nathan, 1993. 373 p.
- IONESCU Serban, **La Déficience intellectuelle : pratiques de l'intégration**. Tome 2, Nathan, 1995. 352 p.
- JALLON P. **L'épilepsie. Que Sais-je ?**, PUF, 1992, 125 p.
- KELLER Helen A., **Sourde, muette, aveugle**, Payot, 1991. 323 p.
- KORFF-SAUSSE S. **Le handicap : figure de l'étrangeté**. In : DAYAN M. Trauma et devenir psychique, PUF, 1995, p. 39-89.
- **La Dépression est une maladie pas l'exclusion !**, Lien Social, n°615, 28/03/2002. 26 p.
- **La Personne handicapée mentale acteur de sa propre vie**, Réadaptation, n°480, 05/2001. 52 p.
- LABORIT Emmanuelle, **Le Cri de la mouette**, Robert Laffont, 1994. 217 p.
- LABREGERE A. **Les personnes handicapées**. La documentation française, 1981, 260 p.
- **L'Accompagnement des personnes handicapées motrices**, Association des Paralysés de France, 2000. 192 p.
- **La Protection des majeurs handicapés mentaux**, Les Cahiers de l'UNAPEI, UNAPEI, 1998. 32 p.
- **La psychiatrie en France : états des lieux**, In : Etre handicap information n°40-41, juin 1999, p. 8-20.
- **La Surdité congénitale dans une famille d'entendants**, Handicap, CTNERHI, n°82, 06/1999. 87 p.
- LAX, **Des maux pour le dire**, Vents d'Ouest, 1995. 47 p.
- **Les Déficients visuels multihandicap s**, Réadaptation n°443, 09/1997. 56 p.
- **Le Traumatisme crânien**, Les Cahiers du CTNERHI, CTNERHI, n°75/76, 07/1997. 197 p.
- LELU-LANIEPCE Joëlle, **Voyage dans le monde des sourds**, Ed. Pierre Marcel FAVRE, 1985. 164 p.
- **La Compensation des incapacités**, Réadaptation n°458, 03/1999. 60 p.
- **Les Enjeux de la classification internationale des handicaps : actes de la journée d'études du CTNERHI**, Paris, 22 octobre 1998, Handicap, CTNERHI, n°81, 03/1999. 152 p.
- **Le Handicap en institution : le devenir des pensionnaires entre 1998 et 2000**, Insee première, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, n°803, 09/2001. 4 p.
- **Les enjeux de la classification internationale des handicaps**. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 81, 3/1999, 152 p.
- **Les Handicapés respiratoires**, Réadaptation n°472, 07/2000. 52 p.
- **Les "Majeurs protégés" sont-ils bien... protégés ?**, Lien Social, n°515, 20/01/2000. 22 p.
- LIBERMAN Romain, **Handicap et maladie mentale : rapports dialectiques**, PUF, 1988. 126 p.
- **L'impact socio-économique des accidents de la route**. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 59, juil.-sept. 1992, 120 p.
- **L'Infirmité motrice cérébrale : bilan et perspectives**. Actes du colloque APF Formation, Paris, 1996, APF Formation, 01/1996. 186 p.
- **L'Insertion sociale des personnes handicapées physiques à Bordeaux, Grenoble, Lorient**, Centre National d'Art et de Culture G. POMPIDOU, 1981. 79 p.

- L'Intégration sociale des personnes handicapées par maladies mentales**, Réadaptation n°409, 04/1994. 44 p.
- LOUIS Jean-Marc, **La Nuit apprivoisée**, Presses de la Renaissance, 2000. 173 p.
- MAISTRE Marie de, **Déficiência mentale et langage : approche psychologique et pédagogique**, Ed. Universitaires, 1970. 267 p.
- Maladie mentale et insertion professionnelle**, Point de repère n°1, avril 1999, Agefiph, 26 p.
- Maladies rares, handicaps rares, médicaments orphelins**, Réadaptation n°465, 12/1999. 52 p.
- Maladie et handicap**, Un Autre regard, UNAFAM, n°3, 1999. 27 p.
- Malentendants et devenus sourds**, Réadaptation, n°422, 07/1995. 46 p.
- MANZANO J. **Le développement psychosocial de l'enfant aveugle et ses troubles**. In : Annales Médico-psychologiques, n° 4-155, 1997, p.249-254.
- MARISSAL J.P. **Les conséquences socio-économiques du traumatisme crânien : une revue de la littérature**. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 64, oct.-déc. 1994, p.15-27.
- MEYNARD André, **Quand les mains prennent la parole**, Erès, 1995. 207 p.
- MICHELET A. et WOODIL G. **Le handicap dit mental : le fait social, le diagnostic, le traitement**. Paris, Delachaux et Niestlé, 1993, 302 p.
- MORMICHE P., GOILLOT C., **Enquête handicaps-incapacités-dépendance en institution en 1998 : résultats détaillés**, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, n°83-84, 2001. 213 p.
- MORMICHE Pierre, **Le Handicap se conjugue au pluriel**, INSEE Première, n°742, 10/2000. 4 p.
- Personnes tétraplégiques et vie autonome**, Réadaptation n°481, 06/2001. 59 p.
- Point sur ... Classification internationale des handicaps et santé mentale**, CTNERHI, GFEP, 2001. 127 p.
- Psychopathologie de l'enfant et psychopathologie de l'adulte**, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Elsevier, n°9/97, 09/1997. pp. 459-534
- RAVAUD J.F. **Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet**. In : Handicap, n° 81, janv.-mars 1999, p.64-75.
- RAVAUD Jean-François, DIDIER Jean-Pierre, AUSSILLOUX Charles, **De la déficience à la réinsertion : recherches sur les handicaps et les personnes handicapées**, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, 1997. 199 p.
- Révision de la Classification Internationale des Handicaps**, Les Cahiers du CTNERHI, CTNERHI, n°79/80, 12/1998. 233 p.
- SACKS Oliver, **Des Yeux pour entendre : voyage au pays des sourds**, Le Seuil, 1996. 305 p.
- Santé mentale : bilan et perspectives**, In : Etre handicap information n°40-41, juin 1999.
- SAUSSE Simone, **Le Miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste**, Calmann-Lévy, 1998. 201 p.
- Sclérose en plaques et sclérosés en plaques**. In : Réadaptation, n° 438, mars 1997, p. 7-52.
- SIMON Jean-Luc, **Vivre après l'accident : conséquences psychologiques d'un handicap physique**, Chronique Sociale, 1989. 148 p.
- SORDES-ADER F. et al. **La surdit e congénitale dans une famille d'entendants : ses conséquences sur l'estime de soi et les projets à l'adolescence**. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 82, juin 1999, p.1-15.
- Souffrance, accompagnement**, Les Cahiers de l'APF, Association des Paralysés de France, 1999. 15 p.
- Sourds et malentendants : entre intégration et droit à la différence ... un conflit d'objectifs ?**, Les Cahiers de L'Actif, Actif Information, n°298/299 - 300/301, 03/2001. 284 p.
- TAGGER N. **La communication avec un jeune sourd**. Presses Universitaires de Lyon, 1994, 75 p.
- Traumatisme crânien et relaxation**, Handicap, CTNERHI, n°85, 01/2000. 96 p.
- TRIOMPHE A. **Les personnes handicapées en France, données sociales 1995**. Paris : CTNERHI, 1995, 303 p.
- Trisomie 21, quels futurs ? Premières rencontres européennes sur la trisomie 21**, St Etienne, 8-10 décembre 2000, FAIT 21, GEIST 21, 2001. 202 p.
- 1,5 milliards de francs pour faciliter la vie sociale des handicapés**, Actualités Sociales Hebdomadaires n°2151, 28/01/2000. 35 p.
- VELCHE D. **Personnes handicapées, comment les dénombrer ?** In : La revue de la CFDT n°43, septembre 2001, p. 19-25.
- ZAZZO René, **Les Déficiences mentales**, Armand Colin, 1969. 498 p.
- ZRIBI G., SARFATY J., **Construction de soi et handicap mental**, Ecole Nationale de Santé Publique, 2000. 223 p.

Sur les représentations sociales des personnes handicapées

- ANGERTHH Margareta, *Mots volés, mots rendus : témoignages face au handicap*, Institut d'Etudes Sociales, 1981. 174 p.
- ARVEILLER J.P. et BONNET C. *Devenir du travail, Incidences sur les stratégies psychosociales*. In : Psychiatrie française, n° 2.96, juin 1996, p. 99-105.
- ASSOULY-PIQUET C. *Regards sur le handicap*. Hommes et perspectives, 1994, 280 p.
- BARREYRE Jean-Yves, *Classer les exclus : enjeux d'une doctrine de politique sociale*, Dunod, 2000. 180 p.
- CHAPIREAU F. *Le handicap impossible (1e partie)*. In : *Annales Médico-psychologiques*, n° 7-146, 1988, p. 609-631.
- CHAPIREAU F. *Le handicap impossible (2e partie)*, *Annales Médico-psychologiques*, n° 8-146, 1988, p. 691-708.
- CROS-COURTIAL M-L. Les grands principes de l'intervention collective depuis 1945. In: *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*. Paris, Desclée de Brouwer, 1998, p. 153-184.
- DADOUN Roger, *Société, éthique et handicap*, Groupe de Réflexion sur les Mutations Sociales, Association Régionale pour l'Intégration, 1996. 138 p.
- DEMONET Roland, MOREAU de BELLAING Louis, *Déconstruire le handicap : citoyenneté et folie : analyse d'un système de pensée*, CTNERHI, 2000. 303 p.
- DORIGUZZI P. *L'histoire politique du handicap*. L'Harmattan, 1994, 223 p.
- EBERSOLD S. *Du handicapé à " l'anormal d'entreprise " : la transfiguration du chômeur*. In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 73, janv.-mars 1997, p.19-32.
- EBERSOLD S. *L'Invention du handicap : la normalisation de l'infirme*. CTNERHI, 1997, 300 p.
- EBERSOLD S. *Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations*. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France, Desclée de Brouwer, 1998, p. 39-62.
- *Eliminer le handicap : jusqu'où ?*, Les Cahiers de l'APF, Association des Paralysés de France, 1999. 15 p.
- FARDEAU M, LANG G., BON C. *Les professionnels à l'épreuve de la déficience*. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 389-402.
- *Favoriser l'insertion des handicapés mentaux*, Mouv'Ance, Association Nationale des Communautés Educatives, n°78, 10/1999. 15 p.
- FOUCAULT M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.
- GARDOU Charles, *Handicaps, handicapés : le regard interrogé*, Erès, 1991. 263 p.
- GIAMI A. *De l'écart bio-psychique à la rupture du lien social : l'évolution des représentations du handicap*. In : L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 63-74.
- GOFFMAN Erving, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Ed. de Minuit, 1975. 175 p.
- GRIM R.O. *Du monstre à l'enfant : anthropologie et psychanalyse de l'infirmité*. CTNERHI, 2000, 189 p.
- *Handicaps et handicapés*. In : Informations Sociales, n°42, 1995, 104 p.
- *Handicaps : changer notre regard*, Le Journal Des Psychologues, n°130, 09/1995. 70 p.
- *Incidences des catégorisations de la déficience mentale*, Handicap, CTNERHI, n°91, 07/2001. 95 p.
- *Inclusion, exclusion : contribution à la sociologie du handicap*, Handicap, CTNERHI, n°86, 04/2000. 100 p.
- *Inclusion, exclusion : contribution à la sociologie du handicap*. Partie 2, Handicap, CTNERHI, n°87, 07/2000. 93 p.
- JODELET D. *Folies et représentations sociales*, PUF, 1989.
- *L'Adulte devenu handicapé : annonce du handicap, réaction psychologique et vécu identitaire*, Dossier professionnel, CTNERHI, n°7, 10/2000. 96 p.
- *Les Aspects sociaux du handicap : reconnaître, intégrer, respecter, Prévenir, Coopérative d'Edition de la Vie Mutualiste*, n°39, 07/2000. 254 p.
- *L'image de la personne malade psychique à travers les sociétés : journées d'études annuelles de l'UNAFAM*, Lorient, 4-5 juin 1999, 25 p.
- MORVAN J-S. *Représentation des situations de handicaps et d'inadaptations*. CTNERHI, 1997, 369 p.
- *Quelle place pour les personnes handicapées ?* Esprit, n°259, 12/1999. 221 p.
- RAVAUD J-F, DIDIER J-P., AUSSILLOUX C., Ayme S. *De la déficience à la réinsertion : recherches sur les handicaps et les personnes handicapées*. INSERM, 1997, 199 p.
- *Regards sur la folie*. In : Sciences Humaines, n° 40, 06 /1994, 50 p.
- RISSELIN P. *Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000*. Odas, 1998, 159 p.
- STIKER H.J. *Corps infirmes et société*. Dunod, 1997, 217 p.
- STIKER H.J. *Histoire de l'infirmité*. In : Recherches en soins infirmiers, n° 9, juin 1987, p.11-19.
- STIKER H.J. *Les handicapés, ni exclus ni inclus*. In: ASH, n° 2005, 10 janv. 1997, p. 25-27.
- UNAPEI : *la nouvelle image de la personne handicapée mentale*, Réadaptation n°456, 01/1999. 48 p.
- VILLE I. et RAVAUD J.F. *Handicap et stigmatisation*. In : Intégration et exclusion dans la société française contemporaine. Presses Universitaires de Lille, 1992, p. 251-280

Axe 1

La reconnaissance du handicap ou d'une incapacité

La demande de reconnaissance du handicap est une démarche personnelle et volontaire de la personne et reste confidentielle.

Les politiques françaises de l'invalidité en vigueur actuellement ont deux philosophies différentes : l'une de responsabilité, donc de réparation, l'autre de solidarité donc de compensation et de protection sociale. Les premiers handicapés à avoir été reconnus sont les victimes de guerre et une législation abondante organise la réparation des dommages de guerre.

Il n'existe donc pas un statut unique de "handicapé" mais quatre régimes légaux :

- Les mutilés de guerre
- Les victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles
- Les titulaires d'une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale
- Les handicapés reconnus par la COTOREP

Les avantages liés à la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) : ce statut permet à la personne handicapée de rentrer dans le champ des bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 et d'accéder à l'ensemble des dispositions d'aide à l'insertion professionnelle (formation, aide des Cap Emploi, garantie de ressources, emplois secteur public,...).

I/ La commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (cotorep) :

A. Généralités

ORIGINE		
Instance départementale prévue par la loi d'orientation du 30 juillet 1975, art.14 dans un but d'unification et de cohérence dans la prise en charge des handicapés. Sa composition, son fonctionnement et son rôle sont fixés par le décret n°76-478 du 2 juin 76 modifié par le décret n°95-642 du 6 mai 1995 et par le circulaire du 27 février 2002 .		
COMPÉTENCES		
Examine la situation de l'ensemble des adultes handicapés ²⁸ dans toutes ses dimensions : emploi, formation professionnelle, orientation, placement, aides financières et sociales.		
Section 1	Section 2³⁰	
<ul style="list-style-type: none"> - apprécie l'aptitude au travail, - reconnaît la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et le classe dans une catégorie A, B ou C, - se prononce sur l'orientation professionnelle en milieu ordinaire, protégé ou en formation professionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - apprécie le taux d'invalidité et délivre la carte d'invalidité, - se prononce sur l'orientation et l'admission dans un établissement spécialisé, - détermine si l'état ou la situation des handicapés justifie des allocations diverses prévues par la loi (AAH, ACTP, ACFP, Allocation logement). 	
COMPOSITION		
	Commission	Secrétariat
	<ul style="list-style-type: none"> - 24 membres³² - présidée alternativement par le directeur de la DDASS et de la DDTEFP 	<ul style="list-style-type: none"> Un secrétaire et un adjoint sur proposition de la DDTEFP et de la DDASS
	Equipe technique	
	<ul style="list-style-type: none"> Équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, assistantes sociales, Conseiller de l'ANPE) 	
Rôle	<ul style="list-style-type: none"> - statue sur les demandes et rend les décisions, - peut entendre la personne handicapée ou son représentant. 	<ul style="list-style-type: none"> - enregistre les demandes, - accueille et informe les handicapés et leur famille, - suit la personne handicapée, - assure les liaisons avec organismes, - tient à jour le fichier départemental, la liste des structures d'accueil.
		<ul style="list-style-type: none"> - étudie les cas soumis, - recueille les avis nécessaires, - réalise une synthèse présentée à la commission.

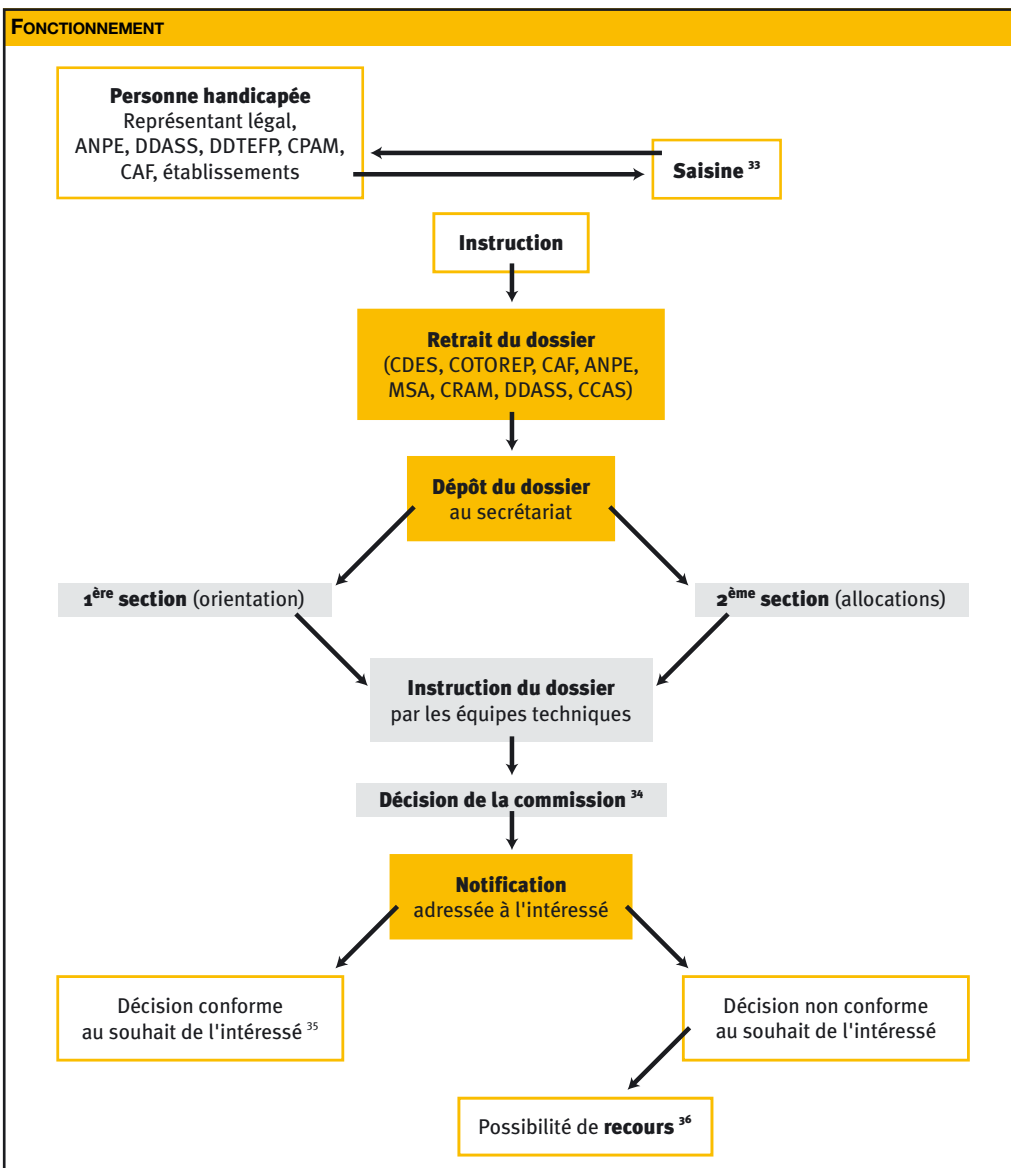
²⁸ Rappel : La CDES est compétente pour les enfants et les adolescents de la naissance à 20 ans. Au moment où se pose la question de la formation professionnelle, les jeunes peuvent encore relever de la CDES notamment quand une orientation en apprentissage est envisagée pour un jeune de 16 à 20 ans et dans ce cas la CDES transmet le dossier à la COTOREP.

²⁹ Il s'agit de "toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales" Classement en Catégorie A, B ou C : du handicap léger au handicap le plus lourd.

³⁰ Il existe aussi une section spécialisée fonction publique.

³¹ Sur la base du nouveau Guide-Barème prévu par le décret du 4.11.1993.

³² Nommés par le Préfet. Composition diversifiée représentant le Conseil Général, les administrations du travail (DDTEFP, ANPE, médecin du travail), de la santé (DDASS), la Sécurité sociale, les établissements (AP, CAT), représentants des personnes handicapées ou de leurs familles, les syndicats...



³³ Dans tous les cas la personne handicapée est informée de la saisine. La personne handicapée doit être âgée de 20 ans et plus, ou 16 ans si elle est entrée dans la vie active, pour saisir la COTOREP.

³⁴ Les décisions doivent être motivées et révisées périodiquement (dans un délai maximal de 5 ans), elles s'imposent aux organismes de prise en charge (CAF, CPAM) et aux établissements (AP, CAT) mais n'a qu'un pouvoir de proposition à l'égard du travailleur handicapé et de l'employeur.

³⁵ AMENDEMENT CRETON : la Loi n°89.18 du 13.01.89, art.22, prévoit que les jeunes adultes handicapés peuvent être, à titre exceptionnel, maintenus dans les établissements d'éducation spéciale au-delà de 20 ans, s'ils ne trouvent pas de places dans les établissements pour adultes handicapés désignés par la COTOREP.

³⁶ Devant la Commission départementale des handicapés (C.D.T.H.).

³⁷ circulaires n°2002/113 DGEFP-DGAS-DAGEMO-DAGPB-DRT et n° 2002/114 DGEFP-DGAS-DAGEMO-DAGPB du 27 février 2002

Deux **circulaires du 27 février 2002**³⁷, cosignées par le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et par le Ministre Délégué à la Famille et aux personnes handicapées, modifient le fonctionnement de la COTOREP en fusionnant les deux sections pour :

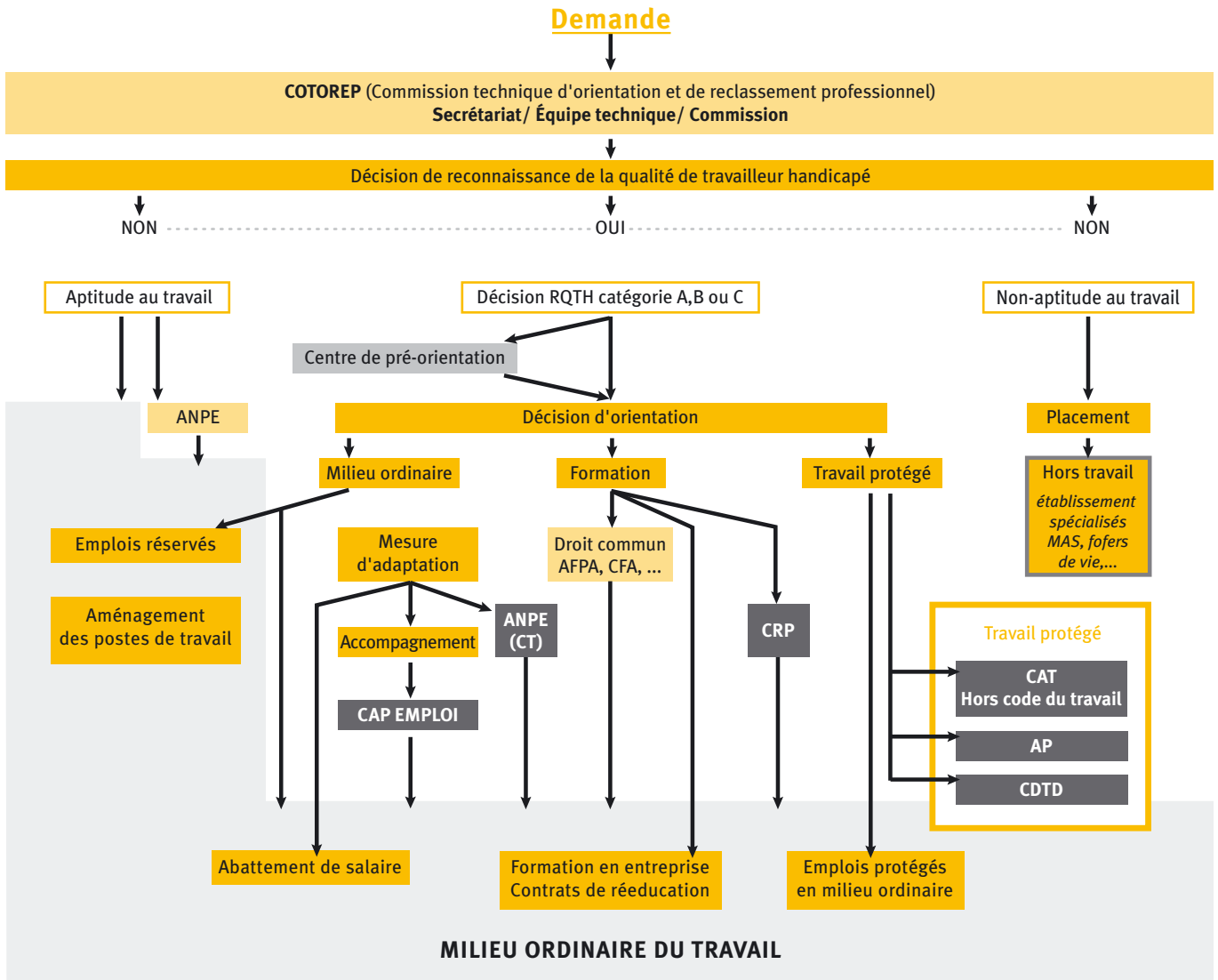
- permettre une approche globale et cohérente de la personne via l'évaluation de ses potentialités et incapacités
- évaluer le handicap selon une approche médicale identique à l'ensemble des COTOREP

D'un point de vue pratique, la fusion des deux sections de la COTOREP c'est :

- un secrétariat unifié
- une équipe technique unifiée et pluridisciplinaire
- un co-pilotage : DDTEFP et DDASS
- une convention transmise au Préfet, et portant par exemple sur :
 - l'amélioration de l'accueil
 - la réduction des délais de traitement des demandes
 - la mise en place d'une coordination médicale
 -

Dans dix départements pilotes, une démarche innovante consistant à optimiser la fonction d'accueil est mise en place. Elle s'appuie sur des entretiens personnalisés, et permettra à la personne de bénéficier de l'ensemble des dispositifs existants, souvent perçus comme complexes.

Schéma 2 : Dispositif général pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées



Légende :

- Formation
- Milieu ordinaire du travail
- Travail protégé

SERVICES OU CENTRES SPÉCIALISÉS

- CT : Conseiller Technique ANPE
- CAP EMPLOI : ancien EPSR et OIP
- CRP : Centre de Rééducation Professionnelle
- CTD : Centre de Distribution de Travail à Domicile
- AP : Atelier Protégé
- CAT : Centre d'Aide par le Travail

Services ouvert à tous public

- AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
- ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
- CFA : Centre de Formation d'Apprentis

Source : VELCHE D. Les personnes handicapées : données sociales, CNERHI, 1991, p. 168.
Schéma réactualisé par ML. DURAND. IFTS. Mai 2002.

B. La COTOREP en chiffres

1. Données nationales

Évolution du nombre de dossiers examinés par la COTOREP

Tableau 23 : Dossiers examinés* par COTOREP

Année	1 ^{ère} section	2 ^{ème} section	TOTAL
1983	103 690	424 236	527 927
1987	113 270	486 595	599 865
1992	210 000	622 600	832 600
1995	339 400	857 300	1 196 700
1999	417 000	721 000	1 138 000

* Ces nombres ne correspondent pas à des personnes. En effet une même personne peut faire l'objet de plusieurs examens et décisions.

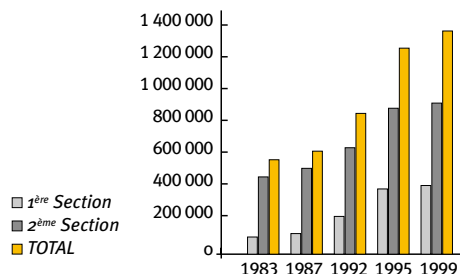


Tableau 24 : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par les COTOREP en 1987, 1992 1995 et 1999

	1987		1992		1995		1999	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Décision de reconnaissance								
Catégorie A	12 431	15,1	19 088	15,8	31 276	18,3	40 042	18,3
Catégorie B	35 340	43,0	50 736	42,1	75 277	43,6	104 166	47,5
Catégorie C	26 972	32,8	38 113	31,6	49 563	29,1	59 306	27,0
Total	74 743	90,8	107 937	89,6	156 116	91,1	203 514	92,8
Refus de la reconnaissance *								
Aptitude au travail	3 664	4,5	5 078	4,2	5 971	3,5	5 683	2,6
Inaptitude au travail	3 868	4,7	7 433	6,2	9 120	5,4	10 203	4,6
Total	7 532	9,2	12 511	10,4	15 091	8,9	15 886	7,2
Total des reconnaissances	82 275	100	120 448	100	171 207	100	219 400	100

RQTH le plus souvent en catégorie B.

D'après M. FARDEAU, DIETRICH-SAINSAULIEU M., LE VAILLANT M., *Analyse de l'activité des COTOREP en 1992, Résultats France Entière, LES, Paris, 1993. Et données Ministérielles et COTOREP pour 1995 et 1999.*

* Les refus (environ 10%) se répartissent entre absence de la dimension "handicap" (aptitude au travail) et absence de la dimension "travail" (reconnaissance d'un handicap mais inaptitude au travail)

Tableau 25 : Décisions d'orientation de la section 1 de la COTOREP en 1987,1992,1995 et 1999.

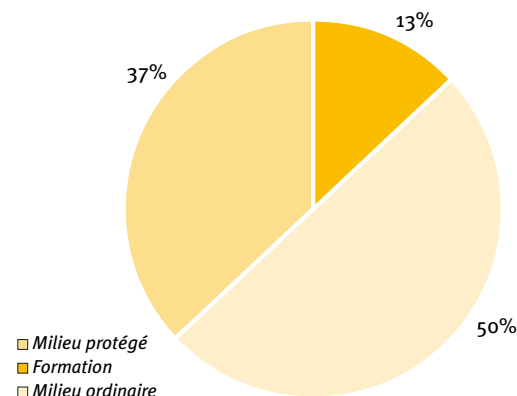
	1987		1992		1995		1999	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Milieu ordinaire de travail	29 792	45,4	32 577	41,8	52 870	47,4	66 635	50
Centre d'aide par le travail	18 562	28,3	25 586	32,8	33 900	30,5	48 709	37
Ateliers protégés	3 723	5,7	6 757	8,7	9 000	8,1		
Formation	13 555	20,7	13 039	16,7	15 630	14,0	17 144	13
Total des orientations	65 632	100	77 959	100	111 400	100	132 488	100

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité

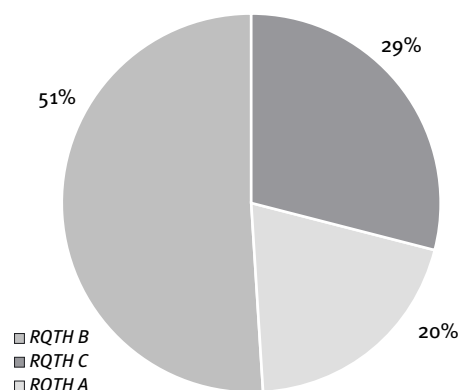
En 1999, 132 488 décisions d'orientation ont été prises par les sections 1 des COTOREP, avec une augmentation vers le milieu ordinaire, l'orientation vers la formation représentant les 13% restant.

A noter : Les décisions prises par la 1^{ère} section sont tributaires des possibilités locales (offres d'emploi dans les entreprises ordinaires, places en établissements protégés, dans les sessions de formation). Disparités entre les différentes régions dues à l'effet institutionnel.

Les orientations COTOREP en 1999



Les reconnaissances COTOREP en 1999



Où sont les travailleurs handicapés ?

- 88 985 dans l'un des 1 313 CAT (1998)
- 18 264 dans l'un des 548 AP (2000)
- 219 778 dans le secteur privé assujéti à l'obligation d'emploi - loi du 10 Juillet 1987- (1998)
- 135 131 en situation de chômage (Source ANPE dec. 2000)
- 87 720 adultes vivent en établissements d'hébergement. (Au 1.01.1998)

2. Données régionales

Tableau 26 : Les décisions COTOREP en Rhône-Alpes - 2000

28 074 RQTH	18 783 DÉCISIONS D'ORIENTATION
- 15,1% Catégorie A	- 45,3% en milieu ordinaire
- 44,8% Catégorie B	- 20,2% en milieu protégé
- 26,8% Catégorie C	- 9,4% en formation
- 13,4% autres (refus, inaptitude, sans suite)	- 24,7% autres (refus, sans suite ou actions spécifiques)

II / Les organismes de Sécurité Sociale : CPAM ou MSA

La Sécurité Sociale recouvre l'ensemble des régimes légaux de protection sociale qui garantissent les personnes contre tout ou partie des risques (maladie, invalidité, accident de travail ou maladie professionnelle).

Le service médical apprécie le taux d'incapacité.

A. La reconnaissance de l'invalidité

• L'arrêt de travail

L'arrêt de travail peut donner lieu au versement d'une pension d'invalidité : prestation qui vise à compenser la perte de rémunération résultant de la réduction de la capacité de travail due à une maladie ou à un accident non professionnels.

Les conditions d'attribution

Il faut être âgé de moins de 60 ans, être immatriculé à la Sécurité Sociale depuis au moins 1 an, avoir travaillé au moins 800 heures dans les 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail, avoir une capacité de travail réduite au moins de 2/3.

Les personnes invalides sont classées en 3 catégories en vue de déterminer le montant de la pension attribuée :

CATÉGORIE	DÉFINITION	PENSION
I	Capacité à exercer une activité rémunérée	30% du salaire de base ³⁸
II	Incapacité à exercer une activité rémunérée	50% du salaire mensuel de base ³⁹
II	Incapacité à exercer une activité rémunérée et dans l'obligation d'avoir recours aux services d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie	50% du salaire annuel moyen + majoration pour tierce personne ⁴⁰

³⁸ Minimum mensuel au 1/04/2002 : 233,97 € ; Max : 705,60 €

³⁹ Minimum mensuel au 1/04/2002 : 233,97 € ; Max : 1 176 €

⁴⁰ Montant au 1.04.2002 : 916,32 €

• L'accident de travail / la maladie professionnelle

L'accident de travail survient soit par le fait ou à l'occasion du travail, soit pendant le trajet aller et retour entre le lieu de travail et la résidence principale.

Certaines maladies figurant parmi les affections inscrites au tableau des maladies professionnelles (Cf. : Code Sécurité Sociale)⁴¹

Les conditions d'indemnisation

Si les lésions, après une période de soins, entraînent une incapacité permanente partielle (IPP) ou totale, le médecin-conseil statue sur le taux d'incapacité qui donne lieu à une indemnité forfaitaire si le taux est inférieur à 10%, à une rente d'accident

⁴¹ Tableaux des maladies professionnelles prévues à l'article R. 461-3 du Code de la sécurité sociale (annexe)

Synthèse : Invalidité, Incapacité, Inaptitude, Impossibilité de se procurer un travail

Tableau 30 : Les quatre " i " à ne pas confondre

	SÉCURITÉ SOCIALE	COTOREP	MEDECIN DU TRAVAIL
Invalidité	Oui Invalidité 1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} catégorie	Non	Non
Incapacité	Oui en cas de Maladie professionnelle ou d'Arrêt de travail Taux d'incapacité permanente partielle (IPP) <i>si + de 10% = bénéficiaire de la loi de 1987</i>	Oui 2 ^{ème} section fixe un Taux d'incapacité déterminant pour l'attribution de l'AAH et CI	Non
Inaptitude	Oui Retraite pour inaptitude au travail entre 60 et 65 ans	Oui 1 ^{ère} Section RQTH Avis donné par un médecin	Oui Inaptitude temporaire ou définitive à un poste de travail
Impossibilité de se procurer un travail	Non	Oui Si taux compris entre 50 et 80% pour l'AAH	Non

Source : P. GROLLEMUND

III / Le régime militaire

L'arrêté du 2 mars 1916 crée un Office National des mutilés de guerre et réformés qui devient le 17 juin 1946 : **l'Office National des Anciens Combattants et victimes de guerre (ONAC)**.

Il remplit différents rôles : rééducation professionnelle, mission d'assistance administrative, juridique, matérielle et financière dans les domaines du travail, de l'apprentissage, de l'éducation, de l'assurance et de la prévoyance sociale.

Les bénéficiaires sont les anciens combattants titulaires d'une pension d'invalidité et victimes de guerre, les veuves de guerre, les orphelins de guerre et les assimilés.

La Loi du 12 décembre 1952 crée un régime de protection. Le taux d'invalidité, par rapport aux lésions constatées médicalement, est fixé selon le Guide barème des invalidités applicable au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Depuis 1990, la loi a confié à l'ONAC la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme et depuis juillet 1993, son action s'étend à la protection des enfants et orphelins des agents de l'Etat (magistrats, gendarmes, policiers, démineurs,...) blessés ou tués lors de missions de sécurité publique.

Tableau 27 : Pensions d'invalidité - Régime général

ANNÉE	MONTANT (EN MILLIONS D'EUROS)		BÉNÉFICIAIRES (EN MILLIERS DE PERSONNES)			
	Total	Aux invalides	Invalides	Veuves et orphelins	Ascendants	Total
1980	1951	1215	591	285	60	936
1985	2720	1772	494	219	36	749
1990	2769	1830	428	182	23	633
1996	2598	1693	358	151	14	523
1999	2370	1519	315	135	10	460

Source : Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie - Service des Pensions

Bibliographie

- **Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000.** Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, 447 p.
- BLANC A. La COTOREP : l'expert ballotté. In : **Les handicapés au travail.** Dunod, 1999, p.49-81.
- CORDEY Véronique, **Les Décisions des COTOREP concernant l'allocation aux adultes handicapés en 1999.** Document de travail, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, n°5, 08/2000. 29 p.
- FARDEAU M., DIETRICH-SAINSAULIEU M., LE VAILLANT M. **Analyse de l'activité des COTOREP en 1992, Résultats France Entière,** LES, 1993, 259 p.
- **L'invalidité, approches et statistiques.** In : Les Cahiers du CTNERHI, n° 39, juil.-sept. 1987, 123 p.
- LEMARIÉ Y. **Du bon usage de la COTOREP.** In : Synapse, n° 135, avril 1997, p. 33-38.
- **Les COTOREP,** Juris Handicaps, UNAPEI, n°81, 1997. 72 p.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville et Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. **Note d'orientation DE/DAS n° 94/30 du 1er août 1994 sur l'activité et le fonctionnement des COTOREP** Travail Social Actualités Droit et Société, 05 oct. 1994, p. 7-14.
- Office National des Anciens Combattants et victimes de guerre (ONAC). In : **Réadaptation n° 406,** janv.1994, p. 5-11.

La formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées

Loi du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations.

Article 1^{er}

"**Art. L. 122-45. du code du travail** - Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de sa situation de famille, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation ou une race, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales ou mutualistes, de ses convictions religieuses, de son apparence physique, de son patronyme ou, sauf inaptitude constatée par le médecin du travail dans le cadre du titre IV du livre II du présent code, **en raison de son état de santé ou de son handicap.**"

Le cadre juridique et les acteurs clefs de l'insertion et de la formation professionnelle

L'insertion et la formation professionnelle des personnes handicapées constituent un axe essentiel des politiques sociales.

La loi du 10 juillet 1987, loi-cadre de l'insertion professionnelle, est venue renforcer le droit au travail énoncé par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.

L'AGEFIPH, issue de la loi de 1987, est un des acteurs principaux de la mise en œuvre de la politique de la formation et de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

Les acteurs spécialisés et de droit commun, fédérés par les PDITH, viennent garantir la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées vers l'emploi et la formation en leur apportant le soutien et l'aide qui leur sont nécessaires.

I / Les acteurs institutionnels

Avant la décentralisation, l'Etat était le principal acteur de la politique en faveur des personnes handicapées. A partir de 1982, les lois instituant la décentralisation et les transferts de compétences, dont la "loi particulière" du 6 janvier 1986 appliquée au secteur social et médico-social, ont confié des missions aux collectivités territoriales.

Tableau 32: Le Conseil Régional, le Conseil Général, la DDTEFP, la DDASS

	STATUT	MISSIONS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES
Conseil Général	collectivité territoriale départementale services d'action sociale	<ul style="list-style-type: none"> • assure l'hébergement des travailleurs handicapés en foyer ou en Service d'Accompagnement à la Vie Sociale • favorise l'autonomie des personnes handicapées vivant à domicile en versant l'ACTP ou l'ACFP
Conseil Régional⁴¹	collectivité territoriale régionale	<ul style="list-style-type: none"> • donne accès aux actions de formation du Programme Régional de Formation • permet l'accès aux formations délivrées par les CFA
DDASS + DRASS⁴²	service déconcentré du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité	<ul style="list-style-type: none"> • assure le secrétariat de la CDES et préside la 2^{ème} section de la COTOREP et la CDES • planifie et programme les équipements sociaux (CAT) et médico-sociaux • Etablit la tarification et contrôle les établissements sociaux et médico-sociaux (CRP) • Pilotes les sites pour la vie autonome
DDTEFP⁴³	service déconcentré du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité	<p>DDTEFP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • préside la 1^{ère} section de la COTOREP, gère le secrétariat et assure le suivi des Ateliers protégés • attribue la garantie de ressources des travailleurs (GRTH) du milieu protégé • contrôle l'obligation d'emploi • préside le comité de pilotage du PDITH, cofinance des actions de préparation à l'emploi ou de formation des travailleurs handicapés demandeurs d'emploi • assure le secrétariat de la CDTH • suit l'activité des Cap Emploi <p>Inspection du Travail⁴⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervient sur l'inaptitude, l'accessibilité des locaux de l'entreprise, l'aménagement du poste de travail • vérifie les conditions pour l'abattement de salaire • vise les contrats de mise à disposition d'un ouvrier d'atelier protégé dans une entreprise
AGEFIPH	association nationale	Voir présentation de l'Agefiph page 72

⁴¹ S'agissant de la formation professionnelle et de l'apprentissage, le Conseil Régional dispose d'une compétence de droit commun élargie aux jeunes sans qualification par la Loi du 20.12.1993.

⁴² Au niveau régional, la DRASS s'occupe des allocations de ressources affectées aux dépenses du secteur médico-social et social, du suivi du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), de l'information du public et de la programmation des équipements destinés à accueillir des personnes handicapées.

⁴³ Sa mission s'inscrit dans la politique générale de l'emploi du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

⁴⁴ Dans le cadre de sa mission générale de conseil et de contrôle de l'application de la réglementation du travail.

II/ La loi de 1987

La Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés⁴⁵ détermine les conditions de l'obligation d'emploi imposant à tous les employeurs, occupant au moins 20 salariés, d'employer 6% de travailleurs handicapés. ⁴⁵ modifiant La loi du 23.11.1957

A. Les grands principes :

PRINCIPES DE LA LOI DE 1987	
Bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes reconnues travailleurs handicapés par la COTOREP • Les victimes d'accident de travail ou de maladie professionnelle ayant une IPP au moins égale à 10% et titulaires d'une rente versée par un organisme de Sécurité Sociale. • Les titulaires d'une pension d'invalidité avec une réduction des 2/3 de leur capacité de travail. • Les anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension d'invalidité, les veuves et orphelins de guerre. • Les sapeurs pompiers volontaires, victimes d'un accident dans l'exercice de leur fonction et titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité
Employeurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> • Les employeurs du secteur privé • Les établissements publics • L'Etat
Modalités d'applications	<ul style="list-style-type: none"> • Embauche directe de travailleurs handicapés • Conclusion de contrats de sous-traitance avec des établissements de travail protégé (limitée à 3% du taux d'emploi) • Application d'un accord de branche d'entreprise ou d'établissement en faveur des travailleurs handicapés (agrée par l'autorité administrative) • Versement d'une contribution au fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) , versée par bénéficiaire manquant pour atteindre le quota de 6%
Unités bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque travailleur handicapé représente une ou plusieurs unités-bénéficiaires calculées en fonction de plusieurs critères⁴⁶
Commission départementale des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés (CDTH)	<ul style="list-style-type: none"> • Statue sur les contestations nées de l'application de l'obligation d'emploi (salaire des bénéficiaires, garantie de ressource, classement) • Emet un avis sur les accords d'entreprise soumis ensuite à l'agrément du Préfet

⁴⁶ voir tableau ci-après

L'embauche directe des bénéficiaires de l'obligation d'emploi :

Les "unités bénéficiaires" sont calculées selon l'âge, la catégorie de travailleur handicapé attribuée par la COTOREP, la formation dispensée par l'entreprise, les placements antérieurs, le taux d'incapacité, l'année d'embauche. La réglementation a prévu un système de bonifications afin d'inciter les entreprises à employer ou maintenir dans l'emploi les travailleurs les plus handicapés et les plus fragiles ou ceux issus du milieu de travail protégé ou d'une action de formation professionnelle. Les deux premières années, chaque bénéficiaire compte pour 2 unités.

Tableau 33 : Mode de calcul des unités bénéficiaires

	Base	Importance du handicap		CDI	Age Moins de 25 ans plus de 50 ans	Formation en entreprise 500 h ou +	Embauche à la sortie d'un CAT, AP, CDTD, IMPro	Stagiaires sortant des CRP	Maximum
Limite temporelle				Année d'embauche + année suivante	Atteinte de la limite d'âge	Année d'embauche		Année d'embauche + année suivante	
Travailleur reconnu handicapé par la COTOREP	1	Catégorie B +0,5	Catégorie C +1,5	+1	+0,5	+0,5	+1	+ 0,5 unité	5,5
Accidentés du travail Victimes de maladies professionnelles	1	IPP de 66,66% à 85% +0,5	plus de 85% +1,5						3,5
Titulaires d'une pension d'invalidité	1			+1					2
Titulaires d'une pension militaire d'invalidité ou assimilée	1			+1					2

Les accords d'entreprise⁴⁶

⁴⁶ Voir en annexes le récapitulatif des accords d'entreprise et de branche page 120

⁴⁷ Et non plus facultativement, depuis la loi n°2002-73 de modernisation sociale du 17.01.2002 (art.132)

Ces accords doivent prévoir la mise en oeuvre d'un programme annuel ou pluriannuel d'actions en faveur des travailleurs handicapés comportant obligatoirement⁴⁷ un plan d'embauche en milieu ordinaire de travail et deux au moins des actions suivantes :

- plan d'insertion et de formation
- plan d'adaptation aux mutations technologiques
- plan de maintien dans l'entreprise en cas de risque de licenciement

Exemple :

ACCORD EDF-GDF
EDF et Gaz de France ont signé le 29 janvier 2002 un nouvel accord national, dans le cadre de leurs missions de service public. Cet accord porte sur l'emploi des travailleurs handicapés. Il est conclu pour 3 ans (2002 - 2004).
Les engagements de EDF - Gaz de France :
<ul style="list-style-type: none"> • recruter 2 personnes handicapées en moyenne par unité de production • adapter tous les locaux accueillant du public aux personnes à mobilité réduite • soutenir le secteur protégé, en consacrant 8.5 millions € par an pour les commandes passées aux CAT • renforcer les actions de formation, en dédiant 100 000 heures par an pour former des travailleurs handicapés extérieurs à l'entreprise.
Cet accord est décliné localement, avec la mise en place dans chaque unité d'une équipe d'insertion (composée de médecins du travail et de médecins conseil).

Les accords d'entreprise sont agréés par le Préfet après avis de la CDTH. Ils sont signés par les partenaires sociaux (employeur et organisations syndicales de salariés).

Ils peuvent être consultés dans les DDTEFP

B. Le bilan

1. Données Nationales

Tableau 34 : L'emploi direct en milieu ordinaire de travail (secteur privé assujetti)

ANNÉE	NOMBRE DE TH	UNITÉS BÉNÉFICIAIRES PRORATISÉES (UBP)	TAUX D'EMPLOI
1991	258 000	296 900	3,80%
1992	254 700	310 200	4,00%
1993	254 500	310 256	4,06%
1994	247 900	311 000	4,11%
1996	221 210	285 533	3,99%
1997	219 661	286 922	4,04%
1998	219 778	295 718	4,03%

En 1998, 91 424 établissements étaient assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Parmi les TH, 113 000 sont reconnus par la COTOREP (soit plus de la moitié des TH); 80 000 sont titulaires d'une rente d'accidents du travail ; 19 000 d'une pension d'invalidité et 5000 assimilés aux mutilés de guerre.

Tableau 35 : Caractéristiques de l'emploi direct - 1999

Ensemble des TH	342 061 dans le secteur privé
Catégories	48,8% RQTH COTOREP 21,5% accidentés du travail 9,5% Invalides pensionnés 2,4% mutilés de guerre 17,2% non précisé
Attitude des entreprises	31% atteignent le taux de 6% 38% ne comptent aucune personne handicapée
Profil de la population employée	77% population masculine, 58% ont entre 30 et 50 ans 64% ouvriers et employés 36% niveau CAP/BEP
Entreprises de moins de 20 salariés	120 000 TH employés

Tableau 36 : Les autres modalités d'acquittement de l'obligation d'emploi

Le recours à la sous-traitance	En 1998 : 375 millions d'euros, 21 700 établissements concernés
Les accords	en 2000 : 118 accords sont en vigueur

LA CONTRIBUTION À L'AGEFIPH		
Année	Nombre d'établissements	Montant en millions d'euros
1992	45 500	246
1995	44 852	253
1998	45 550	279
1999	47 080	301
2000	47 277	314

Tableau 37 : Le public bénéficiaire en 1995 et 1998*

	BÉNÉFICIAIRES 1995	BÉNÉFICIAIRES 1998
Accident du travail ou maladie professionnelle	50,3%	38%
Reconnaissance COTOREP	39%	52%
Invalidité	7,6%	8%
Pensionnés de guerre	3,1%	2%

Source : MES-DARES, enquête sur l'emploi
des travailleurs handicapés

Nature des bénéficiaires en 1998

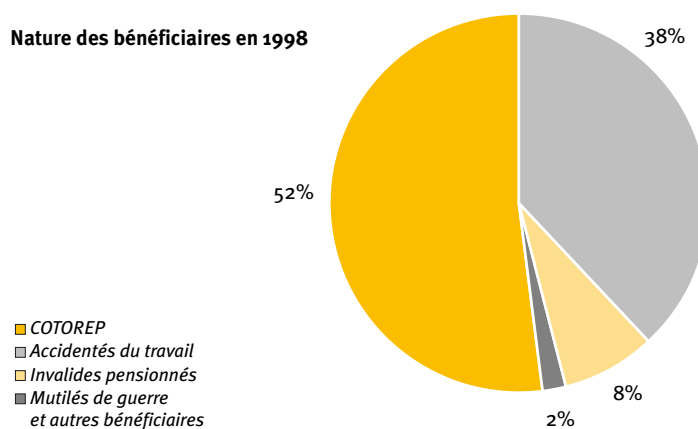


Tableau 38 : Comment les établissements s'acquittent de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés ?

	1996	1997	1998
Recours au seul emploi direct	34,1%	32,7%	30,9%
Recours à l'emploi direct et à la sous-traitance	8,1%	8,0%	8,0%
Contribution à l'Agefiph et emploi direct	20,4%	19,6%	20,7%
Etablissements n'employant pas de travailleurs handicapés	34,2%	36,0%	37,0%
Accords d'entreprise ou de branche	3,3%	3,7%	3,4%
Total	100%	100%	100%

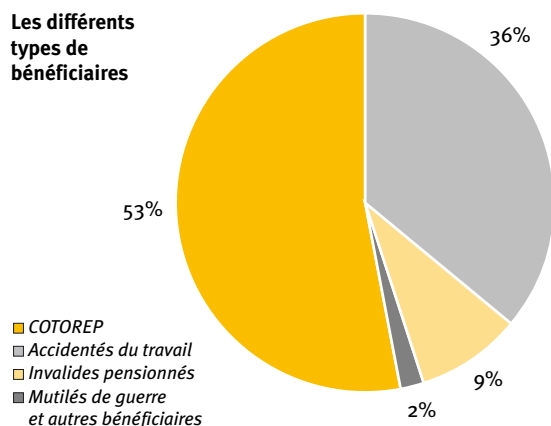
Source : MES-DARES, enquête sur l'emploi des travailleurs handicapés

Les objectifs fixés par le législateur ne sont pas atteints : seulement 4 % de travailleurs handicapés sont employés dans le secteur privé.

2. Données régionales

Quelques données chiffrées en Rhône-Alpes

Les différents types de bénéficiaires



Au niveau régional, un bénéficiaire sur deux a une reconnaissance COTOREP, un sur quatre est accidenté du travail, un sur quatre est titulaire d'une rente d'invalidité, il existe de fortes disparités départementales : reconnaissance COTOREP entre 37,4% (Savoie) et 58,7% (Haute Savoie) ; accidentés du travail entre 5,9% (Ain) et 55,9% (Savoie) ; invalides entre 5,9% (Drôme) et 40% (Rhône)

Source : DRTEFP, ESE au 31/12/1998

TAUX D'EMPLOI DIRECT EN RHÔNE-ALPES

Rhône Alpes	4,6%
Ain	5,2%
Ardèche	4,6%
Drôme	4,5%
Isère	4,8%
Loire	5,5%
Rhône	4,1%
Savoie	4,9%
Haute-Savoie	4,2%

Taux d'emploi en Rhône-Alpes : 4,6% pour 24 474 bénéficiaires.

La Loire se rapproche du quota des 6% (avec 5,5%). Le Rhône a un taux d'emploi de 4,1%.

Au 31.12.1998, il y a 9 569 établissements assujettis à la loi de 1987 dont 2 246 n'employaient aucun travailleur handicapé.

Source : DRTEFP-CRDI au 31/12/1998

RÉPONSE DES ENTREPRISES À L'OBLIGATION DE L'EMPLOI EN RHÔNE-ALPES

	Sous traitance	Accords	Contributions à l'Agefiph
Nombre d'établissements	1 878	162	4 703
% des établissements assujettis	22,2%	1,9%	55,6%

Source : DRTEFP-CRDI au 31.12.1998

L'emploi direct seul est le plus utilisé (34,8% des établissements).

Plus d'un quart (26,53%) des établissements n'emploie aucune personne handicapée, n'utilise pas la sous-traitance et verse une contribution à l'Agefiph.

Une étude sur les "personnes handicapées et l'emploi en Rhône-Alpes" a été effectuée par le CRDI Rhône-Alpes en mars 2001. La synthèse de cette étude est reproduite ici dans son intégralité.

Téléchargement de l'étude et des cahiers départementaux sur le site handiplace : www.handiplace.org

3- Synthèse de l'étude "personnes handicapées et emploi en Rhône-Alpes"

Sommaire

Objectif de l'étude	67
Sources et méthodologie de l'étude	67
Les personnes handicapées : analyse de l'emploi et du chômage	68
• Les salariés bénéficiaires	68
• Les demandeurs d'emploi handicapés	69
Établissements de 20 salariés et plus : assujettissement et réponses à l'obligation d'emploi	71
• De l'assujettissement à l'obligation d'emploi.....	71
• De l'emploi de 6% de salariés à l'absence de salariés bénéficiaires : profils d'établissement	71
En conclusion : du chômage à l'obligation d'emploi	72
• Métiers des salariés et demande d'emploi des personnes handicapées	72
• Les secteurs d'activité employant peu de salariés bénéficiaires	73
• Pistes d'actions.....	73

Objectifs de l'étude

La Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, la Direction Régionale de l'Agence Nationale Pour l'Emploi et l'Agefiph ont souhaité effectuer un état des lieux des caractéristiques et difficultés liées à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, en particulier sous l'angle des qualifications. Des caractéristiques des salariés à celles des demandeurs d'emploi ainsi que des établissements soumis à une obligation d'emploi de personnes handicapées, il s'agit ainsi de disposer d'outils de connaissance et d'aide à la décision permettant d'alimenter, d'orienter les réflexions et travaux engagés par les différents partenaires de ce domaine. L'étude a été réalisée par l'Observatoire Régional de l'Emploi du CRDI Rhône-Alpes

Sources et méthodologie de l'étude

Les sources

Les données utilisées ont été mises à disposition par l'ANPE, la DRTEFP et les DDTEFP. Trois sources statistiques ont principalement été réunies : le fichier ANPE du stock des demandeurs d'emploi handicapés, le fichier des professions et catégories socio-professionnelles des salariés dans les établissements de 20 salariés et plus (formulaires Cerfa D1 de l'Enquête sur la Structure des Emplois) et le fichier de l'emploi des personnes handicapées dans les établissements de 20 salariés et plus (formulaires Cerfa D2 de l'Enquête sur la Structure des Emplois avec saisie des caractéristiques individuelles des salariés bénéficiaires et rapprochement du fichier initial).

Méthodologie

Les données du fichier des salariés bénéficiaires ont été validées et enrichies :

- Vérification des n° SIRET, des 23000 codes PCS, de la situation de handicap (dans la mesure du possible), suppression des doublons, normalisation des codes, calcul des unités bénéficiaires...
- Calcul du taux d'emploi direct pour chaque établissement assujéti ainsi que du taux d'emploi global (taux d'emploi tenant compte, avec l'emploi direct, de la sous-traitance), codification, en particulier, par domaines de métiers et familles professionnelles...

Afin de résumer et de prendre en compte simultanément l'ensemble des informations fournies par les fichiers de données, la méthode exploratoire dite des correspondances multiples a systématiquement été utilisée. Les statistiques descriptives usuelles ont été effectuées.

L'étude s'articule autour des deux axes principaux que sont les personnes handicapées (c'est à dire les bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987) et les établissements d'au moins 20 salariés. L'analyse se découpe en trois points :

Comparaison systématique des caractéristiques des publics cibles suivants : les personnes handicapées en emploi dans les établissements d'au moins 20 salariés avec l'ensemble des salariés et celles au chômage avec les autres publics demandeurs d'emploi. La comparaison s'effectuant via la constitution de profils types de salariés ou de demandeurs d'emploi

- Détermination d'une typologie des établissements en fonction des réponses apportées à l'obligation d'emploi (impact du nombre de salariés, du secteur d'activité...) avec étude préalable de l'assujettissement des établissements, de la sous-traitance, des accords.
- Un croisement et une analyse comparative des données recueillies sur les caractéristiques des publics et sur celles des entreprises. Il s'agit de tirer des enseignements des rapprochements suivants : rapprochement des domaines de métiers des salariés et des demandeurs d'emploi, rapprochement des domaines de métiers des secteurs à faible taux d'emploi de personnes handicapées et de la demande d'emploi handicapée en concordance...

Constitution d'un comité technique et scientifique

Afin de répondre aux exigences méthodologiques et aux réalités du terrain, un comité de suivi a été constitué, composé de représentants institutionnels et d'opérateurs répartis sur l'ensemble de la région Rhône-Alpes (AFPA, Agefiph, ANPE, Cap Emploi, Conseil Régional, COTOREP, DDTEFP et DRTEFP, DRASS, coordinateurs de PDITH, Université Pierre Mendès-France). Ce comité a été consulté tout au long du déroulement de l'étude. *Cette étude a été pilotée par le SEPES de la DRTEFP (Service Etudes, Prospectives, Evaluation, Statistiques).*

Les personnes handicapées : analyse de l'emploi et du chômage

Les salariés bénéficiaires

Dans les établissements d'au moins 20 salariés de la région Rhône-Alpes, le nombre de salariés bénéficiaires est de 24 474 personnes au 31 décembre 1998, soit 2,9% de l'emploi total dans ces établissements. Ces chiffres font référence aux personnes physiques et non aux unités bénéficiaires utilisées dans le calcul de l'obligation d'emploi.

Profil moyen et caractéristiques des salariés bénéficiaires

Ces salariés bénéficiaires sont essentiellement des hommes (à 73,2%) avec un âge moyen d'environ 45 ans (37% ont 50 ans ou plus). Ils ont une forte ancienneté dans leur emploi (15 ans et demi, avec 35,6% de salariés ayant une ancienneté supérieure ou égale à 20 ans).

Ils sont plutôt ouvriers (à 54,8%), et parmi ces derniers, sont plus souvent non qualifiés (4,73% des ouvriers non qualifiés de l'industrie sont handicapés alors que la part des personnes handicapées parmi l'ensemble des ouvriers est de 3,52%).

Les bénéficiaires travaillent majoritairement dans le secteur de l'industrie ou de la construction (60% des salariés) et ont une présence relativement importante dans la Loire et l'Isère, deux départements au secteur industriel particulièrement développé et d'importance historique (en particulier pour la Loire).

Les caractéristiques des salariés bénéficiaires sont ainsi très liées à l'industrie et aux accidents du travail ou maladies professionnelles qui en découlent.

Les domaines de métiers liés à l'industrie font partie des plus importants en terme d'emploi de personnes handicapées (en particulier, métallurgie-mécanique et industries de process) avec ceux de la logistique et du nettoyage.

Nombreux dans les domaines de la gestion administrative (qui regroupe 12,9% des salariés bénéficiaires), la part des salariés bénéficiaires reste relativement faible par rapport à l'ensemble des salariés.

A noter qu'une proportion relativement importante de salariés bénéficiaires se situent dans des domaines de métiers non classifiés, en particulier en tant qu'ouvriers non qualifiés "divers", c'est à dire sans spécialisation particulière.

Les "catégories" de salariés bénéficiaires

Parmi l'ensemble des salariés bénéficiaires, plusieurs catégories se dessinent :

- Les ouvriers, techniciens et agents de maîtrise de l'industrie, de la construction et de la logistique représentent à eux seuls 55% des salariés bénéficiaires. Ces métiers, aussi différents soient-ils, se rapprochent du point de vue des caractéristiques de leurs salariés bénéficiaires. Bien qu'ils aient une forte ancienneté, ces salariés sont peu présents parmi les qualifications élevées : ceci est essentiellement dû à l'origine socio-professionnelle du handicap. Les accidents du travail touchent proportionnellement plus les ouvriers non qualifiés et les différents poids de salariés bénéficiaires en sont le reflet. Toutefois, cette présence plus importante des salariés bénéficiaires parmi les ouvriers non qualifiés ne se retrouve pas dans tous les secteurs d'activité. Le BTP fait ainsi, entre autres, exception à la règle : ces différences sectorielles pourraient ainsi révéler des "pratiques" différentes entre secteurs d'activité en terme d'avancement des salariés (influence des conventions collectives, par exemple).

- Seconde catégorie : les femmes handicapées. 6 192 femmes handicapées sont salariées dans les établissements d'au moins 20 salariés (soit environ 27% des salariés bénéficiaires).

Les seuls domaines de la gestion administrative, du nettoyage et services aux personnes concentrent 41% de ces salariées. La santé est un domaine de métiers où ces dernières sont également très présentes. Enfin, les salariées bénéficiaires sont plus fréquemment non qualifiées lorsqu'elles travaillent dans l'industrie ou dans les métiers de la logistique.

- Troisième catégorie : les salariés de faible ancienneté. Les "nouveaux arrivants" sont à 70% des hommes. La part des femmes (30%) parmi les salariés nouvellement embauchés est donc quelque peu supérieure à ce qu'elle est parmi l'ensemble des bénéficiaires (26,8%). La moyenne d'âge est de 37,5 ans. Dans les métiers liés à l'industrie, à la construction et à la logistique, les principaux domaines de métiers de l'ensemble des salariés se retrouvent. Mais on note également une présence importante de salariés bénéficiaires en électricité-électronique : il existe d'ailleurs une bonne offre de formation pour les personnes handicapées, via les CRP (Centres de Rééducation Professionnelle), dans les domaines de l'électricité et de l'électronique. La présence de ce lien entre formation et emploi est à creuser pour ce domaine.

Les nouveaux arrivants, dans les métiers liés à l'industrie, à la construction et à la logistique, sont majoritairement qualifiés (à 69,2%).

Les métiers liés au secteur tertiaire concernent davantage les femmes mais les embauches sont quasi "mixtes" (50,1% hommes et 49,8% femmes). Les domaines de métiers concernés sont essentiellement ceux du nettoyage et de la gestion administrative. Métiers qui peuvent éventuellement être associés au secteur tertiaire mais sont en fait transversaux à tous les secteurs d'activités. La présence de nouveaux arrivants est relativement plus faible dans les métiers de la gestion administrative mais plus importante dans ceux de l'hôtellerie-restauration ainsi que du commerce et de la vente. Ces deux derniers domaines, avec celui du nettoyage, semblent ainsi être "dynamiques" en terme d'embauches de personnes handicapées mais ceci est sans doute à tempérer par le nombre d'emplois précaires.

Les demandeurs d'emploi handicapés

On dénombre au 31 décembre 1999 en région Rhône-Alpes, 13 874 demandeurs d'emploi handicapés, soit 6,2% de la demande d'emploi totale de la région (demandeurs de catégorie 1). La présence de ces derniers est particulièrement importante dans la Loire (8,59% de la demande totale).

Profil moyen et caractéristiques des demandeurs d'emploi

La population des demandeurs d'emploi handicapés peut se caractériser comme majoritairement masculine (68%), 40 ans en moyenne (22% de plus de 50 ans), ouvrière (44%). Les demandeurs handicapés recherchent principalement des emplois dans les domaines du nettoyage, de la manutention ainsi que dans la gestion administrative. On remarque enfin les domaines du BTP, de la métallurgie et de la mécanique. Les demandeurs handicapés sont peu qualifiés (47% sont ouvriers ou employés non qualifiés contre 31% parmi les demandeurs non handicapés). Ces éléments en terme de qualification sont associés à un bas niveau de formation : 86% ont un niveau inférieur au bac, près d'un tiers sont sans diplôme (ils sont environ 18% parmi les publics non handicapés).

L'ensemble de ces caractéristiques explique que 42,4% des demandeurs soient chômeurs de longue durée (chômage depuis un an et plus) contre 33% parmi les autres publics. La durée moyenne de recherche d'emploi d'un chômeur handicapé est ainsi d'un peu plus de 16 mois.

Handicap et durée de chômage : 2 types de difficultés

Les demandeurs d'emploi handicapés semblent ainsi faire face à deux types de difficultés qui participent à l'allongement de leur durée de chômage :

- Première difficulté : les caractéristiques moyennes des demandeurs handicapés sont en net décalage avec celles des demandeurs non handicapés ainsi que, de façon générale, avec les évolutions observées à long terme de l'emploi et des besoins en salariés des entreprises (élévation du niveau de formation à l'embauche, besoin de personnel qualifié).
- Seconde difficulté : une difficulté à s'insérer sur le marché du travail compte tenu du handicap. En effet, il semble bien que quelle que soit la qualification, le niveau de formation ou l'âge, une personne handicapée aura systématiquement une durée de recherche d'emploi qui sera plus plus longue qu'une autre, de même caractéristique, mais non handicapée.

Ainsi, si la reprise d'emploi profite aux demandeurs d'emploi handicapés, c'est dans une bien moindre mesure que pour les autres demandeurs : en un an (31/12/99 par rapport au 31/12/98), la diminution du nombre de demandeurs handicapés est ainsi comparativement trois fois moins importante que pour les demandeurs non handicapés (-4% contre -11,8%). En Isère, en particulier, la reprise profite nettement moins aux personnes handicapées (un écart de 10 point entre le taux d'évolution de la demande handicapée et celle des autres publics) alors que ce département est un de ceux où le nombre de demandeurs handicapés est le plus important. Par ailleurs, la catégorie 2 de la demande d'emploi, catégorie des personnes recherchant un emploi à temps partiel, a vu ses effectifs s'accroître en un an que ce soit pour les personnes handicapées ou non. Mais, cette évolution est nettement plus importante pour les demandeurs handicapés (+22,3% contre +13,2%).

Profils de demandeurs d'emploi

Au delà de ces points moyens, différents profils de demandeurs peuvent se distinguer. Ces profils, au nombre de six, varient en terme de durée de recherche d'emploi du simple au double, d'une moyenne de 11 à 24 mois.

Une distinction très nette se dessine entre les qualifiés et les non qualifiés qu'ils soient formés ou non formés. Ainsi, pour les non qualifiés, on observe une "césure" à l'âge de 40 ans (âge à partir duquel l'ancienneté au chômage s'accroît sensiblement). Pour les qualifiés, cette césure ne s'exprime qu'à partir de 50 ans (phénomène que l'on connaît bien, entre autres, pour les cadres de 50 ans et plus).

- Les demandeurs de type 1 (non qualifiés de plus de 40 ans sans diplôme ou avec le certificat d'études) constituent le "noyau dur" des demandeurs d'emploi : avec une moyenne de 24 mois d'ancienneté, ils sont 58% à être chômeurs de longue durée et 22% à avoir une ancienneté supérieure ou égale à 3 ans.
- Les demandeurs de type 2 (non qualifiés de moins de 40 ans, sans diplôme ou avec le certificat d'études) se distinguent de ceux du type 1 uniquement par leur âge. Leur ancienneté moyenne est de 15,3 mois.
- Les demandeurs de type 3 (non qualifiés de moins de 50 ans, diplômés avec au moins le CAP-BEP) se rapprochent de ceux de type 4. Leur ancienneté moyenne est de 13,8 mois. Cependant, on observe après 40 ans ce qui pourrait être une perte partielle du bénéfice du diplôme: l'ancienneté moyenne pour les demandeurs de 40 à 49 ans est ainsi de 18 mois.
- Les demandeurs de type 4, (qualifiés de moins de 50 ans, niveau inférieur au bac) ont une ancienneté moyenne de 13,8 mois. Ils semblent ainsi, de ce point de vue se rapprocher des demandeurs de type 3 qui avaient une ancienneté moyenne identique. Néanmoins après 40 ans, leur durée de chômage s'accroît moins fortement que pour les demandeurs de type 3.
- Les demandeurs de type 5, (qualifiés de 50 ans et plus, niveau inférieur au bac) sont proportionnellement plus nombreux que les autres demandeurs handicapés à être issus de l'industrie et du BTP. Ce type de demandeurs peut faire face à deux difficultés principales pour retrouver un emploi : les éventuels obstacles, perçus ou ressentis, d'adaptation à un nouveau poste et le niveau de revenu recherché qui peut être trop élevé.
- Les demandeurs de type 6 (qualifiés de moins de 50 ans, de formation supérieure au bac) sont à l'opposé de ceux de type 1. Leur durée de chômage est de 11,16 mois. Ces demandeurs sont essentiellement concentrés sur les domaines de la gestion administrative (un tiers des demandeurs), de l'enseignement, du sport et de la culture ainsi que du commerce et de la vente.

Etablissements de 20 salariés et plus : assujettissement et réponses à l'obligation d'emploi

De l'assujettissement à l'obligation d'emploi

Sur les 11 584 établissements d'au moins 20 salariés que compte la région Rhône-Alpes au 31 décembre 1998, 9 569 (soit 82,6% des établissements) sont assujettis et doivent ainsi répondre à l'obligation d'emploi des personnes handicapées bénéficiaires de la loi.

Les réponses à l'obligation d'emploi

Sur les différentes possibilités existantes permettant de répondre à l'obligation d'emploi, celle de l'emploi direct est la plus utilisée (34,8% des établissements l'utilisent seule, 65,7% l'utilisent seule ou combinée avec le paiement d'une contribution à l'Agefiph ou de la sous-traitance).

La sous-traitance, pour répondre à l'obligation d'emploi, ne peut être utilisée de façon unique : combinée avec l'emploi direct et/ou une contribution Agefiph, cette solution a été choisie par 21,5% des établissements - hors ceux ayant un accord.

Enfin plus d'un quart (26,53%) des établissements n'emploient aucune personne handicapée et n'utilisent pas la sous-traitance: ils versent ainsi une contribution à l'Agefiph.

Les taux d'emploi

L'étude réalisée considère 2 types de taux d'emploi:

- Le taux d'emploi direct : indicateur caractérisant l'emploi direct de salariés bénéficiaires, c'est à dire, au sein de l'établissement en tenant compte de leur niveau d'employabilité.
- Le taux d'emploi global : indicateur caractérisant, en plus de l'emploi direct de salariés bénéficiaires dans l'établissement, l'emploi de personnes handicapées par le biais de la sous-traitance.

Le taux d'emploi direct sur la région au 31/12/1998 est de 4,59%. Il est supérieur à 5% dans les départements de l'Ain et de la Loire. Ces moyennes cachent des variations importantes entre établissements. On remarque ainsi une tendance à soit atteindre un taux d'emploi direct de 6% (pour 29,1%), soit à n'employer aucun salarié bénéficiaire (32,6% hors sous-traitance) et donc verser une contribution à l'Agefiph. Cette tendance est très variable selon les secteurs d'activité.

Le taux d'emploi global (qui considère l'emploi direct et la sous-traitance) au 31.12.1998 est de 4,73% sur la région.

Les accords

Les accords sont relativement rares : 162 établissements en ont conclu un dont la plupart sont des accords d'entreprises. En terme de taux d'emploi global, si la part d'établissement sans salarié bénéficiaire est proportionnellement moins importante, la part de ceux ayant un accord et atteignant le quota d'emploi (hors mutualisation) n'est pas plus forte que pour l'ensemble des établissements assujettis.

De l'emploi de 6% de salariés à l'absence de salariés bénéficiaires : profils d'établissement

La constitution de profils a permis de "classer" les établissements en fonction de leur tendance à employer ou pas des salariés bénéficiaires. De façon générale, se distingue les secteurs d'activité où les établissements:

- ont en forte proportion un taux d'emploi de 6% (santé et action sociale, automobile, construction, industrie des composants électriques et électroniques...)
- ceux où ils n'emploient pas, en forte proportion, de salariés bénéficiaires : activités financières, services aux entreprises hors services opérationnels ainsi que, dans une moindre mesure, le commerce de gros, l'hôtellerie-restauration...
- et enfin les secteurs d'activité "variables" qui ont tendance à soit atteindre un taux d'emploi global de 6% soit à avoir un taux nul. Taux d'emploi qui ici est très sensible à la taille des établissements pour des secteurs comme les services opérationnels, l'industrie textile, le commerce de détail, l'industrie des équipements électriques et électroniques...

En conclusion : du chômage à l'obligation d'emploi

Métiers des salariés et demande d'emploi des personnes handicapées

Les métiers du BTP et de la métallurgie-mécanique regroupent un nombre important de salariés bénéficiaires et de demandeurs d'emploi handicapés. Ce sont des métiers, en particulier ceux liés à la construction, où les employeurs font état de difficultés de recrutement. Cette cohabitation entre importance de la demande d'emploi et tension sur le recrutement peut s'expliquer, pour l'ensemble des demandeurs, qu'ils soient handicapés ou non, par la conjonction d'une "concurrence" entre demandeurs non qualifiés et qualifiés et de l'élévation du niveau de formation et de qualification à l'embauche. Toutefois ces éléments sont d'autant plus problématiques pour les demandeurs handicapés que ceux-ci sont relativement peu formés et qualifiés (51% des demandeurs handicapés recherchant un emploi dans la mécanique et la métallurgie sont non qualifiés) et qu'elle intervient dans des métiers où l'avancement se fait beaucoup par la voie interne. L'accès et la sensibilisation aux contrats aidés qualifiants comme les contrats de qualification adulte peuvent, peut-être, ici avoir des avantages conséquents pour le demandeur, notamment lorsque l'entreprise a des difficultés de recrutement.

Le domaine de l'électricité-électronique où la proportion de salariés bénéficiaires est relativement importante (3.3% de l'ensemble des salariés) regroupe peu de demandeurs d'emploi handicapés et ces derniers sont majoritairement qualifiés. Ces métiers semblent ainsi montrer que lorsqu'il y a qualification, il y a possibilité d'emploi pour les personnes handicapés. Il existe, en effet, dans la région un nombre important de formations en CRP dans ces métiers. Ce lien formation-emploi est ainsi à creuser.

Sur l'ensemble des domaines de métiers, ce sont sur les métiers de la logistique et du nettoyage, généralement peu qualifiés, que l'on trouve le plus grand nombre de demandeurs d'emploi handicapés. Ce sont ces métiers qui, pour les salariés non qualifiés, ont le mieux résisté à la crise : cela peut éventuellement expliquer qu'une grande partie des demandeurs d'emploi handicapés non qualifiés (44% d'entre eux) s'y soient positionnés.

III / Présentation de l'AGEFIPH

Les grands principes seront abordés ici.

A. Origine

L'AGEFIPH est une association nationale de droit privé, régie par la loi du 1.07.1901, créée par la loi de 1987 pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. L'AGEFIPH est juridiquement constituée en juillet 1988 et devient opérationnelle en octobre 1989. Sa mission, définie par la loi, est de "favoriser par ses moyens financiers, l'emploi ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail". Ses statuts sont agréés par le Ministre chargé de l'emploi.

Trois règles guident son action :

- Le Fonds ne se substitue pas à l'Etat, mais intervient en complément des aides de l'Etat et des autres organismes,
- Les affectations prioritaires des ressources du Fonds sont : le surcoût dû au handicap dans les situations de travail et de formation; les actions d'innovation et de recherche ; les mesures nécessaires au suivi des travailleurs handicapés dans leur insertion ou leur vie professionnelle (Cap Emploi, primes pour l'entreprise),
- Les interventions ont pour finalité exclusive l'insertion et le maintien dans l'emploi au sein des entreprises du secteur privé, quelle que soit leur taille, et des organismes publics soumis au droit privé.

B. Gestion et Organisation

Le Conseil d'administration de l'Agefiph est quadri-partite.

Il est composé de représentants des collègues :

- - d'employeurs
- - de salariés
- - d'associations
- - de personnalités qualifiées

Son activité est soumise à l'approbation du Ministère du Travail (approbation du budget, du rapport d'activité, du programme d'intervention).

L'Agefiph est organisée en :

• 3 Directions opérationnelles :

- DMCG : Direction des Méthodes et du Contrôle Général

Elle apporte un appui technique aux délégations régionales et se charge de contrôler la conformité des dossiers traités.

- DAPT : Direction de l'Animation des Politiques Territoriales

Elle est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre des stratégies nationales et régionales d'insertion.

- DSI : Direction du Système d'Information.

Elle apporte un appui fonctionnel aux différents services de l'Agefiph.

• 18 Délégations Régionales

Ce qui représente 280 collaborateurs dont 18% de salariés handicapés (UBP).

C. Les objectifs principaux

- Développer la préparation des personnes à l'emploi (bilans de compétence, remise à niveau et redynamisation, formation professionnelle),
- Mobiliser les entreprises et les salariés (mesures d'"information et sensibilisation", de "diagnostic conseil"),
- Augmenter l'accès à l'emploi et le maintien en situation de travail (aides directes à l'embauche, financement des organismes de placement en milieu ordinaire de travail, aide à la création d'entreprise),
- Répondre aux obstacles techniques rencontrés par les personnes handicapées dans le cadre de leur parcours d'insertion professionnelle (aide à l'acquisition de matériel spécialisé, prise en charge temporaire d'auxiliaires professionnels, participation aux frais de déménagement, achat d'une voiture, frais de transports, accessibilité des lieux de travail, aménagement du poste de travail).

L'intervention du Fonds s'articule autour d'un programme de "mesures pour l'emploi des personnes handicapées"⁴⁸.

⁴⁸ Il est possible de consulter ces mesures sur le site " www.agefiph.asso.fr "

Tableau 39 : Programme d'intervention ordinaire de l'AGEFIPH - 2002

- Entreprises (employeurs, représentants du personnel, salariés)
- Personnes handicapées
- Opérateurs médiateurs (opérateurs de l'insertion et du reclassement, organismes de formation et de bilan,...)
- Milieu protégé

BÉNÉFICIAIRES DES ACTIONS	
●	Information et sensibilisation
●	Diagnostic et conseil
● ●	Bilan d'évaluation et d'orientation
● ●	Mise à niveau et mobilisation
● ● ●	Formation professionnelle
● ● ●	Aides à l'apprentissage
● ● ●	Aides à la formation en alternance
● ●	Soutien et suivi de l'insertion
● ● ●	Aides techniques et humaines
●	Aménagement des situations de travail
● ●	Accessibilité des lieux de travail
● ● ●	Détachement en entreprise
● ● ●	Rapprochement du milieu protégé et du milieu ordinaire
● ● ● ●	Action préparatoire au placement
● ● ●	Réseau d'insertion et de placement
● ●	Maintien dans l'emploi
● ●	Création d'activité
● ●	Prime à l'insertion
● ●	Soutien à l'intégration en milieu ordinaire de travail (GRTH)
● ● ● ●	Aides aux innovations

D. L'Agefiph et ses partenaires

L'Agefiph suscite et encourage la concertation autour d'un large partenariat et utilise les compétences existantes pour couvrir les champs de sa mission et amplifier son action sur le terrain.

Ses dix-huit délégations régionales accompagnent la mise en place de programmes qui associent l'ensemble des opérateurs publics et privés ainsi que les organisations professionnelles et patronales, les organisations syndicales, les associations de personnes handicapées...

L'Agefiph soutient un important réseau d'opérateurs :

- Le réseau des Cap Emploi en charge de l'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées et du conseil aux entreprises, en complémentarité avec l'ANPE.
- Les opérateurs s'adressant aux employeurs ou aux salariés handicapés pour essentiellement deux types d'actions :
 - la mobilisation des entreprises sur l'emploi des personnes handicapées, qu'il s'agisse d'accès ou de maintien dans l'emploi,
 - l'ingénierie du maintien dans l'emploi, avec la mise en place de dispositifs départementaux de reclassement.
- Les opérateurs dont l'action est ciblée sur un type de déficience et qui proposent des appuis spécifiques permettant la compensation du handicap.
- Les prestataires développant des actions ponctuelles au service des parcours d'insertion (présentation d'orientation et de bilan, formation, expertise pour la création d'activité, intervention ergonomique,...).

Ce réseau représente près de deux mille professionnels.

La dynamique du partenariat

L'Agefiph a toujours veillé à développer des relations de partenariat afin d'amplifier l'action publique. Cela se traduit spécifiquement au travers de :

- La convention d'objectifs Etat/Agefiph ,
- Les programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH)
- Les schémas régionaux de la formation professionnelle ,
- Les conventions de collaboration avec l'Anpe, l'Afpa, l'Anact.

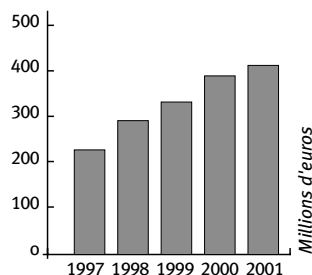
E. Bilan

1. Données nationales

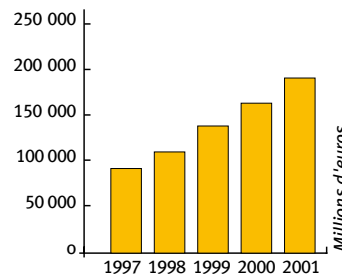
En 2001, près de 192 000 personnes handicapées ont bénéficié d'une aide de l'AGEFIPH pour un montant de 412 Millions d'euros engagés.

Les financements et les bénéficiaires de l'AGEFIPH

Evolution des financements de l'AGEFIPH



Evolution des bénéficiaires de l'AGEFIPH



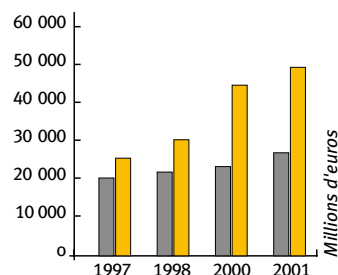
FINANCEMENTS		
Mesures (M€)		285,1
	Dont formation	82,4
	Placement	49,2
	Création d'activité	24
	Aménagements de postes	30,2
Primes (M€)		92,3
GRTH milieu ordinaire (M€)		34,3

BENEFICIAIRES	
TH insérés ou maintenus	79 574
Dont contrats de travail primés	33 700
TH orientés ou formés	89 187
TH bénéficiaires d'une aide spécifique destinée à compenser leur handicap	23 096

Source : Agefiph – 2001 M€ : millions d'euros

2. Données régionales

Flux financiers de l'AGEFIPH en Rhône-Alpes

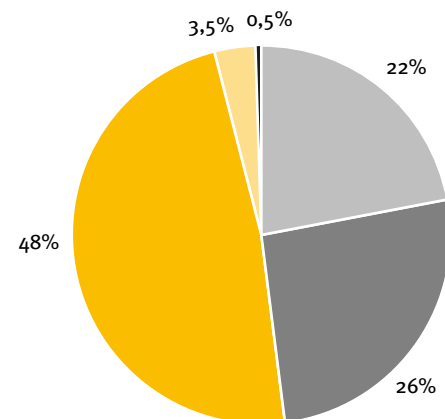


L'ensemble des financements accordés par l'AGEFIPH représente un montant engagé de 49 053 K€ : dont primes pour l'insertion 12 591 K€ en 2001

Données Agefiph 2001

■ Collecte
■ Engagements

Répartition des montants engagés par mesures en 2001



L'accès et l'accompagnement dans l'emploi concernent près de la moitié des mesures financières.

Les opérateurs-médiateurs ont perçu 44% des mesures financées par l'AGEFIPH (dans le cadre des mesures de diagnostic/conseil, de placement, de formation, d'aménagement de poste de travail et de bilans de compétence)

Données Agefiph 2001

■ Information, diagnostic et conseil
■ Préparation de la personne handicapée
■ Placement des personnes handicapées
■ Accès et accompagnement dans l'emploi
■ Etudes et évaluations

IV/ Les Acteurs

A. Le dispositif spécialisé

1. Le réseau CAP EMPLOI.

Les CAP EMPLOI⁴⁹ constituent les maillons essentiels du dispositif d'insertion des travailleurs handicapés avec un objectif : faire converger besoins des entreprises et compétences des personnes handicapées.

⁴⁹ Anciennement dénommés EPSR (Equipe de préparation et de suite du reclassement) et OIP (organismes d'insertion et de placement). En avril 2000, les EPSR et OIP se sont fédérés sous un label commun CAP EMPLOI.

Origine	Loi d'Orientation du 30.06.1975, art.14. Convention Etat/AGEFIPH du 15.02.1994 renouvelée et étendue le 9.12.1998.
Bénéficiaires	Leur activité est dédiée à l'emploi en milieu ordinaire de travail des bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987, ainsi que des personnes en voie de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la COTOREP.
Missions	Ces structures qui sont délégataires d'une mission de service public de placement ont pour missions principales : <ul style="list-style-type: none"> • d'élaborer des parcours d'insertion et d'accompagner les bénéficiaires définis ci-dessus vers l'emploi durable en milieu ordinaire de travail, • de réaliser le placement du public bénéficiaire et d'apporter leur appui aux entreprises d'accueil, notamment pour le suivi des insertions réalisées. • d'intervenir sur des situations individuelles de maintien dans l'emploi dont elles ont connaissance. <p>A cette fin, elles assurent, en lien avec la COTOREP, l'accueil et l'information des personnes handicapées, recherchent les moyens de les préparer et de les adapter à l'emploi. Elles contribuent à l'information et au conseil auprès des employeurs.</p> <p>En liaison avec l'ANPE, elles participent à la prospection des offres d'emploi.</p> <p>A titre complémentaire, d'autres missions peuvent être confiées par l'Etat et l'AGEFIPH, dès lors que les structures, en raison de leurs compétences et de leur expérience, apportent la réponse la plus pertinente.⁵⁰</p> <p>Cap Emploi est co-traitant de l'ANPE dans le cadre de la mise en œuvre du PAP-ND</p>
Nombre	118 structures et 17 EPSR publiques. 1 par département 71 679 TH accueillis, 42 095 placements réalisés en 2000.

⁵⁰ Par exemple en Rhône-Alpes il existe des Conseillers Techniques Des Parcours de Formation (CTPF).

2. Les services de suite des établissements spécialisés

La mission est confiée par les Annexes XXIV aux établissements ou services d'éducation spécialisée pour le suivi des jeunes à l'issue de leur prise en charge.

"L'établissement ou le service assure l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie. Afin d'apporter son appui au jeune et à sa famille, en liaison avec les services administratifs et sociaux compétents auxquels il ne se substitue pas. Il apporte son concours aux démarches nécessaires pour faciliter l'insertion professionnelle et l'insertion sociale. Cet accompagnement court sur une durée minimum de trois ans". (Art.8 des Annexes XXIV)

Dans de nombreux établissements (IMPro, CAT, foyers), des services de suite s'efforcent d'assurer le placement et le suivi dans la vie et le travail : recherche de stages en entreprise, liaison avec l'employeur, soutien au travailleur.

3. Les associations et les organismes d'appui

Il existe de très nombreuses associations⁵¹ en faveur des personnes handicapées dont les objectifs peuvent se résumer ainsi :

- intégration sociale et professionnelle
- solidarité et soutien moral aux personnes handicapées et aux familles
- information et sensibilisation du public
- promotion de la recherche.

⁵¹ Les associations gestionnaires, les associations de type syndical et les associations d'usagers constituent le paysage associatif français.

Historique : les associations ont un rôle primordial dans la reconnaissance des personnes handicapées. Dès les années 1920 les associations de promotion et de défenses des personnes souffrant d'infirmités physiques (LADAPT, APF) se montrent particulièrement actives. Au départ elles se sont créées pour suppléer une carence (vides médicaux, économiques, sociaux et juridiques) des pouvoirs publics en matière de gestion du handicap. A la fin des années 1960, il y a un rapprochement institutionnel entre associations et pouvoirs publics. On peut noter le rôle des associations dans la mise en place de la Loi du 30 juin 1975 et de sa réforme.

Certaines associations et l'AGEFIPH ont passé des conventions de partenariat pour participer au placement des travailleurs handicapés.

La mission des associations et des organismes est d'apporter aux entreprises, aux organismes de formation, aux Cap Emploi, aux personnes handicapées, aux pouvoirs publics, dans leur champ de compétence, leur connaissance de la problématique générée par le handicap ainsi que leur maîtrise des moyens techniques et humains permettant d'y répondre. Ils proposent des solutions afin de faciliter la préparation, l'accès et l'accompagnement dans l'emploi et la formation. La prise en compte de la déficience auditive, visuelle, physique, mentale ou intellectuelle nécessite en effet une approche spécifique.

L'art. 55 de la loi de modernisation sociale du 17 Janvier 2002 vient donner une assise législative au Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH). De plus des **Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH)** sont instaurés. Ils interviendront sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale. Ils procéderont à un recensement des personnes handicapées en France.

Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) institué par décret n°84-203 du 22 mars 1984, est une instance consultative constituée de 47 membres (dont 24 associations représentant les personnes handicapées) désignés pour 3 ans par arrêté interministériel. Il assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique de solidarité nationale les concernant : la formation, les ressources, l'accessibilité et l'évolution des réponses aux besoins des personnes handicapées...

Composition du Conseil renouvelé par arrêté du 14.09.1999 :

- Assemblée des départements de France (A.D.F.)
- Association pour adultes et jeunes handicapés (A.P.A.J.H.)
- Association française contre les myopathies (A.F.M.)
- Association des paralysés de France (A.P.F.)
- Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (A.N.C.R.E.A.I.)
- Association nationale de défense des malades invalides et handicapés (A.M.I.)
- Association nationale des communautés éducatives (A.N.C.E.)
- Association Nationale des parents d'enfants aveugles (A.N.P.E.A.)
- Association nationale des parents d'enfants déficients auditifs (A.N.P.E.D.A.)
- Caisses centrales de mutualité sociale agricole
- Caisse nationale d'allocations familiales
- Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les Inadaptations (C.T.N.E.R.H.I.)
- Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés (C.L.A.P.E.A.H.A.)
- Centre national français de liaison pour la réadaptation des handicaps (C.N.R.H.)
- Comité national pour la promotion sociale des aveugles (C.N.P.S.A.)
- Confédération française démocratique du travail (C.F.D.T.)
- Confédération française de l'encadrement (C.F.E.-C.G.C.)
- Confédération française des travailleurs chrétiens (C.F.T.C.)
- Confédération générale des petites et moyennes entreprises (C.G.P.M.E.)
- Confédération générale du travail (C.G.T.)
- Confédération C.G.T. Force ouvrière (C.G.T.-F.O.)
- Conseil national du patronat français (C.N.P.F.)
- Fédération des associations gestionnaires d'établissements de réadaptation pour handicapés (F.A.G.E.R.H.)
- Fédération française Sésame-Autisme
- Fédération française des associations d'infirmes moteurs cérébraux (F.F.A.I.M.C.)
- Fédération française du sport adapté
- Fédération française handisport
- Fédération générale des associations départementales des pupilles de l'enseignement public
- Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés (F.N.A.T.H.)
- Fédération nationale de la mutualité française (F.N.M.F.)
- Fédération nationale des malades, infirmes et paralysés (F.N.M.I.P.)
- Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (F.N.S.E.A.)
- Fondation santé des étudiants de France
- Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques (G.I.H.P.)
- Institut national de recherche pédagogique
- Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail (LADAPT)
- Mouvement des entreprises de France (M.E.D.E.F.)
- Union des fédérations de fonctionnaires - Union nationale des syndicats autonomes (U.F.F.-U.N.S.A.)
- Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (U.N.A.P.E.I.)
- Union nationale des associations familiales (U.N.A.F.)
- Union nationale des centres communaux d'action sociale de France et d'outre-mer (U.N.C.C.A.S.F.)
- Union Nationale des amis et familles de malades mentaux (U.N.A.F.A.M.)
- Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (U.N.I.O.P.S.S.)
- Union nationale pour l'insertion sociale des déficients auditifs (U.N.I.S.D.A.)
- Union professionnelle artisanale (U.P.A.)

4. Les dispositifs d'appui spécifique en Rhône-Alpes

L'entrée et le suivi de la formation peuvent dans certains cas nécessiter des aménagements particuliers que le Référent Schéma Régional de la Formation Professionnelle pour les Personnes Handicapées et l'équipe pédagogique ne sont pas en mesure d'assurer. Dès lors que la problématique est identifiée, le Référent peut solliciter l'intervention des partenaires spécialisés.

a. SPASE : un dispositif pour l'insertion des personnes cérébro-lésées

Origine	Depuis 1990 en Isère, étendu à l'ensemble des départements de la région Rhône-Alpes en 2000 grâce au financement conjoint du Conseil Régional et de l'AGEFIPH.
Bénéficiaires	Toute personne adulte présentant une atteinte cérébrale acquise titulaire de la RQTH.
Objectifs et Missions	<p>Permet aux personnes cérébro-lésées de bénéficier de prestations spécifiques à leur handicap et d'un suivi individualisé d'accompagnement vers l'emploi, de conseil, d'information et de formation qui s'inscrit dans le dispositif local d'insertion (ANPE, Cap Emploi, partenaires au sein des PDITH).</p> <p>Missions du module SPASE⁵²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aide à la construction et accompagnement dans la mise en œuvre d'un projet professionnel en milieu ordinaire de travail • Aide à la (ré)orientation • Aide à la recherche d'emploi • Aide au maintien dans l'emploi <p>L'intervenant du SPASE a pour mission la mise en œuvre des réponses. Il garantit leur bon déroulement en interne et/ou l'articulation avec d'autres services. Il assure la cohérence du suivi d'insertion.</p>
Prestations	<p>Selon les différentes structures les prestations peuvent comprendre :</p> <p>Ateliers de préparation à l'emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aide à la clarification du projet professionnel et accompagnement vers l'emploi • Initiation à la bureautique <p>Pour les personnes en formation ou dans l'emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe de suivi professionnel • Formation et soutien des employeurs/tuteurs et autres partenaires <p>Activités complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atelier de technologies nouvelles • Atelier matières fondamentales, culture générale • Groupe de parole • Groupe d'information neuropsychologique • Evaluations selon les besoins... <p>Mise en situation en entreprise : stages SIFE-DDTEFP</p>

⁵² Service Personnalisé d'Accompagnement et de Suivi dans l'Emploi.

b. Autres partenaires spécialisés par déficiences :

Déficience visuelle	La FIDEV peut préconiser les adaptations nécessaires afin de rendre la formation accessible à des stagiaires déficients visuels (aménagement pédagogiques, matériels...). La FIDEV intervient sur toute la région Rhône-Alpes.
Déficience auditive	L'URAPEDA peut mettre à disposition des interfaces de communication afin de compenser le handicap. Le CRILS, l'ADISDA, le SCAPH 38 mettent à disposition des interprètes.
Déficience physique	L'AGEFIPH s'appuie sur une plate-forme ergonomie fondée sur l'articulation de 3 systèmes : <ul style="list-style-type: none"> • 5 Missions d'assistance conseil en ergonomie départementales • 9 prestataires en ergonomie labellisés par l'AGEFIPH pour la Région • Une base de données ergonomie développée et gérée par le CRDI, visant à capitaliser les expériences des ergonomes de la plate-forme et dont l'accès est réservé aux professionnels
Déficience psychique maladie mentale	Un guide pratique sur ces problématiques est en cours de réalisation . Il fait suite aux journées thématiques de "Eléments de connaissance des personnes handicapées par la maladie mentale" qui ont été organisées dans le cadre du Schéma Régional de la Formation Professionnelle pour les Personnes Handicapées. Cet ouvrage présentera les partenaires et sera disponible fin 2002. Des informations peuvent également être obtenues auprès des coordinateurs de PDITH qui disposent d'une bonne connaissance des ressources locales.

c. Les Dispositifs "Site⁵³ Pour La Vie Autonome"

Ils ont pour objectif :

- De développer l'accès aux solutions de compensation des incapacités liées à une ou des déficiences pour les personnes en situation de handicap.
- De faciliter l'accès au financement des solutions préconisées.
- De constituer un réseau intégrant tous les partenaires concernés par la mise en œuvre du dispositif.

d. Actions de traitement précoce

Stages de Soutien à l'Insertion Professionnelle (SSIP) :

- Actions , portées par L'ADAPT LYON, menées dans 2 établissements de Soins de Suite et de Réadaptation : le Centre Médical de l'Argentière (Rhône), depuis février 1992, et le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation "Les baumes" à Valence, depuis 1998.
- Objectifs de l'action :
 - Apporter un début de réponse aux personnes présentant une ou plusieurs incapacités permanentes et se questionnant sur leur devenir professionnel, alors même que la rééducation n'est pas encore achevée,
 - Aider les personnes à préparer leur réadaptation socio-professionnelle tout en continuant de bénéficier d'une prise en charge médicale de rééducation, travailler sur un projet d'insertion ou de réinsertion professionnelle susceptible de se concrétiser dès la sortie de l'établissement de soins.

COMETE : dispositif mis en place il y a deux ans au CHU de St Etienne Hôpital Bellevue avec l'appui du CREPSE :

- Objectif :
 - évaluer les conditions d'un retour à domicile et à l'emploi
 - maintenir le contact entre la personne malade et son environnement de façon à préserver une dynamique d'insertion.

⁵³ En Rhône-Alpes il existe actuellement deux sites : un en Isère, l'autre dans la Loire. Conformément à la circulaire du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité du 19 juin 2001, chaque département doit se doter d'un tel dispositif.

B. Le droit commun

1. Le service social de la CRAM

Le service social de la CRAM contribue à la lutte contre l'exclusion sociale, au maintien de la cohésion sociale en apportant une aide globale d'ordre psycho-social, matériel, professionnel..., aux personnes les plus en difficultés confrontées, ou susceptibles de l'être, à un problème de santé ou de perte d'autonomie.

Son action est plus particulièrement ciblée sur :

- l'accès aux soins (développement des conditions nécessaires à la santé)
- la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés
- la prévention et le traitement de la perte d'autonomie des personnes malades, handicapées et/ou âgées.

Mission	Contribuer à la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés
Publics	Les personnes en arrêt maladie, accident de travail/maladie professionnelle ou invalidité 1ère catégorie, ayant encore un contrat de travail et dont la reprise au poste de travail initial est remise en cause du fait soit de la maladie et de ses conséquences, soit des séquelles de l'accident.
Objectifs poursuivis par le Service Social	<ul style="list-style-type: none"> • anticiper le retour à un poste de travail adapté aux capacités résiduelles, le plus en amont possible de la consolidation ou de la stabilisation de l'état de santé par une évaluation de la situation • engager la personne dans une dynamique précoce de maintien dans l'emploi en établissant des contacts et en fixant des objectifs avec elle.
Finalité	<p>Eviter la rupture du contrat de travail et un licenciement pour inaptitude en facilitant le retour à l'emploi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle que soit la nature du maintien dans l'emploi, l'assistant social CRAM se situe en qualité de personne ressource de l'assuré. Il assure un suivi pendant la phase de préparation et de mise en œuvre du maintien au regard du salarié. • En cas d'échec du maintien, le service social aide les assurés en rupture de contrat de travail du fait de la maladie, de l'invalidité, de l'accident de travail, de la maladie professionnelle ou du handicap à élaborer un nouveau projet professionnel.
Services aux entreprises	Partenariat avec les différents services et intervenants, médecins traitants, médecins du travail, médecins conseils, Cap Emploi, Service Maintien dans l'Emploi, PDITH, autres travailleurs sociaux.
Financement	<p>Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie assurent le financement des mesures spécifiques à l'assurance maladie, temps partiel thérapeutique, contrat de rééducation professionnelle, stages de rééducation professionnelle.</p> <p>Un fonds d'action sociale existe au sein de chaque caisse primaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le conseil d'administration en décide l'utilisation (politique d'action, nature d'interventions, modalités et critères) • sont visées les personnes en difficultés pour raison de santé et/ou de handicap

2. L'Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE)

L'ANPE est le principal opérateur de la mise en oeuvre de la politique pour l'emploi définie par les pouvoirs publics. En matière d'insertion professionnelle de public handicapé, l'ANPE joue un rôle d'interface entre les entreprises et les opérateurs d'insertion dans les domaines de l'information, du placement et de la mise en oeuvre des différentes aides au placement.

Missions	<ul style="list-style-type: none"> • apporter un appui à toute personne à la recherche d'un emploi, d'une formation ou d'un conseil professionnel pour favoriser son insertion, son reclassement ou sa promotion professionnelle. A ce titre, l'ANPE "apporte son concours à l'orientation et au placement des travailleurs handicapés" art. 22 de la loi du 30 juin 1975, • assister les employeurs pour l'embauche et le reclassement de leurs salariés.
Prestations offertes par l'ANPE	<ul style="list-style-type: none"> • prestations de service de droit commun ouvertes aux travailleurs handicapés : proposition d'offres d'emploi, aide à la réussite de la recherche d'emploi (techniques d'entretien, rédaction CV,...), aide à la construction ou à l'évolution de son projet d'accès à l'emploi, - aide à la construction de projet : bilans de compétence, modules d'orientation approfondis, actions spécifiques dans le cadre des PDITH, - aide à l'évaluation professionnelle : niveau de compétences, évaluation en milieu de travail, - aide à la recherche d'emploi : ateliers de recherche d'emploi, accompagnement recherche d'emploi, clubs jeunes diplômés, cercles de recherche d'emploi. • la RQTH permet l'accès à des mesures pour l'emploi par le biais de contrats de travail dits "contrats aidés" (CIE, Contrat de qualification adulte, etc.) • aide à la formation : actions de préqualification et de qualification, actions Crédit Formation Individualisée...
CTH	<p>Dans la plupart des départements, il existe un Conseiller travailleurs handicapés qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suit les dossiers Cotorep, - informe les entreprises sur les possibilités d'embaucher un travailleur handicapé, - coordonne les actions menées en liaison avec d'autres acteurs de l'insertion professionnelle (Cap Emploi), - organise le suivi des résultats obtenus par les agences locales, - sollicite l'intervention de l'AGEFIPH.
Liens entre L'ANPE et l'AGEFIPH	<p>Il existe une convention signée ayant pour objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de favoriser la mise en oeuvre de parcours d'insertion dans le cadre du PAP-ND⁵⁴ en développant les partenariats appropriés au plan départemental, régional et au plan local, en particulier avec les Cap Emploi, - d'accroître l'effort de formation et d'insertion en faveur des demandeurs d'emploi handicapés (de plus de 2 ans, jeunes de moins de 26 ans avec un bas niveau de qualification, bénéficiaires du RMI), - de mettre en place un cofinancement par l'AGEFIPH des coûts pédagogiques des actions de formation et des prestations ANPE.

⁵⁴ PAP-ND : Programme d'Action Personnalisé pour un Nouveau Départ mis en place dans le cadre du PARE.

a. Le PARE

Ce dispositif lie indemnisation et aide au retour à l'emploi avec pour objectif un retour rapide à l'emploi.

• PARE= Plan d'Aide au Retour à l'Emploi

Le PARE c'est :

- une indemnisation constante et sans baisse : les allocations sont maintenues, dans la limite des droits, tant que la personne n'a pas trouvé l'emploi recherché

- un accompagnement personnalisé : le PAP

- 4 mesures qui facilitent l'accès à l'emploi :

• Aide dégressive à l'employeur :

l'Assédic finance le retour à l'activité professionnelle des demandeurs d'emploi indemnisés depuis plus de 12 mois.

• Formation préalable à l'embauche :

des actions de formation permettant l'embauche peuvent être financées par l'Assédic.

• Qualification professionnelle :

Le contrat de qualification adulte permet l'embauche et une formation sur le temps de travail. Les coûts de cette formation sont pris en charge par l'Assédic.

• Mobilité géographique :

Aide destinée à couvrir les frais de transport, de déménagement, de réinstallation ou de double résidence pour un CDI ou un CDD de 12 mois minimum.

Les demandeurs d'emploi inscrits depuis le 1er Juillet 2001 bénéficient automatiquement du PARE. Les personnes inscrites avant cette date peuvent opter pour le PARE.

b. Le PAP/ND

Programme d'Action Personnalisée pour un Nouveau Départ

Depuis le 1^{er} juillet 2001, les demandeurs d'emploi bénéficient du PAP/ND. Ce programme se concrétise par l'élaboration d'un Projet d'Action Personnalisé (PAP) avec un conseiller ANPE.

Le PAP est un engagement réciproque entre le demandeur d'emploi et son agence locale. C'est un service individualisé et continu jusqu'au retour à l'emploi, caractérisé par des rendez-vous réguliers, des services renforcés et un suivi des actions proposées.

La première étape du PAP est élaborée lors d'un entretien approfondi au cours duquel un conseiller aide le demandeur d'emploi à formaliser son projet professionnel et lui propose différents moyens et actions pour atteindre son but : formation, évaluation de compétences, accompagnement...

Au bout de six mois, un rendez-vous d'actualisation permettra de faire le point sur la situation et les actions engagées et, si nécessaire, réorienter le projet .

Ce programme est mis en œuvre progressivement. L'ensemble des demandeurs d'emploi devrait en bénéficier d'ici mi-2002.

c. Le PARE et les personnes handicapées

Le PARE met en place des relations de co-traitance entre l'Anpe et les réseaux nationaux suivants : Cap Emploi, Missions Locales, APEC...

Les Cap Emploi : une convention nationale est signée entre l'Anpe et l'Agefiph avec des déclinaisons régionales et départementales, pour la période 2001 à 2003. Elle permettra une meilleure articulation des offres de services de l'Anpe et de Cap Emploi.

Cette convention pose ainsi :

- un objectif de sous-traitance avec les Cap Emploi de 140 000 demandeurs d'emploi reconnus handicapés,
- une déclinaison locale de cet objectif,
- des attributions aux Cap Emploi de moyens, co-financées par l'Agefiph et l'Anpe, permettant la réalisation de cet objectif.

Ainsi, l'accompagnement des demandeurs d'emploi handicapés peut-être confié à Cap Emploi. Cet opérateur est alors seul autorisé à suivre le parcours de la personne, et met en place un PAP.

Dans tous les cas, le demandeur d'emploi handicapé n'a qu'un seul référent, l'Anpe ou son co-traitant, ce qui n'était pas le cas auparavant.

L'APEC, un réseau de compétences au niveau des cadres propose : aide au recrutement, conseil en gestion de carrière, information sur le marché de l'emploi cadre. Les étudiants handicapés diplômés de l'enseignement supérieur (Bac + 4) peuvent s'adresser aux 59 centres régionaux de l'APEC.

Source - ANPE

3. Le dispositif d'accueil pour les jeunes : les missions locales et les Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO)

Les missions locales et les PAIO sont des dispositifs associatifs, financés par l'Etat (DRTEFP) et les collectivités territoriales.

Bénéficiaires	Jeunes de 16 à 25 ans, sortis du système scolaire et en difficulté d'insertion.
Missions	Les Missions locales et PAIO se préoccupent de l'ensemble des problèmes qui se posent aux jeunes : insertion professionnelle et formation, ressources, vie quotidienne, logement, santé, loisirs... proposent des programmes de formation et de qualification en adéquation avec le marché local du travail, aident les jeunes à formaliser un projet d'insertion sociale, professionnelle et à accéder à la vie active.
Le programme TRACE	Il a été voté dans le cadre de la Loi du 29.07.1998 de lutte contre les exclusions. Il s'adresse aux jeunes issus de quartiers en difficulté ou de zones rurales, sans diplôme ni qualification. Les Missions Locales et les PAIO sont soumises à une obligation de résultats. <ul style="list-style-type: none"> • accompagnement de 18 mois au maximum : actions de bilan, de remobilisation, d'insertion, de mise en situation professionnelle et actions de formation visant à l'acquisition de connaissances de base ou d'une qualification professionnelle.

V/ Les plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH)

ORIGINE

Initiés à partir de 1992, les PDITH se définissent par une politique globale et concertée au niveau local d'insertion professionnelle des bénéficiaires de la loi de 1987.

La Circulaire DGEFP n° 97-29 du 21 décembre 1997 rappelle les objectifs et les modalités de mise en oeuvre des PDITH. Elle a pour objet essentiel de définir les modalités de financement.

COMPOSITION

Les PDITH sont placés sous l'autorité du Préfet. Leur comité de pilotage composé des financeurs comprend à minima la DDTEFP, l'Agefiph et la Direction Départementale de l'ANPE.

OBJECTIFS

Rapprocher les différents acteurs de l'insertion et de l'emploi afin d'optimiser l'accompagnement des travailleurs handicapés sur le marché du travail et d'instaurer une politique départementale cohérente. Ces programmes sont animés par des coordonnateurs dont le rôle est de créer des liens entre décideurs et opérateurs mais aussi de favoriser les synergies entre opérateurs. Ils doivent également, à partir des analyses des besoins du terrain, faciliter l'élaboration et la mise en oeuvre de réponses nouvelles et adaptées. Les coordinateurs doivent dynamiser l'ensemble du dispositif, et à travers lui, chaque partenaire.

COORDINATION DES INTERVENTIONS DES OPÉRATEURS AUTOUR DE DIFFÉRENTS AXES

- mise en œuvre d'un plan d'actions en direction des entreprises : prospection, sensibilisation et conseil aux entreprises
 - accès à l'emploi des personnes handicapées : accueil, bilan, redynamisation, formation, placement et accompagnement dans l'entreprise
 - procédure concertée pour le maintien dans l'emploi et le reclassement
 - actions facilitant l'accès en milieu ordinaire de travail de personnes issues du milieu protégé.
- Actions spécifiques et innovantes en fonction de chaque département.*

FINANCEMENT

Actions financées par les crédits du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, de l'ANPE, de l'Agefiph, des collectivités territoriales (Conseil Général et Conseil Régional) et du FSE. Les crédits spécifiques du PDITH ne se substituent pas aux crédits de droit commun..

VI / Synthèse des ressources en Rhône-Alpes

	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
PDITH	PDITH01	PDITH 07	DIRECTH 26	PDITH 38	PDITH 42	PDITH 69	PDITH 73	PDITH 74
CAP EMPLOI	•	•	•	•	•	•	•	•
Cellule de Maintien dans l'Emploi	Interface 01	Cap Emploi Service Maintien	DIRECTH 26	CDME	PRECI	Cap Emploi PAR-E	Cap Emploi	Cap Emploi
1- Mission Départementale d'Ergonomie		Cap Emploi Service Ergonomie	DIRECTH 26	SCAPH 38			Cap Emploi	Cap Emploi
2- Couverture Plate-Forme Ergonomique	•	•	•	•	•	•	•	•
Organisme de formation possédant le label schéma régional de formation	16	13	20	48	22	63	14	20
CTPF (Cap Emploi)	1	1	1	4	1	3	1	11
CRP/ERP	MANGINI LADAPT				CREPSE	LADAPT IFMK LAENNEC GUYNEMER GALLIENI		LA RUCHE PASSERANE ENGLENNAZ LADAPT
Déficience visuelle						FIDEV		
Déficience auditive		URAPEDA		URAPEDA SCAPH		URAPEDA		
Ressources pour traumatisés crâniens - SPASE -	CRP Mangini	L'ADAPT	L'ADAPT	CMUDD	CREPSE	LADAPT	CMUDD	L'ADAPT
Cabinets Conseil en création d'activité agréés pour les Travailleurs Handicapés	Perspectives entreprises et carrières	AMESUD ADCF Chambre d'Agriculture	ADCF Réseau Consulaire : - CMDP - CMDR - CCID	"CREA PLUS" F. YVRAI	"CREA 2M"	"CREA PLUS"	ADPS Centre de formation continue de la CCI	ARS

Mise à jour : juin 2002

Note : Les ressources citées ci-dessus sont les ressources répertoriées par les PDITH ou bénéficiant de Fonds Régionaux, notamment de l'Agefiph, et ayant pour vocation l'Insertion des Personnes Handicapées.

Bibliographie

S
C
H
É
M
A
R
É
G
I
O
N
A
L
D
E
L
A
S
O
C
I
É
T
É

- AGEFIPH. **Programme exceptionnel : 1999-2001 Un nouvel élan pour l'emploi des personnes handicapées**, 14 p.
- AGEFIPH - Rhône-Alpes. **Programme exceptionnel, document préparatoire, février 1999**, 83 p.
- À l'écoute des sourds et des associations, **Actualités Sociales Hebdomadaires**, n°2123, 11/06/1999. 33 p.
- BARRAL C. et PATERSON F. **Associations d'usagers dans le champ du handicap et de la maladie. In : Insertion sociale des personnes handicapées : méthodologie d'évaluation**. CTNERHI, 1994, p. 217-230.
- BARRAL C. **Les associations nationales des personnes handicapées face à l'emploi. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France**. Desclée de Brouwer, 1998, p. 403-422.
- BELORGEY J-M. **Le travail parlementaire et la mise à l'agenda. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France**. Desclée de Brouwer, 1998, p. 273-284.
- CHAUVIÈRE M. **L'insertion et ses déclinaisons : retour sur quelques référentiels des politiques publiques contemporaines. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France**. Desclée de Brouwer, 1998, p. 129-152.
- Circulaire DGEFP n° 97-29 du 21 décembre 1997. **Relative au financement des programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés**. Bulletin Officiel du Ministère du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, déc. 1997, 3 p.
- Conseil National Consultatif des personnes handicapées du 25 janvier 2000**, Ministère de l'Emploi et de la solidarité, 01 /2000, 38 + 25 p.
- Collectif, **L'Institution du handicap : le rôle des associations : XIXe-XXe siècles**, Presses Universitaires de Rennes, 2000. 413 p.
- COYER X. **La coordination des actions administratives. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France**. Desclée de Brouwer, 1998, p. 185-192.
- Emploi et handicap : déjà dix ans... construisons demain**, AGEFIPH, 05/1997, 104 p.
- FOURNIER A. **L'ANPE, une composante du service public de l'emploi**. In : Réadaptation, n° 449, avril 1998, p.16-18.
- GRAPPIN P. **La loi de 1987, dix ans après**. In : Communautés éducatives, n°102, mars 1998, p.52-57.
- JELLAB A. **Le travail d'insertion en mission locale**. L'Harmattan, 1997, 207 p.
- JELLAB A. **Mission locale et insertion**. In : Vie Sociale, n°1, 1997, p.5-29.
- La Loi du 1^{er} juillet 1901 et le secteur des personnes handicapées**, Réadaptation n°483, 09/2001. 54 p.
- La Nouvelle image de l'APF**, Réadaptation n°446, 01/1998. 58 p.
- L'Accord d'entreprise en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés – guide méthodologique**. DGEFP. Ministère de l'emploi et de la Solidarité. ISBN 2-11- 091961-2
- L'ADAPT, à l'aube de l'an 2000**. In : Réadaptation, n°453, sept. 1998.
- L'APA JH : pour une société sans exclus**, Réadaptation n°468, 03/2000. 60 p.
- La Politique française en direction des personnes handicapées**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de l'action sociale, 10/2000. 59 p.
- Le GIPH : groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques**, Réadaptation n°487, 02/2002.
- Les missions locales sur les " traces " du redressement**. In : Le Journal de l'Action sociale, n° 37, mai 1999, p.19-27.
- Les OHE PROMETHEE**. In : Réadaptation, n°433, mars 1996, p. 7-44.
- Les Programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés**. Dictionnaire Permanent de l'Action Sociale. Mises à jour, avril 1998, p. 1250C-1250D.
- Première pour l'Agefiph Rhône-Alpes**. In : Les Ateliers des Défis Magazine, n°7,1999, p. 8.
- RISSELIN Patrick, **Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000 : 20 ans de politiques sociales du handicap en France, bilan et perspectives**, ODAS, 1998. 166 p.
- ROYAL Ségolène, **Plan d'actions sur le handicap**, Ministère délégué à la Famille et à l'Enfance, 07/2001. 24 p.
- SEGURA J-L. **Huit ans d'activité de l'Agefiph. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France**. Desclée de Brouwer, 1998, p. 193-210.
- TERRASSE Pascal, **Rapport d'information sur la réforme de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales**, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 2000. 47 p.

La formation professionnelle

La formation professionnelle continue permet à tout salarié d'acquérir les compétences nécessaires en vue de :

- Faciliter son adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail,
- Maintenir ou améliorer sa qualification (notamment dans des situations de maintien dans l'emploi)
- Favoriser son évolution professionnelle.

La formation professionnelle permet ainsi de favoriser l'accès ou le retour à l'emploi des travailleurs handicapés et augmente le potentiel d'insertion des demandeurs d'emploi.

L'article L.323-15 du Code du travail précise "que tout travailleur reconnu handicapé par les COTOREP peut bénéficier d'une réadaptation, rééducation ou d'une formation professionnelle".

- **Les écoles de rééducation professionnelle de l'ONAC : secteur public de la formation spécialisée**

Dès l'origine, la rééducation professionnelle des personnes handicapées figure au rang des missions de l'ONAC.

Les écoles de rééducation professionnelle de l'ONAC dispensent des formations longues, diplômantes, en alternance, et orientées systématiquement vers le retour à l'emploi dans 7 secteurs principaux d'activité : Industrie, BTP, commerce, distribution, services, artisanat, secteur agricole.

Elles assurent 1/5 du potentiel de la rééducation professionnelle destinée aux travailleurs handicapés et la totalité du secteur public en la matière.

10 établissements créés pour accueillir au départ les invalides de guerre, se sont ouverts aux mutilés du travail en 1924, aux assurés sociaux bénéficiaires de l'assurance maladie ou pensionnés d'invalidité à partir de 1961, et à l'ensemble des travailleurs handicapés dès 1962. 90% des stagiaires sont des assurés sociaux (accidentés du travail, maladies professionnelles).

3. Les autres dispositifs

- **Les formations au sein du travail protégé**

Des expériences innovantes ont été menées dans certaines structures médico-sociales. Exemples : l'action menée par PROMOFAP et par l'ADAPT.

- **La FAGERH**

Cette Fédération nationale, centrée sur la formation conçue comme outil d'insertion, regroupe 14 associations gestionnaires (LADAPT, association "Vivre",...) et la plupart des CRP, des centres de pré-orientation, une partie des UEROS, des centres qui associent à la fois la rééducation fonctionnelle et la formation professionnelle.

La FAGERH représente le secteur spécialisé de formation professionnelle des personnes handicapées auprès des pouvoirs publics. Elle siège dans des instances consultatives officielles (conseil supérieur pour le reclassement social et professionnel des personnes handicapées, CEEH, CNCPH,...) et contribue ainsi à la réflexion sur la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Elle offre plus de 10 000 places dans 80 établissements de rééducation professionnelle pour 200 formations qualifiantes dans 24 secteurs d'activités⁵⁵. Elle accueille près de 3 000 personnes dans des centres de pré-orientation et comporte 22 UEROS.

⁵⁵ Chaque année la FAGERH édite un Annuaire, véritable guide de la Rééducation professionnelle, reprenant l'offre spécialisée d'orientation, de formation et de suivi à destination des travailleurs handicapés et des jeunes handicapés moteurs.

B. Les mesures spécifiques – Travailleurs Handicapés -

1. Les adaptations de la formation en alternance

- **Le contrat d'apprentissage et les contrats en alternance** sont des mesures de droit commun. Ils peuvent faire l'objet d'aménagements spécifiques pour les personnes reconnues travailleurs handicapés et orientées vers ce dispositif par la COTOREP (voir Tableau 42 : **le dispositif de droit commun** en formation page 95).

Ainsi, L'AGEFIPH dans son programme d'intervention a inclus des mesures "**aides à l'apprentissage**" et "**aides à la formation en alternance**". Ces mesures ont pour objectifs d'inciter les entreprises à conclure des contrats en alternance avec des jeunes handicapés, de les soutenir dans cette démarche et de permettre aux centres de formations et CFA de leur offrir un plus large éventail de formation :

- les avantages spécifiques s'adressent à l'employeur, à la personne handicapée et au centre de formation : prise en charge des frais liés à la compensation du handicap selon les modalités des mesures "soutien et suivi de l'insertion" et "aides techniques et humaines", le versement de subventions forfaitaires et de la prime à l'insertion, prise en charge de la formation des tuteurs entreprise à l'accueil et à l'accompagnement des jeunes handicapés...

- **Le dispositif en Rhône-Alpes** : Cf. page 100.

2. Le contrat de rééducation professionnelle

- Cette mesure est gérée par le Service Social de la CRAM.

LE CONTRAT DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE CHEZ L'EMPLOYEUR	
Objectifs	Permettre la remise au travail de personnes qui, du fait d'un handicap, ont perdu la possibilité d'exercer leur emploi par : <ul style="list-style-type: none"> • une ré-accoutumance à l'exercice de l'ancien métier, • un maintien dans l'emploi à un autre poste dans la même entreprise, • l'enseignement d'un nouveau métier, • une nouvelle embauche
Bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • être assuré social, • être reconnu travailleur handicapé et orienté par la COTOREP, • avec l'accord de leur organisme de Sécurité Sociale et de l'employeur
Nature du contrat	• CDD de 3 à 24 mois signé par l'employeur, la DDTEFP, la CPAM, l'assuré
Rémunération	Au moins égale au salaire minimum de la profession pour laquelle il est formé ou SMIC, versée : <ul style="list-style-type: none"> • une part par l'employeur sous forme de salaire (soumise à cotisation) • une part par l'Assurance Maladie sous forme de prestations (non soumise à cotisation).

3. La prime de reclassement

Elle est destinée au travailleur handicapé qui a suivi un stage de rééducation ou de formation professionnelle.

C'est une aide matérielle à la reprise d'une activité (à demander à la COTOREP). Montant : de 77 à 154 € fixé en fonction des ressources.

C. Bilan

Il existe 89 CRP dont 9 de statut public (ONAC) et 13 centres de pré-orientation. En 1999, 14 000 personnes handicapées ont bénéficié d'une formation en CRP.

En Rhône-alpes, il existe 12 CRP, 2 centres de pré-orientation et 3 UEROS.

PROFIL ET DEVENIR DES STAGIAIRES SORTIS DE CRP EN 1996/1998	
Caractéristiques de la population	77% d'hommes âgés de 19 à 52 ans (âge moyen 35,5 ans), 90% ont une expérience professionnelle (ouvriers dans 58,6%) ; 36% de la population dont l'origine du handicap est professionnelle (24,7 % accident de travail)
Handicap	43% déficience motrice ostéoarticulaire.
Formation suivie en CRP	53% tertiaire, 42% industrie
Évolution professionnelle	80% ont eu l'occasion de travailler au bout de 2 ans.
<i>A l'issue de la formation</i>	44% en emploi
<i>6 mois après la sortie</i>	51% en emploi
<i>12 mois</i>	61% en emploi
<i>18 mois</i>	62% en emploi
<i>24 mois</i>	58% en emploi
	<ul style="list-style-type: none"> • 70% des personnes sont embauchées dans des entreprises de moins de 50 salariés : 52 % sont dans des entreprises de moins de 20 salariés et 37 % dans des entreprises de moins de 10 salariés • Les personnes âgées de moins de 26 ans et de plus de 40 ans ont le plus de difficulté à trouver un emploi dès la sortie de la formation

Enquête de la FAGERH en collaboration avec le Centre d'Etudes de l'Emploi sur un échantillon de 317 stagiaires sortis de 33 CRP entre mai et juillet 1996 (formation de niveau V).

II / L'accès au droit commun

L'offre de formation qui émane des centres spécialisés ne peut répondre à tous les besoins des personnes handicapées. Aussi, faut-il favoriser l'accueil des personnes handicapées dans les centres ordinaires de formation, Objectif du Schéma Régional de la Formation Professionnelle pour les Personnes Handicapées.

A. Les établissements

Les personnes handicapées peuvent prétendre, comme tout un chacun, à l'accès aux formations proposées par l'ensemble des établissements d'enseignement initial ou continu. Afin de faciliter l'accueil et l'apprentissage des personnes handicapées, des services spécifiques ont été mis en place. Certains l'ont été suite à la signature de conventions avec l'AGEFIPH, c'est le cas notamment pour l'AFPA.

1. L'Association pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA)

L'ensemble des prestations AFPA s'adresse aux bénéficiaires et clients aussi bien du secteur public que privé.

Les actions réalisées par l'AFPA

- Accueil de travailleurs handicapés dans les centres de formation AFPA : formation, validation, évaluation des compétences, accompagnement vers l'emploi, suivi psycho-pédagogique.
- Appui technique et pédagogique aux CRP
- Prestations d'orientation :
 - Elaboration de projets de formation (S2) en partenariat avec des prescripteurs (ANPE, Cap Emploi, ML-PAIO, OPCA)
 - Bilans de compétences
 - Participation des psychologues - AFPA aux équipes techniques COTOREP
- Réalisation locale de formations adaptées au bénéfice du secteur protégé
- Réalisation d'interventions d'études, de conseil-ingénierie dans le champ de la formation, de l'orientation et de la validation.
- Convention Régionale avec l'AGEFIPH (Accord - Cadre National entre l'AFPA et l'AGEFIPH signée le 8 JUIN 2000)
 - Réalisation de parcours individualisés d'orientation-formation-validation au profit de personne handicapée,
 - Développement quantitatif et qualitatif des prestations - AFPA en direction des personnes handicapées.
- Création en 1996 du **Centre National de Ressources et de Recherches sur la Formation des Handicapés de Roiffé** : il vise à rapprocher l'ensemble des acteurs oeuvrant en faveur de l'insertion des personnes handicapées, pour favoriser la mise en synergie de leurs actions et les aider à innover et à trouver les meilleures solutions pour l'orientation, la formation, l'emploi et l'insertion.

2. Les universités

- Les handicapés ont accès aux formations universitaires. Dans les Universités il existe un service d'accueil prenant en charge les étudiants handicapés physiques ou sensoriels.
- Les établissements de la Fondation Santé des Étudiants de France sont destinés aux étudiants atteints de maladies ou de déficiences diverses. (en Rhône-Alpes, le CMUDD dans l'Isère)

Tableau 41 : Nombre d'étudiants handicapés en universités françaises par type de handicap en 2000

Année 2000	Déficiences visuelles	Déficiences auditives	Handicap moteur	Autres handicaps	Total
Nombre	975	561	1325	2001	4862
Part (%)	20,05 %	11,54 %	27,25 %	41,16 %	100 %

Sources : Recensement des étudiants en situation de handicap. Année universitaire 1999/2000. Ministère de l'Education Nationale, Direction Générale de l'Enseignement Supérieur DGES 12, Bureau de la vie étudiante. 2000

- LE SAUH : Service d'Accueil Universitaire pour Etudiants Handicapés. Créé en 1990, implanté depuis 1993 sur le campus Universitaire de St Martin d'Hères, le SAUH a pour vocation d'offrir une prise en charge globale et individualisée de l'étudiant en s'appuyant sur les relais et compétences locales (CROUS, Services sociaux, centres de santé...)
- Ce service s'adresse à tous les étudiants handicapés fréquentant l'Université de Grenoble⁵⁶
- L'AFIJ : (Association pour Faciliter l'Insertion des Jeunes diplômés) a signé une convention avec l'Agefiph qui prévoit un accompagnement individuel vers l'emploi des jeunes diplômés ou étudiants, dès la deuxième année d'études (objectif : suivi de 200 personnes sur deux ans).

B. Les modalités d'accès à la formation

- Selon le statut ou les caractéristiques du candidat (salaré, jeune, personne en difficulté d'insertion professionnelle), il existe plusieurs voies d'accès à la formation professionnelle. Les travailleurs handicapés bénéficient d'aménagements spécifiques.

1. Les contrats et les statuts

- Les jeunes demandeurs d'emploi de 16 à 25 ans (et jusqu'à 30 ans pour les travailleurs handicapés) peuvent accéder à un ensemble de dispositifs leur permettant de **se former en alternance** : contrat d'apprentissage, contrat d'orientation, contrat de qualification, contrat d'adaptation (voir Tableau 42 : Le dispositif de droit commun en formation ci-contre).
- Par ailleurs, les jeunes peuvent également faire valoir leurs droits à une formation dans le cadre d'un "emploi-jeune" ; dans ce cas le volet formation est facultatif.
- Les bénéficiaires des mesures pour l'emploi mises en place pour inciter l'embauche des publics prioritaires rencontrant des difficultés d'insertion professionnelle peuvent accéder à une formation.
- Ces mesures peuvent prendre la forme de contrats de travail aidés : **Contrat Initiative Emploi, Contrat Emploi Solidarité, Contrat Emploi Consolidé** (voir Tableau 51 : Les contrats "aidés" page 118 ou de **Stages (SAE, SIFE)**. En 2000, 20 890 stages de formation pour les TH (SAE, SIFE individuels et collectifs, et stages cadres du FNE) ont été dispensés au niveau national.
- Il existe aussi un **Programme Régional de Formation du Conseil Régional** qui a pour objet de favoriser l'insertion professionnelle des demandeurs d'emploi, jeunes ou adultes, par l'acquisition d'une qualification au terme d'un parcours de formation.
- Les salariés travailleurs handicapés, au même titre que les autres salariés, peuvent bénéficier du **plan de formation de l'entreprise**, ou du **congé individuel de formation (CIF)**. Pour les personnes menacées de licenciement pour inaptitude, l'Agefiph et le Fongecif ont signé une convention pour favoriser l'accès à la formation.
- Dans le cadre des **Accords d'entreprise**, l'employeur peut prévoir un certain nombre de modalités par la mise en place d'un plan d'insertion et de formation en proposant des stages pour les salariés handicapés de son entreprise ou en mettant ses services de formation à la disposition de tout utilisateur potentiel désirant dispenser une formation pour des travailleurs handicapés, et en contribuant au financement de la formation des demandeurs d'emploi : ex : Accords CAP GEMINI...

⁵⁶ SAUH Résidence des Taillées. Domaine Universitaire 271 rue de la Mouille Blanche 38406 St Martin d'Hères
Tél. : 04.76.59.55.76

⁵⁷ Les aménagements spécifiques pour les apprentis handicapés sont en italique dans le tableau

Tableau 42 : Le dispositif de droit commun en formation⁵⁷

	LE CONTRAT D'APPRENTISSAGE	LE CONTRAT DE QUALIFICATION JEUNES	LE CONTRAT DE QUALIFICATION ADULTES
Bénéficiaires	jeunes de 16 à moins de 26 ans <i>moins de 27 ans pour apprenti handicapé</i>	jeunes de 16 à moins de 26 ans sans qualification ou avec une qualification ne leur ayant pas permis de trouver un emploi	Demandeur d'emploi de plus de 26 ans rencontrant des difficultés sociales et professionnelles dont <i>les bénéficiaires TH</i>
Objectifs	acquérir une qualification professionnelle sanctionnée par un diplôme et une expérience professionnelle en entreprise	obtenir une qualification professionnelle sanctionnée par un diplôme tout en travaillant	acquérir une qualification professionnelle sanctionnée par un diplôme, un titre homologué ou une convention collective
Nature et durée du contrat	- contrat de travail de 1 à 3 ans - Formation dans un CFA de 400H minimum/an - en alternance avec le travail en entreprise - durée de travail limité à 7H / jour - un maître d'apprentissage encadre la formation pratique en entreprise	- contrat de travail de 6 mois à 2 ans - formation dispensée par un organisme de formation pendant le temps de travail - la formation représente au minimum 25% de la durée totale du contrat de travail - appui d'un tuteur	- CDD de 6 à 24 mois ou CDI avec "période de qualification comprise entre 6 et 24 mois" - la formation représente au minimum 25% de la durée totale du contrat de travail - appui d'un tuteur
Statut et avantages pour le bénéficiaire	- l'apprenti est un salarié - Rémunération entre 25 et 78% du SMIC selon l'âge et l'année du cycle d'apprentissage	- le jeune est salarié - rémunération par l'entreprise de 30 à 75% du SMIC ou du minimum conventionnel selon âge et ancienneté du contrat	- salarié - Rémunération au minimum égale au SMIC ou au minimum conventionnel
Aides de l'Agefiph	- Subvention forfaitaire de 1525 € - Prise en charge des frais liés à la compensation du handicap	- Subvention forfaitaire de 1525 € si le contrat a une durée d'au moins 12 mois - prime à l'insertion de 800 € à la signature d'un CDD ou CDI d'au moins 12 mois si n'a pas été éligible à la subvention forfaitaire - Prise en charge des frais liés à la compensation du handicap	- Subvention forfaitaire de 1525 € si le contrat a une durée d'au moins 12 mois - prime à l'insertion de 800 € à la signature d'un CDD ou CDI d'au moins 12 mois si n'a pas été éligible à la subvention forfaitaire - Prise en charge des frais liés à la compensation du handicap
L'employeur : Aides à l'embauche	- exonération charges sociales - Aide forfaitaire de l'Etat à l'embauche de 914,69 € - à la formation : 1 524,49 € ou 1 829,39 € /an selon âge - Aide à l'embauche d'un TH : prime supplémentaire de l'Etat égale à 520 fois le SMIC horaire, - Aide forfaitaire de 7,62 €/heure (ou 1524,39 € au max) si la formation a une durée annuelle > à 600H	- exonération des cotisations patronales - prise en charge des frais de formation par un OPCA	- allègements des charges sociales liés à l'ARTT - Aide à l'embauche versée par l'Etat de 1525 € pour les 6 premiers mois auxquels s'ajoutent 120 € par mois supplémentaire - aide de 9,15 € / h de formation par OPCA
Aides de l'Agefiph	- Subvention forfaitaire de 1525 € par année d'apprentissage - Prime à l'insertion de 1600 € pour la conclusion d'un CDI ou CDD d'au moins 12 mois - Prise en charge de la formation des tuteurs en entreprise	- Subvention forfaitaire de 1525 € par période de 6 mois - Prime à l'insertion de 1600 € pour la conclusion d'un CDI ou CDD d'au moins 12 mois - Prise en charge de la formation des tuteurs en entreprise	- Subvention forfaitaire de 3049 € par période de 6 mois - Prise en charge de la formation des tuteurs en entreprise

Tableau 42 (suite) : Le dispositif de droit commun en formation

	LE CONTRAT D'ADAPTATION	LE CONTRAT D'ORIENTATION	STAGE D'ACCÈS À L'ENTREPRISE SAE
Bénéficiaires	Demandeurs d'emploi de 16 à moins de 26 ans	jeunes de 16 à moins de 25 ans rencontrant des difficultés pour trouver un emploi ou pour choisir une orientation professionnelle	DE inscrits à l'ANPE susceptibles de pouvoir répondre aux offres d'emploi non satisfaites après avoir reçu un complément de formation
Objectifs	s'adapter à un poste de travail ou à un type d'emploi par l'accès à des formations complémentaires pour favoriser l'insertion professionnelle	insertion dans la vie active en favorisant l'orientation professionnelle par une première expérience en entreprise. Elaboration d'un projet professionnel au contact des réalités de l'entreprise	apporter aux demandeurs d'emploi les compétences professionnelles lui permettant d'accéder à une offre d'emploi déposée à l'ANPE.
Nature et durée du contrat	- CDD de 6 à 12 mois ou CDI avec une période d'adaptation comprise entre 6 et 12 mois - formation de 200 heures minimum	- jeunes de 16 à moins de 22 ans sans diplôme : CDD de 9 mois maximum - bacheliers de moins de 25 ans mais sans diplôme professionnel, ayant abandonné leur étude avant d'obtenir un diplôme Bac+2 : CDD de 6 mois maximum - Actions d'orientation (remise à niveau, découverte des métiers, bilan de compétence...) représentant au minimum : 25% du contrat pour les moins de 22 ans et 20% de la durée de contrat pour les moins de 25 ans	- adaptation au poste de travail proposé dans l'entreprise - stage de 40 à 500 h (d'une durée moyenne de 300h). Pour les DELD, durée maximum de 750 h - L'employeur s'engage à embaucher le stagiaire à l'issue de la formation
Statut et avantages pour le bénéficiaire Aides de l'Agefiph	- salarié - Rémunération au minimum égale au SMIC ou à 80% du minimum conventionnel - suivi par un tuteur - <i>Subvention forfaitaire de 1525 € si le contrat a atteint 12 mois</i> - <i>prime à l'insertion de 800 € à la signature d'un CDD ou CDI d'au moins 12 mois si n'a pas été éligible à la subvention forfaitaire</i> - <i>Prise en charge des frais liés à la compensation du handicap</i>	- salarié - Rémunération entre 30% et 65% du SMIC selon l'âge - suivi par un tuteur - <i>Subvention forfaitaire de 1525 € pour un contrat d'au moins 3 mois</i> - <i>prime à l'insertion de 800 € à la signature d'un CDD ou CDI d'au moins 12 mois si n'a pas été éligible à la subvention forfaitaire</i> - <i>Prise en charge des frais liés à la compensation du handicap</i>	- Stagiaire de la formation professionnelle - Rémunération par l'Etat ou AREF
L'employeur : Aides à l'embauche Aides de l'Agefiph	- prise en charge des heures de formation par un OPCA à hauteur de 7,62 € / h - <i>Subvention forfaitaire de 1525 €</i> - <i>Prime à l'insertion de 1600 € pour la conclusion d'un CDI ou CDD d'au moins 12 mois</i> - <i>Prise en charge de la formation des tuteurs en entreprise</i>	- exonération à 100% des cotisations patronales au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, - prise en charge des heures de formation par un OPCA à hauteur de 7,62 € / h + une partie des frais liés au tutorat. - <i>Subvention forfaitaire de 1525 € pour un contrat d'au moins 3 mois</i> - <i>Prime à l'insertion de 1600 € pour la conclusion d'un CDI ou CDD d'au moins 12 mois</i> - <i>Prise en charge de la formation des tuteurs</i>	Prise en charge totale ou partielle des frais de formation par l'Etat. Pour les salariés, aide forfaitaire de 4,27 € par heure de formation destinée à alléger le coût de la rémunération maintenue par l'employeur. Pour les demandeurs d'emploi : rémunération versée par l'Etat ou l'Assédic.

Tableau 42 (suite) : Le dispositif de droit commun en formation

	SIFE : STAGE D'INSERTION FORMATION EMPLOI	CIF : LE CONGÉ INDIVIDUEL DE FORMATION	LE PLAN DE FORMATION DE L'ENTREPRISE	AFPE : ACTION DE FORMATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE
Bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> - SIFE collectif : demandeurs d'emploi de plus de 26 ans dont les TH - SIFE individuel : tout demandeur d'emploi ayant déjà une expérience professionnelle rencontrant des difficultés d'accès à l'emploi. 	Tout salarié qui fait la demande à titre individuel		Demandeurs d'emploi indemnisés au titre de l'ARE
Objectifs	favoriser la réinsertion professionnelle des demandeurs d'emploi connaissant des difficultés d'accès à l'emploi, par une prise en compte individualisée de leurs besoins de formation avec l'emploi pour objectif	permettre à tout travailleur au cours de sa vie professionnelle de suivre à son initiative et à titre individuel, des actions de formation	rassembler les actions de formation décidées par l'employeur en fonction des objectifs poursuivis en entreprise.	Grâce à la formation, la personne acquiert les compétences professionnelles nécessaires pour accéder à une offre d'emploi disponible dans l'entreprise.
Nature et durée du contrat	<ul style="list-style-type: none"> - formation personnalisée sous forme de modules articulés selon les besoins de la personne et se déroulant, autant que possible, pour partie en entreprise - durée de 40 à 1200 heures maximum. - ANPE gère les stages individuels - DDTEFP gère les stages collectifs 		<ul style="list-style-type: none"> - formations proposées par les responsables du personnel, - les demandes individuelles intégrées au plan de formation, - les bilans de compétences à l'initiative de l'employeur, - le capital temps de formation. 	- L'employeur conclue une convention avec l'Assedic. Qui précise les objectifs de la formation, son contenu, sa durée, ses modalités de financement ainsi que l'embauche qui en découle (CDI ou un CDD d'au moins six mois.).
Statut et avantages pour le bénéficiaire	- stagiaire de la formation professionnelle, rémunéré à ce titre ou AFR.	<ul style="list-style-type: none"> - la personne reste salariée mais son contrat de travail est suspendu - droit à la rémunération acquis lorsque OPACIF a donné son accord 	la personne reste salariée (salaire inchangé) et contrat de travail identique. A l'issue de la formation, le salarié réintègre son emploi ou peut se voir proposer un emploi correspondant à sa nouvelle qualification	
L'employeur : Aides à l'embauche Aides de l'Agefiph	L'Etat intervient dans le cadre du fonds national à l'emploi (FNE) et prend en charge les frais de formation ainsi que les dépenses afférentes à la rémunération et à la protection sociale des stagiaires. Selon les départements, des conventions DDTEFP-Agefiph fixent le taux de financement de l'Agefiph sur les coûts pédagogiques des SIFE . (ce taux peut atteindre 100% des Coûts Pédagogiques de la Formation)	<ul style="list-style-type: none"> - frais financé par OPACIF ou FONGECIF - <i>l'AGEFIPH peut participer aux coûts pédagogiques pour les salariés handicapés</i> - <i>Une convention a été signée entre le Fongecif Rhône-Alpes et l'Agefiph pour favoriser le maintien dans l'emploi de 60 salariés par an permettant un accès au CIF comme projet de reclassement professionnel.</i> 	financée par le budget de formation de l'entreprise <i>l'AGEFIPH peut être sollicitée en cofinancement</i>	Aide destinée à couvrir les frais : <ul style="list-style-type: none"> - de formation (750h max) sur la base de 7,62 € /h et dans la limite de 1524,49 €, - de transport - d'hébergement

2. La rémunération des stagiaires

Les demandeurs d'emploi en formation professionnelle ont le statut de stagiaire de la formation professionnelle et peuvent être rémunérés par l'Assedic ou par l'Etat. Si le stagiaire effectue sa formation à l'AFPA, il peut choisir soit le régime public de rémunération ou l'Allocation d'aide au retour à l'emploi formation.

La rémunération est imposable. Le salaire du stagiaire est cumulable avec la rente versée par la Sécurité Sociale, et, dans la limite d'un plafond, avec la pension d'invalidité, l'AAH, l'allocation compensatrice.

RÉGIME UNEDIC (ASSEDIC)	
Allocation de Retour à l'Emploi Formation (AREF)	<p>Conditions : demandeur d'emploi bénéficiaire de l'ARE qui participe à une action de formation prescrite par l'ANPE dans le cadre d'un PAP.</p> <p>Montant : Montant de l'allocation de chômage due à la veille de l'entrée en formation. - Minimum : 17,11 € / jour au 1/01/2002 pour les personnes qui ont exercé une activité à temps partiel ; 23,88 € / jour pour les personnes qui ont travaillé à temps complet.</p> <p>L'aide à la formation : Prise en charge des frais de formation, des frais de dossier et d'inscription, des frais de transports et d'hébergement qui restent éventuellement à la charge des stagiaires : - Frais pris en charge dans les actions de formation homologuées - Frais pris en charge dans les actions de formation par concours financier - Frais pris en charge dans les actions de formation préalables à l'embauche (AFPE)</p>
RÉGIME PUBLIC	
Etat ou Région	<p>Conditions : Demandeur d'emploi non bénéficiaire de l'AREF qui participe à une action de formation agréée au titre de la rémunération des stagiaires par l'Etat ou le Conseil Régional.</p> <p>Montants : Handicapé privé d'emploi : - ayant exercé une activité pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois ou moins de 12 mois au cours d'une période de 24 mois : 100% du salaire antérieur (plancher 644,17 € - plafond 1 932,52 €) - Ne remplissant pas ses conditions d'activités ou jeune à la recherche d'un 1^{er} emploi : 579,76 €</p>

C. Bilan

Depuis de nombreuses années l'AFPA investit pour développer l'intégration de Personnes Handicapées en formation dans ses établissements. Une convention a été signée avec l'Agefiph qui prévoit notamment une aide financière spécifique pour tout stagiaire handicapé accueilli au delà du volume prévu dans la commande publique.

Bilan 2001

- Stagiaires entrés en 2001/relevant de la convention AFPA/Agefiph

- 1946 stagiaires , dont 56 en Rhône-Alpes. (soit 10 426 Heures Stagiaires) dont

48% Formation Professionnelle	934 stagiaires dont 29 en Rhône-Alpes
33% Préqualification	608 stagiaires dont 25 en Rhône-Alpes
33% Préinsertion	32 stagiaires
19% EAD	372 stagiaires dont 2 en Rhône-Alpes

- En 2001 l'AFPA a accueilli 8 194 stagiaires handicapés contre 6 212 en 2000, soit une augmentation de plus de 30%.
 - 5 404 au titre de la commande publique, dont 2 448 en Formation Qualifiante
 - 1 946 entrées en Formation et 530 100 Heures travaillées stagiaires (HTS) ont été réalisées au 31/12/01 au titre de la commande Agefiph.
 - 844 hors commande publique.

III / Le schéma régional de formation en Rhône-Alpes

A - Les objectifs généraux

Le conseil Régional Rhône – Alpes, l'Etat, l'ANPE, et l'AGEFIPH ont décidé de conjuguer leurs compétences pour donner un nouvel essor au Schéma Régional de la Formation Professionnelle des Personnes Handicapées mis en place depuis 1993.

Le principe du Schéma Régional, dont la Convention Etat – AGEFIPH signée le 9 décembre 1998 prévoit la généralisation, est inscrit au Contrat de Plan Etat - Région 2000/2006. Son animation a été confiée au CRDI Rhône-Alpes.

Son objectif consiste à développer l'accueil, dans de bonnes conditions, des personnes handicapées dans les organismes de formation de la Région.

L'actualisation ou l'acquisition de compétences professionnelles doit permettre à la personne handicapée de bénéficier au mieux des opportunités d'emploi qu'offre le contexte économique.

Afin d'atteindre ces objectifs, et de répondre au mieux aux spécificités des publics, deux axes ont été développés, l'un concerne la Formation Professionnelle, l'autre l'Apprentissage.

L'offre de formation des organismes sensibilisés à l'accueil des personnes handicapées sera présentée sur une base de données spécifique permettant ainsi de repérer aisément les différentes structures.

B - Les deux pôles du schéma régional de la Formation Professionnelle des Personnes Handicapées

1. Le pôle formation professionnelle (mis en place fin 1999)

Le Schéma Régional de la Formation Professionnelle Rhône – Alpes, par l'intermédiaire de :

- - 180 organismes du milieu ordinaire de formation (mai 2002)
- - 7 organismes du milieu spécialisé de formation,
- - 8 organismes d'orientation,

propose une palette de formations qui tient compte des différents statuts (demandeurs d'emploi, salariés, jeunes et adultes...) et des contraintes géographiques.

Il s'appuie sur :

- - la compétence de plus de 260 référents formés spécifiquement à la prise en compte du handicap en formation,
- - l'implication des correspondants des organismes prescripteurs,
- - l'attention particulière portée par les organismes financeurs de la formation.
- - la mission spécifique des Conseillers Techniques des Parcours de Formation.

2. Le pôle apprentissage (mis en place fin 2001)

Le pôle apprentissage a pour mission de favoriser le montage d'actions préparatoire à l'apprentissage et de soutenir les initiatives communes entre les organismes chargés du suivi des jeunes handicapés et les Centres de Formation d'Apprentis.

Pour cela, le pôle apprentissage entend :

- - Proposer des formations de formateurs et de référents (compréhension du dispositif, connaissance des handicaps, réflexions pédagogiques, ingénierie de formations adaptées...)
- - Assurer le transfert des adaptations pédagogiques ou techniques
- - Faciliter les montages financiers en relation avec l'Agefiph et les CTPF
- - Animer et coordonner les relations inter partenariales
- - Aider à l'émergence de nouveaux partenariats locaux.

A ce jour 36 CFA ont adhéré à la démarche et 24 disposent déjà d'un référent formé.

Les prochaines sessions de formation auront lieu en octobre 2002.

Les premiers résultats

- **Résultats quantitatifs** (sur 18 mois de fonctionnement, soit 6 extractions sur la base de données)

TYPE DE FORMATION		
1944 entrées en formation dont	2,6%	Création d'entreprise
	23,8%	Remobilisation, Redynamisation
	23,4%	Remise à niveau
	9,3%	Préqualification
	26%	Qualification
	10,8%	Formations diplômantes
	4,1%	non renseigné
RÉPARTITION DES STAGIAIRES		
Par statut à l'entrée	17,9%	salariés
	67,8%	demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE
	10,1%	autres situations
	4,2%	non renseigné
Par tranches d'âge	15,5%	moins de 26 ans
	40,6%	de 26 à 39 ans
	24,5%	de 40 à 49 ans
	8,1%	plus de 50 ans
	11,3%	non renseigné
Par sexe	52%	d'hommes
	48%	de femmes
Par niveau de formation initiale	25,4%	infra V
	48,6%	niveau V
	15,5%	niveau IV
	6,9%	niveau III, II et I
	3,6%	non renseigné

• Résultats qualitatifs :

Les personnes handicapées accèdent à la formation professionnelle en plus grand nombre et les difficultés liées au handicap font l'objet d'une prise en compte spécifique qui s'illustre dans le nombre croissant de demandes d'aménagement.

En effet, 36,4% des dossiers font l'objet d'aménagements, répartis de la façon suivante:

- 40,4% aménagements pédagogiques,
- 29,7% aménagements matériels,
- 13,5% aides techniques
- 16,4% aides humaines

La participation importante aux journées thématiques sur l'approche de la maladie mentale reflète également la préoccupation des référents de se doter de compétences adaptées à ce public particulier. 15 journées ont permis à 300 personnes de se retrouver autour de ce thème.

Une étude qualitative sur les situations à l'issue des formations est prévue, elle permettra de mesurer l'impact du Schéma Régional sur les parcours d'insertion.

C. Le rôle des référents

Pour garantir une prise en charge efficace de la personne handicapée, chaque organisme de formation doit confier à un de ses membres la mission de référent et lui accorder les moyens qui lui seront nécessaires. A cet effet, le référent bénéficie notamment de 4 journées de formation.

Le référent est une personne ressource, un médiateur, garant de la qualité de la formation et de l'accompagnement des personnes handicapées.

Le rôle des référents

- Accueillir et accompagner les personnes handicapées pendant leur formation
- Entretenir régulièrement des relations avec les formateurs et les enseignants pour faciliter l'intégration des personnes handicapées dans le centre de formation
- Etre particulièrement vigilant quant aux difficultés liées au handicap et mettre en place toutes les mesures adéquates : maintien d'un partenariat étroit avec les opérateurs spécialisés selon la nature du handicap
- Préparer, en lien avec les organismes chargés du placement des personnes handicapées, l'insertion en milieu ordinaire de travail
- Etre en étroite relation avec le Conseiller Technique des Parcours de Formation (CTPF) pour tout aspect relevant des aides spécifiques à des personnes handicapées ou de l'accessibilité des locaux qui peuvent être mobilisées par le biais de l'Agefiph.

D. Les conseillers techniques des parcours de formation

A titre expérimental, des Conseillers Techniques des Parcours de Formation sont mis en place en Rhône-Alpes. Leur mission consiste à rechercher des solutions optimales afin de mettre en œuvre le projet de formation préalablement validé par un organisme compétent. Ils assistent notamment le candidat afin de :

- sélectionner l'organisme de formation
- négocier l'adaptation du parcours
- rechercher les conditions de prise en charge financière (statut, coût pédagogique)
- valider les conditions d'entrée
- établir les liens avec les partenaires prescripteurs

L'intervention du Conseiller Technique peut-être sollicitée par tout partenaire de l'orientation qui le souhaite, elle n'est en aucun cas obligatoire. Le Conseiller Technique a une bonne connaissance des dispositifs de formation (formation professionnelle, alternance, apprentissage, formation continue). Il peut intervenir aussi bien pour des demandeurs d'emploi que pour des salariés d'entreprise. Il se tient à la disposition du prescripteur, du référent de l'organisme (pour les organismes labellisés) et du stagiaire pour toute difficulté relevant de sa compétence.

Bibliographie

• **Adultes handicapés : formation professionnelle, établissements**, Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions, 02/2001. 136 p.

• BLANC A. **Les accords d'entreprise et l'insertion des personnes handicapées**. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 325-348.

• Centre INFFO, **Mesures pour certains publics**, In : Les fiches pratiques de la formation continue. centre INFFO, 1998, p.447-456.

• **En difficulté d'apprentissage ? M'informer pour m'orienter**, Réadaptation, n°482, 07/2001. 56p.

• FAGERH, **Annuaire de l'orientation et de la formation pour l'insertion des personnes handicapées**, 2001.

• **Formation professionnelle et épanouissement personnel : un double enjeu pour les adultes handicapés**, Formation Santé Sociale, PROMOFAP, n°28, 11/1996. 16 p.

• **Formation des adultes handicapés : les CAT se recentrent sur la personne**. In Promofaf Formation Santé Social, n°28, nov.1996, p. 3-11.

• FOURNIER J.P. LAURENT M. **La réadaptation psycho-sociale : travail, vie sociale, formation professionnelle**. In : Revue Pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, n°2, 1993, p.22-26.

• GLAZIOU M. La FAGERH, **60 centres de formations, 10.000 places, 10 millions d'heures de formation**. In : Réadaptation, n° 426, janv. 1996, p.8-11.

• Guide Formation professionnelle. In : **Etre Handicap Information**, n° 47-48, juin- août 2000, p.6-57.

• **L'ADAPT à l'aube de l'an 2000**, Réadaptation, Centre National d'Information pour la Réadaptation, n°453, 09/1998. 58 p.

• **La formation professionnelle des personnes handicapées**, Dossier professionnel n° 4, CTNERHI, supplément au Flash-informations n° 19 du 11 mai 1999, 144 p.

• **La formation, moyen d'accès à l'emploi à travers les CRP**. In : Réadaptation, n°426, 1996, p.7-48.

• **La Formation professionnelle dans le secteur public**, Travail Social Actualités, Droit et Société, n°845, 21/09/2001. 30 p.

• LENGUEL G. BESSON M.H. ARVEILLER J.P. **Centres d'actions préparatoires à l'emploi- Insertion : du désir au risque**. In : Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, n°2, 1993, p.33-36.

• **Les CRP, partie intégrante du secteur médico-social : personnes handicapées et formations professionnelles**. In : Réadaptation, n° 469, avril 2000, 48 p.

• **Les Étudiants handicapés**, Réadaptation, n°445, 12/1997. 47 p.

• **L'orientation et la formation professionnelle**. Guide Néret pour les personnes handicapées, mai 1999, p. 212-1 - 212-9.

• **L'orientation, la formation et l'insertion professionnelles**. In : Personnes handicapées : droits et démarches. CTNERHI, 1996, p.65-69.

• **La réadaptation professionnelle**. In : HELIOS II - Guide européen de bonnes pratiques, p.61-81.

• **Les Pratiques des centres de rééducation professionnelle : le point de vue des stagiaires**, FAGERGH, CERIS, 05/1997. 25 p.

• **Les UEROS**. In : Réadaptation, n° 459, avril 1999, p. 5-52.

• MAUDINET M. ET GAUTHIER-MOULIN P. **La formation des travailleurs handicapés : des pratiques innovantes**. Centre info, 1993, 213 p.

• MAUDINET M. **Formation et pratiques de formation destinées aux personnes handicapées : enjeux, effets et conséquences**. In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 367-388.

• MERIAN I. **Profil et devenir des stagiaires sortis des CRP**. In : Réadaptation, n° 426, janv. 1996, p.12-14.

• MOYSE M. **Pour la formation dans le travail protégé : méthodes et outil**. In : Les cahiers de l'ADAPT, n° 140, 1998, p.3-6.

• PIEDOUX C. et AUTIER A., **La réadaptation professionnelle des traumatisés crâniens**, In : Soins, n° 569, fév. 1993, p.53-54.

• POTIER A. **Formation professionnelle et épanouissement personnel, un double enjeu pour les adultes handicapés**. In : Formation Santé Social, n° 28, 1996, p. 4-11.

• RISSELIN P. **Présentation succincte du dispositif des centres de rééducation professionnelle**. In : Revue Française des Affaires Sociales, n° 1, 1998, p.131-132.

• SAUVETRE Michel, GRECO Jacques, MERLEY Christian, **Du médico-éducatif aux situations de travail : étude des parcours de qualification adaptés**, Médiasocial, 1997

• **Travailleurs handicapés : Formation, qualification, insertion**, Mouv'ance, n°102, 03/2002, p. 6 à 10.

• **Travailleurs handicapés et formation**. In : Actualité de la formation permanente, 03 /1995, p.33-79.

• **Tremplin : association d'entreprises**. In : Réadaptation, n° 466, 01 /2000, 48 p.

• VELUT P. **L'ADAPT personnalise ses formations**. In : Réadaptation, n° 426, janv. 1996, p.31-33.

L'insertion professionnelle

Fin décembre 2000, la population active handicapée est estimée en France à 739 000 personnes dont 604 000 occupent un emploi et 135 000 sont demandeurs d'emploi.

Le droit à l'emploi

L'Etat a mis en place un certain nombre de lois dont la Loi de 1924 concernant les invalides de guerre, la Loi de 1957 concernant les invalides civils, la Loi de 1987 avec ses alternatives pour faciliter l'accès à l'emploi.

L'accès à l'emploi est favorisé par les dispositifs en faveur des travailleurs handicapés : rôle des institutions de placement, des aides financières...

Le droit à l'intégration professionnelle

Le droit à l'intégration dans la collectivité professionnelle et sociale est l'aspect qualitatif du droit au travail.

L'insertion professionnelle doit commencer à école, en formation professionnelle. L'intégration physique doit trouver des réponses en termes d'accessibilité et d'adaptabilité.

L'insertion professionnelle passe par l'orientation et l'accompagnement dans la recherche d'emploi, le placement et le maintien dans celui-ci.

Pour les personnes ne pouvant accéder au milieu ordinaire de travail, il existe aussi un lieu protégé.

I / Le dispositif spécialisé

A. Les établissements en milieu protégé

Les premières expériences d'institutions de travail protégé débutent dans les années 1950. La loi de 1957 officialise ces structures. Elles ont une triple vocation. Ce sont :

- des unités de production qui participent à la vie économique,
- des lieux de formation, de qualification professionnelle et d'insertion vers le milieu ordinaire,
- des institutions sociales.

1. Les Ateliers Protégés (AP) et les Centres de Distribution et de Travail à Domicile (CTDD)

Définition et rôle	<ul style="list-style-type: none">• AP = Unités économiques de production tenues d'assurer leur équilibre financier, mais qui peuvent recevoir des subventions de l'Etat..<ul style="list-style-type: none">- Permettent à des travailleurs handicapés d'exercer une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leurs possibilités.- Favoriser l'accession à des emplois en milieu ordinaire.• CTDD = procurent aux travailleurs handicapés des travaux manuels ou intellectuels à effectuer à leur domicile, assimilés aux AP.
Conditions d'admission	<ul style="list-style-type: none">• Travailleurs handicapés orientés par la COTOREP dont la capacité de travail est au moins égale au tiers de la capacité normale. Période d'essai de 6 mois.• Possibilité d'emploi de salariés valides, dans la limite de 20% de l'effectif de production.
Statut et rémunération du travailleur handicapé	<ul style="list-style-type: none">• Statut de salarié et à ce titre les dispositions du Code du Travail lui sont applicables. Les salariés handicapés bénéficient d'une surveillance médicale particulière• Salaire compris entre 90 et 130% du SMIC dont un minimum de 35% à la charge de l'employeur et un complément de rémunération* à la charge de l'Etat pouvant atteindre 55% du SMIC.

*Garantie de ressources. (Voir 1. La garantie de ressources page 107)

2. Les Centres d'Aide par le Travail

Définition et rôle	Etablissements médico-sociaux sous tutelle de la DDASS et financés par l'Aide Sociale, la subvention d'Etat par la DDTEFP pour la GRTH et la production des TH. <ul style="list-style-type: none">• Rôle de soutien médico-social et de production (production propre ou de sous-traitance)
Conditions d'admission	Travailleurs handicapés orientés par la COTOREP dont la capacité de production est inférieure au tiers de la capacité normale de travail qui présentent des difficultés d'adaptation en milieu ordinaire de travail ou en AP requérant des soutiens médico-sociaux ou psychologiques.
Statut et rémunération du travailleur handicapé	<ul style="list-style-type: none">• Les travailleurs handicapés n'ont pas le statut de salarié et n'ont pas de contrat de travail⁸⁸. Période d'essai de 6 mois renouvelable une fois (non rémunérée).• Salaire compris entre 55 et 110% du SMIC dont 5% de rémunération directe et un complément de rémunération versé par l'Etat plafonné à 50% du SMIC + complément par l'AAH.

⁸⁸ La législation du travail s'applique seulement pour l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail.

3. Le lien entre milieu ordinaire et milieu protégé

Les structures de travail protégé doivent agir dans une logique d'intégration en milieu ordinaire.

La sous-traitance

Cette modalité (cf. loi de 1987) favorise la mise en place de liens effectifs entre les milieux protégés et ordinaires de travail. Ces contrats peuvent parfois déboucher sur l'embauche directe de travailleurs handicapés issus du milieu protégé.

La mise à disposition

L'exercice d'une activité professionnelle à l'extérieur du CAT ou de l'AP, offre une voie de transition entre les milieux protégés et ordinaires de travail avec l'établissement d'un contrat entre l'établissement de travail protégé et l'employeur.

- pour un AP : la mise à disposition d'un salarié doit se faire en vue d'une embauche éventuelle et après signature d'un contrat entre l'AP et le travailleur handicapé.

- pour un CAT : la durée de contrat est plafonnée à un an renouvelable, avec accord de la COTOREP.

Le travail semi-protégé :

Cela consiste en des emplois intermédiaires, ponctuels ou permanents, stables ou transitionnels entre le travail protégé et l'intégration en milieu ordinaire de travail. Les travailleurs handicapés, tout en restant rattachés à leur CAT ou AP peuvent passer quelques heures ou jours par semaine en entreprise.

B. Les modalités

1. La garantie de ressources (GRTH)

Afin de compenser la baisse de revenu résultant d'une faible productivité du travailleur en raison de son handicap, la loi du 30 Juin 1975 a institué une garantie de ressources.

La GRTH est fonction du taux d'abattement de salaire fixé par la COTOREP (suite à la demande de l'employeur). L'employeur verse l'intégralité du salaire et perçoit directement le montant de la GRTH.

Depuis le 1er Janvier 1997, le financement de la GRTH travailleurs Handicapés en milieu ordinaire est assuré par l'Agefiph.

Tableau 43 : La GRTH en milieu protégé

	Salaire direct	Complément	Bonification	G.R.T.H.
AP et CDTD	Mini = 35% SMIC Si > 45% du SMIC	55% du SMIC 55% du SMIC	Non Oui	90% à 100% du SMIC max. 130% du SMIC
CAT	Mini = 5% SMIC Si > 20% du SMIC	50% du SMIC 50% du SMIC	Non Oui	55 à 70 % du SMIC max. 110% du SMIC

2. Les mesures favorisant la sortie ou l'alternative au milieu protégé

- **Les services de l'Etat** (DDASS, DDTEFP et DRTEFP) soutiennent des projets et mènent des actions de sensibilisation, attribuent des subventions et proposent des axes pour favoriser la sortie du milieu protégé.
- **Les mesures de l'AGEFIPH** : 4 mesures ont pour objectif de favoriser les sorties du milieu protégé vers le milieu ordinaire de travail. Elles visent également à favoriser l'alternative au milieu protégé, notamment pour les jeunes issus de l'éducation spécialisée.

Tableau 44 : Les mesures favorisant la sortie ou l'évitement du milieu protégé

MESURE	OBJECTIF	INTERVENTION
"Rapprochement du milieu protégé et du milieu ordinaire "	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le passage du milieu protégé vers le milieu ordinaire • Permettre aux salariés handicapés des ateliers protégés d'appréhender les réalités du travail en milieu ordinaire, d'acquérir des savoir-faire et des compétences professionnelles nouvelles • Permettre aux entreprises d'accueillir des personnes handicapées et d'apprécier leurs capacités professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • entreprise : prise en charge de la formation du tuteur et de la formation obligatoire des personnes handicapées aux postes occupés dans l'entreprise, participation à l'acquisition d'équipements • AP : prise en charge de la formation de travailleurs handicapés leur permettant d'acquérir les compétences professionnelles et les savoir-faire nécessaires
" Détachement en entreprise "	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux salariés handicapés des CAT d'appréhender les réalités du travail en milieu ordinaire, d'acquérir des savoir-faire et des compétences professionnelles nouvelles 	<ul style="list-style-type: none"> • prise en charge de la formation du tuteur en entreprise pour faciliter l'intégration des personnes handicapées en situation de détachement • prise en charge de la formation de la personne handicapée au poste occupé dans l'entreprise
Action préparatoire au placement	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la préparation à l'emploi des personnes handicapées rencontrant des difficultés particulières liées à une déficience spécifique ou éloignées de l'emploi, en collaboration avec les structures de placement • Contribuer au développement des capacités des structures d'insertion par l'économique et des établissements spécialisés pour assurer la transition vers le milieu ordinaire de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation au financement d'actions et de prestations spécifiques d'accompagnement, nécessaires à la réalisation d'un projet professionnel et à la mise en œuvre d'un parcours d'insertion, en appui à des structures de placement • Participation au financement d'actions ou de dispositifs visant la sortie et/ou l'alternative au secteur protégé
Aides aux innovations	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre le développement de matériels et de technologies innovantes, favorisant la formation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail • Favoriser la réalisation d'actions d'insertion exemplaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Etude et expérimentation de matériels techniques ou de technologies facilitant l'insertion des personnes handicapées : participation aux frais de faisabilité et aux coûts de développement d'un prototype à l'exclusion des phases de production et de commercialisation, • Participation aux coûts d'élaboration et de transferts d'actions innovantes ou exemplaires.

3. Le dispositif particulier

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), grâce à un accompagnement en milieu ordinaire, ont pour finalité d'éviter le placement dans des structures plus protégées. Ils ont également pour mission d'aider à maintenir et à développer cette autonomie dans le travail et le logement.

C. Bilan

Tableau 45 : L'emploi en milieu protégé

Année	CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL		ATELIER PROTÉGÉ		TOTAL
	Nombre 1313	Personnes employées	Nombre 1313	Personnes employées	
1985	911	58 297	106	5 369	63 666
1996	1 284	83 956	480	14 209	98 165
1998	1 313	88 952	515	16 095	105 047
2000	Nd.	Nd.	548	18 264	

90% des personnes handicapées orientées en milieu protégé vont en CAT.

Le milieu protégé représente 80% de l'emploi des personnes handicapées. Seulement 2% des travailleurs handicapés (en AP) et 0,8% (en CAT) sont passés en milieu ordinaire de travail.

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DGAS/DGEFP

Tableau 46 : Adultes handicapés en établissements de travail protégé au 1er janvier 1996

Âge	Retard mental			Déficience principale								TOTAL
	profond et sévère	moyen	léger et autre	autres déficiences du psychisme	langage et parole	auditives	visuelles	motrices	viscérales, métaboliques, nutritionnelles	polyhandicap	non-déterminé	
Moins de 18	3	3	3	5		1		1		1		17
18 et 19	25	173	233	51	3	6	4	16	2	1	10	524
20 à 24	842	5 097	3 934	1 398	70	190	192	487	78	50	138	12 476
25 à 29	1553	7 061	4 582	2 331	78	253	231	748	138	97	203	17 275
30 à 34	2 149	7 891	4 779	2 868	78	280	224	950	176	124	238	19 757
35 à 39	2 110	6 744	3 866	2 858	74	221	191	907	166	160	177	17 474
40 à 44	1 549	4 696	2 585	2 276	34	183	165	662	168	124	154	12 596
45 à 49	915	2 595	1 443	1 492	27	131	102	518	123	78	108	7 532
50 à 54	263	875	514	600	8	68	60	247	86	29	55	2 805
55 à 59	122	453	290	334	5	42	32	150	52	13	24	1 517
60 à 64	24	57	26	26	1	3	4	20	5	1	3	170
65 et plus	5	6	5	4			2	3	1			26
Total	9 560	35 651	22 260	14 243	378	1 378	1 207	4 709	995	678	1 110	92 169

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - SESI

II / L'accès au milieu ordinaire de travail

Différents dispositifs dans le cadre des politiques de l'emploi s'adressent particulièrement aux travailleurs handicapés.

Le travailleur handicapé en milieu ordinaire est un salarié de droit commun qui à ce titre bénéficie de l'application de l'ensemble des principes et des règles du droit du travail sauf dispositions particulières (licenciement).

Le travailleur handicapé bénéficie du principe de discrimination positive (exemple : une personne aveugle a une meilleure faculté d'écoute qu'une personne valide donc a un avantage pour certains métiers).

A. Les établissements

1. L'insertion par l'économique

"Maillon essentiel de la politique de lutte contre les exclusions, le secteur de l'insertion par l'activité économique – défini par la loi du 29/07/1998 – doit être mobilisé au profit des personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières dans le cadre d'un parcours vers l'emploi." (art.L.322-4-16, I, du code du travail).

Une procédure d'agrément préalable des publics par l'ANPE est destinée à orienter vers le secteur les personnes qui en ont le plus besoin après un diagnostic individuel. Ces structures leur proposent un emploi et un accompagnement adapté. A la fin de l'année 2000, il existe 2 150 structures d'insertion par l'activité économique en France.

Tableau 47 / Les entreprises d'insertion (EI), les associations intermédiaires (AI), les entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI)

	EI	AI	ETTI
Définition	Un suivi et un accompagnement social et professionnel lié à l'activité économique		
Publics	Personnes en situation d'insertion, jeunes ou adultes, se trouvant en situation précaire et n'étant pas en mesure d'être embauchées directement par une entreprise traditionnelle.	Personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières : DELD, TH reconnus par la COTOREP, Allocataires RMI, ASS, API, personne relevant de la PJJ, personnes démunies de toutes ressources, en rupture familiale, en état de détresse psychologique...	
Objectifs	Ces personnes bénéficient, pendant une période limitée, d'une adaptation ou d'une réadaptation à l'activité professionnelle dans un milieu productif, afin d'accéder dans les meilleures conditions possibles au marché de l'emploi	Faciliter leur insertion sociale et professionnelle durable en les mettant à disposition à titre onéreux, dans des conditions dérogatoires, au droit commun du travail temporaire (entreprise, associations, particuliers, collectivités locales). Les AI interviennent le plus souvent en début de parcours d'insertion. La mise en situation de travail permet de mesurer les capacités de retour à l'emploi des personnes en insertion.	Mise à disposition des salariés, sur un marché ordinaire et concurrentiel. Les ETTI interviennent le plus souvent en fin de parcours d'insertion.
Modalités	- postes aidés dans le cadre de CDD de 24 mois au maximum - Contrats d'insertion en alternance	• Taches précises et non durables, chantiers d'insertion • Durée totale de mise à disposition de 240 h maximum sur une période de 12 mois • Orientations vers des actions de formation : SIFE ou contrat d'orientation	• Contrat de mission (max. 24 mois) • Contrat de mise à disposition • Actions de suivi et d'accompagnement : bilan, formation, remise à niveau, redynamisation dans la recherche d'emploi...
Aides	• exonération totale des charges patronales de sécurité Sociale • Aide de l'Etat : montant annuel de l'aide par poste de travail à temps plein est de 7 622,45 €	• exonération des cotisations patronales de sécurité Sociale • Aide de l'Etat pour les actions d'accueil, de suivi et d'accompagnement	• exonération totale des charges patronales de sécurité Sociale • Aide de l'Etat pour le financement du suivi social et professionnel : montant annuel fixé à 18 293,88 € maximum par poste d'accompagnement pour 12 salariés.
Chiffres 2000	861 EI ont embauché 12 440 personnes dont 66% d'hommes. 37% sont allocataires du RMI. 7,1% de TH.	1013 AI ont mis à disposition 181 860 personnes dont 59% de femmes. 17% sont allocataires du RMI, 3,4% de TH.	276 ETTI ont mis à disposition 49 300 personnes dont 69% hommes. 19% sont allocataires du RMI, 4,1% de TH.
	110 EI et 14 ETTI en Rhône-Alpes		

2. Les autres dispositifs

Les Agences d'Intérim

Des stages ou périodes d'intérim permettent d'évaluer les performances des travailleurs handicapés, de faire évoluer les représentations qu'ont les entreprises des personnes handicapées.

- **ADECCO Travail temporaire** a créé une "Mission handicap et compétences" qui a étendu à l'ensemble du réseau ADECCO, son action d'information et de sensibilisation auprès des entreprises afin qu'elles recrutent des travailleurs handicapés intérimaires.
- **MANPOWER** a organisé le recrutement de travailleurs handicapés pour les entreprises qui peuvent ainsi satisfaire à l'obligation d'embauche de salariés handicapés. Ses missions se définissent par l'étude des postes de travail, l'analyse de l'incompatibilité éventuelle de certains handicaps avec certaines tâches, le suivi des intérimaires handicapés,... Ces actions sont réalisées par toutes les agences du réseau.
- **ADIA** à travers la nomination d'un responsable national chargé de coordonner les actions, mobilisation des Agences afin d'accroître le nombre d'intérimaires délégués dans les entreprises clientes, négociations de convention de partenariat avec les structures CAP Emploi, les organismes de formations (dont les CRP) pour accroître les chances d'insertion des Travailleurs Handicapés.
- **VEDIOR BIS** s'engage, par convention avec l'Agefiph, à mener des actions de sensibilisation auprès de ses entreprises clientes, à mettre en place 100 parcours de formations qualifiantes sur 6 régions test, à effectuer des embauches de travailleurs handicapés sur ses sites.

Le travail protégé en milieu ordinaire

Ces emplois sont occupés par des travailleurs handicapés qui, du fait de leur handicap ne peuvent être employés à un rythme normal où ne peuvent travailler à temps complet.

Ce sont des emplois légers ou à mi-temps permettant à des travailleurs handicapés dont le rendement est inférieur à celui d'un travailleur valide de travailler dans une entreprise. Ils ouvrent droit à la garantie de ressources (GRTH).

Le salaire minimum est fixé, pour chaque travailleur, par le directeur départemental du travail et de l'emploi, sur avis motivé de la COTOREP.

B. Les modalités

1. Les contrats "aidés"

L'Etat a développé des mesures pour l'emploi et encouragé la mise en place des dispositifs destinés notamment à des publics prioritaires.

Les contrats aidés s'inscrivent dans la Politique de l'Emploi du gouvernement. Ils permettent de lutter contre la sélectivité du marché du travail qui défavorise les demandeurs d'emploi les plus fragiles. Les contrats aidés ne s'adressent pas spécifiquement aux personnes handicapées, ces dernières bénéficient et font bénéficier l'employeur d'avantages liés à leur statut. La présentation qui suit fait état des avantages de droit commun et de ceux spécifiquement destinés aux travailleurs handicapés.

La législation concernant les contrats aidés fluctue beaucoup. Le fait de faire partie des publics prioritaires n'implique pas systématiquement que les accords administratifs seront donnés : des priorités peuvent être décidées au niveau local (voir DDTEFP et ANPE).

Une expérience en Rhône-Alpes "EPMO"⁵⁹ (Emploi Protégé en Milieu Ordinaire) permet de renforcer les aides apportées à l'entreprise. De part la dégressivité des aides, elle prend en compte l'adaptation progressive du travailleur handicapé.

⁵⁹ EPMO : action pilotée par ISATIS à Villefontaine

Tableau 48 : Les différents types de contrats " aidés " de droit commun

	CONTRATS D'APPRENTISSAGE, QUALIFICATION, ORIENTATION, ADAPTATION	EMPLOI JEUNES	CONTRAT INITIATIVE EMPLOI
Bénéficiaires	Voir Tableau 42 : Le dispositif de droit commun en formation page 95	<ul style="list-style-type: none"> - Jeunes de 18 à 26 ans sans emploi ou en CES ou CEC - de 26 à 30 ans sans emploi et n'ayant pas droit aux allocations chômage. - <i>Les travailleurs handicapés reconnus par la COTOREP âgés de moins de 30 ans</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - DE inscrits depuis au moins 24 mois - DE de plus de 50 ans depuis au moins 12 mois dans les 18 derniers mois - DE depuis au moins 12 mois dans les 18 derniers mois résidant dans les zones urbaines sensibles - bénéficiaires du RMI, ASS, API - personnes faisant l'objet d'une peine privative de liberté rencontrant des difficultés d'accès à l'emploi - <i>Bénéficiaires de la loi de 1987</i> - à titre exceptionnel, les personnes qui, du fait de leur âge, de leur situation sociale et familiale, rencontrent de graves difficultés d'accès à l'emploi (dans la limite de 10% des conventions)
Objectifs		Insertion professionnelle durable des jeunes sur des métiers en développement ou totalement nouveaux, en réponse à des besoins de service (éducation, culture, sport, santé, environnement,...)	Inciter les employeurs à embaucher des demandeurs d'emploi qui éprouvent des difficultés d'insertion ou de réinsertion sur le marché du travail
Nature et durée du contrat		Contrat de travail de droit privé à temps plein de 60 mois ou à durée indéterminée	<ul style="list-style-type: none"> - CDI ou CDD de 12 à 24 mois, minimum de 17h30/ hebdomadaire - Formation facultative entre 200 h et 400 h et tutorat si cela est prévu dans la convention employeur /ANPE
Statut et avantages pour le bénéficiaire		Rémunération au moins égale au SMIC fixée en fonction de l'emploi proposé, de la qualification et du niveau de responsabilité confiée <i>Subvention forfaitaire de 800 €</i>	Bénéficiaire est salarié rémunéré au SMIC minimum <i>Subvention forfaitaire de 800 €</i>
L'employeur : Aides à l'embauche	Aide de l'Agefiph	Aide versée par l'Etat de 15 551,32 € / an <i>Subvention maximale de 11 434 € sur une période de 3 ans.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - allègement des charges sociales liées à l'ARTT - Aide forfaitaire de l'Etat de 330 € ou 500 € en fonction de la catégorie de la personne recrutée, - aide à la formation sur la base de 7,62 €/h - aide au tutorat de 535 € - <i>Prime à l'insertion de 1600 €</i>

Pour une mise à jour des mesures, consultez le site de l'ANPE : www.anpe.fr

Tableau 48 (suite) : Les différents types de contrats " aidés " de droit commun

	LE CONTRAT EMPLOI SOLIDARITÉ CES	LE CONTRAT EMPLOI CONSOLIDÉ CEC
Bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> - Jeunes de 18 à 26 ans rencontrant des difficultés particulières d'insertion - Demandeurs d'emploi longue durée - Demandeur d'Emploi âgé de 50 ans ou plus - <i>Travailleurs handicapés</i> - Bénéficiaire du RMI, de l'ASS ou de l'API - Sans emploi et confronté à des difficultés particulières d'accès à l'emploi 	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrits comme DE depuis au moins 12 mois dans les 18 derniers mois - Jeunes de 18 à 26 ans rencontrant des difficultés particulières d'insertion - DE âgés de 50 ans ou plus - <i>Travailleurs handicapés</i> - Bénéficiaires du RMI, de l'ASS ou de l'API - quand pas d'emploi ou de formation à l'issue d'un CES ou d'un contrat conclu avec une entreprise d'insertion ou une ETTI
Objectifs	Favoriser l'insertion ou la réinsertion des personnes sans emploi, par le développement d'activités répondant à des besoins collectifs non satisfaits	Favoriser la construction et la concrétisation d'un projet professionnel et faciliter l'insertion durable des personnes rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi
Nature et durée du contrat	<ul style="list-style-type: none"> - CDD à mi-temps de 3 à 12 mois à temps partiel. - prolongation possible dans la limite de 24 mois pour certains publics - Formation possible (action de remobilisation, de préqualification ou de qualification..) 	<ul style="list-style-type: none"> - CDI ou CDD de 12 mois renouvelable dans la limite de 60 mois de 30 h /semaine - Actions d'orientation professionnelle et de validation des acquis en vue de construire le projet professionnel, formation professionnelle
Statut et avantages du bénéficiaire	Bénéficiaire rémunéré sur la base du SMIC	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéficiaire rémunéré sur la base du SMIC <i>Subvention forfaitaire de 800 €, si non déjà perçue</i>
L'employeur : Aides à l'embauche	<ul style="list-style-type: none"> - de cotisations patronales, - prise en charge par l'État de 65 à 95% du salaire, - aide de la DDTEFP à la formation à hauteur de 3,35 € / h (coûts pédagogiques) dans la limite de 400h - <i>financement complémentaire de l'Agefiph sur les coûts pédagogiques</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - exonération de certaines cotisations patronales - prise en charge par l'Etat de la partie du salaire brut, sur la base d'une durée maximale de 30h/semaine et d'un salaire plafonné à 120% du SMIC. Aide dégressive de 60% la 1ère année à 20% la 5ème année. Aide de 80% pendant les 5 ans pour certains publics en très grande difficulté. - aide forfaitaire à la formation à hauteur de 3,35 € / h dans la limite de 400h. - <i>financement complémentaire de l'Agefiph sur les coûts pédagogiques</i> <i>Prime à l'insertion de 1600 €</i>

o Pour une mise à jour des mesures, consultez le site de l'ANPE : www.anpe.fr

b) Autres aides (cumulables avec celles proposées par l'Agefiph)

L'ACCRE (Aide aux Chômeurs Créateurs ou Repreneurs d'Entreprise) Elle confère aux demandeurs d'emplois une exonération des charges sociales durant la 1^{ère} année.

L'ADIE (Association pour le Droit à l'Initiative Economique) a pour objet de faire reconnaître le droit à l'initiative économique à des catégories de population défavorisée (allocataire RMI ou demandeur d'emploi qui ne peuvent pas avoir accès au crédit bancaire), propose des crédits de solidarité (de 500 à 5 000 € remboursables sur 24 mois), donne des conseils et une formation pratique et adaptée au type d'activité.

La subvention d'installation (COTOREP) destinée à favoriser l'installation dans une profession indépendante ou libérale. Elle doit être obligatoirement affectée à l'achat ou à l'installation d'équipement nécessaire à l'exercice de la profession. Le montant de la subvention est de 2 290 € maximum.

3. L'accès à la fonction publique

L'ensemble des trois fonctions publiques (Etat, territoriale et hospitalière) est soumis à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés établie par la loi de 1987.

Le candidat reconnu travailleur handicapé par la COTOREP (composition spécifique "secteur public") doit satisfaire aux conditions générales d'accès à la fonction publique et le handicap doit être reconnu compatible avec l'emploi postulé.

• Deux voies possibles d'accès à la fonction publique⁶⁰ :

- **Le concours** : Voie de droit commun permettant d'accéder à toutes les catégories statutaires A, B et C. Afin de garantir l'égalité entre les différents candidats, les candidats handicapés peuvent bénéficier d'un ensemble d'aménagements spécifiques des épreuves selon la nature du handicap : temps de composition ou de préparation majoré d'un tiers, matériel adapté, assistance d'un secrétaire,...

- **Les recrutements directs par voie contractuelle** : le recrutement par contrat constitue une voie d'accès complémentaire à la Fonction Publique depuis la loi du 10 juillet 1987. Les candidats sont embauchés sur la base d'un contrat d'une année, renouvelable une seule fois, à l'issue duquel les intéressés peuvent être titularisés s'ils sont jugés aptes professionnellement à exercer les fonctions occupées pendant la durée du contrat. Le candidat bénéficie d'un suivi médical effectué par le médecin de prévention.

• **La médecine de prévention et les Comités d'Hygiène et de Sécurité (CHS)** : Le médecin de prévention doit exercer une surveillance médicale particulière à l'égard des personnes handicapées et est habilité à proposer les aménagements utiles aux postes de travail ou aux conditions d'exercice des fonctions.

• **Les correspondants "handicap"** : existent dans la plupart des administrations. Ils jouent un rôle d'impulsion et de conseil concernant la politique de recrutement et d'insertion des personnes handicapées. Rôle qui se décline en 3 temps : accueil des personnes, écoute de leur besoin et aménagement des postes.

• **Le fonds interministériel d'aide à l'insertion des personnes handicapées** créé en 1998 a pour vocation de contribuer à la prise en charge d'un certain nombre d'expérimentations en matière d'équipements et d'aménagements des postes de travail des TH, d'aides dans la vie professionnelle, mais aussi de participer au financement des différentes actions d'accompagnement engagées par les administrations visant l'insertion de ces agents. A la suite de la signature d'un protocole d'accord sur l'insertion des travailleurs handicapés dans la fonction publique de l'Etat en octobre 2001, les moyens de ce fonds ont été portés à 6,55 millions d'euros en 2002. Parallèlement "un fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées aux locaux recevant du public" a été créé par circulaire de 27 mai 1994.

⁶⁰ Depuis le 1er janvier 2002, les recrutements des travailleurs handicapés par la voie des emplois réservés ont été supprimés.

4. Le dispositif spécifique travailleurs handicapés

a. Les mesures financières

La garantie de ressource : l'abattement de salaire en milieu ordinaire

La COTOREP, pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées dont la capacité de travail est réduite et de rendement notoirement diminué, peut (à la demande de l'employeur et après avis de l'inspection du travail) décider d'un "abattement de salaire". Cette décision fait l'objet d'une notification. Cet abattement ne concerne que les travailleurs handicapés de catégorie B et C. Le salaire étant maintenu par l'employeur ce dernier perçoit directement le complément de rémunération financé depuis 1997 par l'Agefiph pour les emplois et postes de travail protégés en milieu ordinaire.

Tableau 49 : La G.R.T.H. en milieu ordinaire au 1/04/2002

	Salaire direct	Abattement de salaire	Complément de rémunération	G.R.T.H. (salaire abattu + complément)
Emploi ordinaire	Mini = 80% SMIC	Catégorie B : 10% maximum du salaire normalement alloué au travailleur valide accomplissant la même tâche Catégorie C : 20%	maximum Maximum 20% du SMIC	100 à 130% du SMIC soit 6,67 € / heure ou 8,67 € / heure
Emploi protégé	Mini = 50% SMIC	De 20 à 50%	Maximum 50% du SMIC	Minimum et maximum 100% du SMIC soit 6,67 € /heure

La prime à l'insertion de l'AGEFIPH au 01/01/2002⁶¹

⁶¹ www.agefiph.asso.fr

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - encourager les entreprises à poursuivre leur effort en faveur de l'embauche et de la formation professionnelle des personnes handicapées et à stabiliser l'emploi de ces personnes, - aider les personnes handicapées à accéder à l'emploi
Conditions	<p>Les contrats éligibles à la prime à l'insertion sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le contrat à durée indéterminée, • Le contrat à durée déterminée d'une durée égale ou supérieure à 12 mois. • Les contrats en alternance et les contrats d'apprentissage bénéficient de subventions spécifiques dans le cadre des mesures "aides à la formation en alternance" et "aides à l'apprentissage". <p>Sont exclus notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le contrat emploi-solidarité, • Le contrat de travail temporaire, • La succession de CDD inférieurs à 12 mois, • Le contrat d'expatrié et tous les contrats conclus avec un employeur établi hors du territoire national, • Le contrat de VRP multicarte, • Le contrat de rééducation en entreprise chez le même employeur... <p>Durée de travail requise au moins égale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à 16 heures par semaine, • ou à une moyenne hebdomadaire de 16 heures sur l'année. <p><i>En cas d'employeurs multiples, la prime à la personne handicapée ne peut être attribuée qu'au titre d'un seul emploi.</i></p>
Montant	<p>Pour l'entreprise : Une subvention forfaitaire de 1 600 € attribuée pour l'embauche d'une personne handicapée, versée à l'acceptation du dossier complet et conforme.</p> <p>Pour la personne handicapée : Une subvention forfaitaire de 800 € à l'acceptation du dossier complet et conforme. La prime pour la personne handicapée n'est pas renouvelable. <i>La demande de subvention, pour être recevable, devra parvenir à l'Agefiph au plus tard 6 mois après la date d'embauche. La demande de prime à l'insertion s'établit à partir d'un dossier unique co-signé par l'employeur et le salarié.</i></p>

b. Les mesures favorisant le maintien dans l'emploi

L'inaptitude au poste de travail ne peut être considérée comme entraînant systématiquement le licenciement du salarié. Cette inaptitude implique pour l'employeur l'obligation légale de rechercher des solutions de maintien dans l'emploi ou de reclassement.

Les opérations de maintien dans l'emploi sont déclenchées :

- soit à la suite d'une déclaration d'inaptitude au poste de travail ou d'imminence de ce risque signalé par le médecin du travail,
- soit à la suite de tout événement susceptible de conduire à la perte d'emploi les bénéficiaires de la Loi de 1987.

c. Le rôle du médecin du travail

Le médecin du travail a pour mission d'éviter toute altération de la santé des personnes en activité professionnelle, du fait du travail. Il est le conseiller du salarié, de l'employeur, des représentants du personnel et des partenaires extérieurs. Il doit faire en sorte que le travail soit adapté à l'homme et non l'inverse.

Comment intervient la médecine du travail :

- le salarié en activité : si le médecin constate que le salarié ne peut se maintenir à son poste, il doit faire à l'employeur des propositions de modification de poste, d'aménagement d'horaire ou de mutation favorisant son maintien dans l'entreprise.
- le salarié en arrêt de travail : la visite de pré-reprise prépare le retour à l'emploi dans de meilleures conditions et les demandes d'actions au titre du maintien dans l'emploi.
- le salarié lors de la reprise du travail : la visite de médecine du travail est obligatoire, systématiquement après arrêt pour maladie professionnelle, après arrêt d'au moins 8 jours pour accident de travail et après arrêt d'au moins 21 jours pour maladie non professionnelle. Cet examen permet d'apprécier l'aptitude du salarié à reprendre son poste de travail.

d. La protection de l'emploi des travailleurs handicapés ou déclarés inaptes à leur poste

Ils bénéficient de la réglementation applicable à l'ensemble des salariés et de certaines dispositions spécifiques :

- l'inaptitude au poste de travail : elle est déclarée par le médecin du travail. L'employeur doit chercher à reclasser le salarié que l'inaptitude soit totale, partielle ou temporaire.

e. Les mesures de maintien dans l'emploi

Des risques de désinsertion professionnelle, dus à un accident ou une maladie, fondent le dispositif de soutien de l'Agefiph.

NB : Il existe aussi des dispositifs départementaux de maintien dans l'emploi.

Tableau 50 : Les mesures de maintien dans l'emploi de L'AGEFIPH au 1/01/2002

MESURES	OBJECTIFS	CONTENUS
"Maintien dans l'emploi"	Maintenir dans l'emploi, par la mise en œuvre de solutions adaptées, des salariés handicapés dont le handicap survient ou s'aggrave, ou dont le contrat de travail est suspendu en raison d'une inaptitude constatée par le médecin du travail.	<ul style="list-style-type: none"> • Subvention de 4 575 € destinée à couvrir les premières dépenses pour la mise en œuvre d'une solution de maintien dans l'emploi. Dans le cas où la mise en œuvre du maintien dans l'emploi entraîne des actions supplémentaires identifiées, l'entreprise peut mobiliser d'autres mesures de l'Agefiph. <ul style="list-style-type: none"> • Participation au financement d'actions concertées ou de dispositifs dédiés au maintien dans l'emploi, en faveur des personnes handicapées
"Aménagement des situations de travail"	Adapter l'outil et l'organisation du travail pour permettre l'accès ou le maintien dans l'emploi de personnes handicapées identifiées, en compensant leur situation de handicap	<ul style="list-style-type: none"> • Etude des moyens techniques et organisationnels à mettre en œuvre pour réduire l'écart entre les exigences du poste et les capacités de la personne handicapée. • Adaptation du poste et de l'organisation de travail aux capacités de la personne handicapée. La subvention tiendra compte : <ul style="list-style-type: none"> - de l'intérêt du projet, au regard de la compensation apportée à la situation de handicap de la personne handicapée, - des obligations légales de l'employeur en matière d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels, - des gains éventuels de productivité...

C. Bilan

Tableau 51 : Les contrats " aidés "

	1996	1998	1999	2000	% de TH dans les aides en 2000
CEC		12 201	14 800	18 098	12,5%
CIE (2) et CAE	20 520	23 515	23 592	23 626	16,2%
CES	49 397	49 074	40 672	38 033	9,3%

• **L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique :**

• Les données sont assez disparates.

Taux d'emploi dans la fonction publique en 1998 : 3,87% pour l'Etat (hors Education Nationale) et de 4,82% pour la Fonction Publique territoriale pour un total de 144 000 agents handicapés.

Selon l'enquête HID (cf. p.33) en 1999, 118 649 TH seraient employés dans la Fonction Publique.

Tableau 52 les demandeurs d'emplois handicapés en déc.2000

Nombre DEFM TH*	135 131 (150 927 en 1998) soit 5,6% de travailleurs handicapés parmi la population de demandeurs d'emploi.
Qualifications	21 288 DEFM TH de niveau Bac et plus soit 16% contre 31% pour l'ensemble des publics.
Ancienneté au chômage	chômeurs de longue durée : 43% de TH contre 34% pour l'ensemble des publics. 57 746 DEFM TH chômeurs de plus d'un an soit 7,1% de TH parmi les chômeurs de plus d'un an. Ancienneté moyenne d'inscription : 16 mois contre 13 mois pour l'ensemble des publics. Chômeurs de longue durée de + de 3 ans : 13,1% de TH contre 9% pour l'ensemble des DEFM.
Age et sexe	66% d'hommes contre 49% pour l'ensemble des publics. Age moyen : 41 ans (contre 37 ans pour l'ensemble des publics). 22% de TH de plus de 50 ans contre 14% pour tous les publics

Les DEFM TH sont à 86% reconnus par la COTOREP et constituent une population relativement âgée, d'un niveau de formation relativement bas, et d'une durée de chômage plus longue. On constate une sensible diminution du nombre de DEFM TH (-8,1% en 12 mois contre -15,6% pour l'ensemble des DEFM). 47 566 sorties du fichier de l'ANPE pour reprise d'emploi (+6,3%). Cette évolution est due en partie au contexte économique favorable combiné à des politiques spécifiques de l'emploi.

Source : ANPE - DEFM = demandeurs d'emploi en fin de mois

Synthèse - 1997 et 1998 :

Le nombre de travailleurs handicapés dans les établissements assujettis à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés est resté stable. Il s'agit d'une population plutôt âgée, majoritairement masculine et à dominante ouvrière. On constate de plus en plus de recours à la Cotorep pour la reconnaissance du statut de travailleur handicapé. Les embauches de travailleurs handicapés se sont accrues. Cependant sous l'effet notamment de l'importance des flux de départ à la retraite, le taux d'emploi des travailleurs handicapés est stable à 4%.

Les freins à l'emploi des travailleurs handicapés :

- La moindre qualification des travailleurs handicapés est un argument avancé par les employeurs.
- la discrimination sociale à l'embauche, engendrée par les représentations des employeurs influent de manière significative sur l'emploi des personnes handicapées.
- la discrimination économique est due à la confusion entre la déficience et le handicap,
- le marché de plus en plus concurrentiel et les critères de productivité font obstacle à l'embauche des travailleurs handicapés.

Les avantages de l'emploi des travailleurs handicapés :

- une plus grande motivation des travailleurs handicapés et une influence favorable sur le travail de l'équipe sont notées par les employeurs,
- l'embauche des personnes handicapées donne une image plus citoyenne aux entreprises.

Bibliographie

- Atelier Protégé - Guide pratique.** Edition Midi-Pyrénées, 1998, 37 p.
- Ateliers protégés : le régime de subvention est révisé,** Actualités Sociales Hebdomadaires, Groupe Liaisons SA, n°2225, 24/08/2001. 50 p.
- ARVEILLER J.P. et BONNET C. **L'insertion du malade mental : une place pour chacun à sa place ?** ", ERES, 1994, 172 p.
- BARBIER J.C. et BRYGOO A. **Handicapés et emploi : une difficile comparaison des politiques en Europe.** In : Les cahiers de l'Actif n°294-295, 11/2000, p. n175-179.
- BAUDET-CAILLE V. **L'insertion par l'activité économique,** Editions ASH, 2001, 183 p.
- BAUDURET J.F. **L'amélioration de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien : enjeux, bilan et perspectives.** In : Les Cahiers du CTNERHI, n°75-76, juil.-déc. 1997, p.141-155.
- BLANC A. **Les handicapés au travail : analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle.** Dunod, 1999, 310 p (2e édition).
- BLANC A., STIKER H.-J. **L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France.** Desclée de Brouwer, 1998, 461 p.
- CALVEZ M. **Les caractères d'intégration sociale de déficients mentaux : l'enjeu biographique.** In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Desclée de Brouwer, 1998, p. 247-272.
- CHALAGUIER Claude, **Travail, culture et handicap : des droits de la différence aux droits de la ressemblance pour les handicapés mentaux,** Bayard, 1992. 188 p.
- CHAIX M. **La politique de l'emploi des personnes handicapées.** In : Revue des Affaires sociales, n° 2.574, 24 juin 1998, p.10-14.
- CHAIX M. **La Politique de l'emploi des personnes handicapées.** Revue française des Affaires sociales, 06/1998, p. 10-14.
- Circulaire DGEFP n° 97-29 du 21 décembre 1997,** BO trav, n°2 du 5.02.1998.
- Circulaire n° 93-13 du 25 mars 1993. **Accords de branche, d'entreprise et d'établissement en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.** Diffusion : B.O.T.R. n° 93/15 du 20 août 1993.. ANCE - Documentation Technique, 1993, 5 p.
- Comment développer l'insertion professionnelle des personnes atteintes de maladie mentales.** Messidor - Interface, 1997.
- Contrats Emploi-Solidarité.** In : TSA Hebdo, n°42, fév.1998 (Suppl. à TSA Hebdo n°677), p. 15-16.
- Contrats de qualification.** In : TSA Hebdo, n°740, 28.05.1999, p. 7-11.
- COUVRAND D. **L'emploi des personnes porteuses d'une trisomie 21 en milieu de travail protégé et en milieu ordinaire.** In : Réadaptation, n° 447, fév. 1998, p.44-46.
- De l'atelier protégé à l'entreprise de travail adapté.** In : Réadaptation, n° 460, mai 1999, p.5-36.
- De l'école au monde du travail.** In : Réadaptation, n° 470, mai 2000, 56 p.
- Demande d'emploi des personnes handicapées en Rhône-Alpes et en Isère au 30 juin 2001,** Observatoire Régional de l'emploi des personnes handicapées, 06/2001.
- Des propositions pour une véritable insertion des personnes handicapées.** In : ASH, n° 2012, 28 fév. 1997, p.11-14.
- Donner un nouvel élan à l'emploi des handicapés.** In : Inffo Flash, n°520, 1er mai 1999, p.1-3.
- ELGUIZ F. **Les associations intermédiaires.** In : A.S.H. n° 2124, 18 juin 1999, p. 15-22.
- Emploi des personnes handicapées dans la région Rhône-Alpes.** In: Réadaptation, n° 425, déc. 1995, p. 7-50.
- En 1998, croissance des embauches de travailleurs handicapés mais stabilité de leur taux d'emploi, Premières informations et premières synthèses,** DARES, n°28.1, 07/2000. 4 p.
- ESPINASSE Marie-Thérèse, **L'Entreprise et l'accès à l'emploi des jeunes handicapés : actes des journées d'étude,** 6-7 février 1991, CREAL Rhône-Alpes, 1991. 189 p.
- Faciliter l'insertion professionnelle des jeunes handicapés.** In : Réadaptation n° 461, juin 1999, p. 9-41.
- FAIRISE A. et FOULON S. **Avez-vous la gueule de l'emploi ?** In : Liaisons sociales, mars 2002, p. 14-25.
- FIGUEROA A. LAPERRIERE J.M. **Insertion par l'économie et accompagnement.** In : Les Cahiers de l'Actif, n°262/263, mars-avril 1998, p.65-91.
- Forum sur l'insertion professionnelle.** Les cahiers de l'UNAPEI, 1999, 64 p.
- GENDRON Bruno. **Emploi des personnes handicapées : les aspects économiques.** In: L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Paris, Desclée de Brouwer, 1998, p. 285-324.
- GENDRON Bruno, DURU G. **Handicap et emploi : un pari pour l'entreprise,** CTNERHI, 1994. 246 p.
- Guide pour l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique,** Ministère de la Fonction publique de la Réforme de l'Etat et de la Décentralisation, 02/2000. 32 p.

- **Guide de l'insertion professionnelle des personnes handicapées**, CREAHI - AQUITAINE, 1999, 274 p.
- **Handicap et création d'activité : devenir entrepreneur avec le soutien de l'AGEFIPH**, Synthèse et pratiques, AGEFIPH, n°3, 09/2000. 70 p.
- **Handicap et emploi**, *Handicap*, CTNERHI, n°89, 03/2001. 97 p.
- **Handicap et travail**, *Lien Social*, n°335, 11/01/1996. 18 p.
- **Handicap psychique et réinsertion : l'expérience de Messidor**, Messidor, 10/2000. 149 p.
- **Insertion des salariés handicapés, quels enjeux ?** La Revue de la CFDT, CFDT, n°43, 09/2001. 32 p.
- **Insertion par l'économique**, Travail Social Actualités, n°750, 10/09/1999. 30 p.
- **Insertion par l'économique**. Partie 2 Travail Social Actualités, n°779, 07/04/2000. 28 p.
- JAEGER M. **Guide de la législation en action sociale**, Dunod, 1999, 431 p.
- **Le Guide de l'emploi An 2000**. In : Être-Handicap Information, déc.1998, 124 p.
- **L'emploi et la préparation à l'emploi**. In : HELIOS II - Guide européen des bonnes pratiques, p. 83 -113.
- **L'Emploi des personnes handicapées en région Bretagne**, Réadaptation n°484, 11/2001. 60 p.
- **L'Emploi des personnes handicapées en Région Centre**, Réadaptation, Centre National d'Information pour la Réadaptation, n°464, 11/1999. 64 p.
- **L'Emploi des personnes handicapées : accompagner la transition vers un nouveau modèle ?** Handicap, CTNERHI, n°88, 10/2000. 97 p.
- **L'Emploi des personnes handicapées en région Auvergne et Limousin**, Réadaptation n°474, 11/2000. 72 p.
- **Le Travail, facteur d'intégration des malades mentaux : ils nous le disent**, Forum, Comité de Liaison des Centres de Formation Permanente et Supérieure en Travail Social, n°77, 09/1996. 60 p.
- **L'Emploi et le chômage des personnes handicapées en 1999, Premières synthèses**, DARES, n°44.3, 11/2001. 7 p.
- **Les Handicapés au travail : intégrés mais pas égaux...** Le Travail en question, CFDT, 11/2000. 18 p.
- **Les accords d'entreprise**, in : Réadaptation, n° 441, juin 1997, 51 p.
- **Les CAT, centres d'aide par le travail**. In : Réadaptation, n° 467, février 2000, 48 p.
- **Les CAT : un monde à découvrir**, Le Journal de l'Action Sociale, n°59, 09/2001. 41 p.
- **Les Missions locales : trace ta route !**, Lien Social, n°521, 02/03/2000. 26 p.
- **Le Travail protégé en Europe**, Les Cahiers de l'Actif, Actif Information, n°244/245, 09/1996. 119 p.
- **L'insertion professionnelle des handicapés, plus dure en temps de crise**, Le Journal de l'Action Sociale, n°11, 11/1996. 42 p.
- **L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation Française, 1999. 115 p.
- **L'intégration professionnelle des personnes handicapées : le travail en milieu ordinaire**, CTNERHI, CTNERHI, n°Dossier professionnel n°4, 1999. 143 p.
- **L'intégration des travailleurs handicapés**, Lien Social, n°422, 11/12/1997. 22 p.
- **L'insertion professionnelle des personnes handicapées : plus dure en temps de crise**. In : Le journal de l'Action sociale, n° 11, nov.1996, p.8-15.
- **L'insertion professionnelle. Dictionnaire Permanent de l'Action Sociale**. Mises à jour, nov. 1997, p. 1250-1255.
- **L'insertion par l'activité économique en 2000**, Premières synthèses n°50.1, décembre 2001.
- **L'intégration des personnes handicapées : quelques éléments de bilan**. In : Revue française des Affaires sociales, n° 1, mars 1998, 207 p.
- **Liste des établissements de travail pour adultes handicapés : Région Rhône-Alpes**, FINESS, DRASS Rhône-Alpes, 12/1999. 17 p.
- MAURILLE M. **Les personnes handicapées dans la fonction publique territoriale**. In : La lettre du cadre territorial, juin 1998, 73 p.
- MAUREL E. **Le statut de l'insertion**. In : Information Sociales, n° 38, 1994, p. 18-27.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. **L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés**. La Documentation Française, 1999, 115 p.

Annexe 1

Tableau récapitulatif des accords d'entreprise, d'établissement et de branche agréés en faveur de l'emploi des personnes handicapées	124
---	------------

Source : Ministère de l'emploi et de la Solidarité/DGEFP - Agefiph

Annexe 2

les mesures de protection juridique	125
--	------------

Source : Loi n°68-5 du 3 Janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs

Annexe 3

Tableaux des maladies professionnelles prévus a l'article R. 461-3 du Code de la sécurité sociale	126
--	------------

Source: Code de la Sécurité Sociale

Annexe 4

Textes législatifs de référence	129
--	------------

Annexe 5

Quelques revues spécialisées sur le handicap	132
---	------------

Annexe 6

Quelques sites internet	133
--------------------------------------	------------

Annexe 7

Liste des sigles utilisés	135
--	------------

Annexe 8

Exemples de formulaires justificatifs de la RQTH	140
---	------------

- Notification COTOREP
- Notification d'attribution d'une pension d'invalidité
- Livret de pension
- Formulaire de "demande d'une personne adulte handicapée"
- Dossier de demande d'intervention

ANNEXE 1 - Tableau récapitulatif des accords d'entreprise, d'établissement et de branche agréés en faveur de l'emploi des personnes handicapées

NOM DE L'ACCORD	TYPE D'ACCORD	DATE D'AGRÈMENT	DATE DE FIN
AEROPORTS DE PARIS	Accord d'entreprise	23-03-2001	31/12/2003
AIR FRANCE	Accord d'entreprise	13-03-2000	31/12/2002
ALCATEL CIT	Accord d'établissement	20-07-2001	31/12/2003
ALSTOM POWER HYDRO	Accord d'entreprise	05-09-2001	31/12/2002
ARC INTERNATIONAL	Accord d'entreprise	22-01-2001	31/12/2003
ASCOMETAL ALLEVARD	Accord d'entreprise	23-08-2000	31/12/2002
ASSOCIATION DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC du Cher	Accord d'entreprise	13-12-1999	31/12/2002
ASSOCIATION INTERPROFESSIONNELLE NORD FRANCE	Accord d'entreprise	09-03-2001	31/12/2002
ATRAL	Accord d'entreprise	01-10-2001	31/12/2002
AXA ASSURANCES	Accord d'entreprise	15-05-2000	31/12/2002
BANQUE DE FRANCE	Accord d'entreprise	23-03-2001	31/12/2002
BIOMERIEUX SA	Accord d'entreprise	23-08-2000	31/12/2002
CAISSE NATIONALE DU CREDIT AGRICOLE	Accord d'entreprise	23-03-2001	31/12/2003
CASINO-FRANCE	Accord d'entreprise	06-04-2000	31/12/2002
CNP ASSURANCES	Accord d'entreprise	23-03-2001	31/12/2003
EDF - Gaz de France	Accord d'entreprise	29-01-2002	2004
EUROCOPTER	Accord d'entreprise	27-12-2001	31/12/2003
FEDERATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'ASSISTANCE PRIVES A BUT NON LUCRATIF (FEHAP) La CROIX-ROUGE a formalisé avec le SNASEA son adhésion à l'accord	Accord de branche	13-06-2001	31/12/2005
FINAREF	Accord d'entreprise	18-06-2001	31/12/2003
FLEURY MICHON	Accord d'entreprise	01-01-2000	31/12/2002
FLUNCH	Accord d'entreprise	31-10-2001	31/12/2003
GROUPE THALES (1)	Accord cadre de branche		31/12/2003
IBM FRANCE	Accord d'entreprise	15-05-2000	31/12/2002
INSTITUT FRANCAIS DU PETROLE	Accord d'entreprise	15-05-2000	31/12/2002
INSTITUT PASTEUR	Accord d'entreprise		31/12/2002
KLINOS PARIS ILE DE FRANCE	Accord d'entreprise		31/12/2002
LABORATOIRES PIERRE FABRE	Accord d'entreprise	06-10-2000	31/12/2003
MGE UPS SYSTEMS	Accord d'entreprise	05-09-2001	31/12/2003
MUTUELLE ASSURANCE DES COMMERCANTS ET INDUSTRIELS DE FRANCE	Accord d'entreprise	25-01-2000	31/12/2002
PLAYTEX FRANCE SA	Accord d'entreprise	23-08-2000	31/12/2002
SCHNEIDER ELECTRIC INDUSTRIES SA	Accord d'entreprise	14-10-2001	31/12/2003
SUPERMARCHES ATAC	Accord d'entreprise	28-05-2001	31/12/2003
SUPERMARCHES MATCH	Accord d'entreprise	02-04-2001	31/12/2003
TOTAL FINA ELF	Accord d'entreprise	12-06-2001	31/12/2002
ASSOCIATION D'ENTRAIDE DES POLIOS ET DES HANDICAPES	Accord d'entreprise	14-10-2001	31-12-2006
AUTOROUTES DU SUD DE LA FRANCE	Accord d'entreprise	13-02-2002	31-12-2003
CAISSE D'EPARGNE DES PAYS DE LA LOIRE	Accord d'entreprise	12-11-2001	13-06-2003
CAP GEMINI ERNST&YOUNG	Accord d'entreprise	31-01-2002	31-12-2004
CIC LYONNAISE DE BANQUE	Accord d'entreprise	05-12-2001	31-12-2003
EADS LAUNCH VEHICULES	Accord d'entreprise	25-02-2002	31-12-2004
EUROPEAN SYNCHROTON RADIATION FACILITY	Accord d'entreprise	29-01-2002	31-12-2004
EUROTUNNEL Services GIE	Accord d'entreprise	20-02-2002	31-12-2004
INSTITUT MAX VON LAUE - PAUL LANGEVIN	Accord d'entreprise	29-01-2002	31-12-2002
IRISBUS FRANCE	Accord d'entreprise	31-01-2002	31-12-2003
PORT AUTONOME DE DUNKERQUE	Accord d'entreprise	20-12-2000	31-12-2002
REGIE AUTONOME DES TRANSPORTS PARISIENS	Accord d'entreprise	05-07-2001	31-12-2003
SNCF -Société Nationale des Chemins de Fer Français-	Accord d'entreprise	25-02-2002	31-12-2002
SOITEC	Accord d'entreprise	29-01-2002	31-12-2004
THALES INTERNATIONAL	Accord d'entreprise	25-02-2002	31-12-2003
THALES Siège -THALES RESEARCH AND TECHNOLOGIES	Accord d'entreprise	25-02-2002	31-12-2003

(Bilan à jour avril 2002)

ANNEXE 3 -Tableaux des maladies professionnelles prévus a l'article R. 461-3 du Code de la sécurité sociale

N° DU TABLEAU	DATE DE CRÉATION	DERNIÈRE MISE A JOUR	
1	27.10.19	03.09.91	Affections dues au plomb et à ses composés
2	27.10.19	06.02.83	Maladies professionnelles causées par le mercure
3	04.01.31	21.10.51	Intoxication professionnelle par le tétrachloréthane
4	04.01.31	22.07.87	Hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant
4bis	22.07.87		Affections gastro-intestinales provoquées par le benzène, le toluène, les xylènes et tous les produits en renfermant
5	04.01.30	23.06.85	Affections professionnelles liées au contact avec le phosphore et le sesquisulfure de phosphore
6	04.01.31	26.06.84	Affections provoquées par les rayonnements ionisants
7	18.07.36	01.01.47	Tétanos professionnel
8	18.07.36	15.09.55	Affections causées par les ciments (aluminosilicates de calcium)
9	18.07.36	26.06.84	Affections provoquées par les dérivés halogénés des hydrocarbures aromatiques
10	18.07.36	28.01.82	Ulcérations et dermatites provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins, le chromate de zinc et le sulfate de chrome
10bis	28.01.82	13.09.89	Affections respiratoires provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins
10ter	26.06.84		Affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc
11	14.12.38	21.10.51	Intoxication professionnelle par le tétrachlorure de carbone
12	14.12.38	22.07.87	Affections professionnelles provoquées par les dérivés halogènes suivants des hydrocarbures aliphatiques : dichlorométhane (chlorure de méthylène), trichlorométhane (chloroforme), tribromométhane (bromoforme), dichloro-1-2-éthane, dibromo-1-2-éthane, trichloro-1-1-1-éthane (méthylchloroforme), dichloro-1-1-éthylène (dichloréthylène asymétrique), dichloro-1-2-éthylène (dichloréthylène symétrique), trichloréthylène, tétrachloréthylène (perchloréthylène), dichloro-1-2-propane, chloropropylène (chlorure d'allyle), chloro-2-butadiène-1-3 (chloroprène)
13	14.12.38	22.05.96	Intoxications professionnelles par les dérivés nitrés et chloronitrés des hydrocarbures benzéniques
14	14.12.38	22.07.87	Affections provoquées par les dérivés nitrés du phénol (dinitrophénols, dinitro-orthocrésols, dinoseb), par le pentachlorophénol, les pentachlorophénates et par les dérivés halogénés de l'hydroxybenzonnitrile (bromoxynil, ioxynil)
15	14.12.38	06.11.95	Affections provoquées par les amines aromatiques, leurs sels et leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrés, nitrosés, et sulfonés
15bis	06.11.95		Affections de mécanisme allergique provoquées par les amines aromatiques, leurs sels, leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrés, nitrosés, et sulfonés et les produits en contenant à l'état libre
15ter	06.11.95		Lésion prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques et leurs sels et la N-Nitroso-dibutylamine et ses sels
16	14.12.38	09.11.72	Affections cutanées ou affections des muqueuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille (comprenant les fractions de distillations dites phénoliques, naphthaléniques, acénaphéniques, anthracéniques et chryséniques), les brais de houille et les suies de combustion du charbon
16bis	03.09.91	06.11.95	Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille (comprenant les fractions de distillation dites phénoliques, naphthaléniques, acénaphéniques, anthracéniques et chryséniques), les brais de houille et les suies de combustion du charbon
17	Abrogé	23.06.85	Dermatoses causées par l'action du sesquisulfure de phosphore
18	14.12.38	18.02.67	Charbon
19	18.07.36	26.02.99	Spirochétoses (à l'exception des tréponématoses)
20	20.12.42	23.06.85	Affections professionnelles provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux
20bis	23.06.85	22.07.87	Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs arsenicales
20ter	30.04.97		Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs arseno-pyrites aurifères
21	20.12.42	15.09.55	Intoxication professionnelle par l'hydrogène arsénié
22	18.07.45	15.09.55	Sulfocarbonisme professionnel
23	18.07.45		Nystagmus professionnel
24	18.07.45	28.01.82	Brucelloses professionnelles

ANNEXE 3 (suite) - Tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R. 461-3 du Code de la sécurité sociale

N° DU TABLEAU	DATE DE CRÉATION	DERNIÈRE MISE A JOUR	
25	03.08.45	07.03.2000	Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice libre
25bis	23.12.92	Abrogé	Affections non pneumoconiotiques dues à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice libre (cf tableau n° 25)
26	19.03.48	15.09.55	Intoxication professionnelle par le bromure de méthyle
27	19.03.48	15.09.55	Intoxication professionnelle par le chlorure de méthyle
28	11.02.49		Ankylostomose professionnelle
29	11.02.49	19.06.77	Lésions provoquées par des travaux effectués dans des milieux où la pression est supérieure à la pression atmosphérique
30	03.08.45	21.04.2000	Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante
30bis	22.05.96	21.04.2000	Cancers broncho-pulmonaires provoqués par l'inhalation de poussières d'amiante
31	02.09.50	06.02.83	Maladies professionnelles engendrées par les aminoglycosides, notamment la streptomycine, par la néomycine et ses sels
32	21.10.51	06.02.83	Affections professionnelles provoquées par le fluor, l'acide fluorhydrique et ses sels minéraux
33	21.10.51	06.02.83	Maladies professionnelles dues au béryllium et à ses composés
34	21.10.51	13.09.89	Affections provoquées par les phosphates, pyrophosphates et thiophosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle et autres organo-phosphorés anticholinestérasiques ainsi que par les phosphoramides et carbamates hétérocycliques, anticholinestérasiques
35	19.07.80	Abrogé	Affections ostéoarticulaires professionnelles provoquées par l'emploi des marteaux pneumatiques et engins similaires : tableau abrogé (cf. tableau n° 69)
36	09.01.58	06.05.88	Affections provoquées par les huiles et graisses d'origine minérale ou de synthèse
36bis	13.09.89		Affections cutanées provoquées par les dérivés suivants du pétrole : extraits aromatiques, huiles minérales utilisées à haute température dans les opérations d'usinage et de traitement des métaux, suies de combustion des produits pétroliers
37	09.01.58	28.01.82	Affections cutanées professionnelles causées par les oxydes et les sels de nickel
37bis	28.01.82	13.09.89	Affections respiratoires causées par les oxydes et les sels de nickel
37ter	22.07.87		Cancers provoqués par les opérations de grillage des mattes de nickel
38	09.01.58	20.04.63	Maladies professionnelles engendrées par la chlorpromazine
39	09.01.58		Maladies professionnelles engendrées par le bioxyde de manganèse
40	09.01.58	26.02.99	Affections dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques
41	11.10.60	13.09.89	Maladies engendrées par les pénicillines et leurs sels et les céphalosporines
42	20.04.63	12.01.95	Surdités provoquées par les bruits lésionnels
43	20.04.63	13.09.89	Affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères
44	18.02.67	21.04.2000	Sidérose
44bis	23.12.92	21.04.2000	Affections cancéreuses consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer
45	18.02.67	26.02.99	Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E
46	18.02.67	06.05.88	Mycoses cutanées
47	18.02.67	28.01.82	Affections professionnelles provoquées par les bois
48	19.07.80	Abrogé	Troubles angioneurotiques professionnels provoqués par les vibrations d'outils manuels tableau abrogé (cf. tableau n° 69)
49	09.11.72	28.01.82	Affections provoquées par les amines aliphatiques et alicycliques
50	09.11.72	28.01.82	Affections provoquées par la phénylhydrazine
51	09.11.72		Maladies professionnelles provoquées par les résines époxydiques et leurs constituants
52	29.11.72	03.09.91	Affections provoquées par le chlorure de vinyle monomère
53	09.11.72	06.05.88	Affections dues aux rickettsies
54	09.11.72		Poliomyélite
55	09.11.72	26.06.84	Affections professionnelles dues aux amibes
56	09.11.72		Rage professionnelle
57	09.11.72	03.09.91	Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail
58	09.11.72		Affections professionnelles provoquées par le travail à haute température
59	02.03.73		Intoxications professionnelles par l'hexane
60	02.03.73	Abrogé	Intoxication professionnelle par le pentachlorophénol ou le pentachlorophénate de sodium
61	02.03.73		Maladies professionnelles provoquées par le cadmium et ses composés

ANNEXE 3 (suite) - Tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R. 461-3 du Code de la sécurité sociale

N° DU TABLEAU	DATE DE CRÉATION	DERNIÈRE MISE A JOUR	
62	02.03.73	06.02.83	Affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques
63	02.03.73	13.09.89	Affections provoquées par les enzymes
64	03.05.74		Intoxication professionnelle par l'oxyde de carbone
65	19.06.77	23.12.92	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique
66	19.06.77	30.04.97	Affections respiratoires de mécanisme allergique
67	03.04.80		Lésions de la cloison nasale provoquées par les poussières de chlorure de potassium dans les mines de potasse et leurs dépendances
68	03.04.80	06.05.88	Tularémie
69	19.07.80	06.11.95	Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes
70	19.07.80	07.03.2000	Affections professionnelles provoquées par le Cobalt et ses composés
70bis	07.03.2000		Affections respiratoires dues aux poussières de carbures métalliques frittés ou fondus contenant du cobalt
70ter	07.03.2000		Affections cancéreuses broncho-pulmonaires primitives causées par l'inhalation de poussières de cobalt associées au carbure de tungstène avant frittage
71	19.09.82		Affections oculaires dues au rayonnement thermique
71bis	03.09.91		Affections oculaires dues au rayonnement thermique associé aux poussières
72	06.02.83		Maladies résultant de l'exposition aux dérivés nitrés des glycols et du glycérol
73	06.02.83		Maladies professionnelles causées par l'antimoine et ses dérivés
74	26.06.84		Affections professionnelles provoquées par le furfural et l'alcool furfurylique
75	26.06.84		Affections professionnelles résultant de l'exposition au sélénium et ses dérivés minéraux
76	26.06.84	15.02.99	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile
77	19.11.83	13.09.89	Périorionyx et onyxis
78	19.11.83		Affections provoquées par le chlorure de sodium dans les mines de sel et leur dépendances
79	23.06.85	03.09.91	Lésions chroniques du ménisque
80	23.06.85		Kératoconjunctivites virales
81	22.07.87		Affections malignes provoquées par le bis (chlorométhyle) éther
82	22.07.87		Affections provoquées par le méthacrylate de méthyle
83	22.07.87		Lésions provoquées par les travaux effectués dans un milieu où la pression est inférieure à la pression atmosphérique et soumise à variations
84	22.07.87		Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel : hydrocarbures liquides aliphatiques, alicycliques, hétérocycliques et aromatiques, et leurs mélanges (white spirit, essences spéciales) ; dérivés nitrés des hydrocarbures aliphatiques ; acétonitrile ; alcools, aldéhydes, cétone, esters, éthers dont le tétrahydrofurane, glycols et leurs éthers ; diméthylformamide, diméthylsulfoxyde
85	22.07.87		Affections engendrée par l'un ou l'autre de ces produits : N-méthyl N-nitro N-nitrosoguanidine ; N-éthyl, N-nitro N-nitrosoguanidine ; N-méthyl N-nitrosourée ; N-éthyl N-nitrosourée
86	06.05.88		Pasteurelloses
87	05.05.88		Ornithose-psittacose
88	06.05.88		Rouget du porc (Erysipéloïde de Baker-Rosenbach)
89	13.09.89		Affection provoquée par l'halothane
90	13.09.89		Affections respiratoires consécutives à l'inhalation de poussières textiles végétales
91	23.12.92	23.12.92	Bronchopneumopathies chroniques obstructives du mineur de charbon
92	12.01.95		Infections professionnelles à Streptococcus
93	12.01.95		Infections professionnelles à Streptococcus suis (mines de charbon)
94	22.05.96		Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer
95	30.04.97		Affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex (ou caoutchouc naturel)
96	15.02.99		Fièvres hémorragiques avec syndrome rénal dues aux agents infectieux du groupe hantavirus
97	15.02.99		Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier
98	15.02.99		Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes

COTOREP

- Code du Travail : art. L.323- 11, D.323-3, R 323-74 et suivants
- Décrets n°76.477 du 2 juin 1976, n°76.707 du 21 juillet 1976 et n°95.642 du 6 mai 1995 modifiant le Code du travail, relatifs à la composition et au mode de fonctionnement de la COTOREP.
- Circulaires DGEFP/DGAS/DAGEMO/DAGPB n°2002-113 et n°2002-114 du 27.02.2002.

Discrimination/Exclusion

- Loi n°90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap
- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 en faveur de la lutte contre les exclusions
- Loi du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations

Education

- Décret n° 89-798 du 27/10/1989 fixant "les conditions techniques d'agrément des établissements et des services prenant en charge les enfants et adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés (ANNEXES XXIV), les enfants et adolescents présentant des déficiences motrices (Annexes XXIV Bis), les enfants et adolescents polyhandicapés (Annexes XXIV Ter)"
- Décret n° 88-423 du 22/04/1988 fixant " les conditions techniques d'agrément des établissements et des services prenant en charge les enfants et adolescents présentant des déficiences auditives (Annexes XXIV quater), et visuelles (Annexes XXIV quinquies) "

EPSR-OIP

- Code du travail: art. L.323- 11 et R.323-33- 12 à 15
- décret n° 78- 104 du 25 janvier 1978 relatif aux EPSR
- convention Etat-Agefiph du 15 février 1994

GRTH

- Loi de finances pour 1997, n°96 - 1181 du 30 décembre 1996 (article 139)
- Circulaire CDE n°94 - 40 du 10 octobre 1994 relative à la garantie de ressources des travailleurs handicapés : nature et assiette des charges sociales compensables
- Décret n° 93 - 87 du 22 janvier 1993 modifiant le décret n° 77 - 1465 du 28 décembre 1977 fixant les modalités d'application aux travailleurs handicapés salariés des dispositions de la loi n°75 - 534 du 30 juin 1975 relatives à la garantie de ressources.

Hébergement travailleurs handicapés et services à domicile

- Code de la Famille et de l'aide sociale: art.168
- Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes
- Loi n°96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers

Insertion par l'économique

- Code du Travail: art. L.322-4- 16 et s.
- Décret n° 99-106 du 18 février 1999 relatif à l'agrément par l'ANPE des personnes embauchées dans les organismes d'insertion par l'activité économique
- Décret n° 99-107 du 18 février 1999 relatif aux entreprises d'insertion
- Décret n°99-109 du 18 février 1999 relatif aux associations intermédiaires
- Décret n°99-108 du 18 février 1999 relatif aux entreprises de travail temporaire d'insertion

ANNEXE 5 - Quelques revues spécialisées sur le handicap

• READAPTATION

168 bd du Montparnasse, 75014 PARIS

Tel : 01 43 21 46 05. Fax : 01 43 21 05 65

Rééducation, scolarité, orientation et insertion sociale et professionnelle des handicapés physiques, sensoriels, mentaux, psychiques.

Actualité du secteur, dossier à thèmes, fiches documentaires, références législatives, adresses d'associations et organismes où s'informer sur le thème traité.

• ETRE Handicap Information

5 villa Wagram-St- Honoré, 75008 PARIS

Tel : 01 40 68 07 04. Fax : 01 40 68 03 81

Premier magazine grand public d'information concernant les personnes handicapées et leur famille.

Il vise entre autres à mettre en relation les personnes handicapées et les entreprises : dossiers par types de handicaps, informations utiles, reportages à l'étranger, guide des institutions, rubriques juridique, sociale, médicale et professionnelle.

Numéros spéciaux : "Guide de l'emploi pour les travailleurs handicapés"

• FAIRE FACE - APF

17 bd Auguste Blanqui, 75013 PARIS

Tel : 01 40 78 27 09. Fax : 01 40 78 69 33

Informations pratiques, médicales, juridiques, fiscales, sportives et matériel. Calendrier des manifestations. Petites annonces, vente de matériel adapté, rencontres, emploi, véhicules adaptés.

• GUIDE NERET

BP 60 - 26 av. de l'Europe, 78141 HERICY

Tel : 01 34 63 33 31

Documentation juridique concernant la législation et la réglementation du handicap.

Adresses d'établissements, administration et associations classés par département.

• Un Autre Regard - UNAFAM

12 villa Compoint, 75017 PARIS

Tel : 01 42 63 03 03. Fax : 01 42 63 44 00

Handicap psychique.

Fait le point chaque trimestre sur l'actualité sociale, médicale, juridique, législative...

• DECLIC

14 Av. Berthelot, 69317 LYON cedex 07

Tel : 04 72 72 94 77

Magazine mensuel au service des personnes handicapées, de leurs familles, des professionnels.

Des informations, des idées, des témoignages, des adresses utiles

• HANDIRECT RHONE-ALPES

3 RUE Bernard Blier, BP 153, 69512 VAULX-EN-VELIN CEDEX

Tel : 04 78 79 04 92

• AGEFIPH INFO

Domaine de l'Isle d'Abeau 29 rue Condorcet bât 1010 38090 VILLEFONTAINE

Tel : 04 74 94 20 21

Création d'entreprise

- <http://www.apce.com/>
Agence pour la création d'entreprises
- <http://www.boutiques-de-gestion.com/>
Réseau des boutiques de gestion
- <http://www.business-angels.com/>
Les anges de la création d'entreprise
- <http://www.bourse-des-initiatives.com/>
Annonces pour trouver un partenaire, un financement

Formation

- <http://www.afpa.fr/>
Association pour la formation professionnelle des adultes
- <http://www.cnth-roiffe.afpa.fr/>
Centre national de recherche et de ressources pour la formation professionnelle des travailleurs handicapés
- <http://www.cned.fr/>
Centre national d'enseignement à distance
- <http://www.formaguide.com/>
Portail de la formation continue
- <http://www.formatel.com/>
Portail de la formation professionnelle
- <http://www.jetudie.com/>
Portail de la formation

Handicap

- <http://perso.wanadoo.fr/handicap>
Handicap link : infos utiles à la personne handicapée et à son entourage
- <http://www.gpvth.org/>
Groupement pour la promotion et la valorisation des travailleurs handicapés
- <http://www.brailenet.org/>
Internet au service de l'intégration sociale et culturelle des personnes handicapées visuelles
- <http://www.voirplus.net/>

Portail au service des personnes handicapées visuelles

- <http://www.handicap38.org/>
Handicap Info 38
- <http://perso.club-internet.fr/ctnerhi>
Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations
- <http://www.yanous.com/>
Hebdomadaire électronique d'information à vocation de portail web dédié au handicap
- <http://www.handitel.org/>
Le Quotidien du handicap
- <http://www.handisup.asso.fr/>
Handisup Haute-Normandie pour aider les étudiants handicapés
- <http://www.iddanet.net/>
Information, Documentation sur la Déficience Auditive
- <http://www.crlc-cmudd.org>
Centre ressources pour lésés cérébraux
- members.aol.com/cesensnordpdc/handicap/index.htm
Centre d'intégration et de préparation des Sourds dans l'enseignement supérieur
- <http://www.dehoo.com/>
Annuaire-Portail destiné aux personnes à mobilité réduite et à leurs familles
- <http://www.associations-et-sante.net/>
Le portail des associations de santé

Dans le monde

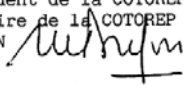
- <http://www.camo.qc.ca/>
Comité d'Adaptation de la Main d'Oeuvre pour les Personnes Handicapées

ANNEXE 7 (suite) -Liste des sigles utilisés

CES	.....	(Contrat Emploi Solidarité)
CFA	.....	(Centre de Formation des Apprentis)
CFHE	.....	( Conseil Français des personnes Handicapées pour les questions Européennes)
CFTMEA	.....	(Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent)
CHSCT	.....	(Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail)
CIE	.....	(Contrat Initiative Emploi)
CIF	.....	(Classification International du Fonctionnement et du handicap)
CIM	.....	(Classification Internationale des Maladies)
CTH	.....	(Conseiller Technique spécialisé)
CISPH	.....	(Centre d'Information et de Solutions pour Personnes Handicapées)
CMU	.....	(Couverture Maladie Universelle)
CNASEA	.....	(Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles)
CNPSA	.....	(Comité National pour le Promotion Sociale des Aveugles)
COTOREP	.....	( Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel)
CRP	.....	(Centre de Rééducation Professionnelle)
CPAM	.....	(Caisse Primaire d'Assurance Maladie)
CPSAS	.....	(Centre de Promotion Sociale des Adultes Sourds)
CRAM	.....	(Caisse Régional d'Assurance Maladie)
CTNERHI	.....	(Centre Technique National d'Études et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations)
DDASS	.....	(Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales)
DDTEFP	.....	(Direction Départementale du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle)
DELD	.....	(Demandeur d'Emploi Longue Durée)
DRTEFP	.....	(Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle)
DRASS	.....	(Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)
DSM	.....	(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
EFIPEH	.....	(Équipe pour la Formation, l'Insertion Professionnelle et l'Emploi des Handicapés)
Ei	.....	(Entreprise d'Insertion)
EREA	.....	(Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté)
EPSR	.....	(Équipe de Préparation et de Suite du Reclassement)
ETTI	.....	(Entreprise de Travail Temporaire d'Insertion)
FAGERH	.....	(Fédération des Associations Gestionnaires et des Etablissements de Réadaptation pour Handicapés)
FENCICAT	.....	(Fédération Nationale des Centres d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques)
FSL	.....	(Fonds Social pour le Logement)
FONGECIF	..	(Fonds paritaire interprofessionnel de Gestion du Congé Individuel de Formation)
FNATH	.....	(Fédération Nationale des Accidents du Travail et des Handicapés)
GRTH	.....	(Garantie de Ressources du Travailleur Handicapé)
GIHP	.....	(Groupement pour l'Insertion des Handicapés Physiques)
GIRPEH	.....	(Groupements Interprofessionnels Régionaux pour la Promotion de l'Emploi des Handicapés)

ANNEXE 8 - Exemples de formulaires justificatifs de la RQTH.

Notification COTOREP

COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION ET DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL: COTOREP	
FICHE N°: 12.1 NOTIFICATION DE DECISIONS	COTOREP: RHONE 8-10 RUE DU NORD. 69625 VILLEURBANNE CEDEX Téléphone: 0 Poste:
DOSSIER: Date de naissance: N.insee: 2620799352824 86 Demande(s) concernée(s) 06/07/1999 ORIENTATION PROFESSIONNELLE 06/07/1999 RECONNAIS. TRAVAILLEUR HANDIC.	
Affaire suivie par : Mme RUIZ / TEL. LE MATIN UNIQUEMENT SAUF LE MERCREDI Tel : 0472655877	
Le 30/12/1999	
Madame,	
Nous vous informons que la COTOREP réunie le 23/12/1999 , s'est prononcée: Conformément aux articles L 323.12 et R 323.32 du Code du Travail, elle vous a reconnu la qualité de travailleur handicapé, classé en catégorie B du 23/12/1999 au 23/12/2004 pour une durée de 5 ans .	
Motifs de cette décision: LA COMMISSION A TENU COMPTE DES ELEMENTS MEDICO-SOCIAUX FIGURANT AU DOSSIER.	
ORIENTATION PROFESSIONNELLE: RECHERCHE DIRECTE D'EMPLOI du 23/12/1999 au 23/12/2004 pour une durée de 5 ans . NOUS VOUS INVITONS A PRENDRE CONTACT AVEC LE CONSEILLER EMPLOI POUR TRAVAILLEURS HANDICAPES AUPRES DE VOTRE AGENCE A.N.P.E.	
Elle vous propose de vous adresser à:	
ANPE RILLIEUX 22 AVENUE DE L'EUROPE 69140 RILLIEUX LA PAPE MC.A	
Pour de plus amples informations, le secrétariat de la COTOREP est à votre dis- position.	
IMPORTANT. -Si vous contestez les décisions prises par la COTOREP, vous pouvez formuler un recours selon les modalités indiquées sur le document joint. N'oubliez pas de joindre à votre recours une photocopie de la présente notifica- tion.	
N.B. : Serveur Vocal 24h/24 tel : 04-72-65-58-48.	
Veuillez agréer, Madame, l'expression de ma considération distinguée.	
P.le Président de la COTOREP la Secrétaire de la COTOREP M. DUJON 	

ANNEXE 8 (suite) - Exemples de formulaires justificatifs de la RQTH.

Notification d'attribution d'une pension d'invalidité



l'Assurance Maladie
sécurité sociale
caisse primaire de la Drôme

lundi 8 janvier 2001

INVALIDITE
Dossier suivi par Mme
☎ 04 75 75 53 80

Mle :
Pension n°

NOTIFICATION D'ATTRIBUTION D'UNE PENSION D'INVALIDITE

Cette notification constitue votre titre de pension

M,

La Caisse Primaire, après examen de votre dossier, a estimé que vous présentiez une invalidité réduisant au moins de 2/3 votre capacité de travail ou de gain et qui justifie votre classement dans la **catégorie** (article L 341-4 du code de la Sécurité Sociale).

En conséquence, il vous est attribué, à **titre temporaire**, et à compter du (date de suppression des indemnités journalières de l'assurance maladie) une pension d'un montant annuel de **F** soit : **F brut par mois**, calculée à partir d'un salaire annuel moyen de **F**, résultant des cotisations versées au cours de la période de référence

Les arrérages de cette pension vous seront versés mensuellement et à terme échu entre le 5 et le 10 du mois suivant. Pour cela, vous devez **impérativement** nous renvoyer votre questionnaire trimestriel par retour du courrier.

Contestation de la catégorie (art. L 143-1, L 143-2, R 143.1 et R 143-6 du code de la Sécurité Sociale) :

Vous disposez d'un délai de deux mois à partir de la date de réception de la présente notification pour saisir de votre réclamation, sous peine de forclusion, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, le secrétariat du **TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITE** qui siège à la **DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES 107, rue Servient 69418 LYON cédex 03.**

Contestation du montant de la pension et de la date d'attribution :

Vous disposez d'un délai de deux mois à partir de la réception de la présente notification, sous peine de forclusion, pour adresser une réclamation à

Monsieur le Président de la Commission de Recours Amiable
Sous couvert du responsable du service Invalidité
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA DROME
Boîte postale 1000
26024 VALENCE

Veuillez agréer, M, l'assurance de notre considération distinguée.

LE RESPONSABLE DU SERVICE,

Art R 144-6 du code de la Sécurité Sociale

« Dans le cas de recours jugé dilatoire ou abusif, le demandeur qui succombe est condamné au paiement d'une amende au taux prévu à l'art. 559 du nouveau code de procédure civile (100 à 10 000 F) et, le cas échéant, au règlement des frais de procédure et notamment des frais résultant des enquêtes, consultations et expertises ordonnées, les frais provoqués par la faute d'une partie pouvant être dans les cas mis à sa charge ».

avenue du Pt. E. Herriot
B.P. 1000
26024 Valence Cedex

Tél : 04 75 75 53 53
Fax : 04 75 75 53 74

Serveur vocal : 0820 900 900
Site internet : <http://www.cpam-valence26.fr/>

3615
LA SECUR

N O T I F I C A T I O N D E S É C U R I T É S O C I A L E

ANNEXE 8 (suite) - Exemples de formulaires justificatifs de la RQTH.

Notification d'attribution d'une pension d'invalidité

SECURITE SOCIALE		VOLET DESTINÉ A LA VICTIME OU A L'AYANT-DROIT
NOTIFICATION DE DÉCISION relative à <small>ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE (art. R 434-35 du Code de la Sécurité Sociale)</small>		
	RÉFÉRENCES A RAPPELER SUR TOUTE CORRESPONDANCE N° d'immatriculation : Caractéristique AT/MP : Bénéficiaire :	
COMMISSION RÉGIONALE D'INVALIDITÉ ET D'INCAPACITÉ PERMANENTE	DESTINATAIRE	
TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE	Le Madame, Mademoiselle, Monsieur, J'ai l'honneur de vous faire connaître la décision qui a été prise concernant la réparation de l'accident du travail, ou de la maladie professionnelle désigné(e) ci-dessus.	
DÉCISION		
MODALITÉS DE CALCUL		
MODALITÉS DE PAIEMENT		
INFORMATIONS ET RECOURS (voir au verso)		LE DIRECTEUR L'AGENT-COMPTABLE
CONCLUSIONS MÉDICALES		

ANNEXE 8 (suite) - Exemples de formulaires justificatifs de la RQTH.

Livret de pension

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES ET DU BUDGET
SERVICE DES PENSIONS

PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITÉ
ET DES VICTIMES DE GUERRE

LIVRET DE PENSION

et certificat d'inscription détaillant les bases
de la liquidation de la pension
concedée en faveur du bénéficiaire désigné ci-dessous :

NOM :
Prénoms :
Sexe et âge :
N° de la carte :

Statut de la personne : **INVALIDE TEMPORAIRE
HORS GUERRE**

N° d'INSCRIPTION : **N. 95 012185 2** 16 033

AVIS AU TITULAIRE
RECLAMATIONS

Sur les réclamations ou demandes d'ajustement de la pension :

- LA LIQUIDATION DE LA PENSION ;
- LE RABAISSANT S'ÉTANT APPROPRIÉ ;
- LE RABAISSANT S'ÉTANT APPROPRIÉ ;

ou sur les réclamations ou demandes d'ajustement de la pension :

- LES DÉTACHÉS DE LA PENSION ;
- LES DÉTACHÉS DE LA PENSION ;
- LES DÉTACHÉS DE LA PENSION ;

Région de la Seine-Normandie

PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITÉ ET DES VICTIMES DE GUERRE

ACTIVITÉ : **142** N° d'INSCRIPTION : **N. 95 012185 2** DATE : **19/06/90** N° : **4640 033** RÉGION DE LA PENSION : **INVALIDE TEMPORAIRE HORS GUERRE** N° d'INSCRIPTION : **4 50 012185 2**

NAISSANCE : **SALAF** NUMÉRO INSEE : **144**

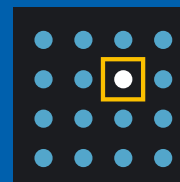
DU 19/11/1989 AU 19/11/1992	DU AN		DU AN		DU AN		DU AN		DU AN		DU AN	
	INDICE	INDICE	INDICE	INDICE	INDICE	INDICE	INDICE	INDICE	INDICE	INDICE	INDICE	INDICE
144												

133640106

**Centre de
Ressources
Documentaires
et d'Informations**

Rhône-Alpes

pour l'emploi
des personnes
handicapées



Cette synthèse documentaire, à l'usage notamment des référents du Schéma Régional, rassemble les informations essentielles visant l'accompagnement des personnes handicapées dans leur processus de formation et en vue de leur insertion professionnelle.

Son but est de leur fournir des repères sur les aspects sociaux, médicaux, psychologiques et législatifs du handicap. Ce document présente également les dispositifs communs et spécialisés en faveur des personnes handicapées, depuis la reconnaissance du handicap jusqu'à leur orientation vers la formation et l'emploi.

La deuxième version de cette synthèse, enrichie et complétée, réactualise l'ensemble des données à la date de mai 2002.

Il conviendra aux référents de régulièrement prendre connaissance des nouvelles dispositions en se connectant aux sites internet répertoriés en annexe.

Les sigles utilisés tout au long de ce document sont explicités en annexe.

CRDI Rhône-Alpes

Parc Lautagne
42 A avenue des Langories
26000 Valence

tel. 04 75 78 38 11
fax 04 75 78 36 33
e-mail : crdi@handiplace.org

site internet : www.handiplace.org